Utrecht University Library
Partner in Science
Universiteit Utrecht

Het venereologisch archief der marine : beschouwingen over den invloed der toegepaste therapie op de gevolgen der syphilis

https://hdl.handle.net/1874/299633

HET VENEREOLOGISCH ARCHIEF DER MARINE

BESCHOUWINGEN OVER DEN INVLOED DER TOEGEPASTE THERAPIE OP DE GEVOLGEN DER SYPHILIS

C. W. BOTTEMA

A. qu.
192
1931

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

A qu 192 1931

HET VENEREOLOGISCH ARCHIEF DER MARINE

BESCHOUWINGEN OVER DEN INVLOED DER TOEGEPASTE THERAPIE OP DE GEVOLGEN DER SYPHILIS

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS Jhr. Mr. B. C. DE SAVORNIN LOHMAN HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER RECHTSGELEERDHEID VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 17 FEBRUARI 1931 DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

CORNELIS WATZE BOTTEMA

ARTS, OFF. VAN GEZ. 1e KL. KON. MARINE

GEBOREN TE HONSELERSDIJK

N.V. DRUKKERIJ V/H. C. DE BOER JR. — DEN HELDER

BIBLIOTHEEK DER RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT.

Aan mijne Ouders.
Aan mijn Vrouw.

Ofschoon het reeds bijna vijftien jaren geleden is, dat ik voor het laatst de colleges volgde, en niettegenstaande mijn loopbaan bij de Marine het contact met de Alma Mater niet bevorderde, is de herinnering aan U Emeriti-hoogleeraren en Hoogleeraren van de Natuurphilosophische en Geneeskundige faculteiten der Leidsche Universiteit niet verflauwd.

Integendeel, het lijkt wel of de figuren van enkele mijner leermeesters zich steeds scherper afteekenen tegen de vervlakking van het dagelijksch leven en nooit ben ik mij meer bewust dan thans, hoe ik tijdens mijn studiejaren verkeerde in een wel zeer bijzonder milieu.

Met genoegen grijp ik daarom de gelegenheid, die het verschijnen van dit proefschrift biedt, aan om U te danken, niet alleen voor het ontvangen onderwijs, maar voor zooveel meer, dat afstraalt van den omgang met mannen van aparte gaven des geestes.

U, Hooggeleerde van Leeuwen, hooggeachte Promotor, dank ik voor de bereidwilligheid, waarmede Gij het materiaal, dat de grondslag vormt van dit proefschrift, hebt willen onderzoeken en voor de bijstand, die Gij mij op zoo bijzonder aangename en welwillende wijze hebt verleend.

Hooggeleerde Mendes da Costa, uw tegemoetkoming, waarop ik in zoo groote mate een beroep heb moeten doen bij mijn opleiding en die Gij mij zoo ruim, met Uw raad en hulp hebt geschonken, stemt mij tot groote dankbaarheid.

Zeergeleerde Rinsema, mijn erkentelijkheid voor de aangename en vriendschappelijke wijze, waarop gij mijn eerste schreden op het pad der Dermato-Venerologie hebt geleid.

Hoogedelgestrenge ter Poorten, U ben ik zeer verplicht, het materiaal der Marine ter mijner beschikking te hebben gesteld.

Aan de nagedachtenis van Professor van der Valk en collega Papegaay past mij een woord van stille hulde.

Tenslotte mijn dank aan allen, die mij bij de bewerking van dit proefschrift behulpzaam zijn geweest, in het bijzonder aan U, waarde Moester, voor de onvermoeide hulp mij bij de afwerking bewezen.

INHOUD.

		Blz.
Inleiding.	Omvang en beteekenis der geslachtsziekten sinds 1900; prophylaxis.	1
HOOFDSTUK I.	Hoe het archief ontstaat; voordeelen; bezwaren	11
HOOFDSTUK II.	Doelstelling; bewerking en indeeling van het materiaal.	17
HOOFDSTUK III.	De toestand der patienten bij het einde der observatie en het verloop der infectie . . .	27
HOOFDSTUK IV.	Wat is uit den toestand en het verloop der behandelde en onbehandelde gevallen af te leiden omtrent de waarde der toegepaste therapie; conclusies; nabeschouwing.	41
HOOFDSTUK V.	De salvarsantherapie; practische toepassing. .	60
HOOFDSTUK VI.	De behandeling en de immuniteit; het oordeel over de salvarsantherapie	73
Samenvatting der conclusies		92
Verzamelstaten		95
Bijlagen		133

INLEIDING.

Omvang en beteekenis der geslachtsziekten sinds 1900.

Prophylaxis.

Het venereologisch archief der Marine is geen archief in den waren zin des woords. Het is een kaartsysteem, waarin de gegevens betreffende de geslachtsziekten van iederen schepeling worden geboekt. Het vond zijn oorsprong in — en vormt een deel van — de maatregelen in den loop der jaren getroffen tegen de geslachtsziekten, die als een plaag het scheepsvolk en dus de vloot teisteren.

Wanneer ik de beteekenis der geslachtsziekten voor de Zeemacht in de laatste kwart-eeuw kort wil nagaan, kan het werk van VAN DEINSE tot 1918 als eenige bron dienen [1]).

VAN DEINSE eindigde zijn werk, toen juist een geheel nieuwe, groot opgezette actie werd ingesteld, om tot een zoo krachtig mogelijke bestrijding der venerische ziekten te komen. De instelling van het venereologisch archief, onderdeel van die actie, was daarvan uit medisch oogpunt althans, wel het belangrijkste.

Vóór 1903 hield men zich op de vloot uitsluitend bezig met de bestrijding der reeds uitgebroken geslachtsziekten volgens de toen geldende ervaring en wetenschap.

Na dit jaar begon het „voorkómen is beter dan genezen" langzaam door te dringen en werd hier en daar getracht door prophylaxis het euvel te verminderen.

In 1904 maande de Inspecteur van den Geneeskundigen Dienst, per circulaire, de Officieren van Gezondheid aan, de vrijwillige prophylactische behandeling zooveel mogelijk aan te moedigen.

Er werden chemisch medicamenteuse prophylactica verstrekt en aan den wal en aan boord gebruikt. In voordrachten, voor het volk gehouden, werd tot kuische levenswijze aangespoord, maar

[1]) *Van Deinse*. Het vraagstuk der venerische ziekten bij de Marine. Proefschrift 1918.

tevens de wijze aangegeven om na een coïtus impurus de infectie te voorkomen.

Veel succes werd van deze maatregelen niet gezien en op grond van moreele overwegingen werden zij in 1908 weer afgeschaft.

Er volgde nu een periode van meer disciplinaire maatregelen, als: beperkt nachtpassagieren, strenger regelen der gezondheidsinspecties (inspectie der genitalia en omgeving), terwijl hier en daar door gelegenheid te geven tot beoefening van muziek en sport, tooneel en literatuur, voor meer afleiding werd gezorgd.

1 Januari 1914 werd de prophylaxis weer officieel ingevoerd. Op alle schepen en inrichtingen werd een gelegenheid gemaakt, waar de schepeling zich prophylactisch kon behandelen, zoodra hij van den wal terugkwam en waarbij het geneeskundig personeel zooveel mogelijk toezicht hield en hulp en aanwijzingen verschafte.

Het was dus een systeem van vrijwillige prophylaxis. De stok stond evenwel achter de deur, want brak de ziekte uit, dan werden de venerici na hun herstel aan ingrijpende vrijheidsbeperking onderworpen. Tevens werden schepelingen, die bij herhaling door venerische ziekten aan den dienst werden onttrokken, niet toegelaten tot reëngagement; de periodieke tractementsverhooging werd evenlang uitgesteld als de tijdsduur, dat een schepeling vrij van dienst was door het lijden aan een geslachtsziekte.

Deze bepalingen waren evenwel niet door te voeren zonder den Officier van Gezondheid in conflict met zijn ambtsgeheim te brengen en verwekten daardoor veel beroering (proces-BEUKERS) [1], zoodat zij in 1917 weer werden ingetrokken. Ondertusschen was in 1915 naast de prophylaxis per circulaire aangedrongen op het bevorderen der hygiëne der geslachtsorganen, wat nuttig was voor iedereen, ook bij het meest onbesproken gedrag.

Voor dat doel werden aan boord en in kazernes kamertjes ingericht, waarin door middel van water, sublimaatoplossing, zeepspiritus en watten gelegenheid werd gegeven tot reiniging der

---

[1]) Militair rechterlijk Tijdschrift, deel XI, 15/16; verschillende artikelen onder beroepsbelangen in Ned. Tijdschr. v. Gen. 1915 en '16; *Kruyne*. De jongste maatregelen tot bestrijding der venerische ziekten. Marineblad 1915/16.
Artsenboekje 1921 — pag. 45 etc.

genitaliën, waartoe het volk in de gewone badgelegenheden uit schaamtegevoel meestal niet overging. Deze waschhokjes werden goed ontvangen en bestaan nog.

Intusschen was van evidente verbetering niet veel te bespeuren en zoo werd in 1918 het roer omgegooid. Ingevoerd werd de verplichte prophylaxis.

In het reglement op den Inwendigen dienst aan boord van Hr. Ms. oorlogsschepen werd een bepaling opgenomen, luidende:

„Art. 236 bis: In het algemeen belang is elke militair der Zeemacht, die zich aan het gevaar heeft blootgesteld om met eene geslachtsziekte geïnfecteerd te worden, verplicht zich prophylactisch te laten behandelen, zoodra hij daartoe in de gelegenheid is. Nalatigheid in deze is als overtreding van de krijgstucht te beschouwen".

De praeventieve middelen werden dus niet meer meegegeven, hetgeen als het ware als een aansporing tot ontucht kon worden beschouwd, doch aan boord had na de expositie een „vroegbehandeling" plaats. Later werd aan lieden, die geoefend waren in het toepassen der prophylaxis, welke capaciteit in het ziekenboekje werd genoteerd, zelfbehandeling toegestaan.

In een nieuw artikel 56 bis van het reglement Geneeskundige Dienst werd den Officier van Gezondheid opgedragen te bevorderen, dat de op de militairen der Zeemacht rustende plicht, zich na het gevaar te hebben geloopen om met een geslachtsziekte te worden geïnfecteerd, zoo spoedig mogelijk prophylactisch te doen behandelen, naar behooren werd nagekomen.

Tevens werd in het Reglement Geneeskundige Dienst bepaald, dat de Officier van Gezondheid minstens eenmaal in de drie maanden in een voordracht aan de militairen der Zeemacht, de gevaren, verbonden aan den geslachtelijken omgang buiten echt en de middelen, welke in het algemeen belang ter bestrijding van geslachtsziekten moeten worden aangewend, moest mededeelen.

Dan werd, om het verbergen van een geslachtsziekte te bemoeilijken, bepaald, dat de gezondheidsinspecties, die tot nu toe eens in de maand gehouden werden, voortaan om de veertien dagen zouden plaats hebben.

Tenslotte werd, met de bedoeling de invoering en verspreiding

in ons land van geslachtsziekten tegen te gaan, nog in het reglement opgenomen, dat in het algemeen belang na terugkeer van een oorlogsschip in Nederland, de bemanning moest worden onderworpen aan een geneeskundig onderzoek, voordat vergunning tot naar den wal gaan wordt verleend; ditzelfde onderzoek diende te geschieden bij hen, die per particuliere gelegenheid repatrieeren. Later gebeurde dit onderzoek, om aanstoot te voorkomen, niet meer bij aankomst in Nederland, maar vóór het vertrek uit de tropen.

Deze bepalingen zijn ook nu nog van kracht, reden waarom ik ze uitgebreider heb gereleveerd dan de vroegere thans vervallen maatregelen.

Nog trad geen rust in en in 1923 (in Oost-Indië in 1927) werden wederom en wel administratieve maatregelen op de venerici toepasselijk verklaard; en wel:

1. Bij opname in het Hospitaal wordt op het loon gekort (in Holland 25 %; in Indië 30 % of 50 %, al naar gelang men zich al of niet tijdig en uit eigen beweging ziek meldt).
2. Na ontslag wegens herstel uit het Hospitaal blijft de betrokkene nog 14 dagen onder observatie aan boord, gedurende welken tijd hij niet mag passagieren.
3. Alle venerici werden — evenals in 1914 — na hun herstel 3 maanden lang onderworpen aan een beperkte passagiersregeling.

Dit systeem, dat alles behalve mijn bewondering wegdraagt, is in November 1929 weer iets verbeterd, doordat de in mijn oog funest werkende maatregel, genoemd onder 3., is ingetrokken.

Behalve de opgesomde maatregelen werd er tevens gezorgd, voor de behandeling der zieken de gunstigste condities te scheppen.

Een specialist venereoloog werd chef van een modern ingerichte Dermato-Venereologische Afdeeling — D.V.A., waarvan er in 1918 een in het Marine-hospitaal te Den Helder en in 1921 een te Soerabaja werd ingesteld.

Deze afdeelingen zijn de hoofdkwartieren in den strijd. Door middel van een kaartsysteem, waaruit het venereologisch archief ontstond en dat in het volgend hoofdstuk uitvoerig zal worden beschreven, werd de behandeling der venerici centraal geregeld.

Na in het bovenstaande woelige beeld de bestrijding der ge-

slachtsziekten, zooals die de laatste 30 jaar in de Marine is gevoerd, kort te hebben geschetst, wil ik met een paar cijfers den omvang, de beteekenis en het verloop dier ziekten illustreeren.

Ik haal hiertoe aan wat VAN DEINSE schrijft op pagina 108 en 109:

„Een voorstelling over het geweldige verlies aan werkkracht en van de onkosten aan verpleging en aan uitbetaalde tractementen, zonder dat daarvoor eenige dienstprestatie geleverd wordt, krijgt men door na te gaan het aantal ziektedagen met vrijstelling van alle diensten, dat door de geslachtsziekten veroorzaakt wordt. Ik heb de daarop betrekking hebbende cijfers in onderstaande tabel vereenigd te samen met het geheele aantal vrij van dienst dagen voor alle ziekten te samen.

Jaar.	Aantal v. v. d. dagen voor alle ziekten.	Idem voor geslachtsziekten.
1911	167080	74675
1912	171522	82129
1913	170429	87196
1914	148731	50507
1915	179610	59557
1916	187275	57845

De groep der venerische ziekten levert dus in 1914, 1915 en 1916 ongeveer $^1/_3$, in 1911, 1912 en 1913 bijna de helft van het geheele aantal vrij van dienst dagen."

Als steekproef geef ik nog dezelfde cijfers voor 1923 en 1927:

1923 109782 31922 = ± $^3/_{10}$) van het geheele aantal
1927 83900 18038 = ± $^2/_9$) vrij van dienst dagen.

De omvang der ziekten (In 1920 werd in één jaar in Oost-Indië meer dan de helft der vloot venerisch.) en het verloop kan worden nagegaan in de hierachter volgende graphiek.

De roode lijnen hebben betrekking op Oost-Indië.

De zwarte lijnen hebben betrekking op Nederland.

De gearceerde kolom onderaan geeft aan de tijdvakken waarin prophylaxis in een of anderen vorm officieel werd toegepast.

1904—1908 vrijwillige prophylaxis.

1914—1917 „ „

1918 tot heden gedwongen prophylaxis [1]).

We zien inderdaad een daling der primaire infekties en daarmede gaat natuurlijk samen vermindering van het aantal recidieven.

Het gaat evenwel niet aan, uit dat gunstig verloop zonder meer een conclusie te trekken omtrent de doelmatigheid der getroffen maatregelen.

In deze cijfers weerspiegelen zich toch, behalve die maatregelen ook ondervolgende factoren:

1°. de mobilisatie met haar beperkt passagieren etc., die zich wel duidelijk in de curve afteekent;

2°. de verfijnde diagnostiek (reactie van Wassermann, die een stijging teweeg brengt in de lues curve door ontdekken van latente gevallen);

3°. de afschaffing der contrôle op de prostitutie in Ned.-Indië in 1912, waaraan velen een groote stijging der morbiditeit toeschreven;

4°. de scheepsbeweging. Het maakt bijv. een groot verschil of een eskader zich langen tijd te Sabang ophoudt, of te Soerabaja; veel zee kiest of dikwijls stil ligt;

5°. het meenemen der gezinnen naar Indië. (Alleen vergund aan officieren en onderofficieren, dus van een klein en meer bedaagd deel van het personeel);

6°. de betere tractementen en bestaansvoorwaarden en daardoor de vroegere huwelijken.

7°. de meerdere ontwikkeling en het minder drankmisbruik;

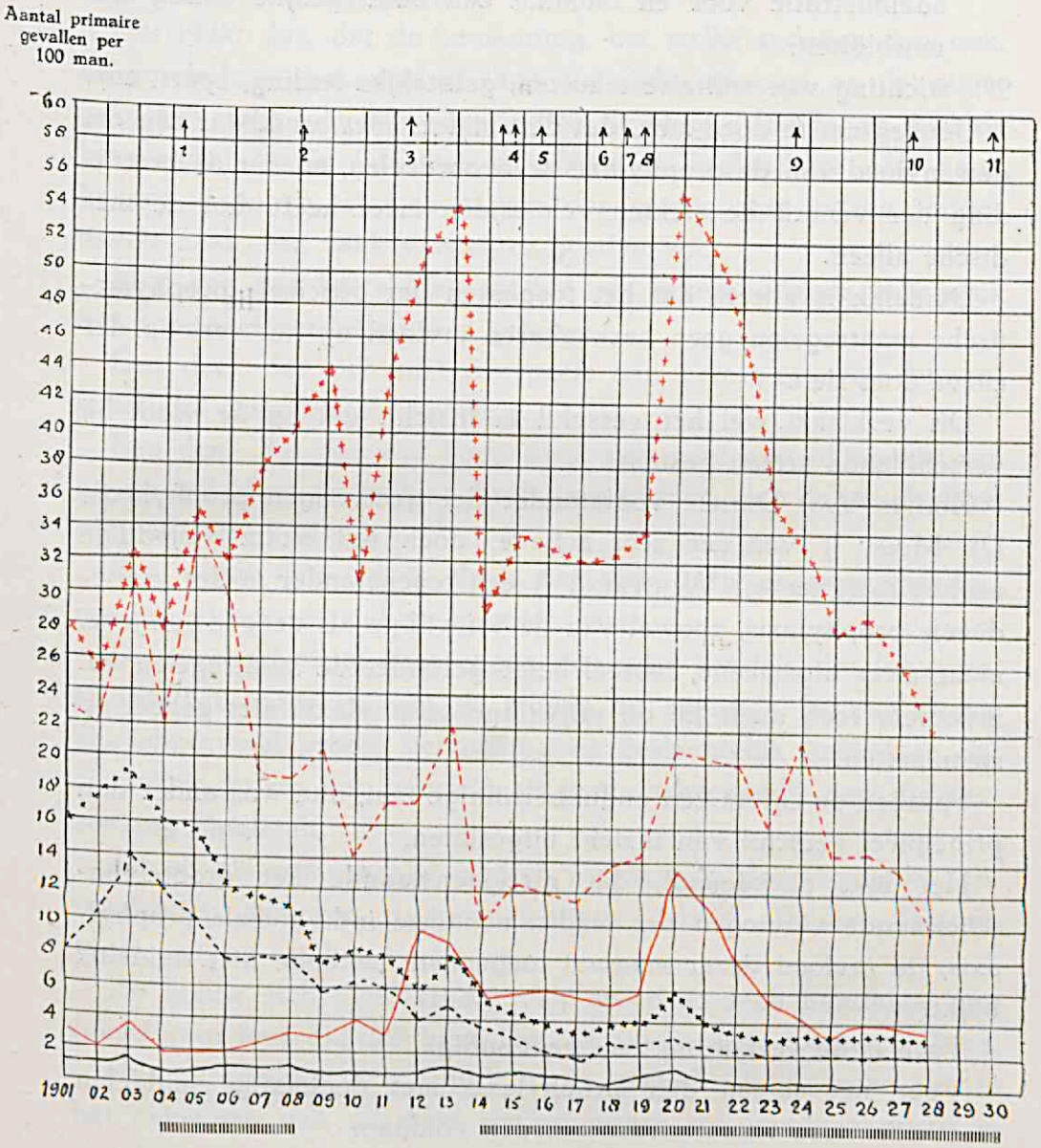
8°. vooral vestig ik de aandacht op den invloed der administratieve maatregelen als: 3 maanden beperkt passagieren na herstel, die neerkomen op aanzienlijke vrijheidsbeperking en tevens de geheimhouding der ziekte illusoir maken. Zij voeren tot verbergen van de kwaal, dus tot besmetting van

---

[1]) Daar het inlandsche element zich niet met voorbehoeding ophoudt en zeker vele gevallen van framboesia tropica voor lues zijn gehouden, de Aziaten onder heel andere omstandigheden dienen en zij door de ritueele circumcisie, die bij alle niet christelijke Aziaten wordt toegepast, minder vatbaar zijn voor infecties met lues en ulcus molle, omdat zij kortom een niet te vergelijken materiaal vormen ten opzichte van Europeesche schepelingen, heb ik alleen de groep Europeesche schepelingen beschouwd.

—— Syph. in Ned.
– – – Morbi Gonorrh. in Ned.
+++ Alle ven. inf. in Ned.

—— Syph. in O.I.
– – – Morbi Gonorrh. in O.I.
+++ Alle ven. inf. in O.I.



1. Invoering vrijwillige prophylaxis.
2. Opheffing vrijwillige prophylaxis.
3. Begin der systematische serumcontrôle (W.R.)
4. Invoering vrijwillige prophyl. en strenge administr. maatregelen bij het uitbreken der ziekte; mobilisatie.
5. Instellen reinigingslokalen.
6. Intrekken maatregelen sub 4.
7. Invoering verplichte prophylaxis.
8. Einde mobilisatie.
9. Invoeren administratieve maatregelen.
10. Idem in O.I.
11. Opheffing passagierverbod na herstel.

het gezin en tot clandestiene behandeling aan den wal [1]). Slagen die pogingen, dan komen de ziekten niet in de Marine-administratie voor en ontstaat een bedriegelijke daling der morbiditeit;

9°. stichting van militaire tehuizen, geestelijke leiding, sport, enz.

Genoeg om te doen zien, dat deze cijfers niet bruikbaar zijn om den invloed van de prophylaxis te beoordeelen, en dat de bestrijding der venerische ziekten vele zijden meer heeft dan de medische alleen.

Duidelijk is alleen, dat het toepassen der officieele prophylactische maatregelen geen herkenbaren invloed op het verloop der curve doet zien.

Dit verklaart wel het verschil in inzicht, dat op de vloot bij verschillende artsen bestaat.

Zoo is VAN DEINSE voorstander der gedwongen prophylaxis; DE MOOY [2]) van een zeer actieve, doch ten slotte vrijwillige prophylaxis; terwijl WOLTRING [3]) een tegenstander is der individueele prophylaxis, zoowel van de vrijwillige als de gedwongene, maar meer algemeene, moreel beter gefundeerde maatregelen wil invoeren; toch durft hij de vrijwillige prophylaxis niet geheel op zij te zetten.

Spraken de cijfers een ondubbelzinnige taal, dan was ander dan principieel verschil van inzicht uitgesloten.

Het lijkt paradoxaal, dat niettegenstaande het groote beschermende vermogen der medicamenteuze individueele prophylaxis, de invloed dezer massaal toegepaste methode niet duidelijk blijkt.

Toch is de verklaring zeer eenvoudig.

Voor het slagen dier prophylaxis met doelmatige middelen moet aan twee voorwaarden worden voldaan:

1. zij moet goed worden uitgevoerd;
2. zij moet tijdig worden uitgevoerd.

---

[1]) Verscheidene venereologen te Soerabaja vroegen mij in 1928, waaraan het toch was toe te schrijven, dat zoovelen der Marine hun spreekuur bezochten.

[2]) *P. de Mooy.* Beschouwingen over de prophylaxis tegen venerische ziekten in en buiten de Marine. Geneeskundige bladen 23, No. V.

[3]) *F. J. L. Woltring.* De individueele prophylaxis voor geslachtsziekten. Sexueele Hygiene. Afd. III, deel V.

Werd aan beide voorwaarden steeds voldaan, dan zou haar beperkende invloed móeten blijken, omdat dan de geslachtsziekten vrijwel niet zouden optreden.

Het blijkt dus, dat de bemanning, om welke redenen dan ook, de prophylaxis niet goed of (en) niet tijdig uitvoert, en dat stemt geheel overeen met mijn ervaring op de vloot. Men zal ze daartoe binnen het kader van het mogelijke en toelaatbare ook nooit kunnen dwingen. Het toepassen der prophylaxis is een individueele zaak, een zaak van eigen goeden wil.

Men kan met betrekking tot het ons bezighoudende vraagstuk het personeel verdeelen in 3 groepen.

Een deel, dat zich niet overgeeft aan hetero-sexueele buitenechtelijke geslachtsgemeenschap.

Een deel, dat dat wel doet, doch de gevolgen wil voorkomen en dit ook doet en gedaan heeft in perioden, dat de prophylaxis niet officieel bestond.

Een groot deel, idem, doch dat zich geen noemenswaardige moeite getroost de ziekten te voorkomen.

De overheid sluite haar oogen niet voor het feit, dat inhaerent is aan het bezoeken van de tropen en vreemde havenplaatsen, een abnormaal groote verzoeking op geslachtelijk gebied en dat zij nolens volens het meerendeels jonge scheepsvolk aan die verzoeking blootstelt;

dat zij als compensatie moreel verplicht is daartegenover opvoedenden, moreelen en socialen steun (arbeid, afleiding, lectuur, sport, muziek etc.) te verleenen.

Zij houde zich niet afzijdig van groep 2, doch handhave aan boord voor hen, die dat wenschen, de gelegenheid tot prophylaxis.

Het onzedelijke toch schuilt in de geslachtsdaad, maar niet in het bekennen van de daad en het pogen de gevolgen ervan te voorkomen.

Ik kan mij niet voorstellen, dat eenig ethisch of religieus beginsel zich tegen deze opvatting kan keeren, zonder ook de behandeling van de uitgebroken ziekte te veroordeelen.

Strafmaatregelen of als zoodanig gevoelde administratieve maatregelen zijn om overbekende redenen te veroordeelen, maar ik acht het niet onbillijk, dat de overheid, na aldus alles te hebben

gedaan, wat de verhoogde expositie kan compenseeren, zich voor het gemis aan werkprestatie schadeloos stelt door korting op het loon, indien een toch uitbrekende geslachtsziekte tot arbeidsongeschiktheid leidt [1]).

Mijn zienswijze komt dus in principe overeen met de thans geldende voorschriften — alleen zou naar mijne meening de gedwongen prophylaxis vervangen kunnen worden door een vrijwillige — terwijl de thans toegepaste korting op het loon, alleen bij verpleging in de hospitalen, niet consequent is.

Hoewel deze beschouwing eigenlijk buiten het kader valt van een inleiding, wilde ik wegens het belang van de zaak toch mijn meening kort uitspreken.

Al vertoont dan de curve een dalende tendenz, er is geen reden tot groot optimisme.

Alle invloeden, als genoemd onder 6°., 7°. en 9°. beschouw ik als zwakke wapenen tegen de libido-sexualis, die den jongen gezonden zeeman zoo gemakkelijk alle overwegingen van hooger orde het zwijgen oplegt in de havenplaatsen, waar de prostitutie zoo provoceerend is, waar zijn beroep hem nu eenmaal heenvoert, waar hij de schaamte niet vreest, die zijn woonplaats hem inboezemt, waar alleen de zwakke moraal van 20-jarigen jongeling hem moet beschermen.

Zoolang deze feiten feiten blijven, zal de Geneeskundige Dienst al haar zorgen dienen te blijven wijden aan de — eenmaal uitgebroken — moeilijk te genezen ziekten, al was het alleen maar om uitzaaiïng in de burgermaatschappij niet nog erger te maken, dan thans nog steeds geschiedt door de ongecontroleerde zeelieden der binnen- en buitenlandsche koopvaardij, want de geslachtsziekten in ons land zijn voor een groot deel importartikel.

---

[1]) Al voert dit ook tot pogingen de ziekte te verbergen. Ook een burger moet de financieele consequenties van een geslachtsziekte aanvaarden.

HOOFDSTUK I.

Hoe het archief ontstaat — voordeelen — bezwaren.

Per circulaire G No. 1 Geheim, werd 4 Januari 1918 door den Inspecteur van den Geneeskundigen Dienst medegedeeld, dat met ingang van 1 Jan. 1918 een kaartsysteem betreffende het vóórkomen der venerische infecties bij de Zeemacht in werking zou treden.

Het doel van het kaartsysteem was als volgt aangegeven:

„Aangezien het aantal der lijders aan geslachtsziekten bij de Zeemacht in het algemeen en dat der syphilitici in het bijzonder, ook zelfs bij benadering niet is op te geven, is een doelmatig voortgezette behandeling en een geregelde contrôle, ook in verband met de herhaalde overplaatsingen niet doenlijk. Ten einde echter daartoe te geraken, wordt thans een begin gemaakt met het aanleggen van een kaartsysteem voor lijders aan syphilis, gonorrhoea en ulcus molle. De voordeelen van deze wijze van handelen zijn:

1. Op 1 Januari 1918 komt men aldus in het bezit van opgaven omtrent het venerisch verleden onzer Marine-schepelingen, voorzoover dit uit de ziekenboekjes en conduiteboekjes te putten is;
2. op genoemden datum is dus bekend hoeveel en welke schepelingen zich vroeger geïnfecteerd hebben en hoe het met hun ziekten staat;
3. het zal dan tevens blijken, welke patiënten reeds lijden aan luetische aandoeningen van het centrale zenuwstelsel;
4. het zal blijken, welke lijders hunne vrouw en kinderen met zekerheid of vermoedelijk hebben geïnfecteerd, zoodat door samenwerking met de geneeskundige buitendiensten getracht kan worden de nadeelige gevolgen voor de gezinsleden zoo gering mogelijk te maken;
5. uit een statistisch oogpunt beschouwd is dit kaartsysteem ten

zeerste aan te bevelen, aangezien de statistische conclusies, uit dit kaartsysteem te trekken, in overeenstemming zijn met de werkelijkheid;

6. er zullen een aantal wetenschappelijke gegevens uit het kaartsysteem te trekken zijn en wel:
   a. hoe de syphilis verloopen is in verband met de na 1 Januari 1918 toegepaste therapie;
   b. in hoeverre geregelde therapie en contrôle noodzakelijk en mogelijk is en welke resultaten hiermede te bereiken zijn.

Hierbij dient opgemerkt te worden, dat bij de invoering van een inrichting als bovenbedoeld, men bij de Zeemacht beter dan aan een Universiteitskliniek of in een ziekenhuis in de gelegenheid is de waarde der therapie te controleeren.

Aan de universiteiten toch blijven de patiënten meestal slechts gedurende korten tijd onder behandeling en worden voor het meerendeel daarna uit het oog verloren."

Teneinde tot het gewenschte doel te geraken werden aan alle Officieren van Gezondheid toegezonden een aantal staten, genaamd inlichtingsstaten, bestemd voor de contrôle op de venerische ziekten (zie bijlage I).

Op deze staten werd dus genoteerd het venerisch verleden der schepelingen.

Deze gegevens werden geput uit de ziektenboekjes en conduiteboekjes, waarin tot dusver alle ziekten, ongevallen, vaccinaties, keuringen etc., etc. werden genoteerd; tevens werd de lijder bij den Officier van Gezondheid ontboden, onderzocht en ondervraagd.

Het opmaken van de verschillende status praesentes was een omvangrijk werk, maar men behoefde dezen arbeid slechts eenmaal te verrichten. Ten overvloede was nog voorgeschreven, dat de status praesens niet mocht worden opgemaakt zonder dat de patiënt geheel ontkleed was; bij twijfel was de Chef D.V.A. steeds bereid tot hulp. De staat spreekt overigens voor zichzelf.

Al deze controlestaten werden nu naar de D.V.A. gezonden, waar de inhoud werd overgebracht op de z.g. archiefkaarten (zie bijlage II), die daar onder berusting blijven. De controlestaat werd dan vernietigd.

Het fundament was nu gelegd. Het kwam er nu slechts op aan, de op de archiefkaarten verzamelde gegevens te completeeren met de na 1 Januari 1918 opgetreden ziekteverschijnselen, ingestelde onderzoekingen en behandelingen en nieuwe archiefkaarten aan te leggen voor na 1 Januari 1918 optredende nieuwe gevallen.

Te dien einde werden aan de Officieren van Gezondheid inlichtingsstaten verstrekt en wel:

Inlichtingskaarten voor luesgevallen (bijl. III)
„ „ urethr. ven.
en voor ulcus molle

Op de kaarten voor lues en gonorrhoea staat gedrukt acquisitie, recidief, contrôle en behandeling. Verschijnt dus een zieke op het ziekenrapport met een nieuwe ziekte, dan worden de woorden recidief, contrôle en behandeling doorgehaald, de kaart ingevuld en bijgehouden en na herstel, voorloopig herstel of eind der behandeling opgestuurd naar de D.V.A.

Overeenkomstig wordt gehandeld als de patiënt slechts voor behandeling, contrôle of met een recidief op het rapport komt.

Op de D.V.A. worden de gegevens op de bestaande archiefkaart bijgeschreven of een nieuwe archiefkaart wordt aangelegd.

Vertrekt nu een patiënt naar Oost-Indië, dan maakt de D.V.A. een afschrift van de archiefkaart op een tweede archiefkaart, voorzien van een zwarte rand ter onderscheiding. Dit duplicaat, de z.g. Indische archiefkaart, wordt naar de D.V.A. te Soerabaja gezonden en daar op dezelfde wijze als in Holland bijgehouden. Repatrieert de patiënt, dan wordt ook de Indische archiefkaart teruggezonden, overgeboekt op de Hollandsche archiefkaart en bewaard, om bijgewerkt te worden als de betrokkene weer naar Indië vertrekt, enz.

Dit systeem, ontworpen door wijlen den Officier van Gezondheid Honcoop en tot nu toe slechts in enkele details gewijzigd, strekt den vervaardiger tot eer. Hij heeft de mogelijkheden, die schuilen in een militaire organisatie, aangewend om wetenschappelijk materiaal te verzamelen, dat op andere wijze niet te verkrijgen is, en een stelsel ontworpen niet alleen dienstbaar aan de Marine, maar ook ver daarbuiten.

