

Een leerling met een zweertje in de mond

Historische en actuele aspecten van syfilis

G.A. VAN ESSEN
H.W. VAN ESSEN

Van Essen GA, Van Essen HW. Een leerling met een zweertje in de mond. *Historische en actuele aspecten van syfilis*. Huisarts Wet 1998;41(11): 520-3.

In deze klinische les komt zowel de geschiedenis als de actualiteit van syfilis aan bod. De ziekte was een eeuw geleden vanwege de hoge incidentie niet moeilijk te diagnosticeren, maar er rustte wel een taboe op. Als een scholier met een zweertje in de mond syfilis blijkt te hebben, brengt dat zijn school in een lastig parket. Nadat de directeur van het ziekenhuis aannemelijk heeft gemaakt dat de jongen is besmet door de 'dwaze gewoonte van zoenen', wordt de kwestie in de doofpot gestopt. De medicus negeert aanwijzingen die mogelijk zouden kunnen duiden op (homo)seksueel contact. Drie hedendaagse casus laten zien dat syfilis ondanks de lage incidentie niet moeilijk te diagnosticeren valt, als de huisarts maar alert is en doorvraagt. Het taboe op syfilis lijkt plaats te hebben gemaakt voor gêne over onveilig vrijen.

Dr. G.A. van Essen, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Postbus 80045, 3500 TA Utrecht; e-mail GAvEssen@knmg.nl.

Dr. H.W. van Essen, historisch pedagoge, Afdeling Pedagogiek en Genderstudies, Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: dr. G.A. van Essen.

Een zweertje in de mond

Casus A

Patiënt A, 18 jaar oud, bezoekt op 16 maart de huisarts. Tot voor kort voelde hij zich gezond, al had hij na lang studeren wel eens een drukkend gevoel boven de ogen. Nu is hij drie dagen van school thuisgebleven, heeft koorts en is lusteloos. Ook klaagt hij over pijn in de keel. Hij krijgt het advies te gorgelen met zout water, koude te vermijden en rust te houden.

Een week later bezoekt hij de huisarts opnieuw, omdat hij last heeft van pijnlijke, rode ogen. Hij voelt zich niet erg ziek meer. De huisarts constateert een iritis, links meer dan rechts. In de linker mondhoek is een genezend zweertje te zien. Aan de handen zijn rood-blauwachtige vlekken, zo ook op de benen. Er zijn klieren palpabel in de hals, de ellebogen en de liezen. De penis vertoont geen afwijkingen, behalve een al langer bestaande fimosis. Er is geen afscheiding uit de urethra. Op het scrotum bevindt zich een kleine oppervlakkige ulceratie, een natte papel.

De huisarts stelt de diagnose syfilis, stadium II, waarbij het primaire affect waarschijnlijk in de mond gelokaliseerd was. De patiënt zegt geen genitaal seksueel contact gehad te hebben. Hij wordt opgenomen in het ziekenhuis.

De minutieuze beschrijving van deze casus uit 1883 vonden we terug op een onverwachte plaats: in het archief van de Middelburgse Rijkskweekschool voor Onderwijzers, de negentiende-eeuwse voorloper van de PABO.¹ Verrassend was ook dat deze schriftelijke rapportage niet kwam van A's huisarts, dr. de Jong, maar van de hoogste medische functionaris in de stad, de Geneesheer-Directeur van het ziekenhuis, dr. J.G. Bolle.²

Waarom bemoeide zo'n autoriteit zich met een eenvoudige 'kwekeling'? En hoe kwamen deze privacy-gevoelige medische gegevens in een schoolarchief terecht? Overwegingen van volksgezondheid zullen op zijn best een ondergeschikte rol hebben gespeeld: de negentiende-eeuwse preventie en bestrijding van syfilis richtte zich vrijwel uitsluitend op prosti-

tues.³⁻⁵ Het archief laat zien dat er iets heel anders in het geding was: de normen en waarden van (aanstaande) onderwijzers en, in samenhang daarmee, de goede naam van de opleiding.

