

Demonstratiën

a. Misvorming van den tweeden snijtand in de bovenkaak (dens in dente?)

De heer De Groot: In het laatste half jaar hebben wij een tweetal gevallen kunnen waarnemen van misvorming van den tweeden incisivus in de bovenkaak, die ons een oogenblik heeft doen denken aan dens in dente. Op het oogenblik is het eene geval nog nader in onderzoek, maar ik kan toch niet nalaten reeds in deze vergadering eene voorloopige demonstratie te geven van de twee gevallen. Het zijn beide kleine kronen, die spits toelopen (eenigszins gelijkend op een vogelbek) en de rand is een groote tumor. Het lijkt of het geheele wortelgedeelte van den tand opgeblazen is. Ik zal de twee tanden laten rondgaan.

(Beelden).

Hier heb ik het resultaat van het eerste röntgenologisch onderzoek van de patiënt, een meisjes van 9 jaar. U ziet hier een hoektand, en hier een tweeden incisief, die niet sterk ontwikkeld is. Daar ziet U den normaal ontwikkelde eerste incisief, een groot diasteem tusschen de beide incisivi en een vreemd vormsel op de plaats van den tweeden incisief. Dan komen de eerste en de tweede premolaar. De hoektand is zoek, maar U ziet hem hier op de Röntgen-photo. Merkwaardig is niet alleen dat deze tand zoo opgeblazen is, maar ook het geretineerd-zijn van den hoektand. Er zijn nog meer merkwaardigheden. Tusschen den hoektand en den opgeblazen tand ziet U eene ruimte, waarin geen beensubstantie meer aanwezig is. Er is eene andere fotografie, waarop dat beeld nog beter tot zijn recht komt. Hier ziet U om den hoektand heen eene ruimte, waar het been weg is en die ruimte loopt juist tot de grens van het glazuur en het cement. Die ruimte is eene tandcyste en wel, omdat de kroon van den gereti-

neerden tand in de cysteholte uitsteekt, eene folliculaire tandcyste.

Bekijken wij nu nader den misvormden tand, dan valt het ons op, dat aan den buitenrand van het kroongedeelte eene glazuurlaag zit, maar dat U hier nog eene dunne glazuurlaag ziet, en hier nog eene. Verder, dat de holte bekleed is met eene beenmassa, die minder licht doorlaat dan glazuur, maar ongeveer evenveel als het tandbeen. Verder ziet U aan den buitenkant deze kleine opening, als het ware eene spleet, die men zou kunnen houden voor een pulpakanaal, en die U hier ook kunt waarnemen. Ten slotte zijn aan de wortelpunt verschillende openingen aanwezig, terwijl dit gedeelte van de wortelpunt bekleed is met onregelmatig been. Dit vormt een allermerkwaardigst beeld, dat niet direct thuis te brengen is.

Ik wil U nog wijzen op een verschijnsel, waarvoor ik U deze fotografie laat zien van den tand na de extractie. Het is dezelfde tand, maar op eene bepaalde manier gefotografeerd en nu ziet U duidelijk glazuur hier en hier. Oppervlakkig bezien zoudt U dus zeggen, dat het twee tanden zijn die tegen elkander liggen, die in het kroongedeelte met elkander zijn vergroeid en die hier uit elkander zijn geblazen. Maar wat nu het allermerkwaardigste is, is dit: hier ligt tusschen die twee lichamen nog een derde lichaam. Dat lichaam is gestreept, er zijn lagen in, die het Röntgenlicht meer, en andere, die het minder goed doorlaten. Wij vinden dus een eigenaardig vormsel, bestaande uit twee lichamen, aan weerszijden bekleed met glazuur, dat hier overgaat in een dunner lichaam, dat röntgenologisch beschouwd lijkt op tandbeen; en in de derde plaats een gestreept lichaam, bestaande uit lagen van verschillend doorlatingsvermogen. Voor ons was nu nog de vraag: wat zit in die holte? Helaas is dit preparaat niet gefixeerd, het was niet in alcohol of in formaline bewaard. Wij hadden het bewaard om het in deze vergadering te vertoonen en toen het werd opengezaagd, wat de heer Van der Linden zoo vriendelijk was op keurige wijze te doen, bleek dat er niets inzat. Alleen aan den rand konden wij nog een ingedroogd vliesje zien.

(Beelden).

U krijgt nu het tweede geval. Het eerste geval, een patiënt van collega Van Andel, behandelde ik in Mei of Juni, en toevallig kwam een paar maanden later collega Van Wieringen Borski, lief mij eene fotografie zien en zeide: „ik zou graag willen dat je dit in orde maakte.” Ik zeide direct: „dan zal ik je eens eene andere foto

laten zien; die twee zijn broertje en zusje." U ziet hier den incisief, den eigenaardig gevormden tand, het opgeblazen wortelgedeelte en de snavelvormige kroon. Hier ligt de premolaar, daar nog een stukje van de melkmolaar en hier ligt de hoektand, die op zijne plaats wil komen. U ziet hier ook een klein cystetje, zooals wij dat normaal vinden bij het doorbreken van een hoektand. In het andere geval was de cyste zeer zeker eene pathologische.

