



Afb. 4. Tussen 16 en 17 diepe pocket.



Afb. 5. Idem als afb. 4, doch verbinding tussen pocket en sinus maxillaris zichtbaar gemaakt met rubberpoint in fistel.

### Onderzoek

Goed gebit, matige hygiëne en vrij veel subgingivaal tandsteen. De 16 is iets beweeglijk. Bij druk op de palatinale zijde van de processus alveolaris ontlast zich disto-palatinaal pus langs de tandhals. Sondage toont een verbinding met de sinus maxillaris aan. De pulpa van de 16 reageert normaal op vitaliteitstest met koud en warm.

Röntgenbevindingen: gesluisde sinus maxillaris rechts (afb. 3); diepe pocket tussen 16 en 17 (afb. 4); verbinding tussen pocket en sinus maxillaris, zichtbaar gemaakt met rubberpoint in fistel (afb. 5).

### Therapie

Deze bestond in beide gevallen uit sinusspoeling,

extractie van het schuldige element en sluiting van de oro-antrale verbinding door middel van een buccale slijmvliesplastiek.

### Samenvatting:

Beschreven worden twee patiënten met een – zeldzaam voorkomende – parodontale fistel naar de sinus maxillaris.

### Summary:

Title: Periodontal oro-antral fistula.

This paper describes two patients with a (rare) periodontal fistula to the maxillary sinus.

November 1974. Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, Rotterdam.

## HET SYNDROOM VAN MELKERSSON-ROSENTHAL

### EEN CASUÏSTISCHE MEDEDELING

W. KALK

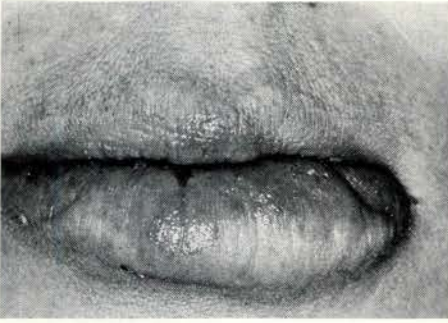
### Inleiding

In 1894 beschreef Hubschman voor het eerst een patiënt met een recidiverend oedeem van de lippen

(afb. 1) in combinatie met een facialisparalyse (afb. 2). E. Melkersson veronderstelde later (1928) dat er een direct verband bestond tussen deze twee symptomen.

*Uit de vakgroep Prothetische Tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.  
Hoofd: Prof. Dr. P. A. E. Sillevius Smitt.  
Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam.  
Hoofd: Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast.*

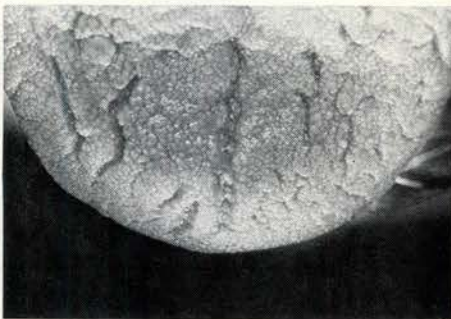




Afb. 1. Oedeem van de onderlip, als één van de symptomen van het syndroom van Melkersson-Rosenthal.



Afb. 2. Facialisparalyse, als één van de symptomen van het syndroom van Melkersson-Rosenthal.



Afb. 3. Lingua plicata, als één van de symptomen van het syndroom van Melkersson-Rosenthal.

Hij beschreef een 35-jarige man met een enkelzijdige recidiverende facialisparalyse en zwellingen van de lippen.

Drie jaar later voegde C. Rosenthal aan dit ziektebeeld nog een derde symptoom toe, de lingua plicata. Hierbij heeft de tong in het voorste 2/3-gedeelte diepe groeven (afb. 3). Zo onstond de benaming: het syndroom van Melkersson-Rosenthal.

Dit syndroom wordt ook wel beschreven als 'recurrent edemabound granulomatosis' en 'idiopathic fibroedema'.

#### *Klinische verschijningsvormen en lokalisatie*

Niet in alle gevallen is het syndroom in zijn totaliteit aanwezig. Veelal komen van de trias van symptomen, te weten unilaterale facialisparalyse, oedemateus gezwollen gelaat en/of lip(pen) en lingua plicata slechts twee naast elkaar voor.

