

Tonsillogene actinomycose door Mej. A. C. Nieuwenhuysc. Tijdschr. v. Geneesk. 1944, p. 833.

Schr. behandelt een geval van peritonsillair absces bij een meisje van 15 jaar, waarbij na de tonsillectomie trismus bleef bestaan en na een week zwelling in de parotisstreek optrad. Na een paar dagen kwam er eenige etter uit de gehoorgang en daarna begon de huid rood en geïnfiltreerd te worden, verwekingen traden op en de diagnose werd gesteld op actinomycose.

Pat. werd niet behandeld met joodkali en Röntgenbestralingen, maar met vaccin.

Bij de vaccinbehandeling bij actinomycose moet men op het volgende letten: 1. keuze van het juiste vaccin. Er zijn serologisch zeer veel verschillende soorten actinomyces, zoodat, wanneer er geen autovaccin gemaakt kan worden, men een polyvaccin moet gebruiken van 6—10 verschillende soorten om te kunnen verwachten, dat de gewenschte soort er bij is.

2. goede doseering. Elke inspuiting moet een zekere reactie teweeg brengen, die vooral in den haard ook weer niet te sterk mag wezen. Op de plaats van inspuiting krijgt men gewoonlijk een flink infiltraat. Om de 5 dagen moet een injectie worden gegeven in stijgende dosis.

3. algemeene toestand van patiënt. Deze is veelal slecht en moet door een robo-reerende therapie verbeterd worden. Hiervoor zijn goudinjecties het geschiktst gebleken, per kuur geeft men 3—5 gr. solganal B. intramusculair. Ook het actinomycotische proces ondervindt er een gunstige invloed van. De patiënt is nu van een anergische fase in een allergische overgebracht en is nu gevoelig voor vaccin.

In de anergische fase kan ook behandeld worden met reconvalescentenserum. De genezing is zeer snel, doch meestal volgt recidief en om dit te voorkomen moeten de patiënten toch met vaccin worden nabehandeld.

Schr. behandelde haar pat., die in goeden algemeenen toestand was, onmiddellijk met een vaccin, waarop ze positief reageerde. Eerst werd 0,1 cc. subcutaan gegeven; hierop volgde een zeer sterke reactie, op de insteekplaats een groot infiltraat, zij had veel meer pijn in de wang, de roodheid en infiltratie breidden zich uit en er ontstonden meer verwekte plekken, die geopend moesten worden. Deze reactie verminderde na eenige dagen weer, het was echter een reden om den volgenden keer geen grootere dosis te geven. Op de tweede inspuiting van 0,1 cc. volgde een geringe reactie. Daarna kon regelmatig om de 5 dagen 0,1 cc meer gegeven worden, zonder dat er sterke reacties volgden. Op de plaats van inspuiting ontstond steeds een klein infiltraatje en in den haard was een versterkte etterafscheiding. De ontstane abscesjes werden regelmatig geopend. Reeds na 14 dagen was een resultaat te zien; het infiltraat was kleiner geworden, achter het oor waren de abscesjes genezen, de trismus was veel minder, temperatuur normaal en bloedbezinking gedaald. Na 3½ maand was de genezing voltooid.

De vaccintherapie maakt den indruk veel sneller in zijn werk te gaan dan de oudere. De snelle verweking na de vaccininspuiting valt op, reeds na 14 dagen is het infiltraat duidelijk kleiner geworden.

Wat de aetiologie betreft, de algemeene meening is dat men actinomycose krijgt door het in den mond steken van grasjes of strootjes. Dit is echter niet waarschijnlijk. De actinomyces bovis, die bij den mensch deze ziekte verwekt, is zeer moeilijk te kweken, groeit anaëroob en is zeer slecht bestand tegen kou en droogte. De acti-

nomyces graminis die ook in gras en stroo voorkomt, is aëroob, groeit goed en verschilt ook in andere opzichten van de actinomyces bovis.

Het kauwen op grasjes zou echter het slijmvlies letsel kunnen geven, waardoor reeds als saprofiet in den mond aanwezige actinomyces in het weefsel kunnen dringen.

Uit wortelgranulomen en tonsillen van niet aan actinomyces lijdende menschen is herhaaldelijk actinomyces gekweekt, die in alle opzichten op actinomyces bovis geleek. Suspensies hiervan, bij dieren intraperitonaal ingespoten gaven kleine granulomateuze ontstekingsprocessen, waarin de gele korreltjes werden gevonden.

Een klinische ervaring, die in dezelfde richting wijst, is de ziektegeschiedenis van een man, die actinomycose aan de hand kreeg, na die in een vechtpartij aan de tanden van zijn tegenstander te hebben verwond.

Plastische sluiting van mond-kaakholte en mond-neus fistels door B. van Ommen.
Ned. T. v. Geneesk. 1944, p. 705.

In de Amsterdamsche keel-neus-oorheelkundige kliniek wordt voor de sluiting van mond-kaakholte en mond-neusverbindingen meestal gebruik gemaakt van de palatinoplastiek, welke waarschijnlijk door den Weenschen kaakchirurg Pichler het eerst werd toegepast. De palatinalap, die uit het palatum wordt genomen, is de eenige lap in de mondholte, die een eigen voedende arterie (a. palatina) bezit.