De Zeemacht heeft hierbij, in tegenstelling tot het Leger, dat vooral uit miliciens bestaat, de gunstige omstandigheid van haar vrijwilligerspersoneel, dat door kan dienen tot den pensioengerechtigden leeftijd en dus lang geobserveerd kan worden.

Deze omstandigheid, die geen bijzondere beteekenis heeft met betrekking tot de overige venerische aandoeningen, is de reden, dat ik alleen dat deel van het archief zal bewerken, waarin de gegevens betreffende de syphilis zijn verzameld.

Een groot gedeelte van het materiaal, n.l. zij, waarvan contrôlestaten zijn opgemaakt, was reeds geïnfecteerd, toen er van D.V.A. en contrôle nog geen sprake was. Wel kan men aannemen, dat de ziekteverschijnselen, als ze werden herkend, genoteerd werden, doch helaas geschiedde dit, door de voorgeschreven nomenclatuur, veelal slechts als Syphilis P(rimair) of Syphilis R(ecidief), zonder nadere omschrijving, zoodat voor die oude gevallen het ziektebeeld niet altijd nauwkeurig is op te bouwen.

Door het niet herkennen der verschijnselen door minder ervaren medici, ontstond een groep onbehandelde luetici, die zooals we zien zullen, een waardevolle vergelijkingsmaatregel met de wel tijdig behandelden vormen.

Het materiaal is dus verzameld door een groot aantal medici, onder contrôle der specialisten, zonder vooropgesteld doel. — De diverse artsen verzamelden de gegevens als gevolg van een voorschrift, dus zoo objectief mogelijk.

Zelfs na de oprichting van de D.V.A. werd nog wel een gedeelte der luetici, al is het dan ook klein, niet klinisch, doch aan boord behandeld. De alsdan gedane observaties hangen dan geheel af van de kennis en de bezieling van den daar geplaatsten arts, en welk corps bestaat nu uit louter kundige en bezielde elementen!

Daarom kan het archief niet dienen, om het verloop der ziekte in alle details nauwkeurig te volgen.

Evenwel wordt elke geïnfecteerde regelmatig na een zeker aantal jaren, opgeroepen naar de D.V.A. voor een volledig onderzoek en zoo is het archief buitengewoon geschikt om

vast te leggen wat er tenslotte van de geïnfecteerden terecht komt.

Aangezien een gedeelte der ziekten niet herkend werd, dus onbehandeld bleef, een ander deel uitsluitend met kwik, althans gedurende jaren en weer anderen met salvarsan behandeld werden, ontstaan als van zelf 3 groote groepen, nl. onbehandelden, met kwik behandelden en met salvarsan behandelden.

Met de vergelijking van deze drie groepen zullen we ons in de volgende hoofdstukken bezig houden.

Wanneer men van meening is, dat bij een zoo chronische en grillige ziekte als de syphilis een ideale observatie tot den dood zou moeten duren, met liefst een autopsie tot slot, dan schiet ook mijn materiaal nog veel te kort.

Die eisch is stellig overdreven en gold voor den tijd, toen het serologisch bloedonderzoek en het salversan onbekend waren.

Natuurlijk blijft niet elke vrijwilliger, die luetisch geïnfecteerd is, tot den pensioengerechtigden leeftijd doordienen. Velen nemen na korter of langer tijd ontslag, waarmede de observatie eindigt.

Hun ontslag houdt evenwel geen verband met de ziekte. We houden dus niet alle luetici onder observatie, maar degenen die blijven, zijn volkomen analoog aan degenen, die ontslag nemen, zoodat het materiaal geheel natuurlijk is, zooals ook de Inspecteur Geneeskundigen Dienst reeds opmerkte in zijn circulaire.

Hier heeft geen beoordeeling van den ernst der ziekte plaats aan een somberen stoet lueslijders, die men in elke kliniek kan aantreffen, als residu van een onbekende hoeveelheid luetici, maar hier vinden we de gegevens van alle geïnfecteerden, die in dienst bleven, of zij zich ziek voelen of niet. Hier blijven zij allen bij een Geneeskundigen Dienst onder behandeling, dus geen verlies door verwisseling van medicus, door verhuizing, door onverschilligheid of schaamte; en de enorme beteekenis van dit alles wordt pas duidelijk, als men de moeilijkheden ziet, waarmede elke venereologische kliniek te maken heeft, als eens de balans moet worden opgemaakt van het resultaat der behandeling. Het blijkt dan, dat de zoo noodzakelijke contrôle niet door te voeren is.

Ik behoef deze algemeen bekende moeilijkheden niet meer met gegevens uit de literatuur te staven. Slechts trof me als een duide-

lijke illustratie van deze aloude misère de mededeeling van F. Fuss [1]) uit Genève, die van de 200 behandelde luetici bij het instellen eener contrôle in 1929 slechts met 23 er van in contact kon komen en dan nog soms alleen schriftelijk.

De onvolledige observatie is altijd het kruis geweest der pathologie der syphilis.

[1]) Annales des maladies veneriennes 24/333. 1929.

HOOFDSTUK II.

Doelstelling, bewerking en indeeling van het materiaal.

Het kruis van de syphilidologie is altijd geweest de onvolledige observatie. Juist een volledige observatie is zoo noodzakelijk voor een goed inzicht in de zoo chronische, grillige, onberekenbare, gevaarlijke syphilis.

Zoowel het verloop der kwaal, met dikwijls jaren van schijnbaar welbevinden, waardoor de patiënten de lasten en eventueel de kosten der behandeling niet lang willen dragen, als sociale, psychologische en religieuse invloeden, zooals deze alleen bij de „geheime ziekten" worden gevonden, zijn oorzaak der onvolledige waarneming.

Al deze voor beoordeeling storende invloeden worden uitgeschakeld door de mogelijkheden, vervat in een militaire organisatie met langdurig dienend personeel, zooals de Marine er een is [1]).

Tevens heeft ons materiaal de bekoring, dat het de gelegenheid geeft, tot wat de alpha en de omega van alle therapeutisch geneeskundige waarneming behoort te zijn, nl. het vergelijken van behandelde gevallen met onbehandelden. Alleen hierdoor is het mogelijk de gewichtige vragen te beantwoorden — geneest, beperkt, vermeerdert, verlaat of vervroegt de therapie de viscerocerebrospinale verschijnselen.

Dat deze vraag nog steeds niet beantwoord is, is juist het gevolg van het gebrek aan deugdelijk vergelijkend materiaal.

Van deze bijzonder eigenschappen, die ons materiaal voor heeft op dat van anderen, zal ik dus in hoofdzaak trachten te profiteeren.

We zullen daarom vast stellen:

1e. den toestand der behandelden op het einde der observatie;

---

[1]) Het materieel bestaat uitsluitend uit streng gekeurde, gezonde mannen, waarbij dus zooveel mogelijk allerlei factoren, die ongunstig zouden werken op het verloop der infectie of gunstige invloed van de therapie zouden kunnen neutraliseeren, zijn uitgeschakeld.

Een nadeel is natuurlijk, dat het alleen uit mannen bestaat.

2e. den toestand van even lang onbehandelden;
verder:
3e. den toestand der behandelden en der even lang onbehandelden vergelijken;
4e. het verloop der infectie daarbij vergelijken;
5e. nagaan, wat uit het verschil in den toestand en in het verloop is af te leiden omtrent de waarde der toegepaste therapie.

De bewerking die ik het materiaal heb laten ondergaan om het gestelde doel te bereiken volgt thans.

Het Archief bestond op 1 Januari 1930 uit 2555 kaarten van syphilitici.

Van deze 2555 kaarten voldeden 1060 niet aan den eisch van minstens 5 jaar observatie; zij werden gemerkt K. en ter zijde gelegd.

207 kaarten, hoewel ouder dan 5 jaar, voldeden niet aan de andere eischen (vermelden geen therapie of geen status etc.); zij werden gemerkt O. (hieronder waren er 25 met viscero-cerebrospinale recidieven).

118 kaarten vielen af, omdat daarop de diagnose als twijfelachtig was vermeld; gemerkt Og.

7 kaarten van schepelingen, die met congenitale lues in dienst kwamen, bleven buiten beschouwing.

Er resteerden dus 1163 kaarten.

Aangezien ik deze kaarten lang tot mijn beschikking moest hebben en ze op de Afdeeling niet gemist konden worden, werden van die der actief dienenden afschriften gemaakt, waarvoor ik velen helpers dank verschuldigd ben.

De kaarten werden nu ingedeeld in 3 afdeelingen en wel:

Afdeeling I. de geheel of aanvankelijk met kwik behandelden;
„ II. de geheel of aanvankelijk met salvarsan en kwik behandelden;
„ III. de geheel of aanvankelijk onbehandelden.

Afdeeling I werd onderverdeeld in twee groepen, nl.:

a. Syphilis vanaf het primaire stadium geheel of aanvankelijk met Hg. behandeld; aangeduid door S. I. Hg.

b. Syphilis vanaf het secundaire stadium geheel of aanvankelijk met Hg. behandeld; aangeduid door S. II. Hg. [1]).

Afdeeling II werd verdeeld in twee onderafdeelingen, nl.:

1. krachtig gecombineerd met salvarsan en kwik behandelden; aangeduid S. salv. kr.
2. zwak gecombineerd met salvarsan en kwik behandelden; aangeduid S. salv. zw.

Deze onderafdeelingen werden ieder weer verdeeld in 4 groepen, nl.

a. Syphilis primair seronegatief behandeld, aangeduid door (S. I. seroneg.), salv. kr. en (S. I. seroneg.) salv. zw.;
b. syphilis primair seropositief behandeld, aangeduid door (S.I. seropos.) salv. kr.; en (S.I. seropos.) salv. zw.;
c. syphilis primair, seroreactie onbekend, behandeld, aangeduid door S.I. salv. kr. en S.I. salv. zw.;
d. syphilis secundaria behandeld, aangeduid door S. II salv. kr. en S. II salv. zw..

Afdeeling III bestaat uit geheel of aanvankelijk onbehandelde gevallen, aangeduid door S.O.

Deze groepeering behoeft eenige toelichting.

Alle gevallen, die geheel of aanvankelijk met Hg, zijn behandeld, d. w. z. ook zij, die eventueel later nog salvarsan kregen, zijn dus ondergebracht in Afd. I.

Alle gevallen die, zij het ook in geringe dosis, aanvankelijk met salvarsan zijn behandeld, vallen in Afd. II, natuurlijk ook de gevallen, waar een kuur met Hg. werd ingeleid om daarna met salvarsan gecombineerd te worden.

Het toedienen van Joodpraeparaten is buiten beschouwing gebleven bij de indeeling.

In elke groep werden nu de kaarten gerangschikt naar hun

[1]) Onder primaire en secundaire syphilis versta ik klinische begrippen. Ofschoon aangetoond is, dat vrijwel onmiddellijk post infectionem een generalisatie van het virus plaats vindt en velen daarom meenen, dat het niet meer aangaat de seronegatieve lues I van de seropositieve te onderscheiden of de seropositieve primaire lues reeds tot de secundaire rekenen, meen ik, dat er vooral voor den therapeut alle reden is om de oude klinische indeeling niet te laten varen en ook, om aan de onderscheiding van de primaire lues in seropositieve en seronegatieve vast te houden.

observatietijd en genummerd; — de nummers der copie werden steeds overgebracht op het origineel. —

Onder observatietijd is verstaan de tijd verloopende tusschen het constateeren der ziekte en den laatsten status praesens. Krijgt iemand dus in 1900 syphilis en is zijn laatste status praesens in 1926 opgemaakt, dan is de observatietijd 26 jaar, ook al is van 1926 tot 1930 regelmatig W/R verricht.

Deze luxe konden wij ons veroorloven, omdat vrij frequent de status praesens na de infectie wordt opgemaakt en tevens om uit te drukken, dat ik dat klinisch onderzoek langen tijd na het begin der infectie vooral niet minder gewichtig vind, dan het onderzoek van serum en liquor.

Nu werd een uittreksel van de kaarten gemaakt door boeking onder de volgende kolommen, waaruit tevens duidelijker blijkt, wat ik onder de term „aanvankelijk met Hg. of aanvankelijk met salv. behandeld" versta (zie bijlage IV).

Om nu ondanks de indeeling het toch nog, wat de toegepaste therapie betreft, heterogeen materiaal meer homogeen te maken, werden de groepen ingedeeld in 4 observatieperioden.

1e periode omvat de gevallen met een observatietijd	5 tot 10 jaar aangeduid	p_1
2e „ „ „ „ „ „ „	10 „ 15 „ „	p_2
3e „ „ „ „ „ „ „	15 „ 20 „ „	p_3
4e „ „ „ „ „ „ „	20 jaar en meer „	p_4

Inderdaad komen zoodoende de analoog behandelde gevallen meer bij elkaar.

De gevallen bv. met een langdurigen observatietijd (p 4) met Hg. behandeld, zijn de oude gevallen, wier infectie dateert ver voor den salvarsantijd en den tijd van het serumonderzoek enz., zoodat ze meer met smeer- en pillenkuren zijn behandeld; de gevallen der jongere perioden kregen in het algemeen het Hg. meer door middel van injecties enz.

Voor de beschouwing van een bepaalde periode, zal in het kort de therapie van dat tijdeigen worden geschetst.

Summa summarum krijgen we onderstaande verdeeling der 3 Afdeelingen.

Ad. I valt uiteen in 8 ondergroepen, nl.:

S. I. Hg. p_1, p_2, p_3 en p_4.

S. II. Hg. p_1, p_2, p_3 en p_4.

Afd. II valt op dezelfde wijze uiteen in 12 ondergroepen, nl. de onderafdeeling S. salv. zw. in 8 groepen [1]).

S. I. seropos. salv. zw. p_1 en p_2.

S. I. salv. zw. p_1, p_2 en p_3.

S. II. salv. zw. p_1, p_2 en p_3.

Op dezelfde wijze valt S. salv. kr. uiteen in slechts 4 groepen, omdat alleen tijdens p_1 krachtige salvarsankuren werden toegepast, dus: (S. I. seroneg.) salv. kr. p_1 (S. I. seropos.) salv. kr. p_1 S. I. salv. kr. p_1 en S. II. salv. kr. p_1.

Afd. III valt uiteen in slechts 4 groepen, nl. S.O. p_1, p_2, p_3 en p_4.

De gevallen nu, die tezamen 1 groep vormen, zijn geboekt op met romeinsche cijfers genummerde verzamelstaten, tevens gemerkt A, waarvan er dus 24 zijn (zie verzamelstaten IA—XXIVA, pag. 95). Deze 24 staten bevatten te samen dus alle gevallen. De gevallen zijn op overzichtelijke wijze gerangschikt naar de verschijnselen, die op het eind der observatie werden aangetroffen in 4 rubrieken, nl.

geen klinische verschijnselen W/R neg.
" " " W/R pos.
wel " " W/R neg.
" " " W/R pos.

Onder de 2 laatste rubrieken zijn de verschijnselen, bij de gevallen waargenomen, kort vermeld.

Tevens vindt men op elke lijst aangegeven een overzicht der validiteit, der gehuwden, der gezinsinfectie, der reïnfecties en der aan syphilis overledenen.

De staten, die als het ware een overzichtelijke inventaris vormen van het materiaal, spreken overigens voor zich zelf.

In de kolommen achter de rubrieken wordt aangegeven: het totaal aantal in de 1e kolom. In de 2e en 3 kolom: of er tevoren geen of wel andere verschijnselen nog zijn geweest, dan die, vastgesteld bij den laatsten status praesens.

Men moge meenen, dat op deze wijze de therapie te schematisch

[1]) S. I. seroneg. salv. zw. ontbreekt.

en te weinig individueel wordt behandeld, ik ben daarentegen van meening, dat in vele statistieken de therapie veel te veel op den voorgrond is geschoven en men zoodoende tot de overdreven waardeering van de waarde van bijv. een smeerkuur is gekomen. Als een lueslijder het na 20 jaar goed maakt en hij heeft slechts één smeerkuur gehad, komt dat nog niet door die eene smeerkuur.

De waarde van de toepassing van bijv. een smeerkuur, zou alleen bepaald kunnen worden, door hem wel toe te passen bij een groote groep patiënten en bij een andere groote groep niet, om daarna, na vele jaren, die groepen te vergelijken.

Het gaat evenwel niet aan, een gegeven materiaal retrograad in te deelen volgens de zoo exact lijkende methode: behandeld met een smeerkuur, behandeld met twee smeerkuren, enz.

Men miskent daarbij het feit, dat ook in het besmette lichaam krachten zijn, die de infectie bestrijden, dat er een groot verschil bestaat in het verloop der lues bij het eene individu en bij het andere. Soms een onafgebroken reeks van kwellende verschijnselen en verschrikkelijke gevolgen, dan weer een bijna onmerkbaar verloop en spontaan herstel tot slot.

Het ligt voor de hand, dat de therapie krachtiger zal zijn geweest naarmate het verloop dreigender was, en dat omgekeerd de therapie mild zal zijn geweest, wanneer het verloop onopvallend was en welstand bestond.

Men zal niet zoo inconsequent zijn dien welstand toe te schrijven uitsluitend aan de therapie, evenmin als men een funest einde na een krachtige behandeling als gevolg van de therapie zal beschouwen.

Men vergete toch niet, en dat geldt vooral voor de periode, die achter ons ligt, waarin we slechts over zwakke anti-syphilitica beschikten, dat het verloop der infectie bij den lijder bepaald wordt door een combinatie van een viertal factoren — waarvan enkelen bovendien nog zeer samengesteld zijn en grootendeels onbekend, nl.

1e. het virus,

2e. de constitutie van den aangetaste,

3e. de collaterale factor (ras, geslacht, intercurrente ziekten, enz.),
4e. de therapie.

Brengt men een dier factoren — met name de therapie — met den eindtoestand rechtstreeks in verband, dan miskent men geheel en zeer ten onrechte den invloed van de 3 andere factoren. Veeleer bepalen de andere factoren — het eventueel ongunstig verloop — de therapie.

Bij groepen van een genoegzaam aantal gevallen, waarbij iedere groep volgens een verschillend principe is behandeld, zullen daarin de drie andere factoren, naarmate die groepen grooter zijn, steeds meer een zelfde rol spelen, tot zij als het ware een constante vormen. De invloed der behandeling, als het eenige dat verschilt, zal daaruit moeten blijken.

Vandaar dat ik verkozen heb mijn materiaal in te deelen in twee groote afdeelingen, nl. met kwik behandelden en met salvarsan behandelden, ook al verschilt daarin de individueel toegepaste dosis, en al heeft dat zijn bezwaren. Toch komt het mij voor, dat dit de eenige manier is om tot een inzicht te komen van wat in de praktijk de kwikbehandeling vermag tegenover de salvarsanbehandeling.

Ten slotte verkeeren wij nog in de zeldzame, zoo niet unieke omstandigheid, deze twee afdeelingen te kunnen vergelijken met een afdeeling, bestaande uit even lang geïnfecteerde, niet behandelde patiënten, waarbij dus de factor therapie geheel ontbreekt.

De bovengenoemde beschouwingen gaan niet meer op, zoodra een therapeuticum wordt ontdekt, dat alle ziektekiemen snel doodt. Dan bepaalt natuurlijk onafhankelijk van de andere factoren, uitsluitend het toepassen der therapie het verloop der infectie.

In het salvarsan, mits vroeg en krachtig toegepast, benaderen we dit ideaal. De zwakke salvarsantoediening had zijn typische nadeelen (mono-neurorecidieven).

De krachtige en de zwakke salvarsanbehandeling verschillen principieel evenzeer als de salvarsan en Hg. behandeling, vandaar de onderverdeeling van de 2e Afdeeling in zwak met salvarsan en krachtig met salvarsan behandelde gevallen.. Een der-

gelijke onderverdeeling voor het kwik heeft minder zin, maar blijkt tevens niet door te voeren. De kwikbehandeling is daarvoor te weinig omlijnd, terwijl een tweede moeilijkheid schuilt in het verschil in de wijze van toedienen per os, percutaan of per injectie.

Zwak behandeld zijn bijv. de patiënten in den aanvang der salvarsan therapie. In 1911 werd salvarsan in de Marine voor het eerst toegepast. Men gaf 500 à 1000 mgr oud salvarsan gecombineerd met Hg. in den vorm van een smeerkuur of van injecties met salic.hydrarg. van 100 mgr (6 à 12 inj.). Dan wachtte men af en pas bij recidief of na positief bloedonderzoek ging men verder. Na 1917 werd meer het neosalvarsan toegepast en werden de doses geleidelijk krachtiger.

De moeilijkheid schuilt nu weer in het trekken van de scheidingslijn tusschen zwak en krachtig.

Op grond van den modus bij de Marine in zwang beschouw ik als krachtig behandeld:

De S. I. seroneg. behandeld met minstens 1 gecombineerde kuur van minstens 5000 mgr. neosalvarsan [1]).

De S. I. seropos. en de S. II. behandeld met minstens 3 gecombineerde kuren, van minstens 5000 mgr. neosalvarsan per kuur, binnen het jaar.

De overige gevallen zijn ingedeeld bij de onderafdeeling salvarsan zwak. Deze groep is dus wel het minst homogeen. De gevallen p_3 zijn het zwakst behandeld die van p_2 wat sterker en p_1 bevat meer den krachtiger vorm van de zwakke behandeling.

Na afloop van de beschouwing der observatieperioden zullen in het hoofdstuk „de Salvarsan therapie" deze gevallen meer geanalyseerd worden.

Dat verder in Afdeeling I en Afd. II de gevallen zijn ingedeeld in groepen, waarbij òf de therapie ingreep tijdens het eerste stadium òf in het tweede stadium, vindt zijn grond in de eerst door DUJARDIN uitgesproken en nog steeds

---

[1]) Ik wil daarmede niet zeggen, dat ik die behandeling voor een abortiefkuur voldoende vind; bij enkele onzer seroneg. primaire gevallen is zij echter toegepast.

verkondigde meening, dat zou kunnen blijken, dat men goed doet met de therapie te wachten tot de aandoening secundair is geworden en de alsdan optredende immuniseerende krachten de therapie ondersteunen; dus dat niet steeds de therapie dit afweermechanisme (de immuniteit) van het organisme ongestraft kan beïnvloeden.

Alhoewel dit vraagstuk speciaal beteekenis heeft voor de salvarsantherapie, is er geen enkel bezwaar te trachten vast te stellen, — hoewel ik het niet verwacht — of ook voor de Hg. therapie dit vraagstuk bestaat.

Van de allergrootste beteekenis is de Afdeeling onbehandelde gevallen, die als het ware als standaard-materiaal dienst moeten doen.

Het is daarom van belang vast te stellen, dat dit materiaal volkomen natuurlijk is. Het verschilt niet met de overige gevallen door bijv. een bijzonder onopvallend verloop der infectie, maar de gevallen verschillen alleen daardoor van de overigen, doordat hun ziekte door een minder venereologisch geschoold medicus is miskend. In welke mate en hoe hardnekkig die miskenning kan zijn, niettegenstaande de infectie à grand orchestre verloopt, illustreert een serie blijkbaar verkeerd geïnterpreteerde symptomen, die ik in een der ziektenboekjes aantrof:

1904 Ulcus penis phagadaenicum; 1905 neuralgia; 1906 periostitis e causa ignota; 1906 cephalalgia; 1907 rheumatismus; 1907 anaemia; eindelijk in 1910 werd aan een orchitis de juiste diagnose gesteld en aan deze aan de plagen van Egypte herinnerende manifestaties een einde gemaakt. Dit geval is geen unicum, doch ik heb mij onthouden van een tijdroovende en toch altijd min of meer speculatieve analyse van de ziektenboekjes en mij alleen bepaald tot den toestand bij herkenning der ziekte.

Sommigen der aanvankelijk onbehandelden zijn dus door optredende symptomen herkend, anderen zijn ontdekt door de in 1918 ingestelde systematische serumcontrôle, die zal maken, dat in de toekomst de onbehandelden als vergelijkend materiaal vrijwel zullen ontbreken, en bij enkelen werd de ziekte vastgesteld, omdat syphilis in het gezin werd geconstateerd.

Het totaal der aanvankelijk onbehandelden, dus miskenden, in het archief bedraagt 250 (ongeveer 10 %).

92 zijn van 1—5 jaar onbehandeld
72 „ „ 5—10 „ „
45 „ „ 10—15 „ „
27 „ „ 15—20 „ „
14 „ „ 20 jaar en meer onbehandeld.

Aangezien we alleen behandelde luesgevallen, die minstens 5 jaar zijn geobserveerd, beschouwen, vervallen de eerste 92 gevallen voor vergelijking en blijven er dus 158 over.

HOOFDSTUK III.

De toestand der patiënten bij het einde der observatie en het verloop der infectie.

De vraag: „Wat komt er van onze luetici terecht", dient voor elke observatieperiode afzonderlijk te worden beantwoord.

De toestand van de behandelde gevallen is de toestand bij den laatsten status praesens aangetroffen.

De toestand van de onbehandelden is de toestand, waarin de patiënt verkeerde, toen zijn ziekte is vastgesteld.

De gevallen der eerste observatieperiode 5—10 jaar.

Een meer uitgebreid overzicht van den toestand voor elke groep vindt men op de verzamelstaten IA tot en met XA.

Hier zal slechts in algemeene trekken getracht worden den toestand der gedurende 5 tot 10 jaar onbehandelden te vergelijken met de aanvankelijk met Hg., met salvarsan zwak en salvarsan krachtig behandelden, waarbij de onderverdeeling naar het stadium, waarop de behandeling ingreep — die op den verzamelstaat is gevolgd — hier buiten beschouwing blijft [1]).

Tellen we de gevallen van staat IA en IIA te samen, dan krijgen we:

	139	gevallen aanvankel. met	Hg. behandeld;
uit verz. staat IIIA, VIA, VIIIA . .	215	„ „	„ salv. zw. behandeld;
„ „ „ IVA, VA, VIIA, XA	97	„ „	„ salv. kr. behandeld;
terwijl staat XA	72	„	v. 5 tot 10 jaar onbehandeld geeft.

---

[1]) In deze periode wijst de term salv.zw. op een in het algemeen wat krachtiger salvarsan therapie, dan in de volgende perioden. De kwiktherapie bestond meestal uit smeerkuur of uit series kwikinjecties, toegepast aan boord of in de hospitalen. Soms werd tenslotte die therapie ondersteund door salvarsan, zoodat de cijfers voor het kwik zeker geflatteerd zijn. De aard van de in onze Marine toegepaste Hg. therapie was hoofdzakelijk symptomatisch.

Deze tezamen 523 gevallen geven het volgende beeld:

Aantal gevallen	Onbeh. 72	Hg. 139	Salv. zw. 215	Salv. kr. 97
Geen versch. W/R neg. . .	1	62	181	91
„ „ W/R pos. . .	21	45	14	1
Klin. „ W/R neg. . .	2	6	13	1
„ „ W/R pos. . .	48	25	7	4
Valide	51	122	210	96
Deels valide	3	8	1	1
Invalide	18	9	4	—
		1 overleden		

Invalide zijn zij, die uit hoofde van hun lues klinische behandeling ondergaan of voor den dienst werden afgekeurd wegens ernstig hart- of hersenlijden enz., zoodat zij ook in den burgerstand niet in hun onderhoud kunnen voorzien. Deels valide zijn zij, die loopend behandeld, toch in de uitoefening van hun dienst zijn gestoord, of afgekeurd zijnde niet of niet geheel buiten staat zijn in hun onderhoud te voorzien.

Valide beteekent natuurlijk niet, vrij van verschijnselen; iemand met een perforatio palatini, of ook beginnende tabes, of lijders aan lever, hart en vaatziekten zijn geheel of voorloopig nog geschikt voor hun werk, al dragen ze dan ook de duidelijke kenteekenen van naderende invaliditeit en dood.

Drukken we de cijfers hiervoor uit in procenten ter betere vergelijking dan blijkt:

de onbehandelden hebben in	69,5 %	klin. versch.;	in	96 %	W/R. pos.	(1)
de aanv. met Hg. beh. „	„	22,5 %	„	„	„	50 %	W/R. pos.	(2)
de „ salv. zw. „	„	„	9,3 %	„	„	„	9,7 %	W/R. pos.	(3)
de „ „ kr. „	„	„	5,1 %	„	„	„	5.1 %	W/R. pos.	(4)

(1)	in	29 %	valid. stoornissen;	klin. hersteld	in	1,25 %
(2)	„	12,2 %	„	„	„	„	44,6 %
(3)	„	2,3 %	„	„	„	„	84,2 %
(4)	„	1,0 %	„	„	„	„	93,8 %

Beschouwen we nu den aard der verschijnselen naar de aangetaste organen of orgaanstelsels, die bij het opmaken van het toestandsbeeld werden aangetroffen, eerst in absolute cijfers en daarnaast in procenten, dan vinden we:

	Absolute cijfers				In procenten			
Aantal gevallen	Onbeh. 72	Hg. 139	Salv. zw. 215	Salv. kr. 97	Onbeh. %	Hg. %	Salv. zw. %	Salv. kr. %
Laat sec. versch.	5	—	—	—	7	—	—	—
Lues III huid en slijmvl. .	7	1	—	—	9,7	0,72	—	—
Geslachtsorganen	2	—	—	—	2,8	—	—	—
Beenderen en gewrichten .	2	2	—	—	2,8	1,4	—	—
Algemeene verschijnselen .	7	7	1	—	9,7	5	0,46	—
Lever	0	6	1	1	—	4,2	0,46	1,0
Hart en vaten	1	8	5	1	1,4	5,7	2,3	1,0
lues cerebrospinalis . . .	3	1	6	1	4,2	0,7	2,8	1,0
Para luet. aandoeningen .	6	6	2	1	8,3	4,2	0,9	1,0
Tabes imperfecta	—	2	4	1	—	1,4	1,8	1,0
Onbekend	16	—	—	—	22,2	—	—	—
Nephritis luet.	—	1	—	—	—	0,7	—	—
Oog	1	—	—	—	1,4	—	—	—

Men zal opmerken, dat de meer geneesbare vormen der luetische manifestaties de bovenste vijf regels innemen, terwijl de daaropvolgende vijf regels de viscerale en cerebrospinale manifestaties omvatten.

Bij de onbehandelden zien we de bovenste 5 regels goed bezet, bij het kwik dunner, bij het salv. zw. zien we slechts één geval, terwijl zij voor de categorie salv. kr. geheel onbezet zijn. — Die Syphilis hat ihren Character als Hautkrankheit abgestreift. (FINGER).

Onder paraluetische aandoeningen zijn alleen ondergebracht de duidelijke gevallen van Dementia paralytica, Tabes dorsalis of taboparalyse.

Onder Tabes imperfecta versta ik gevallen, waarbij het verschijnsel van miosis, ongelijke of hoekige pupillen, werd gevonden, waarbij men niet recht weet of men met uitgedoofde processen of het begin van een cerebrospinaal-proces te doen heeft.

Ik ben geneigd bij de nog betrekkelijk jonge gevallen uit deze periode, waarbij nog niet duidelijk kan blijken of het proces stationair is, het verschijnsel niet al te onschuldig op te vatten.

Onder de algemeene verschijnselen vat ik samen, cachexia luetica, debilitas, luetische koortsen zonder bepaalde aangetoonde haard etc.

De onbekende recidieven, die we vooral bij de onbehandelden

vinden, zijn een gevolg van een vroeger toegepaste methode, om elk luetisch verschijnsel — op grond van administratieve voorschriften — eenvoudig als Syphilis P(rimair) of Syphilis R(ecidief) aan te duiden. Dit heeft tot ongelukkig gevolg, dat we bij gevallen uit dien tijd steeds weer in het onzekere verkeeren over den aard van het recidief; zelfs werd het ondergaan eener behandeling wel met Syph. R. aangeteekend. Wel kunnen we aannemen, dat zij vrijwel alle tot de meer geneesbare recidieven behooren en dus over de vijf bovenste regels verstrooid moeten worden, omdat zij anders bij het latere grondig onderzoek nog zouden aangetroffen zijn.

Ofschoon in dit Hoofdstuk met de weergave van den toestand zonder kommentaar wordt volstaan, wil ik wegens het groote belang speciaal wijzen op de cijfers voor hart en vaataandoeningen en aandoeningen van het Centraal Zenuwstelsel — speciaal het groot aantal paralues bij de onbehandelden en de afwezigheid van leveraandoening bij deze —.

Een analyse van de cijfers blijft in dit Hoofdstuk achterwege, omdat dit behoort onder het Hoofdstuk: „Wat is uit den toestand en het verloop af te leiden omtrent de toegepaste therapie.

De gevallen der 2e observatieperiode 10—15 jaar. (Zie verzamelstaat XIA tot en met XVIA.)

Bij deze oudere gevallen komt de groep „salvarsan krachtig" niet meer voor. Aangezien vanaf de invoering van het salvarsan de kuren geleidelijk zwaarder werden, is ook de salvarsandosis van de als salv.zw. gekenmerkten in het algemeen zwakker dan in de vorige periode. Voor de met Hg. behandelden geldt, dat deze behandeling meer dan in de vorige periode uitsluitend toegepast werd in den vorm van smeerkuren en de kwikinjectiesseriekuren meer op den achtergrond treden.

De gevallen uit de verzamelstaten wederom samentellend krijgen we:

uit verz. staat	XIA en XIIA . .	180 gevallen	aanvankel. met Hg. behandeld;
„ „ „	XIIIA, XIVA, XVA	118 „	„ „ „ salv. zw. behandeld;
„ „ „	XVIA.	45 „	10 tot 15 jaar onbehandeld.

Deze 343 gevallen geven het volgende beeld.

