

**XVII^{de} Vergadering van de Vereeniging
van Nederlandsche Tandartsen
gehouden op 9 en 10 Juli 1910.**

2^{de} JAARVERGADERING.

(*Vervolg.*)

2^{de} dag Zondag 10 Juli.

De Voorzitter opent om 10½ uur de vergadering in het Haagsche Koffiehuis.

Aanwezig zijn de leden: Sanders, v. d. Linde, Koldewijn, Fuyt, Frenkel, Pos, Snijder, v. Dam, Bleys, Huisinga, Mej. Sanders, Heskes, v. d. Gragt, Woronick, Klinkhamer, Michaëlis, Mej. v. Doorn, Bosch, Boelaars, Dil, Becker, Griffijn, Salomons, v. d. Broek en Leemhorst en de gasten: H. J. Pos, J. S. Pos en Alex Mertens.

Vervolgens geeft de Voorzitter het woord aan den Heer Sanders voor zijne lezing

**IETS OVER KÖRBITZ METHODE IN
DE ORTHODONTIE.**

Het mag zeker overbodig worden geacht, als inleiding tot hetgeen ik U over het systeem van Alfred Körbitz zal mededeelen, U te wijzen op de groote verandering, welke

de orthodontie ondergaan heeft, vergeleken bij tien jaar geleden. Het is ieder Uwer bekend, dat, waar vroeger orthodontische maatregelen bijna uitsluitend uit een kosmetisch oogpunt werden getroffen, tegenwoordig het ideaal van iedere regulatie in de eerste plaats dient te zijn functieverbetering, in den regel synoniem met het herstellen eener zoo goed mogelijke occlusie, kan het zijn: eene normale occlusie. Door deze veranderde en zooveel hooger gestelde eischen laat de orthodontie ons in het verschieft een uitgebreid veld van nuttige werkzaamheid zien, dat niet nalaten kan, voor den tandheelkundige, die voelt voor zijn vak, eene dringende en in de dagelijksche praktijk telkens weer terugkeerende aansporing te zijn, om zich met de nieuwere orthodontie vertrouwd te maken.

Eensdeels is, vergeleken bij vroeger, de orthodontische praktijk vergemakkelijkt, en wel doordat wij een vast doel voor oogen hebben, en de meeste gevallen kunnen behandelen met apparaten, die in den handel verkrijgbaar zijn; zonder dat we zelf apparaten behoeven uit te denken en te vervaardigen. Anderdeels echter is het dikwijls zeer lastig, om alle moeilijkheden van een gegeven geval te overwinnen, ten einde een resultaat te verkrijgen en te behouden, dat ons-zelf bevredigt, welke bevrediging wij immers niet zoo spoedig vinden als voorheen. En het is dan ook niemand minder dan Edward Angle, die in de laatste uitgave van zijn standaardwerk woordelijk zegt:

„Slechts diegenen, die neiging en voorliefde voor dit „vak bezitten, en die het onderwerp grondig en diep in al „zijne vertakkingen willen bestudeeren, alleen diegenen „moeten trachten, zich naar deze richting te specialiseren. „De onbevoegde en oppervlakkige uitoefening, veroorzaakt „door de oogenblikkelijke eischen van de praktijk, zal zich „onvermijdelijk en zeer dikwijls aan den operateur zelf op „gevoelige wijze wreken”. Deze uitspraak is m. i. inderdaad niet bemoedigend voor den tandarts, die in de algemeene praktijk zijn levensonderhoud vinden moet, en zich, tenge-

volge van locale omstandigheden (voor geheel Nederland, mag ik bijna zeggen: landelijke omstandigheden), verplicht ziet, zijne patiënten voor orthodontie zelf te behandelen, zoo goed hij dit kan. Over de eventueele wenschelijkheid en mogelijkheid van specialisten heeft voor eenigen tijd in het tijdschrift v. Tandheelkunde collega L. Frank een zeer lezenswaardig artikel geschreven; en met de slotsom, waartoe hij kwam, dat voorloopig ieder practiseerend tandarts in ons land zich zooveel doenlijk op de hoogte behoort te stellen, ben ik het geheel eens; — al geloof ik daarbij, dat de man van de algemeene tandheelk. praktijk dikwijls in het belang zijner patiënten zou handelen, door hen te verwijzen naar den orthodontischen specialist, wanneer hij daartoe slechts in de mogelijkheid ware.

