

OORSPRONKELIJKE BIJDRAGEN

STOMATOPATHIA SCORBUTICA

DOOR

A. A. NORDEN.

In de „Geneeskundige Gids” van 9 Mei 1924 kwam een artikel voor van *Dr. P. H. Kramer*, getiteld: „Sporadische gevallen van scheurbuik in Rotterdam”. In de inleiding zegt schrijver:

„Het hoofddoel dezer mededeeling is echter, de aandacht, speciaal van de collega's in de steden met praktijk onder de armere lagen der bevolking, er op te vestigen, dat ook in Nederland de scorbut nog niet tot de historie behoort.”

Waar ik korten tijd geleden in de gelegenheid was, een soortgelijk geval te observeeren, lijkt het mij niet ondienstig de ziektegeschiedenis te publiceeren, temeer waar de afwijkingen in den mond de eerste aanleiding gaven tot het herkennen dezer, gelukkig vrij zeldzaam voorkomende aandoening.

Alvorens echter tot deze beschrijving over te gaan, wil ik in het kort deze ziekte schetsen.

Praedisponerende momenten. Hierover vindt men in het „Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde” van *Dr. Julius Misch*, het volgende (1922 blz. 167):

„Prädisponierende Momente sind weiter *erschöpfende Krankheiten, mangelhafte Wohnungsverhältnisse ein- förige Kost.* Von allen diesen Faktoren ist es nicht

„ersichtlich inwieweit sie eine eigene Bedeutung beanspruchen können, da auch bereits *psychische Depression* prädisponiert.“

Bekend is voorts, dat scorbut vooral in het voorjaar optreedt.

Verloop en symptomatologie. (J. Misch, loco citato p. 168).

De eerste verschijnselen zijn rheumatoïde pijnen, ondervoeding en bleekheid. Aan de onderste extremiteiten ziet men petechien ontstaan, meestal in de omgeving der haarzakjes. Volgens Morawitz ontbreken, althans in de lichtere gevallen, tandvlesch-afwijkingen. Bij zwaardere gevallen blijven deze echter niet uit. Uitgebreide bloedingen in de spieren completeren het ziektebeeld. Ook in de gewrichten, soms ook in de pleura kunnen bloeduitstortingen volgen. De resorptie veroorzaakt dan temperatuursstijging. Ten slotte komt spontaan fractuur- en oedeem-vorming voor.

De tandvlesch-aandoening uit zich aanvankelijk door zwelling en neiging tot bloedingen, vooral bij aanraking met hard materiaal (tandborstel, kauwen) en kan verder gaan tot een sponsachtig uiterlijk. Men ziet vertakte netten van hyperaemische venen, die ten deele door hun dichtere opeenhooping aan de omslagplooi een blauwachtige verkleuring geven. Reeds in het begin-stadium is de speeksel-afscheiding vermeerderd.

De zware veranderingen localiseeren zich op den vrijen tandvleschzoom, om de tandhalzen (daar hier eerstens de voedingsvoorwaarden ongunstiger zijn, en ook meer kans bestaat op beschadigen) en op de interdentale papil. Van hier uit zet het proces zich voort naar de tandbasis; de tanden gaan losstaan, waarschijnlijk tengevolge van circulatie-stoornissen in het periodontium; de gingiva gaat woekeren.

De veranderingen aan het tandvlesch kunnen van verschillende aard zijn. In de lichtste gevallen is het tandvlesch gezwollen en los. De vulnerabiliteit van het tandvlesch is verhoogd en het bloedt spoedig. Hier spreekt men van „Stoma-

topathia scorbutica" (*Aschoff*). Volgens *Weigle* valt een zekere gevoelloosheid speciaal van de regionale lymfeklieren op. De tanden staan zeer los, maar gaan bij het verdwijnen der tandvleesch veranderingen weer vaststaan.

Deze mondverschijnselen van scorbut kunnen in een verder stadium overgaan, waarin de eigenlijke stomatitis scorbutica pas begint en de secundaire infecties de overhand krijgen. Nu ontstaan eerst in de omgeving van de achterste kies of van karieuse wortelstompen, of aan de omslagplooi, kleine erosies, en naast en op de granulaties vindt men gangraeneuze zweren. In de tandalveolen ontstaan eveneens haemorrhagieën, evenals in de spongiosa van de onderkaak (loc. cit. p. 170). De stomatitis begint meestal in de buurt van de labiale vlakten der fronttanden, en breidt zich binnen- en zijwaarts uit naar de kiezen. In deze buurt spelen zich voornamelijk de gangraeneuze processen af.

Gelijktijdig met de genoemde symptomen, is de keel aangedaan, min of meer rood, tonsillen en verhemelte, evenals de huid gezwollen (loc. cit. 171).