Pindborg (1968) beschrijft de volgende mogelijkheden:

- Facialisparalyse te zamen met een oedemateus gelaat. Hier ontbreekt de lingua plicata.
- Oedemateus gelaat met lingua plicata. Geen facialisparalyse.
- Facialisparalyse met een lingua plicata zonder oedemateus gelaat.

Oedeem van het gelaat, hetzij unilateraal, hetzij bilateraal, is het meest voorkomende verschijnsel van dit syndroom. Meestal betreft het een zwelling van de lip. Deze ontstaat meestal plotseling, gewoonlijk na het 10e levensjaar en gedurende de puberteit, waarbij het blootstellen aan kou of een trauma predisponerende factoren kunnen zijn. Sommige patiënten klagen over hoofdpijn en koorts als voorafgaande verschijnselen. Ook worden wel paresthesieën en jeuk als prodromale verschijnselen van de zwelling beschreven. De lip neemt meestal een tweemaal zo grote omvang aan; zwelling komt vaker aan de bovenlip voor dan aan de onderlip.

De zwelling blijft aanvankelijk een paar dagen bestaan, om daarna weer te verdwijnen. Zij komt steeds frequenter voor, houdt steeds langer stand en verdwijnt tenslotte niet meer. Wel worden echter ook dan nog variaties in omvang van de zwelling waargenomen. Ook ontstaan veelal diepe kloven in de lip waarbij ook kleine ulceraties kunnen optreden.

De zwelling is primair gelokaliseerd aan de lippen en zet zich veelal voort in het buccale wangslimvlies. Ook kunnen kin, neus en oogleden gezwollen zijn. De zwelling kan zich eveneens manifesteren in de orale mucosa (tong, uvula, palatum molle en gingiva).

Terugkerende zwellingen van handen en borst en een



aantal laesies van het centrale zenuwstelsel zijn eveneens in combinatie met deze afwijking beschreven.

De lipaandoeningen gaan meestal vooraf aan de facialisparalyse. Deze paralyse behoeft echter niet altijd te volgen op een lipzwellling. Vooral bij jonge patiënten treedt de facialisparalyse meestal plotseling op. Er zijn gevallen van onvolledige en volledige paralyse beschreven.

Tot nu toe is geen duidelijke verklaring gegeven voor het verband tussen de lingua plicata (gefissureerde tong) en de overige symptomen. Volgens Prinz en Greenbaum (1935) komt bij 5% van de totale bevolking de lingua plicata voor als een op zichzelf staand verschijnsel. Volgens Thoma en Goldman (1960) bestaat er echter ook een tendens om familiaal voor te komen. Mogelijk is dit een aanwijzing voor een erfelijke predispositie ten aanzien van het ontwikkelen van een facialisparalyse; hierop zal bij de bespreking van de etiologie van het syndroom nader worden ingegaan.

Sommige auteurs (Hornstein, 1955 en 1960; Gahlen en Bruckner, 1951) zijn van mening dat de lipafwijkingen het meest voorkomende symptoom van dit syndroom zijn. Zij vragen zich af of de andere symptomen (met name de gefissureerde tong) geen toevallige bevindingen zijn.

### Etiologie

In zijn algemeenheid moet worden gesteld dat de oorzaak van dit syndroom onbekend is. Toch zijn er veel publikaties omtrent de mogelijke oorzaken. Hierbij wordt veelal primair aan een familiale achtergrond gedacht. Het duidelijk familiaal voorkomen van de solitaire lingua plicata, Bell's palsy en het angioneurotisch oedeem (zie differentiële diagnose) ondersteunt de gedachte aan een erfelijke predispositie van dit syndroom. Indien er echter een familiale achtergrond is, is het moeilijk te begrijpen waarom deze aandoening pas na het tiende levensjaar optreedt. Specifiek erfelijke ziekten manifesteren zich immers veelal eerder (Carr, 1965 en Asada, 1966).

Andere auteurs, waaronder ook Melkersson (1928), veronderstelden een regulatoire dysfunctie van de vasomotore zenuwen. Kettle (1947) veronderstelde dat er door deze regulatoire verstoring ischemie zou ontstaan van het perifere gebied van de n. facialis. Volgens Döring (1950) en Hamminga en Doormaal

(1953) zou de parasympatische innervatie ter hoogte van het ganglion geniculi zijn uitgevallen.

