

zou het de moeite waard zijn, de man te vinden als hij nog in leven is, omdat hij zeer interessante informatie zou kunnen verschaffen over een merkwaardige periode in de wereldgeschiedenis.

In deze publikatie wordt een nauwkeurige beschrijving gegeven van Bormann's gebit, zoals het er in 1945 moet hebben uitgezien volgens de gegevens van Hugo Blaschke, de Duitse tandarts die in 1911 in de Verenigde Staten zijn DDS-diploma behaalde en later Hitler en Bormann regelmatig behandelde. Blaschke (die in 1957 stierf) heeft in 1945 voor de Amerikaanse Inlichtingendienst een gebitsstatus samengesteld met vele bijzonderheden, die vrij accuraat moeten zijn (ofschoon röntgenfoto's en aantekeningen over de behandeling verloren waren gegaan) omdat hij Bormann nog in maart 1945 had behandeld. Sognaes vestigt de aandacht op bepaalde details, die het onweerlegbaar bewijs zouden hebben kunnen leveren van de identiteit van Bormann's schedel, indien deze werkelijk gevonden was: een half doorgebroken derde molaar in de rechter onderkaak met jodoformpasta in de pulpakamer en een brug ter vervanging van een rechter boven-incisief met vensterkronen op de nabuurelementen. Maar bovendien geeft hij aan, welke behandelingen vermoedelijk binnen kortere of langere tijd nodig zouden zijn geweest, indien Bormann in leven was gebleven, zodat ook jaren later door een behandelend tandarts het gebit had kunnen worden geïdentificeerd. Het artikel is een fraai voorbeeld van forensische tandheelkunde.

Veel geruchten hebben in de wereldpers gecirculeerd: Bormann (die nu 73 jaar oud zou zijn) ontkwam via Italië met een Vaticaanse paspoort naar Zuid-Amerika, waar nog

verleden jaar een oude landbouwer werd gearresteerd die op hem leek; in 1966 werd in Brazilië een monnik gegrepen, die geheel tevergeefs aan de tand werd gevoeld en onlangs is zelfs de veronderstelling geopperd dat Bormann tijdens de oorlog als spion voor Stalin zou hebben gewerkt en sinds 1945 als eenzaam burger in Rusland zou leven (The hunt for Martin Bormann, C. Whiting, 1973).

Kort geleden werden in Berlijn twee skeletten gevonden, waarvan er een dat van Bormann zou zijn. Het Duitse weekblad Stern (31 dec. 1972) publiceerde foto's van de schedel: in de *onderkaak* waren twee centrale incisieven door brugwerk vervangen maar – aldus citeert Stern de heer Echtmann, die tandtechnicus van Blaschke is geweest – „daz er (Blaschke) versehentlich eine Brücke in der Oberkiefer verlegt hat, ist doch bei einer Aufzeichnung aus dem Gedächtnis nicht ungewönlich”. Toch is deze vergissing vreemd, te meer omdat uit Sognaes' verslag blijkt, dat Blaschke zelfs uit het hoofd de kleur van Bormann's tanden kon aanwijzen op een SS(!)White-kleurenring. In Time (23 april 1973) wordt bij een desbetreffend bericht de foto van een schedel afgebeeld, waarop duidelijk het onderfront compleet is. Maar ook de rechter boven-incisief is aanwezig. Deze schedel lijkt wel sterk op die, welke Stern afbeeldt als zijnde van Stumpfegger, de arts die samen met Bormann uit de bunker ontsnapte.

Voorlopig heeft misschien alleen de Engelse historicus Trevor-Roper gelijk, die zegt: „The fate of Bormann is uncertain” (The last days of Hitler, 1947) of ook de journalist van Time, die meldt dat na de recente vondst in Berlijn het bevel tot inhechtenisneming (en de uitgeloopte prijs) is vervallen en besluit met de opwekking: „Martin Bormann, it's safe to come home now”.

Lamers – Heumen

VRAAG EN ANTWOORD

Vraag: *Bestaan er overwegende bezwaren tegen het gebruik van eugenol bij de behandeling van alveolitis sicca dolorosa (zgn. dry socket)?*

Naar aanleiding van het artikel van J. Hovinga (Ned Tijdschr Tandheelkd 79 (1972), december, pag. 451-452), getiteld „Behandeling van alveolitis”, bereikte de Redactie bovenstaande vraag van collega J. W. Peters te Wormerveer.

Collega Peters beschreef daarbij de behandeling (zonder gebruikmaking van plaatselijke verdoving), welke hij zelf reeds jaren met succes toepast: na uitspuiten van de alveolus met $H_2O_2 \pm 1\frac{1}{2}\%$, gevolgd door uitspuiten met lauw water, applicatie van enkele druppels eugenol in de diepte van de alveolus, met behulp van een dunne, stompe canule, bevestigd op een metalen spuit (inwerkingstijd 30 seconden). De pijn blijkt – na spoelen – in de meeste gevallen blijvend te zijn verdwenen. In zeldzame gevallen is herhaling van de behandeling – een dag later – noodzakelijk.

Antwoord: De applicatie van eugenol in de alveole, ter bestrijding van de pijn in geval van alveolitis, is geen onbekende methode. Recent is deze therapie nog in de literatuur vermeld (Howe (1971): tampon gedrenkt in zinkoxyde-eugenol).