Aantal gevallen.	Onbeh. 45	Hg 180	Salv. zw. 118
Geen versch. W/R neg.	0	92	84
„ „ W/R pos.	23	37	15
Klin. „ W/R neg.	0	21	12
„ „ W/R pos.	22	30	7
Valide	29	150	112
Deels valide	1	13	2
Invalide	15	15	4
Overleden (aan lues)	4	4	1

Drukken we de cijfers uit in procenten dan blijkt [1]):

de onbehandelden hebben in 49 % klin. versch; in 100 % W/R pos. (1)
de Hg. behandelden „ „ 28,3 % „ „ „ 37,2 % W/R pos. (2)
de salv. zw. „ „ „ 16,1 % „ „ „ 18,7 % W/R pos. (3)

(1) in 35 % inval. stoorn.; 8,8 % mortalit; klin. hersteld 0
(2) in 16,7 % „ „ 2,2 % „ „ „ 49,9 %
(3) in 5,1 % „ „ 0,9 % „ „ „ 71,2 %

Beschouwen we wederom den aard der verschijnselen naar de aangetaste organen en orgaanstelsels als voren, dan vinden we:

	absolute cijfers			in procenten		
Aantal gevallen . . .	Onbeh. 45	Hg. 180	salv.zw. 118	Onbeh. %	Hg. %	salv. zw. %
Laat secundair	—	—	—	—	—	—
Lues III huid en slijmvl.	1	—	1	2,2	—	0,8
Geslachtsorganen . . .	1	1	—	2,2	0.54	—
Beenderen en gewr. . .	2	1	1	4,4	0,54	0,8
Algemeene verschijnselen	2	2	—	4,4	1	—
Lever	1	6	3	2,2	3,3	2,5
Hart en vaten	5	15	2	11	8,2	1,7
Lues cerebrospinalis . .	2	12	9	4,4	6,5	7,5
Paraluetische aand. . .	5	8	3	11	4,4	2,5
Tabes imperfecta . . .	1	6	2	2,2	3,3	1,7
Onbekend.	2	—	—	4,4	—	—

[1]) Bij het cijfer 100 % W/R pos. bij de onbehandelden bedenke men, dat verscheidene hiervan uitsluitend op grond van de pos. reactie als luetisch werden herkend. Onbehandelden, die geen verschijnselen zouden hebben en ook een negatieve bloedreactie, zouden als vergelijkingsmateriaal wegvallen. Ik schat deze gevallen op zeer weinig, omdat al onze patiënten, die krachtens antecedenten, anamnese of luetische infectie van het gezin haast zeker luetisch moesten zijn, positief reageerden. Zoo het al mogelijk is, dat een lueslijder, geen enkel verschijnsel vertoont en ook negatief reageert bij herhaald onderzoek, acht ik die gevallen zoo gering, dat zij geen noemenswaardigen invloed op de cijfers uitoefenen.

Ook hierbij volsta ik met speciaal te wijzen op de ziekten van hart en vaten, lever en het zenuwstelsel.

De gevallen der 3e observatieperiode 15—20 jaar. (Zie staat XVIIIA tot en met XXIA.)

In deze periode speelt het salvarsan slechts een kleine rol. Het zijn de eerste gevallen, die slechts 0.600—1 gr. salvarsan totaal kregen, waarna werd afgewacht en zoo noodig verder behandeld. (Zie voorbeeld bijlage IV).

De kwikgevallen zijn allen jarenlang uitsluitend met Hg. behandeld in den vorm van smeerkuren en ook van pillenkuren.

De gevallen samenstellende krijgen we voor deze periode:

uit verz. staat XVIIIA en XVIIIA 147 gevallen aanvankelijk met Hg. behandeld
„ „ „ XIXA „ XXA . 24 „ „ „ salv.zw. „
„ „ „ XXIA. . . . . 27 „ 15 tot 20 jaar onbehandeld.

Deze 198 gevallen geven het volgende beeld:

Aantal gevallen	Onbeh. 27	Hg. 147	salv. zw. 24
Geen versch. W/R negatief	0	73	19
„ „ W/R positief	11	22	1
Klin. „ W/R negatief	0	24	1
„ „ W/R positief	16	28	3
Valide	14	121	22
Deels valide	8	11	2
Invalide	5	15	—
Overleden	—	—	—

Gebruiken we terwille van het overzicht wederom percentages, dan blijkt:

de onbehandelden hebben in 59 % klin. versch.; in 100 % W/R pos. (1)
de Hg. behandelden „ „ 35.3 % „ „ „ 34 % W/R „ (2)
de salv.zw. „ „ „ 15,6 % „ „ „ 16,6 % W/R „ (3)

(1) in 48 % inval. stoorn.; klin. herst. 0
(2) „ 17,7 % „ „ ; „ „ 49,9 %
(3) „ 8,2 % „ „ ; „ „ 79 %

Als voren den aard der verschijnselen rangschikkende naar de aangetaste organen of orgaanstelsels, ontstaat:

Aantal gevallen . . .	Absolute cijfers			In procenten		
	Onbeh. 27	Hg. 147	salv.zw. 24	Onbeh. %	Hg. %	salv. zw. %
Laat secundair	—	—	—	—	—	—
Lues III huid en slijmvl. .	2	1	—	7,4	0,7	—
Geslachtsorganen . . .	—	—	—	—	—	—
Beenderen en gewr. . .	1	2	—	3,7	1,36	—
Algemeene verschijnselen.	2	4	—	7,4	2,7	—
Lever	2	5	1	7,4	3,4	4,2
Hart en vaten	1	12	2	3,7	8,1	8,4
Lues cerebrospinalis . .	3	12	2	11,1	8,1	8,4
Paraluet. aand.	2	11	—	7,4	7,5	—
Tabes imperfecta . . .	1	10	—	3,7	6,8	—
Onbekend	—	—	—	—	—	—
Oog	1	1	1	3,7	0,7	4,2
Maag	1	—	—	3,7	—	—
Long	—	1	—	—	0,7	—

De gevallen der 4e observatieperiode 20 jaar en meer. (Zie staat XXIIA, XXIIIA en XXIVA).

Zijn bij de andere perioden de gevallen vrij regelmatig over de verschillende jaren verdeeld, hier verdichten zij zich om de 20, 21 en 22 jaren, om geleidelijk naar 25 jaar af te nemen.

Slechts 9 gevallen zijn 25 tot 28 jaar onbehandeld, 1 geval is 37 jaar onbehandeld geweest en herkend door lues van echtgenoote en kinderen. Patiënt had W/R maximaal positief, overigens geen verschijnselen.

De gevallen van deze periode zijn jaren en jaren geleden uitsluitend symptomatisch met Hg. behandeld in den vorm van smeerkuren en pillenkuren, met een intensiteit wisselend naar de verschijnselen (voorbeeld zie bijlage IV).

Zij zijn de veteranen in den strijd tegen de infectie en velen strijden nog. Zij zijn een phalanx van zich hardnekkig te weer stellenden uit een groep strijdgenooten, waarvan sommigen reeds in dienst, velen na afkeuring of in het krankzinnigengesticht aan hun lues zijn bezweken.

Zij bestaan uit:

verz. staat XXII^{A} en XXIII^{A} 85 aanvankelijk met Hg. behandelden en
„ „ XXIV^{A} . . . . 14 van 20—37 jaar onbehandelden.

Deze 99 gevallen geven het volgende beeld:

Aantal gevallen	Onbeh. 14	Hg. 85
Geen versch. W/R neg.	1	32
,, ,, W/R pos.	4	25
Klin. ,, W/R neg.	3	13
,, ,, W/R pos.	6	15
Valide	6	70
Deels valide	3	10
Invalide	5	5
Overleden	—	1

Een vergelijking is door het kleine aantal onbehandelden niet mogelijk. Geven we, bewust van wat we misdrijven, de gevonden cijfers der onbehandelden ook in percenten weer ter oriënteering, dan zien we:

de onbehandelden hebben in 64,3 % klin. versch.; in 71,4 % W/R pos. (1)
,, Hg. behandelden ,, ,, 33 % ,, ,, ,, 47 % W/R pos. (2)

(1) in 57,1 % valid. stoorn. 0 % mortalit.; klin. herst. 7 %
(2) ,, 17,6 % ,, ,, 1,2 % ,, ,, ,, 37, %

Naar den aard der verschijnselen als voren gerangschikt, ontstaat in absolute cijfers:

Aantal gevallen	Onbeh. 14	Hg. 85
Laat secundaire versch.	—	—
Lues III huid en slijmvl.	1	—
Geslachtsorganen	—	—
Beenderen en gewr.	1	—
Algemeene verschijnselen	1	3
Lever	—	7
Hart en vaten	3	8
Lues cerebrospinalis	5 of 3	7
Paralues	0 of 2	1
Tabes imperfecta	4	4

Ter wille van het overzicht worden de gevonden procentische cijfers hieronder in een totaalstaat vereenigd. Uit die staat kunnen we dus onmiddellijk voor de onbehandelden en behandelden den toestand, dien wij vonden, voor de verschillende ouderdomsperioden der infectie aflezen.

	onbehandelden				met kwik behandelden					met Salv. zwak behandelden				met Salv. krachtig behandelden
observatie-periode. . . .	p_1	p_2	p_3	totaal	p_1	p_2	p_3	p_4	totaal	p_1	p_2	p_3	totaal	p_1 totaal
aantal	72	45	27	158	139	180	147	85	551	215	118	24	357	97
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
heeft klin. versch. . . .	69,5	49	59	**61,4**	22,5	28,3	35,3	33	**27**	9,3	16,1	16,6	**12**	**5,1**
„ validit. stoornissen .	29	35,5	48	**36,7**	12,2	16,7	17,7	17,6	**15,3**	2,3	5,1	8,2	**3,6**	**1**
„ positieve W/R. . .	96	100	100	**95,6**	50	37,2	34	47	**41,2**	9,7	18,7	16,6	**13**	**5,1**
Overleden (aan lues). . .	—	8,8	—	**2,5**	1,4	2,2	—	1,2	**1,3**	—	0,9	—	**0,21**	**0**
Geen versch. en geen pos. W/R. (klinisch hersteld)	1,25	0	0	**1,2**	44,6	49,9	49,9	37,7	**47**	84,2	71,2	79	**79,5**	**93,8**

Aard der waargenomen verschijnselen gerangschikt naar de aangetaste organen en orgaanstelsels.

Laat secundair.	7	—	—	**3,1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lues III huid en slijmvl. .	9,7	2,2	7,4	**6,9**	0,7	—	0,7	—	**0,36**	—	0,8	—	**0,28**	—
Geslachtsorganen	2,8	2,2	—	**1,9**	—	0,54	—	—	**0,18**	—	—	—	—	—
Beend. en gewrichten . .	2,8	4,4	3,7	**3,8**	1,4	0,54	1,36	—	**0,9**	—	0,8	—	**0,28**	—
Algemeene verschijnselen .	9,7	4,4	7,4	**7,6**	5	1	2,7	3,5	**2,9**	0,46	—	—	**0,28**	—
Lever afwijkingen.	—	2,2	7,4	**1,9**	4,2	3,3	3,4	8,2	**4,3**	0,46	2,5	4,1	**1,4**	**1,0**
Hart en vaat afwijkingen .	1,4	11.—	3,7	**6,3**	5,7	8,2	8,1	9,4	**7,8**	2,3	1,7	4,1	**2,5**	**1,0**
Lues cerebrospinal. . . .	4,2	4,4	11,1	**8,2**	0,7	6,5	8,1	8,2	**5,8**	2,8	7,5	8,2	**4,76**	**1,0**
Paraluet. aand.	8,3	11,—	7,4	**8,2**	4,2	4,4	7,5	1,1	**4,7**	0,9	2,5	—	**1,4**	**1,0**
Tabes imperf.	—	2,2	3,7	**1,2**	1,4	3,3	6,8	4,7	**4.—**	1,8	1,7	—	**1,7**	—
Onbekend	22,2	4,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Voor de waardeering van deze getallen beroep ik me op de woorden door PIERSON gesproken op de eerste conferentie te Brussel, dat de statistiek een eigen wetenschap is, waarvoor de geneeskundigen wel de gegevens kunnen verstrekken, doch waarvan slechts de mathematicus statisticus nauwkeurig de waarde kan bepalen.

De gevonden cijfers kunnen zonder meer gevoegd worden bij de reeds door andere schrijvers gevonden percentages, die soms sterk uiteenloopen. Zoo vond ik leverafwijkingen aangegeven van 0,2 % tot 10 %.

Het heeft in verband met den opzet van dit werk geen reden diep op de cijfers in te gaan en de verschillen op te sommen.

Slechts wil ik even noemen de door MATTAUSCHEK en PILCZ [1]) bij 4134 syphilitische officieren gevonden cijfers voor de luetische afwijkingen van het Centrale Zenuwstelsel, die nog steeds als standaardmateriaal gelden.

Zij vonden in 7,4 % Dementia paralytica en Tabes dorsalis. Hun gevallen behooren uitsluitend tot de kwikperiode en zij maakten geen verschil tusschen behandelden en nagenoeg onbehandelden. Hun cijfer staat in tusschen de onze voor onbehandelden en met kwik behandelden, resp. 8,2 % en 4,7 %.

Zij vonden in totaal 10,6 % afwijkingen van het C.Z.S. (Paralues en lues cerebrospinalis te samen); wij 16,4 % voor de onbehandelden en 10,5 % voor de met kwik behandelden.

Rekenen we de Tabes imperfecta mee, dan worden onze cijfers 17,6 en 14,5.

MATTAUSCHEK en PILCZ rekenden uitsluitend duidelijk ontwikkelde tabes, paralyse en lues cerebrospinalis. Zij hebben hun patiënten lang niet allen persoonlijk onderzocht; zij rekenen gezond hen, die hun vollen dienst deden, en zelf zeggen zij dan ook dat onder die „gezonden" menig lijder kan schuilen aan luetische aandoeningen van het C.Z.S.

Op deze wijze is, meen ik voldoende verklaard, dat ons totaalcijfer voor het totaal der afwijkingen van het C.Z.S. grooter is dan

---

[1]) Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie u. Psychiatrie, Band VIII H. 2, 1911 en Band XV H. 5, 1913.
Mediz. Klinik IX Jahrgang, No. 38, 1913.

het hunne, terwijl er veel overeenstemming is tusschen de cijfers der paralues, niettegenstaande onzen korteren observatietijd.

Ook hun veel grooter materiaal en een andere verhouding tusschen onbehandelden en behandelden kunnen de kleine verschillen tusschen de door hen en mij gevonden waarden voor het voorkomen der paralues verklaren.

Het verloop.

In de vorige bladzijden heb ik getracht door cijfers een beeld te geven van den toestand onzer luetici.

Thans zal ik trachten in cijfers het verloop weer te geven der infectie, die tot dien reeds besproken toestand voerde. Natuurlijk zal hierbij de Afdeeling onbehandelde lues geen rol spelen, omdat we over het verloop vóór de herkenning niet voldoende zijn gedocumenteerd.

Ter beoordeeling van het verloop heb ik een tweetal staatjes gemaakt: a. en b. voor elke groep van elke afdeeling.

In staatje a. is aangegeven de verhoudingsgetallen der gevallen die, behoudens hun aanvangsverschijnselen (S. I. resp. S. II), symptoomloos bleven, en de gevallen, die wel recidief kregen; — tevens hoe de W/R zich daarbij gedroeg — en bij de recidivisten tevens wie klinisch herstelden of niet herstelden.

In staatje b. vindt men de recidieven der recidivisten opgeteekend naar den aard der aangetaste organen, herstel der recidieven en hoeveel jaren het interval bedroeg.

Er onder vindt men de verdeeling der opgetreden recidieven over de perioden van observatie.

Deze 2 staatjes zijn samengevoegd op een verzamelstaat, die hetzelfde nummer heeft als de verzamelstaat, die den toestand der overeenkomstige groep aangeeft, doch nu gemerkt met de letter B. (Zie pag. 116—131.)

Men beschouwe deze B-verzamelstaten, evenals de 24 A-verzamelstaten als een inventaris van een voorraad waarnemingen, waaruit we putten, als we het noodig hebben.

Onder het verloop versta ik den gang van de infectie na afloop der primaire- respectievelijk secundaire aanvangsverschijnselen.

Gaan we eerst na (staatjes a. verzamelstaten B) het percentage der gevallen, dat na S. I., resp. S. II. geen verschijnselen meer heeft gehad, dan blijkt voor de verschillende perioden, p_1, p_2, p_3 en p_4 dat

de Hg. groep in	58,3 %	— 45,5 %	— 35,4 %	— 42,3 %	recidief	vrij bleef.
de salv. zw.	„ 79 %	— 72 %	— 46 %		„	„ „
de salv. kr.	„ 93,8 %				„	„ „

Het percentage der lues latens daalt voor Hg. en salv. met de toename van de observatietijd, wat te verwachten was. Het percentage der met kwik behandelden blijft tenslotte om de 40 % zweven. De cijfers der salvarsan-afdeeling zijn veel gunstiger, behalve voor p_3, waarvan we evenwel reeds weten, dat de salvarsandosis zeer klein was en het aantal gevallen bovendien slechts 24 bedraagt.

Gaan we nu percentsgewijs na, in welke verhouding de W/R bij de symptoomloozen negatief werd of bleef gedurende de waarnemingsperioden dan zien we dat:

bij de

		p_1	p_2	p_3	p_4	
Hg.	gevallen in	52	72	75	58	% de W/R. negatief werd.
salv. zw.	„ „	93,5	87	91		% „ „ „ „
„ kr.	„ „	99				% „ „ „ „

Een verregaande ontleding der gevallen, die na hun S. I (II) wèl verschijnselen geven, stuit op groote moeilijkheden.

Reeds wordt door de onderscheiding symptoomloozen en recidivisten het materiaal in twee groepen verdeeld, waardoor de absolute getallen per groep sterk dalen.

Bij de symptoomloozen is tenslotte slechts na te gaan de verhouding tusschen de positief en negatief reageerenden; bij de recidivisten dienen we te onderscheiden het deel, dat klinisch herstelt en het deel, dat niet herstelt, om bij deze deelen weer na te gaan, hoeveel daarbij negatief en hoeveel positief reageeren. We vervallen zoodoende in zulke kleine getallen, dat het trekken van conclusies onmogelijk wordt en die mij bovendien niet van zeer groot belang schijnen. Voor belangstellenden moet ik dus verwijzen naar de verzamelstaten IB—XXIVB, waar men de absolute gegevens vindt.

De aard der recidieven naar de aangetaste organen en orgaansystemen.

Een overzicht hiervan kan slechts onvolledig zijn, omdat we hierbij weer stuiten op het hatelijke Syph. R. der oudere gevallen, waarvan we alleen kunnen zeggen, dat ze genezen zijn en dus wel zullen behooren tot syphilitische manifestaties van systemen, waarvan het bekend is, dat zij zeer geneesbaar zijn.

Ik beperk mij daarom, omdat een vergelijking anders niet mogelijk is, tot de afwijkingen van hart en vaten, de lues cerebrospinalis, de tabes en dementia paralytica en tabes imperfecta.

Voor de overige recidieven moet ik belangstellenden weer naar de verzamelstaten B verwijzen.

Voor de genoemde aandoeningen zien we de ondervolgende absolute en procentische cijfers voor de 4 waarnemingsperioden.

	In absolute cijfers.							
	Hg.				salv. zw.			salv. kr.
Aantal gevallen	p_1 139	p_2 180	p_3 147	p_4 85	p_1 215	p_2 118	p_3 24	p_4 97
Hart en vaten.	8	14	12	5	5	2	2	1
Lues cerebrospin. . . .	2*	20	13	7	10**	11***	4****	1
Para⟩ Dementia paralytica	3	4	3	1	1	2	—	—
lues⟩ Tabes dorsalis . .	3	4	8	—	2	1	—	1
Tabes imperfecta. . . .	2	6	10	2	4	2	—	1
	in procenten.							
Hart en vaten.	5,7	7,8	8,1	5,9	2,3	1,7	8,3	1
Lues cerebrospin. . . .	1,4	11,1	8,8	8,2	4,6	9,3	16,6	1
Dem. Paral. en Tabes. .	4,2	4,4	7,5	1,2	0,9	2,5	—	1
Tabes imperfecta. . . .	1,4	3,3	6,8	2,3	1,8	1,7	—	1

*1, **2, ***6, ****3 neurorecidieven.

We zien alleen voor lues cerebrospinalis andere cijfers dan we reeds ontmoetten in de staatjes, waarin de toestand der geïnfecteerden werd weergegeven. (Vergelijk de staat op pag. 35.)

Dat wil zeggen, dat van de hart- en vaatziekten en van de paraluetische afwijkingen niemand is hersteld, terwijl van de gevallen van lues cerebrospinalis verscheidene, klinisch althans, geheel herstelden.

We zien tevens, dat verscheidene gevallen zijn opgetreden als neurorecidief, waarvan we er ook een vinden bij de aanvankelijk met Hg. behandelden.

Vervolgens zullen we aandacht schenken aan het interval, d. .w. z. den tijd verloopen tusschen den datum van infectie en het constateeren der afwijkingen voor de viscerale en cerebrospinale recidieven.

Men vindt dit interval aangegeven in de lijstjes b. der verzamelstaten B. Hieruit laten zich de hier ondervolgende gemiddelden berekenen.

Gemidd.	duur	interv.	der	39	leverlijders	v. d.	551	met	Hg.	beh.	10,5	jaar.
,,	,,	,,	,,	42	hart en vaatlijders	,,	551	,,	,,	,,	12,9	,,
,,	,,	,,	,,	44	lues cerebr.	,,	,,	551	,,	,,	,,	10,9	,,
,,	,,	,,	,,	43	paralues	,,	,,	551	,,	,,	,,	12,1	,,

bovenstaande geldt voor een observatietijd van 5—30 jaar.

Voor een observatietijd van 5—18 jaar krijgen we voor de salv. zw. behandelden de volgende cijfers:

Gemidd.	duur	interval	der	7	leverlijders	v. d.	357	salv.	zw.	beh.	11,3	jaar.
,,	,,	,,	,,	9	hart en vaatlijders	,,	357	,,	,,	,,	8,9	,,
,,	,,	,,	,,	25	lues cerebr.	,,	,,	357	,,	,,	,,	3,2	,,
,,	,,	,,	,,	5	paralues	,,	,,	357	,,	,,	,,	9,4	,,

Terwijl bij een observatietijd van 5—10 jaar de salv. krachtig behandelden de ondervolgende cijfers gaven:

Gemidd.	duur	interv.	1	leverlijder	v. d.	97	salv.	kr.	behandeld.	5	jaar.	
,,	,,	,,	1	hart en vaatlijders	,,	97	,,	,,	,,	2	,,	
,,	,,	,,	1	lues cerebr.	,,	,,	97	,,	,,	,,	6	,,
,,	,,	,,	1	paralues	,,	,,	97	,,	,,	,,	6	,,

Voor de onbehandelden (5—30 jaar ziek) berekende ik het interval:

voor de lever	12,9	jaar.
hart en vaten	13.9	,,
lues cerebr.	13,3	,,
paralues	15	,,

HOOFDSTUK IV.

Wat is uit den toestand en het verloop der behandelde en onbehandelde gevallen af te leiden omtrent de waarde der toegepaste therapie?

Conclusies.

Nabeschouwing.

De therapeutische waarde der antiluetische middelen moet blijken uit het vermogen, op onschadelijke wijze snel en blijvend de ziekteverschijnselen te verdrijven. Dat nu, na ruim 20 jaren toepassing van het salvarsan, nog niet de balans kan worden opgemaakt, waaruit het nut blijkt, is daaraan te wijten, dat de late recidieven een observatietijd verlangen, zoo lang, dat in de praktijk daaraan niet kan worden voldaan.

Bovendien heeft de wisseling der therapeutische methodiek, die alras noodzakelijk bleek, mede tot gevolg gehad, dat de acta over de onschadelijke werking en het duurzame resultaat nog niet zijn gesloten.

Zoo vindt men ondanks de algemeene toepassing, nog steeds, niet alleen in de literatuur, maar ook in de leerboeken, veronderstellingen, dat het salvarsan het C.Z.S. gevoeliger zou maken voor de luetische infectie, en dat het salvarsan ook oorzaak zou zijn van meer en eerder optreden van de zoo gevreesde syphilitische aandoeningen van C.Z.S., hart en vaten, enz. Kortom het salvarsan zou de infectie van de periferie naar de centra verjagen.

Deze beweringen zijn evenwel nog evenmin bewezen als het tegendeel.

Mendes da Costa zegt in zijn leerboek: „Voor de beoordeeling van de werkzaamheid der behandeling is het noodig het beloop der behandelde syphilis met dat van onbehandelde te kunnen ver-

gelijken. Onze kennis van hetgeen geschiedt als de syphilis onbehandeld blijft, is gering".

Het is mij een voorrecht, dat ik in de zeldzame gelegenheid ben om over deze aangelegenheid van het eerste belang meer licht te kunnen laten schijnen.

Ons materiaal geeft gelegenheid

551 gevallen aanvankelijk met Hg. behandeld 5—30 jaar geobserveerd
357 „ „ „ salv. zw. „ 5—18 „ „
97 „ „ „ „ kr. „ 5—10 „ „

ten opzichte van elkaar en ten opzichte van 158 van 5 tot 30 jaar onbehandelde gevallen van syphilis te vergelijken.

Wij stelden reeds vast voor de 4 afdeelingen totaal: klinische verschijnselen bij de onbehandelden in 61,4 %; bij de Hg. behandelden in 27 %; bij salv. zw. in 12 %; bij salv. kr. in 5,1 % (zie staat pag. 35).

Deze cijfers evenwel geven een onjuist beeld, omdat de laatste categorie slechts 5—10 jaar, de overigen veel langer — tot 30 jaar — zijn geobserveerd.

Om een goede vergelijking mogelijk te maken, moeten we alleen de gevallen beschouwen in de overeenkomstige observatieperiode.

De cijfers van de gevallen van de overeenkomstige eerste observatieperiode (p_1) bedragen voor klinische verschijnselen na afloop der observatieperiode respectievelijk: 69,5 % — 22,5 % — 9,3 % — 5,1 %, dat wil dus zeggen:

1e. *dat de quantitieve verhouding der verschijnselen na afloop der observatieperiode van 5—10 jaar, bij de onbehandelden, de aanvankelijk met Hg. behandelde, de aanvankelijk zwak met salvarsan behandelde en de krachtig met salvarsan behandelde syphilislijders is als: 13,6 : 44 : 1.8 : 1.* [1])

Hoe krachtig deze cijfers ook spreken, nog wordt het verschil grooter, wanneer aard en omvang der verschijnselen, die zich moeilijk in cijfers laten uitdrukken, een woordje mede konden spreken. Wanneer men de verzamelstaten IA tot en met XA, die

[1]) Het kwik neemt in deze en de hier volgende verbluffende reeksen een te mooie plaats in, omdat in verscheidene gevallen juist in deze periode, de aanvankelijke Hg. therapie door salvarsan tenslotte werd ondersteund.

het materiaal voor deze periode bevatten, raadpleegt, zal men zien, dat de symptomen zoowel in aard als in omvang over het algemeen een ernstiger beteekenis hebben bij de onbehandelden, dan bij de overige groepen.

Bij de gegeven quantitatieve verhouding moet men er zich dus een qualitatieve bijdenken, die het groote verschil nog meer accentueert.

Eenigszins kunnen wij dit tot uiting brengen door de validiteit als middel ter beoordeeling en vergelijking in te voeren.

Drukken we de gevonden validiteitsstoornissenpercentages eveneens in verhoudingsgetallen uit dan vinden we:

2e. *dat de quantitatieve verhouding der stoornissen in de validiteit na afloop der observatieperiode van 5—10 jaar, bij de onbehandelden, de aanvankelijk met Hg. behandelden, de met salv. zw. en de met salv. kr. behandelden is als: 29 : 12 : 2,3 : 1.*

Op dezelfde wijze de verhouding uitdrukkend der onherstelden, d. w. z. zij die verschijnselen of positieve seroreactie, of beiden vertoonen, vinden we:

3e. *dat de verhouding der onherstelde gevallen na afloop der observatieperiode van 5—10 jaar voor de onbehandelden, de aanvankelijk met Hg. behandelden, de met salv. zw., en de met salv. kr. behandelden is als: 16 : 8,9 : 2,5 : 1.*

4e. Ik sluit het overzicht van den toestand na de eerste periode met het aangeven van *de verhouding der gevallen, waarbij we nog een positive W/R aantreffen; bij het einde der observatieperiode 5—10 jaar bij de onbehandelde, de met Hg. behandelde, de salv. zw. en de salv. kr. behandelde syphilitici, die is als: 19 : 9,8 : 1,9 : 1,* [1])

---

[1]) Deze op zichzelf zoo welsprekende cijferreeks, betrekking hebbende op den toestand, heb ik onderaan geplaatst, omdat we bij de beoordeeling van de waarde dezer cijfers weer staan voor de eigenaardige moeilijkheden, die dit laboratorium-onderzoek, deze biologische reactie meebrengt, omdat zij in zich zelve nog zoovele raadselen verbergt, dat niettegenstaande haar enorme practische waarde voor de diagnostiek, de beteekenis voor de prognose en voor de vraag naar herstel veel minder vaststaat. Slechts is vastgesteld, dat luetisch serum wordt onderscheiden van gezond serum, door zijn speciale affiniteit tot lipoiden, maar lang geen eenstemmigheid bestaat over de vraag: „Waar komen die lipoiden vandaan?".

(Orgaan lipoïden; spirochaeten lipoïden, theorie van *Bergel*). Een vraag, die voor het beoordeelen van de waarde der reactie wel van belang is.

5e. Waardeeren we nu nog de cijfers, die we in Hoofdstuk III voor het symptoomvrije verloop der ziekte bij de behandelden volgens de drie verschillende principes hebben vastgesteld en die bedroegen voor: de Hg. groep 58,3 %, voor de salvarsan zw. 79 % en voor de salv. kr. 93,8 %, dan volgt daaruit *dat de aantallen dergenen, die verschijnselen kregen tijdens den duur der infectie voor de S. Hg, de S. salv. zw. en de S. salv. kr. zich verhouden als: 6,25 : 3,60 : 1.*

Uit de gevonden 5 reeksen verhoudingen blijkt zonneklaar voor den toch niet gering te schatten duur der 1e observatieperiode, de geweldige superioriteit van de salvarsan groepen en vooral van de groep met de moderne krachtige salvarsan therapie behandeld. Er moet toch in de latere jaren al heel wat gebeuren om de hier geboekte enorme winsten ongedaan te maken.

Gaan we verder met het opstellen van dezelfde verhoudingscijfers voor de klinische verschijnselen, de validiteitsstoornissen, de onherstelden en de positie W/R. voor de overige observatieperioden, dan vinden we voor de observatieperiode p_2 (10—15 jaar) voor S. O., S. Hg. en S. salv. zw.

voor de klinische verschijnselen de verhouding: 3 : 1,75 : 1.
„ „ validiteitsstoornissen 7 : 3,3 : 1.

Niettemin staat het practisch oordeel vaster, dan volgens de theorie wel gerechtvaardigd schijnt. Ieder practicus ziet gaarne de W/R negatief worden en concludeert, indien dit verschijnsel zich jarenlang herhaalt, tot herstel en mijns inziens met voldoende recht.

Ongetwijfeld is het juist, dat er nog geen wetenschappelijk bewijs bestaat voor het herstel van de lues, maar daartegenover stel ik de practische en wel te bewijzen vraag: Hoe dikwijls heeft men bij jonge, behandelde lues, 5 jaar lang geobserveerd, zonder dat eenig klinisch of serologisch verschijnsel werd vastgesteld, daarna nog teekenen opgemerkt, die bewijzen, dat de ziekte nog bestaat?

Ik nog nooit en uit het feit, dat tegenwoordig haast geen venereoloog zijn pas besmette en daarna behandelde en geobserveerde luetici het huwelijk ontraadt, en op grond van het feit, dat goed gedocumenteerde gevallen, die de onjuistheid van mijn stelling zouden bewijzen, ontbreken, besluit ik, dat men er algemeen zoo over denkt.

Daarom mogen de gevonden verhoudingscijfers, de W/R betreffende, niet ontbreken in de reeks cijfers, die licht moeten werpen op den toestand der patiënten.

(Zie ook *R. Müller*. „Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten", Bd. 31 H. 9-10-1929, en het Rapport de la deuxieme conférence de laboratoire sur le sérodiagnostique de la syphilis, tenue à Copenhague 1928.)

voor de onherstelden 3,3 : 1,6 : 1.
„ „ positieve W/R 5.3 : 2 : 1.
„ symptoomvrij verloop na beh. — 1,6 : 1.

wederom zeer sprekende cijfers. We missen in deze periode helaas de krachtige salvarsan gevallen, zoodat ik salvarsan zw. als 1 heb genoteerd en de overige cijfers daarnaar heb herleid.

Vergelijken we de hiergegeven cijfers nu met die van p_1, waarbij wij ter gemakkelijker vergelijking ook daar de salv. zw. = 1 nemen, dan zien we een aanmerkelijk verschil.

Tijdens p_1 vinden we nl. de verhouding bij onbehandelden S. Hg. en S. salv. zw.

voor de klinische verschijnselen als 7,2 : 2,2 : 1.
„ „ validiteitsstoornissen 13,5 : 5,5 : 1.
„ „ onherstelden 6,4 : 3,5 : 1.
„ „ positieve W/R 10 : 5,1 : 1.
„ symptoomvrij verloop 1,7 : 1.

We zien dus tijdens p_2 de onbehandelden als het ware inhalen op de behandelden. De verschillen tusschen S. O. en S. salv. zw. zijn globaal 2 × minder gunstig dan tijdens p_1, al blijft er een respectabel onderscheid bestaan.

Dit minder gunstig beeld van de cijfers voor p_2 vergeleken met die van p_1 is te wijten aan de late viscerale en cerebrospinale recidieven, die nu beginnen op te treden en mede tevens aan het meer verdwijnen bij de onbehandelden van de meer geneesbare jongere recidieven.

We kunnen bijv. berekenen, dat bij p_1 52 % der onbehandelden leden aan de meer geneesbare luesvormen, terwijl dit percentage bij p_2 slechts 17 % bedraagt. Ook bij de behandelden traden de meer geneesbare vormen meer op den achtergrond.

Voor de observatieperiode p_3 (15—20 jaar) bedragen dezelfde verhoudingsgetallen

voor de klinische verschijnselen 3,5 : 2,1 : 1.
„ „ validiteitsstoornissen 6 : 2 : 1.
„ „ onbehandelden 5 : 2,5 : 1.
„ „ positieve W/R 6 : 2 : 1.
„ symptoomvrij verloop 0.8 : 1.

We zien, dat deze verhouding vrijwel overeenkomt met die van p_2. Het inhalen van de onbehandelden op de behandelden is gestopt, de verhouding is constant geworden.

Men dient de cijfers van deze groep evenwel wat voorzichtiger te waardeeren.

1e. is het aantal waarnemingen voor S.O. en S. salv. zw. klein, nl. 27 en 24, en

2e. zijn de salvarsan gevallen tot en met 18 jaar, de overigen tot en met 19 jaar geobserveerd.

