

Een spreker uit India liet zien hoe in de traumatologie ook met zeer povere hulpmiddelen toch goede resultaten zijn te bereiken.

Een speciale zitting was gewijd aan: „training and scope of oral surgery in the world”. Vertegenwoordigers van allerlei nationaliteiten gaven een uiteenzetting over de wijze waarop in hun landen de mondheekunde wordt uitgeoefend.

Tijdens dit goed georganiseerde, drie dagen durende congres werd o.a. medegedeeld, dat het volgende congres in 1968 in New York zal worden gehouden.

Door de algemene vergadering werden nog enkele actuele punten besproken. Zo werd de volgende definitie van „oral surgery” aangenomen: „Oral surgery is that part of dental surgery which deals with the diagnosis, the surgical and adjunctive treatment of the diseases, injuries and defects of the human jaws and associated structures”. Ten aanzien van de status van „oral surgery” werd het volgende gesteld: „The General Assembly wishes to stress that in no way does it wish to infer that higher training, possibly in medicine, is not desirable, but that it should be recognised that oral surgery is a specialty of dentistry and not medicine”.

Het congres werd besloten met de oprichting van een Scandinavische Vereniging voor Mondheekunde, waaraan ook Finland en IJsland deelnemen. De Verenigde Staten waren hierin reeds vóór de tweede wereldoorlog voorgegaan; Nederland was in 1955 en Engeland was in 1962 gevolgd.

Haarlem, augustus 1965 W. A. M. VAN DER KWAST

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### CARIËS-PROFYLAXE

Naar aanleiding van het antwoord op mijn ingezonden stuk in dit *Tijdschrift* (deze jaargang bl. 1837) en uitsluitend met de bedoeling om te voorkomen dat „zwijgen instemming betekent” zou ik in het kort op de objectieve kant van het betoog van Prof. VISSER (1965) willen ingaan.

De door hem genoemde statistieken over Tristan da Cunha en Vipeholm zijn een sterk argument vóór en niet tegen mijn opvattingen.

Over „Vipeholm” hebben zich drie autoriteiten in de tandheelkundige research (BOYLE 1956; SHAW 1961; SOGNAES 1965) in deze zin geuit. Ik ben in staat, zo nodig citaten van deze auteurs en grafieken van Tristan da Cunha te brengen. De door VISSER genoemde statistiek van HOPEWOOD HOUSE kan ik moeilijk als tegenargument erkennen. Er zijn onvoldoende gegevens over suikerarme voeding van de kinderen gedurende de eerste jaren in vervat. Geen van deze drie statistieken had de bedoeling om het probleem, waarom het hier gaat, op te lossen.

Mij zijn twee onderzoekingen bekend, die de directe bedoeling hadden, de relatieve betekenis van de endogene en exogene factoren te onderzoeken (in Midden-China en in Liberia). Beide pleiten voor de meerdere betekenis van de voeding in de eerste levensjaren.

Een tegenstatistiek is mij niet bekend.

*Literatuur:* AFONSKY, D. (1951) *J. dent. Res.* **30**, 53. — BOYLE, P. E. (1956) *N.Y. St. dent. J.* **22**, 10. — EGYEDI, P. *An investigation on caries in Liberia* (in druk). — HOLLOWAY e.a. (1963) Dental diseases in Tristan da Cunha, fig. 1. *Brit. dent. J.* **115**, 21. — SHAW, J. H. (1961) in: M. M. COHEN, *Pediatric dentistry*, bl. 164. Mosby, St. Louis. — SOGNAES,

R. F. (1965) in: *Caries resistant teeth*. A Ciba foundation symposium. Onder redactie van WOLSTENHOLME en O'CONNOR. Londen. — VISSER, J. B. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1838.

Amsterdam, 21 oktober 1965

H. EGYEDI

De opvattingen van Dr. EGYEDI omtrent het ontstaan van tandcariës lijken mij niet overtuigend. Bovenstaand stuk geeft mij dan ook geen aanleiding tot verdere commentaar.

Amsterdam, 26 oktober 1965

J. B. VISSER

(Discussie gesloten; Red.)

### OVERGEVOELIGHEID VOOR VOEDINGS- MIDDELEN

Het is goed, dat collega YOUNG (1965) in een klinische les het probleem van „overgevoeligheid” (= allergie) voor voedingsmiddelen aansnijdt en wijst op de onbetrouwbaarheid van huidreacties bij anafylactische allergie voor voedingsmiddelen. Deze laatste zijn vaak negatief, doch kunnen, zoals collega YOUNG terecht opmerkt, bij hoge antistoftiters en bij gebruik van geconcentreerde test-extracten ook wel positief uitvallen. Het is ook niet zeker, in hoeverre geconcentreerde test-extracten van voedingsmiddelen specifiek-positieve reacties kunnen geven. Tot zover akkoord!

Collega YOUNG gaat echter verder, beschrijft twee patiënten (A en B) met positieve huidreacties op voedingsmiddelen, die hij atopisch noemt en een derde (C) die op grond van het ontbreken van huidreacties (op kreeft) als anafylactisch wordt gekwalificeerd. Voorts geeft hij voor de frequentie van positieve huidreacties op voedingsmiddelen bij patiënten op zijn polikliniek een inderdaad bescheiden getal (51 op 3500 patiënten). YOUNG'S enige en door hemzelf tevoren reeds aangevochten argument op grond waarvan men deze reacties atopisch zou kunnen noemen, is slechts het positief uitvallen hiervan. Men vraagt zich nu toch wel af, of deze patiënten met positieve reacties niet een anafylaxie hadden met een hoge antistoftiter ( $\gamma$ -G globuline) en met (relatief) hoge concentraties allergeen werden getest.

De meest voor de hand liggende mogelijkheid om deze opvatting meer aannemelijk te maken, wordt helaas niet aangegrepen. Men moet een atopische reactie toch met serum passief kunnen overdragen op normale personen, terwijl dit met serum dat men gedurende  $1/2$  uur op  $56^\circ$  C verhit heeft, niet meer mogelijk is (reactie van Prausnitz-Küstner). Alleen dán hebben wij een atopie min of meer bewezen. Blijft na verhitting van het serum de overdracht positief, dan hebben wij waarschijnlijk met een „passive cutaneous anaphylaxis” te maken. Dit laatste is overigens alleen denkbaar bij hoge antistoftiter en wanneer de tijd tussen infiltratie van de huid van de proefpersoon met serum en de test kort wordt genomen (bv. 24 uur). Dit jaar zagen wij van beide een fraai voorbeeld: een typische atopie voor penicilline (overdracht met onverhit serum positief, met verhit serum negatief) en een anafylaxie voor insuline (overdracht zowel met verhit als met onverhit serum even sterk positief).

Naar mijn ervaring valt in de overgrote meerderheid der gevallen de passieve overdracht van positieve huidreacties op voedingsmiddelen na 24 uur wachten negatief uit. Ik grond deze overtuiging op het volgende: Bij een aantal van onze patiënten met een onmiskenbare — klinisch voor 100 pct bewezen — allergie voor voedingsmiddelen werd eerst met het voedingsmiddel een krasreactie uitgevoerd. Wanneer deze positief uitviel, deden wij intracutane proeven met extracten, zowel bij patiënten zelf als met hun serum bij proefpersonen (familieleden). Wij kregen de uitkomsten die in tabel I zijn vermeld.