

INLEIDING VOÓR DE DEMONSTRATIE VAN EEN PATIËNT MET PYORRHOEA ALVEOLARIS¹⁾

DOOR

L. M. WILLEMSE.

U herinnert zich wellicht, dat Dr. Dentz op één onzer vergaderingen als zijn meening te kennen gaf, dat alveolair pyorrhoe veroorzaakt zou kunnen worden door de tandborstel en dat Dr. van Loon daarop schertsend antwoordde, dat er ongeveer 189 theorieën zijn opgesteld omtrent het ontstaan der alv. p. maar dat die van Dr. Dentz daar nog niet bijgerekend was. Ik breng u dit enkel in herinnering om aan te toonen, dat de denkbeelden over deze ziekte nog erg variërend zijn en nu zal ik niet trachten verschillende van deze theorieën voor u te ontvouwen maar ik hoop wel, alvorens morgen den patiënt te demonstreeren u even het voornaamste in herinnering te brengen van de Gottlieb-theorie, omdat de behandeling, die ik u straks zal vertellen des te duidelijker zal blijken als men een beetje met de theorie op de hoogte is. Natuurlijk mag ik veel bekends bij u veronderstellen en wanneer ik u slechts weinig nieuws laat hooren dan vraag ik reeds bij voorbaat daarvoor excuus.

Gottlieb onderscheidt twee soorten pyorrhoe: Schmutzpyorrhoe en Paradentalpyorrhoe. Die indeeling lijkt me zeer juist want bij ervaring weet ik, dat de eene collega een geval tot de alv. p. zal rekenen en de andere niet. Nu kunnen

¹⁾ Gehouden op de vergadering van het N. T. G. 9 Oct. '27.

beiden gelijk hebben omdat door het aannemen van twee verschillende soorten de gevallen verschillend kunnen worden ondergebracht.

Onder „Schmutzpyorrhoe” verstaat G. een door onhygiënischen toestand veroorzaakte *ontsteking*, waarbij etter uit de tandvleeschzakjes afvloeit en onder

„Paradentalpyorrhoe” verstaat hij een *ziekelijken toestand*, waarbij de ettersecretie uit de tandvleeschzakjes blijft voortduren niettegenstaande de mond uit hygiënisch oogpunt in orde is of opnieuw gemaakt werd.

Schmutzpyorrhoe ontstaat dus door een onhygiënischen toestand. Dit kan plaats vinden door de aanwezigheid van tandsteen, van overstaande randen der vullingen, door niet aansluitende kronen, door protheseklammers etc. en het kenmerkende van Schmutzp. is, dat het geneest en dus de ettering uit de zakjes ophoudt, zoodra die ongerechtigheden in den vorm van tandsteen, vullingen enz. verwijderd zijn m.a.w. zoodra weer een gezonde toestand is teweeggebracht.

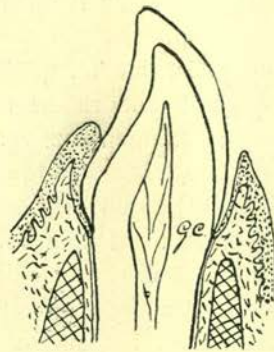
Paradentalpyorrhoe is betrekkelijk onafhankelijk van de hygiëne in den mond en kan ontstaan zoowel in goed als in slecht geconserveerde monden, vandaar dat Paradentalp. niet geneest al leggen we nog zulke mooie vullingen en sluiten de kronen haarfijn aan. Over het ontstaan van Paradentalp. zal ik u straks meer vertellen, maar omdat het tandvleeschzakje zoo'n belangrijke rol speelt bij de alv. p. wil ik dat eerst even behandelen. En zoo voer ik u terug naar een geheel ander onderwerp, dat oogenschijnlijk niets met ons thema te maken heeft n.l. naar het doorbreken der tanden.