Tot dusver hebben we over meer algemeene begrippen, als klinische verschijnselen, validiteit, enz., gesproken en daaraan dus eveneens slechts in grove trekken de waarde der therapie en het verschil in waarde tusschen Hg. en salv. therapie vastgesteld.

Thans gaan we over tot een dieper gaande analyse der klinische verschijnselen.

De staatjes van Hoofdstuk III zullen het materiaal voor onze beschouwingen leveren.

Ik heb in dat hoofdstuk bij de beschouwingen van den aard der verschijnselen naar de aangetaste organen en organenstelsels de rangschikking zóó gekozen, dat de bovenste 5 regels de meer geneesbare aandoeningen omvatten, de onderste 5 regels de zoo ernstige viscerale en cerebrospinale recidieven.

De meer geneesbaren zal ik als een geheel bespreken, omdat zij juist door hun geneesbaarheid minder belangrijk zijn en ook omdat de onbekende recidieven, die allen tot deze groep behooren, een behoorlijke bespreking in den weg staan.

Voor de geneesbare recidieven vinden we de volgende cijfers:

Meer geneesbare recidieven na afloop der observatie vonden we bij:

	onbeh.	Hg. beh.	salv. zw.	salv. kr.
p_1 in	52 %	7 %	0,46 %	0
p_2 in	17,6 %	2 %	1,6 %	—
p_3 in	18,5 %	4,7 %	0	—

Gebruik makend van de verhoudingsgetallen zien we, dat de meer geneesbare recidieven, dus de laatsecundaire, de tertiaire lues van huid, slijmvliezen, beenderen, gewrichten, periost, genitaliën,

algemeene verschijnselen. bij onbehandelden. bij aanv. met Hg., aanv. met salv. zw. behandelden zich

na 5—10 jaar verhouden als 104 : 14 : 1,
„ 10—15 „ „ „ 11 : 1,25 : 1.

We zien dus, dat bij de onbehandelden het aantal lijders aan de meer geneesbare vormen buitengewoon groot is, vooral in p_1 veel grooter dan bij de behandelden, en speciaal dan bij de met salv. behandelden. — Een bekend feit, dat FINGER kernachtig vastlegde door te schrijven, dat van het veelzijdig ziektebeeld der syphilis, na de invoering der salvarsan, behalve het primair affect, slechts tabes, paralyse en aortitis overbleven.

Hierdoor vinden we voor een groot deel verklaard de reeds vastgestelde gunstige verhoudingen van de cijfers der klinische verschijnselen en der validiteit ten opzichte van de onbehandelden. In de andere perioden zijn zij naar den aard dezer verschijnselen, die nu eenmaal meer bij jongere vormen worden waargenomen, overal gedaald (behalve bij S. salv. zw. in p_2).

Maar nog steeds hebben zij een belangrijk aandeel in de ongunstige cijfers van hun Afdeeling ten opzichte van de overige. Relatief is echter het verschil tusschen de Afdeelingen niet zooveel veranderd, dat daaruit het inloopen der S. O. op de andere groepen zou kunnen worden verklaard.

Zoodat de voornaamste reden van het kleinere verschil inderdaad moet worden gezocht in de viscero-cerebrospinale recidieven.

Voor het voorkomen der viscerale en cerebrospinale recidieven tijdens p_1, vonden we de volgende percentages

	Onbeh.	S. Hg.	Salv. zw.	Salv. kr. [1]
Lever	0	4,2	0,46	1
Hart en vaten	1,4	5,7	2,3	1
Lues cerebrosp.	4,2	0,7	2,8	1
Paralues	8,3	4,2	0,9	1
Tabes imperf.	0	1,4	1,8	1
Totaal	13,9	16,2	8,26	5,1 %
of in een verhouding ten opzichte van salv. kr.	2,7	3,1	1,6	1

[1]) Verhoudingsgetallen t/o van salv. kr. zijn nu niet overzichtelijker, omdat toevallig in alle rubrieken het percentage in deze Afdeeling 1 is.

Het therapeutisch vermogen van salv. kr. ten opzichte van Hg. is dus hier voor het totaal der viscero-cerebrospinale recidieven als 10 : 3,2.

We zien tevens door deze rangschikking, dat de cijfers van één der behandelde groepen, nl. met Hg., en dat wel voor de ernstigste verschijnselen ongunstig afsteken ten opzichte van de onbehandelden. We zien, dat dit een gevolg is van de buitengewoon slechte cijfers, die de rubriek Hg. heeft voor hart-, vaat- en leverafwijkingen, die de betere cijfers voor de lues cerebrospinalis en paralues teniet doen, ja zelfs overschaduwen.

Voor de rubriek salv. zw. is ondanks het euvel der neurorecidieven het cijfer der lues cerebrospinalis nog beter dan bij de S.O.

Ook in de cijfers voor salvarsan vindt men een zwakke aanduiding voor een iets ongunstiger toestand voor de frequentie van hart- en leverlues dan bij de onbehandelden.

De cijfers voor paralues zijn daarentegen enorm veel gunstiger dan bij S.O., dat in deze jonge periode met 8,3 % een schrikwekkend cijfer toont.

Voor p_2 (10—15 jaar) vinden we:

	Onbeh.	Hg.	salv. zw.	of in verhoudingsgetallen t/o salv. zw.
Lever.	2,2	3,3	2,5	0,9 : 1,3 : 1
Hart en vaten.	11	8,2	1,7	6,4 : 5 : 1
Lues cerebrosp	4,4	7,5	7,5	0,6 : 0,8 : 1
Paralues.	11	4,4	2,5	4,4 : 1,8 : 1
Tabes imperf	2,2	3,3	1,7	1,3 : 2 : 1
Totaal	30,8	25,7	15,9	2 : 1,6 : 1

Het totaalcijfer der viscero-cerebrospinale aandoeningen der met Hg. behandelde gevallen overtreft deze keer wel niet, maar nadert toch bedenkelijk het cijfer der onbehandelden. Het gunstige verschil, dat we vroeger vaststelden voor S. Hg. ten opzichte van S. O., berust dus wel in hoofdzaak op de capaciteit van het Hg., de geneesbare recidieven verre te houden. Evenals

tijdens p_1 is hier het cijfer voor leveraandoeningen weer ongunstiger dan bij S.O. Voor hart en vaten is het cijfer, hoewel zeer hoog, thans beter dan het onrustbarend percentage bij S. O. Het salvarsan geeft voor leveraandoeningen ongeveer hetzelfde percentage als bij S. O. De flauwe indruk, die p_1 opwekte, als zou het salvarsan het optreden van hart- en vaataandoeeningen eenigszins begunstigen, wordt door het hier aan den dag tredende enorme verschil wel geheel te niet gedaan. Integendeel, de cijfers zijn voor het salvarsan enorm veel gunstiger, zoowel ten opzichte van S.O. als van S. Hg.

De cijfers voor lues cerebrospinales zijn nu veel slechter dan bij S.O., door de resten der neurorecidieven. Het is te verwachten, dat het salvarsan kr. alleen reeds door beperking van het cijfer voor lues cerebrospinalis, hier een betere figuur zou maken.

De cijfers voor paralues zijn veel beter dan bij S. O. en belangrijk beter dan bij S. Hg.

Ik vestig de aandacht op de schrikbarende cijfers der onbehandelden voor paralues en hart- en vaatziekten

Voor p_3 (15—20 jaar) vinden we:

	Onbeh.	S. Hg.	S. Salv. zw.
Lever	7,4	3,4	4,1
Hart en vaten	3,7	8,1	4,1
Lues cerebrosp.	11,1	8,1	8,2
Paralues	7,4	7,5	0
Tabes imperf.	3,7	6,8	0
Totaal	33,3	33,9	16,4 of als 2 : 2 : 1.

Ik verwijs bij de waardeering dezer cijfers naar het opgemerkte over deze periode op pag. 46.

We merken nogmaals op: dat het totaal der viscerocerebrospinale recidieven voor het Hg. weer ongeveer even hoog is als bij de onbehandelden.

De leveraandoeningen treden nu ook bij S. O. krachtig op. Zij zijn voor het eerst hooger dan bij de behandelden.

Salvarsan toont een zeer gunstige tendenz voor paralues. Naast de lage cijfers voor paralues, in de vorige perioden, valt hier de aanwezigheid der paralues op, als wijzende in dezelfde richting.

Ook hier mogen we verwachten, dat het salvarsan kr. alleen reeds door het beperken der cijfers voor lues cerebrospinalis een nog beter figuur zou maken.

p_4 (20—25 jaar).

In deze periode kunnen we slechts 14 van 20—25 jaar onbehandelden vergelijken met 85 S. Hg. Ik zal een vergelijking dan ook achterwege laten, doch den lezer verwijzen naar verzamelstaten XXIIA, XXIIB,XXIIIA, XXIIIB en XXIVA.
Slechts memoreer ik even de percentages der viscero-cerebrospinale recidieven voor de Hg. gevallen.

Lever	8,2
Hart en vaten	9,4
Lues cerebrosp.	8,2
Paralues	1,1
Tabes imperf.	4,7
Totaal	31,6

We komen dus weer op ruim 31 % totaal aan viscero- cerebrospinale recidieven.

De paralues valt op door zijn laag percentage. Het is evenwel niet onmogelijk, dat een zekere verschuiving van de lues cerebrospinalis naar de paralues moet plaats vinden.

Mijn meening, dat vergelijkende tabellen van de resultaten van eenzelfde kliniek tusschen onbehandelden, met Hg. behandelden en met salvarsan behandelden niet in de literatuur voorkomen, werd gelogenstraft door een kort artikel van Ming Chen Cheng uit de kliniek van Felix Pinkus [1]).

Na een overzicht van het verloop der tertiaria van huid en slijmvliezen bij 3026 meer dan 10 jaar onder contrôle staande prostituees, spreekt hij even over de tabetische aandoeningen van het C.Z.S.

Hij publiceert daarbij onderstaande tabel, die mijn uitkomsten bevestigt (zie p_1 en p_2).

[1]) Archiv. fur Dermatologie und Syphilis, Bd 149 — 1925

Tabes dorsalis,

	Aantal.	Vol ontwikkeld.	Slechte pupillen.	Totaal.
Onbehandelden	904	7,9 %	6,2 %	14,1 %
Met Hg. behandelden	1704	2,6 %	3,2 %	5,8 %
Met salv. „	418	1,9 %	3,1 %	5 %

We zien hier, hoe de behandeling het ontstaan der paralues beperkt; het kwik minder dan het salvarsan, dat ook hier, eveneens in niet voldoende doseering, dus te vergelijken met ons salv. zw. is toegepast. Waarom alleen over tabes dorsalis gesproken wordt en niet over paralyse en lues cerebrospinalis en hart- en vaataandoeningen, wordt niet medegedeeld.

Overigens was MING blijkbaar even verrast over zijn cijfers als ik door de mijne, hij eindigt tenminste aldus:

Diese Unterschied ist so auffällig, wie er bisher noch nie gefunden, und in keiner Veröffentlichung mitgeteilt worden ist.

De conclusie ligt voor de hand: „dasz er unmittelbar zugünsten der salvarsantherapie sprechen musz".

In 1924 had PINKUS [1]) aan een materiaal van 4700 patiënten langer dan 10 jaar besmet, reeds aangetoond, dat salvarsanbehandeling geen toename van tabes dorsalis ten opzichte van onbehandelden beteekende.

Deze twee publicaties zijn de eenige, die ik in de literatuur aantrof, die een directe vergelijking der onbehandelden met de Hg. of met salvarsan behandelden mogelijk maken, en dan nog bij een materiaal, dat uiteraard lang niet zoo goed behandeld en geobserveerd kan worden als het onze.

In aansluiting op bovenstaande en wegens het groote belang geef ik hieronder nogmaals de cijfers voor paralues, die ik vond bij de onbehandelden, de Hg. en de salv. zw. en salv. kr. behandelden, na afloop der verschillende observatieperioden.

	Onbeh.	Hg.	Salv. zw.	Salv. kr.
p_1 5—10 jaar	8,3 %	4,2 %	0,9 %	1 %
p_2 10—15 „	11 %	4,4 %	2,5 %	
p_3 15—20 „	7,4 %	7,5 %	0	

[1]) Tabes probleme und Tabes behandlung. Berliner Med. Gesellschaft, 1924.

Het verschil is zoo opvallend en zoo regelmatig, dat deze feiten en de aangehaalde uit de kliniek van PINKUS een einde maken aan de strijdvraag: doet het salvarsan de paralues toe- of afnemen.

Hoe actueel deze vraag nog steeds is en hoe moeilijk zij te beantwoorden is uit de indirecte cijfers, die ons ten dienst staan, blijkt bijv. uit de nota's over dit onderwerp gepresenteerd in de zitting van het „Comité de l'Office International d'Hygiène publique" van Mei 1929 [1]). CHODZKO (Polen) concludeert, dat men in Polen in de 18 jaren verloopen na de ontdekking van ERHLICH geen invloed, noch vermindering noch vermeerdering van de D.P. heeft geconstateerd.

HAMEL (Duitschland) constateert een belangrijke vermindering. GANAR (Tunis) concludeert tot een vermindering der Paralues onder de Europeesche en Israëlitische bevolking en tot een status quo bij de Mohammedaansche, terwijl onze landgenoot RUTGERS VAN DER LOEFF de uitspraak voor zijn rekening durft te nemen — „le traitement arsénical mal controlé favorise l'apparition de la paralyse générale et du tabes".

Uit deze aanhaling van het laatste jaar uit de geweldige literatuur over dit onderwerp blijkt, dat van een eensgezind oordeel nog geen sprake is, gevolg van de onvoldoende wijze, waarop men dit vraagstuk kan benaderen.

Infectio secunda syphilitica.

In het materiaal vond ik tenslotte 28 gevallen als reïnfectie aangeduid, verdeeld als volgt:

op 250	onbehandelden	0	0 %
„ 551	S. Hg.	3	0,54 %
„ 357	S. salv. zw.	18	5 %
„ 97	S. salv. kr.	7	7,2 %

Deze cijfers toonen aan, dat met de kracht der therapie het aantal „reïnfecties" stijgt. Veel meer kunnen wij er niet van zeggen, want ook de waarde van de reïnfectie, als bewijs van genezing, is gesloopt sedert gebleken is, dat, althans experimenteel, superinfectie in vrijwel elk stadium mogelijk is. Men discuteert nu over

[1]) Office International d'Hygiène publique Tome XXI fasc. 11. '29.

de vraag reïnfectie of superinfectie; een strijd die weer nooit beslecht zal kunnen worden, als het bewijs van herstel der lues niet op andere wijze kan worden geleverd. MENDES DA COSTA stelde daarom reeds in 1913 voor de beide begrippen onder een naam, nl. infectio secunda syphilitica of korter neo-infectie te vereenigen, waarmede evenwel de mogelijkheid deze neo-infectie te gebruiken als een maatstaf voor de waarde der therapie nog meer aanvechtbaar wordt. Ik zal daarom met het geven van bovenstaande cijfers volstaan.

Conclusies.

Uit het in dit hoofdstuk vastgestelde laten zich de volgende gevolgtrekkingen afleiden:

1e. De onbehandelde lues verloopt in alle opzichten ongunstiger dan de behandelde, alleen de lever maakt een uitzondering voor de met kwik behandelde gevallen;

2e. de met Hg. behandelde syphilis verloopt in alle opzichten ongunstiger, dan de met salvarsan gecombineerd behandelde;

3e. het kwik ontleent zijn waarde alleen aan het verdrijven in 74—90 % der meer geneesbare syphilitische manifestaties;

4e. het kwik heeft geen waarde ter voorkoming van het totaal der viscero-cerebrospinale recidieven; het bevordert het ontstaan van leverafwijkingen, — mogelijk van hart- en vaatafwijkingen, doch het beperkt het optreden der paralues en der lues-cerebrospinalis;

5e. het salvarsan verdrijft de meer geneesbare afwijkingen in 97—100 %;

6e. het voorkomt het optreden in totaal der viscero-cerebrospinale recidieven in 25—50 %;

7e. het werkt bij deze recidieven het gunstigst op de paralues, die het in 77—88 % voorkomt. Vervolgens op de hart-afwijkingen, daarna op de lues cerebrospinalis en tenslotte twijfelachtig gunstig op de leverafwijkingen.

8e. het is onjuist, dat de onvoldoende salv. therapie het optreden van paralues of andere inwendige afwijkingen begunstigt.

De onvoldoende salvarsantherapie geeft aanleiding tot het in meerdere mate optreden van de bekende mono (neuro)

recidieven en is daardoor veroordeeld, doch geeft overigens slechts minder goede uitkomsten dan de krachtige salvarsantherapie;

8ea. op goede gronden mag worden aangenomen, dat de moderne salvarsanbehandeling de uitkomsten nog belangrijk beter zal maken, al ware het slechts door de voorkòming der gevolgen der neurorecidieven, die thans in dit materiaal in alle perioden de goede resultaten der salvarsanbehandeling drukken;

9e. de vraag of de paralues toeneemt naarmate de behandeling minder wordt, moet bevestigend worden beantwoord, vooral indien onder behandeling de salvarsanbehandeling wordt verstaan. Het zelfde geldt voor de aandoeningen van hart en vaten en de lues cerebrospinalis.

Voor de laatste conclusie uit het voorafgaande dient nog het gegeven betreffende het interval te worden besproken. Men moet evenwel voor het juist waardeeren van die gegevens (pag. 40) zeer voorzichtig zijn.

Het constateeren van een inwendige aandoening zegt natuurlijk niets omtrent het tijdstip, waarop het betrokken orgaan ziek werd. Het is meer afhankelijk van een al dan niet bestaande strenge contrôle. Bij diegenen onder onze patiënten, waarvan het lijden bekend was, die daarom voortdurend en speciaal op luetische manifestaties werden onderzocht, zal de aandoening der viscera in het algemeen belangrijk eerder worden ontdekt, dan bij de onbehandelden, die pas kwamen, als ze klachten hadden. Aangezien het systematisch onderzoek in de Marine in 1918 werd ingesteld en dus in de salvarsanperiode, zal dit niet nalaten het interval voor deze groep te verkleinen.

In dit verband dient men de cijfers op pag. 40 te beschouwen.

Houdt men daarbij tevens in het oog het verschil in observatieduur, dan concludeer ik, dat:

10e. zoo er al verkorting van interval is waar te nemen voor paralues, hart- en vaatziekten der met salvarsan behandelden, die verkorting zeer gering is;

dat verkorting van het interval voor leverlijders niet blijkt;

dat het interval der lues cerebrospinalis voor de met salv.

zw. behandelde patiënten zeer belangrijk wordt verkort, gevolg van de neurorecidieven, aankleve van de aanvankelijk te zwakke doseering.

Nabeschouwing.

Niemand kan zich over de vastgestelde enorme verschillen, die vooral bij de gevallen der eerste periode gevonden werden, tusschen onbehandelden en behandelden eenerzijds en tusschen met Hg. behandelden, zwak en krachtig met salvarsanbehandelden anderzijds meer verbazen, dan ik zelf deed, toen ik de cijfers te voorschijn zag komen, die zoo zonder eenig voorbehoud de salvarsanbehandeling en vooral de krachtige salvarsanbehandeling als verreweg superieur deden kennen.

De vraag kwam bij mij op hoe het dan mogelijk is, dat men nog tot op den huidigen dag in de literatuur, zij het sporadisch, toch stemmen hoort van dusdanig ontmoedigden, dat gevraagd wordt: „is het niet beter onze luetici maar heelemaal niet te behandelen".

De verklaring van dit onbegrijpelijk pessimisme zoek ik.

1e. in het trekken van conclusies uit de zeer licht tot onjuiste gevolgtrekkingen leidende indirecte gegevens;

2e. speelt een rol het feit, dat door de geweldige moeilijkheid, aan een behoorlijke observatie der luetici verbonden, men maar al te gaarne vasthoudt aan laboratoriumuitkomsten, waarvan de beteekenis nog allerminst vaststaat, maar die, hoe vernuftig ook gevonden, zelf nog van A tot Z getoetst moeten worden aan de uitkomsten van de kliniek (bijv. de prognostische beteekenis der pleocytose en andere reacties der liquor cerebrospinalis);

3e. dezelfde invloed oefenen theoretische begrippen uit, als de veronderstelde nadeelig geachte uitschakeling der esophylactische huidwerking, of der immuniteit, door de arsenobenzolen. Zelfs al zijn deze theorieën — wat zeer goed mogelijk is — juist, het is de vraag, of bij behandeling met salvarsan wij die esophylactische werking of deze immuniteit nog wel noodig hebben;

4e. in het feit, dat onze tijd reeds geheel is ingesteld op de

salvarsantherapie; de dagen van weleer zijn vergeten. Evenals de reiziger in de express bij een onverwachte stoornis zich niet vol dankbaarheid het reizen in de trekschuit herinnert, doch integendeel zich te buiten gaat aan verwenschingen tegen moderne spoorwegen en hun organisatie, zoo zien sommige medici bij onvermijdelijke therapeutische mislukkingen daarin een bewijs van de minderwaardigheid van het salvarsan, en wordt onze therapeutische zwakte tijdens de kwikperiode vergeten.

En op dezen onvasten grond van moeilijk te waardeeren cijfers, onjuiste interpretatie van verschijnselen en onzekere theoriën, steunt menig argument, dat met kracht en welsprekendheid is aangewend om de beteekenis van het salvarsan te verkleinen.

Opvallend is het ongunstig reageeren der leveraandoeningen op de behandeling.

Van de 551 met Hg. behandelden van 5 tot 30 jaar geobserveerd, heeft 4,3 % leveraandoeningen; van de evenlang geobserveerde 158 onbehandelden 1,9 %;

van de 357 aanvankelijk met salv. zw. behandelde 5 tot 18 jaar geobserveerd 1,4 %, van de salv. kr. behandelden 5—10 jaar geobserveerd 1 %.

We kunnen hierbij dus voor de verklaring van het gedrag van de lever niet alleen denken aan een toxische werking van het Hg. omdat onze salvarsan-patiënten alle ook Hg. hebben gehad. Mogelijk grijpt bij de uitsluitende Hg. therapie het metaal het orgaan aan, waarbij de spirochaet zijn aanval op het verzwakte orgaan voegt, daarbij door het zoo geringe spirillocide Hg. maar weinig gehinderd.

Bij de salvarsangevallen blijft wel de toxische werking van het Hg. en salvarsan bestaan, doch door de gelijktijdige vernietiging van de spirochaet vervalt diens nadeelige invloed op het orgaan.

Ook HARRISON [1]) beschreef in een artikel, "The prognosis of

[1]) British Journal of venereal diseases, Bd. III, No. 4.

syphilis in the light of modern methods of treatment", dat het kwik een geringe genezende werking heeft, dat het salvarsan het optreden der viscero-cerebrospinale recidieven verhoedt, doch dat dit het minst geldt voor leverafwijkingen, wat dus vrij wel geheel overeenstemt met het door mij gevondene.

Het zou interessant zijn te weten, of de uitsluitende salvarsantherapie dit verschijnsel ook in dezelfde mate vertoont.

De vondst, dat uit ons materiaal volgt, dat de uitsluitende Hg.-therapie, het aantal leverlijders doet toenemen, is niet van belang ontbloot, omdat van leverafwijkingen bij de kwiktherapie zoo weinig bekend is.

Het Hg. is altijd een object van strijd geweest. Zijn eeuwenoude reputatie heeft het duidelijk genoeg te danken aan zijn onbetwistbaar genezende werking op de juist zooveel indruk makende, want zichtbare syphiliden der huid, slijmvliezen, periost, etc. Alleen hierdoor reeds is het niet te verwonderen, dat het zich eeuwen heeft gehandhaafd.

Zijn slechte reputatie heeft het aan zijn dienaren te danken, die enthousiast over de zoo zichtbare verbetering, tot steeds hoogere doses hun toevlucht namen, waardoor zijn onaangename toxische eigenschappen bloot kwamen.

Later, toen meer en meer de lues als verwekker van ernstige viscerale en zenuw-aandoeningen werd herkend, ontging het Hg. het verwijt niet, daaraan debet te zijn. Hoezeer men daarbij overdreef, blijkt nu toch zijn invloed op het genezen der viscerale-cerebrospinale late recidieven in totaal nihil en voor wat de lever betreft, is het verwijt zelfs niet ongegrond.

Op grond van het bovenstaande meen ik, dat overwogen moet worden, het Hg. onder dankbetuiging voor de vele bewezen diensten te vervangen door het Bismuth, wanneer men, en naar mijn meening terecht, niet van een gecombineerde behandeling wil afzien en men ten opzichte van het Bismuth niet in dezelfde fout vervalt als bij het Hg. van te hooge doseering.

Men kan mij natuurlijk verwijten, dat aannemende, dat ik de vrij geringe waarde van het Hg. heb aangetoond, de grootere waarde van het Bismuth daarmede niet bewezen is. Dat is juist, en inderdaad kan ik mijn materiaal voor dat bewijs niet gebruiken.

evenmin als elders dat bewijs geleverd is. De therapeutische werking van het Bismuth staat evenwel vast en wordt algemeen grooter geacht dan van kwik, maar daarbij heeft het het duidelijke voordeel van beter tolerantie en mindere toxiciteit. Overigens is het Bismuth nog niet lang genoeg gebruikt, om er een definitief oordeel over uit te spreken, en het zal zeer moeilijk zijn vergelijkende behandelingsreeksen te krijgen, omdat noch Hg. noch Bismuth alleen, doch vooral bij jonge lues haast altijd met salvarsan gecombineerd, wordt gegeven.

Het begrip Kwiktherapie is lang niet zoo omlijnd als de begrippen zwakke en krachtige salvarsan-therapie. De resultaten, die ik geboekt heb voor de aanvankelijk met kwik behandelden, kunnen niet anders zijn, dan de resultaten der kwikbehandeling, zooals die in onze Marine is toegepast en die in hoofdzaak zwak of krachtig symptomatisch was, maar ook wel chronisch intermitteerend is geweest, in elk geval goed is uitgevoerd en goed gecontroleerd.

Ons materiaal geeft dus aan, wat een goede kwiktherapie in de practijk vermag, en zelfs iets meer dan dat, omdat, zooals bijv. blijkt uit het voorbeeld op bijl. IV, meermalen, nadat eerst het terrein geheel aan het kwik bleef, het salvarsan nog ingreep, als later de symptomen daartoe drongen.

Milian en ook Gougerot hebben het therapeutisch vermogen der antiluetische middelen, salvarsan, bismuth en kwik in verhoudingssgetallen uitgedrukt. Milian gaf de verhouding van het therapeutisch vermogen van de genoemde 3 antiluetica weer als 10 : 7 : 4. Gougerot als 10 : 8 : 6.

Het blijkt wel duidelijk uit onze gegevens dat op deze wijze de werking der middelen wel al te simplistisch wordt voorgesteld.

Zoo vond ik bijv. de verhouding tusschen de prestatie van salvarsan tijdens p_1 ten opzichte van het Hg. als 10 : 1,1.

In de latere perioden, waarvan we helaas de krachtige salvarsan-behandeling missen, is de verhouding als 10 : 5.

Tevens weten we en bleek uit onze cijfers, dat het therapeutisch vermogen niet ten opzichte van alle syphilitische manifestaties even groot is.

Kracht der therapie, aard der aandoening en tijdsduur van infectie zullen in een formule, die het therapeutisch vermogen der anti-luetica zou moeten uitdrukken, niet mogen ontbreken. Tot nog toe ontbreekt voldoende standaardmateriaal om zulke formules te kunnen samenstellen.

HOOFDSTUK V.

De salvarsan-therapie.

We zagen, dat de salvarsan-therapie, ook de ondoelmatig geleide en te zwakke salvarsan-therapie (S. salv. zw.), ondanks de daaraan verbonden nadeelen, vergeleken met de Hg. therapie, verreweg de beste resultaten gaf, bij de behandeling der syphilis.

Als vanzelfsprekend drong zich de vraag op: Zou dan niet de salvarsan toediening in zelfs geringe dosis toch het ideaal der sterilisatio magna in een aantal gevallen verwezenlijken?

Door de wijze, waarop aanvankelijk de salvarsan-therapie werd toegepast — aanval en dan afwachten — (zie bijlage 4), kon ik deze vraag onder het oog zien.

In ondervolgenden staat is aangegeven de dosis salvarsan, waarmede getracht werd een sterilisatie tot stand te brengen. Ik noemde de poging geslaagd, indien na de behandeling geen klinisch verschijnsel en geen positieve seroreactie bij voortdurende contrôle gedurende 5 tot 18 jaar werd waargenomen, en na de aanvalstherapie geen verdere behandeling werd toegepast.

De gebruikte dosis is opgegeven in milligrammen oud salvarsan, omdat hiermede de eerste jaren uitsluitend werd gewerkt. Werd neosalvarsan toegepast, dan werd deze herleid tot oud-salvarsan door vermenigvuldiging met 2/3.

Dosis oud salv. in mGr.	S. I seroneg.		S. I seroreac. onbekend		S. I seropos.		S. II		Totaal			Genezen in %
	gesl.	misl.	gesl.	misl.	gesl.	misl.	gesl.	misl.		gesl.	misl.	
± 500 — 1000	—	—	8	44	4	11	14	54	125	26	99	20,8
± 1200 — 1500	—	—	13	15	5	2	8	12	55	26	29	47,2
± 2000	—	—	7	8	1	4	5	8	33	13	20	39,3
± 3000	—	—	2	1	3	2	5	1	14	10	4	71.4
± 4000	—	—	2	1	7	2	7	6	25	16	9	64,—
± 5000	—	—	10	1	6	—	7	3	27	23	4	85,2
± 6000	—	—	4	—	7	4	16	2	33	27	6	81,8
Krachtig = 10000 en meer	35	2	9	—	7	4	30	10	97	81	16	83,5

gesl. = geslaagd.
misl. = mislukt.

We zien uit deze staat:

1e. dat na toediening van 0,6—1 gr. oud salvarsan, vastgesteld bij 135 gevallen van jonge lues (primaire en secundaire) in 26 gevallen, dus in bijna 20 %, bij een observatie van 5—18 jaar, genezing optreedt.

Zoo ergens, dan mogen we hier van genezing spreken, want de aldus behandelde gevallen behooren tot de alleroudste met salvarsan behandelde gevallen, waarvan sommige 18 jaar zijn geobserveerd, zonder ooit eenig klinisch, noch serologisch verschijnsel te vertoonen, ondanks regelmatige klinische en serologische contrôle, en nu en dan ook onderzoek van het lumbaalvocht.

Reeds LESSER [1]) en OLTRAMARA [2]) beschreven dergelijke gevallen, die 3 tot 10 jaar geobserveerd konden worden.

Uit onze gevallen zien we dus, dat het ideaal, dat PAUL ERHLICH voor oogen zweefde „de therapia sterilisans magna" zich in bijna 20 % van de gevallen verwezenlijkt, tenzij dit begrip absoluut dient vastgekoppeld te blijven aan genezing na een enkele toediening van het middel.

2e. Zien we, dat die sterilisatie slaagt tot in ruim 80 % van de gevallen, indien slechts bij dezelfde methodiek van wekelijksche injecties de dosis stijgt tot minstens 5 gr. oud salvarsan [3]).

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1919.

[2]) *Werther*. Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten, dl. XVIII, pag. 909.

[3]) Indien we de genezingspercentages voor de verschillende soorten primaire gevallen en voor de gevallen, die reeds secundaire verschijnselen hadden, toen de behandeling ingreep, apart berekenen, blijkt slechts een gering verschil. Voor de primaire gevallen vertoonen de percentages een ietwat gunstiger tendenz, dan voor de secundaire. Door de splitsing wordt het aantal observaties evenwel te klein om conclusies te durven trekken. Voor de primaire gevallen vond ik na toediening van 0.500—1 gr. oud salvarsan enz .tot krachtig: de genezingspercentages als:

18 — 51.4 — 40 — 62.5 — 75 — 94 — 73.3 — 80

voor de secundaire idem als:

20.6 — 40 — 38.5 — 83.3 — 54 — 70 — 88.8 — 75.

Wel zien we een buitengewoon gunstige verhouding voor de krachtig behandelden, primair seronegatief. Deze — onze abortief gevallen — geven 2 recidieven = 5.4 % dus 94.6 % genezing.

Het eene recidief bestond uit het optreden van een recidief exantheem, met W/R zw. pos., dat zich 3 jaar post infect. openbaarde, het andere heeft betrekking op een geval, dat na eerst negatief te zijn geweest, bij een 3 maal herhaalde contrôle een zwak positieve reactie vertoonde. Door verdere behandeling herstelden beiden.

Waar is nu het punt, waar men op zal houden van een therapia sterilisans te spreken? Een scheidingslijn is niet te trekken.

Hieruit volgt, dat, hoezeer het wezen der salvarsanwerking nog niet geheel is opgehelderd, in facto zijn werking neerkomt op een volledige sterilisatie van het lichaam, dat nog niet te langen tijd aan infectie met de spirochaeta pallida is blootgesteld geweest.

De nog veelvuldig gehoorde meening: de syphilis als exquisiet chronische infectieziekte vordert de chronisch intermitteerende behandeling, ontkent ten eenenmale de mogelijkheid van de onmiddellijke sterilisatie, die we nu juist bewezen zien.

Men kan tegenwerpen: bewezen is niets, vastgesteld is slechts, dat 5 tot 18 jaar lang geen verschijnsel der ziekte, noch klinisch, noch serologisch, is waargenomen. Inderdaad, dan rest niets anders dan de woorden van prof. WEVE aan te halen, die toch niet alleen voor ophthalmologen schreef, toen hij een les eindigde met de woorden: „de moderne geneeskunde moge een critische wetenschap zijn, maar geneeskunst blijft steeds synoniem met optimisme."

Behalve de trapsgewijze stijging van het gunstige resultaat met het toenemen van de dosis, tot aan 5000 mgr., zien we

3e. dat vanaf dit punt ondanks de verdubbeling van deze reeds hooge doseering geen verbetering van het resultaat meer optreedt.