De lap wordt verkregen door een incisie, die precies in de mediaanlijn op de grens van zachte en harde gehemelte begint, recht naar voren loopt tot dicht bij de tandenrij, dan rechthoekig ombuigt naar lateraal, voor het bereiken van den tandvleeschzoom weer rechtson (resp. linksom) tot aan, resp. voorbij den fistelmond. Deze laatste wordt omsneden, de lap afgepraepareerd en in het defect gehecht.

Het bloot gekomen deel van het palatum geneest betrekkelijk snel en geeft in het algemeen weinig klachten. Na eenige maanden zijn de dikke plooien van de palatinalap verstreken.

Zur Vereinfachung der Kieferschienung door F. Brosch. Z. f. Stomatologie 1944, p. 348.

In deze publicatie uit de Praagsche tandkliniek van Häupl, betoogt schr. dat de schroefbanden slechts in bijzondere gevallen gebruikt moeten worden. Bij breuken in voldoende van tandelementen voorziene kaken zijn schroefbanden als fixatiemiddel overbodig en compliceeren de behandeling zeer.

Schr. gebruikt een 2 mm. breeden labialen beugel van halfrond nickelledraad, die den te reponeeren kaak precies past en die buccaal van het midden der laatste molaren eindigt met een haakje (gevormd door ombuigen van het beugeleinde). Door een ligatuur door dit haakje om den laatsten molaar wordt hierop een mesiaal gerichte druk uitgeoefend en de kaakbreukfragmenten tegen elkander gedrukt. Dit is volgens schr. een nieuw principe, in zijn werking anders en gunstiger dan de oude wijze, waarbij alleen tangentieel steun aan de breukfragmenten wordt verleend. Hetzelfde werd met de inmiddels verlaten beennaad bereikt.

Behalve de twee eindligaturen, die de werking uit oefenen, dienen verdere alleen tot fixatie van den boog. Aan de onderfrontanden wordt de ligatuur onder den beugel om de incisief gelegd, het eene einde om den beugel geslagen en vervolgens geligateerd, dit voorkomt het naar boven slippen van de ligatuur. Voor het aandraaien van ligaturen in het gebied van de vaak gezwollen wangen gebruikt schr. de dentimeter.

Hierna behandelt schr. de verschillende wijzen waarop de beugel pasklaar voor den mond wordt gemaakt. Wassmund en Reichenbach noemen het gebruik van modellen onchirurgisch, Axhausen en Pichler spreken daarentegen van patiënten kwellen door beugelbuigen.

Schr. betoogt, dat het aanbuigen op een model veel exacter kan geschieden dan in den mond en dat het inderdaad voor den patiënt veel aangener is. Het afdrukmen is echter een bezwaar en hiervoor beschrijft schr. ook een nieuwe methode. De reeds vroeger toegepaste labiaalafdruk met plastisch materiaal geeft sterke vertrekkingen, schr. gebruikt echter tot dit doel een gipszwachtel. Van den 11 cm breede cellona gipszwachtel wordt een stuk, tweemaal zoolang als de tandenrij, afgesneden en éénmaal in de lengte en éénmaal in de breedte gevouwen. Dan wordt hij kort in zoutwater gedompeld, op de vlakke hand gelegd en de gips op de oppervlakte uitgestreken, zoodat de mazen geheel met gips bedekt zijn. Het midden-deel wordt thans op de gesloten voortanden geplaatst en de einden met een mondspiegel tegen de molaren gestreken. Met de vingers drukt men dan de zwachtel tegen de tandrijen. Heeft de patiënt sterke speekselvloed, dan moet men meer zout aan de gips toevoegen om snel hard worden te bevorderen. Gedurende den afdruk tracht men de breukstukken in den normalen stand te houden door vingerdruk of eenige ligaturen. De in eenige minuten verharde afdruk is gemakkelijk af te nemen, waarbij een breken geen bezwaren veroorzaakt. Na isolatie door olie wordt met snel hardende gips, bijv. Rosaafdruk-gips, het model verkregen.

Zijn geen cellona gipszwachtels aanwezig dan kan men een stuk gaas met gewone gips gebruiken.

Deze methode van afdrukmen is zeer weinig hinderlijk voor den patiënt, volgens schr. kost deze methode minder tijd dan „freihändige Schienung“.

Schr. wijst verder op gevallen, waarbij behandeling met massieve verbanden volgens Pichler aangewezen is. Voor bevestiging aan tanden gebruikt schr. klammerachtig langs de tandhalzen gebogen rond Wipladraad.

Voor verdere bijzonderheden zij naar het oorspronkelijke fraaie artikel verwezen.

Die Aseptik und die konservierende Zahnheilkunde door Prof. W. Balters. Zahnärztl. Rundschau 1944, s p. 741.

In een niet kort weer te geven helder betoog zet Balters de beteekenis van desinfectie, steriliteit, aseptische en antiseptische behandeling uiteen. Hij wijst op de vele schrijvers, die deze zaken verwarren, speciaal Hermann, en doet uitkomen, dat in de conserveerende tandheelkunde, speciaal de wortelkanaalbehandeling, slechts sprake kan zijn van een antiseptische behandeling. Een aseptische, z.g. biologische, behandeling is onmogelijk, de propagandisten hiervan passen in werkelijkheid de antiseptische toe.

JANSMA