Tot voor eenige jaren meende men, dat, als een tand doorgebroken was, de kroon los was van het nog omringende weefsel en het mondepitheel zich eerst vasthechte aan den tand op de plaats der glazuurcementgrens, een toestand dus als voorgesteld in fig. 1 aan den rechterkant bij G. C. De bodem van het tandvleeschzakje zou zich dan moeten bevinden op de glazuur-cementgrens en men veronderstelde, dat gedurende het grootste deel van het leven dit de aange-

wezen plaats bleef. Urban en Köhler hebben door hun histologische studies uitgemaakt, dat het anders gesteld is.

Als een tand doorbreekt en dus het mondepitheel doorboord is, is dit laatste over het bovenste deel van de kroon met den tand vergroeid. Dit heeft daar om zoo gemakkelijk plaats, omdat aan het eind van het tandontwikkelingsproces het glazuur-epitheel zich omzet in mondepitheel van af de punt der kroon in de richting van den wortel. Naarmate de tand verder doorbreekt maakt het epitheel zich los van de kroon en verschuift het zich in de richting van den wortel.

Fig. 1.



Naar Kantorowicz.

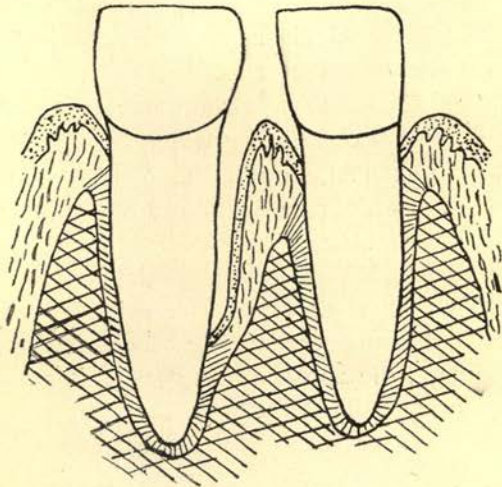
Het tandvleeschzakje schuift natuurlijk mee en als de anatomische kroon geheel is doorgebroken, zal de bodem van het tandvleeschzakje zich bevinden op de glazuur-cementgrens. Op dit moment is echter geen blijvende toestand bereikt, want hoewel langzaam woekert het epitheel voort langs den wortel in de richting van den apex en bereidt op die manier het doorbreken van den wortel voor, hetgeen dus met het doorbreken van de kroon één en hetzelfde proces is.

In normale omstandigheden zakken met het epitheel de gingiva en de kaakrand mee in de diepte, zoodat de afstand tusschen gingivarand, bodem van het tandvleeschzakje en

top van den alveolairrand vrijwel constant blijft. De nadruk dient er dus opgelegd dat er niets pathologisch ligt in het terugtrekken van het tandvleesch, in het in de diepte woekeren van het epitheel en in het terugzakken van den kaakrand, integendeel, dat het een absoluut physiologisch proces is en dat in normale omstandigheden het tandvleeschzakje zijn constante diepte van ± 0.5 m.M. behoudt.

Doen er zich echter wanverhoudingen voor en zal b.v. het

Fig. 2.



Naar Gottlieb.

epitheel zich terugtrekken en het tandvleesch volgt niet na dan ligt de bodem van het tandvleeschzakje in eens zooveel dieper en ontstaat de pathologische zak en hiermede een symptoom der pyorrhoe.

Wanneer is het nu mogelijk, dat het tandvleesch weigert het epitheel te volgen? Gottlieb noemt twee gevallen op.

Het eerste doet zich voor als door de aanwezigheid van tandsteen, overstaande vullingen kortom als door één der oorzaken der Schmutzp. de tandvleeschpapil in ontstoken

toestand verkeert. Ontstoken zijn sluit hypertrophie in zich en terugtrekken beteekent atrophieeren. Op hetzelfde moment kunnen in hetzelfde weefsel beide toestanden niet aanwezig zijn en hier domineert de hypertrophie.

Het tweede geval heeft interdentaal plaats, fig. 2. De interdentale papil staat onder den invloed van twee tanden. Retireert het epitheel van den eenen tand meer dan van den anderen tand dan wordt de papil aan de eene zijde neergetrokken maar aan de andere zijde vastgehouden en krijgen we een toestand als in fig. 2, het ontstaan van een pathologische tandvleeschzak.

