

dronkeman. De laatste weken had patiënt in bed gelegen, omdat hij zich zonder steun niet meer staande kon houden. Daarom ook gebruikte hij de laatste 8 dagen geen broomisoval meer: hij kon de apotheek niet meer bereiken. Bij onderzoek zagen we een adipeuze, transpirerende man. Zijn bewustzijn was helder, zijn concentratie gering. Hij had een tremor aan de handen, de spraak was slecht gearticuleerd, de coördinatie gestoord en hij liep met een breed gangspoor. De broomspiegel in het bloed bij opname was 1000 mg per liter, de broomisovalspegel 0 mg/l. Patiënt kreeg NaCl-tabletten tot 12 g per dag en chloordiazepoxide (Librium) voorgeschreven. De broomspiegel daalde in 3 weken tot 0, de klachten verdwenen in 10 dagen.

– De tweede patiënt is een 29-jarige met een partner samenwonende man, die wegens zijn verwardheid door de politie van straat werd opgepikt en via de huisarts werd ingestuurd. Ook hij gebruikte jarenlang overmatig alcohol. Het laatste jaar ging hij minder drinken, maar gebruikte wel Sanox (100 mg broomisoval per tablet), per week een buisje van 20 tabletten, in de laatste 3 weken oplopend tot 40 à 60 tabletten per dag. Hij had de afgelopen dagen toenemend last gehad van moeite met autorijden, wegens sufheid, traagheid, vergeetachtigheid en onverschilligheid. Bij onderzoek zagen we een transpirerende man, zijn bewustzijn wisselde van verlaagd tot helder, zijn concentratie was gering. Hij rook iets naar alcohol, zijn reflexen leken iets verhoogd te zijn en zijn coördinatie was gestoord. De broomspiegel in het bloed bij opname was 430 mg/l (J.N. Jedema, apotheker), de broomisovalspegel werd niet gemeten. Patiënt kreeg NaCl-tabletten tot 12 g per dag, de broomspiegel daalde in 2 weken tot 0, de klachten verdwenen in enkele dagen.

Beide patiënten waren niet op de hoogte van de ernstige bijwerkingen van deze kalmerende, broombevattende tabletten. De eerste patiënt kwam binnen met als diagnose: depressief syndroom met HES-klachten en conversieverschijnselen; een Korsakoff-syndroom werd overwogen. De andere patiënt was in verwardheidstoestand met suïcideniging. Wegens de levenbedreigende verschijnselen (zowel directe als indirecte, bijv. door autorijden) bij een toxische broomspiegel en het feit dat de therapeutische en toxische spiegels zo weinig verschillen, pleiten ook wij voor het uit de vrije handel nemen van broompreparaten.

Assen, april 1985

A. VAN DEN BERG
J. SNIJDER

Aan de wieg van de plaatselijke verdoving

Naar aanleiding van uw bladvulling „Aan de wieg van de plaatselijke verdoving” (1985; 641), moge ik u er op wijzen dat de allereerste melding van het gebruik van cocaïne in de keel-, neus- en oorheelkunde van een jaar eerder, nl. 1884 dateert. Nadat Sigmund Freud in juli 1884 de aandacht van de Weense artsen had gericht op cocaïne, hield Carl Koller, een oogarts uit Wenen, op 17 oktober 1884 een voordracht voor het genootschap van geneeskundigen in Wenen: „Ueber die Verwendung des Cocain zur Anästhesierung am Auge”.¹ Het eeuwfeest van deze gebeurtenis is in 1984 uitgebreid gevierd op de gezamenlijke bijeenkomst van de Europese en Amerikaanse maatschappijen voor Regionale Anesthesie in Wenen natuurlijk. Een week na de voordracht van Koller hield Edmund Jellinek (1852-1928) een voordracht aldaar: „Das Cocain als Anästheticum und Analgeticum für den Pharynx und Larynx”.² Deze voordracht moet als eerste beschrijving van de

toepassing van lokale anesthesie in het vakgebied van de keel-, neus- en oorheelkunde gelden.

Ere wie ere toekomt.

LITERATUUR

¹ Koller C. Ueber die Verwendung des Cocain zur Anästhesierung am Auge. Wien Med Wochenschr 1884; 34: 1276.

² Jellinek E. Das Cocain als Anästheticum und Analgeticum für den Larynx und Pharynx. Wien Med Wochenschr 1884; 34: 1364.

Naarden, april 1985

J.T.A. KNAPE

Serologische controle op syfilis van zwangere vrouwen in Amsterdam

Naar aanleiding van de epidemiologische mededeling van de collegae Coutinho, Jansen Schoonhoven en Van der Helm (1985; 802-3), zou ik het volgende willen opmerken.

