

UIT DE LITTERATUUR



Ernährungsfragen und Paradentosen, von R. Jeanneret, Schweiz.
M.f. Zhk. 1942.

Jeanneret bepaalt zich tot een korte weergave van de onderzoeken, die diverse auteurs, als Siegmund, Handloser, Loos, Schindler, Palazzi en Held publiceerden. Uitvoerder wordt de theorie weergegeven, die door den Japanner Katase opgesteld is.

Deze onderzoeker meent de oorzaak voor de dystrophische paradentose in een alimentaire bloedacidose te moeten zoeken.

Bij onvolwassen konijnen en jonge honden heeft hij vóór het aanbreken van de tweede dentitie door het toedienen van een speciaal diët bloedacidose te voorschijn geroepen, met als gevolg een beschadiging van de beenderen en een dystrophische paradentose. Werd hetzelfde voedsel aan de volwassen dieren toegediend, dan traden geen beenbeschadigingen op. Het probleem is verre van eenvoudig; met een alcalotische voeding zullen we de paradentose niet kunnen voorkomen. Immers, het evenwicht tusschen zuren en basen is mede afhankelijk van de functies van de organen met interne secretie, en van die van het vegetatieve zenuwstelsel. Bovendien zijn de electrolyten van de lichaamssappen van invloed. Het is dus zeer moeilijk, prophylactisch een diët voor te schrijven. Opmerkelijk is nog dat paradentose kan voorkomen zoowel bij alcalisch als bij zuur reagerend speeksel.

Verscheidene onderzoekers meenen, dat een C-avitaminose de oorzaak voor paradentose is.

Ook kan men in de literatuur vinden, dat in koude landen weinig paradentose voorkomt, terwijl in warmere landen dit ziekteproces sterk verbreid is. Dat deze laatste uitspraak niet juist is, blijkt uit de ontdekkingen, die men in Iran deed. Bij een zelfde klimaat was het percentage, lijdende aan paradentose zeer groot bij de Perzische stammen, minder groot bij de Koerden, en nog minder bij de Armenen. Dat het paradentose-vraagstuk zeer moeilijk is, blijkt wel uit de uitspraak van Sachs:

„Er zijn volken met een vitamine-arme voeding, zonder paradentose.

Er zijn volken met dezelfde milieu-invloeden, maar met zeer verschillende paradentosefrequentie.

Er zijn volken, die zich overheerschend of uitsluitend voeden met weke kost, zonder paradentose, en omgekeerd.

Er zijn primitieve volken met paradentose, waarvan de domesticatie de oorzaak niet kan zijn.”

Jeanneret eindigt dan ook met de pessimistische samenvatting, dat er zeer weinig verband bestaat tusschen voeding en parodontose. Waarschijnlijk spelen ras, erfelijkheid en constitutie een rol bij de maligne dystrophische parodontosen.

Les lésions précancéreuses de la cavité buccale et les soins dentaires chez les cancéreux en corrélation avec les thérapeutiques actuelles, par R. Sarasin. Schweiz. Mon. schr. f. Zhk. Nov. 1942.

Het is in de eerste plaats de tandarts, die de veranderingen aan het mondslimvlies in haar beginstadium kan waarnemen. De ontdekking van deze verschijnselen is zeer belangrijk, daar in geval van kwaadaardige aandoeningen dan nog een radicale behandeling mogelijk is.

In den mond nu kunnen verschillende afwijkingen aangetroffen worden, die den indruk geven van carcinomateuzen aard te zijn. Zoo kan *tuberculose van de tong* zich openbaren in een wractachtige woekering. Bij palpatie blijkt de zwelling slap en bijna altijd pijnlijk te zijn, terwijl carcinomateuze woekeringen vast en pijnloos zijn.