Gecombineerd met de veronderstelling van Kettle zou dit misschien een verklaring kunnen geven voor de (granulomateuze) ontstekingsveranderingen in dit gebied, die zich met name in de lippen kunnen manifesteren.

Ook wordt verondersteld dat een *allergisch proces* de oorzaak zou kunnen zijn van dit syndroom. Men zou dan te maken hebben met een overgevoeligheid van het neurovasculaire systeem. Tegen een allergische genese pleit echter de specifiek in het maxillo-faciale gebied gelokaliseerde zwelling. Toch is het raadzaam om een mogelijke allergische oorzaak, die wellicht is te herleiden tot het gebruik van bepaalde tandheelkundige materialen en/of cosmetica, niet geheel uit te sluiten. Tevens moet bij een mogelijke oorzaak aan een *infectieus proces* worden gedacht. Misschien heeft men te maken met een type herpes-virus, dat vaak zijn lokalisatie in de lip heeft.

### Histo-pathologie

Bij een biopsie van de aangetaste lip wordt in bijna alle gevallen het beeld van niet-specifieke chronische inflammatoire celfiltraties met granulomateuze veranderingen gevonden. Dit is dan ook de reden dat het Melkersson-Rosenthal syndroom ook wel 'recurrent edemabound granulomatosis' wordt genoemd.

### Differentiële diagnose

Aan de volgende afwijkingen dient te worden gedacht:

#### 1. Macrocheilie.

Hieronder wordt verstaan een abnormaal grote lip, die ras- of familiaal gebonden kan voorkomen. Zoals bekend is dit één van de kenmerken van het negroïde ras; ook werd deze afwijking gevonden bij de familie der Habsburgers (Stromayer, 1938).

#### 2. Angioneurotisch of Quincke's oedeem.

Deze afwijking wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een overgevoeligheid van het neurovasculaire systeem. Men veronderstelt dat sommige spijzen en medicamenten (ook tandheelkundige) een lokale vasculaire storing zouden kunnen teweegbrengen. Stones (1966) acht het waarschijnlijk dat de zwelling die zich bij het Melkersson-Rosenthal syndroom manifesteert, een bijzondere vorm van het angioneurotisch oedeem is. In het beginstadium zijn beide zwellingen dan ook niet van elkaar te



onderscheiden. Bij progressie wordt de zwelling behorende bij het Melkersson-Rosenthal syndroom echter hard en het weefsel fibreus. Dit komt bij het angioneurotisch oedeem niet voor.

3. Lipaandoeningen ten gevolge van recidiverende erysipelas, herpes simplex, chronische monilia-infecties en afteuze aandoeningen.
4. Lipzwellingen veroorzaakt door specifieke ontstekingsprocessen zoals tuberculose en actinomybose.
5. Congenitale lipdeformaties ten gevolge van een lymfangioom of hemangioom (afb 4). Deze geven



Afb. 4. Een lymfangioom (congenitale lipdeformatie).

in de differentiële diagnose niet veel moeilijkheden omdat deze veelal aanwezig zijn vanaf de geboorte en na verwijdering bijna nooit een recidief geven.

6. Verder bestaat de groep van idiopathische lipzwellingen zoals lipomen, fibromen enz., die zich veelal manifesteren als tumorachtige hyperplasiën. Voor de begrippen dubbele lip en/of dikke lip en de verwarring hieromtrent zij verwezen naar een artikel van Klasen (1971).

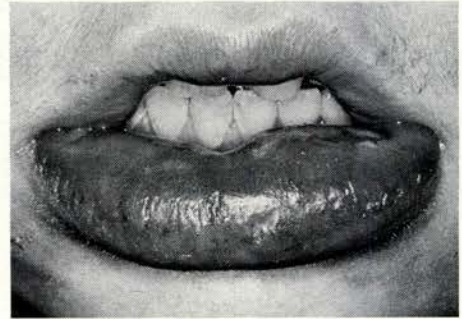
7. Syndroom van Ascher (1920).

Ook bij dit ziektebeeld treden lipveranderingen op, met daarnaast blepharochalasis (een verslapping van de huid van het ooglid, waardoor dit over de orbitarand heen hangt), gecombineerd met struma. De lipzwelling vertoont veel overeenkomst met die welke wordt gezien bij het syndroom van Melkersson-Rosenthal. Ook hier kan de zwelling van de lip aanvankelijk ontstaan om tenslotte een definitieve afwijkende vorm te behouden.

