

*Wijziging adres centraal depot Rode Hond Werkgroep*

In verband met het beëindigen van haar werkzaamheden ten behoeve van de „Rode Hond Werkgroep” kan per 1 oktober 1974 géén immunoglobuline meer worden aangevraagd.

Artsen die *niet* door één van de regionale depots van immunoglobuline ten behoeve van hun aan rubella geëxponeerde zwangere patiënten worden voorzien, kunnen dit vanaf die datum aanvragen bij de heer W. VAN TONGERLOO, G.G. & G.D. Rotterdam, telefoon: 010-135000, toestel 216.

Dr. J. HUISMAN,  
secretaris van de Werkgroep

INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

*Moeilijkheden bij de diagnose van syfilis*

Bij de klinische les van collega VAN AERSEN (1974) zouden wij enkele kanttekeningen willen plaatsen. Over de eerste patiënt wordt op bl. 1209 geschreven dat er geen aanwijzingen voor lues waren. Omdat daarbij niet vermeld wordt of serologisch onderzoek werd verricht, willen wij nog eens op de algemeen erkende regel wijzen dat de venerologische patiënt direct bij het eerste onderzoek en zo mogelijk ook 6 weken tot 3 maanden daarna, serologisch dient te worden onderzocht. Aangezien deze patiënt vervolgens voor zijn gonorrhoe met penicilline werd behandeld, is het ook niet verwonderlijk dat hij drie maanden later geen symptomen vertoonde: hier is een schoolvoorbeeld van maskering van syfilis.

De gevolgtrekking op bl. 1212 zagen wij dan ook liever zo geformuleerd dat het wenselijk is bij iedere patiënt met een niet jeukend exantheem bloed af te nemen voor luesreacties. In verband met de preventie van eventuele verdere uitbreiding van de besmetting is het zelfs wenselijk een spoedreactie op lues uit te voeren. Wellicht kan men beter stellen dat bij onderzoek van iedere klinische en zo mogelijk van iedere poliklinische patiënt het afnemen van bloed voor luesreacties weer als routine ingevoerd moet worden.

Als aanwijzing op de bevinding dat de thymoltroebeling bij syfilis verhoogd kan uitvallen kunnen wij mededelen dat wij bij een onderzoek naar leverafwijkingen bij patiënten met secundaire syfilis, bij 80% van hen een verhoogde thymoltroebelingstest hebben waargenomen (MENKE en VAN DER SLUIS 1973).

*Literatuur:* AERSEN, R. G. L. VAN (1974) Moeilijkheden bij de diagnose van syfilis. *Ned. T. Geneesk.* 118, 1209. — MENKE, H. E. en J. J. VAN DER SLUIS (1973) Onderzoekingen naar aanleiding van de thymoltroebelingstest bij syfilis. *Ned. T. Geneesk.* 117, 50.

Rotterdam, augustus 1974

C. H. Beek  
E. STOLZ  
H. E. MENKE

Ik wil graag ingaan op de opmerking die collega VAN AERSEN (1974) maakt in zijn klinische les. Ik geloof niet dat de idee van de spreuk „Omnis lueticus mendax” is dat de lueticus of gonorrhoeicus zou liegen als hij beweert de begin-

symptomen niet gezien te hebben. Het gaat meer om de algemene psychische gesteldheid van de venerische patiënt, die, hoewel onze tijd prat gaat op „openheid” en vooral seksuele „vrijheid”, altijd nog wel reden ziet van tijd tot tijd iets te verheimelijken, al was het alleen maar om huwelijksmoeilijkheden te ontlopen. Het komt bijvoorbeeld herhaaldelijk voor dat een patiënt beweert dat hij „niets kan hebben opgelopen”. Hij bedoelt dan echter niet dat hij geen extramatrimonieel contact heeft gehad, maar dat dit contact zijns inziens „safe” was.