Uit het stuk wordt duidelijk dat de diagnose door de behandelende arts werd gesteld. Het is onze ervaring dat niet altijd het juiste stadium van syfilis wordt aangegeven door behandelende artsen en dat daar waar de resultaten van de syfilisserologietests voor meerdere uitleg vatbaar kunnen zijn, slechts voor één van de mogelijkheden wordt gekozen. Het hele betoog staat en valt met de inhoud van de zin in de paragraaf Resultaten: „Bij 4 patiënten werd door de behandelende arts de diagnose nieuwe lues gesteld. Bij nader onderzoek van de status van deze 4 vrouwen bleek, dat het bij 2 ging om lues latens recens en bij 2 om lues latens tarda.” Afgezien van het feit dat de begrippen oude en nieuwe lues in het artikel verwarrend werken, wordt geen definitie gegeven van lues latens recens (minder dan 1 of minder dan 2 jaar oud?). Ook wordt niet aangegeven waarom er bij deze verder niet aan symptomen lijdende gravidæ gedacht moet worden aan een recente infectie. Daar deze 2 patiënten dienen om een kosten-batenanalyse te presenteren, immers: „De kosten van serologisch onderzoek van 11.398 sera werden geschat op f 152.000,-, terwijl de baten ongeveer f 823.000,- bleken te zijn (verhouding 1: 5,4). Derhalve kan geconcludeerd worden dat de screening in de onderzoeksperiode ruim de moeite waard was”, zou een exactere beschrijving van wat er bij deze gravidæ en bij hun familieleden via klinisch en serologisch onderzoek is vastgesteld mijns inziens op zijn plaats zijn geweest. Zo zouden de serologische testresultaten (VDRL kwantitatief en kwalitatief, FTA-ABS, TPHA) bij deze patiënten vermeld hebben kunnen worden, zowel voor als na de gegeven antiluetische kuur. Verder zou men willen weten of

- de resultaten van eerder serologisch onderzoek bekend zijn die de duur van de syfilitische infectie waarschijnlijker maken;
- de patiënten symptomen aangaven die op het doormaken van primaire of secundaire syfilis konden wijzen en zo ja, in welke periode deze symptomen voorkwamen;
- de patiënten in het nabije verleden aan andere seksueel overdraagbare aandoeningen en (of) andere infecties hebben geleden waarvoor ze antitreponemale antibiotica voorgeschreven kregen, waardoor ze wellicht niet meer infectieus waren voor hun kind;
- de echtgenoten, vaste partner(s) en (of) incidentele seksuele partners en eerder geboren kinderen klinisch en serologisch onderzocht zijn en zo ja, met welke resultaten;
- indien geen aanwijzingen verkregen werden voor het acquireren van de syfilitische infectie via seksuele weg de

moeders van deze twee vrouwen (indien nog in leven) klinisch en serologisch onderzocht zijn en zo ja, met welke resultaten;

– de serologische resultaten bij de moeders beïnvloed werden door de antiluetische therapie;

– de kinderen uit genoemde zwangerschappen gezond geboren zijn.

Tevens zou het nuttig zijn kennis te kunnen nemen van het exacte moment van screening en van behandeling van deze patiënten en van de resultaten van klinische en serologische controle bij de pasgeboren kinderen. Wanneer deze gegevens wel vermeld waren geweest, zou de eerder genoemde kosten-batenanalyse aan kracht hebben gewonnen.

Overigens lijkt het mij in principe beter soortgelijke studies prospectief uit te voeren en de kosten-batenanalyse niet alleen te laten afhangen van de door de behandelende artsen gestelde diagnoses, bijv. door onafhankelijke deskundigen alle door de behandelende artsen gestelde diagnoses te laten natrekken.

Rotterdam, april 1985

E. STOLZ

Collega Stolz stelt terecht dat wij in ons artikel een definitie hadden moeten geven van lues latens recens. De bij ons gebruikelijke en ook voor dit onderzoek gehanteerde definitie luidt: Positieve luesserologie bij afwezigheid van klinische huid- en (of) slijmvliesafwijkingen; anamnestic of epidemiologisch moment van acquisitie korter dan twee jaar geleden.

De klinische gegevens van de 4 gravidarum bij wie door de behandelend arts de diagnose nieuwe lues werd gesteld, werden weggelaten om het artikel zo kort mogelijk te houden. De volgende gegevens zijn beschikbaar:

– Patiënte A, geboren 1959; Surinaamse, in Nederland sinds 1975; laatste menstruatie eind januari 1982. Bij serologisch routine-onderzoek tijdens de eerste prenatale controle bleken de VDRL en TPHA positief. Tevens werd bij dit eerste bezoek een gonokokkeninfectie vastgesteld, welke behandeld werd. Verwijzing volgde naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis. Serologie d.d. 02-06-'82: VDRL 1 : 8, TPHA positief, FTA positief, TPI positief; d.d. 25-06-'82: VDRL 1 : 16, TPHA positief. Patiënte kreeg $3 \times 2,4$ milj. E benzathinebenzylpenicilline (Penidural). De serologie verliep daarna als volgt: 20-07-'82: VDRL 1 : 8, TPHA positief; 17-05-'83: VDRL negatief, TPHA positief; 17-04-'84: VDRL negatief, TPHA positief; 05-06-'84: VDRL negatief, TPHA positief. Diagnose: Lues latens recens zeer waarschijnlijk.

