

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

ONDERZOEK VAN BLOED EN BEENMERG

Vraag No. 1. Heeft hematologisch onderzoek van perifere bloed en van beenmergpunctaten met behulp van het fasencontrastmicroscopie voordelen ten opzichte van het gewone microscopische onderzoek van gekleurde preparaten?

Antwoord. In het algemeen verkiezen hemato-cyologen de panoptisch gekleurde preparaten van bloed en beenmerg boven de ongekleurde. De beoordeling van bloed en beenmergcellen in het natieve preparaat (fasencontrastmethode of, zo men wil, supravitale techniek) geeft een gedetailleerder beeld van structuren van kern en protoplasma (insluitels, aantal en vorm van mitochondriën) die men niet verkrijgt met de panoptische kleuring. Onder bepaalde omstandigheden biedt het natieve preparaat dus voordelen, maar dit hangt samen met de gerichte belangstelling van de onderzoeker. Voor het routine-onderzoek van bloed en beenmerg zijn panoptisch gekleurde preparaten te verkiezen.

Volledigheidshalve moet nog worden vermeld dat enkele hematologen de beoordeling in het natieve preparaat tot routinemethode hebben gemaakt.

PROFYLACTISCHE BEHANDELING BIJ RECIDIVERENDE ERYSIPELAS

Vraag No. 2. Zijn er bezwaren tegen, patiënten met recidiverende erysipelas profylactisch te behandelen met een antibioticum of een chemotherapeuticum, bv. een maandelijks injectie van 1,2 miljoen eenheden benzathine-penicilline? Indien hiertegen bezwaar is, zou het dan wel aangewezen geacht kunnen worden, een dergelijke patiënt die op reis gaat, tevoren een profylactische injectie te geven?

Antwoord. Recidiverende erysipelas begint bijna altijd telkens op dezelfde plaats en meestal is hier een lokale afwijking aanwezig die uitgangspunt is voor de streptokokkeninfectie: een ulcus cruris, eczeem, mycose enz. In de eerste plaats is behandeling van deze afwijking nodig. Wanneer er geen duidelijke huidveranderingen zijn of wanneer na genezing hiervan recidieven van de erysipelas niet uitblijven, komt als tweede maatregel de toepassing van uitwendige antibacteriële middelen in aanmerking: regelmatig gebruik van hexachlorofoenzeep, chloorhexidine in spiritus (0,5 pct) of crème (1 pct) enz. Pas wanneer langdurige toepassing niet tot succes leidt of wanneer de erysipelas telkens uigaat van een huidlaesie die niet tot genezing is te brengen, kan men profylactisch gebruik van een chemotherapeuticum of antibioticum overwegen. In den regel moet die profylactische behandeling zeer lang worden volgehouden en het is duidelijk dat de gevaren niet licht geteld mogen worden. Of het risico aanvaard mag worden moet voor ieder geval zorgvuldig overwogen worden; het is wel zeker dat men slechts zelden tot de ingrijpende maatregel van lang voortgezette toediening van een sulfonamide of een penicilline-preparaat behoeft te beslui-

ten. Bij zeer frequente recidieven, bv. bij elephantiasis is een poging tot profylaxe, op de wijze zoals bij polyarthritis rheumatica acuta gebruikelijk is, wel eens aangewezen; men krijgt de indruk dat ze wel eens succes heeft. Of men bv. voor een reis tijdelijke profylaxe zal nastreven met een injectie van benzathinepenicilline, hangt van veel omstandigheden af, zoals vroegere ervaring met deze injecties bij de patiënt, reisdoel, grootte van de recidiefkans enz.

INGEZONDEN

HABITUELE AFTEN

Een persoonlijke ervaring kan misschien voor een enkele patiënt van waarde zijn. Ik leed sinds mijn 12e jaar aan vaak recidiverende aften van mond- en keelslijmvlies. Bij toeval merkte ik, dat de aften verschenen na gebruik van bepaalde merken tandpasta, en toen ik er systematisch op ging letten, ook in aansluiting op het nuttigen van mosterd. Sinds ik mosterd vermijdt, heb ik geen last meer van aften; als ik een enkele keer hiertegen zondig, verschijnen de aften prompt. Merkwaardig is dat de zweertjes pas goed tot ontwikkeling komen ongeveer 17 dagen na het nuttigen van mosterd.

Literatuur: Vraag No. 65 (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 2281.

Santpoort, 10 december 1963

J. A. SCHRÖDER-
VAN DER HORST

In tegenstelling tot hetgeen uw adviseur heeft geconstateerd, nl. geen of geringe verbetering van aften na lokale toepassing van zuigtabletten met hydrocortison-hemisuccinaat (zie Vraag 65, 1963) is mijn ervaring veel gunstiger. Men moet echter geen Corlan- (niet: Corlet-) pellets voorschrijven. Hiervan zag ik ook geen duidelijke resultaten. Wel van de hydrocortison-hemisuccinaat-tabletten, die door onze Haagse Gemeente-apotheek worden vervaardigd.

Ik zie vrijwel dagelijks patiënten met afteuze stomatitis en pleeg op mijn recept te schrijven: „slechts tabletten fabriek Gemeente-apotheek af te leveren, s.v.p.”

Niet alleen plagen de „normale”, kleine aften in 90 pct der gevallen prompt te verdwijnen, ook confluierende ulcera, soms zelfs ter grootte van een gulden, die de patiënt in ernstige mate ziek maken, reageren zeer goed. Ik schrijf deze tabletten nu reeds enkele jaren voor en heb verscheidene patiënten met „habituele” aften kunnen controleren. Over het algemeen komt de stomatitis minder frequent op en de exacerbaties laten zich goed onderdrukken door applicatie van de zuigtabletten. Een enkele patiënt heeft in het geheel geen last meer.

Er zijn overigens nog andere fabrikaten in de handel, met enkele waarvan ik kennismakte. Onze Haagse tabletten winnen het echter voorlopig van de andere. Hoe en waarom weet ik niet.

Literatuur: Vraag No. 65 (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 2281.

's-Gravenhage, 7 december 1963

B. A. M. ELIAS

Voor Corlan-pellets is tot onze spijt inderdaad de foute naam Corlet-pellets ingeslopen. Inzender ELIAS heeft, al is hij tevreden, toch ook niet een uitblijven van recidieven gezien. De aften verdwijnen steeds, ook zonder therapie. Om bij een aandoening zoals deze, voorkeur voor een bepaald fabriek van een zelfde medicament te kunnen uitspreken, is bewerking van een wel zeer groot materiaal nodig.

Amsterdam, december 1963

REDACTIE