Therapie. De anti-scorbutische therapie is een algemeene, ofschoon de verschijnselen in de mondholte niet verwaarloosd mogen worden. Volgens *Misch* „wird der Effect der Zufuhr von antiscorbutischen Vitamin in Gestalt von frischem Gemüse als geradezu zauberhaft geschildert". De lokale behandeling bepaalt zich tot het voorschrijven van desinfecterende en adstringerende mondspoelingen.

Tot zoover *Julius Misch*. Hieronder moge de ziektegeschiedenis volgen.

5 Mei 1924 bezocht mij Mej. B. met de volgende klachten:

Patiënte had de laatste dagen verschuivingen waargenomen in het onderfront, samengaande met pijn en zwelling in de omgeving van M_3 i. s. De huisarts had volgens haar mededeeling het tandvleesch bij M_3 aangestipt en een mondspoeling ($H_2 O_2$) voorgeschreven.

Bij onderzoek bleek links een diffuse oedemateuse zwelling te bestaan, die pijnlijk was op druk, en waaruit bloed vloeide bij den tandhals van P_2 i. S., die van een gouden kroon voorzien was. Het overige gebit is caries-vrij en geheel aanwezig. I_2 en I_1 i. d. zijn eenigszins beweeglijk en vooral I_1 staat iets naar linguaal, wat volgens patiënte pas sinds korten tijd zoo is. Vroeger stonden de tanden alle in de rij. Voorts klaagt patiënte over licht bloeden van het tandvleesch, vooral bij poetsen, met name links onder. M_3 i. s. is niet geheel doorgebroken. De mond kan niet ad maximum geopend worden.

Op grond van het bovenstaande dacht ik aan de diagnose „eruptio difficilis M_3 i. s.” Daar de zwelling het onderzoek bemoeilijkte, bepaalde ik mij tot de gewone voorschriften, om deze zwelling te doen verdwijnen.

7 Mei 1924 kwam patiënte weder bij mij. De zwelling was inderdaad minder geworden en bepaalde zich nu tot een circumscripste beenharde tumor, die zich uitstreckte van P_1 i. s. tot M_1 i. s. Deze tumor was bij krachtigen druk eenigszins gevoelig. Geen fluctuatie, geen perkament-knetteren. Slijmvlies verschuifbaar, normaal, iets rood van kleur. Voorts blijkt er eenige zwelling te zijn van de lymphoglandulae submaxillares. Deze zwelling is pijnloos.

Tevens klaagt patiënte nu over loszitten van papilletjes tusschen de onder-incisivi. De zwelling in de omgeving van M_3 i. s. is vrijwel verdwenen. Oogenshijnlijk heeft M_3 voldoende ruimte om door te breken. Distaal is het kauwvlak niet geheel vrij. Daar ligt echter geen tandvleesch over het occlusale vlak, maar „die lockere, an gefässreichem Bindegewebe viel mächtigere Schleimhaut der Wurzel des Ramus. Sie steht wie eine mächtige Säule über dem Weisheitszahn und wird von ihm in ihrem unteren Teile zusammengeschoben” (*Dr. W. Meyer*, „über die Dentitio difficilis des unteren Weisheitszahnes.” Deutsche Monatschr. f. Zahnkunde-Heft 23—41. Jahrgang-1923, loc. cit. p. 668).

Het opmerkelijke is hier nu, dat de drukverschijnselen in

het geheel niet in de linker, maar wel in de rechter onderfront-helft bestaan. Dit gaf mij aanleiding tot twijfel of de bovenbeschreven verschijnselen aan I_2 en I_1 i. d. wel op rekening van „eruptio difificilio M_3 i. s.” geschreven moesten worden. Het uiterlijk van de papilletjes in het onderfront herinnerde mij bovendien aan een afbeelding uit dit tijdschrift, behorende bij een artikel van *Dr. H. de Groot* over „Stomatitis scorbutica.” (Tijdschrift voor Tandheelkunde XXIX jaargang, aflevering 10, 15 October 1922).

Hierbij komt dan nog de beschreven tumor aan de linker onderkaakshelft van P_1 tot M_1 , welke volgens *Mej. B.* pas sinds korten tijd bestaat.

Teneinde antwoord te vinden op de vraag of men hier met een, met twee, of zelfs met drie gelijktijdig optredende aandoeningen te maken heeft, wordt nogmaals een nauwkeurige anamnese opgenomen.