Dat onder homofielen de syfilis endemisch is door de sterk wisselende en frequente — ook buitenlandse — contacten, is bekend. Hoewel onder invloed van boeken over „variëties” ook in het heteroseksuele verkeer de extragenitale (orale) contacten opgang maken, komen de extragenitale primaire affecten toch nog vooral in homofiele kringen voor. De bedoeling van de uitlating in het leerboek van Prof. CAROL (1948) is dan ook meer dat van een volksziekte kan worden gesproken als bij „normaal” heteroseksueel verkeer het primaire affect in de regel extra-genitaal voorkomt (vergelijk framboesia). Hoewel de statistiek op het gebied van de venerologie om verschillende redenen mank gaat, rekent men bij mijn weten op jaarlijks 600 tot 700 nieuwe gevallen van lues en tien maal zoveel van gonorrhoe (1967). Een min of meer vergelijkbare statistiek uit 1947 noemt 3600 nieuwe gevallen van lues! De procentuele stijging sedert 1959 zou ongeveer 170 zijn. Maar toen was er ook bijna geen lues meer in Nederland.

Veel gevaarlijker is voor de herkenning van vroege lues het camouflerend effect van gelijktijdig geacquireerde gonorrhoe (men stelt in 10% van de gevallen). Niet alleen blijven de serologische reacties dan geruime tijd negatief (ongeveer 3 maanden langer), maar de toch al geringe wetmatigheid van de lues in latere stadia gaat dan helemaal verloren. Bovendien moet men niet vergeten dat het primaire affect ook zonder behandeling in de regel spontaan geneest. Grote waakzaamheid blijft dus geboden. Maar van een volksziekte kan althans nu niet worden gesproken.

*Literatuur:* AERSEN, R. G. L. VAN (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1209.

Amsterdam, augustus 1974

G. A. CAROL

Het is een verheugend teken dat in een klinische les (VAN AERSEN 1974) aandacht wordt geschonken aan enkele van

de weinige infectieziekten die in vele landen een tendens tot toename tonen: de geslachtsziekten. Het is bovendien nuttig dat weer gewezen wordt op de problemen welke zich bij de diagnostiek kunnen voordoen; niet voor niets wordt de syfilis „the great imitator” genoemd. Maar het is jammer dat de les enige onduidelijkheden bevat. Bij enkele ervan wil ik in het kort een kanttekening plaatsen.

1. Uit de beschrijving van de eerste patiënt krijgt men de indruk dat bij het eerste bezoek géén serologisch onderzoek op syfilis is verricht (het wordt althans niet vermeld). Mocht dit zo zijn, dan is dit als onjuist te bestempelen. Bij iedere patiënt bij wie de verdenking bestaat op een door geslachtsverkeer overgedragen ziekte, dienen deze reacties te worden verricht. Het had — zeker in dit geval — bijzonder waardevolle informatie opgeleverd, zowel bij positieve als bij negatieve uitslag. De patiënt die na 6 weken voor serologisch onderzoek terug moest komen, verscheen pas na 3 maanden. Door onvoldoende aandacht voor de „case holding” — overigens een klassieke taak voor de diensten voor de geslachtsziektenbestrijding — ging kostbare tijd verloren.

2. Op bladzijde 1211 wordt in de les vermeld dat de leverfunctiestoornissen doen denken aan „een virushepatitis”. Dit kon — zo stelt collega VAN AERSEN — niet worden bevestigd omdat (bij de eerste patiënte) geen Au-antigeen werd aangetoond. Het enige dat hieruit mag worden geconcludeerd, is dat zij geen hepatitis B (serumhepatitis) doormaakte. Hepatitis A behoort wel degelijk tot de mogelijkheden.

3. Tenslotte lijkt mij de uitspraak van collega VAN AERSEN dat syfilis „een komende volksziekte” is, te fors. Uit de gegevens van vele landen blijkt weliswaar een grote toename van het aantal geslachtsziekten, maar deze betreft vooral gonorrhoe. Dit geldt voor Nederland, maar ook bv. voor de Verenigde Staten, waar meer gevallen van gonorrhoe worden aangegeven dan van alle andere belangrijke infectieziekten te zamen, zodat, na banale verkoudheid, de gonorrhoe daar zelfs de meest voorkomende infectieziekte is! Het is begrijpelijk dat men *gonorrhoe* dan als een volksziekte bestempelt. Maar uit de Nederlandse gegevens kan ik voor syfilis niet tot een alarmerende stijging concluderen. Het lijkt mij onjuist een dergelijke forse uitspraak te doen zonder het veel belangrijker probleem van de gonorrhoe aan te roeren.

