

van proef in deze gevallen de behandeling, die vóór de operatie reeds moest worden onderbroken, na de ingreep nalaten. Anticoagulantia zijn af te raden, indien embolieën het gevolg zijn van bacteriële endocarditis.

3. Na hartinfarct schijnt lang voortgezette therapie met anticoagulantia een zekere mate van bescherming te geven tegen nieuwe trombose in de kransslagaderen. Theoretisch heeft het dus zin, alle patiënten die coronariatrombose hebben doorgemaakt, voortdurend anti-stollingsmiddelen te blijven geven. In praktijk zal de beslissing echter tevens afhangen van andere factoren: of er in de omgeving van de patiënt voldoende gelegenheid bestaat tot nauwgezette controle van de protrombinetijd, of de patiënt voldoende bereidheid en intelligentie heeft om de behandeling langdurig voort te zetten en bv. zelf op hemorragische verschijnselen te letten, of hij in staat is onder geregelde controle van zijn artsen en van een trombose-dienst te blijven enz.

Over dit onderwerp is onlangs in *The Lancet* een uitstekend redactioneel artikel verschenen.

*Literatuur:* Leading article (1958) *Lancet* I, 417.

#### SCHADELIJKHEID VAN DIFENYL

*Vraag No. 47.* Is difenyl „kankerverwekkend” of anderszins schadelijk voor de gezondheid? Dringt het bij het conserveren van sinaasappelen door de schil tot in het vruchtvlies door?

*Antwoord:* In Nederland bestaan er nog geen wettelijke bepalingen ten aanzien van difenyl. In Engeland en de Verenigde Staten is difenyl toegelaten als conserveermiddel in verpakkingsmateriaal voor citrusvruchten.

In het lichaam wordt difenyl omgezet o.a. in 4-hydroxydifenyl en difenylmercaptuurzuur, en het wordt voor 50 pct in de urine uitgescheiden. Difenyl is niet carcinogeen. De acute giftigheid is niet hoog. De LD<sub>50</sub> bedraagt voor konijnen 2,4 g/kg lichaamsgewicht en voor ratten 3,3 g/kg. Bij chronische toxiciteitsproeven is gebleken, dat voer met 0,1 pct difenyl, dat is 100 mg difenyl per kg lichaamsgewicht, bij proefdieren geen waarneembare schade geeft. Difenyl gaat van de schil in de vrucht over. Bij een gemiddeld gehalte van 11 mg/kg van de gepelde vrucht wordt per keer ongeveer 1,4 mg difenyl, dit is 0,02 mg per kg lichaamsgewicht door de mens gebruikt.

De door de Nederlandse industrie geleverde marmelade bevat geen difenyl, noch enig ander schimmelwerend middel. Dit kan wel het geval zijn als men zelf marmelade maakt van schillen van sinaasappelen, die met difenyl zijn behandeld. Bij smaakonderzoek, verricht door het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, is gebleken, dat marmelade die 5 mg difenyl per kg marmelade bevat, smaakafwijkingen begint te tonen; 10 mg geeft een minder goede smaak en 20 mg een zeer slechte bijmaak.

Marmelades, gemaakt van difenylhoudende schillen bevatten tussen de 3 en 17 mg difenyl per kg.

Behoeft men om toxicologische redenen voor deze marmelade niet bevreesd te zijn, uit smaakoverwegingen moet het maken dus worden afgeraden.

Bedenkelijker dan conservering met difenyl is het gebruik van schimmelwerende middelen zoals boorzuurverbindingen en thio-ureum die op en in de schil van de sinaasappel kunnen voorkomen. De laatstgenoemde stof is carcinogeen. Van de in 1955 en 1956 onderzochte Europese sinaasappelen bevatten 40 pct thio-ureum. Het schijnt dat dit schimmelwerende middel thans in mindere mate wordt toegepast. Zo lang er nog geen wettelijke maatregelen zijn getroffen die het gebruik van deze stoffen voor sinaasappelen verbieden, is het gewenst, niet zelf in de huishouding marmelade te maken. Er is nog geen bevredigende regeling tot stand gekomen, die het kleuren van sinaasappelen met schadelijke kleurstoffen verbiedt.

*Literatuur:* HOEKE, F. en H. CATS (1957) *Voeding* 18, 519. — REITH, J. (1956) *Voeding* 17, 169.

#### INGEZONDEN

##### EXTRACTIE BIJ TANDWORTELABCES

De beantwoording van de nogal vage probleemstelling vervat in vraag 31 moge de ter zake minder georiënteerde bevestigend voorkomen, de meer deskundige daarentegen zal zeker een antwoord te simplistisch en zelfs gedeeltelijk onjuist vinden. Het probleem behoort tot een der oudere strijdvragen waarover auteurs van naam nog al eens van mening verschilden. De hedendaagse opvattingen zijn als volgt kort schematisch samen te vatten (waarbij in deze opstelling de vage uitdrukking „tandwortelabces” vermeden wordt).