Hier hebt U het beeld na de extractie. U ziet hierboven weer een lichaam, dat lijkt op een vogelsnavel, aan den buitenkant glazuur, aan den binnenkant ook duidelijk glazuur. Het is net alsof wij twee tanden hebben, die overgaan in eene groote dentinmassa en die op onregelmatige wijze ineengesmolten zijn. Het eigenaardige, gestreepte lichaampje, dat wij vonden in den eersten tand, vinden wij hier echter niet terug. Hier is eene groote holte, maar daarin ziet U duidelijk een zakje. Bekijkt men den inhoud van de holte met behulp van eene loep, dan bemerkt men duidelijk, dat in dezen wand bloedvaten voorkomen, m. a. w. dat wij voor ons hebben een weefsel, dat nog gevoed wordt. Het is van het grootste belang dat weefsel histologisch te onderzoeken en prof. Boeke heeft zich bereid verklaard om na deze demonstratie het zakje er uit te nemen en het histologisch onderzoek te doen. De rest van den tand houden wij zelf, wij maken hier de slijppreparaten.

In de laatste Schweizerische Monatsschrift wordt onder de casuïstische mededeelingen een geval beschreven, waarvan U direct zult zien dat het volkomen overeenkomt met de beide gevallen, die ik U heb getoond. Wij hebben hier dus drie tumoren, die wij zeer zelden zien. U ziet hier het eerste preparaat doorgezaagd (U kunt dat straks in vivo zien, wij hebben het medegebracht), de twee lichamen, en een kanaal ongeveer op de plaats van het foramen coecum.

Ik demonstreer U deze gevallen, omdat wij hier te maken hebben met eene zeer merkwaardige nieuwvorming van eene bepaalde soort. U ziet, dat onze twee preparaten precies op elkander lijken en dat de publicatie in het Zwitsersche tijdschrift precies denzelfden vorm vertoont. Om uit te maken wat het precies is, zal noodig zijn een nauwkeurig histologisch onderzoek en het maken van slijppreparaten van de harde beensubstantie, maar vooral het histologisch onderzoek na ontkalking van de weeke beensubstantie is van belang. Het is daarom absoluut noodzakelijk, wanneer men eene dergelijke misvorming verwijderd, die te deponeeren in 70 % alcohol of in 10 % for-

malin, opdat de weeke tandinhoud wordt gefixeerd. Bij het eerste preparaat heb ik zelf de fout begaan dat niet te doen, ik heb het neergelegd en het laten drogen met de idee om er slijppreparaten van te maken. Later hebben wij ingezien, dat wij daarmede eene groote fout hadden begaan. Het tweede preparaat hebben wij dan ook onmiddellijk in alcohol gedeponereerd en wij hebben verder den gewonen weg bewandeld om een zacht weefsel te kunnen onderzoeken. U ziet, dat wij gevonden hebben, dat bloedvaten aanwezig zijn, wat in de literatuur nog niet was gebleken. Het zou nu noodig zijn verder te gaan en aan te toonen, dat er overgangsvormen zijn tusschen normale tanden en deze tanden. Ik hoop, dat mijne demonstratie van deze merkwaardige misvormingen voor U aanleiding moge zijn om, wanneer U zoo iets tegenkomt, het onmiddellijk in alcohol te deponeren en het, met een etiket voorzien, te zenden aan het Instituut, waar het verder correct kan worden behandeld.

b. beenregeneratie na kaakresectie.

De demonstratie, die ik U nu zal geven, betreft in hoofdzaak deze dame, die zoo welwillend is geweest hier even in de vergadering te verschijnen. Mejuffrouw V. werd verleden jaar bij ons gestuurd door collega Boomsma, omdat zij een tumor had in de onderkaak. Er bleek aanwezig te zijn eene zachte massa, die als het ware kwam aandringen uit den opstijgenden tak en die ongeveer ging tot de praemolaar. De tweede molaar was geëxtraheerd, daarna was niets bijzonders gebeurd en men dacht, dat de derde molaar in de diepte lag en dat daarvan het proces was uitgegaan. Wij dachten dat ook. Bij retentie van de derde molaar vindt men herhaaldelijk een adamantinoom, een tumor dus, die gekenmerkt wordt door embryonaal tandweefsel. Bij eene proef-excisie constateerde de patholoog-anatoom dat embryonaal tandweefsel inderdaad aanwezig was, en dus was onze diagnose juist.