Rijkskweekschool

Op de Middelburgse Rijkskweekschool zaten in 1883 ongeveer tachtig jongens tussen 14 en 18 jaar. De meesten woonden groepsgewijs in kosthuizen. Gezien hun jeugdige leeftijd en hun toekomstige beroep, waarin ze een voorbeeld voor hun leerlingen moesten zijn, hanteerde de directeur strikte gedragsregels. Het schoolregime vertoonde veel verwantschap met wat de socioloog Goffman een 'total institution' heeft genoemd.^{6,7} Het zwaarst tilde directeur W.J. Wendel aan een – in onze ogen tamelijk marginaal – vergrijp: 'wandelen met een meisje'. Dat delict stond natuurlijk voor meer dan een wandelingetje alleen, het duidde op contacten met de andere sekse. En daar had de directeur het absoluut niet op begrepen. Dergelijke contacten zouden niet alleen de aandacht afleiden van ernstige studie, maar konden ook gemakkelijk ontaarden in seksueel contact, iets wat in de dominante seksuele moraal van die tijd voor jongeren strikt verboden was. Betrapte wandelaars werden daarom, als ze tweemaal in dezelfde fout vervielen, altijd van de opleiding verwijderd.

Als aan een paar wandelingetjes met meisjes al zulke vergaande consequenties werden verbonden, moet het bericht over de syfilis van A – een leerling uit de examenklas nog wel – werkelijk als een bom zijn ingeslagen. De ziekte kon immers bijna niet anders dan het gevolg zijn van seksueel contact. Hier paste maar één reactie: onmiddellijke en onherroepelijke verwijdering van de opleiding.

Toch deed de directeur dat niet. In plaats van straffend op te treden, wendde hij zich tot dr. Bolle, de 'medicus van het gasthuis' waar A was opgenomen.⁸ Kon het mischien zijn, zo schreef hij Bolle, dat er geen sprake was geweest van wat hij verhuullend omschreef als 'persoonlijke aanraking', maar uitsluitend van een 'ongelukkig toeval'?

Een gedetailleerd rapport

De geneesheer-directeur liet er geen gras over groeien. Al een dag later ontving Wendel een gedetailleerd rapport met diens bevindingen.² Bolle had A onderworpen aan een indringend kruisverhoor over zijn seksuele gedrag. Daarin ontkende de jongen pertinent 'in aanraking te zijn geweest' met prostituees of 'geslachts-gemeenschap met fatsoenlijke vrouwen gehad te hebben'. De medicus had geen enkele reden om aan die bewering te twijfelen: 'het totale gemis eener primäre aandoening der genitalieën' bewees volgens hem onomstotelijk dat A 'geen coïtus heeft uitgeoefend' (onderstreping van Bolle).

Hoe was de jongen dan wel besmet geraakt? Volgens Bolle inderdaad door een 'ongelukkig toeval'. A had hem verteld in de kerstvakantie op een feestje in Westkappelle te zijn geweest. 'Men schijnt daar', aldus Bolle, 'ook de dwaze gewoonte van zoenen te hebben, en op mijne stellige vraag, of hij ook aan die liefhebberij had deelgenomen, antwoordt hij bevestigend.' De plaats van de primaire infectie, de linker mondhoek, wees er volgens Bolle op dat A de pech had gehad gezoend te hebben met meisje dat 'niet gezond' was.

Directeur Wendel besloot na kennisgeving van Bolle's rapport dat de jongen niet van school verwijderd behoeft te worden.⁹ De besmetting was ontstaan in de kerstvakantie, dus buiten de verantwoordelijkheid van de school. Bovendien had A alleen maar gezoend, en zich dus niet schuldig gemaakt aan overtreding van de seksuele moraal. A slaagde – na een mislukte poging in april – in oktober 1883 voor het onderwijzersexamen en werd vervolgens benoemd te Hansweert.¹⁰

Was Bolle's conclusie gerechtvaardigd? De geneesheer-directeur onderbouwde zijn bewering met een artikel van dr. Sturgis, die in 1873 in de *American Journal of Medical Sciences* in totaal 1491 patiënten had beschreven. Bij 3,2 procent van deze patiënten ging de infectie uit van het slijmvlies van de lippen.¹¹ Ook in de kliniek van de Universiteit van Amsterdam waren in 1887 25 van de 745 patiënten extragenitaal geïnfecteerd.¹²

Over mogelijke oorzaken van de besmetting spraken de onderzoekers zich echter niet uit. Bolle daarentegen deed dat wel. Toen de coïtus als besmettingsoorzaak uitgesloten bleek en A had aangegeven een meisje gezoend te hebben, was de toedracht voor hem zo klaar als een klontje. Dat de infectie ook door andere vormen van seksuele activiteit veroorzaakt kon zijn, lijkt hij buiten beschouwing te hebben gelaten. In elk geval heeft hij er, afgaande op zijn rapport aan de directeur, niet naar gevraagd. Bovendien negeerde hij de bevinding van de ulceratie op het scrotum, die eveneens op een andere wijze van besmetting zou kunnen duiden.

