

**Besprekingen en demonstraties van gevallen  
uit het grensgebied van chirurgie  
en tandheelkunde <sup>1)</sup>**

door J. A. W. VAN LOON.

*a. Adenoïde vegetaties.*

M. d. V.! Dames en Heeren!

Voor deze bijzondere gelegenheid heb ik gemeend een greep te moeten doen uit eenige bijzondere gevallen uit de praktijk. Het ligt niet in mijne bedoeling met mijn voordracht discussies uit te lokken, maar ik wensch U eenige demonstraties te geven, deels met een practisch doel, deels curiositeitshalve en deels uit een wetenschappelijk oogpunt. Met het oog op den geringen tijd zal ik mij hierbij zeer hebben te beperken.

De eerste demonstratie betreft adenoïde vegetaties. Wij weten allen, dat de orthodontist en ook de algemeene tandarts herhaaldelijk te doen heeft met het symptoom mondademhaling. De adenoïde vegetaties, een der oorzaken van mondademhaling worden echter door den tandarts, voor wien het keel-neusspiegelen niet noodig geoordeeld wordt, in vivo nooit gezien. De meeste tandartsen kennen de adenoïde vegetaties dan ook slechts uit afbeeldingen, redenen, waarom ik gemeend heb U hier eens eenige uitgenomen adenoïde vegetaties en tonsillen te moeten laten zien. (Volgt demonstratie).

---

<sup>1)</sup> Voordracht, gehouden op de 100e vergadering van het Ned. Tandheelkundig Genootschap.



*b. Osteomyelitis van de onderkaak.*

Door een collega in consult geroepen bij een patiënt, bij wien hij een onderkaakfractuur meende waar te nemen, vond ik bij den patiënt een buitengewone sterke zwelling van de wangstreek, kaak en hals met multipele huidfistels. Bij inspectie in den mond zag men ook daar de onderkaak op de linkerzijde sterk gezwollen, terwijl uit het tandvleesch het blootliggende kaakbeen te voorschijn stak. Bij de palpatie bleek een groot deel van de onderkaak geheel los te liggen, wat waarschijnlijk voor mijn collega reden was aan een kaakfractuur te denken. Aan de kaakbasis echter bleek de continuïteit niet gestoord, integendeel vond men daar een kaakverdikking. Het geheele beeld was dat van een verwaarloosd geval van osteomyelitis van de onderkaak, waarschijnlijk ontstaan door een pulpa- en periodontium aandoening of door een slecht verloop na een extractie.

Mijn doel is U te laten zien, welke ernstige gevolgen een dergelijke osteomyelitis hebben kan. De losliggende kaak-sequester werd geëxtraheerd en deze kan ik U hier toonen. In de sequester bestaande uit de lamina compacta externa van de onderkaak en een groot deel der spongiosa, steken nog de tweede praemolaar en de eerste molaar, terwijl ook de alveoli van den eersten praemolaar en tweeden molaar zijn te herkennen. Ook het foramen mentale ligt in de sequester besloten. (Volgt demonstratie).

*c. Fractuur van boven- en onderkaak bij een zesjarig kind.*

Op een goeden morgen kreeg ik het verzoek van een adsis-tent der chirurgische kliniek om eens te komen kijken naar een zesjarig kindje, dat den vorigen dag op een wandeling door een automobiel was aangereden. Waarschijnlijk was daarbij het spatbord over het gezicht gegleden en had zijn vernietigende werking uitgeoefend. Het patiëntje had een hersenschudding, groote onderhuidsche bloedingen, waardoor het gezicht blauwzwart was, de oogen gesloten en



sterk gezwollen, in één woord onherkenbaar. De mond kon niet gesloten worden. De adsistent, die de wacht had, had een onderkaakfractuur in de mediaanlijn gediagnosticeerd en had getracht met een ijzerdraadje om de melktanden de breukstukken te fixeeren. Daar de melktanden echter zeer los stonden was de fixatie niet gelukt. Het ijzerdraadje, dat de chirurgen gebruiken, is trouwens veel te stijf voor dit doel in vergelijking met de metaalligaturen, die wij in de orthodontie gebruiken. Velen kennen ook niet het doorsteken van den metaaldraad onder het contactpunt en slijpen dit van incisaal tusschen de tanden met het gevolg, dat zoo de ligatuur spoedig losraakt. Bij onderzoek bleek er te bestaan een fractuur van den processus alveolaris der bovenkaak; de fractuurlijn liep beiderzijds mesiaal van de melk-cuspidaten naar boven en verder transversaal. Zodoende lag het middenstuk der bovenkaak, waarin de vier melk-incisivi geïmplanteerd zijn geheel los. Een dwarsverlopende scheurwond der gingiva was aanwezig hoog in het vestibulum oris.

