

Samenwerking tusschen arts en tandarts

DOOR

DR. C. VAN DER HOEVEN.

Een duister ziektegeval, waarvoor ik eenigen tijd geleden in consult geroepen werd, geeft mij aanleiding om in het algemeen eenige opmerkingen te maken omtrent de samenwerking tusschen arts en tandarts. Ik meen toch, dat vele geneeskundigen nog te weinig doordrongen zijn van de noodzakelijkheid of gewenschtheid om in bepaalde gevallen de hulp van den tandarts in te roepen. Het bedoelde ziektegeval is het volgende:

In het begin van Juli 1914 wordt een specialist voor neus-, keel- en oorziekten door patiënt geraadpleegd wegens een gevoel van verstopping in zijn rechter neushelft. De specialist is zoo vriendelijk, mij het volgende verslag te geven:

„Reeds in het najaar van 1911 had patiënt geleden aan kleine zeer oppervlakkige ulceraties op de rechter zijde van het kraakbeenig neustusschenschot en den rechter arcus palato-glossus, omtrent wier aard men geen zekerheid kon verkrijgen, maar die langzaam onder behandeling met nitr. arg. waren genezen. In November 1911 kreeg patiënt een acute appendicitis met doorbraak in de buikholte. Bij de laparotomie werd de appendix niet verwijderd; deze was gangraeneus en werd later langs de wond uitgestooten.

Patiënt is een man van 48 jaren, die overigens steeds gezond is geweest. In de urine worden geen abnormale bestanddeelen gevonden en behalve over het gevoel van moeilijke ademhaling door het rechter neusgat heeft patiënt over geen enkel orgaan te klagen. Er is geen bijzondere afscheiding uit zijn neus. Hoofd- of aangezichtspijnen heeft

hij niet. Uitwendig is niets waar te nemen, evenmin in de mondholte of in de keel. Bij rhinoscopisch onderzoek blijkt de concha inf. dextra matig gezwollen. Van ulceratie of woekering is niets te zien. Er is geen foetor. In de bijholten is niets afwijkends te vinden; met name zijn de antra Highmori doorschijnend. Patiënt krijgt een snuifpoeder met menthol en vertoont zich na ruim een maand weer. De verstoptheid is hem toen niet meer zoo hinderlijk, weshalve met dezelfde behandeling wordt voortgegaan tot begin October. Toen blijkt de zwelling toegenomen en om wat meer ruimte te maken, wordt de concha inf. dextra met den galvanocauter behandeld. Na ruim drie weken komt patiënt terug met een vrij uitgebreide ulceratie aan de gecauteriseerde concha en een stinkende etterafscheiding uit het rechter neusgat. Bovendien klaagt hij over pijn in achterhoofd en nek. Een dergelijk verloop vond ik vreemd en in verband met de raadselachtige ulceraties van 1911 wordt aan patiënt, hoewel hij ontkent lues gehad te hebben, jod. kal. in stijgende giften voorgeschreven. De reactie van Wassermann is negatief. Het gebruik van jod. kal. geeft geen uitwerking. Intusschen is langzamerhand de rechter wang en het onderooglid eenigszins oedemateus gezwollen en het rechter neusbeen wat pijnlijk bij druk geworden. De doorlichting van het antrum blijft normaal. Het Röntgenogram wijst aan vernieling van de rechter bovenkaak en infiltraat in de cellulae ethmoïdales en het antrum Highmori. Het verslag van het microscopisch onderzoek van een stukje van de concha inf. door een patholoog-anatoom verricht, luidt op 5 Dec. „veel ontstekingsverschijnselen met necrose; geen tuberkelbacillen; geen gummata; geen carcinoom; wel infiltratie om de kleine arteriae.” Op 10 Dec. wordt een hoogleeraar geraadpleegd. Hij raadt aan behandeling met salversaan en, indien dat geen gevolg heeft, patiënt naar den chirurg te verwijzen, aangezien hij kanker voor het meest waarschijnlijk houdt. Aanvankelijk schijnen de salversaaninspuitingen (onder de hoede van patiënts' huisarts) goed

te doen. De neus wordt vrijer en de afscheiding minder, zoodat mentholparaffine-verstuivingen patiënt in den pharynx komen.