Behandeling

Voor Bolle was met het uitbrengen van zijn rapport de kous af. Contactopsporing bestond nog niet in die dagen. Wel is A voor de syfilis behandeld, getuige een brief van de directeur aan A's vader met de mededeling dat hij de kosten van de verpleging moest betalen.¹³ Welke behandeling de jongen kreeg, is niet bekend. In de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw werd vaak overgegaan tot cauterisatie of excisie van het primaire affect.¹⁴ Later kwam mercur in zwang, in de vorm van kwikzalf, hoewel men ook experimenteerde met kwikinjecties.¹⁵ Deze behandeling werd gestaakt toen bekend raakte dat kwik vervelende bijwerkingen had. Voor congenitale syfilis bestond een soort immunotherapie: 'syphilisatie'. Vermeende patiënten werden 'geïnoculeerd met virus' uit gummata van syfilislijders. Deze therapie was erg omstrede en had vanzelfsprekend ernstige (bij)werkingen indien de diagnose congenitale syfilis ten onrechte was gesteld. Genezen konden al deze therapieën de kwaal niet. Het zou nog tot 1910 duren voor Ehrlich Salvarsan synthetiseerde, een arseenverbinding (Salv-arsan) die de spirocheet kon doden.^{16,17}

Een eeuw later

De incidentie van syfilis is in de afgelopen honderd jaar sterk teruggelopen. In 1883, het jaar waarin de eerste casus van deze

klinische les speelde, kwam syfilis veel voor. Een sluitende morbiditeitsregistratie bestond niet in die tijd, maar er werden wel gegevens verzameld in ziekenhuizen. In het ziekenhuis van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam bijvoorbeeld werden in 1886 en 1887 in totaal 760 syfilislijders verpleegd en per jaar circa 1600 patiënten poliklinisch behandeld.¹² Ruim een eeuw later, in 1996, werd op de Polikliniek geslachtsziekten van de Amsterdamse GGD bij een sterk gestegen inwoneraantal slechts 49 maal de diagnose syfilis gesteld, dat is bij 0,3 procent van het totaal aantal nieuwe consulten.¹⁸ Opvallend is dat dit aantal in 1979 nog 10 maal zo hoog was. Die afname, met name onder homoseksuelen, is waarschijnlijk toe te schrijven aan het veilig vrijen dat sinds de opkomst van aids ingang heeft gevonden.

Door de hoge incidentie kon de negentiende-eeuwse huisarts syfilis gemakkelijk diagnosticeren: de voorspellende waarde van de symptomen was daardoor hoog. De index van de eerste 50 jaargangen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* verwijst naar 55, veelal lange artikelen over syfilis in de jaren 1856 tot 1906. De therapeutische mogelijkheden waren toen echter gering. Moeilijk hanteerbaar was syfilis ook, doordat er vanwege de heersende seksuele moraal geheimzinnig over werd gedaan.³

Tegenwoordig is van taboeïsering nauwelijks meer sprake. Ook de behandeling levert, sinds de ontdekking van de penicilline, in het algemeen geen problemen meer op. De diagnose daarentegen is juist moeilijker te stellen, zoals blijkt uit de volgende drie casus.

Casus B

Patiënt B, een 35-jarige gehuwde man, kreeg epilepsie, waarvoor de neuroloog geen oorzaak kon ontdekken.¹⁹ Hij bleek moeilijk in te stellen op anti-epileptische medicatie en raakte in een status epilepticus, waarna hij lange tijd geheugenstoornissen hield. Hij werd tijdens een vakantie opnieuw opgenomen met een status epilepticus. Hij herstelde traag en hield geruime tijd een parese van de linkerarm en dysartrie. Hij was gedesoriënteerd en

maakte een gedemeteerde indruk. Routinematig uitgevoerde luesserologie bleek een positieve TPHA aan te tonen. Ook de liquor bleek positief, terwijl een MRI-scan afwijkingen in de ventrikels en in de witte stof aantoonde. De diagnose neurosyfilis werd gesteld. Later bleek dat 10 jaar daarvoor de TPHA al positief geweest was bij een routineonderzoek wegens subfertiliteit. Destijds was dit geduid als fout positief. Patiënt bleek onbeschermd homoseksuele contacten te hebben gehad. Zijn echtgenote bleek niet besmet. Hij kreeg penicilline, herstelde wel enigszins, maar kon niet meer zelfstandig wonen.

Door goed door te vragen, kan de huisarts ook bij aanvankelijke ontkenning van seksuele contacten achter de diagnose komen, zoals de volgende casus laat zien.