Nu was de vraag, wat te doen. Wanneer bij een groot adamantinoom na de operatie weinig van de kaak overblijft, en dat was hier het geval, dan is soms totale resectie van de kaak aangewezen. Wij stonden in dubio (de tumor ging zeer hoog op en de kaak was bijna verdwenen), of wij totale resectie moesten doen. In het algemeen zullen wij het er wel over eens zijn, hoe goed het aesthetisch effect ook worden kan na behandeling door den prothetist, dat wij als het eenigszins kan, de totale resectie moeten vermijden. Wij hebben de operatie gedaan van buiten af en wij hebben den tumor, die in eene

grootte schaal lag, uitgepeld. Na een jaar is er geen quaeſtie van recidief, dus de tumor is er uit. Het gelukte ons daarbij een dun stukje onderkaak met periost te laten staan. De kaak is nu weer flink en sterk en U beſeft, dat voor de patiënte een groot voordeel is bereikt door het behoud dier kaakreep. Uiterlijk kan men niet zien dat patiënte geopereerd is, alleen wanneer zij het hoofd zóó houdt, is zulks zichtbaar. Zij is dan zelf ook zeer tevreden met de behandeling. Nu hebben wij dat geval gedurende een jaar gevolgd en telkens hebben wij eene Röntgenfoto ervan genomen om uit te maken, of de patiënte nu altijd moest blijven loopen met dat dunne stukje kaak, dat men tusschen vinger en duim kon breken.

(Beelden).

Ik laat U nu zien eene foto van een patiënt, die hier een paar jaar geleden geweest is en die een kleincellig sarcoom van de onderkaak had. Wij hebben dien patiënt geopereerd van buiten af, wij hebben de kaak opengelegd en den tumor zooveel mogelijk weggecuretteerd. Wij zien dien patiënt van tijd tot tijd terug, en er is geen sprake van recidief. Hier ziet U de eene helft van de onderkaak, en hier de andere, overal inhammen, tot hier aan de premolaren toe, veroorzaakt door het kleincellig sarcoom, een van de gevaarlijkste tumoren die wij kennen, dat de kaak invrat. De tumor is van buiten af verwijderd en de patiënt is iater geobserveerd.

Hier ziet U eene foto een paar weken na de operatie. De inham is nu tamelijk zuiver geworden. Ik verzoek U, even in Uwe herinnering terug te roepen het beeld met de talrijke inhammen, dat U zooeven hebt gezien, en dan zult U opmerken, dat ze na een jaar alle verdwenen zijn en dat de patiënt nu eene prachtige, sterke kaak heeft gekregen.

Hier ziet U die kaak een jaar na de operatie. Dit is de onderrand, dáár de bovenrand, alles is magnifiek opgevuld, de patiënt heeft eene normale kaak gekregen en er is geen spoor van recidief. U ziet hier weer hoe belangrijk het is een stuk kaak met periost te sparen. Ook in dit geval, met een zoo gevaarlijk sarcoom, was zeker de neiging aanwezig om te zeggen: snijd de eene helft van de kaak maar door en laat den prothetist eene prothese maken. Wanneer wij echter op deze manier kunnen uitkomen, is het toekomstige leven van den patiënt veel gelukkiger.

Hier is nog eene foto van den vorigen patiënt. Van de inhammen

van straks vindt U nog slechts kleine aanduidingen, het been is op die plaatsen nog wat dunner, maar er is toch weer eene prachtige kaak gevormd en met eene eenvoudige prothese heeft de patiënt weer eene normale kauwfunctie.

Nu kom ik tot het geval van adamantinoom, dus een goedaardig gezwel. De eerste foto toont hoe de patiënte was, toen zij hier binnenkwam (de eene helft van de kaak is weer gefotografeerd). Nu het beeld post operationem: een dergelijk stukje kaak was overgebleven. Dat was zóó dun, dat men het gemakkelijk tusschen vinger en duim had kunnen breken, maar wij meenden toch een goed resultaat te kunnen krijgen, omdat zoowel aan den buitenkant als aan den binnenkant een stuk periost behouden was. Ik verzoek U, goed in Uwe memorie te nemen hoe dun dat stukje kaak is.

Na een half jaar ziet U, dat de kaak weer tot normaal is teruggekomen, het been is nog tamelijk dun, maar in de laatste foto, na een jaar, is het weer veel dikker geworden en laat veel minder Röntgen-licht door. Ik geloof, dat eene dergelijke operatieve bewerking voor de persoon in quaestie van buitengewoon voordeel is.

Nu de patiente weg is, kan ik U nog zeggen, dat de kaak-resectie voor haar eene tragedie was. Zij had alle mogelijke misères, moeilijke familieomstandigheden enz. en toen kwam zij met dezen tumor. Door eene kaakresectie zouden wij haar totaal ongelukkig hebben gemaakt.

c. Wortelresorptie na replantatie.