Dit fractuurstuk was door het trauma sterk naar onderen en naar linguaal gedrukt en nu was het merkwaardige, dat dit fractuurstuk juist als een wig beet tusschen de beide fractuurstukken der onderkaak. Dit was de oorzaak, dat de mond niet gesloten kon worden, de tandenrijen konden niet op elkaar gebracht worden en bij iedere poging daartoe trad door het bovenste fractuurstuk een sterke dislocatie op der fractuurstukken van de onderkaak.

Daar het kind in levensgevaar verkeerde nam ik geen afdruk en kan ik U dus het model van den begintoestand niet vertoonen.

Het eerste wat te doen stond was het fractuurstuk van de bovenkaak te reponeeren. Na uit een collectie regulatiebogen voor kindergebitten, den juiste boogvorm uitgekozen te hebben, heb ik toen om de melk-cuspidaten boven het cingulum een stevige zijdeligatuur aangelegd en deze vastgeknoopt. Daarna heb ik het regulatieboogje, dat van



cuspidaat tot cuspidaat liep stevig geligeerd aan de beide eerste melkincisivi onder het cingulum en daarna de boog met aangebonden fractuurstuk naar labiaal en naar boven gedrukt tot het breukstuk op de goede plaats zat en toen de uiteinden der regulatieboog stevig gefixeerd met de ligaturen om de melkcupidaten. Toen het breukstuk op zijn plaats was, heb ik verder de beide tweede melkincisivi ook nog aan den regulatieboog geligeerd. De normale vorm der bovenkaak was zodoende hersteld en de mond kon terstond normaal gesloten worden.

Ook de onderkaakfractuur werd daarop gezet door middel van een regulatieboog, uitgezocht naar den vorm der bovenkaak. Deze boog werd eerst stevig geligeerd aan vooraf om de melkelementen gelegde ligaturen op één breukstuk, daarna werden de stukken gereponeerd en de boog bevestigd aan de elementen in het andere breukstuk.

Daar het gebit nergens bijzondere afslijpingsfacetten vertoonde, heb ik bij het reponeeren der onderkaakbreukstukken het beeld der normale occlusie voor oogen gehad, zoodat de occlusie na de repositie een normale enharmosis vertoonde, het bovengebity iets labiaal en buccaal overhangend over het ondergebit.

Het genezingsproces verliep voorspoedig, het kind kwam er weer bovenop en na eenige dagen kon ik afdruk nemen; het model van het gebit na de repositie der breukstukken demonstreer ik U hier. Alleen bevond zich in de gingiva van de onderkaak in de incisiefstreek een leelijke scheurwond, die niet gehecht was en waar de onderkaak bloot lag. Na twee weken in de chirurgische kliniek gelegen te hebben, werd zij ontslagen en door Prof. L a m é r i s aan mij ter verdere behandeling overgedragen, die ambulantly geschiedde.

Straks heb ik U reeds gezegd, dat het kind met een sterke bloeding van de gezichtsdeelen in het bedje lag, zoodat ik het kind eerst niet had herkend, maar na een week rust komt het kind met de moeder op de kliniek en zoodra ik de moeder zie, herken ik het patiëntje. Nu is het merkbaar-



dige, dat ik gedurende eenige jaren bezig ben een verzameling aan te leggen van de gevolgen, die de gewoonten van kinderen hebben op de occlusie. Nu is een van de meest voorkomende afwijkingen, dat zij meestal door pulpitis zich de gewoonte eigen maken, schuin te gaan uitwijken met de onderkaak. Hebben zij dus een pulpitis aan de rechterbovenkaak; dan hebben zij neiging om links te gaan uitwijken. Het gebit van dit kind nu had ik, zooals mij bleek, keurig in mijn verzameling; ik was reeds eenige jaren bezig haar te vervolgen en U ziet hier het gebit, zooals het was twee jaren te voren, met een totale buitenbeet van de onderkaak naar rechts. (*Demonstratie*).