Veelal komt dit syndroom voor bij jonge mensen (tussen 10 en 20 jaar). De definitieve diagnose van het syndroom van Ascher wordt derhalve gesteld op het samengaan met de andere zojuist genoemde symptomen.

8. Syndroom van Miescher (1945).

Miescher beschreef een specifieke vergroting van één of beide lippen met een karakteristiek histologisch beeld en noemde het cheilitis granulomatosa. Ook deze zwelling treedt aanvankelijk op en leidt eveneens tot een definitieve gelijkmatig gezwollen lip. De zwelling is niet wegdrukbaar en is gelokaliseerd aan de orale zijde van de lip. Daaraan komen dan vaak erosies en blaarvorming voor (afb. 5). Bij microscopisch onderzoek vindt men een diffuus



Afb. 5. Een gezwollen erosieve lip met neiging tot blaarvorming passend bij het syndroom van Miescher.

chronisch ontstekingsbeeld met infiltraten van mononucleaire leucocyten.

Door vele auteurs wordt cheilitis granulomatosa (Miescher) identiek beschouwd aan het Melkersson-Rosenthal syndroom of als een onderdeel hiervan. Sommigen spreken dan ook van het syndroom van Melkersson-Rosenthal-Miescher (Hering en Scheid, 1954).

9. Bell's palsy.

Ook bij dit ziektebeeld ontstaat facialisparalyse ten gevolge van een aandoening van de perifere takken van de nervus facialis. Hierbij staat de lipzwelling echter niet op de voorgrond. De paralyse is meestal van voorbijgaande aard. Microscopische veranderingen in de betrokken musculatuur kunnen worden verwacht bij die gevallen, die meer dan een maand blijven bestaan.

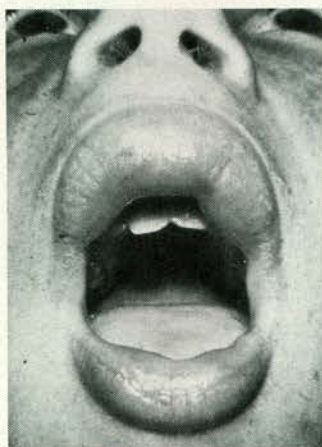
10. Gezwollen lip ten gevolge van traumata zoals insectenbeet of bijten op de onderlip na het toedienen van een (mandibulaire) anesthesie (afb. 6).

11. Tenslotte moet men in de differentiële diagnose ook de ontstekingsprocessen met een dentogene oorzaak betrekken (afb. 7, 8 en 9).

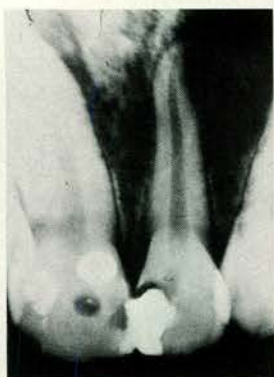




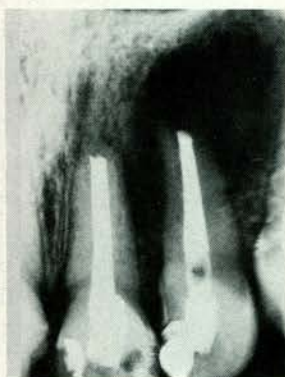
Afb. 6. Een dikke lip ten gevolge van bijten op de onderlip na het geven van een mandibulaire anesthesie.



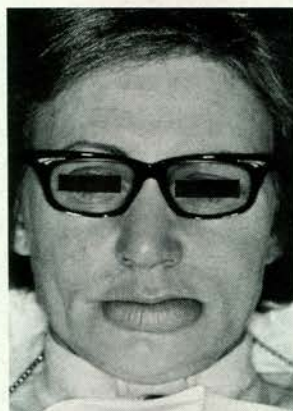
Afb. 7. Een dikke lip ten gevolge van een submuceus abces met dentogene oorzaak.



Afb. 8. Een granuloom als oorzaak van het submuceuse abces.



Afb. 9. De therapie: apexresectie aan de betreffende gebitselementen.



Afb. 10. Beeld van een patiënte, mogelijk lijdend aan het syndroom van Melkersson-Rosenthal. De facialisparalyse ontbreekt hier.