Nieuwe gegevens daarvan laat ik hieronder volgen:

Patiënte, die 31 jaar is, lijdt van haar 17e jaar aan een chronischen colitis (te vaak ontlasting, diarrhoea) en was daarvoor van Augustus tot December 1923 in het Binnen-Gasthuis opgenomen. Koorts zegt patiënte niet te hebben gehad. Aan beide scheenbeenen waren na korten tijd heftige pijnen opgetreden, vooral bij druk, welke pijnen patiënte, na uit het ziekenhuis ontslagen te zijn, nog langen tijd gehouden heeft. In het Binnen-Gasthuis was ze daarvoor met kamfer-spiritus gewreven, wat zeer pijnlijk en niet doeltreffend moet zijn geweest. Patiënte verklaart soms paarse vlekjes te hebben waargenomen op de onderbeenen, wat een tijdje zoo sterk moet zijn geweest, dat het onderbeen gedeeltelijk paars was. Dieet was reeds vroeger gehouden, en bestond de laatste jaren uit soep (geen groentensoep), boonen- en aardappel-purée, bij uitzondering bloemkool, oudbakken brood, beschuit, gekookt ei, gebakken of gekookte visch, bij uitzondering kalfsvleesch of kip, room en boter. Vooral de laatste jaren werd regelmatig dieet gehouden, en na Augustus 1923 werd

geen groente meer gebruikt. Rheumatiek komt van tijd tot tijd voor, vooral in de extremiteiten. In de week voordat patiënte het eerst bij kwam, had ze eenige dagen rheumatische pijnen in den arm gehad, die echter door applicatie van vette watten verdwenen. Wat den woningtoestand aangaat, verklaart patiënte een donkere slaapkamer te hebben en altijd „met de deur open” te slapen, uit welke mededeeling men af mag leiden, dat er aan licht en lucht zeker geen overdaad heerscht.

Ten slotte vertelt patiënte, dat kort geleden een broer van haar overleden is, waarvan ze veel verdriet heeft gehad.

Aansluitend aan deze anamnese volgt het zeer zorgvuldig verricht objectief onderzoek.

a. uitwendig onderzoek.

Patiënte is klein van stuk, en maakt een eenigszins slappen indruk; gelaatskleur niet bleek. De kleur van tandvlesch en conjunctiva wijst echter duidelijk op anaemie. Het aspect van de huid der beide beenen is normaal. De lymphoglandulae sub-maxillares vertoonen pijnlooze zwelling.

b. onderzoek van de mondholte.

De keel is min of meer rood, tonsillen, verhemelte en huig zijn eenigszins gezwollen. Het tandvlesch is bleek van tint, met lokaal de volgende afwijkingen:

De tandvleschzoom rondom P_2 i. s. is los, rafelig en paars-rood. Bloed komt bij druk in geringe mate te voorschijn. De papillen tusschen c. i. d., I_2 i. d., I_1 i. d., evenals tusschen I_1 s. s., I_2 s. s., C. s. s., en tusschen P_1 en P_2 s. s. zijn iets gezwollen, los, en aan de uiterste punt paarsrood verkleurd. Bij poetsen bloedt het tandvlesch. Vooral in de buurt van het onderfront vertoonen zich duidelijk vertakte hyperaemische venen, het talrijkst bij de omslagplooï. Bij vergelijking van I_2 s. d. en I_2 s. s. blijkt de laatste aanmerkelijk veel losser te staan, wat echter door patiënte nog niet was opgemerkt. Het aanstippen van het tandvlesch bij M_3 i. s. door den

huisarts bleek te zijn geschied met tinct. jodii. Het eigenaardig aspect dat dit gedeelte nu vertoont, is dus niet aan dit aanstippen te wijten. Normaliter is het wefsellapje dat het uiterst disto-occlusale deel van M_3 i. s. bedekt, ook aan de onderzijde met epitheel bekleed. Nu echter ziet het uiterste deel van dit lapje er uit, alsof het epitheel eraf is. Waarschijnlijk is dit een erosie.

Tot zoover de gegevens van het objectief onderzoek.

Beschouwen we deze nu in het licht van de symptomatologie van scorbut, dan blijken aanwezig als praedisponerende momenten:

Uitputtende ziekte.

Onvoldoende woningtoestanden.

Eentonige kost.

Psychische depressie.

Het begin van dit ziektegeval in het voorjaar.

De algemeene en plaatselijke symptomen, die hier aanwezig zijn:

Rheumatoïde pijnen.

Ondervoeding.

Bleekheid (anaemie).

Aan de beenen petechien?

Oedemen?

Tandvlesch gezwollen, licht bloedend, vooral bij kauwen en poetsen.

Vertakte netten van hyperaemische venen, deels scherp afstekend van bleeken ondergrond, deels door dichtere opeenhooping aan omslagplooi een blauwe verkleuring gevend.

Tandvleschzoom en interdental papil gezwollen en los zittend.