Soms nemen we bij patiënten een verdikking waar aan den rand van de tong, ter hoogte van de sulcus terminalis. Bij onderzoek blijkt een abnormale ontwikkeling van de *papilla foliata* te bestaan. Deze kan congenitaal zijn, of wel het gevolg van een kwistigen groei van het lymphatische weefsel, waardoor de klierblaasjes afgesloten worden. Deze hypertrophie is ontstaan door een mechanisch (scherpe caviteitrand) of chemisch trauma. De eenvoudige therapie bestaat hierin, dat de klierblaasjes ontlast worden en de schadelijke prikkel weggenomen.

La Cassagne heeft in 1929 een interessante studie gepubliceerd over „L'organe folié”. Volgens dezen auteur zou dit orgaan bij het konijn sterker ontwikkeld zijn dan bij den mensch.

In 1914 beschreven Brocq en Pautrier voor de eerste maal de „*glossite losangique médiane*”. Van recenten datum is een studie over dit pathologisch verschijnsel van Hayes Martin, onder-directeur van het „Memorial Hospital” te New-York. De patiënt klaagt over een kleine zwelling in de mediaanlijn, ter plaatse waar de punt van de tong in het corpus linguae overgaat. De tumor is niet kwaadaardig en wanneer ze met de electrocauter ruim geëxideerd wordt, zal geen récidief optreden.

Een soms voorkomende slijmvlies-aandoening is de *leucoplakie*, een hyperkeratose van het mondslimvlies. Zijn klinisch slechts paarlemoerachtige vlekken aantoonbaar, dan zal men het slijmvlies met rust moeten laten en geen plaatselijke geneesmiddelen voorschrijven, terwijl de patiënt zich van nicotine en specerijen dient te onthouden.

Gaat de leucoplakie wractachtige woekeringen vertoonen, dan is ze gevaarlijker; soms toont het microscopische beeld ons zelfs een carcinoma-teuse ontarding. In dit geval is electrocoagulatie niet meer voldoende en moet er ruim geëxideerd worden. Een behandeling met radium is niet gewenscht, daar dan langzamerhand de paarlemoerachtige vlekken, eigen

aan de leucoplakie, weer opnieuw optreden. De radiumtherapie dient dus enkel om de carcinomateuze neiging te bestrijden; de leucoplakie wordt er niet door uitgerooid.

Wat de aetiologie van de leucoplakie betreft, eertijds meende men, dat ze het gevolg was van lues. Uit latere onderzoekingen is echter gebleken, dat het meerendeel der leucoplakie-patiënten een negatieve Wassermann-reactie vertoonde.

Het optreden van genoemde slijmvliesaandoening bij voormalige lues-patiënten zou veroorzaakt kunnen zijn door een behandeling met arseenpraeparaten.

Wanneer slijmvliesaandoeningen carcinomateuze symptomen bezitten, is radiumbehandeling te prefereren.

Een bestraling met radio-actieve stralen door middel van een buis, die in den mond gebracht wordt, is niet afdoende, daar na een dergelijke behandeling herhaaldelijk recidieven in de diepte optreden.

De voorkeur wordt gegeven aan de „radium-puncture“: gouden of platinanaaldjes, geladen met radium, worden ingeplant in den tumor en z'n onmiddellijke omgeving.

Een foto toont ons echter de enorme destructie, opgetreden aan tanden, die zich in de nabijheid van den bestraalden tumor bevinden, zelfs wanneer de stralen de tanden niet direct getroffen hebben.

Hiervoor worden twee oorzaken genoemd:

1. dat, ondanks het beschermen van de elementen, secundaire stralen het tandweefsel bereiken.
2. stoornissen van de speekselklieren ontstaan, waardoor de P_h verandert.

Een bekend verschijnsel is immers, dat caries in het gebit optreedt, wanneer de P_h van het speeksel gemodificeerd wordt.

Het is noodzakelijk om, voordat aan radiumtherapie begonnen wordt, de tanden in de omgeving te extraheeren, daar het verwijderen van deze tot caries gedoemde elementen, na het beëindigen van de behandeling met radium, gevaar voor necrose van de kaken kan geven.

