

# OORSPRONKELIJKE BIJDAGEN

## PYORRHOEA ALVEOLARIS

DOOR

CH. F. L. NORD.

616.314.17 0081

Onder de vraagstukken die sinds jaar en dag in de tandheelkundige literatuur een voorname plaats innemen, is de behandeling van de Pyorrhoea Alveolaris een der belangrijkste, zoo niet *het* belangrijkste. Want waar over andere kwesties meeningsverschillen heerschen, gaat het vaak om de *beste* methode om een bepaalde aandoening te genezen, terwijl bij de Pyorrhoea zelfs nog de *eerste* methode tot afdoend herstel gevonden moet worden.

En zoo is langzamerhand de tandarts wantrouwend geworden wanneer dit onderwerp aan de orde komt, omdat men hem al zoo vaak verblijd heeft, met vondsten, die achteraf bleken gelijk te zijn met de klassieke „doode musch”. In de laatste jaren is hij beurtelings in verrukking geweest over Emetine, Salvarsan, Neo Salvarsan, vaccins en wat niet al, om ten slotte tot de conclusie te komen, dat geen van al die middelen, met zoo veel klem aangeprezen het beloofde panacee bleek te zijn voor de beruchte aandoening die men vroeger placht aan te duiden met den naam: „Pyorrhoea Alveolaris”.

Ook hierin is wijziging gekomen, want het meeningsverschil begint al bij het noemen van dien naam, die inmiddels door talloze andere vervangen is, met het gevolg dat de doorsnee practicus, die de literatuur op dit gebied niet al te nauwkeurig gevolgd heeft, al duizelig wordt bij de poging om uit dien doolhof van namen wijs te worden.

In zijn onlangs verschenen, voortreffelijk werkje: „Schmutzpyorrhoe, Parodontalpyorrhoe und Alveolaratrophie” begint *Gottlieb* met de zeer verstandige opmerking dat zoolang men het nog niet eens is over het feit, *wat* Pyorrhoea eigenlijk is, het hem doelloos voorkomt over namen te strijden en hij de zijne alleen beschouwd wenscht te zien als provisorische middelen ter verduidelijking van zijn betoog.

Het feit, dat men zoo snel bereid is, nieuw aangeprezen middelen te probeeren bij de behandeling van P. A. vindt echter juist hier zijn oorzaak, en het wil mij voorkomen, dat wanneer men zich duidelijk rekenschap geeft van datgene wat dan wèl bekend is, het althans aanleiding kan zijn om van te voren in te zien dat meerdere dezer hoog geprezen middelen in bepaalde gevallen geen succes kunnen hebben.

Een deel en waarschijnlijk een zeer belangrijk deel van het succes, dat al deze middelen en methodes volgens de literatuur gehad moeten hebben, is ongetwijfeld te danken aan het feit, dat naast het een of andere nieuwe therapeuticum, om te beginnen de mond eens grondig werd behandeld. En dan spreekt het vanzelf dat in vele gevallen resultaat niet kon uitblijven. Immers een zeer groot aantal lijders aan P. A. vallen onder de rubriek: *Schmutzpyorrhoe* d.w.z. Pyorrhoe, ontstaan door verwaarloozing, tandsteen en verontreiniging.

In dat geval zal een *grondig* uitgevoerde, nauwkeurige en herhaalde verwijdering van alle tandsteen en behandeling van de ontstoken gingiva verrassende resultaten opleveren. Ten onrechte schrijft men dan het succes toe aan het aangewende therapeuticum en aannemende dat de overtuigde aanhangers van dit of dat middel te goeder trouw waren, moet dit aantal een zeer belangrijk percentage vertegenwoordigen.

Ik vermoed, dat de bewering op weinig tegenstand zal stooten, dat men hier te lande bij een zéér groot aantal patiënten, óók in de praxis aurea, monden aantreft, die in slechte hygiënische conditie verkeerden. Ook daar, waar met zorg gelegde contact amalgaamvullingen en keurige goudinlays het tandheelkundig oog weldadig aandoen, ziet men tandsteen,

ontstoken papillen en de gevreesde tandvleeschzakken, zonder dat er ernstige pogingen zijn aangewend aan dezen toestand een blijvend einde te maken.