### Diagnose

De diagnose levert nogal eens moeilijkheden op, omdat bijna nooit alle drie symptomen naast elkaar aanwezig zijn. Vele auteurs gaan ervan uit dat men de diagnose slechts dan mag stellen indien twee van de drie klinische symptomen aanwezig zijn. Het is raadzaam om, indien mogelijk, door middel van een biopsie de diagnose door de patholoog-anatoom te laten bevestigen. Tevens is het raadzaam door de dermatoloog een onderzoek te laten instellen naar een eventuele overgevoeligheid voor een bepaalde stof en/of materiaal.

### Therapie

Aangezien de etiologie nog niet bekend is, bestaat er (nog) geen duidelijk gerichte therapie. Medicijnen zoals antihistaminica, antibiotica en corticosteroïden worden veelal toegepast. Sommige auteurs beschrijven met behulp van deze medicijnen succesvolle behandelingen (o.a. Miescher, 1945).

Indien de lipzwellen op de voorgrond staat, is de behandeling meestal gericht op het verkrijgen van een goed esthetisch resultaat. Chirurgische behandeling is dan veelal de beste therapie (Miescher, 1951). Klasen (1971) beschrijft hoe deze operatie meestal wordt uitgevoerd.

### Tandheelkundige aspecten ten aanzien van de diagnose en therapie

In november 1970 werd door de afdeling Dermatologie van de Vrije Universiteit een patiënte, oud 47 jaar, naar onze kliniek verwezen met het verzoek voor haar een nieuwe gebitsprothese te vervaardigen. Het betrof hier een vrouw met een lang bestaande zwelling van de onderlip (afb. 10). Patiënte had eveneens een



lingua plicata, doch geen facialisparalyse. Uitgebreide plakproeven hadden uitgewezen dat zij positief reageerde op slijpsel van haar gebitsprothese. Op alle overige plakproeven, waarbij ook allerlei soorten methyl-acrylaten, reageerde zij negatief. Aangezien de zwelling van de lip met medicamenten niet te beïnvloeden was en patiënte positief had gereageerd op slijpsel van haar eigen gebitsprothese, leek het zinvol voor haar een nieuwe prothese te vervaardigen van een ander materiaal.

De patiënte werd vervolgens door ons verwezen naar de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van de Vrije Universiteit ten einde een eventuele dentogene oorzaak uit te sluiten. Op het orthopantomogram werden geen afwijkingen geconstateerd. Tevens werd een biopsie van de lip verricht en de patholoog-anatoom concludeerde dat het beeld deed herinneren aan cheilitis granulomatosa (Miescher).

Het syndroom van Melkersson-Rosenthal kon echter niet worden uitgesloten. Ook hier achtte men het raadzaam een nieuwe gebitsprothese voor patiënte te vervaardigen.

In de anamnese stemmen de bevindingen bij onze patiënte grotendeels overeen met eerder genoemde symptomen. Ze had vanaf haar twaalfde jaar recidiverende lipzwellingen, welke meestal een week duurden. De zwelling was nu reeds vijf jaar continu aanwezig en vrij constant van grootte.

De afdrukprocedure voor de vervaardiging van de gebitsprothese werd door de gezwollen lip nauwelijks bemoelijkjt. Bij de opstelling van de frontelementen moest ervoor worden gezorgd dat door de stand van de elementen de dikke lip niet nog meer werd geaccentueerd.

De prothese werd geperst in Candulor kunsthars en de patiënte werd geïnstrueerd haar 'gebit' goed schoon te houden. Zij werd daarna gedurende twee jaar onder controle gehouden. De zwelling van de onderlip nam aanvankelijk wel iets af, doch verdween niet.

Na twee jaar bleek dat patiënte ondanks de lipzwelling geen moeilijkheden had ondervonden met het dragen van haar prothese. De lipzwelling bleek echter een zodanige psychische belasting voor haar, dat zij informeerde naar de mogelijkheid van een operatieve correctie. Patiënte werd daarom door ons terugverwezen naar de afdeling Dermatologie met het verzoek om, indien mogelijk, een chirurgische correctie te overwegen. Daar werd advies gevraagd van de plastisch chirurg. Na een uitgebreid vooronderzoek besloot deze tot een plastisch-chirurgische ingreep.

Deze behandeling zal spoedig plaatsvinden en mag hopelijk het einde betekenen van een voor deze patiënte al jarenlange bestaande kwelling.

