

FEUILLETONS

16e „JAHRESTAGUNG“ VAN DE „DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFER- UND GESICHTS-CHIRURGIE“ TE MÜNCHEN, 5-6 JUNI 1966

Toen in het begin van de wereldoorlog 1914-1918 bleek, dat de strijd in de loopgraven een tot dan toe ongekend aantal kaak- en aangezichtsverwondingen zou opleveren, zocht de toenmalige hoogleraar in de tandheelkunde te Düsseldorf, CHR. BRUHN, de medewerking van een jong chirurg, A. LINDEMANN, om tot een doeltreffende, gecombineerde chirurgische en prothetische behandeling van de vele afschuwelijke verminkingen te komen. Zijn privé-woning in de Sternstrasse groeide uit tot een hospitaal van 1200 bedden, dat de vele gewonden van het Westfront opving en behandelde. Hier, en later in Leipzig, waar de thans hoogbejaarde (en ook nu weer op het congres aanwezige) ROSENTHAL de leiding nam, en in de Charité te Berlijn, waar de chirurg AX-HAUSEN zijn „Kieferstation“ kreeg, werden de grondslagen gelegd voor de Duitse kaakchirurgie en -orthopedie, die een eervolle plaats heeft ingenomen naast de Engelse en Franse specialismen, vooral op plastisch-chirurgisch gebied.

Toen de vrede werd gesloten, verschenen behalve de langdurige nabehandelingen van de oorlogsgewonden, ook de verkeersslachtoffers op het programma van de kliniek; het aantal patiënten met aangeboren afwijkingen, zoals lip- en gehemertespleten, en met tumoren, nam eveneens steeds toe.

De in de kliniek opgeleide artsen vonden een plaats in vele andere steden. Zelfs kleinere plaatsen zoals Homburg, Mainz enz., verheugen zich thans in het bezit van een onder medisch-chirurgische leiding staande afdeling voor kaak- en aangezichtschirurgie.

Eenmaal per jaar leggen de fraai uitgevoerde *Fortschritte* getuigenis af van wat er op de congressen door buitenlandse en Duitse deelnemers wordt besproken. Want het aantal Amerikaanse, Engelse, Spaanse en Zuid Amerikaanse congresbezoekers nam steeds toe; het was dan ook opvallend, dat er ditmaal in hoofdzaak Duitsers en Oostenrijkers aanwezig waren.

Op dit congres werd de therapie van het carcinoom van de mondholte zo grondig besproken, dat het onmogelijk is, een volledig overzicht van alle voordrachten te geven.

Curieus was een voordracht met film uit de Düsseldorfse kliniek, waarin een onderkaak- en een mondbodemresectie werden vertoond, met „neck dissection“ en gedeeltelijke resectie van de arteria carotis, waarbij het geresecteerde deel door de arteria hypogastrica werd vervangen. De operatie verliep goed; de patiënt stierf echter drie maanden later aan cachexie.

Prof. STELLMACH uit Düsseldorf gaf een bijzonder mooie systematische samenvatting van voor- en nabehandeling bij grotere operaties, waarbij delen van de kaak geresecteerd worden. Hij wees erop, dat hetgeen men als vanzelfsprekend beschouwt, in feite essentieel is, en dat bij het nalaten daarvan complicaties te verwachten zijn.

De indrukwekkendste beschouwingen van het congres waren zonder twijfel die van Prof. KAUTSKY uit Hamburg. In een referaat van een half uur kante deze zich welbewust tegen resecties in het gebied van het aangezicht, die de patiënt confronteren met problemen waartegen hij fysiek en psychisch niet opgewassen is. Bij onze medische ingrepen, zei hij, gaat het niet om het behoud van het „nackte Leben“, maar wel om de mogelijkheid om de patiënt een „sinvolles Leben“ te geven. Bij het aanhoren van zijn voordracht, die zo nauw raakte aan het probleem van de euthanasie, waren de aanwezige collegae, zoals een bevriend kaakchirurg mij liet weten, „zutiefst betroffen“, zodat de volgende sprekers „in der Problematik ihrer eigenen Themas beschämt“ waren.

Belangstellenden moge ik verder verwijzen naar de hierboven genoemde *Fortschritte*, die ongetwijfeld ook dit jaar weer in dezelfde goedverzorgde uitvoering zullen verschijnen.

Amsterdam, juli 1966

B. VAN OMMEN

INGEZONDEN

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

FOTOSENSIBILISATIE DOOR EEN TRIBROMOSALICYLANILIDE-BEVATTENDE ZEEP

Naar aanleiding van het referaat (1966) door Dr. W. G. VAN KETEL over de mogelijke fotosensibiliserende werking van het ingrediënt tribromosalicylanilide (T.B.S.) in het produkt Lifebuoy toiletzeep deelt de importeur van dit produkt in Nederland, Vinolia N.V. te Schiedam, ons mede, dat de samenstelling van Lifebuoy toiletzeep alleen in Amerika T.B.S. bevat, doch dat de samenstelling van Lifebuoy toiletzeep o.a. in Nederland ongewijzigd als actief ingrediënt 2 pct cresylzuur bevat.

Het artikel van Dr. VAN KETEL heeft dus alleen betrekking op de Amerikaanse samenstelling van Lifebuoy toiletzeep.

Literatuur: Referaat (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 937.

Schiedam, 22 augustus 1966

REDACTIE

DE ZIEKE BEJAARDE EN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Met de strekking van het artikel van collega ZWANEVELD (1966) kan ik mij geheel verenigen. De observatie en de behandeling van de geestelijk gestoorde bejaarde behoren primair thuis in het psychiatrisch ziekenhuis, waar een staf van verschillende specialisten aanwezig is. Naast de door collega ZWANEVELD genoemde factoren die het ontslag vertragen, zou ik toch nog een derde willen noemen.

De moderne bejaardentehuizen streven naar een zo individueel mogelijke benadering en verzorging van de bejaarde. Het gevaar voor vereenzaming in een dergelijk tehuis is zeer reëel aanwezig, en bedreigt juist hen die geprepareerd zijn tot geestelijke stoornissen. De sociogene factor bij het ontstaan van demente beelden is zeer groot. Met collega ZWANEVELD ben ik van mening, dat overplaatsing naar specifieke tehuizen noodzakelijk is voor degenen die niet naar huis kunnen terugkeren.

Een op hetzelfde terrein aanwezige „long-stay“ afdeling mag, zoals collega SCHREUDER (1966) stelt, voordelen bieden, er zijn ook veel nadelen, waarvan ik enkele wil noemen. De geringere mogelijkheden, die het werk met deze groep patiënten biedt, doen een vergelijking met jongere patiënten steeds in hun nadeel uitvallen. Zij zijn daardoor een „minder interessante“ groep voor het personeel en krijgen dan ook minder aandacht dan noodzakelijk is, waarbij komt, dat de personeelsbezetting toch al een voortdurend probleem is. Daarnaast stelt deze groep patiënten geheel andere eisen aan bezigheidstherapie, fysiotherapie, groepstherapie en sociotherapeutische benadering.

Het laten meecirculeren van deze groep met het geheel van het psychiatrisch ziekenhuis betekent een miskennis van de eigen eisen die deze groep stelt, en die dan licht niet voldoende gehonoreerd zullen worden.

Literatuur: SCHREUDER, J. TH. R. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1542. — ZWANEVELD, H. L. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1354.

Noordbergum, 29 augustus 1966

H. W. TER HAAR

„Nieuw Toutenburg“