

tieve arteriografie. Is de diagnose duidelijk dan moeten on-
verwijld de dehydratie, shock en alkalose worden bestreden
en de maag met een sonde worden leeggezogen. Als binnen
24 uur geen verbetering volgt, moet het gips verwijderd wor-
den en is eventueel zelfs operatie noodzakelijk. Bij slechts 14
patiënten waren conservatieve maatregelen voldoende. Ge-
opereerd werden 20 patiënten: 18 maal bestond de ingreep
uit duodenojejunostomie, 2 maal uit mobilisatie van het duo-
denum en resectie van het ligament van Treitz. Zes patiënten
bij wie de diagnose te laat werd gesteld of de therapie te laat
begon, overleden. De eigen waarnemingen van BISLA en
LOUIS betroffen kinderen van 13, 15 en 16 jaar; zij toonden

klinisch en röntgenologisch het hierboven beschreven ziekte-
beeld. Eén hunner onderging een duodenojejunostomie, de
andere twee herstelden met conservatieve maatregelen.

Gezien de hoge sterfte bij dit syndroom moet men aan
buikklachten, vooral bij jonge patiënten met een kort tevoren
aangelegd gipskorset, extra aandacht schenken.

Literatuur: BISLA, R. S. en H. J. LOUIS (1975) Acute
vascular compression of the duodenum following cast
application. *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 563.

L. A. BOUVY

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

British Council Scholarships, Fellowships and Bursaries

Applications are invited for the following:

Fellowship (two to three years)

Tenable from October 1976, for postgraduate studies
leading to a higher degree (preferable at PhD level), or
for postgraduate research at a similar level. At the time
of application, applicants should have the status of
„doctorandus” or equivalent, and should be under 35 years
of age. The holder of a British Council Fellowship will be
entitled to claim a dependants' allowance if accompanied his
family.

Scholarships (one academic year)

Tenable at universities and other educational institutions

in Great Britain for the academic year October 1976 to July
1977. At the time of application, applicants should nor-
mally have the minimum status of „kandidaat”, or an
equivalent professional qualification, and should be between
21 and 35 years of age.

Bursaries (one to six months)

Applicants should be over the age of 25 and fully
trained, with experience in their field. Awards are also
available for a period of less than one month.

Particulars and application forms may be obtained from
the British Council, 343 Keizersgracht, Amsterdam-C., and
completed applications must be received not later than 15
November 1975.

INGEZONDEN

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

Behandeling van gonorrhoe door de huisarts

Met veel belangstelling heb ik het heldere artikel over de
behandeling van gonorrhoe door de huisarts van de collegae
VAN DIJK en VAN DER KROON (1975) gelezen. In grote lijnen
kan ik hun adviezen onderschrijven; op een aantal punten
verschil ik met de auteurs van mening. Enkele andere pun-
ten hadden mijns inziens ruimer of anders belicht kunnen
worden. Het opsommen van deze punten hier, heeft tot doel
de behandeling van gonorrhoe door de huisarts zo efficiënt
mogelijk te laten verlopen.

In de eerste plaats meen ik dat het voor de huisarts
mogelijk moet zijn de acute, niet gecompliceerde gonorrhoe te
behandelen. De faryngeale gonorrhoe hoort meestal bij de
niet gecompliceerde gonorrhoe. Slechts in een enkel geval
 treden complicaties op van deze vorm van gonorrhoe. Het
onderzoek van de oropharynx, zoals door de auteurs be-
schreven, is zeker niet moeilijker of arbeidsintensiever dan
het onderzoek in speculo. De orofaryngeale gonorrhoe geneest
bijna altijd wanneer de door de auteurs genoemde 4,8 mil-

joen E bicilline-therapie wordt toegepast. Zelf zagen wij bij
meer dan 50 patiënten geen mislukking bij een therapie met
4,8 miljoen E bicilline in 2 dagen (totaal 9,6 miljoen E
bicilline). Het na-onderzoek is hetzelfde als dat wat aan de
therapie vooraf dient te gaan. Het verdient aanbeveling dit
onderzoek 2-3 maal in de eerste twee weken na de behande-
ling uit te voeren.