1. In het stadium van acute periodontitis apicalis of ostitis periapicalis (dus nog zonder uitbreiding in de weke delen die de kaak omgeven) kan extractie van het aangetaste element ontlastend betekenen; ze is in ieder geval ongevaarlijk en is aangewezen wanneer ontlasting door trepanatie resp. drainage door het wortelkanaal niet mogelijk is en wanneer het desbetreffende element toch niet meer kan worden behouden (bv. wegens verregaande destructie van het element, resp. onmogelijkheid of contra-indicatie van latere wortelkanaalverzorging, voornamelijk bij meerwortelige elementen). De extractie kan in dit stadium onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd.

2. In het stadium dat de weke delen die de kaak omgeven, door het ontstekingsproces worden aangetast (infiltratie, abces), is primaire extractie wel mogelijk, eventueel met gelijktijdige abcesopening (onder roes resp. narcose, in een minder acuut geval eventueel in geleidingsanesthesie of onder plaatselijke verdoving), maar praktisch van geen onmiddellijk nut. Extractie kan zelfs gevaarlijk zijn, wanneer de verwijdering van het element niet eenvoudig is of de algemene toestand van de patiënt ongunstig is. Verder gelden ook hier overwegingen betreffende het al of niet conserveren van het aangetaste element (vergelijk 1). De aangewezen therapie in het tweede stadium is dus in de eerste plaats incisie van een eventueel bestaand abces, zonodig toediening van antibiotica.

3. Bij osteomyelitis is extractie van elementen op grond alléén van hun door het proces veroorzaakte beweeglijkheid, een kunstfout. Welk element men zal verwijderen en op welk tijdstip moet nauwkeurig worden overwogen. Ook hier is de aangewezen therapie in de eerste plaats toediening van antibiotica en abcesopening.

4. Bij parodontaire ontstekingen van de derde molaar in

de onderkaak (retentie!) is primaire extractie een kunstfout. De aangewezen therapie is ook hier allereerst plaatselijke ontlasting door bv. reiniging van de tandzak, zondig door incisie, verder eventueel toediening van antibiotica. Extractie of operatieve verwijdering van de gereteneerde derde molaar zal later, in een latent stadium moeten geschieden.

*Literatuur:* Vraag No. 31 (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 772.

Amsterdam, 25 april 1958

J. LEEUWENBURGH

Aangezien de vraag simplistisch was gesteld, is ons antwoord ook zo eenvoudig mogelijk gehouden.

Er heerst een soort rotsvast bijgeloof bij vele oudere tandartsen en bij ongeveer alle huisartsen, dat er bij een „dik gezicht” (als gevolg van tandwortelabces) niet mag worden getrokken. Nu is de oude stelregel „ubi pus ubi evacua” nog nooit weersproken en hierop was ons advies gebaseerd. Principieel maakt het geen verschil of het abces nog intra-ossaal is, zich via de spongiosa al subperiostaal heeft uitgebreid, dan wel reeds door het periost is heen-gebroken en dus submukeus is geworden, eventueel met nog verdere uitbreiding in weke delen (afhankelijk van de plaats van het afgestorven element).

De oorzaak van een tandwortelabces is altijd de necrotische pulpa, waarvan toxische producten aanleiding geven tot complicaties. Dit geldt ook voor elementen waarin een zg. zenuwbehandeling is uitgevoerd (die dan kennelijk niet is geslaagd).

Hoe eerder men de oorzaak van een abces elimineert, hoe sneller de genezing zal zijn. Bij een tandwortelabces is de tandwortel met necrotische inhoud die oorzaak. De oorzaak wegnemen betekent de tandwortel verwijderen (wanneer zulks op dat ogenblik technisch mogelijk is) en de ontstekingshaard exococheëren. Komt er door de extractie geen etter via de alveolus tevoorschijn, dan moet onmiddellijk het subperiostale of submukeuze abces worden geïncideerd. Het is in het beginstadium van een periapicale ontwikkeling zeker mogelijk en verantwoord, de ingreep bij plaatselijke verdoving uit te voeren. Maar men bewijst de patiënt geen dienst ermee, althans een zeer betrekkelijke. De ervaring leert nl., dat lokale verdoving onder die omstandigheid dikwijls geen pijnloos extraheren mogelijk maakt, verder, dat er een hevige napijn ontstaat, wanneer de anesthesie is uitgewerkt. Deze reactie komt niet of nauwelijks, wanneer gehandeld wordt bij algemene anesthesie. De instrumenten werken dan niet in geprikkeld weefsel dat eerst door novocaine-preparaten is geïnfiltréerd.