U ziet dus welke fout ik begaan had. Ik heb bij een kind, dat de gewoonte geadopteerd had om zijn onderkaak naar rechts te verschuiven, met de daarbij komende gevolgen (vervorming van de onderkaak, vervorming van den tandboog) na het optreden van een fractuur de kaken gezet, alsof dat kind vroeger een normale occlusie had gehad. Nu komt daar nog dit bij. Toen ik dat kind voor twee jaar voor 't eerst zag, zeg ik tot de moeder: „wat heeft uw kind een scheef gezicht”. Dat sprak ook vanzelf, want het kind beet naar rechts, de kin was dus verschoven naar rechts. Toen antwoordde de moeder: „Ik ken het kind al zoo lang, maar ik heb dat nog nooit opgemerkt”; zij wist het dus niet. Drie weken, nadat de fractuur gezet was, komt de moeder bij mij terug en vraag ik haar: gaat het met het kindje goed, en bent U tevreden over het resultaat, waarop zij antwoordt: ja, mijnheer, ik vind het wel mooi, maar zij heeft zoo'n scheef gezicht! Dat is een eigenaardige waarneming dat, terwijl eigenlijk door een foutieve therapie van den orthodontist een afwijking in het gezicht van het kind langs den weg van een fractuur wordt gecorrigeerd, dat op de moeder den indruk maakt, alsof het kind een scheef gezicht heeft gekregen, terwijl nu inderdaad het gezicht symmetrisch was. Een daarmede analoog geval is, dat iemand een sterke



protrusie heeft, die erfelijk is in zijn familie, zoodat men thuis aan tafel niet anders ziet dan gezichten met een sterke protrusie. Als nu een van die kinderen onder orthodontische behandeling komt en langzamerhand wordt die protrusie weggewerkt en het kind krijgt de physiognomie van het breed gezicht, dan krijgt U hetzelfde te hooren: het is misschien wel heel mooi, maar dat is toch iets, dat in mijn familie niet thuis behoort.

Intusschen, hier was niets meer aan te doen, de fractuur genas goed met het gebit in enharmosis. Langzamerhand hebben zich kleine sequesters gevormd. Ik heb de melktanden, juist in de scheurwond van de gingiva zooveel mogelijk met rust gelaten, langzamerhand zijn de melkincisivi uitgevallen en eindelijk liet zich in de scheurwond een sequester los, waaraan men de alveolen der beide eerste melkincisivi waarneemt. (*Demonstratie*).

Nu blijkt echter achteraf, en nu komt de tweede misère, dat na een half jaar bij de eruptie van het blijvend gebit, de eerste linker blijvende onder incisief precies gelegen heeft in de fractuurlijn. De voeding is volkomen gestoord geweest en die incisief ligt daar als een corpus alienum in de kaak met het gevolg, dat hij als sequester beschouwd wordt en langzamerhand verwijderd wordt. Op het oogenblik staat de linker incisief los en ik ben verplicht, die eersdaags te verwijderen. Nu heb ik dus eerst van een oclusie-anomalie door een fractuur gemaakt een goede enharmosis, en nu krijgen wij door het verlies van een onderincisief wederom een oclusie anomalie.

De vraag is, wat doen wij, orthodontisten, in de gevallen van drie onder incisivi. U weet, dat dit kan voorkomen door het congenitaal afwezig zijn van een incisief, maar hier komt het voor ten gevolge van een accident. Het is mijn ervaring, als men die gevallen behandelt en men heeft op het oog een normale oclusie en men tracht, de onderkaak te expandeeren tot men ruimte heeft voor 4 incisivi,



dat men een zeer riskante behandeling op zich neemt. Ik doe het nimmer weer, en laat de occlusie in den toestand, die behoort bij drie incisivi. Ik zou U er met nadruk op willen wijzen, dat wanneer U de ruimte moet openen tot er een vierde incisief tusschen kan, dan loopt U de groote kans, dat de kaak de expansie niet verdraagt, dan hebt U de kans, dat de processus de expansie niet verdraagt en dat U de naburige tanden te voorschijn ziet komen door den processus alveolaris. Ik geloof dus, dat het beste is, de abnormale occlusie te laten bestaan. Men krijgt dan een te korte en te smalle onderboog en dan kunnen de volgende occlusies ontstaan: of men krijgt boven protrusie, of men laat de elementen boven over elkaar schuiven, of men krijgt ectosteem der bovencuspидaten. Welke van die drie dingen gebeuren zal, moeten wij afwachten, en wanneer een therapie noodig is, kan dat niet anders zijn dan extractie in de bovenkaak.

Het is curiositeitshalve, dat ik dit geval met U besproken heb.

