

## REMINERALISEEREND TANDPOEDER EN DE Z.G. ALVEOLAIR PYORRHOE

DOOR

H. K. MICHAËLIS.

---

Om te beginnen kan ik niet nalaten collega Lind dank te betuigen voor zijne publicatie in de Februari-aflevering van het Tijdschrift over bovengenoemd tandpoeder. Vigo Andresen heeft werkelijk zeer vele menschen eene weldaad bewezen.

Sinds ik dit poeder voorschrijf heb ik werkelijk prachtige resultaten kunnen waarnemen, in het bijzonder bij gevoelige tandhalzen.

Collega Lind zegt echter, dat hij er pyorrhoe mee genezen heeft (geval mevrouw V.).

Om groote vergissingen te voorkomen en onze jongere collegae niet op een dwaalspoor te brengen, waag ik het, coll. Lind te vragen of zijn diagnose niet ietwat voorbarig geweest is. Dikwijls zien we toch bij harde zwarte tandsteenvormingen vlak onder den gingivalen rand bij druk een weinig pus te voorschijn komen, zonder bepaald met z.g. pyorrhoe te doen te hebben. Indien mevrouw V. leed aan een gingivitis calculosa eventueel met het voorvoegsel „purulente”, neem ik aan, dat na verwijdering van het tandsteen en na poetsen met reminer. poeder het tandvleesch normaal werd.

De gingivitis calculosa, evenals de gingivitis marginalis, of zooals Weski ze noemt, gingivitis interna — zijn de beginstadia van de z.g. pyorrhoe (marginale parodontose), ten minste indien de oorzaak alleen exogene factoren betreft, dus de primaire oorzaak in het tandsysteem zelf te zoeken is. (Endogene factoren moeten door den internist behandeld worden).

Ik zou dus coll. Lind willen voorstellen en twijfel er niet aan of hij zal het met me eens zijn het remineraliseerend tandpoeder van Vigo Andresen aan te bevelen, zeer dringend aan

te bevelen, als prophylactisch, echter niet als therapeutisch middel tegen z.g. A. P.

Een eenigszins uitgebreide parodontose met beenatrofie kan *nooit*, door welk poeder ook, genezen worden. En juist, omdat coll. L. den naam alv.-pyorrh. gebruikt, zonder verdere diagnostische bewijzen, dat de door hem genoemde patiënt werkelijk parodontale afwijkingen had, lijkt het me van nut steeds op „pyorrhoe” terug te komen.

Er steeds nadrukkelijk op te blijven wijzen, hoe noodzakelijk het is elke patiënt, die zich bij ons onder behandeling stelt *niet* slechts op caviteiten te onderzoeken, maar ook de omgeving der tanden met aandacht te bekijken.

Elke papil dient voorzichtig opgelicht te worden om te zien of er tandsteen aanwezig is en elk stukje moet nauwkeurig verwijderd worden.

Bloedend tandvleesch wijst op granulaties. Zulke plaatsen moeten met 8 % chloorzink-oplossing behandeld worden.

Zijn de papillen hypertrophisch, dan moeten deze met mes of cauter verwijderd en de wonden met jodoform-melkzuurpap bestreken worden.

Laat men de patiënt dan 2 × daags met remineraliseerend poeder poetsen, zoo kunnen heel veel diepere pathologische veranderingen vermeden worden.

Over deze diepere pathologische veranderingen — die veelal met den naam van „pyorrhoe” aangeduid worden — sprak ik in de zomervergadering van de Vereeniging van Ned. Tandartsen, afgedrukt in het Sept.-nummer van ons Tijdschrift.

Blijken bij onderzoek, dat er tandvleeschzakjes dieper dan 2 m.m. bestaan — dan moeten we niet nalaten Röntgenfoto's te nemen met guttaperchasonden.

Ter illustratie van deze noodzakelijkheid geef ik hier reproducties van vier foto's, die ik de vorige week nam en een paar zeer typische gevallen van „parodontose” weergeven.

No. 1 is van een patiënt oud  $\pm$  40 jaar, die klaagde over pijn bij druk boven de bucco-distale apex van M, ss. Met de faradische stroom constateerde ik, dat de pulpae intact waren.



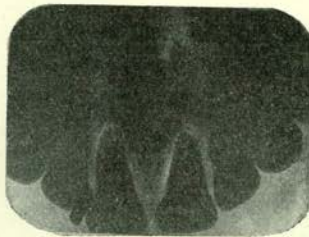
Daar vele parodontiën aangedaan geweest waren, vermoedde patiënt, een medicus, evenals ik, dat we hier te maken hadden met eene diepe atrophie, die veretterd was. Zooals de foto uitwijst, was het ook een pyorrh. intra-alv. cavernosum. Ik verwijderde deze radix tot in de corticalis — niet geheel — daar er anders spijsresten onder de afgesneden stomp en de gingiva kunnen komen, wat natuurlijk fataal zou zijn — en curetteerde den beenzak. Daarna tamponeerde ik den mond gedurende één week.

No. 2 is eene zéér interessante photo van een diffuse atrophie der beide boven fronttanden, hoogstwaarschijnlijk ontstaan door trauma. Deze photo is in zooverre van belang, omdat Gottlieb de mogelijkheid van de Röntgenologische diagnose der diffuse atrophie betwijfelt in tegenstelling met Prof. Neumann, die in de nieuwste uitgave van zijn boek eveneens photo's van diffuse atrophie reproduceert.

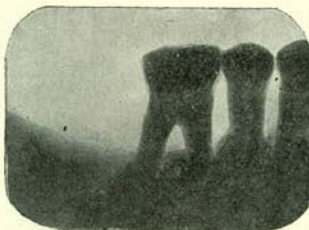
No. 3 a en b zijn van een patiënt, die zich bij me vervoegde, omdat hij pijn had aan  $M_2$  en  $M_3$  i s en tevens vroeg of ik iets kon doen aan het losstaan zijner tanden. Daar  $M_2$  en  $M_3$  wanhopig los waren, extraheerde ik deze beide, nam voorloopig deze twee photo's met guttapercha-sonden, waarop afwisselend horizontale en verticale atrophie en diepte der tandvleeschzakjes duidelijk te zien zijn.



1



2



3 b



3 a