Het zijn deze overwegingen, welke mij aanleiding gaven, om onlangs een cursus bij Alfr. K ö r b i t z te volgen, ten einde te trachten, betere inzichten in theorie en praktijk van de orthodontie te verkrijgen. Zijn het de namen van A n g l e en andere Amerikanen, die op ieders lippen zweven, wanneer over orthodontie gesproken wordt, in Europa is gedurende de laatste paar jaren de reputatie van K ö r b i t z als orthodontist zeker een der respectabelste geworden. Over gevallen en resultaten uit eigen praktijk kan ik U natuurlijk na zoo een korten tijd niet spreken; het is slechts mijne bedoeling, U enkele indrukken van het werk van K. te geven, hier en daar een greep te doen in zijne wijze van behandeling.

Om nu met een paar wel heel algemeene indrukken te beginnen, welke het aanhooren van K.'s voorlezingen en aanschouwen van zijn werk bij mij (ik mag zeggen: bij ons — we waren met verschillende Hollandsche collega's, o. a. v a n d e r L i n d e, hier tegenwoordig) opwekte, dan is het in de eerste plaats bewondering voor den man, die op eenige vaste beginselen zijn systeem zoo consequent en zoo nauwkeurig wist op te bouwen, nog steeds trachtende, het te vervolmaken; maar verder ook de gedachte, dat er

heel wat studie, heel wat oefening vereischt worden zal, om orthodontie *goed* te praktiseeren. In het algemeen werkt K. „vrij volgens Angle” (als ik het zoo noemen mag), want niet zelden wijkt zijne methode belangrijk van die van Angle af. Maar mijn indruk was, dat hij alles nog veel nauwkeuriger eischt en volbrengt dan Angle, voor zoover ik dat uit het bekende werk van dezen beoordeelen kan. J. A. W. van Loon heeft van een dusdanigen cursus van K. aantekeningen gemaakt, welke tot gemak der cursisten tot een werkje samengesteld en uitgegeven zijn. En in dit werkje zult U dan ook veel kunnen terugvinden van hetgeen ik in 't midden brengen zal.

Een kardinaal punt, waarop gewezen wordt, is de eisch van eene juiste diagnose. En hiertoe kan men dikwijls niet anders, en zeker nooit zoo gemakkelijk komen, dan wanneer men, alvorens zich een definitief oordeel over een bepaald geval te vormen, goede modellen vervaardigt en bestudeert. Er zijn zooveel momenten, welke voor het stellen van de diagnose in aanmerking genomen moeten worden, dat het niet wel doenlijk is, in den mond dit alles na te zien. En de occlusie van de linguaalzijde, die veel belangrijker is dan die van de labiaalzijde, kan in den mond in 't geheel niet worden nagegaan. Goede modellen zijn niet anders te verkrijgen dan door als afdrukmetaal gips te gebruiken. De Kühn's-afdruk-gips is een zeer aangenaam metaal. Het wordt hard genoeg, dat het scherpe breukvlakken geeft en toch niet zoo hard, dat de verwijdering uit den mond al te lastig gaat. Het wordt met koud water, zonder zout, vrij dik aangemengd. De speciale afdruklepels van Angle zijn zeer goed. Op de techniek van het afdruk-nemen met gips zal ik niet nader ingaan. In het Tijdschrift v. Tandheelkunde heeft vorig jaar een uitstekend artikel van Grönberg (eveneens een Berlijnsch orthodontist, den vertaler van Angle) over dit onderwerp gestaan, waarvan ik de lectuur aan ieder, die het nog niet kennen mocht, ten sterkste aanbevelen kan.