*d. Immediaatprothese bij een continuïteitsresectie der onderkaak.*

De patiënt, wiens foto ik hier projecteer vertoont, zooals U ziet een primair carcinoom van de onderlip. Secundair was het proces overgegaan op de onderkaak, zoodat de adsistent van Prof. L a m é r i s besloot hier resectie te doen van een gedeelte der onderkaak en mij verzocht een immediaat prothese te vervaardigen.

Het eerste, wat ik gedaan heb, is het nemen van een afdruk der onderkaak vóór de operatie. Op het model hiervan vervaardigd, heb ik op verschillende plaatsen de hoogte der onderkaak aangegeven, welke maten ik met een schuifpasser bij den patiënt genomen had b.v. van de punt van den hoektand tot den onderrand der kaak. Hierna werd de kaak in gips bijgesneden tot zij den vorm had, zooals deze bij den patiënt was. (Demonstratie model).



De chirurg wist in dit geval precies de lijnen aan te geven, waarlangs hij de kaak zou reseceeren, hetgeen in de meeste gevallen niet mogelijk is, daar het dikwijls tijdens de operatie blijkt, dat verder gereseceerd dient te worden dan oorspronkelijk gedacht werd.

De lijnen der resectie werden op het gipsmodel aangegeven. Wanneer nu de chirurg met zijn zaag de kaak doorzaagt, gebeurt het niet zelden, dat de zaagsnede schuin verloopt, in welk geval de prothetist voor buitengewone moeilijkheden komt te staan.

Het zaagvlak moet loodrecht op de lengteas der kaak staan en om dit den chirurg gemakkelijk te maken heb ik uit metaal een gids gemaakt, die, nadat de chirurg de weeke deelen van de kaak los gepraepareerd heeft over de kaak geplaatst wordt en waarlangs de zaag in een bepaalde richting geleid wordt. Men verkrijgt zodoende een recht zaagvlak.

Op het congres te Groningen heeft collega de Vries U er bij zijn schitterend verlopend geval van halfzijdige onderkaak exarticulatie ook reeds op gewezen, hoe belangrijk een rechte zaagsnede voor den prothetist is in dergelijke gevallen.

De gids, die ik geconstrueerd had bestond, zooals U hier ziet uit een plaatje, dat occlusaal op de onderkaak past en waaraan zoowel labiaal als linguaal extensies gesoldeerd zijn op de plaatsen, waar de zaagsnede aangelegd zou worden. De prothese werd nu als volgt geconstrueerd. In elk der beide kaakstukken, die na de resectie over zouden blijven, stond de tweede molaar en de tweede praemolaar. Deze werden van kronen voorzien, daarna werd een plaatje gestampt naar het eerste model, van het occlusale vlak van het resecceeren kaakstuk en ten slotte de vier kronen en het plaatje tusschen de beide tweede praemolaren aan elkaar gesoldeerd. Uit het model van de onderkaak voor de operatie, waarop de zaagsneden aangegeven waren, werd nu het middenstuk, dat gereseceerd zou worden uitgezaagd (licht-



beeld). De metalen kronen met er tusschen gesoldeerd plaatje, waaraan nog een buissysteem was gesoldeerd (lichtbeeld), werden nu op het model geplaatst, het ontbrekende kaakstuk met was aangevuld, het geheel van het model genomen en op de gewone wijze ge vulcaniseerd. De próthese was nu klaar en moest dus als alles goed ging na de operatie passen als een bus. (lichtbeeld).

De operatie verliep goed, de zaagsneden waren zuiver verticaal en de prothese werd zonder eenige moeite direct geplaatst. Wegens het lipcarcinoom moest een groot deel der onderlip ook weggenomen worden en moest er dus daarna een stomatoplastiek uitgevoerd worden. De chirurg besloot de nieuwe lip te formeeren uit een huidlap ontleend uit de hals, de huid werd hier losgepraepareerd, opgetrokken, dubbel omgeslagen en aan de mondbodem gehecht, zoodat de prothese op deze huidlap rustte.

Nu demonstreer ik U dit geval om aan te toonen, dat chirurg en tandarts elkaar volkomen begrijpen moeten. Wij moeten begrijpen, wat de chirurg met zijn operatie beoogt, maar omgekeerd moet de chirurg precies op de hoogte zijn van hetgeen wij met onze prothesen kunnen doen en welke nadeelen daaraan verbonden kunnen zijn.