Brongersma (1969) deelt over eugenol het volgende mee: „Tot voor enige decennia was van een nadelige invloed van eugenol weinig of niets bekend. Chemische en histologische onderzoekingen echter toonden aan, dat eugenol niet zo onschuldig is als men meende... Eugenol blijkt namelijk eiwitten aan te tasten en uit dien hoofde toxisch te zijn en een ontsteking te veroorzaken, waarvan de intensiteit en de uitgebreidheid afhankelijk zijn van de hoeveelheid eugenol en van de werkingsduur. De pijnstillende werking van eugenol berust op een pijnloze beschadiging van zenuwweefsel, waarna dit niet meer in staat is prikkels voort te geleiden. De anaesthesie is dus een gevolg van de toxiciteit (Gurney, 1966).”

Bij alveolitis hebben we te maken met een gestoorde

wondgenezing; er is een oppervlakkige ostitis van het alveolebot. Door eugenol in de alveole te spuiten, worden niet slechts de zenuwvezels gedestruëerd, maar de eiwitten van de gehele alveolewand aangetast, waardoor de wondgenezing nog meer wordt vertraagd. Het gebruik van eugenol dient dan ook te worden afgeraden.

De para-oxybenzoëzure propylester, die zoals vermeld, aangrijpt in het genezingsproces, is een meer fysiologisch middel.

Dr. J. Hovinga

Literatuur:

1. Brongersma, A. J. (1969): Problemen bij de indirecte pulpaoverkapping. Stafleu Tholen N.V., Leiden. Pag. 37-39.
2. Howe, G. L. (1971): Minor oral surgery. John Wright and Sons, Bristol. Pag. 310.

Collega Peters tekent bij dit antwoord het volgende aan:

Hoewel uit het commentaar van collega Hovinga blijkt, dat het genezingsproces met de door mij gevolgde procedure wordt vertraagd – hetgeen inderdaad een niet te onderschatten nadeel is – moet toch ook rekening worden gehouden met de ervaring, dat de patiënt op een zeer eenvoudige wijze in enkele minuten van zijn pijn wordt afgeholpen. Het is de vraag of dit niet opweegt tegen het bezwaar van een iets langduriger genezingsproces.

Vraag: *Wat is het effect van röntgenstralen op pacemakers; m.a.w., is het geoorloofd bij patiënten met een pacemaker een röntgenfoto te vervaardigen?*

Antwoord: Tegen het maken van een tandfilm bij patiënten met een pacemaker bestaat geen bezwaar.

Bij pacemakers onderscheidt men de vastfrequente en de gestuurde pacemakers. Het eerste type, dat wordt toegepast bij patiënten die geen eigen hartactiviteit meer hebben, is ongevoelig voor stoorinvloeden.

Het tweede type, dat bij 90% der pacemakerpatiënten wordt toegepast, wordt gebruikt als de patiënt intermitterend uitval heeft van zijn eigen hartactiviteit; deze gestuurde pacemakers zijn uitgerust met een detectie-circuit om de eigen hartactiviteit te kunnen waarnemen. Zij zijn gevoelig voor storingen van buitenaf, hoewel door bescherming van het circuit (metalen afschermdoos, speciaal elektronisch circuit) de stoorgevoeligheid in latere versies verminderd is.

Onderzoek naar stoorinvloeden (microwave ovens, wapedetectors, radarsystemen, huishoudelijke apparatuur, röntgenbestraling (o.a. betatron), hoogspanningsmasten, elektrische boren, e.a.) is reeds uitgevoerd of nog aan de gang. Voorlopig lijkt, met name bij fysiotherapeutische apparatuur, voorzichtigheid geboden. In dit kader werkt in de Verenigde Staten de Association of Advancement in Medical Instruments (de Pacemaker Commission) aan een overzichtsrapport, terwijl recent in Nederland onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting eveneens een werkgroep is opgericht.

De door de vragensteller genoemde behandeling lijkt geen bezwaar te zullen opleveren, daar het maken van röntgenfoto's en het bestralen met de betatron geen duidelijke invloed bleek te hebben. Enige jaren geleden werden zelfs röntgenfoto's van geïmplanteerde pacemakers gemaakt, om een indruk te krijgen over de ladingstoestand van de batterijen.

Dr. H. J. Th. Thalen,
Afd. Hart- en Vaatziekten,
Academisch Ziekenhuis,
Oostersingel 59,
Groningen.

Literatuur:

1. Bisping, H. J. et al. (1972): Störbeeinflussung implantierter Schrittmacher im Alltag. Dtsch. med. W. Schr. 97: 1773-1779.
2. Hoekstra, A. (1970): Onderzoek naar de invloed van stoorspanningen op kunstmatige hartstimulatoren. Afd. Elektrotechniek TH Delft.
3. Osepchuk, J. M.: Comparison of potential device interference and biological exposure hazards in microwave leakage fields. Raytheon Research Division Waltham (Mass., U.S.A.).
4. Schulten, K. H. et al. (1972): Störbeeinflussung implantierter Herzschrittmacher. Dtsch. Med. W. Schr. 97: 1539-1541.
5. Yatteau, R. F. (1970): Radar-induced failure of a demand pacemaker.
6. Eipper, H. A., Laufenberg, E. (1972): Zum Verhalten implantierbarer Herzschrittmacher während Betatron-Hochvoltbestrahlung. Strahlentherapie 143: 644-654.
7. Hildner, R. A. et al. (1969): Irradiation of pulmonary tumor with overlying artificial cardiac pacemaker. Radiology 92: 48.
8. Thalen, H. J. Th. (1973): Van „Main électrique” tot „pacemaker”. Geneeskundige Gids 4: 136-141.