Het vervoer van Stuartmedia per post lijkt op het eerste
gezicht een goede oplossing. Wanneer bacterioloog en
huisarts echter niet precies weten hoe lang het Stuart-
medium onderweg is geweest, is het uitermate moeilijk het
gegeven dat geen gonokokken werden gekweekt, te inter-
preteren. Het gevaar dat negatieve kweken zullen worden
uitgelegd als het niet hebben van een gonorroische infectie
ligt voor de hand. Hierdoor kan aan de patiënt een schijn-
zekerheid worden geboden. In Rotterdam wordt door de
GG en GD het transport van Stuartmedia van streeklabora-
torium naar huisarts vice versa op een zeer efficiënte wijze
geregeld. Het zou goed zijn na te gaan in welke steden of
streken door samenwerking van GG en GD's, streeklabora-

toria en huisartsen een soortgelijke regeling getroffen kan worden.

Het volgende punt komt niet in het artikel ter sprake, maar is toch van groot belang voor bacterioloog, huisarts en patiënt. In hoeverre worden de in het artikel genoemde bacteriologische en serologische onderzoeken door het Rijk vergoed? Worden bacteriologische en serologische onderzoeken bij de nacontrole van „behandelde gonorrhoeische patiënten” ook vergoed? Hoeveel kweken op gonokokken worden per patiënt vergoed? Wellicht kan collega BIJKERK, die als adviseur bij dit artikel is opgetreden, hieromtrent klaarheid verschaffen.

In het artikel komt verder niet erg duidelijk tot uiting of bij de man zonder écoulement — voor en na de behandeling — ook uit de urethra op gonokokken gekweekt moet worden. In ons instituut heeft ORANJE (voordracht Medical Society for the Study of Venereal Diseases, Meeting, april 1975) aangetoond, dat vóór de behandeling dit kweken speciaal bij die mannen moet gebeuren, die door andere gonorrhoeïci als seksuele partner zijn genoemd.

Uit ons materiaal blijkt verder dat voor het kweken van gonokokken uit de oropharynx bij mannen, de anamnese geen goede leidraad is. Er worden vaak gonokokken uit de oropharynx geïsoleerd bij mannen die ontkennen gedurende de laatste maanden orogeenitaal seksueel contact gehad te hebben. Enerzijds zal dit het gevolg zijn van een onbetrouwbare anamnese, anderzijds is bekend dat gonokokken maanden en soms jaren in de oropharynx kunnen persisteren en vaak geen klachten veroorzaken. Het aanwezig zijn van gonokokken in de oropharynx kan het gevolg zijn van een seksueel contact dat lang geleden heeft plaats gehad. Het is echter weinig zinvol de anamnese in sexualibus zover uit te breiden. Zinniger lijkt het bij alle mannen uit de oropharynx materiaal voor kweek af te nemen.

Naast de twee penicilline-therapieën wordt slechts één vervangende therapie genoemd, te weten die met doxycycline (Vibramycine). Deze laatste therapie heeft slechts een genezingspercentage van 90. Op de M.S.S.V.D. meeting in Malta (1975) werd gesteld, dat therapieën die een genezingspercentage onder de 95 hebben, bij de bestrijding van gonorrhoe obsoleet horen te zijn. De auteurs wijzen er overigens in de inleiding van het artikel zelf al op dat er verscheidene therapieën zijn die een genezingspercentage van bijna 100 scoren. Het is daarom ook niet duidelijk waarom het zeer bruikbare antibioticum spectinomycine niet als alternatieve intramusculaire therapie is genoemd. De in Rotterdam geïsoleerde en onderzochte gonokokkenstammen bleken alle zeer gevoelig te zijn voor spectinomycine (STOLZ 1974). Spectinomycine is in de handel bekend onder de namen Delspectin (Gist-Brocades) en Trobicin (UpJohn). Met een behandeling van 4 gram intramusculair — 2 gram in iedere bil — worden in het algemeen genezingspercentages hoger dan 95 gemeld.