U hebt zeker allen in de praktijk wel meermalen replantatie verricht. Wij hebben het herhaaldelijk gedaan, en het merkwaardigste resultaat van elke replantatie is, dat de tand weer verloren gaat. Ik wil U nu enkele voorbeelden van replantaties laten zien, die vervolgd zijn gedurende eene zekere periode, tot een maximum van 13 jaar. Dat de tand weer verloren gaat, is geen bezwaar; wanneer dat eerst na 13 jaar gebeurt, mag de operatieve methode, die zeer eenvoudig is en die U in elk leerboek kunt vinden, niet geheel verworpen worden.

(Beelden).

U ziet hier dus verschillende gevallen, maar dit geval van replantatie vind ik buitengewoon interessant. Ik heb naar aanleiding daarvan nog eens doorgelezen het mooie artikel van Scheff: Die Replan-

tation der Zähne. Het zal den meesten Uwer bekend zijn, dat Scheff een experimenteel onderzoek heeft ingesteld met honden. Hij heeft bij 14 honden 79 praemolaren geëxtraheerd en die weer gereplanteerd. Later heeft hij, na een wisselend aantal maanden, die honden gedood, de kaken uitgezaagd en serie-coupees aangelegd van de gereplanteerde tanden, waaruit hij zijne conclusies heeft getrokken. Dat is een machtig onderzoek geweest en ik kan niet nalaten, ook ter eere van de nagedachtenis van dezen onderzoeker, U enkele van zijne plaatjes te laten zien.

Hieruit blijkt U, dat de onderzoekingen van Scheff ons een inzicht geven in de wijze, waarop een gereplanteerde tand den wortel verliest. De Röntgen-foto's, die ik U liet zien, kloppen daarmee heel aardig.

Discussiën.

De heer *Willems*: Ik ben den heer De Groot buitengewoon dankbaar dat hij dit onderwerp, ik bedoel speciaal het laatste, dat van de replantatie, ter sprake heeft gebracht. Zooals ik gisteravond terloops al heb medegedeeld, is dit juist een onderwerp, waarmee ik dit jaar tamelijk druk bezig ben geweest. Aanleiding daartoe was voor mij een geval van een meisje, bij wie ik een geperforeerden wortel vond, en bovendien aan de wortelpunt een granuloom. De gecombineerde operatie was te ingrijpend en eischte ook het wegnemen van te veel weefsel. Als laatste toevlucht heb ik toen den wortel geëxtraheerd, eene Logan-kroon er op gezet en gereplanteerd. Het merkwaardige is, dat na 14 dagen de tand zoo vast zat, dat ik de ligaturen, waarmee ik de kroon bevestigd had, kon wegnemen, terwijl na vier weken alles muurvast zat. Dat was voor mij aanleiding om meer te gaan doen aan replantatie en zoo pas ik nu de replantatie systematisch in de praktijk toe. U moet U daarvan ook weer geen overdreven voorstelling maken, ik wil niet zeggen, dat iederen dag eene replantatie voorkomt, maar in een half jaar heb ik nu zeker tien keer replantatie gedaan en niet alleen van snijtanden, maar ook van molaren. Ik zal hierover niet te breed uitweiden, ik heb een artikel klaar en de heeren zullen dat in het tijdschrift kunnen lezen. Het is duidelijker voor hen die deze foto's gezien hebben, want een groot deel van wat ik geschreven heb, heb ik o.a. gevonden bij Scheff.

Ik zou den heer De Groot echter willen vragen, of ik mij goed herinner, dat Scheff spreekt over eene genezing per primam inten-

tionem ook bij replantatie, m.a.w. of hij aanneemt, dat steeds na zekeren tijd resorptie optreedt. Ik vond in de literatuur o.a. een geval bij Neumann, die eene replantatie beschrijft na de abusievelijke extractie van eene molaar bij een student. Die tand werd op het moment weer ingezet en de patient kwam niet terug dan na drie jaar, door pijn gedrongen. Uit eene Röntgen-foto bleek toen ten eerste, dat een granuloom was ontstaan, en ten tweede, dat er geen sprake was van resorptie. De tand zat nog muurvast. Neumann heeft toen aan dien tand wortelpuntresectie gedaan en 7 jaar later, dus 10 jaar na de replantatie, kwam de patient terug. Er werd weer eene Röntgen-foto genomen en opnieuw werd geconstateerd, dat geen resorptie plaats vond. Wat nu na 13 of 14 jaar kan gebeuren weet ik niet. Het oudste geval dat ik in de literatuur heb gevonden, was dat van een gereplanterden tand die het 16 jaar uithield.

Heb ik nu goed begrepen, dat Scheff aanneemt, dat, wanneer een gezond periodontium aanwezig is en men zet den tand weer in den alveolus, eene directe verbinding plaats heeft tusschen het periodontium van den tand en het periodontium dat in den alveolus is achtergebleven?