Waar nu in dit geval de prothese op de werkelijke hoogte der onderkaak was geconstrueerd was het duidelijk, dat hierin een gevaar school voor de huidlap. Twee dagen na de operatie werd ik dan ook bij den patiënt geroepen. Wat er gebeurd was, ziet U hier (lichtbeeld), de lap was door den druk der prothese niet voldoende gevoed en necrotisch geworden. U ziet hier het groote gezichtsdefect, dat ontstaan was, de onderrand der prothese ziet men geheel blootliggen. De prothese moest verwijderd worden, terwijl Prof. L a m é r i s besloot zelf een andere stomatoplastiek te doen. Door mij werd een andere prothese vervaardigd, die niet meer dezelfde hoogte had als de oorspronkelijke kaak, maar ongeveer half zoo hoog was. Nadat deze ingezet was, werden door Prof. L a m é r i s de beide wangen met een horizontale



sne de gespleten en de onderste deelen aan elkaar gehecht; zoodoende werd een nieuwe lip gevormd, die van binnen bekleed was met het slijmvlies van de wang en dus op een normale lip geleek. Ook de voeding van deze nieuw gevormde lip was veel beter dan die, gevormd uit de huidlap der hals (lichtbeeld). De patiënt werd na eenige dagen ontslagen en ging met de prothese naar huis. Ongeveer na een jaar kreeg hij er echter malheur mede, de prothese raakte van zijn steunpunten los. De man zat midden in Brabant en zocht daar hulp bij een tandarts, deze kon er echter niet mede overweg, kon de prothese niet op zijn plaats krijgen en zoo moest de patiënt, die maar een klein arbeider-tje was weer naar Utrecht komen, met alle bezwaren, die dat meebracht.

Er werd toen besloten een nieuwe prothese voor hem te maken, die uit twee deelen bestond. Op iedere zijde werd aan de beide kronen, reeds vroeger vermeld een halve prothese ge vulcaniseerd. Op iedere kaakhelft zette de patiënt nu eerst een halve prothese, de beide prothesen schoven dus eerst over elkaar met de kaakstukken, die naar elkaar getrokken werden. De patiënt sloeg dan zijn wijsvingers als haak om de beide kaakstukken, trok deze met de halve prothesen uit elkaar om ze dan terug te laten veeren, waarbij de beide helften der prothese met een bepaalde sluiting in elkaar sloten en één geheel vormden. (Lichtbeelden).

De patiënt leerde deze eenvoudige manipulaties spoedig en kon met deze prothese, zooals hij zich uitte, best knauwen. Wat ik met deze demonstratie bedoel is eigenlijk de vraag eens op te werpen of aan dat prachtige brug- en plaatwerk, zooals collega de Vries bij dergelijke gevallen vervaardigt, ook niet een kleine schaduwzijde is verbonden, namelijk deze, dat de patiënt, die geholpen is met zulk een werkstuk, waarvoor een hoog opgevoerde technische vaardigheid vereischt wordt, bij malheur beslist ook altijd weer bij collega de Vries moet terugkomen en als hij in een ander land of stad woont steeds een aanbevelingsbrief mede moet



hebben voor de beste kracht daar aanwezig en er weinigen gevonden zullen worden om dergelijk ingewikkeld prachtwerk te herstellen. Voor mij is het wel eens de vraag of „zoo eenvoudig mogelijk is het beste” hierbij niet een goed standpunt genoemd moet worden.

*e. Ankylosis van het kaakgewricht met het daarbij voorkomend vogelgezicht.*

De volgende demonstratie betreft twee gevallen van ankylosis van het kaakgewricht. Hierbij wordt het kaakgewricht, zooals U weet door beenig of fibreus weefsel gefixeerd, met het gevolg, dat de mond in het geheel niet of slechts weinig geopend kan worden. Meestal is een ontsteking de oorzaak, die van de omgeving op het kaakgewricht overgaat b.v. bij middenoorontsteking, bij osteomyelitis der onderkaak, bij ontstekingsproces ergens anders in den mond, bij trauma op de kin.

Behalve dat de mond niet geopend kan worden, vindt men meestal, dat het gebit van deze patiënten behoort tot klasse II, afd. I. Verder vertoont het gezicht, dit merkwaardige, dat de kin ontbreekt, de onderlip gaat glooiend in de hals over, zonder dat er een kinprominentie gevormd is. Vandaar de naam vogelgezicht. Als de ankylosis eenzijdig is, vindt men het gelaat op de gezonde zijde afgevlakt, als de patiënt de mond opent, voorzoover dat gaat, devieert de onderkaak naar de zieke zijde, bij pulpactie voor het oor voelt men op de gezonde zijde de condylus iets verschuiven terwijl op de zieke zijde de spieren atrophisch zijn.