Dit vindt vermoedelijk zijn verklaring in het feit, dat de meeste patiënten het nut van een dergelijke, tijdroovende en daardoor min of meer kostbare behandeling niet inzien, voordat de tanden eindelijk los gaan staan, m. a. w. vóór het te laat is.

Hier ligt dan een belangrijke opvoedkundige taak voor den tandarts. Heeft hij gedurende de laatste 25 jaren de patiënten met succes de waarde van de conserveerende tandheekunde bijgebracht, thans zal hij zich evenzeer hebben in te spannen om hen duidelijk te maken, dat een *behoorlijke* hygiënische toestand van den mond een essentiele voorwaarde is om die conserveerende behandeling effect te doen sorteeren.

Vanaf het oogenblik dat dit gelukt is, zal een belangrijk deel van de *zoogenaamde* Pyorrhoea Alveolaris tot het verleden behooren.

Geldt dit voor de „Schmutzpyorrhoe” anders staat het met de „Paradentalpyorrhoe” en de „Alveolaratrophie”.

Hier verdienen de opmerkingen van *Gottlieb* bijzondere belangstelling. Onder Paradentalpyorrhoe verstaat hij een aandoening waar ondanks bestaande of herstelde hygiënische verhoudingen de etterafscheiding uit de tandvleeschzakken aanhoudt.

Nu is het een algemeen bekend feit, dat de zekerste weg om een Paradentalpyorrhoe — hoe uitgebreid die ook wezen mag — te genezen, bestaat in het extraheeren van den betreffenden tand! Dit is een regel zonder uitzondering.

Daaruit volgt, dat nòch veranderingen in het been, nòch in de weeke deelen (tandvleesch of periodontium) de voornaamste oorzaak kunnen zijn voor het ontstaan of voortbestaan der ettering.

Wanneer het een specifieke of niet specifieke infectie zou betreffen van been of weeke deelen, of wanneer er een nekrotische weefselvernietiging had plaats gevonden op de basis

van degeneratieverschijnselen of voedingsstoornissen, dan zou extractie geen resultaat kunnen hebben, omdat het ondenkbaar is, dat een ontstekingsproces in een weefsel zoo snel en onfeilbaar ophoudt, wanneer een lichaam, dat zich in de nabijheid van deze ontsteking bevindt (de tand) verwijderd wordt.

Derhalve kan nòch de aard, nòch de omvang van de infectie en ontsteking, nòch voedingsstoornissen van het parodontale weefselgebied, de primaire oorzaak zijn voor het tot stand komen der Parodontalpyorrhoe.

Doch evenzeer als er geen Parodontalpyorrhoe bestaat zonder daarbij behoorenden tand, zoo bestaat er ook geen Parodontalpyorrhoe zonder tandvleeschzak. Bij hygiënische verhoudingen gaat een aanhoudende ettering altijd gepaard met een meer of minder diepe zak.

In deze gevallen is de diepte van den zak het *primaire* en de verergering der ontsteking tot ettering het *secundaire*.

De extractie van den tand werkt dààrom met zoo onfeilbare zekerheid als therapeutische maatregel, omdat met deze ingreep het verdwijnen van den zak onafscheidelijk verbonden is en omdat er geen ettering bestaat zonder tandvleeschzak. Bij het extraheeren van den tand hebben wij de eene wand van den zak verwijderd, deze houdt dus op te bestaan.

Hoe ontstaat nu een tandvleeschzak?

Ook hier komt *Gottlieb* aan de hand van zijn nieuwste histologische onderzoekingen tot zeer belangrijke conclusies.

Het tandvleesch is met epitheel bedekt, dat op den bodem van den zak met de tandoppervlakte gedeeltelijk vergroeid is. Wanneer een tand volgens klinische begrippen doorgebroken is, dan bevindt zich de bodem van den zak ongeveer op de grens tusschen het middelste en cervicaal derde deel van den met glazuur bedekten anatomischen kroon. Dit is de normale toestand bij het jonge individu.