De heer De Groot: Scheff vermeldt gevallen, die genezen zijn per primam intentionem, waarin het periodontium van den alveolus direct vergroeid is met wat was achtergebleven. Hij heeft die gevallen natuurlijk niet verder geobserveerd, zijne observaties gaan van 49 tot 252 dagen, maar hij vermeldt gevallen, waarin de tand volkomen vast zat, normaal weefsel gevormd was en geen resorptie had plaats gevonden, zelfs geen spoor. In andere gevallen echter zag hij na 50 dagen wel resorptie. De mogelijkheid bestaat dus wel, maar zij heeft zich slechts in een zeer klein aantal van de gevallen voorgedaan.

Ik zou graag eene vraag willen doen aan den heer De Jonge Cohen. Hij heeft gesproken en geschreven over den eigenaardigen vorm, dien hij gevonden heeft bij dens in dente. Hij geeft dien vorm altijd aan in den wortel, maar nu wilde ik hem vragen: heeft hij een dergelijken vorm ook wel eens waargenomen in de kroon? U schrijft in een van Uwe artikelen, dat in de buurt van de kroon hetzelfde proces plaats vindt, dat in de buurt van het foramen coecum aangroeiingen plaats vinden. Hebt U zulke gevallen ook wel gezien en gepubliceerd?

De heer De Jonge Cohen: Een dergelijk praeparaat, dat ik wel

genoemd, maar niet beschreven heb, bevindt zich als ik mij goed herinner in de verzameling van den heer Grevers. Ik meen zelfs, dat de heer Grevers meer van die gevallen heeft en ik meen mij ook te herinneren, dat het een middelste snijtand van de bovenkaak was.

De heer V a n L o o n: Het onderwerp dat de heer De Jonge Cohen bespreekt, heeft mij nu al 13 jaar geïnteresseerd, natuurlijk om deze reden, dat op den grond van de quaestie van dens in dente ligt de vraag, hoe men het moet verklaren, door concretescentie of door differentiatie.

Nu heb ik de verzameling van den heer Grevers, waar wij het toch over hebben, gedurende 13 jaren ter bewerking gekregen. Het gaat met al die gevallen van dens in dente zóó, dat een geval wordt gepubliceerd en dat die publicaties bijna altijd zeer onvolledig zijn. Het praeparaat van den heer De Groot is een geweldige stap vooruit, omdat wij nu den inhoud leeren kennen. Hoewel ik nu al 13 jaar bezig ben, heb ik mijn artikel niet kunnen publiceeren, omdat men nooit een oordeel over dens in dente kan hebben of men moet er een stuk of 60 hebben. In de eerste plaats: dens in dente bestaat niet, het is waarschijnlijk beter te spreken van een ingeplooiden tand of van een tand aan een tand, maar een tand in een tand is, voorzoover mij bekend, nog nooit waargenomen.

De heer De Groot heeft nu gevraagd of de heer De Jonge Cohen ook wel eens eene kroon heeft waargenomen. De heer Grevers staat mij toe, dat ik zijne verzameling laat zien op Röntgen-foto's; het is een cliché, dan kunt U daarvan een overzicht krijgen. De heer Grevers heeft, geloof ik, de grootste verzameling ter wereld van dens in dente. Het zijn een stuk of 20, en dat is eene reusachtige verzameling. Het is alleen jammer dat die niet in toto uit elkander gezaagd mag worden, want dan kijkt men er in. Nu kijkt men er alleen maar op en de Röntgen-foto geeft een begrip van het binnenste.

Intusschen mag ik U even laten zien hoe ver men met replantatie gaan kan. Er was een kind gevallen en de kroon van een tand was gebroken. Men heeft de kroon trachten te trekken, maar er is een puntje van den wortel achtergebleven. Men heeft toen dat puntje verbonden met de rest door eene platina-stift en den tand, met een goudinlay voor het ontbrekende wortel-gedeelte, geïmplanteerd. Dat is alles goed gegaan gedurende 5 jaar, toen is de tand getrokken.

Een vreemd geval op het gebied van wortelkanaalvulling.

De heer Van Loon: Na de diepe discussie over wortelkanalen die tot vannacht 1 uur geduurd heeft en waaraan ik ook heb deelgenomen, is het wel met eenigen schroom, dat ik voor U verschijn en het waag weer over eene wortelkanaalvulling te spreken.

Ik heb er al op gewezen dat het iets eigenaardigs is, wanneer een orthodontist over wortelkanaalvullingen spreekt. Daaraan is een eigenaardig aroma. Na onze discussie van gisteren retireer ik nog verder. Ik spreek nu niet als orthodontist over wortelkanaalvullingen, maar ik spreek als verzamelaar van rariteiten. Dat is weer eene nieuwe functie. Het verzamelen van rariteiten is voor mij eene groote liefhebberij en wat wij daarvan in het Instituut hebben, is al vrij aardig. In die neiging om rariteiten te verzamelen word ik gesteund door eenige collega's en ik neem deze gelegenheid te baat om die enkele collega's te bedanken. Onder hen is ook collega Käijser, die mij alle abnormaliteiten zendt, die hem in handen komen en ik ben hem voor die aanvullingen mijner verzameling zeer dankbaar. Ik zou zeggen: waren alle tandartsen wijs en deden zij daarbij wel, dan zouden zij mij ook alle abnormaliteiten sturen, die zij tegenkomen; en zij moeten toch bij U allen in de praktijk evenveel voorkomen als bij ons.