Van belang is, dat het syndroom van Hoigné, dat tamelijk onbekend is, vele malen vaker optreedt dan de anafylactische shock. De prognose van dit syndroom is niet altijd even gunstig. MENKE en PEPPLINKHUIZEN (1974) wijzen er op dat in het bijzonder bij „neurasthene” patiënten na het optreden van het genoemde syndroom een langdurige psychische labiliteit kan ontstaan. Zij wijzen er op dat het van belang is geen procaine-penicilline-preparaten aan deze patiënten toe te dienen.

Tenslotte is het mij niet duidelijk, waarom bij de vrouw na behandeling alleen een Gram-preparaat wordt onder-

zocht en geen kweek van materiaal uit de urethra wordt verricht.

Literatuur: DIJK, E. VAN en H. V. M. VAN DER KROON (1975) Behandeling van gonorrhoe door de huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1353. — MENKE, H. E. en L. PEPPLINKHUIZEN (1974) Acute, non-allergic reaction to aqueous procaine penicillin. *Lancet* II, 723. — STOLZ, E. (1974) *Diagnostic aspects of gonorrhoea*. Proefschrift Rotterdam.

Schiedam, september 1975

E. STOLZ

Het ingezonden stuk van collega STOLZ geeft een aantal nuttige aanvullingen op ons artikel over behandeling van gonorrhoe door de huisarts. Het verschaft ons tevens de mogelijkheid op een aantal punten nader in te gaan.

Gezien het vaak vóórkomen van oro-genitaal en genitooraal seksueel contact, lijkt het inderdaad gewenst dat als routine zowel bij de vrouw als bij de man van farynxwand en tonsillen gekweekt wordt. Wat de behandeling betreft, zowel collega STOLZ (1974) als anderen (zie MORTON en HARRIS 1975) wijzen erop dat een penicilline-behandeling, die adequaat is voor urogenitale/rectale gonorrhoe, onvoldoende kan zijn voor de genezing van oro-faryngeale gonorrhoe. Wij zouden dan ook óf de behandeling die door collega STOLZ wordt voorgesteld willen adviseren (2 × 4,8 mill. E bicilline in 2 dagen: totaal 9,6 mill. E bicilline), óf, bij overgevoeligheid voor penicilline, 2 g tetracycline gedurende 7 dagen.

Ook bij de behandeling van urogenitale/rectale gonorrhoe hebben wij een tetracycline-preparaat als alternatief voorgesteld. Dat het genezingspercentage met 300 mg doxycycline lager ligt dan dat verkregen met de door ons genoemde penicilline-preparaten, is ons bekend. Wij hebben echter niettemin gekozen voor doxycycline omdat men hiermee een traitement minute met een vrij bevredigend resultaat kan bereiken. ENFORS en ERIKSSON (1975) geven een percentage mislukkingen op van 7,1.

Voor hogere genezingspercentages met tetracycline-preparaten moet men dit behandelingsstelsel verlaten en zal men afhankelijk worden van de bereidheid van de patiënt om gedurende een aantal dagen een kuur met capsules te volgen, die, ook als de klachten verdwenen zijn, afgemaakt moet worden. Indien men op de coöperatie van de patiënt meent te kunnen vertrouwen, zouden wij bij ongecompliceerde urogenitale/rectale gonorrhoe een kuur van tetracycline in een dosis van 2 g daags (4 dd 2 capsules à 250 mg) gedurende 5 dagen willen voorstellen. Ook het co-trimoxazol (Bactrimel, Eusaprim) is dan te overwegen, mede omdat syfilis hierdoor niet wordt gemaskeerd. Over de dosering en de genezingspercentages wordt verschillend bericht. Wij zelf (VAN DIJK en TAN-LIM 1973) zagen bij behandeling met 3 dd 2 tabletten gedurende 4 dagen 1 mislukking bij 45 patiënten. RAHIM (1975) behandelde ruim 100 patiënten met een traitement minute van 8 tabletten, met een percentage mislukkingen van 4.