Bijzonderheden over ankylosis der onderkaak kan men vinden in de Dental Cosmos 1916 No 2, waarin Murphy en Kreuscher een 25 gevallen beschrijven, en in de Dental Cosmos 1915 No. 11, waarin Kelsey een geval beschrijft, dat voor mij de aanleiding werd deze demonstratie te houden.

U ziet hier een gezichtsmasker van den eersten patiënt,



dien ik met U bespreken wil, het is een typisch vogelgezicht, de kin ontbreekt en op de linker zijde van het gelaat neemt men de afvlakking waar, die bijna bij alle gevallen beschreven is.

Het gebit (demonstratie model) vertoont klasse II occlusie, de mond kan niet geopend worden, terwijl U op de linker zijde tusschen de praemolaren van boven- en onderkaak een kleine opening waarneemt. Door deze opening wreef de patiënt zijn voedsel, daartoe plaatste hij den rug van de linkerhand tegen de wang, drukte het voedsel tegen de tandenrijen fijn en dan door de opening bij de praemolaren in den mond. U ziet op het gelaat, daar waar het afgevlakt is, duidelijk de impressie van den handrug. Ongetwijfeld is deze handdruk mede oorzaak voor de afvlakking.

K e l s e y heeft nu bij een zeer ernstig geval met sterke klasse II occlusie na de operatie, waarbij de beide kaakgewrichten geresceerd waren, het gebit gereguleerd en meent door zijne orthodontische behandeling de onderkaak, die onderontwikkeld is tot verdere ontwikkeling te kunnen brengen. Wanneer men de eindmodellen beschouwt na de behandeling van eenige jaren, waarbij men ziet een prachtige klasse I occlusie, en men vergelijkt dezen toestand met het begin, dan staat men verbaasd over deze verbetering en is bij mij de vraag gerezen of dit nu werkelijk mogelijk is, de onderkaak met orthodontische apparaten zoodanig tot ontwikkeling te brengen, dat dit resultaat mogelijk is. Het komt mij zeer twijfelachtig voor, te meer, daar de kinformatie toch niet afhankelijk is van het gebit. Als men de gewone klasse II behandeling toepast met verschuiving der elementen in de kaak en dit gebeurt in de onderkaak naar voren, dan moet het vogelgezicht nog geprononcerder worden naar mijne meening, daar de onderlip door de tanden meer naar voren staan dan voor de regulatie.

K e l s e y behandelde zijn patiënt eerst een jaar met de gewone regulatiebogen en intermaxillaire elastieken. Daarna werd het nieuwe Angle apparaat geplaatst; de wortel-



werking en de beengroei was volgens K e l s e y buitengewoon, niet alleen de processus alveolaris maar ook het kaaklichaam groeide stevig. Het was nu voor mij de vraag of er niet wat anders gebeurd was. Zeer leerzaam was het eerste geval, dat Prof. L a m é r i s opereerde. Toen namelijk de beide condyli gerecesieerd waren, gleed de onderkaak plotseling naar voren en wel zoodanig, dat noch de patiënt zelf na de operatie de onderkaak naar achteren kon krijgen noch door ons door druk dit tot stand gebracht kon worden. De onderkaak bleef naar voren staan als bij een luxatie met het gevolg, dat de occlusie, zooals U op dit model ziet, sterk gestoord was. De geheele occlusie wordt gedragen door den linker tweeden incisief in de bovenkaak, die iets linguaal staat, terwijl de linker bovencuspidaat in ectosteem en hypersteem staat. Overigens bestond op alle andere plaatsen een open beet, zoodat er van masticatie geen sprake was. Wij besloten toen den tweeden incisief boven te verwijderen, om zoodoende de beet te verlagen en daarna door omslijpen van de occlusie wederom een breed occlusievlak te verkrijgen. Zooals U het volgende model toont, is dit gedeeltelijk gelukt, op zes plaatsen is het gebit in occlusie gebracht. De patiënt werd hierop ontslagen en wij koesterden de verwachting, dat de natuur een zelfregulatie van het gebit zou tot stand brengen, waardoor de occlusie zou verbeteren. Om het vogelgezicht te corrigeeren, dat natuurlijk nog bestond, ook nadat de onderkaak naar voren was geschoven, besloot Prof. L a m é r i s den patiënt een nieuwe kin te maken. Hij amputeerde daarvoor de tweede teen van den patiënt, ontdeed deze van nagel en huid en bracht deze onder de huid van de kin. Het resultaat was prachtig, U ziet op deze foto, dat de profiellijn van het gezicht volkomen normaal geworden is (demonstratie van het gezicht voor en na de operatie).