Met dank aan de afdeling foto- en filmdienst van de Subfaculteit der Tandheelkunde van de Vrije Universiteit (hoofd: J. Minnaard) en de audio-visuele dienst van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit (hoofd: C. J. van Stuyvenberg) voor het vervaardigen van het foto- en diamaeriaal.

#### Samenvatting:

De klinische verschijningsvormen van het syndroom van Melkersson-Rosenthal worden gekenmerkt door een trias van symptomen:

1. oedeem van lippen en/of gelaat;
2. facialisparalyse;
3. lingua plicata.

Er wordt ingegaan op de tot nu toe veronderstelde etiologische factoren.

Een doelgerichte therapie ontbreekt tot op heden, hoewel sommige onderzoekers wel succes bereikt hebben met het toedienen van bepaalde medicijnen. Chirurgische behandeling lijkt tot op heden de beste therapie. Ook de differentiële diagnose van het ziektebeeld wordt beschreven.

Tenslotte worden de tandheelkundige aspecten van het ziektebeeld belicht en de prothetische behandeling van een eigen patiënte wordt beschreven.

#### Summary:

The Melkersson-Rosenthal syndrome. A case report.

The clinical manifestations of the Melkersson-Rosenthal syndrome are characterized by a triad of symptoms:

1. oedema of the lips and/or the face;
2. facial paralysis;
3. fissured tongue.

Aetiological factors so far postulated are discussed. Purposeful therapy has so far been lacking, although some investigators have successfully used certain medications. Surgical treatment has hitherto seemed to be the treatment of choice.

The differential diagnosis of the syndrome is also discussed. Finally, the dental aspects of this syndrome are elucidated with reference to the prosthetic treatment of a female patient.

#### Literatuur:

1. Asada, Y. (1966): Two cases of Melkersson-Rosenthal syndrome occurring in the same family. Acta Derm (Kyoto) 61: 16.
2. Ascher, K. W. (1920): Blepharochalasis mit Struma und Doppellippe. Klin Mbl Augenheilkd 55: 86.
3. Ascher, K. W. (1922): Das Syndrom Blepharochalasis: Struma und Doppellippe. Klin Wschr 1: 2287.
4. Carr, R. D. (1965): Is the Melkersson-Rosenthal syndrome hereditary? Arch Derm (Chicago) 93: 426.
5. Carr, R. D. (1965): Melkersson-Rosenthal syndrome. Report of a case. Am J Dis Child 110: 559.
6. Döring, G. (1950): Melkersson-Rosenthal syndrom. Hautartz 1: 279.
7. Gahlen, W., Bruckner, B. (1951): Beitrag zur Pathogenese des



- Melkersson-Rosenthal Syndroms. Arch Dermat Syph 192: 468.
8. Hamminga, H., Doormaal, T. A. J. (1953): Het syndroom van Melkersson-Rosenthal. Ned Tijdschr Tandheelkd 60: 27.
  9. Hering, Scheid., P. (1954): Kritische Bemerkungen zum Melkersson-Rosenthal Syndrom als Teilbild des Morbus Bisnier-boeck-Schaumann. Arch Dermat Syph 197: 344.
  10. Hornstein, O. (1955): Klinische und histologische Untersuchungen über 'Cheilitis granulomatosa' (Miescher) bzw. Melkersson-Rosenthal Syndrom. Hautarzt 6: 433.
  11. Hornstein, O. (1960): Ungewöhnliche Erscheinungsformen des sogenannten Melkersson-Rosenthal Syndroms. Deutsch Med Wschr 85: 430.
  12. Kettle K. (1947): Melkersson's syndrome with report of 5 cases with special reference to the pathological observations. Arch Otolaryng 46: 341.
  13. Klasen, H. J. (1971): Te dikke en dubbele lippen. Ned Tijdschr Geneesk 115 nr. 10.
  14. Miescher, G. (1945): Über essentielle granulomatöse Makrocheilie (Cheilitis granulomatosa). Dermatol (Basel) 91: 57.

