

een geval met dodelijke afloop te hebben waargenomen, deden mij besluiten deze wijze van toediening van vitamine B<sub>1</sub> onmiddellijk en voorgoed te staken.

Batavia, 27 November 1949

A. BAKKES,

*luitenant ter zee arts I. K.M.*

### HET NIEUWE MIDDEL TEGEN ZEEZIEKTE, DRAMAMINE

Naar aanleiding van de mededeling van coll. BLOM in dit *Tijdschrift* no. 47, bl. 3996 1949, veroorloof ik mij de volgende opmerkingen en aanvullingen.

a. Als resultaat van mijn eigen ervaringen met het originele Amerikaanse dramamine aan boord van het s.s. „Stuyvesant” in October 1.1., beschouw ik het als een „wondermiddel”: zelfs gedurende een storm met windsterkte 7, heb ik bij gebruik ervan geen spoor van zeeziekte bemerkt; de slingeringen van het schip waren mij een genoegen!

b. Aangezien de ervaringen met het nieuwe middel echter nog betrekkelijk gering en jong zijn, zou ik met de dosering wat voorzichtiger willen zijn dan coll. BLOM; een niet te verwaarlozen factor is, dat men de tabletjes moet *blijven* innemen en wie kent reeds de mogelijke bij- of naverschijselen bij langdurig gebruik?

c. Voor mij persoonlijk bleek één tabletje 's ochtends voor het opstaan, een half 's middags om 12 uur en een half 's avonds om 6 uur (voor lunch en diner) meer dan voldoende: ik sloeg herhaaldelijk de middag- en (of) avonddosis over. Bij- en naverschijselen heb ik niet waargenomen.

d. Dramamine wordt thans ook vervaardigd en in ons land in de handel gebracht door de Fa. H. LUNDBECK & Co. te Kopenhagen-Malmö, onder de naam „amosyt”.

e. Terwijl elk tabletje van het Amerikaanse dramamine op ongeveer 30 cent komt, kost „amosyt” 19 cent per tablet.

f. de K.N.S.M. stelt in al zijn scheepsapotheken „amosyt”-tabletjes gratis ter beschikking van zijn passagiers.

's-Hertogenbosch, 27 Nov. 1949

A. J. M. LAMERS

### ZIEKTE VAN HODGKIN

In het *N.T.v.G.* 93, bl. 3470, 1949 beschrijven collegae mej. DE LEEUW en LOPES CARDOZO een geval van ziekte van HODGKIN, waarbij de diagnose (die later door de autopsie werd bevestigd) op een proefexcisie berustte.

Het moet zeker raadzaam geacht worden bij *twijfel* geen enkele methode van onderzoek ongebruikt te laten, maar wat de eis van de schrijvers betreft, die eigenlijk inhoudt, dat zonder cytologisch onderzoek de diagnose „ziekte van HODGKIN” niet met zekerheid kan worden gesteld, kan men hen niet van overdrijving vrij pleiten. De diagnose „ziekte van HODGKIN” berust, zoals ook duidelijk blijkt uit het artikel van de schrijvers, op het voorkomen van de cellen van REED-STERBERG gecombineerd met die van het kenmerkende granulatieweefsel en deze combinatie is in histologische praeparaten van lymphklieren met veel meer zekerheid en veel gemakkelijker te herkennen dan in uitstrijk- of deppraeparaten, waarin nagenoeg niets omtrent de orgaan- en weefselstructuur, die juist voor de diagnose zo belangrijk zijn, te vinden is. In verband met de grote polymorphie van de cellen van REED-STERBERG (zie bv. M. FAVRE en P. COIZAT. *Ann. d'Anat. Path.* 8, 838, 1931) en met het feit, dat ook bij andere ziekten der lymphklieren (bv. retotheelsarcoom en reticulose) atypische reuzencellen voorkomen, kan de cytoloog zelden of nooit met zekerheid het voorkomen van cellen van REED-STERBERG bewijzen en ten hoogste de aanwezigheid van megacaryocyten uitsluiten. Dit is vooral bij obducties, waar men een groot aantal lymphklieren en verschillende organen kan onderzoeken, en bij proefexcisies van lymphklieren slechts zelden noodzakelijk, daar bij *goede* histologische techniek (fixatie in sublimaat-mengsels, zorgvuldige insluiting in paraffine, kleuring met azuur-eosinaat, impregnatie van het reticulum) een myeloïde metaplasie met voor-

