

INGEZONDEN

NOG ENKELE OPMERKINGEN OVER ANONIEME PUBLIKATIES

Met dank aan collega VISSER voor zijn toelichting, moet mij van het hart, dat deze mij niet erg heeft kunnen bevredigen. Daarvoor zijn zijn argumenten te weinig overtuigend en bevat zijn betoog te veel onjuistheden, zoals ieder die de laatste jaargangen van het T.v.T. doorbladert, zonder moeite kan vaststellen. Ik volsta met enkele recente voorbeelden:

In het juninummer van dit jaar staat onder de rubriek „Uit en voor de Praktijk” een kort artikel over „Prothetische Kleinigheden”, een oorspronkelijke anonieme bijdrage.

In het februarinummer van dit jaar vinden wij onder de rubriek „Uit de Kliniek” drie anonieme bijdragen, waarvan alleen de eerste een referaat is. Geen van deze bijdragen is afkomstig uit de Mondheekundige Kliniek te Groningen.

Wat de oorspronkelijke bijdragen betreft, handhaaf ik ten volle mijn afkeurend oordeel ten aanzien van anonieme publikatie. Hoewel in mindere mate, geldt dit oordeel ook de referaten. Het is mij niet duidelijk, waarom de Excerpta Odontologica alle voluit worden ondertekend, terwijl de schrijver van een uitvoerig referaat „zich in het algemeen niet geroepen voelt zijn naam, of zelfs maar zijn initialen, aan het door hem gerefereerde stuk toe te voegen.”

Ik hoop van harte dat de redactie van ons Tijdschrift haar besluit, zonder aarzelen op de ingeslagen weg voort te gaan, zal herzien.

J. G. DE BOER

EXTRACTIES ONDER LACHGAS-NARCOSE

Geachte Redactie,

In het juninummer van het Tijdschrift voor Tandheelkunde komt in de rubriek Excerpta Odontologica een referaat voor van collega ROORDA te Groningen, betreffende een artikel van C. BLOEDNER over „Aspirierte Zahnwurzel nach Extraktion in Narkose”. (Sectie VII, no. 480, pag. 660).

Met de strekkingen: geen intraveneuze narcose in de gewone behandelkamer en strenge controle op mogelijk achtergebleven wortels, gaasjes, e.d., ben ik het volkomen eens; met de verdere opmerkingen van referent daarentegen in het geheel niet. Met het oog op de mogelijkheid van tijdens de narcose geaspireerd bloed, pus e.d. is coll. ROORDA namelijk van mening dat, wanneer voor meer dan één of twee elementen narcose wordt toegepast, *alléén* gebruik gemaakt mag worden van endotracheale narcose.

Mijn ondervinding betreffende meer dan tweeduizend gevallen waarin „gewone” narcose werd toegepast is een geheel andere en – al ben ik mij bewust, een eenzaam roepende in de woestijn te wezen – deze is zo overtuigend, dat ik ten sterkste gekant ben tegen de uitspraak dat partiële of totale „opruiming”, variërend van één tot dertig of vijfendertig radices in één keer niet toelaatbaar zou zijn zonder endotracheale narcose, die niet kan worden toegepast in de gewone behandelkamer.

In mijn praktijkkamer, met de hulp van een capabele assistente en met de narcose

(gewoon lachgas-zuurstof via neusmasker en mondafsluiter) toegediend door een specialist op dit gebied (de laatste veertien jaar een met mij samenwerkende huisarts met narcose-ervaring) heb ik sinds ongeveer 1930 een goede tweeduizend gevallen behandeld (zie ook: Tijdschr. Tandheelk. 45 : 64, 1938 en 50 : 282, 1943). Op grond daarvan kan ik slechts tot deze conclusie komen: voor bijna alle betrokken patiënten, die meestal uit angst de noodzakelijke extracties steeds uitstelden, was deze behandeling een zegen en een bron van warme dankbaarheid.

