

en daarna aan een aanstaande specialist kan worden „bijgebracht” kleiner wordt. De door het instorten van de „cellulairpathologische” grondslagen van Virchow snel voortwoekerende crisis in de thans naar nieuwe cellulair- en moleculair biochemische grondslagen tastend zoekende geneeskunde heeft oude schijnbare zekerheden vervangen door nieuwe reële twijfels. Wetenschap begint, waar het inzicht rijpt dat onze kennis beperkt is en dat, bij het schijnbaar vorderen van onze kennis, de horizont nog verder wijkt. Mijn grootste bezwaren tegen de jongere artsengeneraties betreffen echter niet hun dalend denkvermogen, waaraan, als ik het goed zie, toenemend gemis aan „bescheidenheid” meekomt. Een oud gezegde is: „wees u zelf zei ik tot iemand, maar hij kon niet hij was niemand”. Dat is niet specifiek voor artsen, het percentage „nullen” is een geestelijk „inflatie”-verschijnsel, dat men in alle beroepen tegenkomt, maar bij wat men vroeger „intellectuelen” noemde extra opvalt als men daar kijkt op heeft. En zo kom ik tot het doel „de harde kern” van mijn visie op de artsenwereld: toenemend gebrek aan „menschelijkheid”. Natuurlijk de „goede niet te na gesproken”, het gaat juist om het dalende aantal daarvan. Patiënten worden — vooral in de ziekenhuizen — hoe langer hoe meer „nummers”. Het aantal „luttele minuten” dat voor elk nummer beschikbaar is, is afhankelijk van het aantal ingeschreven „nummerzielen” en de gemiddelde snelheid waarmee men al die nummerzielen van een nummerrecept kan voorzien. Artsen zijn voor „welzijnszorg” geboren noch getogen en menen daarvoor ook niet betaald te worden. Zij komen dus helemaal niet toe aan de individuele welzijnsproblemen van hun oeverloze patiëntennummerzee. In de ziekenhuizen — vooral de academische — is het nog veel erger, door gebrek aan bewegingsvrijheid van de patiënten, die onvergelijkelijk veel kleiner is dan in een „huis van bewaring”. Binnengeloodst door een sociale werker in het huis van bewaring aan het Gartmanplantsoen stond ik versteld van de daar heersende vrijheid. Om terug te keren tot die onmenselijkheid: JONGKEES heeft die goed getekend, met als achtergrond de „betrekkelijkheid” van alle kennis en inzicht. *Ars longa, vita brevis, experientia fallax iudicium difficile*. Vooral de „prognose” is altijd hachelijk, want de wonderen zijn de wereld (nog) niet uit. Geen kwakzalver is zo stom en zo wreed een infauste prognose te stellen. Ook het steeds meer voorkomende advies van vele artsen: „je moet ermee leren leven” is in wezen een erkenning van onmacht, d.w.z. een voor je zelf schrijven van een *testimonium pauperatis*. Wat is menselijk? VAN DALE geeft daarvan een treffende omschrijving, nl. „dat wat eigen is aan de onvolmaakte mens”. De arts die zich van de beperktheid van zijn kennen en kunnen niet bewust is, deugt niet voor zijn vak. Dat kan men aan de universiteit de komende artsengeneratie nooit voldoende bijbrengen.

Niettemin heb ik één bezwaar tegen de klinische les van JONGKEES, dat tot uiting komt in het opschrift boven dit ingezonden stuk, *Sadisme?* Want op die vraag geef ik onvoorwaardelijk een ontkennend antwoord. Wat JONGKEES terecht hekelt is stomheid, wreedheid en onmenselijkheid, maar dat is niet identiek met sadisme. VAN DALE geeft van dat woord behalve een specifiek een seksuele perversiteit omschrijvende bij uitbreiding een heel juiste algemene verwoording: „het kwellen uit lust tot kwellen”. Misschien kan het mijnerzijds nog sprekender aangeduid worden door te spreken van: „opzettelijke geestelijke mishandeling”.

Een arts wien dat verweten zou kunnen worden, valt onder art. 4 van de Medische Tuchtwet, omdat hij „wegens zielsziekte ongeschikt moet worden geacht voor de uitoefening van geneeskunst”. Ik ben in 50 jaar medische tucht-

wetervaring maar één „sado-arts” tegengekomen, die bereid was overbodige operaties te doen bij masochistische patiënten, die met alle geweld geopereerd wilden worden als alle andere geraadpleegde chirurgen — uiteraard — er niet over pikerden zich daartoe te lenen.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 921.