Bovendien moeten we er rekening mee houden, dat een patiënt vroeger reeds een radiumtherapie ondergaan kan hebben. In dat geval moeten we bedenken dat er alle kans is, dat bij tandheelkundige behandeling een ernstige necrose ontstaat.

Tenslotte dient nog vermeld dat, 3 à 10 jaar na de radiumpuncture *fibro-sarcomen* kunnen optreden in het bestraalde gebied. De patiënt mag dan niet opnieuw bestraald worden, doch deze tumoren moeten ruim geëxideerd worden met den electro-cauter.

Enkele bacteriologische aspecten van de Focal Infection, door Prof. Dr. H. W. Julius. Ned. T. v. Geneesk. 1943, p. 1010.

In de rubriek „Clinische lessen“ geeft schrijver een uitvoerige ziekte-geschiedenis van een 38-jarigen man, die sedert 4 jaren aan het sukkelen is gegaan; bronchitis, ingewandsstoornissen en dergelijke aandoeningen

noopten hem vaak tot het verzuimen van zijn werk. Hij voelt zich altijd moe, bij lichamelijke inspanningen klaagt hij over hartkloppingen, hij zweet spoedig. Hij is bleek, hoewel de conjunctivae goed geïnjecteerd zijn. De voedingstoestand is goed.

Naast de moeheid wordt als tweede hoofdklacht aangegeven „rheumatiek”. Zijn bewegingen worden den laatsten tijd moeilijker, zijn handen zijn soms stijf en pijnlijk, evenals zijn knieën en schouders. Koude is slecht voor hem; zoowel subjectief (pijnen) als objectief (stijfheid) nemen de verschijnselen daarbij toe. De overige functies zijn normaal. Patiënt heeft een zuster, die ernstig reumatisch is; zijn moeder is asthmapatiënte.

Patiënt hoest en geeft wat op, de longphoto geeft geen aanknoopingspunten voor actieve tuberculose, al zijn er enkele oude haardjes. De reactie van Pirquet is sterk positief. Bij auscultatie worden diffuus enkele rhonchi waargenomen. Er bestaat een lichte chronische bronchitis. Aan de hartpunt is een licht systolisch geruisch te hooren. De bloeddruk is normaal. De urine bevat een spoor eiwit, er zijn geen cylinders in het sediment. De bezinkingssnelheid is iets verhoogd. Het aantal leucocyten is 10000, in het roode bloedbeeld geen afwijkingen; witte bloedbeeld relatieve, dus ook absolute lymphocytose; geringe verschuiving naar links. De temperatuur is van tijd tot tijd licht verhoogd.

De lichte temperatuurverhoging, de iets verhoogde bezinkingssnelheid, de lymphocytose en de geringe verschuiving naar links geven volkomen het recht te vermoeden, dat zijn afwijkingen aan gewrichten en hart, de lichte albuminurie en niet het minst zijn klachten over voortdurende vermoeidheid, op een chronische intoxicatie berusten, die van bacteriëlen oorsprong zou kunnen zijn.

Na deze diagnose komt de moeilijkheid pas: het zoeken naar den schuldigen haard. Een jaar geleden werden de iets vergrootte tonsillen, die overigens geen enkelen last bezorgden, verwijderd. Van het gebit werden de niet-vitale elementen geëxtraheerd. Eenigen invloed op het ziekteverloop hadden deze ingrepen niet, deze patiënt is dus geen paradepaardje in de arena der focal infection.

Ten einde raad heeft men toen hulp van den bacterioloog ingeroepen, men zou nog enige mogelijke haarden, bijv. de appendix, lukraak kunnen verwijderen, maar bij andere is dat onmogelijk. Bij onzen patiënt zou men kunnen denken aan de chronische bronchitis, terwijl de hartklep een secundaire haard kan zijn geworden. Verder moet men denken aan de vroeger periodieke diarrheën, wellicht onder invloed van een bijzondere samenstelling der darmflora.

