

Het spreekt wel vanzelf dat ik met veel belangstelling het ingezonden stuk van collega SCHUURMANS STEKHOVEN heb gelezen, en ik wil er graag iets op antwoorden, al voel ik mij niet al te vast in mijn schoenen staan, als ik een inzender moet beantwoorden, die behalve arts ook advocaat en procureur en verzekeringsgeneeskunde is.

Laat ik dan maar beginnen met erop te wijzen dat de meerderheid der specialistische auteurs de „niet-gonorrhoeïsche urethritis” tot de geslachtsziekten rekent en daarbij voornamelijk denkt aan de mogelijke klinische consequenties (infecties van anderen, ook soms van andere organen dan de geslachtsorganen) en aan de voordelen van het opnemen van de niet-gonorrhoeïsche urethritis in een bestrijdingsstelsel, waarin aandacht wordt besteed aan het opsporen van de besmettingsbron en mogelijk al besmette contactpersonen. De arts kan bij de niet-gonorrhoeïsche urethritis in die geest handelen zonder dat dit onaangename consequenties voor de patiënt behoeft te hebben. Immers bij het gesprek tussen arts en patiënt zijn al de *modus infectiosus* en de verdere seksuele verhoudingen naar voren gekomen, en het is dan niet zo moeilijk, het noodzakelijke epidemiologische te doen, zonder de nadruk te leggen op de begrippen geslachtsziekten of venerische ziekten. Persoonlijk gebruik ik het woord venerische ziekten nooit, maar ik zie niet in waarom wij het voor onze samenleving zeer duidelijke en zeer juiste begrip geslachtsziekten zouden laten vervallen. Wel moeten wij constateren dat onze opvatting over geslachtsziekten niet meer opgaat, als wij wat verder kijken dan onze westerse wereld. Wij weten immers dat bij exotische syfilis, framboesia en pian het geslachtsverkeer praktisch gesproken geen betekenis heeft en dat dan ook de Wereldgezondheidsorganisatie, die in het begin een sectie had voor geslachtsziekten, deze nu noemt: „venereal diseases and treponematoses”.

Een andere naam verzinnen voor de term geslachtsziekten, zoals wij die hier zien, is zinloos en betekent alleen een verschuiving van de moeilijkheden, daar toch al heel gauw bekend wordt wat met die tweede naam wordt bedoeld. Wij hebben dat o.a. bij lepra gezien, toen wij dachten een voorzichtige dekking te vinden achter de naam *morbus Hansen*.

Wat nu de wettelijke consequenties betreft: zodra wij ons gaan bezighouden met omschrijvingen als „indien de ziekte is veroorzaakt door zijn onzedelijkheid” of „indien hij een bekend onzedelijk gedrag leidt” of „degenen die op verwijtbare wijze de besmetting acquireerden”, zijn wij m.i. fout. Ik herinner mij, dat ik een aantal jaren geleden in een stad in het oosten des lands op grond van het feit dat daar een endemie van lues was uitgebroken, een voordracht hield voor de notabelen van die plaats, en dat bij de discussie, die overigens heel prettig verliep, een dominee aan het woord kwam, die opmerkte, dat hij in mijn betoog, hetgeen hij zeer had gewaardeerd, toch datgene had gemist, dat voor hem het voornaamste was, namelijk de zonde. Ik heb daarop geantwoord dat alles goed ging als iedereen zich aan zijn eigen terrein hield: wij artsen aan treponemen en gonokokken en de dominee aan zonde, maar dat de boel fout moest lopen als wij deze begrippen door elkaar gingen gooien.

