

NED. TANDHEELKUNDIG GENOOTSCHAP

DIE EXTRAORALE BEHANDLUNG *) DER UNTERKIEFERPHLEGMONE

DOOR

Dr. ROHRER, Hamburg.

Der Vortragende bespricht die Krankheitsbilder der dentalen Unterkieferphlegmone und der Angina Ludovici. Die Gefahr der Unterkieferphlegmone besteht in einer Fortpflanzung der Infiltration nach dem Kehlkopf zu. Die Entlastung der Phlegmone muss durch Hautschnitt von aussen geschehen, sobald die Phlegmone an den Zungengrund wandert. Der Entlastungsschnitt von der Mundhöhle aus, wird den Herd in den meisten Fällen nicht erreichen. Zunächst aus anatomischen Gründen; die Submaxillar-Lymphdrüsen liegen unterhalb des Diaphragma oris, werden ausserden durch starre Ligamente von dem Zungengrunde getrennt, und sind somit operativ von aussen besser zu erreichen, als von innen. Der zweite Hinderungsgrund derartige Prozesse von innen anzugreifen, besteht in der Schwierigkeit der Tamponade. Wenn ein Tampon von der Mundhöhle aus gelegt wird, so wird derselbe durch Druck der Muskulatur und des Gewebes (namentlich wenn letzteres infiltriert ist) so stark geklemmt, dass eine Saugfähigkeit des Tampons nicht mehr möglich ist. Die Tamponade hat aber in diesem Falle keinen anderen Zweck, als einen Abfluss durch Saugwirkung herbeizuführen.

Im Gegensatz zu der Mundbodenphlegmone, werden phlegmonöse Prozesse am Tuber maxillare und in der Fossa canina am besten von der Mundhöhle aus angegriffen.

Bei Mundboden phlegmonen kann das Oedem so gewaltig sein, dass durch die Infiltration des Kehlkopfeinganges die Erstickung

*) Hier folgen 3 Auto-Referaten naar voordrachten gehouden voor het Ned. Tandheelkundig Genootschap.

herbeigeführt wird. In solchen Fällen ist die Tracheotomie notwendig. In Notfällen besteht auch bei fehlender Operationsmöglichkeit die Aussicht erfolgreich Hilfe zu leisten mit dem Inter-Crico-Thyreoidal-Schnitt, ein Schnitt, der bei horizontaler Lage und scharf in den Nacken gebeugtem Kopf, nach Abtastung des Adamsapfels, zwischen Schildknorpel und Ringknorpel auf etwa $1\frac{1}{2}$ cm Tiefe geführt wird; dabei können die Stimmbänder nicht verletzt werden. Das Vernähen der Innenwand der Kehlkopfschleimhaut mit der äusseren Haut zu beiden Seiten, lässt die gesetzte Wunde klaffen, sodass eine permanente Atmungsmöglichkeit besteht. Die Operation ist aber keine definitive, sondern nur ein für mehrere Stunden anhaltender, lebensrettender Eingriff. Komplikationen infolge von Blutungen aus Gefässen, welche in der Nähe liegen können, kommen so gut wie garnicht vor. Auch Störungen bezügl. des nervösen Systems, welche infolge von Durchschneidung irgendwelcher Nervenäste eintreten könnten, sind nicht zu befürchten.

Diskussions Bemerkung. Betreffs der Anfrage, ob phlegmonöse Prozesse mit Diathermie erfolgreich behandelt werden, möchte der Vortragende zunächst dieser Therapie skeptisch gegenüber stehen. Der Vortragende hält es für nicht ausgeschlossen, dass derartige Prozesse in ihren ersten Stadien durch Diathermie günstig beeinflusst werden können. Wenn aber die phlegmonöse Tendenz vorwärts zu schreiten scheint, so wäre es falsch, sich mit dem fruchtlosen Ergebnis einer Diathermie weiter zu befassen. Es liegt hier eine gewisse Parallele vor mit der Wärme-Therapie. Irgendwelche entzündliche Prozesse können in ihren ersten Anfängen durch Kältebehandlung eingedämmt werden; wenn aber der Prozess Neigung zeigt sich in der Richtung einer Phlegmone oder Abzessbildung weiter zu entwickeln, so wird es in den meisten Fällen angezeigt sein, den Prozess durch eine geeignete Wärme-therapie zu befördern sodass man alsdann früher chirurgisch eingreifen kann. Auf die Kälte-Therapie wird leider zu wenig Rücksicht genommen; sie leistet in den diesbezüglichen Fällen sehr gute Dienste.