Na negen maanden echter begon het op te vallen, dat de kin kleiner werd. De oorzaak hiervan kon drieërlei zijn òf de teen was door de spanning der huid in zijn gewrichten



meer doorgezakt, òf de geheele teen was afgezakt langs de kaak naar de hals, òf de teen werd atrophisch en werd geresorbeerd.

Op de Röntgenfoto's direct na de operatie en negen maanden daarna gemaakt ziet U, dat het laatste veronderstelde het geval is, de teen wordt geresorbeerd. Anderhalf jaar later blijkt de teen nog meer verdwenen te zijn en keert het vogelgezicht weer. Ongetwijfeld zal op deze wijze de geheele teen verdwijnen en is de verbetering van het profiel slechts tijdelijk geweest.

Wat de occlusie betreft, zoo blijkt, wanneer U dit model van den toestand anderhalf jaar na de operatie vergelijkt met het model van voor de operatie, dat er wederom volkomen occlusie is, het geheele gebit is in contact, de bovenscupidaat heeft de plaats van den tweeden incisief ingenomen, alle fronttanden in de bovenkaak zijn iets verschoven en merkwaardig staat de onderkaak weer op zijn oude plaats, hij schijnt wederom naar achteren geschoven te zijn op de plaats, die hij voor de operatie innam. Het naar voren schuiven is dus ook tijdelijk geweest.

Een tweede geval van eenzijdige ankylosis kan ik U hier demonstreeren, U ziet aan het masker van den patiënt voor de operatie, dat ook hier alle kenteekenen van het vogelgezicht aanwezig zijn. Gedachtig aan het resultaat van het eerste geval, besloot Prof. L a m é r i s hier na eenzijdige resectie van het kaakgewricht, waardoor, zooals U op dit model van het gebit na de operatie kunt zien, de mond zeer wijd geopend kan worden, een nieuwe kin te formeeren op andere wijze. Hij liet een zilveren kapje vervaardigen in den vorm van een kin, welk kapje op verschillende plaatsen opengewerkt was. Dit werd onder de huid van de kin gebracht en ook hier was de verbetering van het profiel, zooals U op deze foto kunt zien volmaakt en van blijvenden aard (demonstratie van Röntgenfoto na de operatie). Het wil mij nu voorkomen, dat K e l s e y met zijn orthodontische behandeling, waarbij hij de tweede klasse spanning



der intermaxillaire elastieken toepast, niets anders gedaan heeft dan het proces van „jumping the bite”, hetgeen mogelijk werd na expansie in de bovenkaak veroorzaakt te hebben. Dat men echter hierdoor geen nieuwe kin tot formatie brengt, en dat dit ook niet mogelijk is met het nieuwe apparaat van Angle of met diens „working retainer” is duidelijk.

*f. De differentiaal diagnose bij palatinaaltumoren.*

Over dit laatste geval, dat ik U demonstreeren wil, kan ik door tijdsgebrek niet zoo grondig uitweiden, als ik dat wel gewenscht had.

Het model van de bovenkaak, dat ik U hier laat zien, vertoont op het palatum een groote tumor ter grootte van een halven appel. De patiënt heeft met dezen tumor gezeten in een tandheelkundige stoel, consulteerende een tandarts en deze heeft gezegd: „Nu, spoel maar eens met een beetje kamillenthee, dan zal dat dingetje wel verdwijnen”. Nu weet ik niet of de kamillenthee van dien collega bijzondere geneeskrachtige werking bezit, dan wel of er iets niet in orde is met de diagnostische kennis van den collega. Ik meen, dat dit laatste het geval is en daarom heb ik gemeend dit geval te moeten bespreken, om te voorkomen, dat patiënten met zulke ernstige afwijkingen met een dergelijk kluitje in het riet weggezonden worden. Bij kaaktumoren in het algemeen moet men steeds differentieeren tusschen drie groote groepen.