15. Miescher, G., Storck, H. (1951): 5 Fälle von Cheilitis granulomatosa – Cheilitis granulomatosa oder Melkerssonsches Syndrom. (Demonstr.) Dermatol 102: 351.
16. Pindborg, J. J. (1968): Atlas of diseases of the oral mucosa. Munksgaard-Copenhagen.
17. Prinz, H., Greenbaum, S. S. (1935): Diseases of the mouth and their treatment. Lea & Febiger, Philadelphia, (Quoted by Klaus & Brunsting).
18. Stones, H. H. (1966): Oral and dental diseases. Ed. 5. E. & S. Livingstone Ltd., Edinburgh.
19. Strohmayer, W. (1938): Die Vererbung des Habsburger Familienotypus. Nova Acta Leopoldina 129: 219.
20. Thoma, K. H., Goldman, H. U. (1960): Oral pathology. Ed. 5. The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Oktober 1974.

De Boelelaan 1115,  
Amsterdam.

## BIJZONDERE ONDERWERPEN

### RECENTE VORDERINGEN IN TANDHEELKUNDIG SPEURWERK IV\*)

#### *Parodontale aandoeningen (1)*

##### *Inleiding: historisch overzicht*

Als er in de tandheelkunde één gebied is, waarop zich in de jaren tijdens en na de Tweede Wereldoorlog een ware omwenteling in de opvattingen heeft voltrokken, dan is het wel de parodontologie. Niet dat het voordien wetenschappelijk een onontgonnen terrein mocht worden genoemd, maar het was er wel één, waar speculatieve beschouwingen wegens gebrek aan fundamentele research lange tijd de overhand hadden. De parodontologie kende niet het voorrecht te beschikken over een geniaal en onbevooroordeeld onderzoeker die – op de wijze als Miller dat voor het vraagstuk der cariëtiologie deed – al vroeg een conceptie ontwikkelde, die latere onderzoekers tot onfeilbaar richtsnoer zou dienen. Integendeel, tot laat in de jaren dertig heersten omtrent oorzaken en verloop van parodontale aandoeningen nogal chaotische denkbeelden, waaruit een gebrek aan wezenlijk inzicht duidelijk sprak. Dat kwam al dadelijk in de nomenclatuur tot uiting: nog een kleine halve eeuw geleden had iedere practicus het nog onbeschroomd over 'pyorrhoea alveolaris', een soort verzamelnaam voor alle parodontopathiën met ontstekingsverschijnselen. Een naam overigens die toen al terecht weerstanden opwekte en die ook niets inhield, want wanneer zullen afwijkingen van

zuiver parodontale oorsprong nu aanleiding geven tot 'etterafvloed langs de alveolewand'? Over de herkomst van deze 'pyorrhoea' lieten de onderzoekers zich trouwens maar onduidelijk uit; wel bestond er een tamelijk sterke neiging haar in de eerste plaats aan endogene invloeden toe te schrijven – daarvan getuigt ook de andere verzamelnaam 'paradentose', later verbeterd tot 'parodontose' – maar welke die invloeden waren bleef vooralsnog geheel in de mist. In de jaren twintig voerde Gottlieb, een destijds vooraanstaand zij het wat omstreden onderzoeker, het begrip 'Schmutzpyorrhoea' in, een afschuwelijke term, maar één die toch reeds duidelijk deed uitkomen dat althans aan een deel der parodontopathiën exogene factoren, met name slechte mondhygiëne en tandsteenaccumulatie, niet vreemd waren.

##### *Vroegere onderzoekingen*

Op alle fronten dus onzekerheid. Toch bestond er in een brede kring belangstelling voor de wetenschappelijke aspecten van dit onderdeel der tandheelkunde. Daarvan getuigt het bestaan van een internationaal gezelschap dat zich de beoefening van de parodontologie ten doel stelde: de per 31 december 1971 opgeheven Association pour les Recherches sur les Parodontopathies (Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung), kortweg genaamd A.R.P.A. Internationale, die in verscheidene West-Europese landen afdelingen had. Ook Nederland had sinds 1936 haar Nederlandsche A.R.P.A. (thans Nederlandse Vereniging voor Parodontologie). Maar zo heel veel nuttig effect hebben de wetenschappelijke bemoeiingen van dit Europese gezelschap van in hun tijd prominente personen in de jaren vóór de Tweede Wereldoorlog eerlijk gezegd niet kunnen opleveren, of het moest zijn dat de belangstelling voor een al wel duidelijk onderkend complex van verschijnselen er in toenemende mate door werd gestimuleerd. Misschien is de verklaring voor deze betrekkelijk geringe vooruitgang niet ver te

\*) Vervolg van pag. 83.