Persoonlijk acht ik het bij iedere vorm van ziekte onjuist, na te gaan of er enigerlei vorm van schuld is. Ik zou misschien een uitzondering willen maken voor iemand die willens en wetens een geslachtsziekte oploopt. Ik heb dat vroeger in Nederlands Indië wel meegemaakt als koloniale de kampong ingingen met de bedoeling iets op te lopen om op die manier zich aan een zware oefening te kunnen onttrekken, maar dergelijke dingen blijven hoge uitzondering. En wij hebben dan waarschijnlijk nog te maken met individuen die op een dergelijk geestelijk laag milieu zijn aange-

land, dat men toch weer anders over hun daden moet gaan denken. In het algemeen gesproken kan men zeggen, dat niemand graag een geslachtsziekte oploopt, en dat een dergelijke infectie afhangt van zoveel factoren — die zeer zeker ook de betrokken leek niet overzien en begrijpen kan — dat het volkomen fout is, van schuld te gaan praten. Wil men ook iemand die een paratyfusinfectie oploopt in een zaakje, dat er niet al te hygiënisch uitziet en waarvan achteraf ook blijkt, dat het een grote smerboel was, schuldig verklaren en medisch en economisch anders behandelen?

Voor ons artsen is een ziekte een ziekte en wij moeten onze patiënten behandelen op de beste manier, geheel onafhankelijk van de vraag hoe die ziekte verworven is. En als de wetgever geen eenzijdige, onvoldoende geïnformeerde, met oogkleppen werkende moralist is, moet hij hetzelfde standpunt volgen. Doet hij het niet, dan ontketent hij veel ellende, veroorzaakt hij heel veel moeilijkheden in huwelijken en gezinnen door het gaan uitpluizen van de schuld en bereikt hij alleen, dat met geslachtsziekte besmette personen, bang voor de daaraan verbonden consequenties, zich niet onder behandeling stellen en een gevaar blijven vormen, niet alleen voor zichzelf maar ook voor de maatschappij.

Ook gezien de financiële consequenties is het niet nodig, het schuldbegrip bij ziekteverzorging, overheidsbepalingen of verzekeringen te blijven handhaven. De geslachtsziekten immers kunnen thans in zo korte tijd en met zo weinig financiële consequenties worden behandeld en genezen, dat ook deze financiële offers voor de mogelijk economisch denkende moralist geen bezwaar behoeven op te leveren. Integendeel: stelt de patiënt zich niet tijdig onder behandeling, dan dreigen er in de toekomst veel ernstiger economische consequenties.

Rotterdam, 1 augustus 1967

E. H. HERMANS

PSYCHOPHARMACA

Indien de veronderstelling van collega VISMANS (1967) juist is, dat de door mij beschreven gevallen van agranulocytose niet aan levomepromazine alleen te wijten zijn, maar aan de gezamenlijke bloedbeschadigende werking van levomepromazine en van andere stoffen (sulfadimethoxine, barbituraten, imipramine) — nagegaan zou dit kunnen worden door herhaling van de toediening van levomepromazine al dan niet in combinatie met deze stoffen, hetgeen uiteraard een ongeoorloofd risico inhoudt — zou dit de gevaarlijkheid van levomepromazine slechts weinig geringer maken, en de samenstellers van tabellarische overzichten van bijwerkingen zouden het medicament toch onder de hematotoxische stoffen moeten rangschikken. In de praktijk worden de psychopharmaca immers — naar ik kort geleden in een voordracht voor de Vereniging van Psychiaters in Dienstverband (1967) heb geïllustreerd — in de meerderheid der gevallen gecombineerd toegediend met andere medicamenten zoals sedativa, antidepressiva, antiparkinsonmiddelen en de voor de behandeling van somatische aandoeningen noodzakelijke medicamenten.

Literatuur: VISMANS, J. B. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1305. — GAULHOFER, W. K. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1145; (1967) *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van psychiaters in dienstverband* **9**, 115.

Santpoort, 4 augustus 1967

W. K. GAULHOFER

OVERGEVOELIGHEID VOOR CHROOM-VERBINDINGEN

Het artikel van Prof. JANSEN en Dr. BERRENS over de overgevoeligheid voor chroomverbindingen heeft grotendeels betrekking op de verschillen die er bestaan tussen het driewaardige en het zeswaardige chroom.