Een dreigende perforatie onder den binnenrand van het beneden ooglid gaat weer terug onder gebruik van een zilverzalf. Helaas is deze beterschap niet van blijvenden aard. Op 4 Januari 1915 wordt nogmaals eenig weefsel van de concha door den patholoog-anatoom onderzocht. „Geheel necrotische weefselmassa, waarin niets van gezwelweefsel is te herkennen”. Het verslag van het onderzoek van 9 Januari van een stukje weefsel van dezelfde concha en van den nasalen wand van het antrum luidt: „veel ontstekingsinfiltraten, vooral om kleine dikwandige vaatjes, verder vrij veel vaatrijk, dikvezelig bindweefsel en necrotisch weefsel; niets wat lijkt op kanker, noch op tuberculose; geen reuzencellen en niets van actinomycose. Dus niets positiefs, maar een tot necrose neigende ontsteking (misschien toch lues?)”. De chirurg wordt in consult geroepen. Tijdens het consult neem ik bijna de geheele onderste concha, die necrotisch is, weg en kan vaststellen, dat ook de wand van het antrum over een groote uitgebreidheid necrotisch is. Van een gezwel blijkt niets en de chirurg meent, op grond van anamnese, verloop en status praesens, kanker met zekerheid te kunnen uitsluiten. Hij ontraadt thans chirurgisch ingrijpen, omdat door het wegnemen van de onderste concha wellicht voldoende gelegenheid tot afvloeijing van etter gegeven is. In overleg met den huisarts verzoek ik een specialist het neussecreet op malleus te onderzoeken.

Een paar jaren vroeger was een paard van patiënt aan droes bezweken en waar wij zoo in het duister tastten, scheen het raadzaam, ook met dit feit rekening te houden. Het verslag luidde, dat malleus kon worden uitgesloten. Er werd ongeveer een reincultuur van staphylococcen gevonden en de seroloog stelt voor een vaccine te bereiden ter onderhuidsche inspuiting. Dit aanbod wordt aanvaard en op 6 Febr. krijgt patiënt een inspuiting. Hierop reageert hij met

pyaemische koortsen, zoodat de inspuiting niet kan worden herhaald. Daarbij treedt een acute pneumonie van den rechter top op. Langzamerhand daalt de temperatuur weer en gaat de pneumonie terug".

Den 7den Maart word ik in consult geroepen. Bij onderzoek met spiegel en sonde vind ik een volkomen gaaf gebit, geen teekenen van wortelvliesontsteking; alleen valt het op, dat de beet abnormaal diep is. Bij onderzoek met den inductiestroom reageeren de beide snijtanden en de hoektand van de rechter bovenkaak volstrekt niet, terwijl de valsche kiezen en ware kiezen van de rechter bovenkaakshelft iets sterker reageeren dan de overeenkomstige tanden van de linker zijde. Hieruit bleek dus, dat de pulpae der beide snijtanden en van den hoektand zijn afgestorven. Aangezien de algemeene toestand van patiënt niet toelaat een conservatieve behandeling toe te passen en onverwijld gehandeld moest worden; raad ik aan, de drie doode tanden te verwijderen. Een röntgenopname van de wortels der drie doode tanden kon met het oog op den algemeenen toestand van patiënt niet meer gemaakt worden. Ik geef in overweging om tegelijk met de extractie een ruimen toegang tot neusen kaakholte te maken; doch de behandelende arts ontraadt dit met het oog op den zwakken toestand van patiënt. De extracties geschieden zonder eenig bezwaar onder lachgaszuurstofnarcose. Op een kampherinspuiting heeft patiënt een rustigen nacht.