Dit punt: het vaststellen van het feit, dat voor het totaal der gevallen het onverschillig blijkt of men de dosis van 5000 mgr. [1]) opvoert tot 10000 mgr. oud salvarsan is merkwaardig. Het is wel een sterk contrast met wat we zien voor de lagere doseeringen, waar elke gram salvarsan verbetering van het resultaat geeft, terwijl hier bij hoogere doseering, laten we maar zeggen bij 83 %

Dit gunstige verloop moge nogmaals een aansporing zijn de diagnose zoo spoedig mogelijk te stellen en daarna direct met een krachtige salvarsan therapie aan te vangen. Bij een jong venerisch ulcus behoort niet het in dubio abstine, maar het in dubio agite te worden toegepast.

[1]) Dat in het staatje bij 5000 mgr oud salvarsan met 85.2 % genezingen aan den top staat, kan behalve aan de fout van het kleine getal worden toegeschreven aan de gunstige verhouding, die er bestaat tusschen de gevallen van S. I. eenerzijds en S. I. seropos. en S II anderzijds.

genezing het maximum prestatie vermogen van het salvarsan toegediend volgens onze methodiek is bereikt.

In de eerste plaats vinden we hier in deze gedraging antwoord op de zoo vanzelf sprekende en toch nog altijd niet te beantwoorden vraag: „Wanneer is de behandeling voldoende?" Hier is als het ware experimenteel bepaald, dat bij de door ons gevolgde methodiek, van wekelijksche injecties, bij 5000 mgr. oud salvarsan of het aequivalent daarvan, de minimum totaal dosis ligt, die bij jonge (primaire of secundaire) lues bij mannen behoort te worden toegediend om het maximum aan therapeutisch effect te bereiken [1]).

In de tweede plaats blijkt (het aantal genezingen op 83 % fixeerend) dat 17 % der lueslijders salvarsan-restistent zijn.

Gaan we het aantal genezingen na voor de verschillende stadia, met een doseering, die het maximum therapeutisch effect gaf, dus een behandeling met 5 à 10 gr oud salvarsan, dan vinden we:

94 % genezing bij lues I seronegatief.
97 % „ „ „ I seroreactie onbekend.
72 % „ „ „ I seropositief.
78 % „ „ „ II.

4e. We zien dus wat we konden verwachten, dat globaal bekeken het aantal genezingen afneemt, naarmate de infectie is gevorderd.

Om dus het grootst mogelijk aantal sterilisaties te verkrijgen is het van belang:

1e. zoo vroegtijdig mogelijk met de salvarsantoediening te beginnen;
2e. een totaaldosis toe te dienen, die voor de bij ons gevolgde methodiek ligt bij minstens 5 gr. oud-salvarsan of een equivalent daarvan.

Dat hooge salvarsandoses nooit bij jonge gevallen van lues, de syphilis I seronegativa uitgeschakeld, 100 % genezing zal kunnen brengen, blijkt herhaaldelijk bij het bestudeeren der literatuur over krachtig behandelde gevallen.

---

[1]) Natuurlijk geldt dit slechts in groote trekken. Gewicht, geslacht, leeftijd enz. blijft buiten beschouwing.

De gevallen, gepubliceerd door MOORE en KEMP [1]) BECKER [2]) BRUNS [2]). HARRISON, MUTSCHLER [3]), HOFFMANN [4]), vertoonen hetzelfde. RUGE [5]) heeft betere cijfers, maar observeerde kort (3 mnd.—4 jaren). HARRISON [6]) heeft 75 %, HOFFMANN 85 à 90% genezing. MOORE en KEMP bijv. behandelden 71 gevallen 1 jaar lang onafgebroken met oudsalvarsan (arsphenamine) en Hg. en vonden bij een observatie van 1—3, soms tot 8 jaren 77,5 % succes. Dus ook hier weer, ondanks de zeer krachtige therapie, een aantal mislukkingen (22,5 %), iets grooter dan bij ons. Het verschil tusschen hun en onze cijfers ligt wel daaraan, dat zij in al hun gevallen Lumbaalpunctie deden; wij veel minder. Dat M. en K. hun gevallen, die in de liquor meer dan 10 cellen vertoonden tot de „relapses" rekenen, mag aanleiding zijn hun 22,5 % recidief met een optimischen blik te bezien; want wat zegt ons de pleocytose omtrent de prognose? We kunnen de laboratoriumbevindingen van den liquor en vooral de niet specifieke, in de syphilis-pathologie nog allerminst als vaste punten beschouwen en ik waardeer de langere observatie en het herhaald klinisch onderzoek heel wat meer dan afwijkingen van den liquor, kort na de infectie, waarop we ten eenenmale geen bestek kunnen maken. Nog viel mij op, dat MOORE en KEMP in hun resultaten, blijkens hun indeeling, geen verschil zien, of zij 21 dan wel 40 arsphenamine injecties gaven. Dat klopt dus volkomen met onze observatie, dat bij reeds hooge doseering verdubbelen geen resultaat geeft.

TITZNENKO [7]) past nog sterker behandeling toe. Bij seronegatieve lues geeft hij 5 gecombineerde kuren (4,5—6 gr. neosalvarsan per kuur) gedurende 2 jaar; bij lues II 6 gecombineerde kuren en 5 regelmatige Joodkuren, 4 jaren lang.

Ik vond geen cijfers, maar hij ziet viscerale verschijnselen en serorecidieven, zoodat ondanks de geweldige kuren, die hij voor onschadelijk verklaart, toch ook niet in 100 % genezing optreedt. Het staat dus wel vast, dat ongeveer 83 % herstel wel het ren-

[1]) John Hopkins Hospital Bulletin 7 — '24.
[2]) Cit. Stokes Modern clinical Syphilology.
[3]) Archiv fur Derm. und Syphilis 147 — '24.
[4]) Dermatol. Zeitschr. '21, Dermat. Zeitschr. '23.
[5]) Archiv fur Dermatol. und Syphilis.
[6]) British Journal of vener. diseases, Bd. 3, No. 4.
[7]) Ref. Zentral Blatt für Haut u. Geschl. Krankh. Bd. 24 H.1/2.

dement is van de krachtige salvarsan-behandeling der jonge lues. en uit ons materiaal is als het ware experimenteel gebleken, dat bij de door ons gevolgde methodiek 5 gr. oud salvarsan of het aequivalent daarvan de minimale totaal dosis is, waarbij dit maximum aan therapeutisch effect wordt bereikt.

Het is waarschijnlijk, gezien het snel steriliseerend vermogen, dat dergelijke of betere resultaten ook bij een andere methodiek bereikt zullen worden. Onze methodiek, gedwongen door de praktijk past zich eigenlijk meer aan bij den kalender, dan dat zij rekening houdt met de salvarsan pharmacologie. De serie-kuur van SCHOLTZ met als principe snel op elkaar toedienen van hooge giften salvarsan, in dosi refracta, doet dit wel en dat verklaart, dat hij met een betrekkelijk geringe dosis, doch snel ingevoerd, rekening houdend met de uitscheidingstijd, zulke goede resultaten krijgt. Zijn assistent SILBERSTEIN [1]) bericht 98 % genezing bij S. I. (72 gevallen), en 84 % genezing bij 123 patiënten met secundaire syphilis observatietijd $^1/_2$—11 jaar). Hij gebruikt hiervoor nog geen 2 gr. oud salvarsan, waarmede wij bij onze methodiek gemiddeld slechts 39,3 % herstel zien.

Zoo mogen we dus verwachten, dat alle methoden, waarin salvarsan met korter tusschenpoozen wordt gegeven dan bij ons —, wat verscheidene venereologen doen, betere of althans dezelfde resultaten zullen geven met een kleinere dosis salvarsan.

Als prototype van een dergelijke methode mag wel gelden de z.g. maximale vroegbehandeling van E. HOFFMANN. HOFFMANN heeft duidelijk en op goede gronden voor een krachtige, doch beperkte behandeling consequent en jarenlang op de bres gestaan.

Bij lues I seronegativa geeft hij 1 maximale salvarsan Bi-kuur van ongeveer 6 à 7 gr. neo-salvarsan door inspuitingen 2 × per week van 0,6 gr. neo-salvarsan en evenzoovele bismogenol injecties.

Bij lues I seropos. 2 van deze kuren met 5 weken tusschenruimte.

Bij lues II minstens 3 van deze kuren met evengroote pauzen.

---

1) Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 143 — '23.

De groote beteekenis van het werk van HOFFMANN is natuurlijk niet het opstellen van dit behandelschema, doch wel, dat hij de groote kans op snelle genezing door het salvarsan, dat voor lues I seroneg. nu wel algemeen is aangenomen, heeft uitgebreid tot de secundaire syphilis.

Kort en krachtig formuleert hij zijn opvatting aldus [1]):

„Trotz ihrer ausgesprochenen Chronizität ist die Syphilis, dank „den Fortschritten der letzten Jahrzehnte, eine heilbare Krankheit „geworden, wenn die grosze Frühheilungschance des Salvarsans „(im Verein mit Wismut) richtig ausgenutzt wird. Deshalb ist bei „primärer Syphilis die Behandlung sofort zu beginnen, doch erst „dann, wenn die Diagnose durch den gesicherten Spirochäten-„nachweis bei Berücksichtigung des klinischen und serologischen „Befundes einwandfrei festgestellt worden ist. Je früher die Kur „einsetzt, um so sicherer gelingt die Frühheilung. Versäumnis der „Frühdiagnose erschwert oder verhindert sie und begünstigt die „weitere Ausbreitung der Syphilis, ist somit ein grober, nicht oder „schwer wieder gut zu machender Fehler, für den der Arzt ver-„antwortlich gemacht werden kann. Konsultation eines erfah-„renen, Spirochäten- und serologische Untersuchung beherrschen-„den Spezialisten ist gerade zu Beginn einer so wichtigen Krank-„heit dringend anzuraten, nicht erst dann, wenn örtliche oder all-„gemeine Behandlung das Bild verwischt hat und ein sicheres „Urteil erschwert oder gar unmöglich macht.

„Je länger die Spirochäten im Körper verweilen, um so schwie-„riger ist ihre völlige Vernichtung; daher is mit zunehmendem „Alter der Infektion eine verstärkte und verlängerte Behandlung „erforderlich. Die reine Salvarsantherapie ist selbst mit Altsal-„varsan, dem heilkräftigsten Mittel, nicht sicher genug und läszt „eher Neurorezidive aufkommen. Daher ist die maximale Früh-„behandlung mit kombinierten Salvarsan-Wismut-kuren vorzu-„ziehen, deren Stärke und schnelle Aufeinanderfolge wesentlich „und dem jeweiligen Stadium der Lues anzupassen ist. Nicht „nur primäre, sondern auch sekundäre Syphilis „ist alsdann früh heilbar."

[1]) *E. Hoffmann.* Die Behandlung der Haut und Geschlechtskrankheiten, 5e Aufl. 1930.

HOFFMANN heeft zelfbewust gebroken met de ontmoedigende, eindelooze behandelingen der aanhangers der chronische intermitteerende behandeling, die uitgaande van de redeneering, de genezing is niet te bewijzen, voortgaan met behandelen, vier vijf jaren lang.

HOFFMANN heeft zeer terecht geschreven, dat men de moed moet bezitten op te houden. Bij een behandeling volgens HOFFMANN is de heele kuur bij jonge lues in 5 weken tot een half jaar afgeloopen, ongeacht de contrôle op het resultaat.

Volgens onze gegevens, waarbij wij voor jonge lues 83 % genezing registreerden, wordt door de aanhangers der chronisch intermitteerende behandeling dus 83 % der zieken noodeloos physiek, moreel en financieel geschaad. Tevens zijn zij nog steeds ingebreke gebleven, materiaal te verschaffen, waaruit blijkt, dat die overmaat van behandeling door de uitkomsten wordt gerechtvaardigd. Dit verwijt zal men niet kunnen richten tot HOFFMANN en zijn school.

Ook ons materiaal, al is het dan minder krachtig behandeld, dan de Kliniek van Bonn noodig oordeelt, kan volledig dienen tot steun van het principe der maximale vroegbehandeling niet alleen, maar tot een bewijs van haar waarde.

Overigens is natuurlijk een strikt vasthouden aan het schema niet noodig. Op het onmiddellijk en zoo snel mogelijk achtereen, na het constateeren der aandoening, toedienen van een totaal dosis salvarsan, die ongeveer bij 5 gr. salvarsan ligt, komt het aan. Als men dit in het oog houdt, rekening houdende met alles, wat tot het lege artis leiden van een salvarsan-kuur behoort, heeft men een goede anti-luetische therapie, en het is verder een kwestie van aanpassen aan de levensomstandigheden van een patiënt of men dit wil doen volgens de wijze van de maximale vroeg-behandeling, dan wel of men ALMKVIST, JADASSOHN, WERTHER, VERNES wil volgen, of dat men zelf een methode bedenkt.

Zeer bepaald verzet zich ons materiaal tegen een methode als de rotatie-methode van CASSELMAN [1]), waarbij het principe van de onmiddellijke salvarsan medicatie is opgeofferd aan het schema. Hij geeft 1 maand salvarsan, 1 maand Bismuth en daarna 1 maand

[1]) Americ. Journal of Syphilis '25.

Hg. Elke nieuwe patiënt begint zijn kuur met het middel, dat die maand gebruikt wordt.

Evenzeer verzet het zich tegen de opvattingen van hen, die, evenals PUSEY en anderen op theoretische overwegingen het salvarsan pas drie maanden post infectionem beginnen aan te wenden. Ook hier zal alleen deugdelijk materiaal en geen beschouwingen in staat zijn eventueel de waarde van deze behandelingswijze aan te toonen.

Het valt geheel buiten ons bestek, de methodiek van hen, die de specifieke behandeling hebben verlaten, te beoordeelen. Mij persoonlijk lijken sommige dier behandelingen (bv. met vigantol) alleen als dierexperiment geoorloofd.

Ook hier kan slechts de statistiek beslissen. De uitkomsten gepubliceerd door BRUUSGAARD [1]) met de vrijwel onspecifieke behandelingsmethode volgens BOECK nagegaan bij een groot, nauwkeurig onderzocht materiaal, zijn zeer opmerkelijk. Echter heeft B. slechts $^1/_4$ der gevallen kunnen achterhalen, zonder dat aannemelijk is gemaakt, dat het overige 3 × zoo groote deel analoog is aan het geobserveerde; hierop moet gewacht worden alvorens de resultaten, bereikt met de methode volgens BOECK, met andere te kunnen vergelijken.

Practische toepassing.

Al is bij de door ons gevolgde methodiek gebleken, dat 5000 mgr. oud salvarsan (gecombineerd) de minimum totaal dosis is, waarmede het maximum aan therapeutisch resultaat wordt bereikt, men zal allicht, gezien het klein aantal gevallen, waarop het vaststellen van deze dosis steunt, de gevonden minimumwaarde niet als veilig beschouwen. Men zal liever een overdoseering riskeeren, dan de kans loopen te weinig te geven.

Tegen het 3 kuren-systeem heb ik dit bezwaar, dat in de praxis lang niet alle patiënten zich aan de geprojecteerde behandeling onderwerpen. Zij gevoelen zich na de eerste kuur te gezond om een herhaling te ondergaan. Vooral geldt dit voor Oosterlingen. De eerste kuur wordt onder den verschen indruk

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis, 157 — 1929.

der pas opgedane infectie meestal trouw gevolgd. Ik tracht dan ook zooveel mogelijk reeds bij de eerste kuur 10000 mgr. neosalvarsan, dus meer dan de theoretische totaal dosis, gecombineerd met Bismuth toe te dienen. Ook al komt de patiënt dan niet terug voor de sluitkuur, dan bestaat er toch eigenlijk reeds de grootst mogelijke kans op succes.

De patiënt heeft meer kans, dat hij zich door zijn handelwijze een overbehandeling bespaart, dan dat hij zich blootstelt aan de kans op meer recidief.

Voor lues I seronegativa blijft het bij één kuur, ingeleid met dosis III en IV neos. in een week en vervolgd met dosis IV of V, wekelijks gegeven, gecombineerd met 2 Bism.-injecties per week.

Voor seropositieve en secundaire lues volgt na 4 weken een sluitkuur, die voor de seropositieve lues niet zwakker is dan voor de secundaire.

In beide gevallen wordt de salvarsankuur ingeleid met een paar Bismuth injecties.

Dit schema geldt voor een overigens gezonde man van 75 kg.

Met deze korte aanduiding van deze onze behandelwijze kan ik volstaan. Men ziet, dat ik nog niet ben overgegaan tot 2 injecties salvarsan per week, alhoewel ik dat beter acht, Wanneer we echter onze patiënten willen behandelen is een compromis tusschen de eischen, die de therapie stelt en de maatschappelijke verhoudingen, waaronder onze patiënten leven, niet te omgaan.

Om deze reden kan ik bijv. niet enthousiast zijn over de malariatherapie van KYRLE en FINGER, ook al zou daarmede 100 % genezing kunnen worden geboekt. Onze moderne luesbehandeling vergt van den patiënt reeds vrijwel het maximum, van wat wij hem aan vertrouwen, goeden wil en volharding kunnen vragen, wanneer we in aanmerking nemen, dat reeds na enkele inspuitingen alle ziekteverschijnselen zijn verdwenen. Een therapie, die door nòg rigoureuzer maatregelen of door nòg langer duur betere resultaten zou geven, boet een groot gedeelte van zijn practische waarde reeds daardoor in, dat een steeds grooter wordend deel der patiënten zich aan de behandeling onttrekt. Ook dit niet wetenschappelijke, maar practische bezwaar mogen de voorstanders der chronisch intermitteerende behandeling wel overwegen.

Er zijn nog steeds clinici, die hun stem verheffen tegen een schematische luesbehandeling, terwijl toch eigenlijk overal de luestherapie schematisch is.

Zoo trof ik in de rondvraag van WLADIMIR FELDMANN [1]) de woorden aan van W. PICK: „Il faut abandonner tous les schémas de traitement, ils sont des causes de certitude injustifieé; comme tout thérapeutique celle de la syphilis est une art et ce sera toujours le fait d'un maître médicin de découvrir intuitivement le traitement approprié".

Ik kan mij een dergelijke uitspraak speciaal voor de salvarsantherapie bij lues niet begrijpen.

Over welke intuïtie moet men wel beschikken om in een speciaal geval aan te voelen, welke dosis salvarsan tot het verlangde resultaat zal voeren, en geeft die intuïtie, dat aanvoelen, wel recht op een „certitude justifieé".

Natuurlijk is, wetenschappelijk gesproken, de eisch der individualiseerende behandeling juist. Er bestaan in de biologie geen algemeen geldende normen, doch slechts individueel verschillende normenwaarden, een variatie-breedte vormend en dat geldt mutatis mutandis ook voor de giftwerking.

Deze oude waarheid komt ook in onze staat zeer duidelijk tot haar recht. De luetici gedragen zich niet allen gelijk ten opzichte van een salvarsanbehandeling. Het is alleen maar onmogelijk, om ooit v a n t e v o r e n iets omtrent dat gedrag te kunnen afleiden. De therapeut staat evenwel in de praktijk en de wetenschap, dat er individueele verschillen bestaan, die men evenwel vooruit nooit kan vaststellen, kan geen onderwerp van practische overweging uitmaken. Men zal slechts incidenteel met de individualiteit rekening moeten houden.

Duidelijk en onafwijsbaar geeft het staatje aan: behandel volwassen lijders niet met 1000 mgr oud salvarsan, want 80 % blijft onhersteld, maar geef 5000 à 10.000 mgr en 80 % geneest.

Tot zoover bestaat dus een basis en dit gegeven zal men generaliseerend, dus schematisch, altijd zooveel mogelijk moeten benutten.

---

[1]) Annales de dermatologie et de syphiligraphie '29.

Pas hierna houdt het schema op en begint het individualiseeren, ten einde te trachten de nu nog onherstelden te genezen, omdat nu een basis om tot het goede succes te geraken, ontbreekt.

Uit onze gegevens blijkt immers, dat ongeveer 17 % der gevallen na krachtige behandeling een recidief kreeg. Therapie resistente gevallen zijn reeds lang bekend. Zij dienen als iets onvermijdelijks te worden geaccepteerd bij den tegenwoordigen stand van ons therapeutisch vermogen. Zij moeten geen aanleiding zijn tot een steeds maar grenzeloos opvoeren van de dosis, maar zij vormen de uitzonderingen, waarop, nu individualiseerend, naast de specifieke behandelingswijze de onspecifieke, als proteïnentherapie, koortsbehandeling e. d. kan worden toegepast.

Van onze 97 krachtig behandelde patiënten recidiveerden 16 gevallen = 16.2 %. Bij het einde der observatie (zie verzamelstaten IV, V, VII, IX) zijn er slechts 6 met verschijnselen overgebleven (1 tabes, 1 luescerebrospinales, 1 aortitis, 1 hepatitis, 1 met pupilveranderingen met negatieve seroreactie en lumbaalvocht (W/R neg. Nonne neg. Cellen 5) en een met positieve seroreactie).

De 10 overigen van de recidivisten zijn hersteld, deels door voortgezette specifieke, deels door combineeren met onspecifieke behandeling; 6.2 % houdt dus verschijnselen; 93.2 % genezingen is dus het resultaat onzer moderne antiluetische therapie.

Laten we nog eenige ruimte over voor eventueel later nog optredend recidief, en aannemende dat zij, die reeds recidief vertoonen niet herstellen, dan zouden we dit vermogen globaal met 90 % kunnen uitdrukken.

Uit dit langdurig geobserveerde materiaal heb ik niets anders gevonden dan een bevestiging van de juistheid der therapeutische opvattingen van HOFFMANN, en in het algemeen van allen, die zoowel de fout van het te weinig als van het-teveel bij de behandeling der jonge lues omgaan.

De inhoud van de laatste pagina's kunnen we samenvatten in de volgende conclusies:

1. Kleine doses oud salvarsan (0.600—1.000) verwezenlijken in

20 % bij jonge (primaire en secundaire) lues, het oude ideaal van Ehrlich, de therapia sterilisans magna; dit percentage stijgt regelmatig met het toenemen van de dosis, totdat bij volgens onze methodiek behandelden, bij 5000 mgr. met 83 % genezingen de grens is bereikt en verhooging van de dosis tot 10 gram en meer geen verbetering van het resultaat geeft.

2. Men zal goed doen in de praktijk meer salvarsan als dosis therapeutica totalis toe te dienen, dan het hier vastgestelde minimum van 5 gr.; voor seronegatieve primaire gevallen mag deze dosis voldoende zijn.
3. Het toedienen van de totaaldosis geschiede zóó, dat in de 1e kuur reeds minstens 5000 mgr. oud = 7500 mgr. neosalvarsan gecombineerd wordt toegediend.
4. Elk geval van jonge lues zal men schematisch met de vastgestelde totaaldosis behandelen en daarna onder de gebruikelijke contrôle afwachten, Bij eventueel recidief begint de individualiseerende, antiluetische therapie.
5. Ruim 83 % genezingen vormt het vermogen der eerste salvarsantherapie.
6. Van de 17 % recidivisten is door geprolongeerde behandeling naar schatting 50 % te genezen.
7. Ruim 90 % is het genezend vermogen der moderne antiluetische therapie bij jonge lues.

HOOFDSTUK VI.

De behandeling en de immuniteit.

Dat de salvarsanbehandeling het beste resultaat geeft, als zij zoo vroeg mogelijk begint, is in het algemeen juist. Toch meende DUJARDIN [1]) reeds in 1913, dat de post-eruptieve gevallen gemakkelijker te beïnvloeden waren dan de prae-eruptieve gevallen en hij verklaarde dit als volgt:

„rappelons, qu'entre ces deux périodes s'est placé un facteur nouveau, l'immunisation secondaire dont l'action est loin d'être négligeable". In 1921 kwam hij op deze zaak terug [2]) en verklaarde, dat de door de salvarsan verhinderde „vaccination cutanée" de oorzaak was der hevige meningeale reacties.

De onderdrukking van de productie der antilichamen, door de spirillocide werking van het salvarsan exponeert tot vermeerderde aantasting vnl. van het C.Z.S. door den groei van de daar achtergebleven treponema's, die niet gedood werden, en nu niet door antistoffen in hun groei worden gehinderd (mono-neurorecidieven).

De consequentie van deze meening is dus, dat men beter met de behandeling kan wachten tot, mét de secundaire, de zich dan ontplooiende immunisatie, de therapie ondersteunt. DATTNER, LEWIS, ELDRIDGE, PUSEY, PICK en anderen, hebben die consequenties aanvaard. Ook MENDES DA COSTA geeft nog in zijn leerboek '29 ruimte voor deze opvatting.

Deze veronderstelling is door BERNARD en RUELLE [3]) getoetst aan waarnemingen bij 2 groepen van 30 regelmatig, 5 jaar lang, serologisch en ook klinisch en spinaal onderzochte, krachtig met salvarsan behandelden, waarvan 1 groep in het seropositieve, de anderen na het verschijnen van het secundaire stadium met de behandeling begon, terwijl geen der gevallen een cutaneo-muceus recidief heeft vertoond.

---

1) Journal Médical de Bruxelles 11 — 12 — 1913.
2) Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis.
3) Annales des maladies vénériennes, 20ieme Année No. 6, 1925.

Zij namen waar, dat bij de seropositieve groep de W/R weliswaar snel negatief werd, doch herhaaldelijk weer terugkwam — dus serorecidief — en dat ook meer tijd verliep voor de W/R definitief negatief werd.

Zij vonden bij deze groep seropositieven in het 4de en 5de observatiejaar respectievelijk nog 10 en 5 gevallen met een positief serum. Tevens stelden zij in 77 % een pathologischen liquor vast.

Bij de groep secundairen vonden zij wel een minder onmiddellijk reageeren van de seroreactie, maar de eenmaal negatief geworden reactie bleef zoo. Daardoor was gemiddeld de reactie sneller en algemeener negatief dan bij groep 1 en zij vonden slechts in 21 % zwak pathologischen liquor.

De serologische en spinale resultaten bij de post-eruptieve gevallen, zijn dus belangrijk beter, dan die bij de prae-eruptieve.

De consequentie van deze vondst was dus in overeenstemming met het door DUJARDIN opgemerkte, ook voor krachtig behandelde gevallen, en moet leiden tot de meening, dat men inderdaad beter doet met de behandeling te wachten tot immunisatie is opgetreden.

Een eerste bezwaar is natuurlijk, dat deze zoo fundamenteele zaak aan zoo'n beperkt materiaal is getoetst, maar BERNARD en RUELLE geven dit grif toe, er op wijzende, hoe moeilijk het is luespatiënten 5 jaar in regelmatige behandeling en contrôle te houden. Zij konden hun 60 gevallen slechts extraheeren uit een materiaal van meer dan 400.

Een ander [1]) doch mijns inziens een veel grooter bezwaar, is de korte observatietijd en verder dat de conclusie niet is gebaseerd op r e e ë l e w a a r d e n.

Zij noemden b.v. het lumbaalvocht pathologisch, bij meer dan 2 cellen per mM^3 en 0.025 % albumen. Zijn evenwel 2 cellen pathologisch? of 5? of 10? en is 0.025 % albumen pathologisch? of 0.030? en indien de waarden door B. en R. gevonden al abnormaal zijn, wat is dan de beteekenis daarvan voor de prognose?

We weten zeker, dat die pathologische liquor spontaan weer

[1]) Practische bezwaren als: wanneer moet dan wel met de therapie begonnen worden, wat te doen als geen secundaria optreden, moet men deze zeer infectieuse gevallen dan maar zoolang laten rondloopen etc., blijven hier buiten beschouwing.

normaal kan worden en dat ze in het geheel niet een luetische aandoening van het C.Z.S. of een paralues in de toekomst bewijzen.

Zoolang deze vragen niet opgelost zijn, staat de beteekenis der gevonden gegevens niet vast en kunnen zij geen basis vormen voor therapeutisch handelen.

Opheldering kan alleen het verloop der ziekte geven, dus langdurige observatie. Conclusies trekken uit de geconstateerde liquorafwijkingen, is een bestek maken op onvaste punten, en daarop zal een verstandig zeeman zijn plaats niet bepalen.

Wel is zeker, dat het lumbaalvochtonderzoek bij de secundair behandelden een veel beter indruk maakt, dan die bij de seropositieven. Ik zou zelfs in het materaal van B. en R. de bij de secundaire gevallen gevonden afwijkingen niet pathologisch durven noemen, maar hoogstens van een geringe afwijking durven spreken, terwijl ik bij hun seropositieve groep 7 liquores pathologisch en 10 licht afwijkend zou noemen.

Intusschen is deze publicatie van B. en R. voor mij aanleiding geweest het materiaal in te deelen in primaire seronegatieve, primaire seropositieve en secundaire lues, in de hoop, dat ik in staat zou zijn, de uitkomsten van het onderzoek van B. en R. te kunnen bevestigen of te weerleggen [1]).

Hiervoor kunnen in ons materiaal alleen de krachtig behandelde 20 seropositieven en S. I. seroreactie onbekend dienen, om ze te vergelijken met de 40 krachtig behandelde secundaire gevallen 5 tot 10 jaar geobserveerd, ook al zijn ze behalve met salvarsan ook met Hg. of Bi. behandeld (zie verzamelstaat IV en VII A en B en IX A en B). Het zijn eveneens dus slechts kleine groepen.

Bij de prae-eruptieven werden slechts 3 lumbaalpuncties verricht, waarvan 2 normaal en 1 geringe afwijking vertoont (7 cellen).

De W/R vertoont een gedrag, dat niet geheel overeenkomt met

---

[1]) Het lag tevens in mijn bedoeling een dergelijke invloed van de kwiktherapie na te gaan. Naar wat ik reeds over de Hg. behandeling opmerkte, zal het niet verwonderen, dat ik een zoodanigen invloed niet heb kunnen vaststellen.
Met deze mededeeling meen ik te kunnen volstaan, zonder de cijfers, die mij tot deze conclusie voerden, te geven.

dat, door B. en R. vastgesteld; in het 5de jaar zijn alle seroreacties negatief en ik vond minder serorecidieven.

Al is dan ook ten opzichte van het lumbaalvochtonderzoek het materiaal niet volkomen identiek, wij vangen aan met een observatietijd, die voor B. en R. als einde gold. Het onze geeft eenigszins gelegenheid na te gaan, of de vrees voor de gevolgen, die zij juist uit den liquor afleidden, ook bewaarheid wordt.

Evenwel vertoonen bij nauwkeurig onderzoek de 20 patiënten geen enkel viscero-cerebrospinale afwijking. (Bij één geval staat opgeteekend: versterkte 2de aortatoon.)

Dit totaal gemis aan organische afwijkingen sla ik heel wat hooger aan dan afwijkingen in het lumbaalvocht, en zijn tevens een reden, de door B. en R. gevonden liquorafwijkingen niet al te zwaartillend te interpreteeren.

Bij mijn groep van 40 behandelden in en na het secundaire stadium — gevallen, die $1^1/_2$—5 maanden post infect. met de therapie begonnen zijn —, vind ik lang niet het gunstig verloop, dat B. en R. bij hun 30 gevallen aantreffen.

De W/R is in het eerste jaar in 100 % positief geweest;

				bij B	en R.	eveneens	100 %
W/R in 2e	jaar	40 %	positief;	„	„	in	33.3 %
„ „ 3e	„	17 %	„	„	„	„	6,6 %
„ „ 4e	„	15 %	„	„	„	„	0
„ „ 5e	„	7.5 %	„	„	„	„	0

Van de 15 lumbaalvochtonderzoekingen zijn er 10 normaal (4. 4. 3. 4. 0. 0. 3. 2. 0. 0. cellen) en alle reacties negatief.

3 lichte afwijkingen: (Nonne pos. 6 cellen); 1 (W/R zwak pos. 5 cellen).

2 pathologisch — (bij klinische verschijnselen van het C.Z.S.).

B. en R. vonden bij hun post eruptieve gevallen in 21 % pathologische liquor.

Ze zouden van mijn 15 gevallen, waarbij de liquor is onderzocht, er 10 abnormaal noemen, dus 66 %.

En tenslotte vinden we 7 malen een klinisch recidief, waarvan 5 patiënten klinische afwijkingen hielden (tabes dorsalis, lues cerebrospinalis, aortitis; hepar en pupilafwijkingen).

Vergelijken we thans deze groep met de 30 prae-eruptieve gevallen van B. en R., dan valt het contrast vrijwel weg. Het verloop der W/R bij de seropositieven is iets ongunstiger. De pathologische liquor, daar 77 %, is bij onze secundaire gevallen volgens de maatstaf van B. en R. 66 %; terwijl hun seropositieven na 5 jaar normaal zijn, vertoonen onze secundairen in 12,5 % klinische verschijnselen.

We stelden dus vast:

1. dat onze 20 prae-eruptieve gevallen serologisch gunstiger verloopen dan de 30 van B. en R., dat het liquoronderzoek door het kleine aantal onzerzijds niet te vergelijken is, doch dat klinisch bij ons geen enkele afwijking, niettegenstaande de aanmerkelijk langere observatietijd, werd vastgesteld;
2. dat onze 40 post-eruptieve gevallen zoowel serologisch, als wat betreft het lumbaalvocht, veel ongunstiger verloopen dan de 30 van B. en R., terwijl last not least deze groep in 12½ % ernstige klinische verschijnselen vertoont.

Het door hen geconstateerde groote verschil tusschen beide groepen komt dus in ons materiaal in omgekeerden zin aan het licht. De eindtoestand onzer post-eruptieven is aanmerkelijk slechter dan die der prae-eruptieven.

Onze 40 post-eruptieven vergeleken met de 30 prae-eruptieven van B. en R. geven alleen serologisch en voor de liquor iets gunstiger verhoudingen, doch wat veel voornamer is, klinisch aanmerkelijk slechtere. Wij kunnen uit onze gegevens dus geen reden putten om af te wijken van de regel: behandel de jonge lues krachtig en zoo spoedig mogelijk.

Gaan we nu verder, uitsluitend aan de hand van de kliniek — een positiever maatstaf dan liquorverschijnselen — na, of iets blijkt van de gegrondheid van de vrees voor het verjagen der treponema's naar het C.Z.S., door de geheele groep prae-eruptieven lues te vergelijken met de post eruptieve, dan moeten we dus onderzoeken, of er inderdaad verschil is vast te stellen tusschen beide groepen voor de verschijnselen in het algemeen en de lues nervosa in het bijzonder.