Nu is een eigenaardig feit, dat, wanneer men met collega's over een bepaald geval beraadslagen wil, en men geeft hun de modellen, de meesten, na korter of langer tijd de modellen beschouwd te hebben, zullen zeggen: „Ik zou in dit geval dit en dat doen” (b.v. ik zou expandeeren), of wel „ik zou dit en dat apparaat maken” (b.v. eene overkapping over de kiezen en eene schroef over het palatum) enz. En op het onlogische hiervan wijst K. ten sterkste. Neen, K. en zijne leerlingen gaan stelselmatig, bij elk geval, als volgt te werk: Zij vragen: 1. Welke onregelmatigheden zijn aanwezig? dus de diagnose. 2. Welken toestand wenschen wij te weeg te brengen? dus het doel der behandeling. 3. Welke bewegingen zullen we met de verschillende tanden uitvoeren, ten einde dezen toestand te bereiken? en eindelijk 4. Welke apparaten zullen we hiervoor gebruiken? Deze vragen zijn allen uiterst logisch gesteld, en het buiten beschouwing laten van eenige dier vragen heeft dikwijls eene onjuiste behandeling ten gevolge. Vermoedelijk ben ik niet de eenige geweest, die wel eens apparaten in den mond zette en liet werken, zonder dat ik mij een klaar en duidelijk beeld vormde, wat ik nu eigenlijk *precies* met die werking voor had. Een dusdanig werken vertraagt de behandeling of doet haar mislukken.

Speciaal wat de diagnose betreft hebben wij aan A n g l e de bekende indeeling in 3 klassen met afdelingen en onderafdelingen te danken, die reeds klassiek genoemd mag worden. Zooals algemeen bekend is deze indeeling gebaseerd op de occlusie van de eerste molaren; naarmate die occlusie normaal is, of de benedenmolaar zich in distaal-beet, dan wel in mesiaal-beet bevindt, spreken we van een geval der 1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} klasse. Bij de 2^{de} klasse wordt verder nog onderscheiden z.g. Protrusie en Retrusie der boven-fronttanden, het 1^{ste} geval bij mondademhaling, het 2^{de} bij normaal-ademing. En dan eindelijk kunnen 2^{de} en 3^{de} klasse in alle afdelingen beiderzijds dan wel eenzijdig distaal-beet, resp. mesiaalbeet vertoonen.

Oppervlakkig beschouwd nu schijnt het eenvoudig, om

naar deze indeeling de diagnose vast te stellen. Toch is dit lang niet altijd zoo gemakkelijk. Ten eerste wordt de zaak zeer dikwijls gecompliceerd door het ontbreken van een of meer tanden. En hierop moet dan ook in de eerste plaats worden gelet; want, doen we dit niet, dan zouden we licht de diagnose onjuist stellen. Om een voorbeeld te geven: In een geval, waar oorspronkelijk de eerste molaren normaal occludeerden, zijn de boven 2^{de} praemolaren geëxtraheerd, met het bekende gevolg, dat de boven 1^{ste} molaren naar voren schuiven, totdat ze de 1^{ste} premolaren raken. Krijgen we nu, nadat die opschuiving heeft plaats gehad, zoo'n geval te zien, en letten niet op, dat er, inplaats van 2 maar 1 praemolaar aanwezig is, dan zien we, dat de beneden 1^{ste} molaar in distale occlusie is ten opzichte van den boven 1^{sten} molaar en zeggen: dit is een geval van klasse 2 — waarmee we eene onjuiste uitspraak hebben gedaan. Immers die distaal-occlusie is slechts schijn. En om tot de juiste klassebepaling te komen, moeten we ons denken, hoe de toestand geweest zou zijn, indien de extractie van de beide 2^{de} premolaren boven niet had plaats gehad. We denken ons dus de 1^{ste} bovenmolaren eene praemolaar-breedte achteruit en zeggen dan terecht: we hebben een geval van klasse 1. Ik heb hier een zeer eenvoudig geval verondersteld, waarbij eigenlijk alleen grove onoplettendheid ons eene fout kan doen begaan, maar er komen zulke, in dit opzicht lastige, gevallen voor, dat het soms inderdaad moeielijk zijn kan, om den juisten toestand te ontdekken. Denk U b.v. niet een premolaar, maar een molaar geëxtraheerd, de extractie ruimte gesloten, en ge ziet onmiddellijk in, dat het ontbreken van een molaar niet zoo gemakkelijk met zekerheid te constateeren is, als dat van een premolaar. Dikwijls moeten we dan in eene lichte draaiing van de buurtanden eene aanwijzing vinden voor de plaats gehad hebbende extractie.