Naarden, juni 1978

. SCHUURMANS STEKHOVEN

Collega SCHUURMANS STEKHOVEN's betoog eindigt, na een inleiding waarin hij mij bijvalt, met bezwaar tegen het gebruik van het woord *Sadisme*. Ik ben hem voor het laatste zeer erkentelijk omdat het mij de gelegenheid geeft uit te leggen op welke gronden ik dit woord, na wikken en wegen, toch heb gekozen: Van Dale schrijft namelijk (in de 9e druk 1970) als voorbeeld van het gebruik van het woord *sadisme*: „Machtswellust is een vorm van sadisme”. Ik heb dit uitgebreid tot eerlijkheidswellust, omdat ik meen dat het sadistische effect hierbij niet zo duidelijk is als bij machtswellust. Mocht de lezer deze afleiding niet van mij willen overnemen, dan zijn de woorden stomheid, wreedheid en onmenselijkheid wel de superlatief van wat ik meen de oorzaak te zijn: gebrek aan opvoeding in het hebben van egards voor zijn medemens. Als het niet meer normaal is de deur voor iemand open te houden, in de tram op te staan voor een invalide, je in tegenwoordigheid van anderen te onthouden van hinderlijk gedrag, enz., hoe wil je dan hoffelijkheid — want iets anders is eigenlijk in mijn les niet gevraagd — leren? Zeker niet meer aan de Universiteit, dan is het te laat.

Amsterdam, juli 1978

L. B. W. JONGKEES

Pharmaca en de mond

Op 23 mei jl. ontving ik bij wijze van uitzondering de nrs. 4/5 van het *Geneesmiddelenbulletin* (14 april 1978) handelend over *pharmaca en de mond*. Omdat ik sinds 1974 verbonden ben aan de afdeling Parodontologie van de Rijksuniversiteit te Groningen en uit dien hoofde verondersteld wordt op de hoogte te zijn met de huidige stand van zaken betreffende afwijkingen aan het parodontium, heb ik met bijzondere aandacht de op mijn vakgebied betrekking hebbende verhandelingen van collega ZAADNOORDIJK gelezen. Omdat ik enige onjuistheden ten aanzien van de beschrijving van enkele afwijkingen, hun etiologie en in het bijzonder de farmacotherapie ervan meen te bespeuren, leek mij een reactie gewenst.

Gingivitis (bl. 18, 1e kolom) is een ontsteking van de gingiva, even hardnekkig als de mondhygiëne hardnekkig onvoldoende is, met andere woorden de enige oorzaak van *gingivitis* is bacteriële tandplaque. Overstaande vullingen en tandsteen dienen als retentieplaatsen voor plaque en zijn daardoor slechts bijkomende aetiologische factoren. De therapie van *gingivitis* is bestrijding van de oorzaak, dus plaquebestrijding. Dit dient door de patiënt te geschieden o.a. met een tandenborstel, in het juiste gebruik waarvan hij dient te worden geïnstrueerd. Een gebitsreiniging door een tandarts of mondhygiënist om retentieplaatsen voor die plaque weg te nemen is vaag geïndiceerd. Deze maatregelen, mits zorgvuldig uitgevoerd, doen een *gingivitis* volledig genezen. Antimicrobiële *pharmaca* ter bestrijding van *gingivitis* zijn dan ook volstrekt overbodig.

Ulcereuze gingivitis (stomatitis) van Plaut-Vincent (bl. 18, 2e kolom) is een archaische benaming voor acute necroti-

serende ulceratieve gingivitis, archaïsch omdat men er reeds lang aan twijfelt of *Borrelia vincentii* en *Fusobacterium fusiforme* wel de verwekkers van deze ontsteking zijn. Veeleer wordt thans aangenomen dat wellicht niet de aanval uit de plaque zo specifiek is, maar dat hier sprake kan zijn van een inadequate reactie van het immunologische apparaat die verantwoordelijk is voor de weefseldestructie, zo kenmerkend voor deze aandoening. Van volledige genezing is in het merendeel der gevallen geen sprake, wel van het tot rust brengen van de acute fase. Door de interdentale weefseldestructie ontstaan kraters die zeer moeilijk plaquevrij te houden zijn zodat de ontsteking vaak blijft voortbestaan.

Acute opvlammingen kan men tot rust brengen door spoelen met bijvoorbeeld waterstofperoxyde 1½%. In deze rustige fase kan een tandarts dan een gebitsreiniging uitvoeren, wat in de acute fase vaak te pijnlijk is. Gedegen mondhygiëne-instructie is vervolgens noodzakelijk waarbij het gebruik van interdentale hulpmiddelen, zoals tandenstokers onontbeerlijk is. Alleen de patiënt die erin slaagt het aangedane gebied plaquevrij te houden kan het voortschrijden van een acute necrotiserende ulceratieve gingivitis stoppen. Uit het bovenstaande moge blijken dat toepassing van penicilline of metronidazol ook in dit geval overbodig en dus ongewenst is.