Losstaan der tanden.

Kleurverandering van het tandvlesch door grootere

bloedtoevoer en diapedetische bloedingen of bloedpigmenteringen.

Gevoelloosheid der regionale lymfhe klieren.

In de omgeving van M_3 klein erosiedefect?

Haemorrhagieën van tandalveolen en sporgiosa van den onderkaak?

Keel min of meer rood. Tonsillen, verhemelte en huid gezwollen.

Op grond hiervan kwam ik nu tot de waarschijnlijkheidsdiagnose:

„Stomatopathia scorbutica” (Aschoff) overgaande in stomatitis scorbutica reparativa. (Aschoff).

Teneinde omtrent deze diagnose meer zekerheid te krijgen, stelde ik mij in verbinding met den huisarts en den specialist, bij wien patiënte voor haar chronischen colitis in behandeling is. In overleg met beide heeren werd toen besloten aan het dieet citroenvla toe te voegen, om zodoende in het gemis aan vitamine C te voorzien. (Zie het bovengenoemde artikel van Dr. H. de Groot).

Nadat patiënte vier dagen citroen gebruikt had, zag ik haar weer op mijn spreekuur, en kon tot mijn genoegen constateeren, dat het tandvleesch er aanmerkelijk beter uitzag. Kortens later was het tandvleesch geheel genezen en stonden de losse incisieven weder geheel vast! Ex juvantibus wordt hiermede dus de diagnose bevestigd.

* * *

Rest ons de vraag, of de circumscripte zwelling in de buurt van P_2 i. s. bij het ziektebeeld behoort, of op zichzelf staat. Eenerzijds treden speciaal aan den onderkaak afwijkingen op aan alveolen, sporgiosa en periost, waardoor de tumor veroorzaakt zou kunnen wezen, ook in verband met de geringe drukpijnlijkheid. Anderzijds zou men aan een zelfstandig chronisch verloopend proces (patiënte kon over den tijd van ontstaan niets zekers mededeelen) aan den radex van P_2 i. s.,

die bovendien een gouden kroon heeft, kunnen denken, waarbij deze aandoening in elk geval als een locus minoris resistentiae moet worden beschouwd. Dit proces zou door de optredende scorbut tot acute exacerbatie geprikkeld kunnen wezen. In ieder geval leek het mij gewenscht, een X-foto te laten maken.

Op de foto vertoont zich een donkere schaduw, die het apicale derde deel van den wortel omgeeft; om deze donkere schaduw bevindt zich een lichtere hof. Waarschijnlijk is dit beeld afkomstig van een granuloom, dat dan echter buitengewoon groot moet wezen.

Daar bovendien P_2 i. s. los staat, besloot ik, mede in verband met den scorbut, geen conserveerende behandeling te beproeven, doch tot extractie over te gaan. Inderdaad bleek toen een buitengewoon groot granuloom aanwezig te zijn van ronden vorm, met een diameter van ongeveer 6 m.M.

* * *

Ten slotte nog iets over M_3 i. s. Deze bevindt zich in „vertraagden doorbraak.” Het disto-occlusale gedeelte is nog met een lap slijmvlies bedekt.

Das Bestehen der Zahnfleischkapuze über dem 3 Molaren hat seinen Grund lediglich in der Unmöglichkeit zur Atrophie gelangen zu können. (*Dr. W. Meyer*, loc. cit. 669).

Ontstekingsprocessen als gevolg van de doorbraak van M_3 i. s. hebben echter nog niet plaats gehad, daar ik de erosie aan den slijmvlieslap aan de scorbut meen te moeten toeschrijven. En ofschoon *Meyer* schrijft (loc. cit. p. 675):

„Wir extrahieren den Weisheitszahn, wenn der Raum „zwischen seiner distalen und buccalen Kante und dem aufsteigenden Aste nicht genügend Platz für die normale Dicke „der lockeren Schleimhaut an dieser Stelle der Wurzel des „aufsteigenden Astes bietet,” besloot ik voorloopig nog niet tot extractie over te gaan, te meer daar de mogelijkheid van verschuiving naar mesiaal bestaat, door de extractie van P_2 i. s.

* * *

Alvorens dit artikel te eindigen, kan ik nog mededeelen, dat patiënte met het gebruik van citroensap heeft opgehouden, daar dit heftige aanvallen van den chronischen colitis tengevolge had. Voorloopig heb ik mij bepaald tot het voorschrijven van spoelen met citroensap.

In hoeverre dan echter in het gemis van vitamine C moet worden voorzien, is mij niet bekend. Mocht een van de collega's daarvoor een advies weten, dan houd ik mij daarvoor ten zeerste aanbevolen.