*Nu is deze toestand echter in geenendeel een physiologische ruststand.* Integendeel, zoowel bij menschen als bij dieren, in melkgebit en blijvend gebit, heeft met afwisselende snelheid

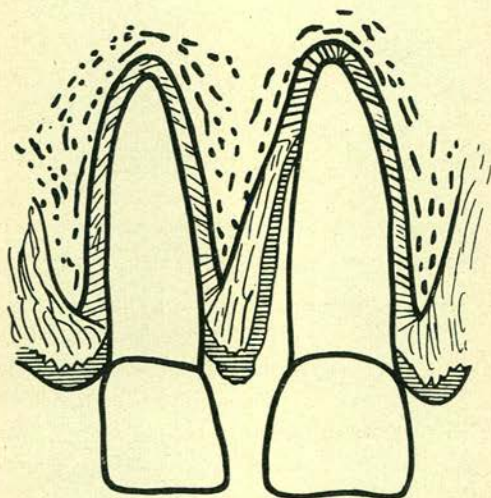
een verschuiving plaats van de epitheelaanhechtingsplaats naar de wortelpunt.

Gottlieb noemt dit verschijnsel het *voortschrijdende doorbreken van den tand*.

Opdat in ieder stadium van deze doorbraak de diepte van den tandvleeschzak ongeveer gelijk blijft is het noodzakelijk dat de tandvleeschrand zich in dezelfde mate apikaalwaarts verschuift als de epitheelaanhechtingsplaats. Gebeurt dit niet, dan ontstaat er een *verdiepen* van den zak.

Dit kan geschieden door een ontsteking van het tandvleesch en door een ongelijkmatige apikaalwaartsche beweging.

Langs zuiver *physiologischen* weg ontstaat dus veelal een verdiepen van den tandvleeschzak, die bij daarvoor gedisperseerde individuen aanleiding kan geven tot het ontstaan van den een of anderen vorm van Pyorrhoea Alveolaris.



Voorbeeld voor het tot stand komen van een zak tengevolge van bijzondere topografische verhoudingen.

Bij den linkschen tand is de epitheel aanhechtingsplaats apikaal verschoven. De tandvleeschrand kan niet in dezelfde mate volgen, omdat hij aan den rechter tand verder kroonwaarts gefixeerd is.

(Naar Gottlieb).

Uit een en ander volgt, dat bij de behandeling, in de eerste plaats de prophylaxe een groote rol moet spelen, en dat verder de aandacht geconcentreerd moet zijn op het onschadelijk maken van den tandvleeschzak.

*Gottlieb* geeft daarvoor zijn methode aan, die ik hier bekend mag veronderstellen.

Ik ben hier zoo betrekkelijk uitvoerig op ingegaan, omdat het duidelijk is, dat in den lijn van deze redeneering geen plaats is voor vaccintherapie of arsenobenzol praeparaten.

Deze beiden staan onderling alweer diametraal tegenover elkaar. De eerste methode verwaarloost de spirochaeten, in de veronderstelling, dat zij te gronde gaan bij het dooden van de andere kiemen door de vaccinbehandeling; de tegenstanders beweren dat dit allerminst het geval is en dat een vaccin geen zin heeft zoolang het onmogelijk is daarin ook de spirochaeten op te nemen, zoodat momenteel alleen arseenverbindingen gemotiveerd zouden zijn.

Wanneer men nu, niet alleen afgaande op de ervaringen in het buitenland, nagaat wat hier over het algemeen gebleken is van de waarde der vaccin injecties, dan geloof ik niet, dat de resultaten totnogtoe zeer bevredigend waren. Ofwel er was in het geheel geen resultaat, of — in sommige gunstige gevallen — de ettering hield op. Persoonlijk heb ik dit eenige malen met vreugde geconstateerd. Dan was echter, naar later bleek, de pyorrhoe nog niet genezen, hetgeen pleit voor de juistheid van de theoriën van *Gottlieb*.

Dat men door vaccinbehandeling in dit opzicht gunstige resultaten kan krijgen, dat zelfs (bij primaire mondinfecties) op deze wijze de algemeene gezondheidstoestand van een patiënt aanmerkelijk, of wel geheel, kan verbeteren, is nog allerminst een bewijs, dat deze therapie genezing brengt voor de *Pyorrhoea Alveolaris*, en in dit verband zou ik de opmerkingen willen onderschrijven, door *Michaelis* gemaakt in het Meinummer van dit Tijdschrift.