Natuurlijk is de behandeling voor de tandarts gecompliceerder en dus lastiger dan die onder injectie, maar daartegenover staat het belang van de patiënt, die in één keer van alles af is, in een operatie, die „buiten hem om” gaat, zonder de bekende naweeën van de inspuiting, speciaal bij geïnfecteerde elementen, dus over het algemeen minder napijnen, en minder nabloeding, hoewel de bloeding tijdens de behandeling natuurlijk profuus is.

Wetend dat er door de volkomen passiviteit van de patiënt kans is op aspiratie van wegspringende resten of wortels, van bloed en van pus tijdens de narcose, is de tandarts *volstrekt verplicht*, deze kans te elimineren door het aanbrengen van een goed aansluitende gaastampon achter op de tong. Genoemde aspiratie komt bij goede voorzorg eenvoudig niet voor.

Mijn overtuiging dat de Nederlandse tandartsen als geheel, en als gevolg van hun opleiding, hun patiënten te kort doen door niet bereid te zijn onder narcose te extraheren, werd dit voorjaar nog weer versterkt door de voordracht van de New Yorkse „oral surgeon” Dr. SELDON. In zijn praktijkkamer geschiedt vrijwel *alles* onder lachgas-zuurstofnarcose, tot een eenvoudige frenulum-excisie toe, hetgeen *mij* nu weer te ver gaat.

Het geciteerde oordeel van collega ROORDA moet ik al met al kwalificeren als onjuist en – gezien in het licht van mijn ondervinding, dat deze behandeling voor een zeker soort patiënten een zegen is – als lichtvaardig.

Amsterdam-Z.

J. A. VAN KETEL, D.D.S.
Willemsparkweg 16

FLUOR EN TANDBEDERF

DOOR G. J. BAERENTS

Reeds meer dan 15 jaar wordt in wetenschappelijk tandheelkundige kringen fluor beschouwd als het aangewezen middel om het steeds toenemende tandbederf een halt toe te roepen.

De wijze van toediening ligt op drie verschillende terreinen:

1. innemen (per os) van tabletten, die fluorverbindingen bevatten (dus door ieder individu persoonlijk toe te passen);
2. inspelen van de elementen door de tandarts of een andere op het gebied der mondhygiëne geschoolde kracht, waartoe eerst grondige gebitsreiniging dient plaats te vinden. Ook hier wordt de beslissing over zijn gezondheid aan de patiënt zelf overgelaten;
3. toevoeging van fluor aan leidingwater, waarbij dus elk lid van deze drinkwatergemeenschap iets moet ondergaan, ongeacht of hij het er al dan niet mee eens is.

Afgezien echter van deze morele kant willen wij laatstgenoemde methode nuchter beschouwen, zowel van praktisch-tandheelkundige als van economische zijde.

Wanneer de toevoeging van fluor aan drinkwater inderdaad paal en perk stelt aan het tandbederf, dan betekent dit een middel, dat aan tandarts en patiënt geen tijd en moeite kost, wat natuurlijk een groot voordeel is.

Wat de economische kant betreft, het volgende:

Wanneer men nagaat hoeveel procent van het leidingwater daadwerkelijk geconsumeerd wordt (hetzij direct als drinkwater, hetzij in thee, koffie, soep, aardappelen, groenten e.d.) en hoeveel procent wordt gebruikt voor huishoudelijke en industriële doeleinden (baden, gezinswas, stadsreiniging, fontein, besproeiing, e.d.), dan blijkt aanstonds dat het percentage dat voor directe inwerking in aanmerking komt, maar zeer gering is. Daarnaast kan men zich afvragen of het nu wel alleen het fluor is, dat zulk een belangrijke preventieve invloed heeft, dan wel dat er nog andere factoren in het spel zijn.