Zoo'n tandvleeschzakje is aanvankelijk bekleed met epitheel en heeft dus een zekeren weerstand maar omdat het zoo'n prachtige schuilplaats is voor bacterieën, spijsresten en tandsteen, kan het ons niet verwonderen, dat het epitheel dikwijls wordt gekwetst, doorboord, op sommige plaatsen geheel vernield, waardoor de daaronder liggende mucosa onbeschermd bloot staat aan den invloed der bacterieën. Er onstaat een zweerachtige toestand, zoodat voortdurend etter geproduceerd wordt uit de mucosa, die bij geringen druk op de giniva uit het tandvleeschzakje afvloeit. Dit is het beeld van de Schmutzp., die zooals reeds gezegd onmiddellijk geneest als de normale, hygiënische toestand maar wordt hersteld en dus betrekkelijk eenvoudig te behandelen is. De tandvleeschzakjes zijn bij Schmutzp. maar zelden zoo diep, dat wegsnijden van het tandvleesch noodzakelijk is. Bestaat de Schmutzp. lang genoeg dan zal ze niet zonder invloed blijven op de kaak. De rand gaat atrophieeren; het beenig omhulsel van den tand wordt dus korter en het tijdstip zal eenmaal komen, dat de tand niet voldoende houvast meer heeft, los gaat staan en dikwijls van zijn plaats gedrongen wordt door de antogonist. Bij Schmutzp. zien we dus dat het vormen van een tandvleeschzakje en de ettering beginsymptomen zijn en het losstaan van den tand eerst veel later komt.

Beschouwen we nu eens de Paradentalpyorrhoe.

Deze kenmerkt zich door een blijvende ettering uit de

tandvleeschzakjes ook al hebben we den mond ideaal in orde gemaakt wat betreft tandsteen, vullingen, kronen etc. De primaire oorzaak zetelt dan ook niet zooals bij Schmutzp. in minder goede hygiënische omstandigheden doch in het feit, dat er oplossing plaats heeft van de beenige lamel, die de tandkas vormt, de zoogenaamde „Alveolarknochen”. Talbot en Hopewell Smith waren de eersten, die vaststelden, dat er verdwijning van de kaak kan plaats vinden zonder ontsteking en Fleischmann en Gottlieb constateerden later hetzelfde. Het gevolg van die oplossing is, dat de periodontale ruimte breder wordt en de tand minder houvast heeft. Deze ruimte wordt opgevuld door een los vaatrijk bindweefsel, dat er uit ziet als granulatieweefsel. Dit weefsel oefent een constanten druk uit naar alle richtingen en veroorzaakt een dislocatie van den tand. In het eene geval in vertikale richting n.l. als de atrophie bij den apex plaats heeft en de tand dus uit de kas gedreven wordt, in het andere geval geschiedt de verschuiving in zijwaartsche richting, als de atrophische haard interdentaal ligt. Deze verschijnselen kunnen zich voordoen vóór het epitheel door woekering in de diepte gereageerd heeft op de veranderingen in de kaak en vóór er ettering heeft plaats gehad, zoodat we bij Paradentalp. hebben in tegenstelling met de volgorde bij Schmutzp. *eerst* het losstaan van den tand met de zoogenaamde „Wanderung” en daarna als latere symptomen vorming van een tandvleeschzak en ettering.

De vraag ligt voor de hand hoe het komt, dat bij een gezond mensch deze diffuse atrophie van de kaak kan plaats vinden zonder aanwijsbare oorzaak. Gottlieb zegt daarvan het volgende.

Het blijkt een biologische wet te zijn, dat de reuzencellen hun oplossingswerk beginnen zoodra de beenderen den toestand van volmaaktheid hebben bereikt. Dit oplossingswerk blijft echter immer tot de oppervlakte beperkt, omdat onmiddellijk na deze afbraak de opbouw weer plaats vindt onder den invloed van den prikkel, die de functies der aangehechte

spieren op de beenderen uitoefenen. Zoolang dus het been a.h.w. bemerkt, dat het onmisbaar is, door het physiologische proces, dat in zijn omgeving plaats grijpt, zal de zoogenaamde „Abbau” onmiddellijk worden gevolgd door „Anbau”. Wanneer nu de tandkas geheel ontwikkeld en volledig verkalkt is, dan is ze gelijk met andere verkalkte beenderen en staat ze onder deze zelfde biologische wet van afbraak. We moeten dit waarschijnlijk zóo verklaren zegt G., dat het volledig ontwikkeld orgaan aan de levensprocessen in het organisme geen direct aandeel meer heeft en daarom geëlimineerd wordt.

