

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 cm³ (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