

mogelijkheid willen beschrijven zonder een scherpe afbakening van indicatierreinen aan te geven.

De techniek welke door HANCKE e.a. (1975) en HOLM e.a. (1975) in Denemarken is ontwikkeld, werd aanvankelijk voor vruchtwaterpunctie en echografisch gerichte leverbiopsieën gebruikt. Later volgde de toepassing om cytologisch materiaal te verkrijgen bij patiënten met pancreascarcinoom, bij wie men de prognose zo slecht achtte dat het verkrijgen van een microscopische diagnose zonder operationele ingreep als een groot winstpunt beschouwd kon worden. Het risico van entmetastasis werd bij deze patiënten niet van betekenis geacht.

Ten aanzien van cytologische puncties van bv. niertumoren zoals ook door deze Kopenhaagse groep verricht worden, is het nut van een dergelijke ingreep discutabel omdat o.a. het angiografisch beeld van een niercarcinoom veelal zo kenmerkend is dat aan de diagnose niet getwijfeld hoeft te worden. Bovendien ondergaan deze patiënten merendeels toch nefrectomie, zodat de histologische diagnose steeds verkregen wordt.

De kanttekeningen van VAN HEERDE en VAN DONGEN zullen naar ik hoop bijdragen tot een verantwoord toepassen van de echografisch geleide cytologische punctietechniek zonder echter uit het oog te verliezen dat deze snelle, trefzekere, zeer weinig belastende diagnostiekvorm een grote aanwinst kan zijn ten opzichte van vele indirecte, soms zwaar belastende diagnostische ingrepen.

*Literatuur:* HANCKE, S., H. H. HOLM en F. KOCH (1975) *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 361. — HOLM, H. H., J. F. PEDERSON e.a. (1975) *Radiol. Clin. North-America* 13, 493.

Amsterdam, juni 1978

W. A. WINTER

### *Slijmvliesafwijkingen in en om de mond*

Het lezenswaardig Caput Selectum van VAN DER WAAL en VAN DER KWAST (1978) wil ik op één punt niet onweersproken laten. Bij het onderwerp „aftēn” staat in de ondertiteling van fig. 1: „er is geen effectief geneesmiddel beschikbaar”, terwijl in de tekst vermeld wordt dat lokale applicatie van corticosteroïden zelden enig effect blijkt te hebben. Ik onderschrijf deze opvatting niet: vanaf mijn kinderjaren lijd ik recidiverend aan deze uitermate hinderlijke en pijnlijke ulcera die vooral een spreekbeurt of een diner vaak tot een swelling maken, en uit dien hoofde heb ik velerlei „therapeutica” aan den lijve geprobeerd, zoals de bekende aanstipvloeistoffen: tct myrrh, tct jodii, tct rattannh. aaa, Pyralvex en andere. Het enige mij bekende middel dat de duur van de aandoening van 2-4 weken tot 5-7 dagen terugbrengt en de pijn vermindert, is mij door mijn tandarts aangeraden en betreft Kenacort A in orabase. Het gaat hier om 0,1% triamcinolonacetonide dat verwerkt is in een adhesieve zalf die ook op het slijmvlies hecht.

Het onmiddellijk beginnen van deze behandeling door nachtelijke applicatie op het ulcus is naar mijn ervaring wel degelijk doeltreffend. Men moet de patiënt aanraden 's avonds na het tanden-poetsen het slijmvlies met een handdoek te drogen en vervolgens de zalf aan te brengen;

deze blijft tot de volgende morgen op haar plaats. Van patiënten aan wie het wordt voorgeschreven, hoor ik dezelfde positieve ervaringen.

*Literatuur:* WAAL, I. VAN DER en W. A. M. VAN DER KWAST (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 157.

Heemstede, februari 1978

J. M. KAMPS

Als reactie op het artikel van VAN DER WAAL en VAN DER KWAST (1978) enkele opmerkingen omtrent de aftēn waarvoor geen effectief geneesmiddel beschikbaar is. Het lijkt mij, na vele jaren ervaring met regelmatig terugkerende aftēn die inderdaad niet te remmen waren, dat vitamine B-complex wel effect heeft. In het beginstadium van een aftē gebruik ik het nu in een dosering van 2-3 maal per dag 1 dragee. De aftē komt niet tot volle ontwikkeling en is in 2 tot 3 dagen verdwenen. Ook bij mijn 3 kinderen heb ik dit waargenomen.

Mijn vragen zijn nu:

1. Kent u dit effect van vitamine B-complex?

2. Kunt u het verklaren, in aanmerking genomen het feit dat de voeding in mijn gezin beslist rijk aan vitamine B is en er geen aanleiding is om bij een van de gezinsleden een resorptiestoornis te veronderstellen?

Ik ben nog niet zo ver gekomen dat ik hetzelfde resultaat heb geprobeerd te bereiken met de verschillende vitamines uit de B-groep afzonderlijk.

*Literatuur:* WAAL, I. VAN DER en W. A. M. VAN DER KWAST (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 157.

Castricum, maart 1978

R. LEENSTRA-RUIPKEMA

Uw eigen ervaringen met aftēn willen wij geenszins bestrijden. Integendeel, ook wij gebruiken Kenacort A in orabase bij onze groep patiënten, die vermoedelijk toch anders geselecteerd is dan de patiënten uit de huisartsenpraktijk. Wij hebben slechts incidenteel succes ermee geboekt. Sommige patiënten blijken baat te hebben bij Buccalsone, anderen weer bij mondspoelingen met tetracycline en weer anderen bij het gebruik van vitamine B-complex, enz. In onze ervaring is er geen middel dat bij elke patiënt met één of meer aftēn met succes kan worden toegediend. Bovendien is er een groep patiënten met ernstige, recidiverende aftēn bij wie geen enkel geneesmiddel ook maar enige verlichting van de aandoening teweegbrengt. Dit geldt niet alleen voor de al eerder genoemde middelen zoals vitamine B-complex, Kenacort A in orabase en mondspoelingen met tetracycline, maar ook voor middelen zoals levamisol en salazosulfapyridine. Algemene toediening van corticosteroïden heeft wel een gunstig effect op de genezing en op het voorkómen van aftēn, doch wij menen uiterst gereserveerd te moeten staan tegen het algemeen gebruik van corticosteroïden bij deze aandoening.

Amsterdam, maart 1978

W. A. M. VAN DER KWAST  
I. VAN DER WAAL