

UIT DE LITTERATUUR



Mondziekten, door Prof. Dr. med. Hermann Mathis. Zentralblatt f. d. ges. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Mei 1942.

In een uitgebreid overzichtsreferaat behandelt Prof. Mathis de verschillende vormen van mondziekten, waaruit het volgende wordt aangehaald. Ten aanzien van het begrip „mondziekten” vraagt de schr. zich af of men in wetenschappelijk opzicht in het algemeen daarvan nog kan spreken. Hij ontkent dit en wil de betiteling dan ook alleen aanvaarden uit een oogpunt van klinisch-praktisch spraakgebruik. Onder mondziekten kan men slechts verstaan een verscheidenheid van pathologische verschijnselen, welke zich min of meer uitsluitend in de mondholte voordoen. De schr. heeft reeds eerder van praktisch-diagnostisch en therapeutisch gezichtspunt de ziekelijke veranderingen in twee groepen ingedeeld en wel: 1. diegene welke een overwegend plaatselijk karakter vertoonen en 2. die, welke met andere, uitgebreidere ziektebeelden samengaan en voor de vroegtijdige onderkenning van menige algemeene ziekte een bijzondere beteekenis hebben.

In den jongsten tijd hebben verschillende onderzoekers zich met het probleem der gingivitis simplex, doch nog meer met dat der gingivitis haemorrhagica en hypertrophicans van verschillenden gezichtshoek uit bezig gehouden. Daarbij treedt met alle duidelijkheid aan het licht, dat het bij deze locale veranderingen onder bepaalde omstandigheden een zuiver plaatselijk proces kan betreffen, doch dat zij ook dikwijls de uitdrukking zijn van een meer omvattend ziektebeeld waarbij het pathologisch verloop in de mondholte in het bijzonder tot uitdrukking komt.

Zoo heeft Kutzleb in dit opzicht door zijn onderzoek bij meisjes in de praepuberteit kunnen aantonen, dat naast een aantal gevallen, die een gevolg waren van tekort aan vitamine-C en op verstrekking daarvan genazen, bij de overige patiënten de verschijnselen in verband konden worden gebracht met een stoornis (overmaat) in de vorming van het follikelhormoon (voorkomende in de blaasjes van de Graaf).

Met betrekking tot de gingivitis gravidarum kon genoemde onderzoeker vaststellen, dat het tekort aan vitamine-C bij gravidæ met aandoeningen van het slijmvlies grooter is dan bij zwangere vrouwen zonder deze verschijnselen. Voorts, dat deze gingivitis als een gedeeltelijk symptoom van een ziekte van het geheele organisme moet worden opgevat, aangezien tijdens de zwangerschap soortgelijke verschijnselen aan de vulva optreden. Het aetiologisch moment moet gezocht worden in het verminderen van de vaatsamentrekkende werking van het ascorbinezuur. De gingivitides loopen terug na toediening van vitamine-C.

Huber onderscheidt vier stadia in de veranderingen van het tand-

vleesch en rekent ze tot de typische zwangerschapsreacties en plaatst ze op één lijn met de vaak waargenomen oedemen en de hyperplastische processen tijdens de graviditeit. Zijn opvatting dat met name de gingivitis gravidarum niets met ontsteking te maken heeft en beschouwd moet worden als een vloeiende overgang van, tot op zekere hoogte, fysiologische veranderingen naar pathologische, wordt door Hessler bestreden. Deze schrijft de afwijkingen toe aan een tekort in het kalkgehalte van het bloed, tezamen met een gebrek aan vitamine-C. Het lossen van het weefsel en de oedemateuze zwelling ervan wijt hij aan een ontkalking van het moederlijke organisme, waarbij het tot stoornissen in den colloïdalen toestand der cellen en een uittreding van vloeistof komt. Volgens dezen schrijver is het calciumgehalte van het weefsel van het menselijk organisme bepalend voor de doorlaatbaarheid van de bloedvaten en daarmee tevens voor de vorming van oedemen en transsudaten. Prof. Mathis bespreekt in dit verband een geval van een stomatitis en glossitis, dat klaarblijkelijk ook langs hormonalen (ovarieel) weg veroorzaakt werd.