Den 13den Maart treedt een pneumonie van de rechter benedenkwab op, waaraan patiënt den 17den Maart overlijdt. Lijkopening wordt niet toegestaan.

De niet carieuze tanden worden in tegenwoordigheid van een patholoog-anatoom steriel doorgeknipt. De wortels van den middensnijtand en hoektand zijn klein, die van den zijdelingschen snijtand bijzonder lang. Alle pulpae zijn afgestorven; die van de beide snijtanden reeds sedert langen tijd, daar zij reeds in mummificatie en sclerose zijn overgegaan.

In den hoektand is het pulpaweefsel nog als zoodanig te herkennen en is blijkbaar eerst later afgestorven. Bij kweekproeven uit de pulparesten vond de patholoog-anatoom uitsluitend staphylococcus aureus.

Aangezien wij bij dit ziektegeval hebben kunnen uitsluiten het bestaan van kanker, lues, tuberculose, actinomycose, kwade droes, en slechts verschijnselen eener necrotiseerende ontsteking en drie doode tanden vonden, schijnt mij als meest waarschijnlijk toe, dat de gang van zaken de volgende geweest is:

In het najaar van 1911 heeft patiënt een infectie door-gemaakt, die ulceraties in den neus en arcus palatoglossus en appendicitis veroorzaakt heeft en waardoor tevens de pulpae der beide snijtanden zijn afgestorven, of wel die pulpae zijn tengevolge van den diepen beet afgestorven en daarna is de algemeene infectie opgetreden. Dit wil ik in het midden laten. Van die infectie is patiënt genezen; doch de doode pulpae hebben in latenten toestand een plaatselijke infectie voortgezet in de spongiosa van de rechter bovenkaak en daar een osteo-myelitis veroorzaakt. Een oogenblik heeft de natuur getracht zich te redden door middel van een doorbraak der ontsteking onder den binnenrand van het beneden-ooglid, een typische plaats voor doorbraak van osteo-myelitis, uitgaande van den lateralen snijtand. De ontsteking is daar ter plaatse evenwel weer teruggegaan en het is niet tot een fistel gekomen. De ontsteking heeft zich integendeel meer en meer uitgebreid in de spongiosa van de bovenkaak, de neusschelpen en de zeefbeencellen en ten slotte tot een algemeene bloedvergiftiging gevoerd, die patiënt ten grave gesleept heeft. In de tandheelkundige literatuur zijn vele dergelijke latent verloopende ontstekingen, uitgaande van de snij- en hoektanden, beschreven.

M a y r h o f e r geeft in het *Oest. Ung. Viert.* van 1907, 27 gevallen op, bij volwassenen meestal uitgaande van den

lateralen snijtand, bij kinderen van den hoektand, die met zijn wortelpunt dicht onder den rand van de oogholte ligt. L a r t s c h n e i d e r beschrijft verscheidene gevallen, die groote gelijkenis met ons ziektebeeld vertoonen. Groote abscesholten in het beenmerg van de bovenkaak werden menigmaal door hem gevonden na doorboring van de corticalis.

Deze latente myelitides komen vooral in die gevallen voor, waar de wortelpunt diep in de kaak verscholen ligt. De ontstekingsproducten vinden dan moeilijk een uitweg naar buiten en verspreiden zich eerder in de spongiosa. De wortelpunt van den zijdelingschen snijtand ligt dikwijls in stevig beenweefsel opgesloten; vandaar dat juist die tand vaak de schuldige is. Ook bij onzen patiënt is vermoedelijk het proces van den lateralen snijtand uitgegaan, omdat zijn wortel bijzonder lang was.¹⁾

De patiënten van M a y r h o f e r en L a r t s c h n e i d e r zijn allen tot genezing gekomen. De meesten zelfs met behoud van de tanden. Ik ben dan ook overtuigd, dat in ons geval tijdige raadpleging van den tandarts den noodlottigen afloop zou voorkomen hebben. Het vinden van één of meer doode tanden zou een wegwijzer voor den chirurg geweest zijn om de kaak open te maken en den zieken hard op te zoeken.