Naar aanleiding van het hoofdstuk „Parodontopathie” het volgende. Als gingivitis blijft voortbestaan breidt de ontsteking zich uit naar de apices van de elementen, daarmee het bevestigingsapparaat, het parodontale ligament en het alveolaire bot aantastend. In deze fase wordt gesproken over parodontitis. De door collega ZAADNOORDIJK gebezigde term parodontose is reeds zeer lang verlaten en werd vroeger gebruikt om aan te geven dat men niet goed op de hoogte was met de oorzaak (ose). Nu duidelijk is dat hier van een ontsteking sprake is met als oorzaak bacteriële tandplaque gebruikt men de aanduiding parodontitis.

Klinisch manifesteert zich parodontitis door een verdieping van de sulcus gingivalis (in het *Geneesmiddelenbulletin* abusievelijk „socket” genoemd). Deze verdiepte sulcus noemt men „pocket”. Spontaan herstel van parodontitis is niet mogelijk. Behandeling is alleen dan zinvol als de patiënt te motiveren is tot een blijvende zeer goede mondhygiëne. Slechts in die gevallen kan men met verder tandheelkundig ingrijpen, variërend van het schoon-schrappen van de pockets met behulp van curettes tot het chirurgisch corrigeren van het parodontium, een goed resultaat bereiken. De door collega ZAADNOORDIJK gesuggereerde wijze van pockets elimineren, de gingivectomie, heeft een zeer klein indicatiegebied, namelijk alleen dan wanneer het alveolaire bot niet of nauwelijks is aangetast. Daar dit meestal wel het geval is, zal dit gebied ter correctie toegankelijk gemaakt moeten worden door middel van een flapoperatie waarbij geen gingiva weggesneden wordt. Geneesmiddelen voor de behandeling van parodontitis bestaan niet. Omdat ook hier de voortdurende aanwezigheid van bacteriële plaque in contact met het parodontium de oorzaak van de ontsteking is, zal duidelijk zijn dat toediening van antimicrobiële pharmaca slechts in de periode dat ze worden toegediend in staat zijn de symptomen van de ontsteking te maskeren. Geneesmiddelen met een adstringerende werking ter behandeling van parodontitis zijn voor het laatst enkele decennia geleden beschreven en met het groeiend inzicht over het ontstaan van parodontopathieën geheel verlaten.

Samenvattend zou ik de volgende opmerkingen willen maken: ontstekingen van het parodontium zijn te voorkomen door een doeltreffende bestrijding van de oorzaak, de bacteriële tandplaque, dus door doeltreffende mondhygiënische maatregelen door de patiënt, daarin bijgestaan

door de tandarts. Eenmaal ontstaan, zijn de ontstekingen te bestrijden door verbetering van de mondhygiëne, aangevuld met tandheelkundige interventie zoals gebitsreiniging, curettage van de pockets en eventueel chirurgische correctie door een parodontologisch geschoolde tandarts. Geneesmiddelen dienen gereserveerd te worden voor de bestrijding van die afwijkingen waarbij er effect van te verwachten is. Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat dit bij parodontopathieën nimmer het geval is.

Literatuur: ZAADNOORDIJK, R. W. (1978) *Geneesmiddelenbulletin* 12, 16.

Groningen, mei 1978

J. JANSEN

Met interesse heb ik de reactie van collega JANSEN op mijn artikel gelezen. De omschrijving daarin van de ziektebeelden komt vrijwel overeen met die in mijn artikel, zij het dat wegens de beknoptheid sommige details niet tot hun recht zijn gekomen. Als hierdoor de duidelijkheid heeft geleden spijt het mij, maar het is begrijpelijk.

Wie mijn artikel nog eens doorleest, zal opmerken, dat het gebruik van pharmaca door mij zeker niet wordt aanbevolen. Het is evenwel de huisarts voor wie dit artikel bestemd is en deze wil de patiënt op zo kort mogelijke termijn klachtenvrij zien. Dat daarna een tandheelkundige nabehandeling noodzakelijk wordt, is op diverse plaatsen vermeld. Het is nog altijd zo dat de huisarts de ontstekingen van kaak en parodontium veelal het eerst ziet. Het instellen van een directe therapie of het direct doorsturen naar de tandarts is te zijner beoordeling. Deze leiddraad kan hierbij helpen.