– Patiënte B, geboren 1953; Nederlandse. In april 1983 verwezen naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis wegens positieve luesreacties (VDRL 1 : 32, TPHA positief, FTA positief) bij een graviditeit van 15½ week. Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De diagnose werd gesteld op lues latens recens en patiënte werd behandeld met $3 \times 2,4$ milj. E benzathinebenzylpenicilline. De serologie verliep daarna als volgt: 23-06-'83: VDRL 1 : 64, TPHA positief; 02-08-'83: VDRL 1 : 32, TPHA positief; 14-09-'83: VDRL 1 : 16, TPHA positief; 24-10-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief; 14-03-'84: VDRL negatief, TPHA positief. Diagnose: Lues latens recens.

– Patiënte C, geboren in 1949; Surinaamse die sinds 19 jaar in Nederland woont. In maart 1983 werd patiënte verwezen naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis wegens positieve luesreacties bij een graviditeit van 18 weken. Geen seksueel overdraagbare aandoeningen

(SOA) in de anamnese. Serologie d.d. 12-04-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief. De vaste partner bleek bij bloedonderzoek VDRL- en TPHA-negatief. Patiënte kreeg $3 \times 2,4$ miljoen E benzathinebenzylpenicilline. Het serologische beloop was daarna als volgt: 17-06-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief, FTA positief; 25-08-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief; 27-12-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief. Diagnose: Lues latens tarda of recens, hetzij een endemische treponematose.

– Patiënte D, geboren 1962; Marokkaanse; laatste menstruatie augustus 1982. Bij de eerste prenatale controle (in een Amsterdams ziekenhuis) bleek de VDRL 1 : 8, TPHA positief. Geen SOA in de anamnese. Cervixkweek op gonokokken bleek negatief; wel werden een trichomoniasis en een candidiasis vastgesteld. Patiënte kreeg $2 \times 2,4$ milj. E benzathinebenzylpenicilline. De serologie verliep daarna als volgt: 16-11-'82: VDRL 1 : 4, TPHA positief, FTA positief; 14-12-'82: VDRL 1 : 4, TPHA positief; 15-02-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief. Patiënte onttrok zich vervolgens aan verdere controle en ging naar Marokko. Diagnose: Lues latens tarda of recens, hetzij een non-venerische treponematose.

Bij de kosten-batenanalyse werden alleen de eerste 2 patiënten meegerekend. Het is overigens juist dat bij dit retrospectieve onderzoek nogal wat klinische gegevens niet meer te achterhalen bleken te zijn. Mede op verzoek van de Gezondheidsraad zal dit onderzoek in Amsterdam vanaf 1 januari 1985 worden herhaald, waarbij elk kwartaal de gegevens van gravidarum met positieve luesreacties bij de betreffende artsen zullen worden opgevraagd. Getracht zal worden zoveel mogelijk follow-upgegevens te verzamelen. In andere regio's van Nederland is een dergelijk onderzoek eveneens aan te bevelen.

Amsterdam, mei 1985

R.A. COUTINHO
F. JANSEN SCHOONHOVEN
TH. VAN DER HELM

Streptokokkentonsillitis behandelen of niet behandelen?

In het artikel van Zanen (1985; 579-80) wordt in (te) kort bestek de altijd actuele diagnose en therapie van streptokokkentonsillitis behandeld. Met de therapeutische benadering kunnen wij het niet eens zijn. Dat antibiotica uitsluitend weloverwogen dienen te worden gegeven zal niemand tegenspreken. De stelling dat antibiotica niet geïndiceerd zijn, omdat het verloop van de ziekte meestal mild is en zelden aanleiding geeft tot complicaties, wordt echter niet door literatuur ondersteund (de schatting van 10-30% is zonder referentie) en is te generaliserend. Bovendien zal bij patiëntjes met flinke koorts en (of) die een zieke indruk maken een afwachtende houding moeilijk verklaarbaar zijn, indien wel complicaties optreden.

Bezwaar moet ook tegen het gestelde in de laatste alinea worden gemaakt. Het „meest werkzame” middel is niet penicilline. Erytromycine is zeker even werkzaam, hetgeen ook door de auteur impliciet wordt toegegeven als hij het even verder als alternatief naast penicilline plaatst.

De laatste zin roept ernstige bezwaren op wat betreft de zorgvuldigheid waarmee de therapie in dit artikel is beschreven. Er is in Nederland en-zelfs in West-Europa geen melding van resistentie van streptokokken tegen erytromycine. Zeer recente gegevens uit met name de Scandinavische literatuur (waar erytromycine zeer veel wordt toegepast) alsmede mondelinge mededelingen uit de Nederlandse