We zouden mogen verwachten, dat de prikkel, die de kauwacte uitoefent in staat moest zijn nieuwvorming van been te veroorzaken evenals de werking van een spier weer in staat is de vorming van nieuw been aan te wakkeren. Waarnemen kan men wel, dat een rechtbeet minder onderhevig is aan kaakatrophie dan de normale beet of een prognatische maar aan de andere zijde kan men opmerken, dat bij tanden en kiezen zonder antagonist en dus zonder kauwprikkel jaren lang de tandkassen in goeden staat blijven evenzoo bij wortels, die als regel toch buiten de occlusie en articulatie liggen. Laten we ons, zegt G. dan ook minder verwonderen over de oplossing der tandkas dan over het feit, dat in sommige gevallen nieuwvorming uitblijft ondanks aanwezigheid van tand en kauwactie.

Hoe verklaart G. nu dat die prikkel tot nieuwvorming van beenweefsel uitblijft?

Uit de histologische praeparaten is gebleken, dat het wortelcement lijnen vertoont, die er duidelijk op wijzen, dat nieuwvorming van cement heeft plaats gehad. Deze nieuwvorming kan zijn oorzaak ook weer niet alleen hebben in de prikkel der kauwactie om de eenvoudige reden, dat ze niet bij alle gebitten voorkomt. Daarom neemt hij aan, dat deze vorming van secundair cement moet zetelen in een regeneratiekracht, die het eene gebit wel en het andere helaas niet heeft. Dit nu wetende denken we weer eens aan de tandkas.

De tandkas is onherroepelijk gebonden aan het bestaan van den tand, omdat deze laatste er is, is er ook een tandkas. Verdwijnt de tand, dan is er geen reden meer voor het blijven der tandkas en ook zij verdwijnt. We mogen derhalve wel aannemen, dat de tandkas haar voortbestaan baseert op de levensprikkel, die van den tand uitgaan. Geeft de tand levens-teekenen door vorming van secundair cement dan zal de kaak daarop reageeren en wel door vorming van beenweefsel. De in de processus alveolaris aangevangen atrophie zal daardoor tot stilstand worden gebracht; de beenafzetting zal de periodontale ruimte vernauwen en de tand zit opnieuw vast.

Zoals gezegd sommige gebitten hebben deze neiging, deze kracht tot vorming van secundair cement niet of verliezen ze gedurende het leven. De tanden zijn dan voor de tandkassen a.h.w. dood omdat ze geen prikkels meer uitzenden en de eenmaal aangevangen atrophie van de kaak schrijdt in zoo'n geval voort. Gottlieb onderscheidt daarom „reaktionslose” en „reaktionsfähige” gebitten.

Het epitheel reageert op diffuse atrophie met woekering in de diepte langs het cement, waarmede het aanvankelijk nog verkleefd is, doch later los van wordt en aldus de tandvleeschzak vormt. Het blootkomende deel van het periodontium is verloren, het sterft af. Omdat het periodontium zijn grootste reactievermogen heeft in de richting van den apex ziet men, dat ook bij de best reageerende tanden atrophie van den rand der processus alveolaris optreedt. Vandaar dat rand-atrophie het meest optreedt bij goed reageerende en diffuse atrophie bij reactielooze tanden.

Klinisch kan men de „reaktionslose” en reaktionsfähige” gebitten herkennen aan de volgende kenteekenen:

„Reaktionslose”: immuun voor cariës; tanden zijn van idealen bouw en weefsel, kleur is geel.

„Reaktionsfähige” worden verdeeld in twee groepen:

a. abrasiotype, neiging tot wigvormige defecten, im-

muun voor cariës, later wel optreden van hals-cariës.

b. de voor cariës gepraedisponeerde gebitten.