Voor wat de krachtig behandelden betreft, kunnen we uit de

verzamelstaten (IV, V, VII en IX) A en B gemakkelijk overzien, dat slechts in één geval bij de seronegatieven (staat VA en B) een klinisch recidief is opgetreden (een laat exantheem); bij de anderen geen enkel, zoodat de 57 prae-eruptieven tijdens de observatie van 5 tot 10 jaar slechts een klinisch recidief vertoond hebben, terwijl op het einde der observatie geen enkel klinisch verschijnsel meer aanwezig was.

Van de bij deze groep verrichte 10 liquor onderzoekingen geven 7 normale en 3 licht afwijkende waarden (nl. alle reacties negatief, doch resp. 7, 8, 8 cellen).

Bij de 40 post-eruptieven, krachtig behandeld, (verzamelstaat IXA en B), op dezelfde wijze en evenlang geobserveerd, werd 7 × een klinisch recidief opgemerkt tijdens de observatie, waarvan 5 op het eind der observatie niet waren genezen, (hieronder 3 gevallen van lues nervosa, waarvan 2 een pathologische liquor hadden).

Van de 15 liquor-onderzoekingen waren er verder 10 normaal en 3 licht abnormaal (2 alle reacties negatief doch respectievelijk 6 en 6 cellen; 1 W/R zwak positief en 5 cellen) en 2 pathologisch bij klinische verschijnselen. De post-eruptieven staan dus klinisch vrij belangrijk ten achter bij de prae-eruptieven.

Conclusie.

De vrees, dat bij gecombineerde salvarsan-behandeling der prae-eruptieve lues het verloop der ziekte minder gunstig wordt beïnvloed, dan wanneer die behandeling post-eruptief begint, vindt voor wat betreft de krachtig behandelden in dit materiaal geen steun.

Gaan we nu hetzelfde na voor de zwak prae-eruptief en post-eruptief behandelden.

Door de gegevens van de verzamelstaten III, VI, XIII, XIV en XIX A en B (waarbij ik de gevallen van Syphilis P. seroreactie onbekend heb gevoegd bij die der syphilis P. seropositiva, die ik weer tezamen zal noemen S. prae-eruptiva) te vergelijken met

cijfers van staat VIII, XV, XX A en B, die de S. post-eruptiva omvatten, laten zich de volgende percentische verhoudingen afleiden.

Zwak met salvarsan behandeld.

Syphilis prae-eruptiva

	aantal	kregen		hielden	
		kl. versch.	kl. versch. C. Z. S.	kl. versch.	kl. versch. C. Z. S.
observ. tijd 5—10 jaar	126	20,6 %	11 %	10 %	9 %
10—15 „	76	25 %	12 %	14,5 %	10,5 %
15—19 „	16	62 %	25 %	19 %	13½ %
Totaal . . .	218	29,8 %	12,4 %	12,4 %	10,5 %

observ. tijd 5—19 jaar.

Syphilis post-eruptiva

	aantal	kregen		hielden	
		kl. versch.	kl. versch. C. Z. S.	kl. versch.	kl. versch. C. Z. S.
observ. tijd 5—10 jaar	89	21,4 %	2.2 %	7.8 %	2.2 %
10—15 „	42	33,5 %	16,7 %	19 %	14 %
15—19 „	8	37,6 %	–	12,5 %	37,5 %
Totaal . . .	139	26 %	6,5 %	11,5 %	5,7 %

observ. tijd 5—19 jaar.

We zien nu, wat ik maar kortheidshalve het verschijnsel van DUJARDIN zal noemen, wel te voorschijn treden. Voor p_1 zien we bij de S. prae-eruptieve 5 × zooveel recidieven van het C.Z.S. optreden als bij de S. post-eruptiva, en ruim 4 × zooveel gevallen blijven de verschijnselen van het C.Z.S. houden. Voor p_2 geeft de S. post-eruptiva ietwat ongunstiger cijfers, maar lang niet zoo'n overweldigend verschil als we constateerden bij p_1, terwijl de weinige gevallen van p_3 hetzelfde beeld geven als p_1.

Ook in de totaalcijfers komt nu de protectieve werking der pas opgetreden immuniteit op het C.Z.S. duidelijk tot uiting, We zien over het geheel bij de post-eruptieve groep slechts de helft van het aantal der cerebrospinale recidieven der eerste groep optreden en blijven bestaan.

Tevens zien we de recidieven der organen, die als het ware voor de cerebrospinale barrière liggen, bij de eerste groep iets minder frequent dan bij de laatste optreden, nl. voor de eerste 2 perioden der prae-eruptieve gevallen in 9,6 % en 13 % en der post-eruptieve gevallen in 19,2 % en 16,8 %. Totaal 17,4 % en 19,5 %.

Een waarneming overigens, die ons niet zal verbazen.

Conclusie:

De vrees, dat bij gecombineerde salvarsan-behandeling der prae-eruptieve lues het verloop der ziekte minder gunstig beïnvloed wordt, dan wanneer die behandeling post-eruptief aanvangt, is gegrond, doch alleen wanneer de behandeling zwak is.

Dit is ondanks het feit, dat DUJARDIN, en ook voor zoover ik begrijp, BERNARD en RUELLE, uitsluitend van (neo) salvarsan gebruik hebben gemaakt, terwijl wij gecombineerd behandelden — dus volledig in overeenstemming met de uitspraak van DUJARDIN, die in 1913 zijn waarschuwing deed hooren, toen er nog algemeen te zwak werd behandeld.

In hoever de uitkomsten van B. en R. afhankelijk kunnen zijn van te zwakke behandeling van hun patiënten, kan ik niet nagaan, omdat zij de dosis niet vermelden. Daar zij evenwel spreken van traitements intensifs, classiques, prolongés, is dat niet waarschijnlijk.

In elk geval kunnen wij uit de gegevens van dit materiaal niet anders besluiten, dan dat de vrees voor ongunstig beïnvloeden van het verloop der ziekte uit den tijd is, door de nu in het algemeen veel krachtiger therapie.

De uitspraak van JADASSOHN in Lesser's Lehrbuch für Haut und Geschlechtskrankheiten Bd. 2, Auflage 27 — 1929: „die Furcht durch energische Behandlung in seropositiven primär oder secundär Lues den Verlauf (mangelhafte Immunisierung) ungünstig zu beeinflussen, scheint mir durch Tatsachen nicht irgendwie gestützt. Nur für ungenugender Frühbehandlung ist zu warnen", wordt door ons materiaal volkomen bevestigd. In ons materiaal spreken voor de energieke behandeling inderdaad feiten en niet

speculatieve gevolgtrekkingen uit in hun beteekenis niet vaststaande reacties tegen de uitkomsten van BERNARD en RUELLE. evenzeer als feiten de meening van DUJARDIN en de uitkomsten van B. en R. voor de zwak behandelden bevestigen.

Een bevestiging of weerlegging van hetgeen ik uit ons materiaal heb geconcludeerd voor de gunstige werking van de krachtige salvarsantherapie, is natuurlijk alleen te halen uit de moderne statistieken, omdat de krachtige salvarsantherapie nog betrekkelijk jong is.

In de moderne statistieken vind ik alleen bij MOORE en KEMP in hun groep maximaal behandelden niet meer dan een aanduiding van het tegenovergestelde. Hun maximaal behandelde seropositieven vertoonden nl. in 40 %, hun post-eruptieven in 23 % recidief.

Evenwel bestaat hun materiaal der krachtig behandelden seropositieven slechts uit 7 patiënten, zoodat het zeer vrijmoedig is hier van percenten te spreken. Bovendien is de observatietijd kort, 1—3 jaar, sommigen tot 8 jaar, en ook zij gronden hun meening op het liquor-onderzoek, dat zij in alle gevallen verrichten, al spreken zij pas van pathologischen liquor bij meer dan 10 cellen.

Toch geven deze cijfers STOKES in zijn „Modern clinical syphilology" aanleiding te schrijven: „The slightly smaller proportion of relapse under the best conditions in florid secundary (23 %), as compared with seropositive primary syphilis (40 %) is perhaps suggestive of that heightened resistance, which the full development of the patient's infection may be expected to confer".

STOKES gaat dan ook niet verder dan te verklaren: „It is evident from existing statistics, that it is a positive and definable set back to the patient to allow his secundary symptoms to develop, if his condition can be recognized and treated before his W/R. becomes positive." Hij spreekt er zich dus niet duidelijk over uit wat men met een seropositieve lues moet doen.

E. HOFFMANN [1] observeerde tot 17 jaar toe 10 seropositieve krachtig behandelden en 16 lues II recens idem en vond alle genezen, doch van 16 oudere secundaire lues slechts 13.

Vervolgens spreekt boekdeelen de statistiek van ZURHELLE en

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis, bd. 155 — 1928.

KRECHEL [1]), vooral voor hen, die in het liquor-onderzoek een feit zien van den eersten rang bij het beoordeelen der infectie. Zij geven een zeer nauwkeurige liquor-statistiek over 880 gevallen in alle stadia, onbehandeld, onvoldoende behandeld en behandeld volgens de maximale vroegbehandeling van ERICH HOFFMAN. Bij de laatste categorie zagen zij in 26 gevallen 2 jaar post-inf. en in 48 gevallen langer geobserveerd g e e n liquor-veranderingen tegenover 16 % en 47.8 % respect. bij lues II recens en lues II ouder, die onbehandeld bleven, en 53 % en 48 % bij onvoldoende behandelde lues II met 1, 2 of 3 onvoldoende kuren. Bij lues latens werden afwijkingen vastgesteld in 35.3 %, bij onvoldoende behandelde oudere lues in 55,6 %—78,5 % en 38,1 % respectievelijk na 3, 2 of 1 onvoldoende kuur.

Deze statistiek is nog aangevuld door een mededeeling van SCHREUSS en NAPP [2]) op het Congres der Deutschen Dermatologen Gesellschaft te Bonn in 1927, die de behandelingsresultaten controleerden bij 332 luetici door onderzoek van de liquor. Zij onderscheiden maximaal en niet maximaal behandelden, terwijl zij onder maximaal eveneens de therapie van E. HOFFMANN verstaan. Zij vonden bij hun oudere gevallen — ouder dan 2 jaren — behandelden (niet maximaal) 48 % afwijkingen. Zij concludeerden, dat niet maximaal behandeling in het latere verloop liquor veranderingen noch verhoedt noch begunstigt. Deze uitspraak zegt niet veel, het eenigst, wat er weer duidelijk uit spreekt is, dat de kliniek zal moeten beslissen en wat er eveneens uit spreekt is, dat zij onder hun 332 luetici haast geen enkele maximaal behandelde hebben, wat mij het gezegde op pag. 68 weer in herinnering roept.

Een zeer gunstige statistiek publiceert POELHMAN en hij grondt zijn waargenomen gevallen op langdurige waarneming.

Hij publiceert 86 gevallen van primaire lues, die volgens het principe der vroegbehandeling behandeld waren en die bij nauwkeurig serologische contrôle van minstens 1—10 jaar steeds negatief en vrij van symptomen bleven, en die hij daarom ondanks het ontbreken van liquor onderzoek, als genezen beschouwt.

---

[1]) Dermatologische Zeitschrift, bd. 49 H. 5 — 1927.
[2]) Dermatol. Zeitschrift, Bd. 51, No. 27.
[3]) Münchener medizinische Wochenschrift, jahrg. 74, No. 8.

Ook de resultaten van HARRISON [1]) wiens resultaten door het opnemen van allerlei details in zijn kolommen zeer moeilijk te volgen zijn, komt tot de conclusie, dat de resultaten der salvarsan-behandeling van vroeg naar laat steeds minder worden.

Summa summarum zijn er toch vele feiten verzameld, die de bedenkingen tegen de krachtige vroege behandeling, ongeacht in welke phase der jonge primaire of secundaire lues deze aanvangt, te niet doen.

Men overwege toch ook, dat het immuniseerend vermogen van het lichaam, dat men wil ontwikkelen, door eenigen tijd rustig de treponema's te laten doorwoekeren, zeer zwak is en in mijn materiaal, bijv. slechts in twee van de 158 gevallen tot een toestand gevoerd heeft, die we als herstel zouden mogen opvatten, d. w. z. dat deze twee onbehandelden noch klinische verschijnselen, noch positieve seroreactie aanwijzen.

Het heeft geen zin meer door onduidelijke overwegingen af te laten van een doelbewust en door feiten gestaafd weldadig ingrijpen, nl. krachtige salvarsanbehandeling in alle stadia en zoo spoedig mogelijk.

Het oordeel over de salvarsan-behandeling.

De waarde der salvarsan-therapie staat nog niet vast, niettegenstaande meer dan twee decennia toepassing. Vanzelfsprekend is dat een gevolg van het feit, dat de beoordeeling van het resultaat der therapie bij de syphilis veel moeilijker is, dan bij elke andere ziekte, waarop ik reeds herhaaldelijk heb gewezen.

Bovendien wordt een voldoende inzicht bemoeilijkt door een overstrooming met literatuur — rijp en groen —, die door gemis aan internationale samenwerking niet in bepaalde beddingen is gelegd. Hieraan is voor een groot gedeelte de wereldoorlog schuld, die de internationale samenwerking verlamde en tot een als het ware autistisch werken voerde.

Voegt men hierbij nu nog het gemis aan uniforme methodiek, de onvermoeide productie door de industrie van steeds weer nieuwe middelen, die de aandacht eischen, nog voor ook maar

[1]) *Harrison,* The treatment of syphilis; a survey of records from St. Thomas Hospital. Medical research council '29.

eenigszins de waarde van wat voorafging was bepaald, de onvermijdelijke aberraties, als gevolg van toepassingen, gegrond op onjuiste theorieën en onrijpe laboratoriumuitkomsten, dan stemt het nog tot dankbaarheid, dat uit deze chaos toch tenslotte langzamerhand 3 erkende feiten zich hebben ontwikkeld, waaruit de superioriteit van het salvarsan boven alle andere middelen blijkt.

Deze 3 feiten zijn:

1. De gunstige resultaten der abortiefbehandeling.
2. De prophylaxis der lues congenitalis.
3. De snelle werking op de besmettelijke vormen en daardoor inperking van het infectiegevaar en beperking der ziekteverspreiding.

Van hoeveel belang deze 3 punten ook zijn, binnen niet al te langen tijd zal nog de erkenning van een tweetal feiten moeten volgen en wel:

4. de erkenning der waarde der krachtige behandeling, (type maximale vroegbehandeling ERICH HOFFMANN) niet alleen voor de primaire seronegatieve phase, maar voor het geheele eerste en tweede stadium, waaruit voortvloeit het gewichtigste punt, nl.
5. de erkenning, dat de beste propylaxis der viscerocerebrospinale aandoeningen is, de onmiddellijk na de herkenning der ziekte toegepaste krachtige gecombineerde salvarsantherapie.

Met de erkenning van punt 5 zal de zege van het salvarsan zich uitstrekken over de geheele linie. Op die erkenning wacht en heeft de wereld steeds gewacht vanaf het oogenblik, dat het salvarsan zijn opzienbare werkzaamheid vertoonde. Daarmee staat of valt min of meer de beteekenis van het geneesmiddel, ondanks zijn andere voordeelen.

Nog altijd knaagt aan het geweten van elken therapeut, de nog steeds verdedigde mogelijkheid, dat de salvarsantherapie de lues van de oppervlakte naar het centrum verplaatst. Uit een strategisch oogpunt is deze stelling van de antisalvarsanisten goed gekozen, omdat er nu eenmaal jaren voor noodig zijn en een deugdelijk en groot materiaal om het tegenbewijs te kunnen leveren.

Die tijd is nu aangebroken; langzamerhand is de tijdige en goed geleide salvarsan-therapie zoo lang toegepast, dat haar algemeen beperkende werking moet blijken. Het bewijs van die werking is theoretisch zeer eenvoudig. Het vraagt uitsluitend om natuurlijk materiaal, lang geobserveerd, dat direct zonder speculatie, een zekere basis vormt voor de statistische bewerking.

Als met dezen eisch wordt rekening gehouden, is na een luttel aantal jaren de vraag beslist, die, ik herhaal het, al meer dan 20 jaren, niet alleen de vakkundigen, maar alle patiënten, dus de wereld, bezig houdt. Het is alleen maar jammer, dat zulk materiaal zoo moeilijk te verkrijgen is.

Het behandelen van dit vraagstuk is van te veel gewicht om het tot een speelbal te maken van publicisten, bij wie „le plaisir de se voir imprimé" meer geldt dan de deugdelijkheid der verwerkte stof, en wier gevolgtrekkingen reeds vele malen kwaad hebben gesticht door verwarring, — dus onzekerheid en weifeling, te veroorzaken bij de practiseerende artsen, met zijn terugslag op de hulpzoekenden. Men moge zich in dit opzicht wel meer zijn verantwoordelijkheid bewust worden.

Niet een afgaan op indrukken, maar houvast aan deugdelijk materiaal op zekere statistische basis, is wat we noodig hebben.

De Syphiliscommissie van het Hygiënisch Comité van den Volkenbond, het Comité, dat zulk nuttig werk heeft verricht op het gebied van de serologische lues-diagnostiek, zou mogelijk in onzen tijd, nu het streven naar internationaal overleg leeft, blijkens de groote belangstelling voor het internationaal congres van 1930, te Kopenhagen, zich ook met deze cardinale kwestie met vrucht kunnen bemoeien en door een duidelijke uitspraak rust en eenheid van opvatting kunnen brengen.

Meer en meer laat de literatuur doorschemeren de erkenning, van wat ik onder de punten 4 en 5 heb genoemd.

Zwakker, minder in aantal en gezag, worden de stemmen der ongeluksprofeten, die door hun suggestie: „de lues wordt door de salvarsan naar de inwendige organen gedreven", zoo paralyseerend werken op het doelbewust therapeutisch ingrijpen. Van te gezaghebbende zijde komt langzamerhand krachtig naar voren een besliste ontkenning dier vreesaanjagende uitspraak.

Het verschijnen van deelen van het nieuwe handboek van J. JADASSOHN, „Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten", die betrekking hebben op ons onderwerp, maakt bespreking van de vroegere literatuur overbodig.

Over alles, wat tot ongeveer 1927 is gepubliceerd, licht dit boek ons zoo uitgebreid en volledig in, dat het monnikenwerk zou zijn dit te herhalen.

In het Hoofdstuk „Die Prognose der erworbene Syphilis", Band 17, deel III, van dit handboek, komt ROSENTHAL tot de uitspraak, dat bij de tegenwoordige therapie, de prognose der lues in hooge mate afhankelijk is van de behandeling en de genezing niet zeldzaam, maar veelvuldig is.

In Band 18, „Syphilis therapie", haalt WERTHER de publicatie van F. PINKUS aan, waarbij hij opmerkt: „Diese wertvolle Zusammensetzung von 4700 Syphilitischen uberrascht durch ihre Eindeutigkeit und übertönt das Kampfgeschrei für und wider Salvarsan mit den klaren Schluszfolgerung, dasz das Salvarsan weniger Tabes zur Folge gehabt hat als jede andere Methode.

In Hoofdstuk 3 van dit werkje vermeldde ik ook de vondsten van den leerling van PINKUS, MING CHEN, en ik voeg mijn materiaal gaarne bij het zijne als overtuigend bewijs voor het verminderen van de Tabes dorsalis niet alleen, maar van alle inwendige aandoeningen.

De meening der gezaghebbende auteurs, die het Handboek hebben bewerkt en naast hun persoonlijke opvatting de wereldliteratuur tot 1927 op de meest volledige wijze hebben laten medespreken, mag wel een bijzonder gewicht worden toegekend.

Uit de na 1927 verschenen publicaties, spreekt dezelfde toon van vertrouwen.

Zoo wijs ik op de Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinal Verwaltung, die weergeeft een in 1928 in Duitschland ingesteld onderzoek, naar de waarde van het salvarsan, als middel ter behandeling der syphilis, waarbij alle klinieken en alle artsen op zeer weinige uitzonderingen na zeer gunstig rapporteeren. Een rondvraag in Spanje (ref. Zentralblatt Bd. 31, deel 1/2 '29) leidt tot de conclusie, dat de viscerale lues sterk afgenomen is.

E. HOFFMANN en MEMMESCHEIMER [1]) getuigen, dat de krachtige vroegbehandeling, ook nog in de laatsecundaire phase, totale genezing geeft en zij achten het tijd worden, dat sommige pessimistische neurologen, dat eens in hun oor knoopen. Tot dezelfde opvatting komt ook GALLIOT, in een artikel in de Paris Médical (1930). In aansluiting hieraan noem ik de mededeeling van den psychiater VIKTORIA [2]), die na onderzoek zijner paralytici, tot de uitspraak komt: Het beste wapen tegen de paralyse is de grondige salvarsan-behandeling. Van Engelsche zijde is het STONER [3]), die in zijn artikel: The diagnose of syphilis from the standpoint of the internist with special reference, to the incidence of neurosyphilis over a period of 10 years, tot een sterke daling der neurolues door de moderne therapie concludeert.

Van dezelfde strekking zijn de publicaties van SEZARY [4]) Lazarovits (ref. Zentrallbl. 33 — 5/6 aan 561 gevallen minstens 10 jaar geïnfecteerd). Malykin id. 33 — 5/6; MÜLLER—DEHAM [5]); MAX TIÊCHE [6]); HEINRICH HOFFMANN [7]); LEVEN [8]) E. HOFFMANN; ROTSCHILD [9]); O'LEARY [10]); FEUERSTEIN [11]); SCHREUSS und NAPP [12]); BIRNBAUM [13]); HARRISON [14]); SANNICANDIO [15]); CANNON and BENSON [16]); POEHLMAN [17]); WEICHBRODT [18]); KOLLE und LAUBENHEIM [19]); GUSZMANN [20]), die allen de gunstige beperkende werking op, of het voorkomen van de viscero-cerebrospinale lues beves-

---

[1]) Nerven Arzt, 2, '29.
[2]) Tsjechisch. Ref. Zentrall. bl. f. Haut und Geschl. Krankh. Band 28 Heft 3/4.
[3]) Americ. Jounal of syph. 12 — '28.
[4]) Presse médicale '29 en le traitement de la syphilis '30.
[5]) Deutsche Medizin. Wochenschr. '28.
[6]) Schweiz. Mediz. Wochenschr. '29.
[7]) Vererbung und Geschlechtsleben Band 33 Heft 1/2.
[8]) Deutsche Med. Wochenschr. '29 II.
[9]) Zeitschr. für d. ges. Neurol. u. Psych. bd. 109 K 1/2
[10]) Surg. gynecol. and Obstetric bd. 46 — 1 — 28.
[11]) Deutsche Med. Wochenschr. Bd. 52 H. 2 '28.
[12]) Dermat. Zeitschr. Bd. 51 '27.
[13]) Deutsche Med. Wochenschr. Jg. 53—45 '27.
[14]) British Journal of vener. dis. Bd. 3, No. 4.
[15]) Ref. Zentralbl. H. u. geschl. kr. 26 H. 5/6.
[16]) New York State Journal of med. Bd. 27, No. 22.
[17]) Münch. Med. Wochenschr. 24 H. 1/2.
[18]) Mediz. Klinik Jg. 22, No. 30, 1927.
[19]) Deutsche Med. Wochenschr. 53 I.
[20]) Ungar. derm. Gesellschaft. 1930 Ref. Zentralbl. f. H. u. Geschl. kr. 35 5/6.

tigen of de propagandisten van de tegenovergestelde meening bestrijden.

Dan noem ik nog de publicaties van PAULIN [1]), die wijst op het enorm veelvuldig voorkomen van luetische hart- en vaatziekten bij negers, dus bij meestal totaal onbehandelden. Zijn publicatie riep onmiddellijk de herinnering bij mij op aan mijn bezoek aan het Ancon Hospitaal, te Panama, in 1917, waar de daar toenmaals werkzame medici mij speciaal wezen op het enorm aantal der daar verpleegde inheemsche luetici wegens hart- en vaatziekten.

Men pleegt in deze gevallen te wijzen op de invloeden van levenswijs, ras en klimaat, kortom op evenzooveel zaken, waaromtrent weinig of niets definitiefs vaststaat, om toch maar niet het argument behoeven los te laten, dat de behandeling toch de voornaamste oorzaak is van de beschreven afwijkingen.

Dezelfde PAULLIN, samen met DAVESON—WOOD, wijst er nogmaals op hoe, behalve hart- en vaataandoeningen, ook zeer veel zenuwlues bij negers voorkomt.

Onder de tegenstanders zijn bekend de publicaties van BUSCHKE, en WILMANNS.

Verder vond ik nog artikelen van ANDRÉ [2]), AUDRY [3]), SPITZER [4]), ALURRALDA c.s. en CARRERA ref. Centrallbl. 23, 5/6, 23, 3/4, en BOLTEN [5]).

Behalve deze artikelen herhaalt OPPENHEIM in zijn werk: „Die Bedeutung der Syphilis für die Lebensversicherung", de bewering van de relatieve en absolute verhooging der frequentie der paralues en aortitis door salvarsan, en Schlesinger geeft ook in zijn deel III van zijn werk: „Syphilis und innere Medizin", de salvarsan de schuld van het volgens hem frequenter optreden der mesaortitis. Voor de diagnose van deze aandoening zou het zelfs van belang zijn of er al dan niet salvarsan is gegeven.

Van een analyse van deze publicaties zal ik mij onthouden. Slechts wil ik in het algemeen aan het adres der tegenstanders

---

[1]) Ref. Zentral bl. f. Haut u. Geschl. krankh. 26 H. pag. 300.
[2]) Lyon. Medic. 139, No. 24, 1927.
[3]) Bulletin de la Soç. française de derm. et de syphiligr.
[4]) Münch. Med. Wochenschr. 74, No. 15, 1927.
[5]) Geneesk. Gids, jg. 7, afl. 25, 1929.

opmerken, dat het niet geoorloofd is, de nadeelen of de provocatie der verschijnselen door het salvarsan, te vermelden, zonder de sterkte der plaats gegrepen therapie op te geven. Onttrekt een patiënt zich kort na den aanvang eener salvarsan-behandeling aan de kuur, dan is niet het toegepaste salvarsan aansprakelijk te stellen voor de latere gevolgen, doch de patiënt. Geeft een medicus te geringe dosis, dan is weer niet het salvarsan aansprakelijk, doch de medicus.

Het heeft nu toch geen zin meer om de reeds lang bekende nadeelen der kleine doses te repeteeren, en daardoor het vertrouwen in dit zoo massaal en universeel toegepaste product te schokken; vooral niet nu ten overvloede uit ons materiaal blijkt, dat zelfs ook dan de resultaten nog beter zijn dan van de kwiktherapie.

Het definitef oordeel over de salvarsan-therapie zal heel gemakkelijk gevormd kunnen worden, mits men over goed materiaal beschikt.

De weg, die gevolgd moet worden om tot een juist oordeel te komen is de vergelijking.

De eenige moeilijkheid schuilt, ik wees er herhaaldelijk op, in het verkrijgen van het daarvoor geschikt materiaal.

Het materiaal der Marine beantwoordt aan den eisch van natuurlijkheid, ook is het lang geobserveerd en frequent en met het oog op de syphilis onderzocht.

In alle tijdsperioden, waarin de gevallen zijn verdeeld, valt het verloop der ziekte, zoowel als de toestand der lijders — dus ook de veranderingen aan de inwendige organen en het Centrale Zenuwstelsel — telkens zoo regelmatig en zoo in alle opzichten gunstig uit voor de salvarsanbehandeling, dat slechts sommige cijfers wat grooter behoefden te zijn om dit materiaal als absoluut bewijs voor de superioriteit van het salvarsan in alle opzichten, te doen dienen. Vooral als men overweegt, dat in de meeste gevallen de toegepaste salvarsan-therapie naar onze inzichten niet voldoende is geweest, en tevens, dat de met salvarsan behandelde gevallen, meer dan de overige, zijn onderworpen geweest aan de verfijnde diagnostische middelen van den modernen tijd, zoodat dus bij deze groep de viscerale afwijkingen eerder en meer kun-

nen zijn aangetoond, dan bij de overige gevallen, spreekt deze uitkomst ondubbelzinnig voor de enorme waarde van het salvarsan.

Het tegendeel blijkt van een op theoretische gronden verondersteld vermeerdering der inwendige lues.

Voor dat feit hebben alle theorieën niet alleen te zwijgen, doch te verdwijnen of zich aanpassende aan de feiten te herzien.

En inderdaad, we staan aan den vooravond van een zwenking in het oordeel. Hardnekkige bestrijders zijn van meening veranderd; uit de internationale literatuur spreekt een toon van vertrouwen, zooals wel duidelijk blijkt uit het literatuuroverzicht vanaf 1927 tot heden.

Laat dit vertrouwen niet voeren tot een overschatting van wat van het medicament mag worden verwacht. Men kan zich toch niet voorstellen, dat een afdoende geneesmethode der syphilis, voor al de phasen der ziekte ooit zal worden gevonden. Hoe zou men bij een tabes- of paralyselijder, hoe bij een lijder aan lues van het hart of andere interne aandoeningen, na jarenlange werking van het virus, een totale restitutio ad integrum der vernietigde weefselelementen kunnen verwachten. Ook al slaagt men er in het virus nog in dit stadium te vernietigen, dan nog voeren de indirecte gevolgen, soms op physischen weg, zooals bij het aneurysma, tot het onafwendbaar einde.

We moeten niet onze kracht zoeken in de onmogelijke opgave, dergelijke verwoeste lichamen te herstellen, maar we moeten deze toestanden voorkomen.

Het fundamenteele punt bij de genezing der syphilis is en blijft de vroegtijdige herkenning en de daarop onmiddellijk volgende krachtige behandeling.

Dit geldt natuurlijk voor alle ziekten, waartegen we over afdoende middelen beschikken. Maar dat het salvarsan dien naam verdient voor wat betreft de syphilis, daarop wordt nog steeds niet met voldoende overtuiging de nadruk gelegd, althans niet in ons land. De medicus-practicus, ook de jonge, staat bij ons in het algemeen nog aarzelend tegenover de ziekte, hem is geen therapeutische basis gegeven, waarop hij kan steunen.

Toch is voor vaagheid op dit punt geen reden meer, de nevels kunnen optrekken.

De syphilis mogen we plaatsen in de rij der spirochaetosen, die door het salvarsan hun schrikwekkende beteekenis hebben verloren.

Door de zoo gunstige resultaten van de moderne krachtige salvarsan-therapie bij de jonge lues, is de salvarsan-behandeling van den genialen EHRLICH als een phoenix uit haar asch herrezen.

De therapia sterilisans magna, die verwachtingen opwekte, ge rechtvaardigd door degeen, die er de ontdekker van was, gaf groote teleurstelling.

Dat zij zich opnieuw heeft opgewerkt tot haar tegenwoordige hoogte, is zoowel aan haar bestrijders, als aan haar verdedigers te danken. Het geloof aan EHRLICH'S machtig genie heeft haar behouden en omgezet in een behandelingswijze, die aan de eerst opgewekte verwachtingen voor een groot deel beantwoordt, al stelt ze hoogere eischen aan inzicht, kennis en ervaring van den arts en aan het geduld en volhardingsvermogen van patiënt en arts beiden.

Samenvatting der conclusies uit dit materiaal.

1. De onbehandelde lues verloopt in alle opzichten ongunstiger dan de behandelde; alleen de lever maakt een uitzondering voor de met kwik behandelde gevallen.

2. De met kwik behandelde lues, verloopt in alle opzichten ongunstiger dan de met salvarsan gecombineerd behandelde.

3. Het kwik ontleent zijn waarde alleen aan het verdrijven in 74—90 % der meer geneesbare syphilitische manifestaties.

4. Het kwik heeft geen waarde ter voorkoming van het totaal der viscero-cerebrale recidieven; het bevordert het ontstaan van leverafwijkingen — mogelijk van hart- en vaatafwijkingen, — doch het beperkt het optreden der paralues en der lues cerebrospinalis,

5. Het salvarsan (gec.) verdrijft de meer geneesbare afwijkingen in 97—100 %.

6. Het salvarsan (gec.) voorkomt het optreden der viscero-cerebrispinale recidieven in totaal in 25—50 %.

7. Het salvarsan (gec.) werkt bij het voorkòmen der viscero-cerebrospinale recidieven het gunstigst op de Paralues, die het in 77—88 % voorkomt, vervolgens op de hart- en vaatafwijkingen, daarna op de lues-cerebrospinalis en tenslotte twijfelachtig gunstig op de leverafwijkingen.

8. Het is onjuist, dat de onvoldoende (gec.) salvarsan-therapie het optreden van paralues of andere inwendige aandoeningen bevordert; de onvoldoende (gec.) salvarsan-therapie geeft aanleiding tot het in meerdere mate optreden van de bekende mono(neuro))recidieven en is daardoor veroordeeld, doch

overigens geeft zij slechts minder goede uitkomsten, dan de krachtige (gec.) salvarsan-therapie.

9. Op goede gronden mag worden aangenomen, dat de moderne krachtige (gec.) salvarsan-behandeling de uitkomsten nog belangrijk beter zou maken, al ware het slechts door het voorkómen der gevolgen der neuro-recidieven, die thans in dit materiaal in alle perioden de goede resultaten der salvarsanbehandeling drukken.

10. Zoo er al verkorting van het interval voor het met (gec.) salv.-behandelde gevallen is waar te nemen, voor paralues, hart- en vaatziekten is die verkorting zeer gering; verkorting van het interval voor leverlijders blijkt niet, maar het interval der lues cerebrospinalis is sterk verkort, gevolg van neuro-recidieven, aankleve van de te zwakke medicatie.

11. Kleine doses oud salvarsan (0,600—1,00) verwezenlijken in 20 % bij jonge (primaire en secundaire) lues het oude ideaal van Ehrlich, de therapie sterilisans magna; dit percentage stijgt regelmatig met het toenemen van de dosis, totdat, bij, volgens onze methodiek behandelden, bij 5000 mgr. met 83 % genezingen de grens is bereikt en verhooging van de dosis tot 10.000 mgr. en meer geen verbetering van het resultaat geeft.

12. Men zal goed doen in de praktijk meer salvarsan als dosis therapeutica totalis toe te dienen, dan het hier vastgestelde minimum van 5000 mgr.; voor seronegatieve primaire gevallen mag deze dosis voldoende zijn.

13. Het toedienen van de totaaldosis geschiede zoo, dat in de eerste kuur reeds minstens 5000 mgr. oud (7500 mgr. neosalvarsan) gecombineerd wordt toegediend.

14. Elk geval van jonge lues zal men schematisch met de vastgestelde totaaldosis behandelen en daarna onder de gebruikelijke contrôle afwachten. Bij eventueel recidief begint de individualiseerende antiluetische therapie.

