

ziekte komt vrijwel uitsluitend voor bij jonge kinderen; ze geneest spontaan in ongeveer twee weken. Meestal wordt opgegeven dat de ziekte nooit recidiveert; in het standaardwerk van SCHUERMANN, GREITHER en HORNSTEIN (1966) staat echter dat zelden een recidief voorkomt, maar nooit meer dan één. Sinds door virologisch onderzoek is gebleken dat deze stomatitis aphthosa een der afwijkingen is die bij primo-infectie met herpes-simplex-virus kunnen ontstaan worden de namen stomatitis (acute) herpetica en gingivostomatitis herpetica verkieslijk geacht maar de oude benaming is daarmee niet verdwenen. Op de verwarring die kan ontstaan werd in deze rubriek reeds eerder gewezen (Vraag 35 1969). De vele slijmvliesaandoeningen met als aften aangeduide erosies of oppervlakkige ulcera vormen een moeilijk hoofdstuk, de nomenclatuur is belangrijk om er de weg in te kunnen vinden.

In de in de vraag gebruikte term „pallets” is een drukfout geslopen. Over het gebruik van pellets als zuigtabletten met hydrocortisonhemisuccinaat is in dit tijdschrift geschreven door JANSEN en REYERS (1960).

Literatuur: JANSEN, L. H. en J. G. CH. REYERS (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 217. — SCHUERMANN, H., A. GREITHER en O. HORNSTEIN (1966) *Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen*. Urban & Schwarzenberg, München. — Vraag 35 (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1437; Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1097.

Amsterdam, juli 1974

J. R. PRAKKEN

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 23 (1974) zou ik graag een goed woordje willen doen voor de zuigtabletten met 2,5 mg hydrocortisonhemisuccinaat (bv. Corlan-pellets) die weliswaar de aften niet genezen, maar wel voor korte of langere tijd doen verdwijnen. De toepassing is gemakkelijk in de onderkaak, bv. sublinguaal of in het vestibulum oris, maar moeilijker in het vestibulum van de bovenkaak. Het aanstippen van de blaasjes met nitrargenti 50% op een miniatuur-watje in een zg. tandartsenpincet is effectief, maar kan slechts incidenteel gebeuren en is tijdrovend wanneer er meer blaasjes tegelijk zijn en moeilijk wanneer door overvloedig speeksel de aan te stippen plek niet droog te krijgen is.

Voor ik deze hydrocortisontherapie had leren kennen, heb ik (gedeeltelijk) succes gehad met het vrijwel onbekende, maar in gevallen van „gewone” gingivitis zeer werkzame doorspuiten van de interdentalen ruimten met 1/2% waterstofperoxide (afgestompte naald tussen de tanden en kiezen plaatsen en met enige kracht spuiten). Deze methode maakt de — meestal schuldige — anaëroben het leven moeilijk en is ook voor de patiënt gemakkelijk toe te passen (enige malen per dag).

Literatuur: Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1097.

Amsterdam, juli 1974

B. VAN OMMEN

Naar aanleiding van vraag 23 (1974) inzake de behandeling van stomatitis aphthosa is het misschien interessant het volgende praktijkgeval te vermelden. Toen ik destijds mijn (overgenomen) praktijk begon, raadpleegde een patiënte mij over haar hardnekkige en pijnlijke aften. Bij het uitspieden van de anamnese bleek, dat deze aften optraden

gedurende de laatste week vóór het begin van de menstruatie. Ik schreef patiënte voor die week ethinylestradiol (Lynoral) voor met verbluffend succes. Na drie jaren hielp dit niet meer. Ik gaf toen Menformon. Dit hielp een klein jaar. Daarna was het alleen nog de nitrastift die uitkomst bracht. Met het intreden van het climacterium verdwenen ook geleidelijk de aften.

Literatuur: Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1096.

Mook, juli 1974

J. A. KOK

Naar aanleiding van vraag 23 (1974) kan ik meedelen dat mij een afdoende therapie voor stomatitis bekend is. Het gaat hier om ernstige aphthae-patiënten. Stomatitis aphthosa wordt in eerste instantie niet veroorzaakt door een infectieus agens, doch door een allergie die weer op een aangeboren intolerantie berust voor voedings- en genotmiddelen. DARIER (*Précis de dermatologie*) wees er meer dan 60 jaar geleden reeds op dat men deze aphthae vooral aantreft bij dyspeptische en nerveuze mensen t.g.v. dieetfouten en stress.