Resumeerend hetgeen we tot nu toe bespraken, luidt dit als volgt:

Er bestaan twee soorten van pyorrhoe: Schmutzp. en Paradentalp. Schmutzp. ontstaat door onhygiënische toestanden en geneest door herstel van deze. Aanvangssymptomen zijn: vorming der tandvleeschzak en ettering; later symptoom is het losstaan van den tand. Met Schmutzp. gaat randatrophie van de kaak gepaard. Paradentalp. vindt zijn oorzaak in duffuse atrophie van de kaak. Aanvangssymptomen zijn: losstaan en „Wandering” van den tand; latere symptomen vorming der tandvleeschzak en ettering. Paradentalp. geneest niet na herstel van den hygiënischen toestand in den mond.

Zonder op volmaaktheid aanspraak te willen maken hoop ik u hiermede een voldoende duidelijk beeld te hebben gegeven van Gottlieb's theorie en zal ik thans de therapie met u behandelen.

Ik zal dit doen door mijn patiënt als voorbeeld te nemen. Deze man kwam bij me met de vraag of er nog wat aan zijn gebit te doen was nu de tanden en kiezen zoo los gingen staan, of dat uittrekken en een kunstgebit maken niet het beste zou zijn. Ondanks de geweldige foetor ex ore heb ik me toen voor hem gezet en tand voor tand tusschen de linker en rechter wijsvinger genomen om de graad van loszitten te kunnen bepalen. Erg los stonden de onderincisieven, de 1e molaar rechts onder, de praemolaren links en rechts boven en de drie molaren rechts boven. De overige tanden en kiezen waren veel minder aangedaan. Het heele gebit bestond uit 32 elementen, alle goed ontwikkeld, mooie bouw, flink uitgesproken knobfels bij de praemolaren en molaren. Tandsteen was op de kronen niet veel aanwezig, hetgeen u op de

Röntgen foto's zien kunt, wel echter subgingivaal. Weinig vullingen, één met overstaanden rand. Er waren geen kronen of stifttanden, dus geen oorzaken om Schmutzpyorrhoe te veronderstellen. Verder diepe tandvleeschzakken, ettersecretie en „Wanderung” van verschillende elementen. Occlusie normaal en slechts op twee plaatsen wat cariës. Mijn diagnose was Paradentalp. en hoewel het proces aan het grootste gedeelte van het gebit vrij ver gevorderd was, leek het me nog niet wanohpig en meende behandeling te moeten adviseeren.

De behandeling begin ik nooit zonder den patiënt op de vele onaangenaamheden te wijzen, die deze meebrengt. Deze bestaan niet alleen in onze stoel maar ook in de zorg, die de patiënt aan het gebit moet besteden en wanneer hij verklaart geen lust of geen tijd te hebben om precies alles te doen, wat ik hem voorschrijf, begin ik er niet aan. Menschen, die tamelijk onverschillig staan tegenover het behoud der tanden neem ik evenmin aan. Het aangenaamst zijn me die patiënten, die in wanhoop komen aanloopen, omdat ze van andere zijde de boodschap hebben gekregen, dat ze over een paar jaar een kunstgebit moeten hebben. Zulke patiënten werken zelf hard mee en dan alleen kunnen we succes verwachten.

Bij dezen patiënt ben ik begonnen de tanden en kiezen, die zoo geweldig los stonden en bij iedere zijdelingsche beweging heen en weer geslingerd werden buiten de articulatie te slijpen. Dat leek me het meest urgent. De beet bleef toen gefixeerd op de minder los zittende elementen. Zoodra de afgeslepen tanden en kiezen weer zóoveel zijn uitgezakt, dat ze de antagonistien raken en wanneer ze in dien tusschentijd voldoende vast zijn gaan zitten, slijpen we de andere elementen af, zoodat de hoogte der beet niet behoeft te veranderen.