Voor een goede „case finding” en „case holding” en het opsporen van contacten zijn de provinciale organisaties voor de geslachtsziektenbestrijding van bijzondere betekenis. Het is te hopen dat in de toekomst de huisartsen — maar ook vele dermatologen — intensiever van de waardevolle diensten van deze organisaties gebruik gaan maken, om een beter sluitende bestrijding van geslachtsziekten mogelijk te maken.

*Literatuur:* AERSEN, R. G. L. VAN (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1209.

Rotterdam, augustus 1974

J. HUISMAN

Collega BEEK c.s. merkt terecht op dat bij venereologische patiënten bij het eerste onderzoek serologische reacties gedaan moeten worden. Bij een patiënt met acute gonorrhoe, die misschien ook syfilis zonder klinische verschijn-

selen heeft, willen positieve reacties zeggen dat hij ongeveer 6 weken of langer geleden is geïnfecteerd. Negatief wil zeggen dat patiënt geen syfilis heeft of nog in het (vroeg) primaire stadium verkeert. Men zal hem toch wegens de acute gonorrhoe moeten behandelen met een eenmalige penicilline-injectie van 4,8 milj. E. van een kort werkend preparaat, dat een voldoende hoge concentratie in het bloed geeft (eventueel met benemid 1 g per os een half uur vóór de injectie). Men maskeert dan een syfilis. Dit risico bij de behandeling van venerische ziekten kan men kleiner maken door 6 weken tot 3 maanden na de infectie met gonokokken de serologische reacties te blijven controleren. Als de patiënt zich hiervoor ten minste beschikbaar blijft stellen!

Er is op het ogenblik bij mijn weten geen combinatiepreparaat van antibiotica dat deze dubbele infectie met een kort durende behandeling, zoals bij een acute gonorrhoe gebruikelijk is, kan opvangen. Inderdaad wordt in ons ziekenhuis voor iedere poliklinische en klinische patiënt de luesreactie weer verplicht gesteld.

Ik dacht, dat hiermee ook een opmerking van collega CAROL van enige commentaar is voorzien. Wat betreft de spreuk „Omnis syphiliticus mendax”, deze kan men letterlijk interpreteren alhoewel ik volledig kan meegaan met zijn gedachtengang. Door RIECKE (1920) wordt de anamnese bij het onderzoek van de lueticus als belangrijk beschouwd, maar men moet er voorzichtig mee omspringen. Hij beschouwt bovengenoemde spreuk als ietwat overdreven. Ik zou hem helemaal willen schrappen uit de gedachtengang van de medicus practicus, zodat hij objectief tegenover zijn patiënt komt te staan. De patiënt met geslachtsziekte zou ik willen plaatsen in een nieuwe groep van ziekten en wel „gedragsziekten”. Hieronder valt dan ook de algemene psychische gesteldheid van de venerische patiënt. Duidelijk zal het ook zijn dat de resultaten van „case finding” en „case holding” (collega HUISMAN), bekende termen voor ieder die zich met geslachtsziektenbestrijding bezighoudt, in relatie staan tot deze gedragsziekten.

Inderdaad neemt het absolute aantal gonorrhoe-gevallen belangrijker toe dan het aantal syfilisgevallen, maar zij zijn aan elkaar gekoppeld: 10% van de patiënten heeft gonorrhoe en syfilis. Wanneer men wil spreken van „een komende volksziekte”, kan men ze beter samen zien.

De leverziekten, veroorzaakt door hepatitisvirussen A en B, genezen niet door penicilline-behandeling. Bij een luetische hepatitis zijn na een paar penicilline-injecties de laboratoriumuitslagen normaal. Natuurlijk kan een syfilis-patiënt tevens een subklinische virushepatitis hebben.

Tenslotte: ik ben mij ervan bewust dat verschillende punten uit de ingezonden stukken niet afgehandeld zijn met dit korte wederwoord, maar dat zij zich lenen voor een aparte klinische les. Dit zou zeer wenselijk zijn. Pas wanneer de aanwezigheid van de geslachtsziekten (en niet alleen in de grote steden) en de belangrijkheid hiervan binnen het maatschappelijk verkeer door de medicus practicus (en de patiënt) beseft worden, zal men van de Dienst Geslachtsziektenbestrijding in de sector opsporing en begeleiding van geslachtsziekten gebruik kunnen maken en kan deze effectief werk verrichten.

Nijmegen, september 1974

R. G. L. VAN AERSEN