Uit onderzoekingen van HEARD in Hereford (Texas, Ver. St.) is gebleken, dat daar de cariës toenam, toen het gebruik van wit meel en conservenprodukten eveneens toenam, d.w.z. onafhankelijk van het plaatselijke gehalte aan fluor in het drinkwater. Hereford was de plaats, waar in HEARD's ogen de onderzoekers 15 jaar geleden een fout maakten, toen zij de goede kwaliteit van de gebitten uitsluitend aan het fluorgehalte van het water toeschreven en de kwaliteit van het op mineraalrijke bodem verbouwde voedsel over het hoofd zagen. Hij vond voorts, dat degenen, die geen cariës hadden, veel melk gebruikten.

LODRUP (1953) vestigde naar aanleiding van een vergelijkend onderzoek de aandacht op het belang van andere sporenelementen, zoals strontium en vanadium. Hij onderzocht schoolkinderen in Bonn en Oslo, en kwam tot de volgende resultaten:

In Oslo trof hij bij 100% van de 16-jarige schoolkinderen cariës aan, bij een fluorgehalte van het drinkwater van 0,30%. In Bonn, waar de kinderen eveneens op 16-jarige leeftijd de school verlaten, vond hij in dezelfde leeftijdsgroep slechts 50% cariës, bij een fluorgehalte van 0,26% (dus minder dan in Oslo). Het leidingwater in Bonn bevatte echter de elementen strontium en vanadium. De voeding in beide steden was ongeveer gelijk: in Oslo werd meer vis en melk geconsumeerd, in Bonn daarentegen meer vlees, groenten en zoete toespizzen.

Men is dan ook tot de conclusie gekomen dat de toevoeging van alleen fluor aan het drinkwater weinig nut heeft, tenzij men ook andere sporenelementen toevoegt; de juiste verhoudingen hiervan vormen nog een onderwerp van studie.

Intussen hebben ook de onder 1. en 2. genoemde toedieningswijzen het nadeel, dat zij aan de hoofdoorzaak van het tandbederf, gelegen in onze onnatuurlijke leef- en voedingswijze, in het geheel niets veranderen. De veiligste weg bij de bestrijding van dit ziekte- (of degeneratie-)proces is dan ook de verschaffing van de benodigde bouw- en beschermingsstoffen door middel van een niet gedenatureerde, geraffineerde, gekleurde of gebleekte voeding. Is dit ook voor het element fluor mogelijk? Stellig is dat het geval. Men vergelijke slechts de volgende tabellen, ontleend aan het tijdschrift „Vitalstoffe - Zivilisationskrankheiten“, Vol. 3, afl. 9, pag. 21-22, 1958 en afkomstig uit het „Institut für Biochemie der Vitalstoffe und Ernährung“ te Hannover.

Hierbij wordt aangetekend, dat fluor als een integrerend element bij de vorming van skelet en gebit dient te worden beschouwd, hoewel de wijze waarop het werkt nog niet precies duidelijk is. Naar men meent moet het drinkwater tot 1.000 gamma % per liter bevatten, een hoger gehalte leidt tot verkleuring van de tanden. De mens heeft ongeveer 1.000 gamma % per dag nodig.

Ingezonden

Tabel 59. Fluorgehalte van verse en verwerkte voedingsmiddelen in gamma procenten. (1 gamma % is 1/1000 mgr.) per 100 gr.

0-100 *gammaprocent*

blauwe bosbes	2	wortelen	22
abrikozen	2	linzen	23
kleine pruimen	2	uien	24
hazelnoten	3	waterkers	24
geschilde citroen	3	haver	25
appel	5	tarwemeel	27
citroenschil	5	tarwezemel	29
peer	6	kweepeer (klokhuis)	29
kweepeer zonder klokhuis	6	erwten	29
geschilde aardappelen	7	kropsla	30
bloemkool (blad)	8	biet (nerf)	32
amandelen	9	biet (blad)	38
witte kool	9	winterspinazie	44
tomaten	9	basilicum	55
druivensap	9	knolraap (geschild)	58
kruisbessen	11	rogge	61
rode bessen	12	mais (volle korrel)	62
bloemkool (bloem)	12	rijst met zilvertvies	67
koemelk	14	tarwe (volle korrel)	70
groene bonen	15	selderie	70
citroenpitten	17	kool buitenste blad	80
zwarte kersen	18	gierst	80
knolraap buitenlaag	18	tarwekiemen	88
kippenei	20		