1) Een merkwaardig geval van belangrijke abscesvorming na afsterving van tandpulpae deelt de militair-tandarts B e r e n d s mij mede. Een militair te Hellevoetsluis stelt zich onder behandeling voor een absces boven den linker kleinen snijtand. Extractie. Eenige dagen daarna zwelling boven den linker tweeden praemolaar. Extractie. Beide tanden zien er gaaf uit. Spoedig daarna zwelling over de geheele bovenkaak. De patiënt wordt naar Rotterdam verwezen. Overal vormen zich abscessen en fistels. Toen herhaalde insnijdingen niet tot genezing voeren, wordt patiënt in het militair-hospitaal in den Haag onder behandeling gesteld van tandarts B e r e n d s. Hij vindt de volgende tanden afgestorven: C. s. d. I₂ s. d. I₁ s. s. C. s. s. P₁ s. s. M₁ s. s. en M₂ s. s. Extractie van alle doode tanden. Genezing na enkele dagen. Alle tanden zijn gaaf, maar hebben apicale abscessen. De oorzaak voor het afsterven der pulpae kan niet worden gevonden.

Aangezien in mijn praktijk heel veel gevallen van minder ernstigen aard zijn voorgekomen, waarbij samenwerking tusschen arts en tandarts in het belang van den lijder zou geweest zijn en vele geneeskundigen en tandartsen dezelfde ervaring moeten hebben opgedaan, schijnt het van belang deze vraag nader te beschouwen en zoo mogelijk daarin verbetering te brengen.

Neuralgieën, uitgaande van prikkeling der tandpulpa. Ontelbaar zijn de gevallen, waarin patiënten weken en maanden behandeld worden door hun geneesheer wegens trigeminusneuralgie, terwijl één enkele arsenicum-applicatie met opvolgende behandeling door den tandarts den patiënt van zijn lijden geneest. Het stukje van collega D a C o s t a (dit *Tijdschrift* 1915, 1, n^o. 9) stelt in het licht, hoe ook pijnen op ver verwijderde punten (hals, armen) van de pulpa kunnen uitstralen, die dan vaak als rheumatische pijnen maandenlang vruchteloos behandeld worden en eindelijk jarenlang met berusting door den patiënt gedragen worden.

Pyorrhoea alveolaris. Het lijdt mijns inziens geen twijfel, dat vele gevallen, waarbij patiënten zich afgemat, ziekelijk gevoelen, zonder dat de arts een bepaalde oorzaak kan vinden, met een onopgemerkte pyorrhoea alveolaris in verband staan. Men bedenke, dat bij een belangrijke pyorrhoea alveolaris de etterafscheidende wefseloppervlakte op meer dan 100 vierkante millimeter wordt berekend. Het zou ons inderdaad eerder moeten verwonderen, wanneer iemand, die dagelijks zulke groote hoeveelheden etter inslikt, zooals bij pyorrhoea alveolaris dikwijls het geval is, op den duur gezond blijft, dan dat daarvan geen nadeelige gevolgen zouden worden ondervonden. En toch hoe ontzettend groot is het aantal gevallen, waarin patiënten langdurig worden behandeld, zonder dat de minste aandacht aan dit lijden geschonken wordt.