komen van megacaryocyten gemakkelijk is te herkennen. Wordt de obductie, zoals helaas maar al te vaak gebeurt, 10 tot 24 uren na de dood verricht, dan worden de uitkomsten van het cytologische onderzoek door autolyse zo onzeker, dat ook uit dien hoofde aan het histologische praeparaat de voorkeur moet worden gegeven. Ook een ervaren haematoloog en cytoloog als LIMARZI, alhoewel hij toegeeft, dat het soms moeilijk kan zijn om in coupes REED-STERNBERG-reuzencellen van megacaryocyten te onderscheiden bij het onderzoek van *lymphklieren* op ziekte van HODGKIN, geeft aan het histologische praeparaat de voorkeur.

Curaçao, 25 November 1949

PH. H. HARTZ

### INTRAVENEUZE IJZERTHERAPIE

Naar aanleiding van het artikel van J. GERBRANDY over bovengenoemd onderwerp in het *N. T. v. G.* van 26 November 1949 moge ik de aandacht vestigen op een artikel over ditzelfde onderwerp van KJ. AGNER, N. S. E. ANDERSON en N. G. NORDENSON in *Acta Haematologica*, dl. I, bl. 93, 1948.

Het uitgangspunt voor het door hen gebruikte praeparaat was ferritine, een aan ijzer zeer rijk proteïne, dat o.a. voorkomt in de darmmucosa en dat in de darmen de resorptie van ijzer zou regelen. AGNER bereidde het ferritine uit de milt van paarden. Daar het door hem vervaardigde praeparaat evenwel een antigene werking had en aanleiding gaf tot anaphylaxie, liet hij een praeparaat maken, dat in bouw op ferritine geleek, doch de gevaarlijke eigenschappen daarvan miste. In Zweden kwam dit praeparaat in de handel onder de naam Ferrigon. Het zou bestaan uit in het bijzonder aan colloïden gebonden ferri-ijzer.

Dit ferrigon wordt eveneens intraveneus ingespoten in een maximale dosering van 10 cm<sup>3</sup> (100—115 mg ijzer) per keer en per dag, terwijl in totaal maximaal 1000 mg wordt gegeven. De resultaten waren bevredigend.

Een groot voordeel van dit praeparaat is, dat het volgens de schrijvers iedere nadelige of gevaarlijke bijwerking mist. Ten hoogste zou het bij de injectie een snel voorbijgaande metaalsmaak bij de patiënt veroorzaken. Wel moet ook bij het inspuiten van ferrigon nauwlettend gewaakt worden voor inspuiting naast de ader, daar het dan ernstige plaatselijke symptomen veroorzaakt.

Leiden, 30 November 1949

JAC. J. DE JONG

### BEHANDELING VAN ROODVONK MET PENICILLINE

Naar aanleiding van de brief van collega HUYGEN (*N. T. v. G.* 1949, IV, 4119), zouden wij willen opmerken:

Wij zijn overtuigd, dat isolatie van roodvonk-patiënten in een ziekenhuis geen belangrijke invloed kan uitoefenen op het beloop van de endemie. Wij trachten slechts de ziekte zo licht mogelijk te doen belopen en de duur van behandeling en verpleging tot het uiterste minimum te beperken.

Het gestelde doel kan om verschillende redenen het beste in een ziekenhuis worden bereikt. Allereerst is het tot nu toe niet bekend of men de verwickelingen en de duur van de besmettelijkheid ook belangrijk kan beperken, indien het penicilline-gehalte van het bloed korter dan 24 uur een werkzame hoogte behoudt. Nu staat het vast, dat 12 uur na toediening van een deel der verkrijgbare procaine-penicilline-paeparaaten bij een aantal patiënten (vooral kinderen) vrijwel geen penicilline in het bloed aantoonbaar is (minder dan 0.03 E. per ml). Wil men dus een depôt-paeparaat gebruiken, dan is dit alleen geoorloofd, indien men in de gelegenheid is het penicilline-gehalte van het bloed bij alle patiënten te controleren. Blijkt het gehalte te laag te zijn, dan dient men weer over te gaan tot het gebruik van een penicilline-product, dat alle drie uur moet worden ingespoten.

Zolang het nog niet vaststaat, dat inspuiting met alle verkrijgbare depôt-paeparaaten een voldoende penicillinegehalte van het bloed gedurende 24 uur