Prof. Julius schrijft: Men zal mij tegen werpen, dat er hier geen sprake meer kan zijn van een „focal infection” in den classieken zin. Maar hoe denkt men zich dan eigenlijk den samenhang der verschijnselen in het classieke geval, dat gekenmerkt wordt door de genezing als bij tooverslag? Laten we trachten daar eerst klaarheid over te krijgen.

De vermeende haard bevat bacteriën, waarvan soort en eigenschappen ons voorloopig geen belangstelling inboezemen. Van dezen haard uit wordt nu aan het geheele lichaam schade berokkend en wel op zeer

eigenaardige wijze. In tegenstelling met wat men bij de „gewone” infectie veronderstelt, is hier de hoeveelheid van het schadelijk agens, welke dit ook moge zijn, zóó gering, dat een acute, onmiddellijk ernstige schade er niet het gevolg van kan zijn. Integendeel, de schade is in den aanvang onmerkbaar gering, zij neemt bij langzame summatie uitermate chronisch toe. Omtrent den aard van het agens bestaan er verschillende inzichten. Men veronderstelt, dat het de bacteriën zelf zijn, die met tusschenpoozen in zéér gering aantal worden uitgezaaid. Of men meent, dat het hun giftige producten zijn, die niet altijd terecht met den te eenvoudigen naam van toxines worden aangeduid. Het zal niet noodig zijn te kiezen; ongetwijfeld zijn beide veronderstellingen gelijkelijk en gelijktijdig juist. Doch er is nog een derde mogelijkheid, naar mijn meening de belangrijkste:

De bacteriën sensibiliseeren het organisme in den zin van de *allergie*, waardoor de geringste sporen van hun substantie voldoende zijn om het lichaam, dat zich normaliter van de bacteriën niets aantrekt, hevig te doen reageeren. Deze allergie-opvatting geeft ons een ongedwongen inzicht in het proces. Wij weten immers, dat bij overgevoeligheidsreacties slijmvliezen en sereuse vliezen, met name die der gewrichten, gemakkelijk mede reageeren, evenals de nier. Daarvoor behoeft men slechts te denken aan het symptomencomplex van de serumziekte. De allergische sensibilisatie is binnen vrij wijde grenzen onafhankelijk van den aard van het organisme, ook al weten wij, dat bepaalde soorten (streptococci) er meer neiging toe hebben dan andere bij den mensch voorkomende bacteriën. Doch het ware fout te meenen, dat men voor deze sensibilisatie duidelijk pathogene kiemen moet verwachten. In beginsel kan iedere bacterie, die kans ziet in het lichaam post te vatten, antigeen voor de allergie zijn. Localisatie en aard van den infectiehaard staan buiten omvang en symptomen der ziekte. Bepalend hiervoor is de dispositie van den mensch. *Deze dispositie is sterk individueel en in wezen erfelijk.* Ook bij onzen patiënt vinden wij aanknoopingspunten in de familieanamnese.

Voor een volledig ontwikkeld proces van „focal infection” zal men zich moeten denken, dat *alle drie de mogelijkheden* aan schadelijke werking gelijktijdig ontstaan. Zij zijn echter niet van dezelfde beteekenis. 't Uitzaaïen van kiemen houdt de mogelijkheid in zich besloten, dat zij elders post vatten en aldaar een beschadiging veroorzaken of opnieuw tot „focus” worden. Bij onzen patiënt moeten wij ons het ontstaan van het *klepgebrek* aldus denken. Voor zijn algemeene symptomen van *vermoeidheid* en het vage, subjectief echter ernstige gevoel van *onbehagen* zou men in de eerste plaats de rechtstreeks giftige bacterieproducten verantwoordelijk moeten stellen, maar evenzeer den eigenaardigen vorm van „vergiftiging” op grondslag van de allergische sensibilisatie. Om een begrip te hebben van de *gewrichtsafwijkingen* — het kunnen ook gansch andere afwijkingen zijn — zal men de allergische reactie in de eerste plaats haar waarde moeten toekennen. De verhalen omtrent orgaan-specificiteit van bacteriën mogen niet geheel uit de lucht gegrepen zijn, zij bieden een veel minder waarschijnlijke verklaring, dan de allergieopvatting. Bij deze immers is de localisatie *in de toestand zelf* begrepen. Niet dat zij daardoor minder