DIE TRIGEMINUSNEURALGIE UND IHRE BEHANDLUNG

Unter Neuralgie im engeren Sinne versteht man einen ziemlich plötzlich auftretenden Schmerz im Verlauf des betreffenden Nerven, welcher nach einiger Zeit wieder verschwindet. Freie Intervalle können in kürzeren oder grösseren Abständen dazwischen liegen. Einer Neuralgie kann eine Neuritis zu Grunde liegen; bei letzterer besteht eine pathologisch-anatomische Veränderung und zwar in den Nervenscheiden, also in dem Bindegewebe des Nerven, nicht aber im Axenfäden. Für die übrigen Formen der Neuralgie ist bis heute noch kein pathologischer Befund erhoben worden.

Für die Neuralgien im Bereiche des Trigeminus kommen zunächst nach rein anatomischen Gesichtspunkten zwei verschiedene Arten in Frage; einmal die Neuralgien, die periphär vom Ganglion Gasseri entstehen, und solche, welche zentral davon bestehen. Für die dentalen Trigeminus-Neuralgien kommt das erstere in Frage. Sie können mancherlei Ursachen haben; namentlich Erkrankungen des Zahnes können eine solche Neuralgie auslösen, auch überstehende Kronen bezw. Füllungen, Wurzelreste, verlagerte Zähne und nicht zu vergessen die Dentikel. Klinisch hat die dentale Trigeminusneuralgie einen guten Anhaltspunkt im Verlauf des Anfalles; während bei der gewöhnlichen Neuralgie der Schmerz acut einsetzt und sich in demselben Augenblick auf die höchste Intensität steigert, um alsdann auf dieser höchsten Intensität stehen zu bleiben und dann wieder rapid abzufallen, liegen bei der dentalen Trigeminusneuralgie andere Verhältnisse vor. Der Schmerz beginnt allmählich und steigert sich in geringerer Intensität, um nach einiger Zeit wiederum allmählich abzufallen.

Fernerhin geben auch die Head'schen Zonen einen gewissen Hinweis auf diejenige Partie, von welcher die dentale Trigeminusneuralgie ausgelöst wird. Eine wesentliche Unterstützung erfährt die Diagnose der dentalen Trigeminusneuralgie durch das Röntgenbild.

Die dentale Trigeminusneuralgie gehört therapeutisch in erster Linie in die Hände des Zahnarztes. Für die Therapie der übrigen

Neuralgien, welche schwerer therapeutisch angreifbar sind, gilt es zunächst eine klare Diagnose zu stellen. Im Anfang wird die Therapie sich in systematischer Richtung bewegen, dabei spielt die Medikation der verschiedenen Antineuralgica eine wesentliche Rolle. Ferner sind zu erwähnen die Bestrahlungsmethoden mit ultraviolettem Licht und auch mit Röntgenstrahlen. Bekannt ist die Einspritzung von 80 % igem Alkohol nach Schlösser am Foramen rotundum und ovale. Für die Injektion am Foramen rotundum empfiehlt der Vortragende die Methode nach Payr.

Für Fälle, welche jeglicher Behandlung trotzen, käme die chirurgische Methode in Frage; als neuere Methode ist zu erwähnen die Neurin-Larco-Cleisis, d. h. der Nerv wird aus seinem Kanal, in welchem sich Exostosen befinden können, herausgeholt und in die Weichteile eingebettet. Von der Methode der Durchschneidung des Nerven ist man mehr und mehr abgekommen, da man gerade beim Trigemini beobachtet hat, dass das zentrale Ende in das periphere Ende hineinwächst. Als letzte der Methoden käme die Exstirpation des Ganglion Gasseri in Frage, welches sehr wohl definitive Heilung bringen kann. Die Ausführung der Operation ist sehr schwierig. Die operative Mortalitätsziffer ist ausserordentlich hoch. Es ist eine Operation auf Tod und Leben, und dennoch entschlossen sich solche Patienten zu dieser Operation.