Ten aanzien van de behandeling van de stomatitis ulcerosa, waaroemtrent de schr. verklaart dat op dit gebied een chaos bestaat, geeft hij de volgende therapie aan:

Deze bestaat uit locale maatregelen, die in het algemeen belangrijker zijn dan de algemeene, welke in hoofdzaak als ondersteunend worden toegepast. De locale zijn: 1. onmiddellijk herstel van een hygiënischen toestand; 2. het aanbrengen van een verband op de van ulceraties bevrijde plaatsen. Deze bestaat in het toepassen van locale of geleidingsanaesthesie, spoeling met subkutin om de gevoeligheid te verminderen, gevolgd door het verwijderen van alle locale praedisponerende factoren, zoomede van de necrotische deelen van het slijmvlies. Vervolgens wordt met zuurstof gesprayd en (wat de schr. voor het belangrijkste houdt) een verband van zinkoxide aangelegd, dat door het afweren van prikkels en door bijmengsels een duurzaam verdoovende werking vertoont. Binnen enkele dagen volgt een volkomen genezing van de aandoening. Van te voren etst de schr. het slijmvlies met trichloorazijnzuur om op die wijze een steriele etsroof te doen ontstaan. Waarmee men het verband tot stand brengt is niet de hoofdzaak, het komt volgens schr.'s ervaring alleen op de duurzame uitsluiting van prikkels aan. Het kan 3—4 dagen blijven liggen en moet hoogstens eenmaal vernieuwd worden. In uiterlijk acht dagen zijn ook de chronische vormen der stomatitis ulcerosa aldus te genezen.

Wat de algemeene maatregelen betreft is het noodig het diët in een voedselvorm te brengen, die breiig, week, rijk aan vitaminen en niet irriteerend is. Voorts hecht de schr. veel waarde aan injecties met Dextoxin¹⁾, welks desallergiseerende en ontgiftende werking niet slechts bij de stomatitis ulcerosa algemeen bekend is. Men heeft daarmee veel

1) Een hoogmoleculair eiwitderivaat met aan andere aminozuren peptide-achtig gebonden cystine. Cystine is een organische stikstof- en zwavelhoudende verbinding, ook optredende als splitsingsproduct van vele proteïnen.

betere resultaten bereikt dan met de intraveneuze inspuiting van vitamine-preparaten (C en B¹).

Omtrent de genoemde behandeling van de stomatitis ulcerosa membranacea, welke Prof. Mathis propageert lezen wij in de Zahnärztliche Rundschau No. 48 een gedetailleerde beschrijving van T r e t t e r, die de therapie in de kliniek van eerstgenoemde heeft uitgewerkt. Zij berust op de waarneming, dat het ten slotte er op aankomt de ulceraties met een steriele, etsende stof te bedekken en aldus de pijnverwekkende zenuwuiteinden te coaguleeren (trichloorazijnzuur, chroomzuur, nitras argenti).

De tot nu toe gebruikelijke jodoform-glycerinepap levert ook een soort beschuttend verband, het wordt echter al spoedig door het speeksel weggewassen. Mathis gebruikt als eigenlijk verbandmiddel en als drager van de medicamenten Aquadont (een soort Fletchercement) en als medicament Albucid (uit de groep van de sulfonamiden) en Reoxyl (een rhodaan-urine stof). Een rijkelijke hoeveelheid Aquadont wordt met iets minder Albucidpoeder op een glasplaat met onverdunde Reoxyl-liquor aangemengd tot een goed kneedbare pap van kitachtige consistentie ontstaat. Deze wordt met een spatel op de ulceraties gesmeerd en met den vinger stevig tegen tandvleesch en tanden geperst. Het resultaat lijkt op een gipsverband. Dit verband houdt 3—5 dagen. Na dit tijdsverloop maakt het tandvleesch een frisscheren indruk, het kwalijk riekende beslag is verdwenen. Pas na dit eerste verband wordt tandsteen verwijderd. Vaak is één verband voldoende en kan de verdere behandeling zich bepalen tot spoelingen en aanstippen. Het verband wordt beter gefixeerd als men het in verschen toestand met een watje met alcohol bestrijkt. De referent van dit artikel voegt er aan toe, dat Albucid en Reoxyl in hoofdzaak een ondersteunende werking hebben, welke ook met andere middelen kan worden bereikt. P. BUISMAN

Behandeling der Parodontose in het kort (Aphorismen zur Parodontose-Behandlung), door Dr. Kl ö p p e l. Paradentium No. 12.