geheimzinnig is, doch zij is gemakkelijker op de basis van analogie te brengen.

In het geval van onzen patiënt zijn de waarschijnlijkste veronderstellingen omtrent de localisatie van den haarid onjuist gebleken. In het algemeen genomen zal men zich dus naar mijn meening los moeten maken van het te enge begrip „haarid”. Bronchi en darm, eventueel genitaal-apparaat of huid mogen als „haarid” weinig aan de oude opvatting doen herinneren, als aetiologisch moment voor een soortgelijk begrip zal men ze rustig kunnen aanvaarden. Doch nu komt de therapie in een geheel ander daglicht. In gevallen als dit is de wonderbaarlijke genezing door verwijdering van den haarid principieel onmogelijk geworden en dus komt de vraag op, of deze patiënt op andere wijze is te helpen.

Na deze belangrijke uiteenzetting memoreert schrijver, dat men een infectieziekte kan bestrijden door wegnemen van de betrokken kiemen en door verhooging van den weerstand van den lijder. Het eerste is, ondanks de nieuwe chemotherapeutica, veelal niet mogelijk. Door de weerstandsverhoging kan men een krachtiger verweer tegen uitgezaaide kiemen verwachten, een vermindering van gevoeligheid tegen bacterievergiften is ook denkbaar. Met de allergie is echter minder gemakkelijk af te rekenen, men moet trachten de *specifieke immuniteit te vergrooten boven het peil der allergie*.

De bacterioloog speure naar zooveel mogelijk plaatsen, die als haarid in aanmerking komen, neus, neus-keelholte, darmkanaal, bronchi, genitaalapparaat, en zoo voort en kweeke hieruit, met zoo goed mogelijke bacteriologische techniek, zoo veel mogelijk kiemen. Vervolgens bringe men die zoo veel mogelijk in zuivere kweek. Van elk der kiemen wordt een suspensie gemaakt, die wordt gedood en het product wordt nu intracutaan bij den patiënt ingespoten met de bedoeling, dat op deze wijze die bacterie, waartegen allergische sensibilisatie is ontstaan, wordt opgespoord. Daarna kan men met de daartoe uitgezochte kiemen een desensibilisatie in den vorm van vaccintherapie toepassen, hopende de allergie door verhoogde immuniteit te breken. Deze kans bestaat maar succes is allerminst verzekerd. Stockvaccins zijn in het algemeen niet aan te raden.

Bij onzen patiënt is door vaccintherapie natuurlijk geen invloed uit te oefenen op het klepgebrek, het ware beter geweest, indien men de fixatie op deze fatale plaats had kunnen voorkomen. Schr. is daarom voorstander van een vroegtijdige specifiek immuniseerende behandeling.

De door schr. behandelde ziektegeschiedenis is een artefact, het zal belangwekkend zijn nog eens over resultaten der vaccintherapie te vernemen, al te veel moeten we daarvan niet verwachten als we denken aan soortgelijke therapieën bij asthma bijvoorbeeld.

Het is zeer aan te raden het artikel zelf te lezen, door het op den voorgrond stellen van de dispositie wordt een beter begrip van het moeilijke vraagstuk der focal infection bereikt.