ANATOMIE UND PATHOLOGIE DER KIEFERHÖHLE

Noch vor 20 Jahren war über die Beziehung der Zähne zu den Kieferhöhlen relativ wenig bekannt. Durchschnittlich nahm man an, dass der zweite Praemolar und der erste und der zweite Molar in den Boden der Kieferhöhle hineinragen. Die alte Coopersche Operation der Kieferhöhleneiterung beruhte auf der Annahme dass der tiefste Punkt der Kieferhöhle in der Gegend des ersten Molaren gelegen sei. Aus diesem Grunde wurde bei der Operation der erste Molar extrahiert, und von der Alveole aus in das Antrum durchgestossen. Wesentliche neue Forschungen hat in letzter Zeit Per von Bonsdorff in Helsingfors gemacht und seine Studien in einer wunderbar illustrierten Abhandlung (Finska Tandläkaresällskapetets Förhandlingar XXXI 1925) niedergelegt. Es kam Per von Bonsdorff besonders darauf an, das Verhältnis

der Zahnwurzeln zur Kieferhöhle festzulegen. Die typischsten Formen der Kieferhöhle werden von dem Vortragenden an Hand von Lichtbildern demonstriert. Als wesentlichstes möge herausgegriffen sein, dass der tiefste Punkt der Kieferhöhle in den meisten Fällen bei dem zweiten Molaren liegt. Ferner ist zu erwähnen, dass die Wurzelspitze des Eckzahnes näher am Antrum gelegen ist, als die Wurzelspitze des ersten Praemolaren. Im Alter nimmt die Kieferhöhle auf Kosten des umgebenden Knochens zu. Von den pathologischen Erscheinungen mögen hier zwei herausgegriffen sein, nämlich der Antrum-Katarrh und das Antrum-Empyem. Beim Vorhandensein dieser Erkrankungen ist zu erforschen, ob die Erkrankung vom Zahnsystem ausgeht. Mitunter erreicht man etwas mit der Lichttherapie oder aber es genügen zuweilen 2—3 Spülungen, die in der Regel vom unteren Nasengang aus vorgenommen werden. Eine Reihe von Fällen muss aber radikal operiert werden und zwar geschieht das heute nach der Methode von Denker oder Luc-Caldwell. Beide sind als Operationen der Wahl zu bezeichnen. In neuerer Zeit nehmen die Nasenaerzte, welche meistens diese Operationen ausführen, mehr Rücksicht auf das Verhältnis der Wurzelspitzen zum Kieferhöhlenboden. Das Wesen der Operation besteht darin, dass die erkrankte Kieferhöhlenschleimhaut restlos entfernt wird. Wenn aber dabei Wurzelspitzen, welche in der Nähe des Antrums liegen, freigelegt werden, so wird die Zahnpulpa abgerissen; es entsteht ein Gangrän des Wurzelkanales, sodass von hier aus ein Antrum-Empyem neuentstehen und unterhalten werden kann. In solchen Fällen ist, nach zahnärztlicher Methode die Wurzelspitze wegzunehmen. Als zweite Erkrankung der Kieferhöhle dominiert das Vorhandensein von Cysten. Letztere können nicht immer röntgenologisch eindeutig festgestellt werden; sie können aber klinisch durch Punktion der Cysten-Flüssigkeit eindeutig diagnostiziert werden, wozu besonders die von Rohrer angegebene Methode (Correspondenzblatt für Zahnärzte 1926 Heft Nr. 5) geeignet ist. Operationstechnisch kommen für die meisten Cysten die Methode nach Partsch in Frage; nur in seltenen Ausnahmefällen wäre die betreffende Kieferhöhle, welche eine Cyste enthält, radikal zu operieren.