15. Ruim 83 % genezingen vormt het vermogen dier eerste salvarsan-behandeling.

16. Van de 17 % recidivisten is door geprolongeerde behandeling naar schatting 50 % te genezen.

17. Ruim 90 % is het genezend vermogen der moderne antiluetische therapie bij jonge syphilis.

18. De vrees, dat bij (gecombineerde) salvarsan-behandeling der prae-eruptieve lues het verloop der ziekte minder gunstig wordt beïnvloed, dan wanneer die behandeling post-eruptief begint, vindt, voor wat betreft de krachtig behandelden, in dit materiaal geen steun.

19. De vrees, dat bij (gecombineerde) salvarsan-behandeling der prae-eruptieve lues, het verloop der infectie minder gunstig wordt beïnvloed, dan wanneer die behandeling post-eruptief begint, is gegrond, doch alleen bij zwakke behandeling.

VERZAMELSTAAT I[A].

S. I Hg p_1 (44 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 44.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	20	11	9
Geen verschijnselen *W.R. Positief* [2] . . .	12	9	3
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	3	1	2
1 tabes dorsalis (lumb. vocht: W.R. pos. S.G. pos. N. pos. cellen 165) . . . . . invalide			
1 hepatitis luet. (slechte algemeene toestand) . invalide			
1 nephrit. luet. . . . . invalide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	9	7	2
4 paralues: 1 dem. paral. . . . . invalide			
1 tabo paral. . . . . invalide			
1 tabes dors. . . . . valide			
1 tabes dors. (lues cerebrosp.) deels-valide			
2 hart en vaatziekten:			
1 verdachte hartverschijnselen . valide			
1 tachycardie . . . . . valide		1	
1 leveraandoening . . . . . valide			
1 Gummata front. et sterni . . . . invalide			
1 Anaemia luet. (lever?) . . . . . valide			

Valide	37	Gehuwd	26	Reïnfectie . . .	1
Deels-invalide . .	1	Gezins infectie . .	1	Overleden . . .	0
Invalide	6	vermoedelijk infectie	1		

[1]) Hieronder: 1 lumb. vocht: W.R. neg. N. neg. cellen 20.
1 pupil niet rond
1 nerveus na de infectie.
1 hepar even palpabel.

[2]) Hieronder: 1 lumbaal vocht: W.R. pos. S.G. neg. N. neg. cellen 4.

W.R. = reactie van Wassermann.
S.G. = „ „ Sachs-Georgi.
N. = „ „ Nonne-Apelt.

VERZAMELSTAAT II[A].

S. II Hg p_1 (95 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 95.	Tevens andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	43	33	10
Geen verschijnselen *W.R. Positief*[2]) . .	33	30	3
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	3	3	
1 lues cerebrospin. (fac. parese, neurorecid.) . valide			
1 cor afwijkingen . . . . . valide			
1 anaemia, vermagert zeer; versterkte eerste aorta toon deels-valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	16	11	5
2 tabes imperf. . . . . valide	—		—
5 hart- en vaatafwijkingen:			
1 insuff. valv. aortae luet. . . deels-valide			
1 endocarditis luet., orchitis fibros. inval. (mors)			
1 insuff. valv. aortae . . . . invalide			
1 aortitis; vit. cordis luet. . . . invalide			
1 „ aneurysma aortae. . . valide			
3 leverafwijkingen:			
1 hepatitis luet. . . . . valide			
2 hepar vergroot (bij een 4 lumbaal reacties pos)			
5 algem. versch. (anaem. vermagering, gewrichtspijnen) 4 deels-val. een val.			
1 aandoening beenderen en gewr. (dolores osteoc., hoofdpijn, vermagert . . . . . deels-valide			

Valide	85	Gehuwd	46	Reïnfektie . .	geen
Deels-valide . .	7	Gezins-infektie . .	3	Overleden . . .	1
Invalide	3	Twijfelachtig . .	1		

[1]) Hieronder: 1 hoofdpijn.
1 syst. souffle?
1 anisocorie.
1 hart nr. rechts vergroot?
1 idem.

[2]) Hieronder: 1 psychose; staat volgens psychiater niet in verband met lues.
1 overleed aan tumor cerebri — geen lues.
1 Babinsky, zeer zwak +.
1 anisocorie.

VERZAMELSTAAT III[A].

S. I salv. zw. p_1 (75 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 75	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	62	55	7
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	2	2	
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	7	5	2
4 lues cerebrospin:			
1 veel hoofdpijn; Romberg pos.; weigert L.P. valide			
1 ischias; Romberg pos. . . . deels valide			
1 tachycardie, Romberg pos. . . . valide			
1 doof, neurorecid, tachycardie, dilat cordis invalide			
2 tabes imperf. . . . . valide			
1 hart en vaat afw. aortitis luet; demping op sternum, hartklachten, dyspnoisch, pulsus irregul. aanvallen van benauwdheid. . . . . invalide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	4	2	2
1 tabes dorsalis . . . . . valide			
1 tabes imperf. (zwakke sens. stoornissen zwakke patellairrefl.) . . . . . valide			
1 rest fac. parese (neurorecid.) . . . valide			
1 aortitis luet. . . . . valide			

Valide	72	Gehuwd	17	Reïnfectie . . .	1
Deels-valide . .	1	Gezins infectie. .	0		
Invalide	2				

[1]) Hieronder: 1 lumb. vocht: W.R. neg. S.G. neg. N. neg. cellen 7.
1 trage patell. refl.
1 dubieuse cor. afw.
16 met normaal lumbaalv. na 1.2.5.5.5.5.6.6.6.8.8.8.9.11 ??jaren.

VERZAMELSTAAT IVA.

S. I salv. kr. p_I (9 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 9	Tevens andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	9	0	0
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		

Valide . . . . 9 Gehuwd . . . . 5 Reïnfectie . . . 1
Gezins infectie. . 0 Overleden . . . 0

[1]) Hieronder: 1 lumb. vocht normaal.

VERZAMELSTAAT VA.

S. I seroneg. salv. kr. p_I (37 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 37	Tevens andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	37	36	1
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		

Valide . . . . 37 Gehuwd . . . . 20 Reïnfectie . . . 5
Gezinsinfectie . . 1 Overleden . . . 0
(na reinfectie in S. II)

[1]) Hierbij 6 lumbaalvocht onderzocht na 4.4.4.5.7.7. jaren normaal.
1 „ „ , reactiesnormaal, doch 8 cellen.

VERZAMELSTAAT VI[A].

S. I seropos. salv. zw. p_1 (51 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 51.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	49	43	6
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	2	1	1
1 lues cerebrosp. veel hoofdpijn, geheugenzwakte, vermagert sterk, inprentingsvermogen gestoord, lumbaal vocht normaal . . . . . invalide			
1 tabes imperf. trage pupil reactie, lumbaal vocht normaal valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		

Valide . . . . 50 Gehuwd . . . . 31 Reïnfektie . . . 5
Invalide . . . . 1 Gezins-infektie . . 1

[1]) Hieronder 4 lumb.vocht normaal — na 2.5.5.8 jaar.
5 „ met alle reacties normaal doch met resp. 6.7.9.14 en 20 cellen.
2 sterk serorecidief.
1 anaemisch, lage pat. refl., zeer nerveus.

VERZAMELSTAAT VII[A].

S. I seropos. salv. kr. p_1 (11 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 11	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	11	11	
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R Negatief* . . .	0		
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		

Valide . . . . 11 Gehuwd . . . . 6 Reïnfektie . . . 1
Gezins-infektie . . —

[1]) Hieronder: 1 lumb.vocht, reacties normaal, 7 cellen.
1 verst. 2e aorta toon.

VERZAMELSTAAT VIII[A].

S. II salv. zw. p_1 (89 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 89.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	70	61	9
Geen verschijnselen *W.R. Positief*[2]). . .	12	9	3
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	4	2	2
3 hart en vaat afw.			
1 aortitis luet, neurasthenische klachten (lumbaal vocht normaal) . . . . . valide			
1 klachten in de richting aortitis luet. valide			
1 onzuivere eerste aortatoon, reacties. normaal cellen 10 . . . . . valide			
1 hepar vergroot . . . . . valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	3	2	1
1 dementia paral. . . . . invalide			
1 cor vergroot, tweede aortatoon versterkt. valide			
1 matige algemeene toestand. . . valide			

Valide	88	Gehuwd	73	Reïnfektie . . .	3
Deels-valide. . .	0	Gezinsinfektie . .	2	Overleden . . .	0
Invalide	1				

[1]) Hieronder: 7 lumbaal vocht normaal na 4.4.5.6.6.6.7 jaar.
1 „ „ W.R. negatief, N. positief, cellen 14.
2 „ „ reacties normaal; cellen 8 en 17.
1 6 jaar p.i. tweemaal epileptif. insult.
1 psych. afwijkingen, niet in verband met lues.
1 lever voelbaar.
1 vermagert.

[2]) Hieronder: 1 pat. maakt vreemden indruk.

VERZAMELSTAAT IX[A].

S. II salv. kr. p_1 (40 gevallen 5—10 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 40.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	34	33	1
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	1	1	
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	1	1	
1 tabes imperf. . . . . valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	4	3	1
1 tabes dorsalis of lues cerebrospinalis, reacties pos. cellen 140; de symptomen zijn regressief. valide			
1 lues cerebrospinal. (epileptif. insulten) reacties normaal . . . . . deels-valide			
1 aortitis luet. . . . . valide			
1 hepar palpabel . . . . . valide			

Valide	39	Gehuwd	16	Reïnfektie	0
Deels-valide. . .	1	Gezins-infektie . .	1		

[1]) Hieronder: 8 lumbaal vocht, normaal na 1.3.3.4.4.5.5.5 jaar.
2 ,, ,, reacties normaal — cellen 6.
1 ,, ,, W.R. zwak positief, overigens negatief.
1 extra systole, pols ietwat irreg, hart geen afw. Röntgenonderzoek, geen afwijkingen.

VERZAMELSTAAT X^{A}.

S.O. p_1 (72 gevallen 5—10 jaar onbehandeld).

Toestand bij het stellen der diagnose.

	Totaal 72.		
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1]) . .	1		
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	21		
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	2		
Syphilis R . . . . . valide			
Psychische afwijkingen van vermoedelijk luet. aard . . . . . invalide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	48		
6 paralues:			
4 dem. paralytica . . . . invalide			
2 tabes dors. . . . . valide			
3 lues cerebrospin:			
1 epileptiforme toevallen . . . invalide			
1 polyneuritis; loopstoornissen, sens. stoornissen, zwakte . . . . . invalide			
1 debiel, cephalalgia noct. . deels-valide			
7 algemeene verschijnselen: 4 invalide.			
4 algemeene klachten: 1 cachexia, gummata, hydrops articuli; 1 debilitas, rheumat. pijnen; 1 anaemia, fungus testis.			
1 aandoening van beenderen en gewrichten; 1 periostitis luetica.			
6 aandoening van huid en slijmvliezen: 2 invalide; 2 deels-valide			
4 gummata cutis; 1 leukoplakia; 1 psoriasis plant. et palm.			
2 aandoening der geslachtsorganen:			
2 orchitis; fungus testis hydrocele; deels-valide			
5 laat secundaire verschijnselen: 4 invalide			
1 exantheem, periostitis, hoofdpijn; 3 exantheem;			
1 alopecia spec., cyclitis . . . invalide			
15 onbekende recidieven. . . . valide			

Valide	51	Gehuwd	36	Reïnfektie . . .	0
Deels-valide. . .	3	Gezins-infectie . .	3		
Invalide	18	Vermoedelijk . .	2		

[1]) Hieronder: 1 nu en dan hoofdpijn.
1 veel hoofdpijn.
1 syst. souffle a.d. punt.

Na behandeling werd de toestand als volgt:

Geen verschijnselen W.R. —	25
„ „ W.R. +	14
Klin. „ W.R. —	11
„ „ W.R. +	22
Valide	57
Deels-valide . . .	9
Invalide	6

VERZAMELSTAAT XI[A].

S. I Hg p_2 (55 gevallen 10—15 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 55.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*. . .	28	17	11
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	9	6	3
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	11	5	6
1 tabes imperfecta . . . . . valide			
3 lues cerebrospinalis: valide			
1 nauwe oogspleet, bulbus teruggezonken, Argyll Rob. positief; 1 facialis parese; 1 anisocorie, rheuma, sterke lumbaal vocht afwijkingen.			
4 hart- en vaataandoeningen: 1 inval., 3 deels-val.			
1 aneurysma, mors subita; 1 vit. cordis cum aortitis luet.; 1 aneurysma aortae; 1 myocarditis luet.			
3 leveraandoeningen: 2 valide, 1 invalide			
3 hepatitis luet., een met sterke psychische depressie.			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	7	4	3
2 paralues: 1 invalide, 1 valide			
1 dem. paral. mors; 1 tabes dors, lever vergroot en pijnlijk, syst. souffle.			
2 lues cerebrospin: 2 invalide			
1 neuritis nerv. V et VIII, labyrinthitis, anaem. debiel;			
1 apoplectif. insult, vertigo, strabismus, mors.			
2 hart-en vaataandoeningen: 1 inval. 1 deels-valide			
1 insuff. mitral., dilat. cordis; 1 aneurysma, insuff. aortae.			
1 lever lues:			
1 hepar vergroot en pijnlijk, icterisch, zwak met verschijnselen van lues cerebrospin invalide			

Valide	43	Gehuwd	33	Reïnfektie	1
Deels-valide. . .	5	Gezins-besmetting.	1	Overleden. . . .	3
Invalide	7	Vermoedelijk . .	1		

VERZAMELSTAAT XII[A].

S. II Hg p_2 (125 gevallen 10—15 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 125	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	64	42	22
Geen verschijnselen *W.R. Positief*[2]). . .	28	18	10
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief*. . .	10	6	4
1 paralues . . . . . deels-valide			
3 tabes imperf. . . . . valide			
2 lues cerebrospin:			
1 slechte algemeene toestand, hardnekkig braken, anisocorie, invalide. 1 sterke nerv. stoornissen, trage pupillen, hoofdpijnen . . . invalide			
3 hart- en vaataandoeningen:			
1 hartklachten, arythmia, deels-valide. 1 angina pectoris, hartklachten, X-foto negatief, deels-val. 1 cor vergroot, hoofdpijn, nerv. klachten, valide			
1 algemeene verschijnselen: anaemia, debiel, hoofdpijn . . . . valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	23	14	9
5 paralues:			
1 dem. paral. . . . . invalide			
1 verdacht van dem. paral. karakter verandering, levendige refl. . . . . deels-valide			
3 tabes dorsalis. . . . . 3 valide			
2 tabes imperf. . . . . valide			
5 lues cerebrospin:			
1 hoofdpijn, verhoogde reflexen, analgesie, deels-val.			
1 psychotisch neurasthen klachten, lumbaal vocht negatief . . . . . invalide			
1 vertigo, binnenoordoofheid, patell. refl. afwijkingen, hyperaestet, Romberg positief. . . invalide			
1 nachtelijke hoofdpijnen . . . . valide			
1 hoofdpijn, paraestesieën, vermagert, algemeene klachten. . . . . deels-valide			
6 hart- en vaatziekten:			
1 aneurysma, insuffic. aortae . . invalide mors.			
1 aneurysma aortae, insuffic. aortae deels-valide			
1 vitium cordis luet, arteriosclerose deels-valide			
1 aortitis luet, vitium cordis . . deels-valide			
2 aortitis luet . . . 1 deels-valide, 1 valide			
2 leveraandoeningen:			
1 hepar vergroot, pijnlijk, syst. souffle, gumma, inval.			
1 hepatitis luet. . . . . valide			
1 aandoening van beenderen en gewrichten invalide			
1 debilitas . . . . . deels-valide			
1 geslachtsorgaan: orchitis luet.			

Valide 107	Gehuwd 65	Reïnfectie . .	geen
Deels-valide. . . 1	Gezins-infectie . . 5	Overleden . . .	1
Invalide 8	Vermoedelijk . . 2		

[1]) Hieronder: 1 anaemie.
1 sclerot. vaten, rheuma.
1 potator, degeneré.
1 hart naar links vergroot.
1 rheumatismus.
1 t.b.c. pulm. et urogenit. t.b.c. miliaris, mors.

[2]) Hieronder:
1 anisocorie, potator.
1 lichte anaemie.
1 overleden na galblaas operatie.

VERZAMELSTAAT XIII[A].

S. I Salvarsan (zwak) p_2 (63 gevallen 10—15 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 63	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	43	39	4
Geen verschijnselen *W.R. Positief* [2] . . .	11	8	3
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* .	5	3	2
1 tabes imperfecta; pupill. nauw; lumb.vocht: W.R. neg. N. neg. cellen 43 . . . . . valide		1	
2 lues cerebrospinalis:			
1 maagafwijking van onduidelijke origine, geopereerd zonder baat; lumb.vocht: W.R. neg. N. neg. cellen 5 invalide			
1 valneiging naar links (labyrinth) . . valide			
1 lever vergroot niet pijnlijk . . . . valide			
1 hart naar l. vergroot; trage pupil . . valide			
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . .	4	2	2
2 Paralues:			
1 Dementia paralytica . . . . . inval			
1 Tabes dorsalis? toenemende nerv. verschijnselen, Romberg pos. patell. reflex zwak . deels-valide			
1 lever: vergroot, pijnlijk, lumb.vocht: W.R. neg. S. neg. N. neg. cellen 10 . . . . . valide			
1 hart: systol. souffle, versterkte tweede aortatoon val.			

Valide	60	Gehuwd	28	Reïnfectie . . .	4
Deels-valide . .	1	Gezins infectie . . .	3	Overleden . . .	0
Invalide	2	„ „ dubieus	1		

[1]) Hieronder: 1 lumb.vocht W.R. neg.; N. neg.; cellen 7.
1 snel vermoeid, levendige reflexen.
1 lumb.vocht W.R. neg.; S. neg.; N. zeer zwak pos.; cellen 2.
1 Romberg zwak pos.

[2]) Hieronder: 1 lumb.vocht W.R. neg.; S. neg.; N. neg.; cellen 12.
1 bleef na reinfectie pos.; was eerst voortdurend neg.
1 Romberg zw pos.; W.R. neg.; S. neg.; cellen 0.

VERZAMELSTAAT XIV[A].

S. I Seropositief Salvarsan (zwak) p_2 (13 gevallen 10—15 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 13	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	10	9	1
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	1	1	
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* .	0		
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . .	2	1	1
1 para lues: dementia paralytica . . . invalide			
1 lues cerebrospinalis (neurorecidief); R. facialis parese (rest); arthritis talo cruralis luet. . deels-valide			

Valide 11	Gehuwd 1	Reïnfectie . . . 1
Deels-valide . . 1	Gezins infectie. . 0	
Invalide 1		

[1]) Hieronder: 1 overleden aan perforatie periton. (ulcus duodeni).

VERZAMELSTAAT XV[A].

S. II Salvarsan (zwak) p_2 (42 gevallen 10—15 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 42	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	31	25	6
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	3	3	
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* .	7	4	3
5 resten lues cerebrospinalis na neurorecidief:			
1 hoofdpijn; nystagm. horiz. l. pupil >r.; lichte ataxie . . . . . valide			
2 labyrinth doofheid eenzijdig . . . valide			
1 restant facialis parese, oorsuizen . . valide			
1 ischias luet.? (heeft 1 jaar p.i. neurorecid. gehad en hersteld. Facialis paralyse) . . . valide			
1 tabes imperfecta pupillen niet rond r. reactie <l. . . . valide			
1 hepar iets vergroot . . . . . valide			
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . .	1		1
Lues III faciei, osteomyelitis gummosa, meningitis localis invalide mors			

Valide	41	Gehuwd	30	Reïnfectie . . .	4
Deels-valide . .	0	Gezins infectie .	2	(2 reïnfecties bij 1 patient)	
Invalide	1			Overleden . . .	1

[1]) Hieronder: 1 lumb.vocht: W.R. neg.; N. pos.; cellen 10.
1 kortademig, gauw moe, adipositas.
1 veel hoofdpijn.
1 hart vergroot naar L. (adipositas).
1 hart naar L. vergroot.

VERZAMELSTAAT XVI[A].

S.O. p_2 (45 gevallen 10—15 jaar onbehandeld).

Toestand bij stellen der diagnose.

Geen verschijnselen *W.R. Negatief*	0
Geen verschijnselen *W.R. Positief*	23
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief*	0
Klinische verschijnselen *W.R. Positief*	22
6 paralues:	
1 psych. afwijking; trage pupillen, pees reflex afwezig; dementia paralytica . . . . . invalide	
1 schietende pijnen, spraakstoornissen, slecht zien, moeilijk loopen; tabo paralyse . . . . . invalide	
1 syph R. onbekend; dementia paralytica . . . . invalide	
1 tabes dorsalis, na 2 jaar dem. paral. mors. . . . invalide	
1 gevoelloosheid; tabes dorsalis . . . . . valide	
1 myosis, pupillen traag, patell. reflex. zwak. Achillis reflex afwezig. tabes imperfecta . . . . valide	
5 hart en vaatziekten:	
1 aortitis luetica, febris syph. cor bovinum; mors. . . invalide	
1 vitium cordis luet. . . . . deels-valide	
1 hartklachten, insuff. valv. aortae. . . . . invalide	
1 benauwd, hartklachten, aneurysma, insuff. valv. aortae, mors. invalide	
1 sclerosis art. coron. . . . . valide	
1 lever: hepatitis luetica, sterke cachexia, vermagering . . invalide	
2 algemeene verschijnselen:	
1 febris syphilitica essential . . . . . invalide	
1 vermagering, anisocorie . . . . . invalide	
2 aandoening beenderen en gewrichten:	
1 osteomyelitis et arthritis luet. . . . . invalide	
1 gumma frontalis, tubero serpig. syphilide van r. dij, hartafwijking, slechte algemeene toestand . . . . . invalide	
1 aandoening geslachtsorganen: 1 hydrocele, orchitis luetica . valide	
1 lues III huid en slijmvliezen:	
1 luetische ulcera mondslijmvliezen . . . . . invalide	
2 lues cerebrospinalis:	
1 apoplexie voorafgegaan door iritis luet. . . . . invalide	
1 rheumatismus, hardnekkige pijnen . . . . . invalide	
2 onbekend.	

Bij de herkenning waren:

Valide	29	Gehuwd	29	Later overleden .	4
Deels-valide . .	1	Gezins infectie . . .	6		
Invalide	15	Gezins infectie dubieus	1		

Na behandeling werd de toestand:

Geen verschijnselen W.R.	—	12	Valide		32
Geen verschijnselen W.R.	+	15	Deels-valide		0
Klin. verschijnselen W.R.	—	3	Invalide		9
Klin. verschijnselen W.R.	+	15			

VERZAMELSTAAT XVII[A].

S. I Hg. P_3 (46 gevallen 15—20 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 46	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1] . .	22	11	11
Geen verschijnselen *W.R. Positief* [2] . .	8	3	5
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* .	4	3	1
1 rest lues cerebrospinalis (parese R. gezichtshelft na hemiplegie) . . . . . valide			
1 Argyll Robertson (9 jaar stationair) . . valide			
1 aneurysma aortae . . . . . invalide			
1 hepatitis luetica . . . . . deels-valide			
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . .	12	6	6
5 paralues:			
1 dementia paralytica . . . . . invalide			
4 tabes dorsalis . . . . . 1 deels-valide			
1 tabes imperfecta:			
1 anisocorie, Argyll Robertson . . . valide			
1 encephalitis, Parkinsonisme, slapeloosheid, hoofdpijn, Romberg pos. . . . . invalide			
2 hart- en vaatafwijkingen:			
1 aortitis luetica, hepatitis . . . deels-valide			
1 luetische coraandoening . . . . valide			
1 pneumonia fibrosa, slechte alg. toestand . invalide			
1 hepatitis luetica; gezinslues . . . . valide			
1 perforatie palatum . . . . . valide			

Valide	40	Gehuwd	38	Overleden . . .	0
Deels-valide . .	3	Gezinsinfectie . . .	4	Reïnfectie . . .	1
Invalide	4	Vermoedelijk gez.inf. .	3		

[1]) Hieronder: 1 extra systol.
1 geïsol. Romberg.

[2]) Hieronder: 1 vermagerd.

VERZAMELSTAAT XVIII[A].

S. II Hg P_3 (101 gevallen 15—20 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 101.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1]) . .	51	29	22
Geen verschijnselen *W.R. Positief* [2]) . .	14	10	4
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	20	9	11
1 tabes dors. (Arg. Robertson, patell. refl. zw. Babinski, pos. Romberg pos., abn. lumbaal vocht . valide			
5 tabes imperfecta . . . . . valide			
7 lues cerebrospinalis:			
1 morb. Menière, lumbaal vocht normaal . invalide			
1 hoofdp. vertigo, nerveus, geheugen defect, schietende pijnen . . . . . deels-valide			
1 leververschijnselen (bleek, vervallen uiterlijk) invalide			
1 doof, Menière, gang- en spraakstoornissen, lumbaal vocht normaal) . . . . . invalide			
1 paresis nervus facialis . . . . valide			
1 „ „ „ vertigo . . . invalide			
1 „ „ „ . . . . valide			
7 hart- en vaatziekten:			
1 aortitis luetica . . . . . deels-valide			
1 „ „ , vit. cordis . . . deels-valide			
1 „ „ , tab. versch. (Argyll Robertson, anisocorie, hyperaesthesie, gezichtsveldbeperking), deels-valide			
1 cor vergroot, mitraal afwijking. . . invalide			
1 cor afwijkingen . . . . . valide			
1 aortitis luet. insuff. aortae, hartklachten . invalide			
1 aortitis luet., demping op sternum . deels-valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	16	8	8
7 paralues:			
1 dementia paralytica . . . . . invalide			
3 tabes dorsalis . . . . . 1 invalide			
1 tabo paralyse . . . . . deels-valide			
2 tabes imperfecta . . . . . valide			
3 lues cerebrospinalis:			
1 parese linker gezichtshelft na hemiplegie . valide			
1 tabetische verschijnselen . . . . valide			
1 toevallen . . . . . deels-valide			
2 hart- en vaatziekten:			
aortitis luet. cor afwijkingen. . . deels-valide			
aortitis luetic. . . . . invalide			
1 leveraandoening: hepatitis luet. lever groot en pijnlijk, miltvergrooting, sternum drukgevoelig deels-valide			
2 aandoening beenderen en gewrichten:			
1 huid en schedel gummata, gumma sterni, spontaan fractuur, koorts. . . . . invalide			
1 periostitis tibiae, cachexia . . . invalide			
1 strictura recti . . . . . valide			

Valide	81	Gehuwd	66	Overleden	
Deels-valide. . .	9	Gez.-infectie dub.	4	submersio	1
Invalide	11				

[1]) Hieronder: 1 systolische souffle (bestond reeds bij aanneming) leverrand palpabel.
1 pos. lumbaal vocht (N. pos. Pleoc. 9 W.R. neg.).
1 kortademig, frequente hartswerking, adipositas in lumbaal vocht Nonne pos. (bloedbijmenging).

[2]) Hieronder: 1 lumbaal vocht (W.R. neg. S.G. neg. Pleoc. 7) valide.

VERZAMELSTAAT XIX[A].

S. I salv. zw. (0,600 à 1 gr. oud. salv.) p_3 (16 gevallen 15—20 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 16	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	12	6	6
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	1		1
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* . Doof, neurorecidief, lues cerebrospinalis.	1	1	
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . . 1 lues cerebrospinalis. suf, trage R pupil, R doof na neurorecidief . . . . . deels-valide 1 lever vergroot, pijnlijk, vaatsteel verbreed, neuralg. pijnen, rest chlorioretinitis . . . deels-valide	2	1	1

Valide . . . . 14 Gehuwd . . . . 8 Overleden . . . 0
Deels-valide . . 2 Gezins infectie . . 1 Reïnfectie . . . 0
Invalide 0

[1]) Hieronder 1 lumb.vocht W.R. neg. S.G. neg. Pleoc. 6 Nonne neg.
1 laatste jaar habitueel hoofdpijn.

VERZAMELSTAAT XX[A].

S. II salv. zw. (0,600 à 1 gr. salv. oud.) p_3 (8 gevallen 15—20 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 8	Tevoren andere verschijnselen. geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	7	5	2
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	0		
Klinische verschijnselen *W.R. Negatief* .	0		
Klinische verschijnselen *W.R. Positief* . . 1 aortitis luetica, verbreede vaatsteel, systolische souffle over alle ostia . . . . . valide	1		1

Valide . . . . 8 Gehuwd . . . . 5 Reïnfectie . . . 0
Gezins infectie . . 0

[1]) Hieronder: 1 systolische souffle over alle ostia.

VERZAMELSTAAT XXI[A].

S.O. P_3 (15—20 jaar onbehandeld 27 gevallen).

Toestand bij stellen der diagnose.

Geen verschijnselen *W.R. Negatief*	0
Geen verschijnselen *W.R. Positief*	11
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief*	0
Klin. verschijnselen *W.R. Positief*	16
3 paralues:	
1 dementia paralytica . . . . . invalide	
1 tabes dorsalis . . . . . deels-valide	
1 tabes imperfecta . . . . . deels-valide	
3 lues cerebrospinalis:	
1 epilepsia luetica . . . . . deels-valide	
1 hemeralopie (met rheumatische pijnen) . . . deels-valide	
1 psychose, W.R. hoog positief . . . . . invalide	
1 aandoening hart en vaten:	
aortitis luetica, anaemia, hartklachten, vermagerd . . deels-valide	
2 leveraandoeningen;	
1 hepatitis luet. leververgrooting, anisocorie . . . . valide	
1 hepatitis luetica . . . . . invalide	
1 aandoening beenderen en gewrichten:	
arthritis luetica tert. . . . . deels-valide	
2 huid- en slijmvliesaandoeningen:	
1 gumma cutis. . . . . valide	
1 tumor, diep in linker armspier en in onderhuidsch bindweefsel, valide	
2 algemeene klachten:	
1 febris luet. III essential . . . . . invalide	
1 zwakte, vermagering, algemeene klachten. . . . . invalide	
1 maagaandoening W.R. positief :	
hersteld na therapie . . . . . deels-valide	
1 oogaandoening: iritis luetica . . . . . deels-valide	

Bij de herkenning waren:

Valide	14	Gehuwd	13
Deels-valide. . .	8	Gezins-infectie . .	2
Invalide	5		

Na behandeling werd de toestand:

Geen verschijnselen W.R. —	8
„ „ W.R. +	9
Klin. „ W.R. —	4
„ „ W.R. +	6
Valide	20
Deels-valide. . .	5
Invalide . . .	2

VERZAMELSTAAT XXII[A].

S. I Hg P_4 (22 gevallen 20—30 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 22.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief*[1]) . .	6	6	—
Geen verschijnselen *W.R. Positief* . . .	10	6	4
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	3	3	
1 hepatitis luetica . . . . . valide			
1 lues cordis. . . . . deels-valide			
1 lues cerebrospinalis is reeds 5 jaar stationair, verbetert zelfs. . . . . valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	3	2	1
1 aneurysma aortae . . . . . invalide			
1 lues cerebrosp. na 20 jaar opgetreden, na specif. therapie verbeterd . . . . deels-valide			
1 cachexia luetica. . . . . deels-valide			

Valide . . . . 18 Gehuwd . . . . 17 Overleden . . . 1
Deels-valide. . . 3 Gezins-infectie . . 2
Invalide 1

[1]) Hieronder: 1 patient in '24 opgeheven Achillispeesreflexen, analgesie linker binnenenkel; in '26 niets geconstateerd.
1 lichte Romberg.
1 cor naar links iets vergroot.
1 lumbaal vocht: W.R. neg. S.G. neg. Nonne neg. cellen 11.
1 lichte anaemie.
1 vermagerd.
1 geisoleerde anisocorie.

[2]) Hieronder: 1 geval van troebeling in glasvocht.
1 geval van adipositas, cor licht vergroot, licht kortademig.

VERZAMELSTAAT XXIII[A].

S. II Hg P_4 (63 gevallen 20—28 jaar geobserveerd).

Toestand bij het einde der observatie.

	Totaal 63.	Tevoren andere verschijnselen.	
		geen.	wel.
Geen verschijnselen *W.R. Negatief* [1]) . .	26	15	11
Geen verschijnselen *W.R. Positief* [2]) . .	15	9	6
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief* . . .	10	8	2
5 lues cerebrospinalis:			
1 tabes incip., ataxie, lichte Arg. Robertson, patell. reflex afwezig, lumbaal vocht geen afwijkingen (reeds 8 jaar stationair, verbetert) . . . valide			
1 lichte org. neur. afwijking, hoofdpijn, restant facialis parese. . . . . valide			
1 anisocorie, levendige refl., neurasthenische klachten, reeds jaren stationair. . . . . valide			
1 doof, oorsuizen, ptosis, Romberg pos., kracht verminderd (alcoholist) . . . . deels-valide			
1 toevallen . . . . . deels-valide			
5 aandoening hart en vaten:			
1 aneurysma aortae, insuff. aortae. . . invalide			
1 cor vergroot; hepar vergroot . . . valide			
1 aortitis luetica, aneurysma. . . deels-valide			
1 lues cordis. . . . . valide			
1 lues cordis et hepatitis. . . . . valide			
Klin. verschijnselen *W.R. Positief* . . .	12	4	8
1 dementia paralytica. . . . . invalide			
3 tabes imperfecta:			
1 trage pupillen, niet rond, anisocorie; stationair. vaiide			
1 linker pupil onregelmatig, reactie traag, stationair. valide			
1 pupillen traag, patell. reflex afwezig, Romberg zwak pos. . . . . valide			
2 lues cerebrospinalis:			
1 hoofdpijn, miosis, trage lichtrefl, hooge reflexen, lumb. vocht: geen afwijkingen, cellen 5. . deels valide			
1 vergeetachtig, suf, cephalalgia . . deels valide			
1 cachexia luet., vermagert, pijn, anaemia, Romberg licht positief . . . . . deels valide			
1 aneurysma aortae, insuff. aortae . . deels valide			
4 leveraandoeningen:			
1 hepar vergr., algemeene klachten, hoofdpijn. invalide			
1 vergroote pijnlijke hepar, slechte algemeene toestand, koorts. . . . . invalide			
1 hepatitis luetica. . . . . valide			
1 hepatitis luet., trage linker pupil, anisocorie. valide			

Valide	52	Gehuwd	52	Overleden . . .	0
Deels-valide. . .	7	Gezins-infectie . .	6	Reïnfectie . . .	0
Invalide	4	Gez.inf. dubieus .	2		

VERZAMELSTAAT XXIV[A].

