

# UIT DE PRACTIJK

## EEN GEVAL VAN AGRANULOCYTOSE

Naar aanleiding van de in het Octobernummer van dit tijdschrift gerefereerde publicatie van *Groen en Gelderman* over agranulocytose en de belangstelling, welke dit ziektebeeld in de laatste vergadering van de Vereniging van Nederlandsche Tandartsen heeft gewekt, moge hier een geval van agranulocytose medegedeeld worden, waarvoor mondheelkundige hulp werd ingeroepen, omdat de verschijnselen van den kant van het mondslijmvlies op den voorgrond stonden.

Een 48-jarige vrouw klaagde over een circa 14 dagen bestaande zweer in haar mond, welke haar vrij veel pijn veroorzaakte; sinds eenigen tijd had zij last van keelpijn en gevoelde zij zich koortsig. De verdere anamnestiche gegevens zijn hier niet van belang.

Bij het onderzoek van de patiënte, die een zieken indruk maakte en een temperatuur van 38.8 had, werd een ulcereerende angina gevonden. In de bovenkaak waren aanwezig rechts de tweede molaar en links een praemolaar en een molaar. Pat. droeg een prothese, die met een breede, tot op het tandvleesch reikende bandvormige klem aan den rechter molaar „opgehangen” was. Palatinaal van dezen molaar strekte zich een ongeveer 2 bij 3 cm groot ulcus uit; deze zweer was met een grijs beslag bedekt, matig pijnlijk bij aanraking en werd van het overige slijmvlies buitengemeen scherp afgegrensd door een zeer smal, rood, demarkeerend randje. Deze begrenzing was zóó scherp als men bij geen ander ulcus in den mond pleegt waar te nemen, zoodat het locale beeld zeer goed te vergelijken was met dat van de bekende „uitgeponste” ulcera, die in het derde stadium der syphilis voorkomen. Buccaal was het slijmvlies in de omgeving van dezen molaar nog niet afgestorven, maar wel reeds sterk ontstoken en pijnlijk bij druk. De kies was pijnlijk bij percussie; er waren diepe tandvleeschzakjes.

Daar de mogelijkheid van een bloedziekte zich hier sterk opdroeg,

werd een morphologisch bloedonderzoek verricht, dat een aantal leucocyten van 1200, met sterke vermindering der granulocyten, opleverde. Het algemeene lijden, de ulcererende veranderingen in de mondholtte, de veranderingen in het bloed en de afwezigheid van andere belangrijke klinische of anamnestiche gegevens vormden voldoende gegevens om hier de diagnose op agranulocytose te kunnen stellen.

Na eenige weken overleed de patiënte. Het histologisch beeld leverde, in overeenstemming met wat te verwachten was, een diepgaande necrose op van het den tand omgevende weefsel. In frappante tegenstelling daarmee bleek de pulpa, hoewel ontstoken, nog zeer goed kleurbaar te zijn, wat wel wijst op een verhoogden weerstand tegen de necrotiseerende ontsteking.

Epicritisch moet men de tandvleeschverschijnselen in dit geval zoo verklaren, dat de „normale” slijmvliesontsteking, veroorzaakt door de slecht geconstrueerde klem, een abnormalen omvang kon aannemen ten gevolge van het tekort aan witte bloedlichaampjes en het algemeene lijden der patiënte. Of ook dit geval aan overgevoeligheid tegen pyramidon of een barbituurzuurderivaat moet toegeschreven worden, kan niet vastgesteld worden, daar mij deze aetiologie destijds nog onbekend was.

DR. E. SANDERS.

#### LITTERATUUR

- W. Bauer* . . . . . Parodontitis agranulocytotica. Zschr. f. Stom. 1933, H. 1, bl. 1.
- Groen en Gelderman* . . . . . Agranulocytose (maligne neutropenie) door geneesmiddelen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 78, bl. 3444 (28 Juli 1934).
- Schaefer* . . . . . Agranulocytosis. Journ. Am. Dent. Ass. 1934, N. 6, 943.
-

## INDIRECTE INLAYS

---

't Zou eigenlijk zoo moeten zijn, dat er geen „vraagstuk” meer was, en dat „het dagelijksch brood” van den tandarts niet meer bestond uit amalgaamvullingen, die heel dikwijls met *restoraties*, gemaakt met behulp van separatie, matrix en zorgvuldige afwerking alleen dit gemeen hebben, dat ze ook vervaardigd worden met behulp van amalgaam en kwik, maar dat de veel eenvoudiger en daarbij veel beter te maken indirecte inlay het geschokte vertrouwen van het patiënten-dom herstelde.

Helaas. 't Heeft nog niet zoo mogen zijn.

Over het *voor* of *tegen* der amalgaamvulling hooren we niet zooveel meer. Mogelijk dat de meer en meer gebruikelijke methode van Röntgendiagnose den voorstanders der „goede” amalgaamvulling heeft geleerd, dat er maar bitter weinig „goede” gezien worden.

Maar de directe box inlay strijdt nog steeds met zijn nieuwe broertje de slice inlay en als we nu het referaat lezen op pag. 792 van ons tijdschrift, dan zullen de beschermers van het oudere broertje zeggen: „Zie je wel!” Maar de beschermers van het jongere broertje lezen, en lezen nog eens, wrijven hun oogen uit, lezen weer, maar ja, daar staat nog steeds: „de binnenste wand van de caviteit bij schijfpreparatie . . .” En zij peinzen: „Wat *is* de binnenste wand van de caviteit bij schijfpreparatie? Die *is* er niet want wij hebben een vlak, verkregen door onze schijf.

En dan slaan zij het origineele artikel op, en dan blijkt de Heer *Wylie* het te hebben over de *Gillet* indirecte inlay en wij spreken hier gewoonlijk over de modificatie van *van den Berg*.

Dan is er geen sprake van een binnenste wand, dan ligt het metaal oneindig verder van de pulpa dan bij welke andere preparatie ook.

Dan gaan zij rustig voort met het *restaureeren* van de geschonden elementen volgens *Gillet-van den Berg*. Dan boeken zij de maximaal

te behalen resultaten en dan... Neen, de hoop om ook de andere tandartsen te overtuigen, die hoop hebben zij alleen nog in een ver verwijderden tijd, een tijd waarin wij van een tandheelkunde zullen kunnen gaan spreken zooals die op het oogenblik nog door velen genegeerd wordt.

G. F. M. SCHUTTE.

Naar aanleiding van het bovenstaande, zouden wij toch gaarne willen opmerken, in de eerste plaats, dat onze ervaring minder verontrustend is dan die van *Schutte*, maar ook dat de „goede” amalgaamvulling even veel of even weinig voorkomt als de „goede” inlay. Bij alle andere illusies moeten wij den inzender ook nog deze ont-nemen, dat degene die „restoreert met behulp van amalgaam en kwik”, indirecte inlays zou plaatsen, anders dan met „metaal en cement”!

N.