1e groep: ontstekingsstumoren, zoowel acute als chronische b.v. het palatinaal absces, de chronische periostitis, excementosis aan de wortels, die de kaak perforeren, granulomen, die het beenweefsel geperforeerd hebben en onder de gingiva komen te liggen, peridontale cysten.

2e groep: nieuwvormingen, benigne en maligne b.v. epulis, osteoom, fibroom, carcinoom, sarcoom, osteophyten.

3e groep: ontwikkelingstumoren: b.v. folliculaire cyste,



odontoom, conglomeraten van kegeltandjes, overtollige tanden, pervers liggende normale tanden.

Wanneer wij nu moeten differentieeren, letten wij op de volgende factoren, waardoor wij de groepen uit elkaar houden:

1°. uit de anamnese of de tumor langzaam of snel ontstaan is.

2°. localisatie van den tumor en of de tumor de anatomische grenzen respecteert.

3°. of de tumor pijnlijk is of niet.

4°. of de slijmvliesbedekking van den tumor normaal is van kleur en bouw of dat er ontstekings symptomen aan vallen waar te nemen, ulceraties, fistels.

5°. de consistentie: dus beenhard, elastisch, zacht, fluctueerend. Is de tumor fluctueerend, dan bevat hij bloed (aneurysma, haematoom), pus (absces), of cystevocht (let op cholestearin kristallen die schitteren op het vocht).

Deze tumor nu bestaat reeds vijf jaren, is langzaam groter geworden, is nooit pijnlijk geweest, is bedekt met absoluut normaal slijmvlies en fluctueert. Bij inspectie blijkt hij te pulseeren, hetgeen nog duidelijker wordt bij de palpatie, een zeer merkwaardig symptoom, dat doet denken aan een aneurysma van de arteria palatina. Hij heeft de fossa canina uitgezet, eveneens buccaal den processus alveolaris, het verhemelte en den neusbodem. Bij diep doortrukken voelt men in het verhemelte een krater met opgeworpen rand; het palatum schijnt hier defect.

Het tandenstelsel is zeer slecht, slechts wortelstompen, langs den wortel van  $I_2$  komt pus te voorschijn. Bij punctie ontlast zich etterig cystevocht. Diagnose: veretterde kaakcyste uitgaande van  $I_2$  sup.

De pulsatie was afkomstig van de arteria palatina, die in de cystewand verliep en door de cyste opgelicht was.

Wat het ontstaan dezer kaakcysten betreft, zien wij weer, dat de  $I_2$  de schuldige is, zooals meestal. In het laatste half jaar ben ik in mijne meening versterkt, dat het trauma, hoe licht ook op jeugdigen leeftijd zeer dikwijls het actio-



logisch moment vormt van cyste ontwikkeling. Bij nauwkeurige navraag vinden wij bijna steeds een trauma, 8 à 10 jaar geleden voor de cyste ontdekt werd. Bij kinderen een val op de stoof, tegen de stoel, een klap met stok of sleutels tegen de voortanden, bij speerwerpen; meestal vindt men, dat bij protrusie der voortanden, waardoor deze geen steun hebben, juist dit trauma fracturen der kroon geeft. Ik zou U aanraden, Uw volle aandacht te wijden aan deze kleine afgesprongen hoeken der voortanden, waarbij het dentine bloot komt te liggen; maar al te dikwijls vindt men hierbij een zich ontwikkelde kaakcyste.

Het eenige doel, dat ik met deze demonstratie gehad heb, is U in korte trekken er op te wijzen, waarop in dergelijke gevallen gelet dient te worden om tot een juiste diagnose te geraken.

Wij allen weten, dat helaas de vooropleiding van den tandarts nog niet van dien aard is, dat hij zich een goed oordeel kan vormen over kaakafwijkingen, die toch de gevolgen zijn van afwijkingen in het gebit, en dit in zeer veel gevallen tot groot nadeel van de patiënten.

Laat ik naar aanleiding van de geschiedenis van dezen patient nog eens met klem den eenigen juisten weg aangeven, die de tandartsen in geval van ulceraties en tumoren in de mondholte hebben te bewandelen: „zendt bij den geringsten twijfel over den aard der afwijking, die U waarneemt, den patiënt naar de plaats, waar hij behoort, naar den huidarts of naar den chirurg”. Dit zal in de eerste plaats in het belang zijn van uwen patiënt, terwijl uw optreden door den chirurg of huidarts ten zeerste zal gewaardeerd worden als een wijze daad.

(Discussie in het volgend nummer.)