Bij normale mondverzorging genezen aphthaelaesies vanzelf in ruim een week. Men voorkomt recidieven door een doeltreffend dieet. Het is dus niet nodig om geneesmiddelen te doen gebruiken. Medicus en patiënt moeten te zamen zoeken naar het geschikste dieet.

In 1952 kwam ik m.i. een stuk verder toen ik twee verpleegsters in behandeling kreeg, die ieder in een ander ziekenhuis werkten en elkaar niet kenden. Zij konden vaak niet behoorlijk praten en eten door de pijn aan tong of wangen. In hun jeugd hadden zij vaak spijsverteringsstoornissen en buikpijn. Ik besloot te beginnen met een eenvoudig volwaardig proefdieet, samengesteld uit voedings- en genotmiddelen, die doorgaans goed worden verdragen. De ervaring had mij tevoren reeds geleerd dat men voorzichtig moest zijn met vette spijzen zoals roomboter, room, volle melk, kaas, vet vlees, spek, ham en ook eieren. Ook met genotmiddelen zoals cacao-producten, pindaproducten, walnoten, gebakjes, speculaars, specerijen, drop, zuurtjes en ook met het roken van sigaretten moet men voorzichtig zijn. Onwetende aphthae-patiënten eten wekelijks enige malen van genoemde producten en hebben daardoor continu last van aphthae.

Omstreeks hun 20e jaar was de stomatitis aphthosa bij beide patiënten komen opzetten, veel erger dan tevoren. Al naar de graad van overgevoeligheid én naar de hoeveelheid die wordt geconsumeerd, komen de aphthae vroeger of later na de maaltijden op. Die tijd varieert bv. van 1/2-6 uur. Dit is van veel belang om te weten, ten einde de „dader” te ontdekken. Bij de ene patiënte gaven 5 walnoten na 6 uren één kleine efflorescentie, die niet veel last gaf; 2 weken later gaven 20 kleine pindanoetjes na 1 1/2 uur een fikse reactie van verschillende en grotere efflorescenties, gepaard met een algemeen onwelzijn gedurende enige dagen. De hoeveelheid van het voedingsmiddel speelt een grote rol. Bij de andere patiënte gaf één ei om de drie dagen geen last, doch 1 x per week 2 eieren tijdens één maaltijd veroorzaakten enige uren daarna stomatitis aphthosa. Die overgevoeligheid blijft zeer lang, zelfs vele jaren bestaan. Bij vrouwen die steeds veel last van aften hadden, heb ik de aandoening spontaan zien verdwijnen toen zij boven de leeftijd van ongeveer 50 jaar kwamen.

Het uitgangspunt voor een proefdieet moet zijn, dat dit volwaardig en eenvoudig is. Het moet worden samengesteld uit voedings- en genotmiddelen die doorgaans door deze pa-

tiënten goed worden verdragen. Ik koos het volgende dieet:

Ontbijt: Eén bordje karnemelkse gortpap (geen yoghurt), naar believen met wat stroop, en één volkorenbrood-boterham, schraal gesmeerd met margarine, plus één rijpe appel of rijpe sinaasappel. Als drank water of slappe thee, zonder melk en suiker.

Om 10 uur: Naar behoefte één glas karnemelk of één appel, grapefruit of sinaasappel.

Om 12.30 uur: Gehakte biefstuk, met een weinig margarine zeer licht gebakken, gekookte aardappelen, salade van kropsla, fijn gesneden andijvie, fijn gesneden brussels lof of veldsla, met natuurazijn zonder kruiden. Desgewenst met wat gekookte witte of bruine bonen. Als dessert één appel, sinaasappel of grapefruit.

Om 16 uur: Naar behoefte zoals om 10 uur.

Om 18 uur: Zoals ontbijt.

Sommige patiënten hebben een afkeer van karnemelk; deze laat men dan twee of drie boterhammen eten i.p.v. één boterham.

Als de stomatitis aphthosa na verloop van 1 à 2 weken is verdwenen, wacht men nog 1 week, om daarna te trachten het dieet uit te breiden met andere vormen van mager vlees, gekookte of gebakken vis, groenten, een ei om de 3 dagen, een dun plakje kaas op één boterham e.d. Men kan beginnen met kleine porties en daarna proberen of men grotere porties verdraagt. Want voor ieder voedingsmiddel moet ook het tolerantiequantum worden vastgesteld.

Literatuur: Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1096.

's Heer Arendskerke, juli 1974

P. J. VAN PUTTE

BOEKAANKONDIGINGEN

J. C. SEELEN, H. A. I. M. VAN LEUSDEN, A. C. DROGENDIJK en K. J. H. VERSCHOOF, *De bewaking van het kind in utero.* (De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, deel 82.) 284 bl., 117 fig. Stafleu, Leiden 1973. Prijs: ingen. f 57,50.