Eene andere omstandigheid, welke misleidend werken kan, is, wanneer er eene gedwongen occlusie bestaat: ééne

bepaalde richting, waarin patiënt gedwongen wordt, boven- en onderkaak te laten occludeeren. Een voorbeeld kunnen we tamelijk dikwijls in de praktijk aantreffen, wanneer één boven-voortand te ver naar achter doorbreekt; zóóveel te ver naar achter, dat hij bij het sluiten van den mond juist op den antagonist zou bijten. Dit is echter te lastig voor patiënt, en hij schuift, gedwongen door dien abnormaal staanden tand, de benedenkaak vooruit, ten einde den abnormaal staanden tand gelegenheid te geven, met het linguale vlak van den antagonist te occludeeren. Meermalen zien we hierbij ook eene verschuiving van de middenlijn optreden, wanneer nl. de occlusie in den scheeven stand van de onderkaak voor patiënt het gemakkelijkst is. Deze verschuiving van de midden-lijn is nu natuurlijk slechts schijnbaar; en het plan van behandeling moet geheel anders zijn dan wanneer er eene werkelijke verschuiving van de midden-lijn heeft plaats gehad.

De geheele klassen-indeeling van Angle (ook door K. gevolgd), is, zooals we zagen, gebaseerd op de mesio distale verhoudingen tusschen onder- en bovenkaak. Opvallender van afwijkingen van het normale in dit opzicht zijn afwijkingen in de bucco-linguale verhoudingen en in den vorm van de afzonderlijke tandbogen. Toch is terecht de klassen-indeeling op de mesio-distale verhoudingen opgebouwd, omdat deze van den grootsten invloed zijn op den stand van het geheele gebit. Immers, terwijl een abnormale stand in bucco-linguale richting van één of enkele tanden eene geheel lokaal beperkte anomalie kan zijn, terwijl de overige tanden normaal occludeeren, is dit bij afwijking in mesio-distale richting buitengesloten. Wanneer de eerste molaren beneden b.v. mesiaal bijten, dan zijn alle tanden, zoowel die zich vóór als achter de 1^{ste} molaren bevinden, gedwongen, om ook mesiaal te bijten, zoodat we eene anomalie in stand van de geheele benedenkaak tot stand zien komen.

Bovendien is er samenhang tusschen de mesio-distale en de bucco-linguale verhoudingen; en dit is van groot

belang ook voor de praktijk. De wijze, waarop boven- en benedenkaak normaal occludeeren, staat ons allen helder voor den geest. In 't algemeen aangeduid, kunnen we zeggen, dat de beneden-fronttanden occludeeren met de linguaalvlakken der boven-fronttanden; en de buccale heuvels der benedenkiezen bijten in de fissuren der bovenkiezen, de linguaalheuvels der bovenkiezen in de fissuren der benedenkiezen. Wanneer we ons nu de benedenkaak in distaalbeet denken (een geval 2^{de} klasse dus), dan komt elke bovenkies tegenover een gedeelte van de benedenkaak te staan, dat smaller is dan dat, waar het tegenover staan zou, indien er normale beet was; het noodzakelijk gevolg is: vernauwing van de bovenkaak. Practisch leeren we hieruit, dat, wanneer we eene dusdanige mal-occlusie behandelen, en dus den distaal-beet van de benedenkaak in een normaalbeet (of, zooals K. het noemt neutraal-beet) willen verbeteren, dit tegelijkertijd gepaard moet gaan met eene verbreding, expansie van de bovenkaak. Nu ik toch over de onregelmatigheden van zoo een dikwijls voorkomend 2e klasse-geval (distaal-beet) spreek, heb ik gelegenheid, U tegelijkertijd te wijzen op eene andere afwijking, die ook steeds bij deze gevallen voorkomt: n.l. eene verlenging, of, zoo ge wilt, uitgroeiing van de benedenfronttanden. Tengevolge van den distaal-beet is de occlusie van de beneden-voortanden met de linguaalvlakken der antagonistten opgeheven.