S.O. P_4 (14 gevallen 20—30 jaar onbehandeld).[1])

Toestand bij herkenning.

Geen verschijnselen *W.R. Negatief*	1
Geen verschijnselen *W.R. Positief*	4
Klin. verschijnselen *W.R. Negatief*	3
1 lues cerebrospinalis, suf, cephalalgia, pupillen onregelmatig, anisicorie, Romberg positief . . . . . invalide	
1 ataxie, silbenstolpern, nerv. klachten . . . . deels-valide	
1 aneurysma aortae, aortitis luet. algemeene klachten . . invalide	
Klin. verschijnselen *W.R. Positief*	6
3 lues cerebrospinalis:	
1 lues cerebri (vertigo) . . . . . deels-valide	
1 hoofdpijn, snelle vermoeidheid, suf, vergeetachtig, rheumatische pijnen . . . . . invalide	
1 parasthesieën . . . . . valide	
2 aandoeningen hart en vaten:	
1 aortitis aortae, insuff. aortae, endocarditis luetica . . invalide	
1 lues cordis . . . . . deels-valide	
1 hardnekkige keelklachten, sterke zwelling der lymphoglandulae, koorts, arthritis, leucoplakie . . . . . invalide	

Valide	6	Gehuwd	11
Deels-valide . . .	3	Gezins-infectie . .	3
Invalide	5		

Na behandeling werd de toestand:

Valide	7
Deels-valide	5
Invalide	2

[1]) Een geval 37 jaar onbehandeld.
Geen verschijnselen W.R. sterk positief.
Vrouw en kind besmet, beide lijdend aan neuroretinitis luet.

VERZAMELSTAAT 1B.

S. I Hg p_1, 5—10 jaar — 44 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 20				Wel: 24					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
4	16	7	9	1	23	9	3	3	9

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair	9	9	—	—	1.1.1.1.1.2.2.2.2.
Tertiair: huid en slijmvliezen	4	3	1	—	2.4.5.5.
Geslachtsorganen	1	1	—	—	5
Beenderen en gewrichten	3	2	1	—	3.4.5.
Algemeene verschijnselen	3	2	1	—	1.3.6.
Lever	2	—	2	—	6.9.
Hart en vaten	2	—	2	—	4.5.
Lues cerebrospinalis	—	—	—	—	
Para lues: hiervan	5	—	5	—	
Dementia paralytica	2	—	2	—	4.8.
Tabes dorsalis	3	—	3	—	5.9.9
Tabes imperfecta	—	—	—	—	
Onbekend	1	1	—	—	2

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 18 recidieven.
„ 5—10 „ „ 12 „

VERZAMELSTAAT II^{B}.

S. II Hg p_1 5—10 jaar — 95 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 61				Wel: 34.						
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	W.R. onbekend	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
3	58	28	30	—	33	1	12	3	3	16

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	7	7	—	—	1.1.1.1.2.3.4.
Tertiair: huid en slijmvliezen	3	3	—	—	3.5.5.
Geslachtsorganen	1	—	1	—	8
Beenderen en gewrichten . .	3	2	1	—	4.5.9.
Lever	4	—	4	—	6.7.9.9.
Hart en vaten	6	—	6	—	5.6.6.8.8.9.
Algemeene verschijnselen . .	7	2	5	—	4.5.7.8.8.9.9.
Lues cerebrospinalis	2	1	1	—	2.[1]
Para lues	1	—	1	—	alleen pos. lumbaalvocht W.R. +. S. + N + cellen 300
Tabes imperfecta	2	—	2	—	7.9.
Onbekend	5	5	—	—	1.3.4.6.8.
Lumbaalvocht	1	—	—	—	6

[1] Neurorecidief.

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 14 recidieven.
„ 5—10 „ „ 26 „

VERZAMELSTAAT III[B].

S. I salvarsan zwak, 5—10 jaar — 75 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 57				Wel: 18					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
35	22	20	2	5	13	7	—	7	4

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair	8	8	—	—	1.1.1.1.2.2.2.4.
Tertiair: huid en slijmvliezen	1	1	—	—	1
Geslachtsorganen					
Beenderen en gewrichten					
Algemeene verschijnselen					
Lever					
Hart en vaten	2	—	2	—	7.9.
Lues cerebrospinalis	7	2	5	—	1.1.1.1.1.5.9.
Para lues					
Dementia paralytica					
Tabes dorsalis					
Tabes imperfecta	3	—	3	—	4.7.8.
Onbekend					

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 15 recidieven.
„ 5—10 „ „ 6 „

VERZAMELSTAAT IV^{B}.

S. I salvarsan krachtig, 5—10 jaar — 9 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 9				wel: 0					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	W.R. —	W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
6	3	3	—	—	—	—	—	—	—

VERZAMELSTAAT V^{B}.

S. I seronegatief salvarsan krachtig, 5—10 jaar — 37 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 36				wel: 1					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
36	—	—	—	—	1	1	—	—	—

b. Aard der verschijnselen.

		Herst.	Onherst.		Duur in jaren van het interval.
Laat secundair	1	1	—		3
Lumbaalvocht afwijkingen . .	2	—	—		$^{1}/_{2}$—2 jaar

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 1 recidief.
„ 5—10 „ „ 0 „

VERZAMELSTAAT VI[B].

S. I seropositief salvarsan zwak, 5—10 jaar — 51 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 43				Wel: 8					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
—	43	43	—	—	7	6	—	2	—

b. Aard der verschijnselen.

			Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.		3	3	—	1 . 1 . 2 .
Algemeene verschijnselen . .		1	1	—	?
Lues cerebrospinalis. . . .		2	1	1	1 . 3 .
Tabes imperfecta.		1?	—	1	4
Onbekend		1	1	—	$1^1/_2$
Lumbaal v. afwijkingen . .		5	—	—	5 . 5 . 5 . 6 . 7 .

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 7 recidieven.
„ 5—10 „ „ 0 „

VERZAMELSTAAT VII[B].

S. I seropositief neosalvarsan krachtig, 5—10 jaar — 11 gevallen.

Verloop verschijnselen.

Geen: 11				Wel: 0					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	W R. —	W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
—	11	11	—	—	—	—	—	—	—

VERZAMELSTAAT VIII[B].

S. II salvarsan zwak, 5—10 jaar — 89 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 70					Wel: 19						
W.R. —	W.R. +	W.R. onbek.	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld WIR. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
11	56	3	50	9	4	14	1	9	3	4	3

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair [1])	7	7	—	1.1.1.2.2.4.5.
Tertiair: huid en slijmvliezen	1	1	—	6
Geslachtsorganen	1	1	—	4
Beenderen en gewrichten . .	1	1	—	4
Algemeene verschijnselen . .	1	1	—	5
Lever	1	—	1	7
Hart en vaten	3	—	3	4.5.6
Lues cerebrospinalis	1	1	—	2
Para lues	1	—	1	5
Onbekend	3	3	—	2.3.3
Afwijkend lumbaalvocht . .	4	—	—	7.8.8.9.

1) Hieronder 2 gevallen van iritis luctica.

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 13 recidieven.
„ 5—10 „ „ 7 „

VERZAMELSTAAT IX[B].

S. II neosalvarsan krachtig, 5—10 jaar — 40 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 34				Wel: 6					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
—	34	33	1	1	5	1	—	1	4

b. Aard der verschijnselen.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.				
Tertiair: huid en slijmvliezen	2	2	—	3 . 6 .
Geslachtsorganen				
Beenderen en gewrichten . .				
Algemeene verschijnselen . .				
Lever	1	—	1	5
Hart en vaten	1	—	1	2
Lues cerebrospinalis	1	—	1	6
Para lues	1	—	1	5
Tabes imperfecta	1	—	1	3

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 3 recidieven.
„ 5—10 „ „ 4 „

VERZAMELSTAAT XI[B].

S. I Hg, 10—15 jaar — 55 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 24				Wel: 31							
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R.—	met W.R.+	onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +	Overl.
—	24	18	6	2	27	2	10	3	11	7	3

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	6	6	—	—	1.2.2.2.7.9.
Tertiair: huid en slijmvliezen	3	3	—	—	2.4.8.
Geslachtsorganen					
Beenderen en gewrichten . .	3	3	—	—	2.5.12.
Lever.	6	1	5	—	13.15.17.14.12.14.
Hart en vaten.	6	—	6	1	10.11.12,12.12.14.
Lues cerebrospinalis. . . .	6	—	6	1	1.[1]) 1.[1]) 4.9.10.11.
Para lues	2	—	2	1	
Dementia paralytica. . . 1	—	—	—	—	12
Tabes dorsalis. 1	—	—	—	—	10
Tabes imperfecta	1	—	1	—	10
Cachexia.	5	4	1	—	2.4.7.9.14.
Onbekend	5	5	—	—	1.4.<10<10<10

[1]) Neurorecidief.

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 15 recidieven.
„ 5—10 „ „ 13 „
„ 10—15 „ „ 13 „

VERZAMELSTAAT XII[B].

S. II Hg, 10—15 jaar — 125 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 58					Wel: 67							
ook W.R. −	doch W.R. +	W.R. onbek.	werden W.R. −	bleven W.R. +	met W.R.−	met W.R.+	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. −	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. −	onhersteld W.R. +	overleden
6	51	1	35	17	—	61	6	24	20	10	23	1

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair	7	7	—	—	1.1.2.2.2.<5.8.
Tertiair: huid en slijmvliezen	7	6	1	—	2.3.3.4.4.8.11.
Geslachtsorganen	5	4	1	—	3.4.8.8.10.
Beenderen en gewrichten	2	1	1	—	1.1.
Algemeene verschijnselen	4	2	2	—	4.4.4.14.
Lever	2	—	2	—	11.13.
Hart en vaten	8	—	8	1	3.6.7.7.9.10.10.14.
Lues cerebrospinalis	14	7	7	—	3.3.3.6.6.7.7.12.
Para lues	6	—	6	—	12.14.14.14?.?.
Dementia paralytica 3	—	—	—	—	10.12.14.
Tabes dorsalis 3	—	—	—	—	11.12.12.
Tabes imperfecta	5	—	5	—	8.11.12.13.13
Onbekend	34	34	—	—	1.(9×2)(2×3)(4×4)(3×5)(3×6)7.7.8.9.9.9.10.10.11.12.13.
Oog	4	4	—	—	1.5

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 41 recidieven.
„ 5—10 „ „ 26 „
„ 10—15 „ „ 28 „

VERZAMELSTAAT XIII[B].

S. I salvarsan zwak, 10—15 jaar — 63 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 47					Wel: 16						
W.R. —	W.R. +	W.R. onbek.	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R.—	met W.R.+	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R.+	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R.+
3	44	—	37	7	—	14	2	4	3	5	4

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.		Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	5	5	—	—	1 . 2 . 4 . 8 . 13 .
Tertiair: huid en slijmvliezen	3	3	—	—	7 . 8 . 11 .
Geslachtsorganen	2	2	—	—	4 . 6 .
Beenderen en gewrichten . .	1	1	—	—	10
Algemeene verschijnselen . .	3	3	—	—	4 . 5 . 6 .
Lever	2	—	2	—	13 . 17 .
Hart en vaten	2	—	2	—	10 . 11 .
Lues cerebrospinalis	4	1	3	—	2 . 3 . 12 . 15?
Para lues	2	—	2		
Dementia paralytica . . . 1	—	—	—	—	13
Tabes dorsalis 1	—	—	—	—	11
Tabes imperfecta	1	—	1	—	13
Oog	1	1	—	—	17
Lumbaalvocht afwijkingen. .	4	—	—	—	10 . 10 . 11 . 14 .
Onbekend	1	1	—	—	7

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 14 recidieven.
„ 5—10 „ „ 8 „
„ 10—15 „ „ 12 „

VERZAMELSTAAT XIV^{B}.

S. I seropos. salvarsan zwak, 10—15 jaar — 13 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 10				Wel: 3						
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R.—	met W.R.+	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R.+	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
—	10	9	1	—	2	1	1	—	—	2

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Beenderen en gewrichten . .	2	1	1	2 . 12
Lues cerebrospinalis	1	—	1	3
Para lues en dement. paralyt.	1	—	1	10
Onbekend	1	1	—	3

VERZAMELSTAAT XV^{B}.

S. II salvarsan zwak, 10—15 jaar — 42 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 28				Wel: 14						
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R.—	met W.R.+	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R.+	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R.+	Overl.
3	25	22	3	3	11	6	—	7	1	1

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	2	2	—	2,3
Tertiair: huid en slijmvliezen	3	2	1	2 . 4 . 9 .
Beenderen en gewrichten . .	4	3	1	2 . 4 . 4 . 9 .
Lever	1	—	1	14
Lues cerebrospinalis	6	1	5	½ . 1 . 1 . 1 . 1 . 2 .
Tabes imperfecta	1	—	1	11 .
Onbekend	3	3	—	3 . 3 . 4 .
Lumbaalvocht	1	—	—	12 .

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 16 recidieven.
„ 5—10 „ „ 2 „
„ 10—15 „ „ 3 „

VERZAMELSTAAT XVII[B].

S. I Hg, 15—20 jaar — 46 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 13					Wel: 33						
ook W.R. —	doch W.R. +	W.R. onbek.	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
1	11	1	9	3	1	24	8	12	5	4	12

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Tertiair: huid en slijmvliezen	7	7	—	2 . 1 . 16 . 1 . 2 . 1 . 3 .
Geslachtsorganen	1	1	—	3
Beenderen en gewrichten . .	5	5	—	8—1—2 . 10 . 2
Algemeene verschijnselen . .	3	2	1	4 . 5 . 17
Lever	7	4	3	17 . 17 . 17 . 1 . 9 . 15 . 15 .
Hart en vaten	4	—	4	18—16—18—19
Lues cerebrospinalis	2	—	2	5 . 16
Para lues	5	—	5	
Dementia paralytica . . . 1	—	—	—	16
Tabes dorsalis 4	—	—	—	6 . 10 . 13 . 16 .
Tabes imperfecta	2	—	2	6 . 17
Onbekend	10	10	—	2 . 3 . 3 . 5 . 6 . 6 . 6 . 7 . 8 . 9 .
Oog	1	1	—	3
Lumbaalvocht	1	—	—	17 .
Long	1	—	1	18

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 16 recidieven.
„ 5—10 „ „ 13 „
„ 10—15 „ „ 3 „
„ 15—20 „ „ 18 „

VERZAMELSTAAT XVIII[B].

S. II Hg, 15—20 jaar — 101 gevallen,

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 39					Wel: 62						
ook W.R. —	doch W.R. +	W.R. onbek.	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
6	30	3	23	10	1	54	7	22	4	20	16

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	22	22	—	(4×1) (7×2) (5×3) < 5 < 5 < 5 . 6 . 10 .
Tertiair: huid en slijmvliezen	13	12	1	2 . 3 . 4 . 6 . 6 . 7 . 10 . 10 . 10 . 12 . 14 . 15 . 17 .
Beenderen en gewrichten . .	2	1	1	15 . 16 .
Algemeene verschijnselen . .	11	8	3	1 . 2 . 4 . 4 . 6 . 8 . 10 . 15 . 16 . 18 . ?
Lever	9	7	2	6 . 9 . 9 . 11 . 13 . 14 . 14 . 15 . ?
Hart en vaten	8	—	8	10 . 14 . 15 . 15 . 16 . 17 . 17 . 17.
Lues cerebrospinalis	11	1	10	5 . 7 . 8 . 13 . 15 . 16 . 16 . 17 . 17 . 19 . 19 .
Para lues	6			
Dementia paralytica . . . 1	—	—	1	19
Tabes dorsalis 4	—	—	4	15 . 15 . 15 . 18 .
Tabo-paralyse 1	—	—	1	16
Tabes imperfecta	8	—	8	14 . 15 . 15 . 16 . 16 . 16 . 17 . 19.
Onbekend	21	21	—	2 . 2 . 3 . 3 . 3 . 3 . 5 . 5 . 5 . 7 . 8 . 8 . 9 . 10 . 10 . 11 . 12 . 12 . 16 .
Lumbaalvocht afwijkingen .	2	—	—	15 . 19 .

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 34 recidieven.
„ 5—10 „ „ 19 „
„ 10—15 „ „ 20 „
„ 15—20 „ „ 35 „

VERZAMELSTAAT XIX[B].

S. I salvarsan zwak, 15—20 jaar — 16 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 6				Wel: 10					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
—	6	6	—	—	10	6	1	1	2

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Laat secundair.	4	5	—	1 . 3 . 3 . 4 .
Tertiair: huid en slijmvliezen	1	1	—	5
Geslachtsorganen	1	1	—	6
Beenderen en gewrichten . .	1	1	—	1
Algemeene verschijnselen . .				
Lever	1	—	1	12
Hart en vaten	1	—	1	12
Lues cerebrospinalis	4	1	3	1 . 1 . 12 . 12 .
Oog	1	—	1	1
Lumbaalvocht afwijkingen . .	1	—	—	16
Onbekend	1	1	—	4

Tusschen 1—5 jaar waargenomen 9 recidieven.
„ 5—10 „ „ 2 „
„ 10—15 „ „ 4 „
„ 15—20 „ „ 1 „

VERZAMELSTAAT XX^{B}.

S. II salvarsan zwak, 15—20 jaar — 8 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 5				Wel: 3					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
1	4	4	—	—	3	2	—	—	1

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Duur in jaren van het interval.
Tertiair: huid en slijmvliezen	2	2	—	4.4.
Algemeene klachten	1	1	—	16
Hart en vaten	1	—	1	6

VERZAMELSTAAT XXII^{B}.

S. I Hg, 20—30 jaar — 22 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 12				Wel: 10					
W.R. —	W.R. +	werden W.R. —	bleven W.R. +	met W.R. —	met W.R. +	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
2	10	4	6	—	10	4	4	3	3

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Overl.	Opgemerkt na ... jaar.
Laat secundair.	3	3	—	—	1—3—6
Tertiair: huid en slijmvliezen	4	4	—	—	1—7—13—19
„ geslachtsorganen. .	2	2	—	—	9—12
„ beenderen en gewr.	—	—	—	—	—
Algemeene verschijnselen . .					
Cachexia debilitas koorts . .	2	1	1	—	7—15
Tertiair lever.	1	—	1	—	14
„ hart en vaten . .	2	—	2	1	20—23
„ lues cerebrospinalis.	2	—	2	—	18—16
Paralues					
Onbekend	2	2	—	—	10—18

Tusschen 1—5 jaar opgemerkt 3 recidieven.
„ 5—10 „ „ 5 „
„ 10—15 „ „ 4 „
„ 15—20 „ „ 4 „
„ 20—25 „ „ 2 „

VERZAMELSTAAT XXIII[B].

S. II Hg, 20—28 jaar — 63 gevallen.

a. *Verloop verschijnselen.*

Geen: 24				Wel: 39						
W.R. —	W.R. +	werden neg.	bleven pos.	met W.R. neg.	met W.R. pos.	W.R. onbek.	klin. hersteld W.R. —	klin. hersteld W.R. +	onhersteld W.R. —	onhersteld W.R. +
5	19	10	9	3	31	5	11	6	10	12

b. Aard der recidieven.

		Herst.	Onherst.	Vastgesteld na ... jaar.
Laat secundair.	5	5	—	2.2.2.3.18.
Tertiair: huid en slijmvliezen	4	4	—	4.4.5.7.
„ geslachtsorganen. .	1	1	—	6
„ beenderen en gewr.	2	2	—	?11
Algem. verschijnselen cachexia debilitas koorts.	7	5	2	10.12.15.16.16.18.19.
Tertiair: lever.	8	2	6	9.14.16.18????
„ hart en vaten. . .	5	—	5	6.17???
„ cerebrospinalis . .	7	—	7	12.15.15.16.17.18.18.
Paralues: D. P.	1	—	1	18
Tabet. verschijnselen . . .	4	—	4	??13.13.
Onbekend	17	—	17	1.2.3.3.3.4.4.4.4.6. 8.9.10.10.14.15.?
	61	19	42	

Tusschen 1—5 jaar opgemerkt 15 recidieven.
„ 5—10 „ „ 8 „
„ 10—15 „ „ 11 „
„ 15—20 „ „ 15 „
„ 20—25 „ „ — „

1 **Status praesens d.d.** **aan boord H. Ms.**

2 **Syphilis.** Primair affekt, waar bevindt of bevond het zich. Is er nog induratie?

3

4 Is er anaemie? | Is patient vermagerd? | Heeft patient koorts?

5 Exantheem: ja/neen, maculeus, papuleus, waar.?

6 Psoriasis plantaris. R. | L. | Psoriasis palmaris. R. | L.

7 Condylomata lata. | waar:

8 Leucoderma colli. Ja. Neen. | Alopecia areolaris, diffusa, totalis.

9 Plaques in den mond, tong, keel:

10

11 Zijn er huidsyphiliden? Waar?

12

13 Nagels. | Spieren.

14 Beenderen. | Gewrichten.

15 Zijn er Gummata? Waar:

16 Hoofdpijn, waar: | 's nachts erger wordend:

17 Slaapt patient goed:

18 Eetlust. | Ontlasting.

19 Urine: eiwit | suiker | Is er nader urine-onderzoek noodig?

20 Hart.

21 Longen.

22 Lever. | Milt.

23 Hoe zijn de klieren? Vergroot/klein. Spoelvormig/rond. Samengebakken/appart. Onregelmatig/regelmatig. Keihard/veerend.

24 Occipitaalklieren gezwollen. R. L. | Halsklieren. R. | L.

25 Okselklieren. R. | L. | Cubitaalklieren R. | L.

26 Liesklieren. R. | L.

27 Pupilreflexen. R. | L. | Kniepeesreflexen R. | L.

28 Romberg | Babinski R. L. | Gordelgevoel

29 Sensibiliteit.

30 Pijngevoel.

31 Ataxie

32 Silbenstolpern.

33 Paralysen en Paresen.

34 Afwijkingen der psyche.

35 Oogen. R. | L.

36 Ooren. R. | L.

37 Bijzonderheden.

38

39

40 Is patient idiosynkratisch tegenover een of ander geneesmiddel? Neen. Ja. Welk geneesmiddel.

41

42 Lijdt patient volgens U aan een luetische aandoening van het centrale zenuwstelsel?

43 Acht gij opname om eenige reden dringend noodzakelijk? Kan het nog wat wachten?

44 Zijn er andere redenen, waarom gij opname voor patient verlangt?

45

46

47

48

49 **Gonorrhoea.** | Is er altijd uitvloeiing. Ja. Neen. | Gonococcen ± intra/extra cellulair. Zijn er andere coccen? Ja. Neen.

50 Is er goutte militaire? Ja. Neen. | Is het kanaal alleen vochtig? Ja. Neen. | In praeparaat slijm, epitheel?

51 Zijn er draden in de urine? Ja. Neen. | 1e urine. | 2e | 3e

52 Prostaat: groot, klein, regelmatig, onregelmatig van consistentie:

53 Zijn de vesiculae seminales te voelen? R. L.

54 Is er Hypospadie? Epispadie? Phimosis? Paraphimosis? Balanitis? Zijn er Condyl. acuminata?

55 Zijn de Cowpersche klieren te voelen? Ja. Neen. | Is er een urine-infiltraat?

56 Zijn de epididymes gezwollen? R. | L

57 Is er strictuur? Hoe watert patient. Met dikke, dunne straal. Is er nadruppelen?

58 Bijzonderheden:

59

60 **Ulcera mollia.** | Zijn er litteekens? Waar?

61 Bestaan er nog ulcera mollia?

62 Is er bubadenitis? R. L. Zijn er litteekenen van over. Ja. Neen. R. L.

63 Bijzonderheden:

64

65

De officier van gezondheid *kl.,*

BIJLAGE II.

NEDERLAND.

ARCHIEFKAART N°.	Naam	Voornamen	Geboortedatum.	Stbn°.	Jaartal 192

Indiensttreding: | Diensteindiging:

Rang of stand:

(Ongehuwd (met): d.d. adres:

1e grav.	2e	3e	4e
5e:	6e	7e	8e
9e	10e	11e	12e

Bijzonderheden:

Anamnese | Zie inlichtingskaart n°. | Besmet den 192 | te

door | Onder invloed van alcohol? neen | Prophylaxis (niet) gebruikt?

welk | Hoeveel uur p. c.? | Reinigt pat. zich geregeld?

Eerste verschijnselen:

Zenuwafwijkingen en bijzonderheden:

Lugtische veranderingen inwendige organen:

Intercurrente zieken van beteekenis:

d.d. en uitslagen der Reacties volgens Wassermann; volgens Sachs-Georgi; enz.:

d.d. en resultaten der lumbaalvochtonderzoekingen:

Gevolgde therapie tot nog toe. van	tot	Oud salv.	Neo-salv.	Smeerk.	Sal. kwik	Sublim.	Joodkali	Kw. pillen			Opmerkingen.
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										
"	"										

Data der gonorrh. infecties:

Bijzonderheden:

Z. O. Z.

Status praesens	dd. 192	dd. 192	dd. 192	dd. 192
Algemeene toestand				
Hart				
Longen				
Buikorganen				
Urine				
Klierzwelling: occipitaal				
„ hals				
„ cubitaal				
„ oksels				
„ liezen				
Exantheem				
Capillitium				
Huidsyphiliden				
Leucoderma				
Slijmvlies mond				
Nagels				
Spieren				
Beenderen				
Condylomata				
Verlammingen				
Hoofdpijn				
Oogen				
Ooren				
Pupilreacties				
Kniepeesreflex				
Babinski				
Romberg				
Anaesthesie				
Paraesthesie				
Gewicht				
Bijzonderheden:				
Primair affect				
Andere reacties				
Therapie zie kaart n°.				
Naaste contrôle d.d. 192				
Behandeld:				
Volle dienst				
Lichte dienst				
Vrij van dienst				

Ulcera mollia

Bijzonderheden:

BIJLAGE III.

Inlichtingsstaat voor luesgevallen na 19 .

Acquisitie	Recidief	Controle	Behandeling

Niet invullen. N°.	Naam:	Voornamen:	Stbn°.

Geboorte d.d.	a/b. H. Ms.	d.d.

In dienst gekomen:	Diensteindiging d.d.:
(On)gehuwd (met)	Adres:
Vrouw gezond. | Lijdt aan:	
Bijzonderheden betreffende vrouw en gezin:	

Besmettende coïtus d.d.	met
te straat	n°.
Onder invloed van alcohol. Ja. Neen.	Laatste reiniging d.d.
(Geen) prophylactica gebruikt. | Welk?	
Hoeveel uur post coïtum?	Had patient wondjes ante coïtum?

Status praesens.	Voor de kuur d.d. Vorige controle d.d.	Na de kuur d.d. Controle d.d.
Primair affect? waar, hoeveel.		
Algem. toestand. Anaemie.		
Hart.		
Longen.		
Buikorganen.		
Urine { eiwit. suiker.		
Persoon { gewicht. lengte.		
Exantheem.		
Psoriasis palm. et plant.		
Condylomata lata.		
Leucoderma colli.		
Alopecia luetica.		
Plaques.		
Huidsyphiliden.		
Nagels.		
Spieren.		
Beenderen.		
Gewrichten.		
Gummata.		
Slaap.		
Eetlust.		
Ontlasting.		
Temperatuur.		
Klieren: occipitaal.		
„ hals.		
„ oksels.		
„ cubitaal.		
„ lies.		
Pupilreflexen.		
Kniepeesreflexen.		
Hoofdpijn		
Romberg.		
Babinski.		

L. 255 – 1917.

Z. O Z.

Vervolg Status praesens.	Voor de kuur, d.d. Vorige controle d.d.	Na de kuur d.d. Controle d.d.
Gordelgevoel.		
Pijngevoel.		
Spiergevoel.		
Ataxie.		
Gang.		
Sensibiliteit.		
Silbenstolpern.		
Paralysen en		
Paresen.		
Afwijkingen van de		
Psyche.		
Oogen R.		
L.		
Ooren R.		
„ L.		
Bijzonderheden:		
Uitslag W. R.		
Uitslag onderzoek Lumb. vocht		

Therapie. Begin d.d.	1e week.	2e id.	3e id.	4e id.	5e id.	6e id.	7e id.	8e id.	9e id.	10e id.	11e id.	12e id.	Totaal.
Salv. oud. intrav.													
Salv. neo intrav.													
Salv. oud. intram.													
Salv. neo intram.													
Smeerkuur.													
Sublimaat.													
Joodkwik.													
Enesol.													
Embarine.													
Salic. kwik.													
Grijze olie.													
Calomel.													
Jood kali.													
Jodipine.													
Kwikpillen.													
Gewicht.													
Eiwit.													
Stomatitis.													
Herxheimer.													
Nitritoide.													
W. R.													

Idiosynkrasie voor

Aantal behandel. dagen aan boord, hospitaal, poliklinisch.

volle d.	l. d.	vrij v. d.

Heeft pat. gonorrh? Zie kaart:

Heeft pat. mollia? Zie kaart:

Heeft patient eenig ander lijden?

Overgepl. d.d.
naar

Ingezonden den a/b H. Ms. *De officier van gezondheid kl.;*

J. 4193
4913

BIJLAGE IV.

AFDEELING I GROEP S. I Hg. p_4

No.	Archiefk. No.	Aantal jaren observ.	Eerste verschijnselen.	Behandeling.	Recidief.	Vervolg behandeling.	Interc. ziekten.	Jaren sero reactie 1	2	3	4	5	6	7	...	23	24	25	26	27	28	L. P.	Status praesens.	Gezin.	Gon.	U. M.	Opmerkingen.
1	1630	28	Ulc. durum penis '98	4 mnd Hg pillen	'99 ulc. ad penis '11 multiple gummata '21 aneurysma aortae '28 perforatie v. h. aneurysma †	3 mnd Hg. per Os smkuren, K.J. '21. 26000 mgr neosalv. 8 inj. ol. ciner. 16 inj. Bi. K.J.											++	++	++	++	++		'21 aneur. aorta '23 Röntg. onderz. '26 „ „ '28 Overleden	huwt 7 jr. p. inf. vrouw gezond 3 kind. gezond	1	—	overleden perfor. aneurysma aortae.
2	820	24	Ulc. durum '97	1 smeerkuur	eerste bloedcontr. 20 jaar post inf., sterk pos. Nooit verschijnselen gehad.	'20 18000 neosalv. 3200 mgr sal. Hg. 16 inj. ol. ciner. 240 mgr $HgCl_2$										++	++						'18 geen afw. '21 „ „	huwt 8 jr. p. inf. vrouw gezond 2 kind. gezond	1	4	geheel gezond. doet dienst. W.R. pos.
3	3149	24	Ulcus durum '06	1 smeerkuur 2 pillenkuren	'06 exantheem, verder geen verschijnselen; na 7 jaar W.R. pos.	3 smeerkuren										++	++					'28 W.R. — S.G. — Nonne — Cellen 0	'18 geen afw. '21 „ „ '28 „ „ '29 „ „ Röntgenonderz. geen afw.	huwt 7 jr. p. inf. vrouw gezond geen kinderen			geheel gezond. doet dienst W.R. pos.

AFDEELING II ONDER AFDEELING SALVARSAN ZWAK GROEP S. I SALV. ZW. p_3

				W.R.				Jaren sero reactie 1	2	3						14	15	16	17	18						
500	1141	18	Ulcus durum 30/8/11		600 mgr oud-salvarsan 1 smk., pillen	'12 exantheem '16 gummata	1 smk., pillen 11 inj. oud salv. 5 subl. inj. à 20 mgr 17000 neos. 4000 Salic. Hg. 600 subl., K.J.	'17—27 5 aanv. malaria tertiana								++	++	++	++	++		'25 W.R. — S.G. — Nonne — Cellen 0	'18 ind. klierzw. anaem. milt palp. (malaria) '23. '25. '29 geen afw.	ongehuwd	5	4	geheel gezond. doet dienst W.R. pos.
501	359	16	20/6/12 Ulcus durum		600 mgr oud-salvarsan 200 sal. Hg.	'16 Syph. R.	3 oud salvars. 6 sal. Hg.									—	—	—				weigert.	'18 geen afw. '28 „ „	huwt 6 jr. p. inf. vrouw gezond		1	geen afw.
502	2182	16	1/13 Prim. affect. scroti.		600 mgr oud-salvarsan 6 inj. sal. Hg.	'14 periostitis luetica	23 sal. Hg. 21, subl., K.J.			+++						—	—	—					'18 geen afw. '29 „ „	ongehuwd	7		geen afw.

STELLINGEN.

I.

Bij het onderzoek van op tuberculose verdacht materiaal, waarbij de tuberkelbacil niet rechtstreeks wordt gevonden, behoort naast de caviaproef ook de cultuurmethode te worden toegepast.

II.

Er bestaat geen absolute stollingstijd van het bloed.

III.

De ziekte van Paget van den tepel, als uiting van een dieper liggend dermatotroop carnicoom, dient radikaal door amputatio mammae behandeld te worden.

IV.

Het is onjuist, dat voor het tot stand komen van het ziektebeeld der recidiveerende erosie, een trauma het hoornvlies moet treffen.

V.

Bij hardnekkige diphterie-bacillen-dragers passe men de tonsillectomie toe.

VI.

Het radiologisch onderzoek van het skelet van het kind stelt ons in staat, ook bij ontbreken van klinische verschijnselen en bij negatieve serumreactie, het bestaan van congenitale syphilis aan te toonen.

VII.

De thallium-epilatie passe men slechts toe bij kinderen beneden de puberteitsjaren, als een combinatie met Röntgen-therapie niet mogelijk is; in de overige gevallen verdient het aanbeveling tot aan de volwassen leeftijd van de gecombineerde Röntgen-thallium methode gebruik te maken en niet van een der beide methoden afzonderlijk.

VIII.

Met het oog op zijn oorlogstaak en zijn geïsoleerde positie aan boord is het dringend noodzakelijk, dat de officier van gezondheid der zeemacht, naast den gebruikelijken cursus in de leer der tropische ziekten, geruimen tijd practisch te werk wordt gesteld bij een groote chirurgische afdeeling.

Rijksarchief „Veldzicht"
te Averest