Zooals u weet is het speciaal Karolyi geweest, die de aandacht heeft gevestigd op den fatalen invloed, die te groote belasting op de kaak en het gebit uitoefent. Door te groote

druk zou een anaemische toestand en daardoor voedingsstoornis en ettersecretie ontstaan. Karolyi beweert, dat de pyorrhoe in verkeerde en overmatige belasting zijn oorzaak zou hebben. Gottlieb bestrijdt dit. We zien immers in de praktijk, dat bij tal van gebitten ondanks een flinke belasting de tanden en kiezen stevig bevestigd blijven als de kaak maar voldoende weerstand heeft en verder dat die tanden en kiezen door de kauwactie geheel glad geslepen worden. Wanneer Karolyi wijst op de goede houvast van die afgeslepen gebitten en daarom elk gebit in de zoogenaamde „Schlittenartikulation” wenscht veranderd te zien, neemt hij het gevolg aan voor de oorzaak. De tanden zijn glad geslepen omdat ze zoo vastzaten en niet omgekeerd.

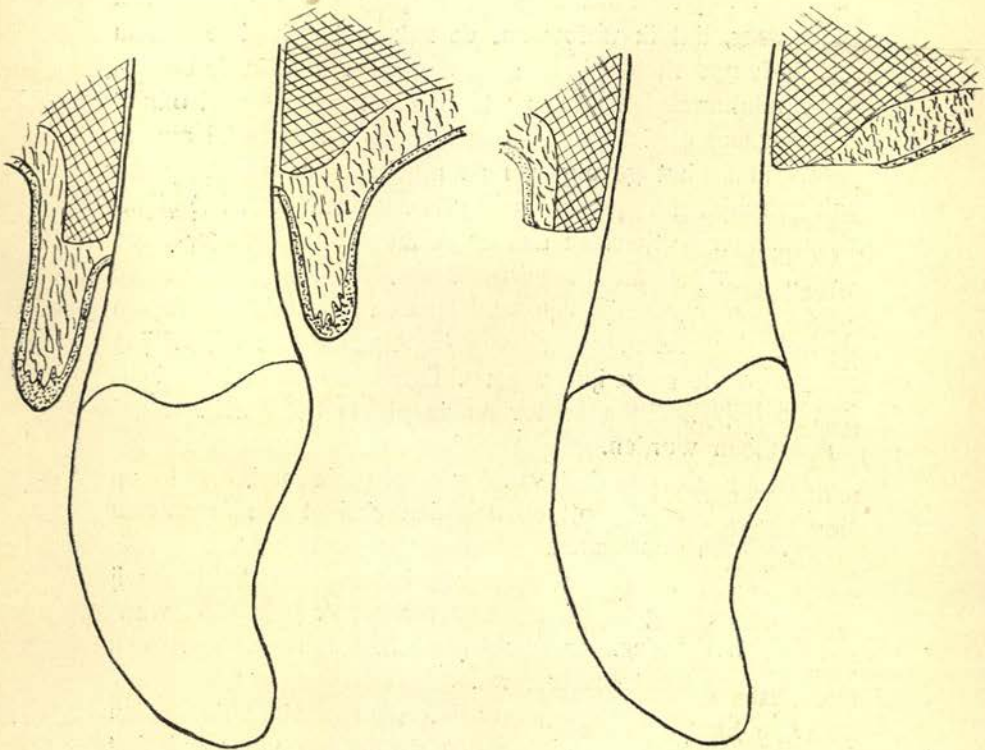
Gottlieb beveelt bij pyorrhoe gebitten de „Schlittenartikulation” aan, omdat het vanzelf sprekend is, dat een eenmaal loszittende tand niet door geweldige knobbels heen en weer geslingerd mag worden doch glijden moet. Het behoort dus bij de therapie de tanden en kiezen zoo vlak mogelijk te maken en zoo mogelijk alle overbeet weg te nemen.