Daar komt nog iets bij. In zijn voordracht: „Vaccinbehandeling bij *Pyorrhoea Alveolaris*”, (T. v. T. April 1925) be-

veelt *Prof. Aldershoff* de methode aan van *Besredka*, die voor den tandarts bovendien het voordeel zou hebben van te zijn, een plaatselijke behandeling, vallende binnen zijn bevoegdheid. Ik meen dit te moeten betwijfelen. Wanneer *Prof. Aldershoff* deze therapie vergelijkt bij het geven van injecties van plaatselijk verdoovende middelen, dan gaat deze vergelijking niet op.

Immers vóór 1913 was het inderdaad een open vraag, of werkelijk de tandarts daartoe bevoegd was. De wet dateerde van 1876, m. a. w. vóór dat die verdoovingsmiddelen werden gebruikt. Toen in 1913 bij de Wetswijziging deze kwestie ter sprake kwam, werd gezegd, dat het feit, dat de wet alleen *algemeen* gevoelloos makende middelen verbood, voldoende was om te doen begrijpen dat het aanwenden van plaatselijk gevoelloosmakende middelen geoorloofd was.

Hier echter wordt een nieuwe methode aangewend door in het lichaam, dus *inwendig* een medicament te brengen dat plaatselijke *en* algemeene reacties geeft, om te beginnen temperatuursverhooging.

Op dat moment is de tandarts de situatie niet langer meester en loopt hij kans in onaangename verwickelingen te komen, wanneer bijv. blijken zou, dat die temperatuursverhooging een andere oorzaak had, waarbij de medicus gehaald had moeten worden.

En ofschoon ongetwijfeld in deze een beroep op de zeer deskundige meening van *Prof. Aldershoff*, succes zou hebben, behoef ik hier niet nader op in te gaan om te doen begrijpen, dat het verstandig is in deze groote voorzichtigheid in acht te nemen.

Men mag het betreuren, dat een verouderde opleiding en daarmee gepaard gaande beperkte bevoegdheid het ons niet mogelijk maakt, dergelijke geheel op ons gebied liggende behandelingen zelfstandig toe te passen; zoolang de toestand niet veranderd is, zullen wij daarin hebben te berusten.

In ieder geval lijkt het mij zeer onverstandig deze injecties toe te passen zonder voorkennis van den huismedicus.

Ten slotte dient nog eens te worden gewezen op het feit, dat wij hier overstroomd worden met buitenlandsche preparaten, waarvan wij de betrouwbaarheid niet kunnen beoordeelen, en welke betrouwbaarheid nu en dan aan gerechten twijfel onderhevig schijnt.

Het lijkt dus een eerste eisch van voorzichtigheid om in dit geval de te gebruiken vaccins te betrekken van het Rijks-serologisch Instituut te Utrecht, wat tevens het voordeel heeft, dat de ervaringen met deze methode opgedaan, gemakkelijker zullen zijn na te gaan.

Resumeerende, kom ik tot de volgende conclusies:

1. dat een belangrijk aantal gevallen van zoogenaamde Pyorrhoea Alveolaris berusten op onvoldoende reiniging van den mond;
  2. dat meer dan totnutoe gemeenlijk het geval is, de aandacht der patiënten op het belang van deze reiniging behoort te worden gevestigd;
  3. dat het ontstaan van de gevreesde tandvleeschzakken volgens Gottlieb in vele gevallen een physiologisch verschijnsel is;
  4. dat er tot nu toe geen reden is om aan te nemen, dat een infectie de primaire oorzaak is van het ontstaan van P. A., dat integendeel de klinische waarneming het waarschijnlijk doet zijn, dat voorkomende infectie een secundair verschijnsel is;
  5. dat tot nu toe niet is gebleken dat de vaccintherapie *genezing* bracht der P. A.;
  6. dat het toepassen der vaccintherapie alleen dan zin heeft, wanneer men langs operatieven weg, de ettering niet heeft weten te stuiten;
  7. dat men van de betrouwbaarheid van het te gebruiken vaccin overtuigd moet zijn en deze behandelingswijze niet behoort toe te passen zonder medeweten van den behandelenden medicus.
-