J. R. JANSMA

In een ingezonden stuk in het Tijdschrift voor Geneeskunde 1943, p. 1187, geeft Dr. G o u w e als zijn meening te kennen, dat het be-

schreven geval met al zijn secundaire verschijnselen moet gezien worden als een tuberculose-allergie. Het zou zijn „het bosch niet kunnen zien door de boomen”, wanneer men in dit geval de mogelijke secundaire infecties uit alle locale haarden zou willen verwijderen, en door kweken zou willen aantonen en daarna er tegen immuniseeren, terwijl men de meest voor de hand liggende mogelijkheid verwaarloosde, namelijk de bestrijding van de oorspronkelijke tuberculeuze infectie, welke van dit alles de oorzaak is.

Genezing van deze tuberculose-allergie is mogelijk door intracutaan te immuniseeren met een polyvalent mengsel van tuberculinen. Hierdoor wordt bovendien in de meeste nog geneesbare gevallen de bodem voor alle secundaire infecties weggenomen en verdwijnen deze vanzelf, zonder in hun veelheid ooit aangetoond te zijn en zonder het onbegonnen verwijderen van mogelijk en onmogelijk bereikbare haarden.

Prof. Julius antwoordt hierop, dat het vermelden van een sterk positieve reactie van Pirquet beoogde slechts de aandacht te vestigen op de neiging dezer patiënten om zeer sterk in den zin van de allergie te reageeren; de oude en genezen tuberculeuze infectie behoeft in het geheel geen deel uit te maken van het ziektebeeld.

Over het ziekteverloop van de doorbreekende verstandskies in de onderkaak, door Dr. O. Lorenz. Zeitschr. f. Stomatologie No. 11/12, 15 Juni 1943.

Wanneer wij, zoo leidt de schrijver zijn belangwekkende verhandeling in, van het reusachtige patiëntenmateriaal van de Westduitsche Kaak-kliniek te Dusseldorp per jaar gemiddeld 12 tot 15 zieken, die voor behandeling naar deze inrichting worden verwezen, aan dentitio difficilis verliezen, dan is het tijd om zich omtrent de oorzaken en over de behandeling van dit vaak moeilijke ziekteproces een voorstelling te vormen.

Het heeft langdurige wetenschappelijke studie vereischt, alvorens met de foutieve opvatting gebroken werd, dat de doorbraak aan het bot zelf ten gevolge van ruimtegebrek de oorzaak zou zijn van de steeds terugkeerende bezwaren met hun klinische verschijnselen. De feitelijke oorzaak is de aard van het bedekkende slijmvlies, dat in de buurt van de distale heuvels de vastheid bezit van het losse mondslijmvlies er niet die stevige structuur vertoont, zooals bij de andere tanden. Daar echter het proces van de tanddoorbraak alleen bij een harde bedekkende tandvleschlaag (zooals wij dat bij de doorbraak der melktanden kennen) mogelijk is, kan zulks in het gebied van de onderste verstandskiezen niet tot stand komen vanwege de bedekking met *los* slijmvlies. Het bewegelijke, losmazige weefsel kan door de omhooggroeiende kies wel opgeheven maar niet doorbroken worden. Heeft nu het opgeheven slijmvlies zich van de kies losgemaakt, dan is er een diepe zak aanwezig, welke zijn inwendige epitheelbekleding van het vereenigde glazuurepitheel verkrijgt. Aangezien dit echter slechts tot aan de glazuur-cement-grens reikt, moet de zak zowel mesiaal als distaal dezelfde diepte hebben. Deze diepe zakken zijn de schuilhoeken der besmetting. Eenzelfde proces kan zich ook voordoen bij

de verstandskies in de bovenkaak; het is echter bij normale positie van het element niet mogelijk, aangezien dit zonder uitzondering door hard tandvleesch bedekt is, tenzij vanwege een pervers buccalen stand de voorwaarde tot zakvorming geschapen is.