Onder parodontose verstaat men praktisch gesproken het terugtrekken van de gingiva rondom den tandhals; het parodontale weefsel dat eenmaal verloren gegaan is kan daarbij niet meer hersteld worden. De parodontosebehandeling bepaalt zich dus tot het tegengaan van het resorptieproces en daarbij het voorkomen van tanduitval of het los gaan staan der tanden.

Prophylaxe is dus een eerste vereischte bij de parodontose behandeling, m.a.w. reeds bij het jeugdige individu dient men na te gaan in hoeverre storingen in het gebit (patiënten met erfelijken aanleg tot parodontose, gebitsanomalien, oclusiefouten enz.) aanleiding zouden kunnen geven tot terugtrekking van het tandvleesch, terwijl verder op gezette tijden tandsteenverwijdering en gebitsreiniging moeten worden uitgevoerd. Vooral bij hormonale storingen, zooals de gingivale puberteitscatarrh is dit een voorname factor.

De vraag die de doorsnee tandarts stelt: op welke wijze kan ik, met

kans op succes, een parodontosebehandeling beginnen", heeft de auteur op schematische wijze beantwoord.

Alvorens een aanvang met de behandeling te maken, moeten twee voorbereidende maatregelen getroffen zijn:

1. een volledig uitgewerkte parodontose status;
2. een röntgen status.

Onder de parodontose status verstaat men een kaart waarop de tandarts, na een minutieus onderzoek, den toestand van het gebit beschrijft. Hij beschrijft onder meer den staat waarin het tandvleesch zich bevindt, de diepte der pockets, fistels, marginale abscesjes, caries, anomalïen enz. Dit onderzoek heeft in de eerste zitting plaats.

De röntgen status is noodig om een visueele en tegelijkertijd een objectief-documentairen indruk van de processus alocularis te krijgen. Behalve marginale veranderingen in de beenstructuur en weefselverwoestingen komen zoo eveneens carieshaarden, tandsteenafzettingen, geïmpacteerte wortelresten en dergelijke voor den dag.

Op grond van de verkregen status-praesens komt de auteur tot de volgende diagnostische trias:

- a. de locale anatomische bevinding, waaruit als therapie de locale behandeling voortvloeit;
- b. de locale functioneele bevinding, met daaruit voortvloeiend de ontlastingstherapie;
- c. de algemeene toestand van den patiënt, waarbij aansluitend de internistische behandeling.

De therapie is nu in tweeën te verdeelen en wel 1. in een medicamenteus-mechanische behandeling voor tandvleeschzakjes, ondieper dan 4 mm, terwijl 2. een chirurgische behandeling noodig is voor pockets van grootere afmetingen.

De medicamenteus-mechanische behandeling is als volgt:

In de eerste zitting reinigt men de tandhalzen met H_2O_2 en maakt een begin met het verwijderen van de subgingivale concretenen. In de volgende zittingen wordt hiermede voortgegaan tot het geheele gebit tandsteenvrij is. Inmiddels worden de tandvleeschzakjes afgevlakt door etsing en uitgekrabd. Daartoe wordt de tandvleeschzoom drooggelegd en het etsmiddel in de pocket gebracht. Tot dat doel worden aanbevolen: 8% chloorzinkoplossing, 60% melkzuur, 10—20% chroomzuur, trikresol-formaline, 10% carbolzuur (in alcohol) enz. Een diepere werking verkrijgt men met Sulfuräth-Ostmann of de goedkoopere 10% oplossing van kaliloog in alcohol.

Het betreffende etsmiddel wordt in de pockets gebracht en met plukjes watten onder druk gehouden, waardoor de anaemische papil en tandvleeschzoom het causticum gemakkelijker opnemen. Met een gebogen tandvleeschschaar wordt hierna het overtollige tandvleesch weggeknipt om een meer normalen vorm van de pocket tot stand te brengen. Dit kan zonder pijn geschieden. De atomiseur of verstuiver, een belangrijk hulpmiddel tijdens de behandeling der parodontose, dient er voor om de interdentale nissen schoon te spuiten en het tandvleesch hyperaemisch te maken ter bevordering van een snellere genezing. D. BUISMAN