

## INGEZONDEN

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

### DENTOGENE FISTELS IN HET GELAAT

Met de repliek van collega VRIEZEN (1968) kan ik het helaas niet eens zijn. Evenals in de algemene geneeskunde heeft een vroegtijdig onderzoek, óók van een enigszins verdacht huidabces in het gelaat, alleen maar voordelen.

Ik ben hiermee in goed gezelschap, want reeds AXHAUSEN (1940) zegt in zijn werk over *Die Allgemeine Chirurgie in der Zahn-Mund-und Kieferheilkunde*, op bl. 320: „Auch beim akuten Frühbild besteht die Unauffälligkeit des klinischen Befundes. Klinisch ist die Mischinfektion nicht zu erkennen“; en verder: „der Nachweis der Drusen im Eiter macht die Mischinfektion höchst wahrscheinlich; beim Nachweis in den Granulationen ist ihr Vorliegen gesichert“.

Ook herinner ik mij, dat ik een van de eerste van meer dan twintig lijders aan „echte“ actinomycose, die ik in enkele decennia heb waargenomen, naar de polikliniek van wijlen Prof. NOORDENBOS heb verwezen, die de patiënt op college heeft gedemonstreerd!

Verder heb ik onder mijn ogen klassieke gevallen van actinomycose zich zien ontwikkelen (met multipale fistels en harde infiltraten) ofschoon wél aan deze aandoening was gedacht; men had echter met de röntgentherapie afgewacht tot de diagnose uit het onderzoek van de granulaties was komen vast te staan.

*Literatuur:* VRIEZEN, TH. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 226.

Amsterdam, 12 februari 1968

B. VAN OMMEN

Vanzelfsprekend is een bacteriologisch onderzoek van een subcutaan abces gewenst, en zeker, wanneer dit enigszins suspect is. De aanwezigheid van actinomyces in een dergelijk abcesje hoeft naar onze ervaring nog niet te betekenen, dat zich een klassieke actinomycose zal ontwikkelen. Vanzelfsprekend moet men wel op zijn hoede zijn. Dit geldt vooral, wanneer er tevens een hard infiltraat in de directe omgeving ontstaat met een blauwrode verkleuring. De afbeeldingen die AXHAUSEN in zijn boek geeft, zijn m.i. vrijwel alle suspect. Ze vormen echter niet het beeld waaronder een dentogene fistel zich in het algemeen ontwikkelt.

Uit de getallen van collega VAN OMMEN is mij niet duidelijk, in hoeveel van de ruim twintig gevallen van „echte“ actinomycose (met multipale fistels en harde infiltraten) het voorstadium deed denken aan een dentogene fistel of een zich ontwikkelende fistel.

Zoals reeds eerder werd meegedeeld, genazen al onze 56 patiënten met dentogene fistels na het elimineren van de dentogene oorzaak.

Men kan erover twisten of de beste behandeling van actinomycose de röntgenbestraling is en of hiermee reeds moet worden begonnen nog voordat de diagnose bacteriologisch of histologisch is vastgesteld, of op grond van het klinische beeld zeer waarschijnlijk is.

Het was echter niet mijn bedoeling over actinomycose te schrijven, doch slechts iets mee te delen over dentogene huidfistels, waarbij bij de differentiële diagnose o.a. aan een beginnende actinomycose moet worden gedacht.

Groningen, 19 februari 1968

TH. C. VRIEZEN

### PIJNBESTRIJDING BIJ KANKER

Een artikel over pijnbestrijding bij kanker zet degenen die zich voor de materie interesseren, ogenblikkelijk aan het lezen, in de hoop dat hier misschien nieuwe inzichten, methodieken of suggesties naar voren zullen worden gebracht die de behandeling van hevige pijnen effectiever kunnen doen zijn. Helaas heeft het artikel van Prof. Dr. M. FRENKEL (1968) ons op dit gebied niet veel wijzer kunnen maken.

Wij realiseren ons terdege dat een artikel van slechts enkele bladzijden onmogelijk alle aspecten van deze, nog zo weinig onderzochte tak van de medische wetenschap volledig zal kunnen belichten.

Als anesthesie worden wij veelvuldig in consult gevraagd bij patiënten die — veelal lijdende aan ongeneeslijke tumoren — niet meer reageren op de meest rigoureuze toediening van sterk werkende, centraal aangrijpende analgetica. Onze werkzaamheden bij het bestrijden van deze pijnen bewegen zich derhalve op het gebied van de farmacologische onderdrukking van de pijngeleiding en de verwerking daarvan.

Er zijn natuurlijk allerlei indelingen van „pijntypen“ te maken; die van Prof. FRENKEL is er een voorbeeld van. Het komt ons voor dat een dergelijke indeling minder praktisch is dan het lijkt. Zelden laten de klachten van een patiënt zich zo keurig rubriceren; dikwijls komen pijnen van verschillend type tegelijkertijd voor, en veelal maakt de beschrijving van de lokalisatie ons de typering onmogelijk. Het belangrijkste lijken ons de vragen: Wat wordt gevoeld? Waar wordt het gevoeld? Hoe hevig? Continu of in aanvallen? Heeft de lichaamshouding invloed op de pijn? Wordt de pijn door de tot op dat moment gebruikte medicamenten verlicht? Wordt de slaap door de pijn verstoord?

Maar bijna nog belangrijker achten wij de psychische verwerking van de pijn. Wij vinden het daarom jammer dat hierop in het artikel van Prof. FRENKEL, wat betreft de therapie, te weinig nadruk is gelegd.

In het geheel niet ter sprake komt de betekenis van het sympathische zenuwstelsel bij de pijnbeleving. Men moet o.i. dan ook in een vroeg stadium beginnen met het toedienen niet alleen van analgetica, maar ook van neuroleptica, die behalve een centrale ataractische, ook een sympathicolytische werking hebben. In aanmerking komen hiervoor de fenothiazineverbindingen chloorpromazine (Largactil), promazine (Prazine) en levopromazine (Nozinan), en de butyrofenonen haloperidol en dehydrobenzperidol. Sommige fenothiazines, bv. promethazine (Phenergan) hebben echter een anti-analgetische werking, zodat combinatie met analgetica niet het gewenste effect heeft op de pijn.

Zo vergemakkelijkt de toepassing van neuroleptica niet alleen het zo noodzakelijke contact met de patiënt, maar wordt tevens farmacologisch de werking van het toegediende analgeticum gepotentieerd. In sommige gevallen is het zelfs mogelijk na een poosje de analgetica geheel weg te laten.

Meestal kan men niet zonder tranquilizers toekomen. Geruststelling op zichzelf is meestal onvoldoende. O.i. moet de behandeling van de pijn primair klinisch worden aangegeven.

Indien bij behandeling van ernstige pijnen alleen analgetica worden gebruikt en met name de door Prof. FRENKEL aanbevolen opiaten en dextromoramide (Palfium) schiet men ten opzichte van de patiënt te kort. Genoemde middelen geven immers snel aanleiding tot gewenning, met uitzondering misschien van de nicomorfine (Vilan). Wij kunnen ons niet voorstellen dat bij een langdurige behandeling deze middelen nog enig effect sorteren. Hoe vaak niet krijgen wij patiënten ter behandeling, die ontstellende hoeveelheden