Het traitement-minute-schema kan wél worden gevolgd indien men gebruik maakt van de door collega STOLZ genoemde spectinomycine, die in Nederland naar ons bij informatie bleek alleen in de handel is als Delspectin (spectinomycine sulfaat, Gist-Brocades). Met dit helaas dure medicament worden in de door STOLZ genoemde dosering van 4 g genezingspercentages van 95 en hoger bereikt.

Delspectin wordt geleverd in ampullen van 1,6 g; voor 3 ampullen (4,8 g) bedraagt de inkoop prijs + BTW f 77,47

(als vergelijking: 4,8 E bicilline: inkoopprijs + BTW f 8,48; 8 capsules Clamoxyl (à 375 mg): f 9,28; doxycycline (Vibramycine) 3 capsules (300 mg): f 8,16; 2 gram dd tetracycline gedurende 5 dagen: f 3,40, 24 tabletten Bactrimel: f 9,60). In de literatuur wordt overigens aangegeven dat bij de man een dosering van 2 g spectinomycine voldoende is (MORTON en HARRIS 1975). Spectinomycine lijkt stellig een uitstekend alternatief voor penicilline te zijn. Er moet rekening mee gehouden worden dat maskering van een syfilitische besmetting mogelijk is.

Ongetwijfeld dient bij de man die zelf geen klachten heeft, doch die contact heeft gehad met een patiënt die aan gonorrhoe lijdt, gekweekt te worden, en indien een behandeling is ingesteld, de kweek herhaald te worden.

Bij het onderzoek vóór en de controle ná behandeling van de urogenitale/rectale gonorrhoe van de vrouw hebben wij behalve Gram-preparaten van urethra en cervix, alleen kweken uit rectum en cervix en niet van de urethra geadviseerd. Dit om het aantal kweken te beperken. Weliswaar zou de kans dat hiermee de diagnose gonorrhoe gemist wordt 0-2,4% bedragen, anderzijds zou het onderzoek van het Gram-preparaat van de urethra in enkele percenten bijdragen tot het ontdekken van urogenitale gonorrhoe bij de vrouw (STOLZ 1974).

Wij komen hiermede op het probleem van de kweken. Deze kunnen voor een betrouwbare diagnostiek van gonorrhoe niet gemist worden. Zeer terecht merkt STOLZ op dat een snel transport naar de streeklaboratoria van groot belang is. Het lijkt mij toe dat het mogelijk moet zijn ter zake samenwerkingsverbanden te scheppen, waarbij de GG en GD een belangrijke rol kan vervullen.

Over de financiële aspecten van het bacteriologische en serologische onderzoek bij gonorrhoe zoals door STOLZ ter sprake gebracht, hebben wij met collega BIJKERK nader overleg gepleegd. Deze deelde ons mee dat het bacteriologisch en serologisch onderzoek zoals dat voor de diagnostiek van patiënten en contacten nodig is door het Rijk wordt vergoed, evenals het onderzoek na de behandeling, dat nodig is om vast te stellen dat patiënten en contacten niet (meer) besmettelijk zijn.

Een probleem, waarop wij hier niet zullen ingaan, is dat bij veelvuldig kweken kans van overbelasting van de laboratoria ontstaat.