Het klinische beeld van deze schuilhoekinfecties vertoont een hoogroode zwelling en loswerking van het bedekkende slijmvlies; bij druk treedt een troebele vloeistof voor den dag. Vaak is de infectie reeds in dit stadium der sereuse ontsteking overwonnen en de aandoeining in enkele dagen ondervangen. Vroeger of later geschiedt het echter dat de toestand onder de virulentie der coccen tot een etterige ontsteking oploopt. Door etterophooping is het gezwollen slijmvliesdek iets opgeheven en bij druk ontlast zich pus uit de opening. In dit stadium der infectie moet steeds met het optreden van gevaarlijke uitbreidingen rekening gehouden worden.

De uitbreiding van het etteringsproces kan aanvankelijk plaats vinden in de aangrenzende weefsels en verder in verwijderde gebieden via de lymfhe- of bloedbanen. De vergrooting van den ontstekingshaard ligt in het natuurlijke beloop van het pathologische proces, zoolang de macht der infectie niet gebroken is. Onder den stijgenden inwendigen druk dringt de etter in de omgeving voort, zulke plaatsen zijn vooral de intermusculaire ruimten. Er ontstaan gangen, die geleidelijk met granulaties bedekt kunnen worden. Aan den anderen kant is het mogelijk dat de etter onder den invloed der zwaartekracht zich een weg naar beneden baant en vaak ver van den oorspronkelijken haard verschijnen kan (z.g. dalingsabscessen). Een verdere oorzaak is de uitbreiding in den vorm van groote weefselnecroses, gecombineerd met putride infecties, die heel vaak een bijzonder langdurig genezingsverloop laten zien. Niet onvermeld moge blijven een menginfectie met actinomyces, die volgens den schr. veel vaker plaats vindt dan men klinisch kan veronderstellen of in weerwil van een negatieve microscopische bevinding toch optreedt.

De locale uitbreiding leidt bij de pyogene infecties tot belangrijke, deels gevaarlijke ziektebeelden. Een pijnlijke, deegachtig weeke zwelling van het bedekkende beenvlies, de acute sereuse periostitis, is de lichtste vorm, die in goedaardige gevallen nog terug kan loopen. Zet het proces door, dan komt het tot het acute submucceuse en later tot een perimandibulair abces. Het eerste is nog ongevaarlijk, het zakt na incisie of spontane perforatie van den etter af. Echter kan ook onder toenemende ontstekingsverschijnselen de pusvorming zich onder het slijmvlies van de wang uitbreiden tot een wangabces.

Het acute perimandibulaire abces is een ernstig ziektebeeld. Een snelle doorbraak is bij de dikte van de bedekkende weeke deelen niet mogelijk en slechts zelden bereikt het abces spontaan de oppervlakte. In de richting van den opstijgenden tak maakt de etter bij voorkeur het bedekkende periost los. De ettering kan zich tot in de fossa infratemporalis en de fossa pterygo-palatina voortzetten. Met de infiltratie van het daar gelegen dunwandige adervlechtwerk is hier de mogelijkheid van een uitbreiding langs de bloedbaan gegeven.

Hoewel de uitbreiding der infectie zich in den regel naar de oppervlakte

richt, zoo moet toch met een mogelijke uitbreiding in het beenmerg rekening gehouden worden. Er ontstaat dan een etterige osteomyelitis. Later ontwikkelen zich doorbraken van etter naar buiten, zoodat weer submuceuse en perimandibulaire abscessen ontstaan; bovendien los gaan staan van de kiezen en toxische beschadiging van den in het bot verloopenden nervus mandibularis, gepaard met aanmerkelijke algemeene verschijnselen. Na de incisie van de abscessen is de kracht der besmetting gebroken en de acute symptomen nemen af. Vaak gaat de acute beenmergontsteking in den chronischen vorm over met sequestervorming en nieuwvorming van been, waarbij ook de losstaande kiezen weer vast worden; voorbarige extractie is daarom misplaatst.