Casus C

Patiënt C, een 46-jarige man, meldde zich met een wondje op het preputium. Hij ontkende seksueel contact. Een week later kwam hij terug, omdat de plek er nog zat. Hij vertelde na enig aandringen dat hij anaal contact had gehad met zijn 18-jarige neef, bij wie hij in huis woonde. Er was inmiddels een geïndureerd ulcus op de penis. De lues-serologie was positief en duidde op een recente infectie: TPHA+; VDRL zwak +, later 1:4; FTA-abs ++. Na consultatie werd hij behandeld met benzathinebenzylpenicilline 2,4 miljoen E op dag 1, 8 en 15. Gedurende drie jaar werd elk half jaar de VDRL gecontroleerd die na een jaar negatief werd (de TPHA blijft levenslang positief). Zijn neef bleek al enige tijd opgenomen in het ziekenhuis wegens onbegrepen klachten. Bij hem werd vervolgens ook syfilis vastgesteld.

Het toegeven van een incestrelatie is natuurlijk moeilijk voor een patiënt. Maar ook op onveilig vrijen blijkt in het aidstijdperk een soort van taboe te rusten.

Casus D

Patiënt D, een 34-jarige man, kwam met zijn vaste vriend op het spreekuur met een zweertje aan de binnenzijde van de onderlip, met een zwelling submandibulair aan

dezelfde zijde. Met een rood hoofd bekende hij enkele maanden geleden onbeschermd orogeenitaal contact te hebben gehad met een andere man, die een wondje aan de basis van de penis had. De luesserologie was positief: TPHA +; VDRL 1:32; FTA-abs +. Hij werd verwezen naar de dermatoloog, die spirocheten aantoonde in een diagnostisch biopt van het ulcus en van enkele vage erythemateuze maculae op de romp. De diagnose werd gesteld op lues I-II. Hij werd behandeld als patiënt C. Zijn vriend bleek niet besmet. Voor bespreking van de HIV-problematiek werden zij verwezen naar de Dienst Geslachtsziektenbestrijding van de GGD.

Beschouwing

In vergelijking met de vorige eeuw zal de huisarts tegenwoordig minder snel aan syfilis denken. Toch is het stellen van de diagnose niet moeilijk, als de huisarts maar rekening houdt met de mogelijkheid, goed doorvraagt en aanvullend onderzoek laat verrichten. Een doeltreffende behandeling is mogelijk geworden en kan in eigen beheer geschieden, althans bij stadium I. Het negentiende-eeuwse taboe op syfilis lijkt plaats te hebben gemaakt voor gêne over onveilig vrijen. Stigmatisering door een soa is echter nog steeds actueel, zij het nu vaker in verband met aids. In de literatuur lijkt HIV syfilis te hebben verdrongen. Zo werden in het elektronische zoekmedium De Geïnformeerde Huisarts, met 3375 recente verwijzingen uit 12 Nederlandstalige op de huisarts gerichte tijdschriften, 38 publicaties over HIV gevonden en maar drie over syfilis (twee over het nut van screening en één over syfilis bij HIV-geïnfecteerden).

Interessant vanuit historisch perspectief is vooral hoe de gezagsdragers op de besmetting reageerden. A werd niet van school verwijderd, ook al had hij een venerische ziekte opgelopen die hoe dan ook duidde op seksueel getinte activiteit, iets wat volstrekt haaks stond op de schoolnormen. De zaak werd afgedaan als een dwaaze 'liefhebberij' en vervolgens deed iedereen er het zwijgen toe. De affaire staat niet

vermeld in de notulen van de docentenvergaderingen, hoewel die van normafwijkend gedrag van leerlingen in het algemeen gedetailleerd verslag deden. A trof kennelijk geen enkele blaam. De verantwoordelijkheid voor het gebeurde legden de betrokkenen volledig bij het meisje dat A op een feestje had ontmoet. Zo behoefde er niets te gebeuren en kwam de school niet in opspraak.