Wat mij in het Ingezonden van JANSEN opvalt, is het negeren van de mogelijkheid dat de marginale gingivitis en de ulceratieve vorm hiervan, uitingen kunnen zijn van een lichamelijke afwijking. Hoewel de plaque in de meeste gevallen de oorzaak zal zijn, zal eerst de mogelijkheid van een somatische invloed moeten worden uitgesloten. Een chronische marginale gingivitis kan ook worden veroorzaakt door hormonale stoornissen, anemieën en verzwakking van de patiënt; de ulceratieve vorm, vooral als deze acuut is, treedt ook op bij diabetes, leukopenie (al of niet door geneesmiddelen veroorzaakt) en leukemie. De hiervoor vereiste onderzoeken kunnen door de huisarts worden gecoördineerd.

Ook over de therapie kan men van mening verschillen. De patiënt kan zeer ziek zijn van de acute ulceratieve gingivitis, waardoor behandeling in de mond niet mogelijk is. Deze acute fase moet zo snel mogelijk worden overbrugd, mede omdat juist bij verzwakte patiënten de verschijnselen het hevigst zijn. Een directe beïnvloeding van de algemene toestand kan dan vereist zijn. Het snel tot rust komen van de verschijnselen na een penicilline- of metronidazol (Flagyl)-kuur, maakt deze vorm van behandeling dan ook in de meeste gevallen verantwoord, als tevens een plaatselijk desinfectans zoals waterstofperoxyde 1-½% wordt toegepast. Bovendien moet de algehele toestand van de patiënt worden beoordeeld, en zo nodig behandeld. Een multidisciplinaire aanpak is daarvoor dikwijls noodzakelijk.

Het zal collega JANSEN duidelijk zijn dat ik geen handboek heb willen schrijven, doch een eenvoudig overzicht, waar de huisarts enig houvast aan heeft, zeker met de aanvullingen vermeld in uw ingezonden stuk. Het is mij uiteraard bekend, dat de terminologie zich voortdurend wijzigt. Ik heb evenwel gemeend de nog steeds algemeen gangbare namen te moeten gebruiken. Vele artsen en tandartsen zullen beter bekend zijn met een stomatitis van Plaut-Vincent

dan met een acute necrotiserende ulceratieve gingivitis. Het komt de leesbaarheid voor de niet tandheelkundig geschoolde lezer ten goede.

Wie er enige weet van heeft hoeveel soorten geneesmiddelen er op de markt zijn ter „genezing” van de parodontitis, en ze op hun werkelijke waarde bekijkt, zal het evenals ik met JANSEN eens zijn dat de tandheelkundige verzorging centraal staat. Voor de arts zal dan de therapie niet meer zo belangrijk zijn, of het nu een gingivectomie, een apicaal-waarts verplaatste flap of behandeling van een 3-wandige

botkrater betreft. Wel moet het hem duidelijk zijn, dat met medicamenten nooit een blijvend resultaat is te bereiken. Uit deze korte reactie moge blijken, dat er tussen mij en de inzender geen essentiële verschillen van inzicht bestaan, zeker niet waar het de aetiologie betreft. Voor de aanvullingen, die de duidelijkheid verhogen ben ik collega JANSEN erkentelijk, inzicht in een juiste therapie is een kwestie van ervaring op langere termijn.

Warmond, juni 1978

R. W. ZAADNOORDIJK

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Talk in geneesmiddelen. — Het talkpoeder is als strooi-poeder in de ban gedaan omdat het pneumoconiose kan veroorzaken. In de farmaceutische industrie is het in gebruik als vulmiddel bij de fabricage van geneesmiddelen in tabletvorm.

De chemische verwantschap van talk ($\text{OH}_2\text{Mg}_3\text{Si}_4\text{O}_{10}$) met asbest ($\text{CaMg}_3\text{Si}_4\text{O}_{10}$) en de soortgelijke structuur van de molecuulcomplexen (plaatjes en vezels) maakt het talk ook verdacht als carcinogeen. Hierbij komt nog dat talk meestal verontreinigd is met microscopisch kleine asbestvezels. W. R. MOORHEAD (*New Engl. J. Med.* (1978) 298, 1365) wijst nu op de averechtse werking van de wettelijke voorschriften die fabrikanten ervan weerhouden hun produkten, waarin talk is verwerkt zoals vitaminetabletten, te vervangen door andere met een betere vulstof. In het laatste geval is namelijk een nieuwe vergunning nodig voor toelating tot de verkoop en de procedure daarvoor vraagt veel tijd en veel geld.