Al verzamelende komt men op een leeftijd, waarop men meent nu wel alles gezien te hebben. Na vijftien jaren verzameld te hebben zegt men: ik ben nu in dat stadium, nu heb ik toch wel alles gezien. Wanneer men dat dan pas gezegd heeft, wordt men op de vingers getikt en komt er iets, wat men nog nooit gezien heeft. Zoo meende ik op het gebied van de wortelkanaalvullingen wel van alles te hebben medegemaakt: ik heb perforaties gezien; kanalen, die niet gevuld waren; kanalen, die gevuld waren „to the very apex”; onvolledig gevulde kanalen; kanalen, die te veel gevuld waren. Alles schon dagewesen, zou men kunnen zeggen. Dat meende ik dan ook, totdat op een dag collega Käijser mij een praeparaat stuurde, waarvan ik zeggen moest: dat heb ik nog nooit gezien. Ik zal het U toonen.

(Beeld).

Het is een heel onschuldig tandje, U ziet hier eene prachtige pulpkamer en toch is deze tand (het is weer een I 2) behandeld met eene wortelkanaalvulling. Er vond ettering plaats rondom den tand,

en dat was voor collega Käijser eene indicatie om hem te trekken. Toen kwam dit te voorschijn. Dat is de vulling van het foramen coecum: twee draadjes, Wij hebben gisteren besproken, dat twee dingen mogelijk zouden zijn: amputatie of exstirpatie; men zeide: tertium non datur, zoodat dus de wortelkanaalvulling in den tand komt. Maar hier heeft U nu eene wortelkanaalvulling totaal buiten den tand. Ik zal het U even uitleggen, want er zijn er misschien, die niet weten wat voor soort wortelkanaalvulling dit is. Het is de z.g. Abraham'sche Sonde-Füllung. Zij bestaat uit vezels van een palm, die hij impregneert met creosoot tegen rotting en die hij dan nog infiltreert met thymol en formol. Het geheele ding komt dan vol te zitten met kristalletjes van die twee stoffen. Hij zegt in zijne verhandeling, dat die vulling net zoo ageert als eene Donaldson'sche naald: waar ik met eene dunne sonde kom, kom ik ook met die vulling. Dit werpt een eigenaardig licht op de zaak. Hij is dus met zijne metalen sonde precies aan den apex geweest, maar hij zit volslagen buiten den tand. Het wetenschappelijk gepraat over dens in dente is dus wel een diepgaand ding, omdat men komt op de concretescentie- en de differentiatie-theorie; maar U ziet nu, dat men ook in de praktijk aan al die anomalieën indachtig moet zijn. Wanneer men in het foramen coecum is en men dringt naar binnen, dan heeft men drie mogelijkheden: Men is in den werkelijken tand (dat is het normale, als ik nog van normaal mag spreken); dan kan men er in gaan en men komt er onderaan weer uit en men komt toch weer in den tand uit, maar binnen in; en het derde geval zit zoo in elkaar.

(Beeld).

U ziet deze instulping, dan is men er ook buiten, maar aan den buitenkant. U ziet, dat men het vullen tot de punt ook buiten den tand kan doen.

Men moet dus altijd denken aan de mogelijkheid van anomalieën.

Demonstratie van Patiënten.

De heer De Groot: Dit meisje kwam bij ons met eene kleine zwelling aan de linkerzijde van de kin, die U misschien ook uit de verte wel kunt waarnemen. Natuurlijk dachten wij aanvankelijk, dat die zwelling veroorzaakt werd door eene ontsteking. Wij konden ech-

ter ontsteking als oorzaak uitsluiten, aangezien er geen roodheid was en geen pijn. Wij moesten dus denken aan een tumor.

Wanneer wij ons de verschillende tumoren voor den geest roepen, die in de onderkaak kunnen optreden, dan moeten wij al dadelijk onderscheid maken tusschen goedaardige en boosaardige gezwellen. Tot de karakterica van maligniteit behoort in de eerste plaats een snelle groei. Daarvan is in dit geval geen sprake, want het is reeds negen maanden geleden dat de ouders voor het eerst dit gezwel hebben gezien. In de tweede plaats zou een maligne tumor die zoo langen tijd bestaat, de zenuwen hebben aangevreten waardoor pijn zou zijn veroorzaakt. Pijn heeft dit kind echter nooit gehad, en ook op dien grond kunnen wij de maligne tumoren dus uitsluiten.