Naar mijn mening hebben vele onderzoekers op dit gebied niet voldoende rekening gehouden met de chemische eigenschappen van chroomverbindingen. Allereerst iets over de notaties. Het ion Cr^{6+} bestaat niet in waterige oplossing. Het komt in deze hoge oxydatietoestand niet als een positief ion voor. Het is in oplossing aanwezig als $\text{Cr}_2\text{O}_7^{2-}$ dat echter in zeer verdunde oplossing grotendeels omgezet wordt in het chromaat-ion CrO_4^{2-} . Men kan voor een verkorte notatie dan ook beter Cr(III) en Cr(VI) schrijven.

Over de conclusies die uit het verschil in werking worden getrokken, het volgende:

Het is zeer onwaarschijnlijk dat er Cr(VI) in het weefsel aanwezig is. Dit is een sterke oxydator, en wordt door de eiwitten geheel gereduceerd tot Cr(III) . Toch maakt het verschil of Cr(III) via reductie in het weefsel komt of direct vanuit de oplossing. In de eerste plaats is er bij Cr(VI) -toevoeging sprake van eiwitoxydatie en bij Cr(III) is dit niet het geval. Maar er is meer. Het Cr(VI) -ion bezit in waterige oplossing een tetraëdrische omringing (van O-atomen) die bij reductie in geadsorbeerde toestand behouden kan blijven. Bij reductie in niet-geadsorbeerde toestand gaat het Cr(VI) over in Cr(III) dat in oplossing een octaëdrische omringing bezit (zes H_2O -moleculen). Men kan dit schrijven als $\text{Cr(H}_2\text{O)}_6^{+++}$. Deze heeft tot gevolg dat Cr(III) , dat vanuit een oplossing in het weefsel wordt gebracht, geen tetraëdrische omringing meer kan krijgen.

Hoewel in beide gevallen Cr(III) in het weefsel aanwezig is, kan er een groot verschil bestaan in de wijze van adsorptie. Het is verder onbegrijpelijk dat men verschillen in gevoeligheid vindt voor verschillende Cr(III) -zouten. Er is alleen sprake van complexvorming met anionen in geconcentreerde oplossingen. In deze verdunde oplossingen is er alleen sprake van $\text{Cr(H}_2\text{O)}_6^{+++}$, ongeacht of men nu werkt met chloriden, nitraten of sulfaten.

Tenslotte nog een paar opmerkingen bij de opsomming van de chromaatbevattende contactstoffen. Men behoeft hierbij niet alleen te denken aan zulke bijzondere zaken als vuurwerk, luciferskoppen of radiatorvloeistoffen. Veel belangrijker is het feit dat roestvrij staal 18 pct chroom bevat en aan zijn oppervlak een passieve oxydehuid draagt met de samenstelling CrO(OH) , een oxyde van driewaardig chroom dus. Hetzelfde geldt voor alle verchromde voorwerpen. Bij contactstoffen met zeswaardig chroom moet men in de eerste plaats denken aan de galvaniseerinrichtingen waar men met grote hoeveelheden geconcentreerde chroomzuuroplossingen werkt.

Literatuur: JANSEN, L. H. en L. BERRENS (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1369.

Eindhoven, 7 augustus 1967

H. ZEILMAKER

(Technische Hogeschool,

Latiumpad 2)

DE SOLITAIRE HAARD IN DE LONGEN

Het antwoord van collega DEENSTRA (1967) heeft mij zeer verbaasd. Hieruit blijkt namelijk dat hij de beschikking heeft over röntgenfoto's van vele patiënten, waaruit blijkt dat maligne „coin-lesions” aanvankelijk vrijwel even groot bleven, maar later gingen groeien. Nu word ik uitgenodigd om dit uitgebreide dossier te bekijken, waartoe ik natuurlijk graag bereid ben. Deze gang van zaken lijkt mij echter onjuist.