101-1000 *gammaprocent*

peterselie	104	sojabonen	500
marjolein	192	zeevis	500-1000
bonenkruid	267	aardappelen in schil	640

Tabel 60. Fluorgehalte van verschillende voedingsmiddelen beschouwd naar hun biologische samenstelling, uitgedrukt in gammaprocenten per 100 gr. verse stof.

tarwe	volle korrel	70	Men ziet dus dat bij het uitbuilen van het volkorenmeel ± 2/3 van het fluor-gehalte verloren gaat.
	kiem	88	
	zemelen	29	
	meel (bloem)	27	
aardappelen	geschild	7	biet
	in schil gekookt	640	bladnerf
			bladgroen
kool	buitenste bladeren	80	kweepeer
	eetbare deel	15	zonder klokhuis
			met klokhuis
bloemkool	bloem	12	druivensap
	bladeren	8	9
koolraap	geschild	58	citroen
	met schil	18	geschild
			schil
			pitten
			17

Tenslotte nog 2 vergelijkende tabellen, voor het eerst gepubliceerd door Prof. SCHWEIGART op het 4e Congres voor Vitaalstof en voeding te Essen van 8-12 okt. 1958.

Dieet 1		Dieet 2	
100 gr. vlees	200 γ %	100 gr. vis	500 γ %
500 cc. melk	70 γ %	500 cc. melk	70 γ %
1 ei	20 γ %	1 ei	20 γ %
300 gr. brood (wit)	40 γ %	300 gr. volkorenbrood	105 γ %
300 gr. aardappelen	21 γ %	300 gr. aardappelen in schil	1920 γ %
100 gr. bosbessen	2 γ %	100 gr. kersen	18 γ %
Totaal	353 γ %		2633 γ %

Uit deze tabellen en vergelijkende dieetvormen moge opnieuw blijken, dat het volkomen verantwoord is te zeggen: „De veiligste en tevens goedkoopste weg om tot een goede tandverzorging te komen is die van de zo natuurlijk mogelijk gehouden voeding.

Tandheelkunde begint bij een verstandige aankoop en een niet gedatureerde bereiding, (dus veel rauwkost) volkorenproducten etc.

Mondhygiëne door tandarts of leek, alsmede elke technische gebitsrestauratie in de vorm van vullingen, kronen, bruggen of kunstgebitten, zijn hierbij verzeleken slechts lapwerk, symptoomtherapie, die alleen dan zin heeft indien hierop volgt een correctie van het leef- en voedingssysteem.

Amsterdam (O), mei 1959

AGENDA

Data der voornaamste wetenschappelijke congressen en vergaderingen in binnen- en buitenland

1959

- 24-27 september Jaarvergadering der Deutsche Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Paradontopathien (Arpa) te Lindau (Bodensee), Bad Schacken.
- 5-10 oktober XVIe Congrès Français de Stomatologie te Parijs. Dr. R. BATAILLE, 43 Rue de la Chaussée d'Antin, Paris (9).
- 22 oktober Najaarsvergadering Ned. Tandheelk. Genootsch. 10 uur v.m. Jaarbeursrestaurant, Utrecht.
- 6-7 november Najaarsvergadering van de Ned. Ver. v. Tandartsen, Jaarbeursgebouw, Utrecht.
- 13 november Klinische avond voor tandartsen in het Acad. Ziekenhuis te Groningen.
- 12-18 november Semaine Odontologique Internationale te Parijs. Secr. 31 Rue Tronchet Parijs 8.
- 23-29 november 33e Journées Dentaires Internationales te Parijs. Dr. JEAN LANG. 5 Rue Raymond Losserand Parijs 14.

1960

- 30 juni-5 juli 36e Congres European Orthodontic Society te Belfast N.-Ierland. Dr. H. T. A. MC KEAG 35 Rugby Road, Belfast.