De schrijver waarschuwt voor de buitengewoon groote gevaren, verbonden aan de extractie van de verstandskies in dit stadium, aangezien de beschreven ziektebeelden van de etterige infecties zich in de eerste plaats ontwikkelen wanneer bij het bestaan van een dusdanige besmetting de verwijdering van dit element wordt uitgevoerd. De in massa's aanwezige pyococci, welke virulentie door het oploopen der infectie toegenomen is, vinden daarna zeer gemakkelijk toegang tot de bindweefselmazen of in de extractiewond. Er kan dientengevolge dan ook niet genoeg op gewezen worden om ook bij de lichtste vormen van schuilhoekinfectie van den zak om de verstandskies extractie achterwege te laten.

De schrijver behandelt dan de uitbreiding der infectie langs de lymphanen, waarin de infectieverwekkers onderworpen worden aan de bactericide krachten, die daarin aanwezig zijn. Vaak gelukt daar de vernietiging der kiemen zonder meer; zoo niet dan moet het lichaam gebruik maken van het sterkere wapen der acute ontsteking, merkbaar aan de reactie der regionaire lymfklieren. Bij voortdurende oorzaak kan het tot een chronische lymphadenitis komen. Bij langdurig bestaande infecties ontwikkelen zich nieuwvormingen van lymphatisch weefsel of ook wel van onspecifiek granulatieweefsel. Deze vormen komen veelvuldig voor bij kinderen met exsudatieve diathese en andere anomalieën van het gestel. (Volgens den schr. wordt veel te weinig verband gezocht tusschen deze z.g. scrofulose en haar oorsprong in tuberculeuse infectie vanuit carieuse kiezen).

Vaak kunnen de etterverwekkers zoo snel zich uitbreiden, dat de afgrenzing van den primären haard door het gezonde weefsel doorbroken wordt. Bij de phlegmoneuse ontsteking is de voortschrijding aan grootere bloedvaten gebonden, arteriën zoowel als venen. De etterige infectie kan bv. via de vena facialis of ophthalmica de aanleiding vormen tot letale complicaties der hersenvliezen. Een andere uitbreidingsvorm kan het gevolg zijn van het losraken van een thrombus en een embolie veroorzaken in de longen, met vaak doodelijk ziekteverloop. In andere gevallen leidt de overstroming met bacteriën tot sepsis en alle gevolgen van dien.

Ten aanzien van de behandeling der dentitio difficilis bestaat de taak in het tot genezing brengen der schuilhoekinfectie door uitsputting, en mechanische reiniging van den tandvleeschzak; de soort vloeistof is van minder belang dan de reiniging zelf. Schr. preferceert 0.5 % Rivanoloplossing en voor de algemeene mondverzorging door den patiënt spoec-

lingen met kamille. Moeilijkheden bij de drainage worden opgeheven door applicatie van een strookje gaas, hetwelk ter opheffing van de zure reactie van het secret in een (alcalische) oplossing van natrium bicarbonaat is gedrenkt. Kaakklem wordt behandeld met warmte (Solluxlamp). Voorts toediening van sulfamilamide.

Pas wanneer alle plaatselijke verschijnsels verdwenen zijn kan tot de noodzakelijke extractie worden overgegaan. De schr. vermeldt, dat steeds weer na vele vergeefsche of mislukte extractiepogingen patiënten met gefractureerde resten in de kliniek binnenkomen en hij wijst er op, dat de vaak moeilijke extractie van de verstandskies alleen vlot kan slagen wanneer hij uit de massieve impacteering bevrijd is. Daarvoor gebruikt men aan de kliniek de zaagboor volgens Prof. L i n d e m a n n¹⁾. Na genoegzame vrijlegging der begrenzende compacta gelukt de vakkundige extractie gemakkelijk en in toto. Als verdooving wordt de extraorale anaesthesie volgens L i n d e m a n n toegepast.

P. BUISMAN

¹⁾ Directeur van de Westdeutsche Kieferklinik.