Andere mogelijkheden voor het ontstaan van de besmetting, in casu homoseksuele orale seks, heeft Bolle niet gesuggereerd. Of hij daar welbewust over heeft gezwegen dan wel uit onwetendheid of vooringenomenheid handelde, kan uit de archiefstukken niet met zekerheid worden afgeleid. Voor alle drie de veronderstellingen valt iets te zeggen. Bolle's rapport wekt op zijn minst de indruk dat hij wat marchandeerde met de waarheid. Zijn snelle conclusie over de oorzaak van de besmetting en het feit dat hij de ulceratie op het scrotum niet in zijn overwegingen betrok, lijken daarop te wijzen. Gezien de medische literatuur die in zijn tijd verscheen,²⁰ moet hij wel op de hoogte zijn geweest van wat destijds werd aangeduid als 'perverse geslachtsdrift'. Aan de andere kant was de aandacht van artsen toen echter vooral gericht op het tegennatuurlijke karakter van homoseksuele handelingen en niet op de gevolgen in termen van geslachtsziekten. In dat perspectief kan zijn handelwijze verklaard worden uit onwetendheid. Tenslotte zal ook vooringenomenheid een rol hebben gespeeld. In het negentiende-eeuwse debat over venerische ziekten werd de hoofdrol toegeschreven aan vrouwen, in casu aan prostituees.^{3,4} En, in het verlengde daarvan, voor de medicus Bolle kennelijk ook aan vermeend promiscue meisjes die op feestjes onschuldige jongens tot zoenen verleidden.

Dankbetuiging

Met dank aan J.H. Schakelaar, huisarts, voor de gegevens over casus B, C en D.

Literatuur

- 1 Rijksarchief Zeeland (RAZ), Archieven van de (Rijks)opleidingen voor onderwijzers(essen) en kleuterleid(st)ers en de daaraan verbonden instellingen te Middelburg (Archief Rijkskweek-school); archiefnummer 23.1.
- 2 Dr. J.G. Bolle aan de directeur van de Rijkskweekschool voor Onderwijzers te Middelburg, 25 maart 1883. RAZ, Archief Rijkskweekschool, 1.
- 3 Mooij A. Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1940. Amsterdam: Boom, 1993: 38.
- 4 Stemvers FA. Geslachtsziektenbestrijding 1850-1880. Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek 1981;1:1-25.
- 5 De Vries P. Kuisheid voor mannen, vrijheid voor vrouwen. De reglementering en bestrijding van prostitutie in Nederland, 1850-1911. Hilversum: Verloren, 1997: 44-51.
- 6 Goffman E. Totale instituties [oorspronkelijke titel: The prison]. Rotterdam: Universitaire Pers, 1994.
- 7 Van Essen M. Apotheose in Beverwijk. Het conflict op de Bisschoppelijke Kweekschool in historisch perspectief. In: Bakker N, Schreuder P, redactie. Kind en cultuur in opvoeding en onderwijs. Bijdragen aan de Zevende Pedagogendag. Groningen: Gion, 1996: 162-71.
- 8 W.J. Wendel aan Dr. J.G. Bolle, 24 maart 1883. RAZ, Archief Rijkskweekschool, 4.
- 9 Directeur Rijkskweekschool aan Minister van Binnenlandse Zaken, 18 april 1883. RAZ, Archief Rijkskweekschool, 4.
- 10 Persoonsdossiers. RAZ, Archief Rijkskweekschool, 76.
- 11 Sturgis FR. Two cases of syphilis, in one of which the primary lesion was seated on the internal surface of the eyelid, in the other on the cheek. Am J Med Science 1873:102-6.
- 12 Van Dugteren BGEW. De syphilis en hare therapie [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Haarlem: Bohn, 1888: 7-9.
- 13 Directeur Rijkskweekschool aan de Heer R., 20 april 1883. RAZ, Archief Rijkskweekschool, 4.
- 14 Chanfleury van IJsselsteijn. Over de therapie der constitutioneele syphilis in de vroege perioden. Ned Tijdschr Geneeskd 1884;13:807-10.
- 15 Bouchet H. Histoire et évolution du traitement de la syphilis. La Revue du Practicien 1996;46: 1064-6.
- 16 Meininger JV. Paul Ehrlich (1854-1915) en het salvarsan. Aere Perennius. Verslagen en Mededelingen uit het Medisch-Encyclopaedisch Instituut van de Vrije Universiteit 1979;32:4-9; 33:32-41.
- 17 Verhoef P. Geschiedenis van het genezen; de vroege receptie van het antisyphiliticum Salvarsan in Nederland (1910-1911). Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:2519-23.
- 18 Jaarverslag 1996 geslachtsziektenbestrijding GG&GD Amsterdam.
- 19 Rinkel GJ, Brouwers PJ, Lambrechts DA. Klinisch denken en beslissen in de praktijk. Een dirigent met epilepsie gevolgd door geheugenstoornissen. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:723-6.
- 20 Hekma G. Homoseksualiteit, een medische reputatie. De uitdoktering van de homoseksueel in negentiende-eeuws Nederland. Amsterdam: SUA, 1987.