Wij houden dit dus voor een goedaardigen tumor. De meest voorkomende goedaardige tumoren zijn: fibromen, tumoren in het weefsel, osteomen, tumoren in het been, en chondromen, kraakbeen-tumoren. Verder komen nog voor lipomen, aan wang en lippen, en angiomen, aan wang en tong.

Fibromen zijn tamelijk hard. Dit gezwel is echter op sommige plaatsen hard, op andere plaatsen week. Ook osteomen en chondromen zijn tamelijk hard, terwijl de zachte massa, die men bij lipomen en anginomen waarneemt niet aanwezig is.

Verder hebben wij gedacht aan eene folliculaire cyste. Het kind is nog in de wisselperiode, dus er zou eene cyste kunnen zijn om eene kroon heen. Nu gaat eene cyste altijd uit naar de zijde van den geringsten weerstand, dat is hier niet het geval, want de zwelling strekt zich niet alleen uit naar den kant van lippen en wang, maar ook naar den kant van de tong. In de tweede plaats, bij cysten die zoo groot zijn, dat zij uitwendig zijn waar te nemen, vinden wij altijd een beendefect. In dit geval zijn er meer beendefecten. Ook een cyste is dus uitgesloten. Adamantinoom en multiloculair cystoom hebben wij ook kunnen uitschakelen en ook een conglomeraat van kegeltanden, of een hoektand, die naar den verkeerden kant uitbreekt, hebben wij kunnen uitschakelen.

Wij hebben toen nog gedacht aan een goedaardigen tumor, het sacroom. Daarvan kennen wij drie vormen: het globo-cellulair of rondcellig sarcoom, het fuso-cellulair sarcoom, dat langgerekte cellen heeft en het giganto-cellulair sarcoom, een sarcoom met reuzencellen. Het laatste komt in de kaak zeer dikwijls voor. Dit zijn goedaardige gezwellen, die langzaam groeien en geen pijn veroorzaken. Daarop heb-

ben wij dus de diagnose gesteld, maar die diagnose is altijd nog eenigszins speculatief. Wij kunnen die diagnose eerst met zekerheid stellen als de tumor verwijderd is en als het microscoop ons heeft getoond wat wij voor ons hebben.

Ik wil U nu eerst de Röntgen-foto's laten zien van een jongen, dien wij ongeveer zes jaar geleden geopereerd hebben en die toen 12 jaar was. De jongen had een grooten tumor, de tanden waren duidelijk verdrongen. De tumor was langzaam gegroeid en veroorzaakte geen pijn. De diagnose was gesteld op cyste, maar bij de operatie kwam uit, dat het geen cyste was. Wij hadden die diagnose gesteld, omdat de tumor tamelijk hard was, maar er was een hoektand, die naar het scheen in den tumor lag, en die heeft ons doen dwalen. Wij dachten dus aan eene folliculaire cyste. Hier hebt U ook een afdruk. Een tumor van eene zekere maligniteit veroorzaakt het vaccilleeren en daarna het uitvallen van de tanden. Bij cysten worden de tanden verdrongen, maar blijven zij vast staan. Als U dit patiëntje onderzoekt, zult U zien, dat de tanden los staan. Verder raad ik U aan te letten op de uitbreiding naar buccaal en linguaal, en dan op het ontbreken van één bepaalden krater. Er is niet één bepaald punt, waar de tumor doorgebroken is, maar er zijn vele punten.

U ziet hier het beeld van dien anderen patiënt vóór de operatie en zes jaar ná de operatie. Wanneer U de foto van dit kind er mede vergelijkt, zult U zien, dat die twee beelden bij elkander behooren.

De vraag is nu hoe dit geval geopereerd moet worden. Natuurlijk moet de operatie radicaal zijn, maar eene totale resectie van de kaak is niet aan te bevelen. Eene partieele resectie van de kaak met totale verwijdering van den tumor verdient de voorkeur. Wij trachten altijd een deel van den corticalis te behouden, zoodat de patiënt in de toekomst met een klein kunstgebit geholpen is, en dat gelukt dikwijls. Ongeveer een jaar geleden hebben wij een vrouw geopereerd met een globo-cellulair sarcoom, dat de gansche onderkaak innam. Wij hebben een klein stukje van de onderkaak laten staan en hier hebt U eene foto direct na de operatie, en eene van een jaar later. U zult daaruit zien, dat zich in dat jaar weer eene geheel normale onderkaak heeft gevormd. Hieruit blijkt van hoe groot belang het is voor den patiënt, dat wij een stukje kaak behouden. Wij moeten dus altijd trachten de operatie zoo uit te voeren, dat een totale resectie van de kaak wordt vermeden.

Wij moeten ook rekening houden met het gevaar van kaakbreuk.