De opmerkingen van collega LEEUWENBURGH vervat onder de punten 3 en 4 houden geen verband met de primaire vraagstelling: al of niet trekken bij tandwortelabces.

Tenslotte nog een enkel woord over het toedienen van penicilline. Therapie met antibiotica heeft alleen zin, wanneer het stadium infiltraat nog niet voorbij is. Dan lukt het inderdaad dikwijls een beginnende ontsteking te stuiten. Een verschil in snelheid van genezing na extractie bij tandwortelabces (eventueel met incisie indien het abces reeds subperiostale of submukeuze uitbreiding had) met of zonder penicilline, werd niet waargenomen.

REDACTIE

## BOEKAANKONDIGINGEN

*Expert committee on addiction-producing drugs.* 8e rapport. (World Health Organization, technical report series, No. 142). 12 bl. Genève 1958. Prijs: ingen. 1 sh.9d (\$ 0,30 of 1 Zw.fr; ook in het Frans en Spaans verkrijgbaar).

De commissie van deskundigen „on addiction producing drugs” maakt in haar achtste rapport de m.i. juiste opmerking, dat bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen in den regel niet voldoende de nadruk wordt gelegd op de nadelen dezer nieuwe stoffen, „including addiction liability”.

Een reeks van morfine-derivaten en synthetische geneesmiddelen met „morphine-like effect” worden besproken. Voor de lezers van dit *Tijdschrift* is het zeker van belang te weten, dat 3-methyl-2,2-difenyl-4-morfolinobutyrylpynolidine, beter bekend als R875 of ook als dextromoramide, en onder de naam „Palfium” in de handel gebracht, moet worden beschouwd als een geneesmiddel dat gewenning en verslaving geeft en uit hoofde daarvan onder de Opiumwet valt (zie *Ned. T. Geneesk.* 1958, 102, 426).

JOH. BOOIJ

M. SAEGESSER, *Spezielle chirurgische Therapie.* (Sammlung medizinischer Lehr- und Handbücher für Ärzte und Studierende, Band II). 5e druk. 1476 bl., 2384 fig., tabellen. Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart 1957. Prijs: geb. 128 Zw frs. (DM 128).

Van het Zwitserse leerboek der speciële chirurgische therapie, door SAEGESSER, verschenen in 10 jaar 5 herdrukken, terwijl het bovendien in verschillende talen werd vertaald. Het voldoet dus blijkbaar wel aan een behoefte. Het omvangrijke werk, waarvan een niet onbelangrijk gedeelte van de tekst met een zeer kleine letter is gedrukt, behandelt nagenoeg de gehele chirurgie. Men kan er bijvoorbeeld zowel de operatieve therapie van sommige hartgebreken als die van de zwerende vinger in vinden. Het bevat een schat van goede operatiemethoden, met daarbij overvloedige en uitstekende afbeeldingen. Ruim honderd bladzijden zijn aan de urologie gewijd. Opmerkelijk is de goede beschrijving, niet alleen van de techniek en de voor- en nabehandeling van de grote chirurgische ingrepen, maar ook die van de kleine. Zo bevat het o.a. een uitstekend hoofdstuk over de behandeling van de verschillende vormen van het panarium. Het boek is, op het laatste hoofdstuk na, geheel door SAEGESSER bewerkt en draagt daardoor een zeer persoonlijk karakter. Een literatuurlijst wordt dan ook niet gegeven. Het laatste hoofdstuk, dat de behandeling en verpleging bespreekt van de stervende, is geschreven door R. KUHN.

Ofschoon dit werk voortreffelijke eigenschappen bezit, kleeft er het bezwaar aan, dat een te omvangrijke stof in een te kort bestek is samengebonden. Desondanks kan het boek worden aanbevolen.

P. J. KOOREMAN

H. HEINRICH, *Grundriss der Bakteriologie und Serologie.* Für medizinisch-technische Assistentinnen. 2e druk. 112 bl., 53 deels gekleurde fig., tabellen. Gustav Fischer Verlag, Jena 1957. Prijs: geb. DM 15,60.

HEINRICH'S werkje is bedoeld als een handleiding naast de mondelinge cursus voor de opleiding van medisch-technische assistenten. Na een algemeen deel (indeling, morfologie en fysiologie) volgt een speciaal deel (cocci, bacteriën, rickettsiae, virussen en schimmels). Daarop worden de diagnostische mogelijkheden met hun uitvoering nader behandeld om te eindigen met een technisch deel (kleurmethode, bereiding van voedingsbodems enz.).