Aan de andere kant staat de wet niet toe de eens gegeven vergunning te herroepen. Het is te begrijpen dat de Food and Drug Administration, die belast is met het toezicht op de geneesmiddelen, erop aandringt dat de wet wordt gewijzigd, zodat zij meer armslag krijgt. De senator EDWARD M. KENNEDY is een sterke voorstander van deze wetswijziging, waarvan hij bij alle gelegenheden blijk geeft. Politieke tegenstanders blijken van deze luidruchtigheid niet gediend. Zij verwijten de senator dat hij te veel macht aan de staat wil toekennen en te weinig plaats wil laten aan de individuele vrijheid. In de Verenigde Staten klinkt dit al gauw verdacht. In *Amer. med. News* (19-5-'78) wordt in dit verband de columnist JAMES J. KILPATRICK aangehaald die zich keert tegen de voorkeur van KENNEDY voor nationale reglementering. Hij constateert: *The gentleman is charming the gentleman is shrewd, who 's afraid of TEDDY K? I am!*

CONGRESSEN, VERGADERINGEN, CURSUSSEN

De Europese Federatie voor Medische Informatieverwerking zal van 4-8 september a.s. in Cambridge haar eerste congres houden. In 85 voordrachten, waarvan 12 door Nederlandse deskundigen worden gehouden, zal het hele gebied van de computertoepassingen in klinieken en laboratoria worden bestreken. Voor nadere inlichtingen: prof. dr. J. H. VAN BEMMEL, Afd. Medische Informatieverwerking, Vrije Universiteit, Postbus 7161, Amsterdam.

A. L. NOORDAM

Binnenland

Bureau Ziekenhuistechnologie TNO geeft informatiemap uit. — Behalve het Medisch-Fysisch Instituut TNO, dat zijn bemoeienis met de geneeskunde reeds in de naam draagt, zijn er nog andere instituten van TNO die zich bij tijd en wijle op medisch terrein bewegen. In totaal verlenen 32 verschillende instituten diensten aan de ziekenhuiswereld, zodat het voor een belanghebbende soms niet direct gemakkelijk is om een overzicht te krijgen en uit te maken tot wie hij zich wenden moet. Om daaraan voortaan tegemoet te komen is binnen de Gezondheidsorganisatie TNO een dwarsverband ingesteld in de vorm van een *Bureau Ziekenhuistechnologie TNO*. Aan het hoofd van dit bureau staat dr. B. VAN EIJSBERGEN; het is gevestigd in het Medisch-Fysisch Instituut TNO, da Costakade 45, 3502 JA te Utrecht, postbus 5011, tel. 030-935141.

Het Bureau heeft tot taak de vaardigheden en het lopende onderzoek in TNO op het gebied van de ziekenhuistechnologie te inventariseren en verder als centraal informatie- en coördinatiepunt voor de ziekenhuiswereld te fungeren. Vragen over ziekenhuistechnologie in de ruimste zin kan men rechtstreeks aan het bureau stellen. Is er voor het antwoord speciaal onderzoek nodig, dan behoort het tot de taak van het bureau te bevorderen dat dit onderzoek in het daarvoor in aanmerking komende TNO-instituut ook wordt uitgevoerd.

Niet alleen op aanvraag, maar ook actief verstrekt het Bureau informatie. Onlangs is het eerste nummer verschenen van een informatiemap *Ziekenhuistechnologie*. Het is de bedoeling 4 maal per jaar met een dergelijke map uit te komen, zodat men zelf een documentatiesysteem kan opbouwen. De eerste aflevering bevat 3 bladen: één verzorgd door het Medisch-Fysisch Instituut TNO (onder meer met een marktoverzicht over defibrillatoren), één door het Kunststoffen- en Rubberinstituut TNO (kunststoffen voor medische toepassingen) en een door het Instituut voor Milieuhygiëne en Gezondheidstechniek TNO (ventilatie in operatieafdelingen).

CONGRESSEN, VERGADERINGEN, CURSUSSEN

Bijeenkomst Kring Mathijssen. — De Kring Mathijssen van de Koninklijke Vereniging van Nederlandse Reserve Officieren zal bijeenkomen op donderdag 14 september 1978 om 20.00 uur in het Mathijssen Hospitaal te Utrecht. Prof. dr. W. H. BRUMMELKAMP zal een voordracht houden over „Schot- en steekwonden van buik en thorax”. Voor inlichtingen over de Kring Mathijssen gelieve men zich te richten tot de secretaris, M. C. DE HAAN, Provincialeweg 61 te