Wanneer een groot deel van de compacta verdwenen is en slechts een zeer dun stukje overblijft, is eene kaakbreuk tijdens de operatie zeer goed mogelijk. De tanden moeten worden weggenomen tot de middellijn en de eerste praemolaar staat ook los en moet eveneens verwijderd worden. Wij behouden dus een dun stukje onderkaak. Op aanraden van den Heer Van Loon hebben wij besloten provisorisch een apparaat te maken ter bevestiging van de kaak, als eene breuk mocht plaats vinden. Morgen zal de operatie worden verricht, de Heer Van Loon heeft dat apparaat gereed gemaakt en zal het U even laten zien.

De heer V a n L o o n : Het apparaat moet aan verschillende eischen voldoen. In de eerste plaats moet het zeer sterk immobiliseeren. Zooals U ziet, heb ik drie banden gemaakt op de molaren, en deze verbindingsstaafjes. Bij de constructie moest ik verder in het oog houden, dat het apparaat den operateur niet in den weg mag staan, de operateur moet zijne instrumenten vrij kunnen bewegen. De vraag is, wanneer wij het apparaat moeten aanbrengen. Tijdens de narcose opcementeeren is bezwaarlijk, daarom is het beter dat te doen vóór de operatie. De operateur kan dan verder rustig zijn gang gaan, het zit hem niet in den weg.

De heer D e G r o o t : Hier demonstreer ik U een tweeden patiënt, iemand met een zeer eigenaardigen tumor in de onderkaak, dien ik, naar ik meen, hier al eens eerder heb gedemonstreerd. Ik heb hem geopereerd, maar de tumor recideveert. Dat is zeer onaangenaam, maar wij zullen moeten overgaan tot eene tweede operatie. Ik blijf bij mijne diagnose, dat de tumor goedaardig is, maar ik wil het geval niet bespreken, want dan zou ik juist het interessante wegnemen. Wij kunnen dat straks doen, wanneer wij de patiënten in de nevenzaal nader bezien. Dengenen, die eenige kennis hebben van tumoren in den mond, zou ik willen aanraden dezen tumor eens goed aan te zien. Zij zullen in hun leven nog weinig zulke tumoren hebben waargenomen.

Een derde patiënt heeft een tumor aan de linkerzijde. Het is eene groote tandcyste, die de geheele bovenkaak inneemt. Bij onderzoek kunt U een scherp beenrand waarnemen en eene duidelijke fluctuatie van den inhoud der cyste.

Ik verzoek thans Uw aandacht voor de volgende patiënte. Deze

juffrouw heb ik ook al eens eerder laten zien in dit gezelschap. Zij had een grooten tumor in de bovenkaak, die door het palatum naar den buitenkant was gegroeid. Verder had patiënte drie cysten, eene aan den voorkant bij den tweeden incisief, eene in de middellijn en eene in de linkerzijde. Wij hebben de diagnose gesteld op drie mogelijkheden. Ten eerste vele folliculaire cysten, ten tweede een multiloculair cystoom met degeneratie en ten derde een tumor met cysteuse degeneratie. De differentiaal-diagnose was zeer eenvoudig. De Röntgen-foto bracht ons niet verder, men zag kleine gedifferentieerde cysten. Wij hebben echter de zaak doorgelicht met electrisch licht in den mond in donkere omgeving. Eene cyste zal in dat geval het licht zeer goed doorlaten, beter dan de normale kaakholte; bij een multiloculair cystoom ziet U hetzelfde, maar op verscheiden plaatsen blijft het donker en bij een tumor met cysteuse degeneratie blijft het geheel donker. Het bleek te zijn een tumor met cysteuse degeneratie.

Van welken aard zou nu de tumor zijn? Wij dachten eerst aan carcinoom. De patiënte is eerst 35 jaar, dus daarvoor wel wat te jong. De tumor was in een tijdsverloop van 3 of vier maanden gegroeid, derhalve vrij snel. Mogelijk was dus een carcinoom of een sarcoom. Wij dachten weer aan een gigantocellulair sarcoom, ook omdat de patiënte geen pijn had.

De operatie, resectie van de bovenkaak, geschiedde intra-oraal, U kunt het haar haast niet aanzien. De huid ligt los en als men eene prothese er in maakt, ontwaart men niets. Het interessante is, dat U een mooi overzicht krijgt van de rechterzijde van de kaak. De kaakholte is verdwenen, ook een groot stuk weefsel aan de middellijn en de conga media. Recidief is er niet. Ook deze patiënte zal ik demonstreeren in het nevenvertrek.

Verder wil ik U nog opmerkzaam maken op iets zeer interessants betreffende de Röntgenologie bij tumoren en cysten. Bij tumoren vindt U dikwijls eene groote verwoesting van het been en bij cysten vindt U altijd de regelmatige omgrenzing van de holte. Ik heb hier twee fotografieën, de eene van eene cyste, en de andere van een sacroom bij eene dame; een geval dat ik U aanstonds verder zal demonstreeren. (*Applaus*).