Het tweede, dat ik bij den patiënt deed was zoo nauwkeurig mogelijk het tandsteen weg te nemen en daarna de zoogenaamde gingivo-ectomie. Waarom die wegname van het tandvleesch? Het is voor iederen tandarts in zijn praktijk waarneembaar, dat de hevigste pyorrhoe geneest, als men de tanden extraheert. Zonder dat men ook maar iets aan het tandvleesch of aan de tandkas doet, ziet men dan de ziekte verdwijnen. Alveolair pyorrhoe in tandenlooze monden bestaat niet. Is dus de pyorrhoe onherroepelijk gebonden aan de aanwezigheid van de tand, we weten ook, dat er geen parandetalp. is zonder tandvleeschzak en zooals vanzelf spreekt verdwijnt met het extraheeren van den tand één der wanden van de zak en daarmee ook de zak zelf. Nu is er nog een tweede middel om de tandvleeschzak kwijt te raken en dat is het wegnemen van de andere wand, die n.l. gevormd wordt door de gingiva. De therapie bij het behoud van den tand bestaat dus in het wegnemen van het

tandvleesch tot den bodem van de tandvleeschzak. Natuurlijk gebeurt dit onder anaesthesie. Staan er meerdere tanden naast elkaar, waarbij deze behandeling moet plaats hebben dan brengen we (b.v. labiaal) een snede aan, die achtereen-

Fig. 3.

Fig. 4.



Vóór gingivo-ectomie.

Nà gingivo-ectomie.

volgens over den bodem der zakjes loopt en prepareeren deze lap los. Een groot deel der wortels komt dan bloot te liggen, die thans gemakkelijk van alle kleine tandsteen-deeltjes kunnen gereinigd worden; daarna polijsten met een houtje. Vooral letten we er op alle woekeringen, die zich

aan ons oog vertoonen weg te krabben. Dit gebeurt met scherpe lepel of excavator. Zijn de zakjes niet te diep en besluiten we niet tot gingivo-ectomie dan moet uiterst pijnlijk al het tandsteen onder de gingiva worden weggenomen en de zak aan de tandvleeschzijde goed schoon gekrabd worden van woekeringen. Voor het opsporen der kleine tandsteendeeltjes bewijst de Kantorowicz-lamp goede diensten. Het komt voor, dat ik welbewust de zak niet geheel wegneem b.v. in de onderkaak bij de achterste molaren en in de bovenkaak palatinaal. Dit laten zitten der zak gebeurt niet omdat het wegnemen niet even wenschelijk is als op elke andere plaats maar het gevolg van de algeheele verwijdering der zak zou zijn, dat wel wat heel groot gedeelte van het slijmvlies zonder epitheel en dus onbeschermd in den mond zou liggen. Fig. 5 toont dit duidelijk aan. We reinigen dan zoo conscientieus mogelijk van tandsteen en woekeringen, slijpen de buik der kronen geheel weg (in fig. 5 tot de stippellijn) waardoor alle mogelijke ongerechtigheden minder kans hebben te blijven zitten en tevens de plaats beter schoon gehouden kan worden.

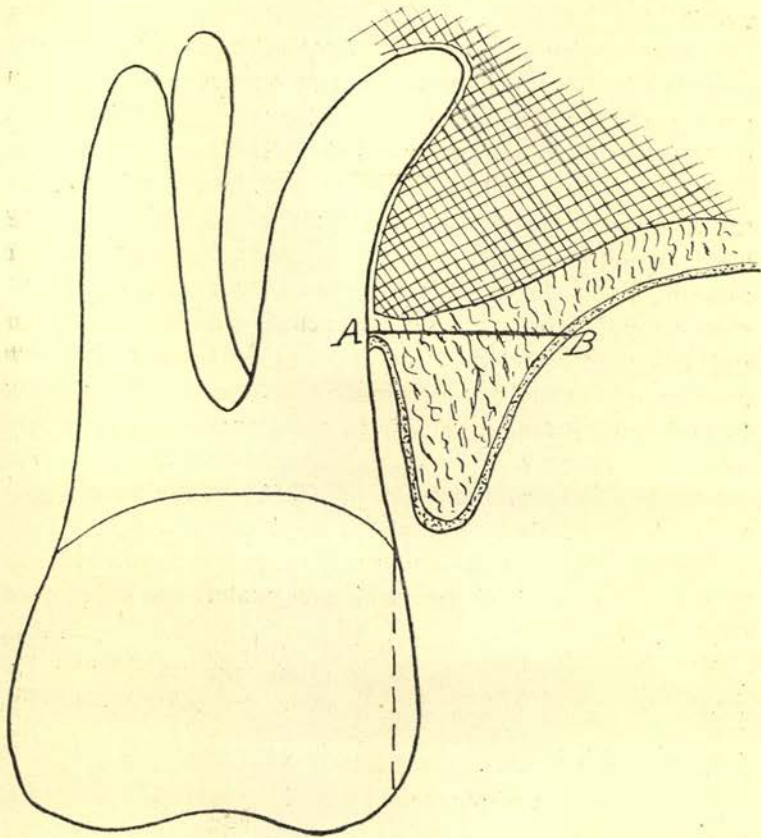
Teneinde de vitaliteit van kaak en periodontium wat op te wekken beveelt Gottlieb aan den patiënt een arsenicum kuur te laten doormaken.