Rekening houdend met de thans vergaarde kennis omtrent groei van tumoren (nog verre van volledig) is de mededeling van collega DEENSTRA zonder meer opzienbarend. Ik geef graag toe dat velen, waaronder ook ondergetekende, zeer lang deze gedachte hebben gekoesterd. Er is mij even-

wel geen recente publikatie bekend, waarin dit wetenschappelijk bewezen wordt. Ook in het pas verschenen waardevolle proefschrift van collega H. S. REINHOLD (1967) komt dit probleem ter sprake, en opnieuw blijkt hieruit dat er in de groei van een tumor geen versnelling plaatsvindt. Wel kan door verschillende oorzaken een verlangzaming ontstaan!!

Nogmaals verzoek ik dus collega DEENSTRA, zijn ervaringen te publiceren. Hiermee bewijst hij velen een grote dienst. Zeer treffend vermeldt REINHOLD de uitspraak van STARLING: „Science has but one language, that of quantity, and but one argument, that of experiment”.

Literatuur: DEENSTRA, D. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1144.
— REINHOLD, H. S. (1967) *Stralingsgevoeligheid van tumoren*. Publicatie Radiobiologisch Instituut T.N.O. Rijswijk.

Groningen, 26 juni 1967

R. UBBENS

BERICHTEN

BUITENLAND

Argentinië

Militair psychiatrisch onderzoek. — In de 27e zitting van het Office international de documentation de médecine militaire, in september 1966 te San Marino gehouden, sprak de militaire arts (psychiater) majoor RUDA VEGA van de Argentijnse gewapende macht over „pathologie psychiatrique et psychosomatique mineure en milieu militaire”. Zijn onderzoek nam het uitgangspunt bij 45.000 dienstplichtigen van wie 1001 aan psychisch onderzoek werden onderworpen; 359 werden afgekeurd, 158 goedgekeurd en 484 voorwaardelijk goedgekeurd. Op deze basis ontwikkelde zich een gedetailleerd verslag van het in het bericht vermelde onderzoek. (*Rev. int. Serv. Santé Armées*, 1967, bl. 419).

Denemarken

Sarcoidose-cijfers. — Een werkgroep van de Deense „Tuberculose-Index” te Kopenhagen is, naar zij aanneemt, de enige instelling die een centraal register van sarcoidose bijhoudt. Gedurende de jaren 1962-1965 werden 994 gevallen van respiratoire sarcoidose gerapporteerd, dat is jaarlijks 5 per 100.000 leden der bevolking. De frequentie van mannen en vrouwen is gelijk, en toont een karakteristiek beloop: een top in de jeugd en een op de middelbare leeftijd; ook voor stedelijke en landelijke bevolkingsgroepen zijn de cijfers gelijk. Wel zijn er ongelijkheden in cijfers van districten, maar iets van geografische betekenis kwam niet aan den dag. Er was geen correlatie met cijfers van tuberculose of van rundertuberculose, en evenmin met uitgestrektheid van bebouwing met coniferen. (*Dan. med. Bull.*, juni 1967, bl. 178).

Engeland

Euwfeest van nitroglycerine. — Het Amerikaanse weekblad *Medical World News* van 16 juni (bl. 120) vermeldt in de advertentierubriek iets van de geschiedenis van nitroglycerine. Ruim honderd jaar geleden probeerden FIELD en HARLEY de stof, maar zij kwamen tot verschillende uitkomsten. In 1878 had WILLIAM MURRELL een meer serieuze ontmoeting. Hij likte aan de vochtige kurk van een fles met een 1 pct oplossing en kort daarop „... I took my pulse and found that it was much fuller than natural and considerably over 100. The pulsation was tremendous and I could feel the beating in the very tips of the fingers. The pen I was holding was violently jerked with every beat of the heart. There was a most distressing sensation of fulness all over the body and I felt as if I had been running violently. I remained quite quiet for four or five minutes and the most distressing symptoms gradually subsided...”. In 1879 pu-