Aan het proces, waardoor de tanden uit de kaak uitgedreven worden, wordt dus in 't geheel niet, of althans niet zoo spoedig als behoorde, tegenstand geboden; in den normalen stand komen de benedentanden dus niet tot rust, ze groeien verder uit, zoodat ze dikwijls op 't palatum bijten. Behandeling van een dergelijk geval moet dus ook gericht zijn op verkorting van de beneden-voortanden. We zien uit dit voorbeeld duidelijk den samenhang tusschen de verschillende afwijkingen, die in een bepaald geval voorkomen. En met het oog op de behandeling is het van gewicht, zich in elk gegeven geval dien samenhang uit te denken.

Hierbij kunnen ook schijnbaar kleine afwijkingen ons van dienst zijn. En er behoort een inderdaad zeer geoefende blik toe, om deze opgave in alle gevallen naar behooren te vervullen.

Wanneer we nu voor een bepaald geval alle afwijkingen, die aanwezig zijn, hebben opgesomd, de diagnose dus vastgesteld, dan vragen we ons af: welken toestand wenschen we teweeg te brengen? Bij het beantwoorden van deze vraag moeten we steeds in gedachten houden, dat, moeilijker nog dan de regulatie van een abnormalen stand de retentie van het gereguleerde geval is. En dat alleen die gevallen zich laten retineeren, waar een rusttoestand teweeggebracht is, een toestand, waarbij aan de krachten, welke trachten de tanden weer in den oorspronkelijk abnormalen toestand terug te brengen, voldoende tegenstand geboden wordt. Dezen rusttoestand moeten we zoeken in de occlusie. En het is dan ook duidelijk, dat, wanneer wij ons de vraag stellen: welken toestand willen we teweegbrengen? we het liefste daarop antwoorden: normale occlusie. We kunnen niet in een bepaald geval alleen de meest opvallende afwijkingen in de buurt der fronttanden reguleeren *en die regulatie retineeren*, zonder de eveneens bestaande afwijkingen in occlusie van de premolaren en molaren te verbeteren: voor eenigen tijd werd ik geconsulteerd voor een patiëntje, die ook door een collega gezien was; de jongen had de centrale boven-snijtanden eenigszins over elkander geschoven. Overigens was er geene opvallende abnormaliteit. De collega had den mond gezien, en patiënt, nu te Meppel wonende, naar mij verwezen, en aan de ouders er bij gezegd, dat ik dat wel *gemakkelijk* verbeteren kon. Wat bleek me bij het onderzoek? Er was een duidelijke distaalbeet. Dit was de oorzaak, dat de boven-voortanden eenigszins in protrusie stonden (hoewel niet opvallend) en tevens de middensnijtanden eenigszins over elkaar geschoven waren. Dezelfde beet had tot gevolg kunnen hebben, dat de boventanden regelmatig naast elkaar waren blijven staan, maar de protrusie

een weinig belangrijker. Zoude ik nu in dit geval de regulatie beperken tot de fronttanden, dan moest ik de protrusie grooter maken, om de tanden in ééne lijn te stellen. Ik had dan een toestand geschapen, waarbij boven- en benedenvoortanden niet occludeerden, geen rusttoestand was verkregen, de eene abnormaliteit vergroot, om eene andere te verbeteren, die bovendien wel niet te retineeren zou zijn (de lippendruk speelt hier ook eene zeer belangrijke rol)! Ik moest dus aan patiënt zeggen, dat ik wel de abnormaliteit zou kunnen verbeteren, maar dat de zaak niet zoo eenvoudig was, als de collega gezegd had: Ik zou ook de kiezen moeten verplaatsen.

In dit opzicht de zaken beschouwd, merken we spoedig op, dat z.g.n. „kleine regulaties” maar heel weinig voorkomen, en moeten we nog vaker dan nu reeds die ouders teleurstellen, die ons hunne kinderen brengen met een of een paar scheefstaande tanden, met het verzoek, „of we dat met een bandje of een elastiekje weer even in orde kunnen maken”.

(Wordt vervolgd.)