Vier auteurs beschrijven even zoveel aspecten van de foetale bewaking: de controle van de uitscheiding van hormonen, amniocentese en vruchtwateronderzoek, amnioscopie en microbloedonderzoek en de controle van de harttonen van het kind in utero. De informatie is vooral gericht op de huisarts. Dit komt het beste tot uiting in het helder en geserreerd geschreven hoofdstuk over amnioscopie en microbloedonderzoek. Daarentegen zijn 158 bladzijden over vruchtwater voor een boek als dit van het goede te veel, te meer daar de weergegeven inzichten niet overal ingang hebben gevonden. Anderzijds is de behandeling van de registratie van de foetale hartfrequentie wat beknopt uitgevallen: de ante-partum-tachometrie wordt bijvoorbeeld niet genoemd.

Ondanks deze weerspiegeling van de persoonlijke voorkeuren van de auteurs, bevat dit boekje veel wetenswaardigs, niet alleen voor huisartsen, maar ook voor studenten.

H. J. HUISJES

Emotional factors in gastrointestinal illness. Onder redactie van A. E. LINDNER. (International congress series, Nr. 304.) 189 bl. Excerpta Medica, Amsterdam 1973. Prijs: ingen. f 48,—.

Emoties spelen een rol in het ontstaan van ziekten; emoties ontstaan ook als gevolg van ziek zijn. In beide gevallen wordt de arts met de emoties van zijn patiënten geconfronteerd. In de maagdarngeneeskunde spelen beide emotionele aspecten van ziek worden en ziek zijn een grote rol. Een hoog percentage van de patiënten die het spreekuur bezoeken, lijdt aan zogenaamde functionele aandoeningen; in het ontstaan en beloop van sommige zogenaamde organische maagdarmaandoeningen (ulcus pepticum, ileitis regionalis, colitis ulcerosa) spelen emoties een belangrijke rol, terwijl vele patiënten op de bij hen toegepaste chirurgische ingrepen aan het maagdärnkanaal, zoals maag- of colonresecties, emotioneel reageren.

In deze monografie geven de 16 schrijvers van de afzonderlijke hoofdstukken — deels psychiaters, deels internisten met bekende namen — overzichten van de stand van onze kennis op deze gebieden. Behalve de hierboven genoemde onderwerpen worden o.a. ook anorexia nervosa, aërofagie, functionele diarree en constipatie, het irritable colonsyndroom en de psychiatrische aspecten van leverziekten behandeld. De monografie geeft een overzicht van het vele werk dat vooral de laatste jaren over het onderwerp is verricht, doch laat tevens uitkomen hoe onvoldoende onze kennis nog is. Europese lezers zullen de vrij eenzijdige beperking van de literatuuroverzichten tot Amerikaanse publikaties als een bezwaar aanvoelen. Overigens kan het boekje warm worden aanbevolen aan ieder die belang stelt in de psychosomatische aspecten van patiënten met gastro-intestinale ziekten.

J. J. GROEN

Handbuch der medizinischen Radiologie. Onder redactie van L. DIETHELM, F. HEUCK e.a. Band XIII, deel 1: Röntgendiagnostik des Urogenitalsystems. Onder redactie van O. OLSSON. 668 bl., 448 fig. Springer-Verlag, Berlin 1973. Prijs: geb. DM. 340,—.

Ook dit deel van de Encyclopedie van de medische radiologie toont welke grote vorderingen de röntgendiagnostiek de laatste jaren maakt. OLSSON, die met zijn medewerkers hier veel toe heeft bijgedragen, heeft dit deel geheel voor zijn rekening genomen.

Nieuwe inzichten over de angiografische mogelijkheden bij de verschillende verrichtingen zijn uitgebreid en goed behandeld. Toch vraagt men zich af, of het verstandig is de behandeling van zo'n uitgebreid onderwerp aan één man toe te vertrouwen. Over enkele onderdelen valt tegenwoordig wel wat meer te zeggen. De optimale hoeveelheid toe te dienen contrastmiddel wordt gesteld op 20 à 40 ml, hetgeen volgens de huidige opvattingen op zijn minst een punt van discussie is. De echografische diagnostiek van nierziekten wordt niet behandeld. Ook renale afwijkingen ten gevolge van filariasis vindt men niet vermeld.

Toch aarzelen wij niet dit goed geïllustreerde boek aan radiologen, nefrologen en urologen aan te bevelen.

A. C. KLINKHAMER