Met een als bovenbeschreven behandeling hebben wij tandartsen ons grootendeels van onze taak gekwetend, wanneer we het onderwerp „Schienen” laten rusten. Voor den patiënt begint het echter eerst.

Hij moet in de eerste plaats na elken maaltijd de tanden grondig borstelen en niet alleen de tanden maar ook het tandvleesch moet dagelijks onder handen genomen worden. Ten einde zeker te zijn dat geen nieuwe zak ontstaat en er geen ongerechtigheden op den gingivarand blijven liggen wordt het tandvleesch in de onderkaak naar beneden en in de bovenkaak naar boven geborsteld dus steeds in de richting van den apex. De interdentalen ruimten moeten met zijdraad behandeld worden. De patiënt wordt er attent op

gemaakt niet tusschen de maaltijden door te eten, want één koekje is voldoende om alle nut van het vorige borstelen on-

Fig. 5.



Na gingivo-ectomie ligt het tandvleesch onbeschermd boven de lijn AB.

gedaan te maken. Reinheid dus en nog eens reinheid is ten sterkste aanbevolen.

Behalve van de medewerking van den patiënt hangt het blijvend succes verder af van den gezondheidstoestand van den patiënt. Raadzaam is daarom vóór de behandeling het

lichaamlijk onderzoek door den internist. Aanwezigheid van suiker of eiwit in de urine, verder jicht en chlorose zijn niet zonder invloed op het genezingsproces en dient men dus er op aan te dringen, dat de patiënt ook van dit lijden verlost wordt.

Gedurende de eerste maanden moet de patiënt één maal per dag de gingivaranden toucheeren met zuivere tinctuur van myrrhe, dit bevordert volgens G. behalve de genezing van de gingiva ook de verharding van het epitheel.

Het kan voorkomen dat bij de operatie niet alle woekeringen grondig genoeg zijn uitgekrabd en men ziet deze dan weldra grooter worden. In zoo'n geval zoonoodig opnieuw uitkrabben en daarna 1 maal daags door den patiënt de gingivarand laten toucheeren met 8 % Chloorzink. Balters gaf me verder het volgende recept om mede te laten spoelen, onmiddellijk na de gingivo-ectomie teneinde spoedig herstel van het tandvleesch te bevorderen:

R Spir. vini	100	„
Formalini	40 %	10 Gr.
Spir. menth. pip.	1	„
s. coll. oris		
10 druppels	½	glas water.

Een klacht, die in de meeste gevallen optreedt en ook zeer verklaarbaar is, is de gevoeligheid der blootliggende tandhalzen. Uitstekende resultaten heb ik in die richting bereikt door etsing der tandhalzen met de volgende pasta:

carbonas naticus	5
carbonas kalicus	20
glycerine	± 75

Er moet zooveel glycerine toegevoegd worden tot de massa pastavorming is en zich met een instrument laat inwrijven op de tandhals. De inwerking kan zoo pijnlijk zijn, dat injectie soms noodig is al verdwijnt de pijn ook na enkele minuten.

Dames en Heeren ik hoop u den indruk te hebben gegeven, dat de behandeling der alv. pyorrhoe à la Gottlieb door iederen tandarts mogelijk is en wij dus niet al te vlug den patiënt moeten benauwen met het vooruitzicht van een volle prothese, maar de bestrijding der gevreesde ziekte moeten aanvatten en ondanks zich voordoende moeilijkheden dienen te volharden.