Literatuur: DIJK, E. VAN en H. V. M. VAN DER KROON (1975) Behandeling van gonorrhoe door de huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1353. — DIJK, E. VAN en K. N. TAN-LIM (1973) Behandeling van gonorrhoe met trimethoprim-sulfamethoxazol. *Ned. T. Geneesk.* 117, 872. — ENFORS, W. en G. ERIKSSON (1975) Comparison of oral ampicilline and doxycycline in the treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Brit. J. vener. Dis.* 51, 99. — MORTON, R. S. en J. R. W. HARRIS (1975) *Recent advances in sexually transmitted diseases.* Churchill Livingstone, Edinburgh. — RAHIM, G. (1975) Single-dose treatment of gonorrhoea with cotrimoxazole. *Brit. J. vener. Dis.* 51, 179. — STOLZ, E. (1974) *Diagnostic aspects of gonorrhoea.* Proefschrift Rotterdam.

Amsterdam, 18 september 1975

E. VAN DIJK
H. M. VAN DER KROON

BERICHTEN

Buitenland

ALGEMEEN

Kwik in vis. Jaarlijks wordt in de zeeën ongeveer 10.000 ton kwik uitgestort. De helft hiervan is van natuurlijke herkomst en bestaat uit mineralen die door rivieren worden aangevoerd; de andere helft is afkomstig van moderne industrieën. Er hebben zich afschuwelijke massale kwikvergiftigingen voorgedaan o.a. in Japan, waar mensen vis hadden gegeten die gevangen was in de Minamatabaai; het water daarvan bevatte afval van een vinylchloride-fabriek die bij de bereiding van haar produkt kwikchloride gebruikte. Afgezien van deze en enkele andere massa-vergiftigingen is er betrekkelijk zelden een kwikvergiftiging ontstaan door consumptie van vis. THOMAS H. JUKES (*J. Amer. med. Ass.*, 1 sept. bl. 1001) zet uiteen hoe dit te rijmen is met de 10.000 ton kwik die jaarlijks in zee terecht komt. In de eerste plaats blijft slechts weinig kwik (0,03 pct) in het zeewater in oplossing, de rest zinkt en blijft op de bodem liggen. In de tweede plaats zijn er in toxicologisch opzicht twee soorten kwik. Mercurichloride en methylkwik zijn zeer giftig; maar mercuriochloride (calomel) is jarenlang als laxans gebruikt. En tandartsen gebruiken massa's kwik voor het plomberen van carieuze gebitten. In de derde plaats is gebleken dat de toxische werking van methylkwik wordt tegengegaan door selenium. De seleniumwerking is zelfs duidelijk gebleken bij proeven met kwikbevattende tonijn, waaraan nog extra

methylkwik was toegevoegd! En op een nog niet duidelijke, maar wonderlijke manier gaat de aanwezigheid van kwik in vissen gepaard met de aanwezigheid van selenium; de hoeveelheden kwik en selenium houden zelfs gelijke tred in de verhouding van ongeveer 1 : 1. (Op zichzelf is selenium ook zeer toxisch, bij vissen reeds in hoeveelheden van 3 ppm.) Bij een onderzoek van zeehonden en dolfinen werd in de levers een hoog kwikgehalte gevonden: 326 ppm; maar tevens bevatte het leverweefsel 0,932 maal deze hoeveelheid selenium. Ook bij mensen die aan kwik blootgesteld zijn geweest, heeft men een dergelijke correlatie met selenium gevonden. Moeder Natuur heeft als het ware een eigen methode ontwikkeld ter neutralisering van giftige kwikverbindingen.

CANADA

Visserij en lipkanker. De incidentie van lipkanker is in Canada het hoogst van alle landen die een bevredigende ziektestatistiek erop na houden; ze bedroeg in de jaren 1960-62 voor de „Europese” mannelijke bevolking in vijf Canadese provincies 24,9/100.000. Newfoundland spande de kroon met 40,0/100.000 voor de jaren 1954-68. Ter vergelijking met andere landen: Noord-Ierland 14,5; IJsland 9,6; Denemarken 6,8; Connecticut (USA) 4,7; Nieuw-Zeeland 4,5; vier gebieden in Engeland en Wales 2,9. De incidentie van lipkanker is in de Canadese provincies gebleken gelijk op te gaan met het visserijbedrijf. WALTER O.