Uitgebreide caries dentium. Hoe groot de nadeelige invloed van rotte tanden op den algemeenen gezondheidstoestand is, kan statistisch niet uitgemaakt worden; maar wanneer wij

als noodzakelijk voor een goede spijsvertering aannemen, dat de spijzen behoorlijk voorbereid in de maag komen, dan volgt daaruit onomstootelijk, dat het gebit in orde moet zijn en niet een verzamelplaats van milliarden rottings- en andere bacteriën. En alweer hoe talrijk zijn de gevallen, waarin met de grootste nauwgezetheid het diët van den lijder geregeld wordt, terwijl niet de minste aandacht aan het gebit gewijd wordt? Hoe weinig de arts nog overtuigd is van de waarde van een goed verzorgd gebit, blijkt uit het feit, dat de Nederl. Vereeniging tot Bestrijding van het Tandbederf, die reeds sedert jaren ijvert voor invoering van schooltandklinieken, van de zijde der schoolartsen, op enkele loffelijke uitzonderingen na, eerder tegen- dan medewerking ondervindt. Verder wijs ik nog op den samenhang tusschen sommige antrum-aandoeningen en sommige oogziekten met tandlijden; op diepe abscessen uitgaande van benedenkiezen, in het bijzonder van niet doorgelopen verstandskiezen; het typische kinabsces uitgaande van de ondersnijtanden. Herhaaldelijk is mij gebleken, hoe dergelijke abscessen telkens en telkens werden ingesneden en uitgekrabd, zonder dat aan de tanden gedacht werd.

Wij zien derhalve, dat er een aantal gevallen voorkomen, waarin de arts, zonder eenig begrip van tandziekten, niet in staat is een juiste diagnose te stellen. De daartoe noodige kennis bezit hij thans niet of niet voldoende, omdat aan de hoogeschole geen of onvoldoende onderwijs in tandziekten verstrekt wordt. Het is mijns inziens een onafwijsbare eisch van den tegenwoordigen tijd, dat hierin verbetering gebracht wordt. Wel ben ik mij bewust, dat er moeilijkheden in den weg staan om dit denkbeeld uit te voeren. De reeds bestaande overlading van het arts-examen en de beperkte keuze van onderwijskrachten voor tandziekten mogen wel de hoofdbezwaren zijn; maar wanneer het juist is, dat vele patiënten nadeel ondervinden door dit gemis aan kennis der arts, dan mag niet nagelaten worden deze aangelegenheid in ernstige overweging te nemen.

De hier volgende literatuuropgave, die mij door den Heer Grevers verstrekt werd, maakt geen aanspraak op volledigheid. Zij wordt alleen afgedrukt tot gemak van hen, die meer over dit onderwerp willen weten.

- Caspar: Lidabszess in Verbindung mit Zahnwurzelabszess. Centrallblatt f. prakt. Augenh. 1882 p. 110—16.
- Ziem: Abszess am Unteren Augenlide bei Eiterung der Kieferhöhle und Periostitis einer Zahnwurzel. Allgem. Med. Zeit. 1887. N°. 48.
Zahnfistel in der Gegend des unteren Lides. Deutsche Monatschrift f. Zahnh. 1883. Heft 1. D. M. f. Zahnh. 1887. Oest. Ung. Viertelj. 1887. Heft 4. p. 289. Korrespondenzblatt 1888. pag. 64. Handbuch II. aufl. Band II pag. 241.
- Scheff: Brit. J. of D. S. Vol. 28 pag. 408.
- Bartlett: Oest. Ung. Viert. 1894. H. 2 pag. 120.
- Brugger: Journ. Br. D. Ass. Vol. 21. N°. 10 (1902).
- Kendrick: D. M. f. Z. 1913. pag. 501—509.
- Mayrhofer: O. H. Viert. 1906. pag. 323—330 en 491—496.
O. H. Viert. 1907 pag. 6.
D. M. f. Z. 1903 p. 306.
- Hamecher: Korrespondenzblatt 1903 p. 229.
- Steinkamm: O. H. Viert. 1907 pag. 96, 1908 pag. 290.
- Lartschneider: Vol. 19 p. 166 en 611; Vol. 20 p. 447; Vol. Dental Cosmos: Vol. 19 p. 166 en 611; Vol. 20 p. 447; Vol. 21 p. 391 en 545; Vol. 24 p. 162; Vol. 25 p. 100.