

UIT DE PRAKTIJK

GRENSGEVALLEN

DOOR

A. A. NORDEN.

In de „Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde”, (42e Jahrgang, Heft 9 u. 10) zijn voor eenigen tijd twee artikelen verschenen van de hand van Prof. Dr. *H. Moral* en Dr. *Günther Sponer* onder den titel „Über Grenzfälle”.

In deze verhandeling worden een aantal gevallen besproken, die, zoo men ze al als grensgevallen beschouwen wil, dan toch m. i. eerder in een neurologisch, dan in een tandheilkundig tijdschrift verwacht konden worden.

En hoezeer deze gevallen misschien leerzaam zijn voor een tandarts, die niet geheel een vreemdeling is in dit neurologisch Jerusalem, lijkt het mij dat juist deze voorbeelden weinig nut zullen hebben voor den „general practioner”, voor wien de neurologische literatuur te veel op een doolhof moet lijken, dan dat hij er zonder gids wegwijs genoeg in worden kan, om juist dat te vinden, wat hij behoeft.

Ten einde aan collega's, die bedoelde artikelen niet gelezen mochten hebben, eenigszins duidelijk te maken, welke opvatting door beide schrijvers gehuldigd wordt, sta men mij toe, uit de inleiding het volgende te citeeren:

„In den Masse, wie sich die Zahnheilkunde, mehr und mehr an die Gesamtmedizin ansschliesst, wird auch dem „die Zahnheilkunde als Spezialfach betreibenden Fachmann, „eine immer grösser werdende Zahl solcher Kranken vorkommen, die zwar ihr Leiden direct auf die Zähne, die „Kieferknochen, oder die Schleimhautbedeckung des Mundes „zurückführen, die aber an Leiden erkrankt sind, die mit den „eben genannten Gebilden nur einen losen Zusammenhang „haben.....

„Nach unserer Meinung muss derjenige, dessen Arbeits-

„gebiet die Mundhöhle ausschliesslich ist, alle Erkrankungen, die in ihr, oder an ihr vorkommen, so weit beherrschen, dass er sie diagnostizieren kann, und dieser Fachmann ist nach unserer Ansicht der Zahnarzt.....

„Die Behandlung wird freilich nicht immer seine Sache sein, er wird in vielen Fällen, die Kranken einem andern Facharzt, (Nervenarzt, Hautarzt u.s.w.) zuweisen müssen, oder sie in die Hand des Hausarztes geben.....

„Einfach liegen diese Dinge, wenn es sich um klare Fälle handelt, aber schwerer wird die Situation, wenn sog. Grenzfälle vorliegen, wie es gar nicht so selten der Fall ist.....

„Die heute zu schildernden Fälle liegen wiederum auf der Grenze zwischen Zahnheilkunde und Nervenheilkunde, und es werden besonders deshalb diese Fälle gewählt, weil sie in der Praxis durchaus nicht selten sind. Fast alle Kranken suchten die Klinik spontan auf, hatten von ihrem Allgemeinleiden kein Kenntnis oder verheimlichten es uns; auf alle Fälle bezogen sie ihre Beschwerden nur auf Kiefer und Zähne, und erhofften daher durch uns eine Besserung. Fast alle waren des Grundleidens halber noch nicht in Behandlung, einige die von ihrem Leiden Kenntnis hatten, liessen uns so lange darüber im Unklaren, bis wir es ihnen direct zusagen konnten. Dies ist auch der Grund, warum sie für uns Zahnärzte so interessant sind“.

Over deze opvatting omtrent de taak van den tandarts ware meer te zeggen, dan de ruimte in dit artikel toelaat. Ik kan echter niet nalaten eenige van de belangrijkste bezwaren er tegen, aan te stippen. In theorie klinkt een en ander zeer overtuigend. Zien we nu echter naar de toepassing van deze theorie, zooals die tot uiting komt in de gepubliceerde gevallen, dan blijkt daarbij noodig te zijn een dosis kennis van aetiologie, symptomatologie en therapie van hysterie, bulbair paralyse, multiple sklerose, neurasthenie, progressieve- en pseudo-bulbair paralyse, klimakterische neurose, manisch-depressieve psychose, enz. enz. enz., die geheel en al ligt buiten het opleidingsgebied van den tandarts, en deze moet volgens het geciteerde toch voor het allermindst die aandoeningen kunnen diagnostiseeren. Zelfs indien het nieuwe academisch statuut reeds ware ingevoerd, dan nog blijft het de vraag of men deze en dergelijke eischen aan den tandarts mag stellen.

Erst als de tandarts beginnen zou, algemeen medicus te zijn, alvorens zich in zijn vak te specialiseeren, mag men verlangen, dat hij ook van bovengenoemde aandoeningen voldoende (d. i. volkomen) op de hoogte zij.

Hiermede wil ik echter niet beweren, dat wij ons nu maar heelemaal afzijdig moeten houden van grensgevallen op tandheelkundig-neurologisch gebied.

Wat ons in dergelijke gevallen te doen staat, is echter niet juist aangegeven. Volgens genoemde auteurs zou men „den Kranken einem andern Facharzt zuweisen müssen, oder ihn in die Hand des Hausarztes geben.”

Het schijnt mij toe dat deze volgorde niet toevallig zoo gekozen is, en een uitvloeisel is van het steeds meer op den voorgrond schuiven van specialisten op vrijwel ieder gebied. Vooral het leekenpubliek gaat tegenwoordig in den huisarts meer en meer zien een wandelenden Baedeker, die men raadpleegt om uit te vinden, naar welken specialist men zich in elk voorkomend geval, begeven zal. En zooals men een Baedeker slechts raadpleegt, zoolang men den weg niet weet, en het nuttige boekje niet gebruikt, wanneer men *meent* zelf te kunnen aangeven, hoe men moet wandelen, zoo gaat een groot deel van het leekenpubliek, in vele gevallen meenen, zelf te kunnen bepalen welke specialist noodig is.

Ik richt me dus niet tegen de specialisten, doch tegen de meer en meer in gebruik komende gewoonte, den huisarts te passeeren, een „Unsitte” waaraan wij tandartsen m. i. niet mee moeten doen. De weg, door ons te volgen, zij dus: „den Kranken in die Hand des Hausarztes geben, welcher bestimmt ob, und welcher Facharzt Not tut.”

Bovendien zijn wij op algemeen medisch gebied dikwijls evenzeer leeken als onze patiënten.

Hoezeer men zonder medische voorlichting dwalen kan, juist in het neurologisch-tandheelkundig grensgebied, en speciaal bij hysterische patiënten, zal ik met een paar gevallen trachten aan te toonen.

Een dame kwam in behandeling, bij wie o.m. een radix geëxtraheerd moest worden. Na de injectie (1 c.c. novocaïne 2 %, suprarenine 0.005 %) wordt patiënte doodsbleek, heeft zéér versnelde pols, en is een collaps nabij. Deze verschijnselen schreef ik toe aan de werking der suprarenine. *Braun* immers verklaart:

„Im allgemeinen braucht man sich um die Dosierung des „Novocains nicht zu kümmern, wenn man nicht Grenzfälle „mit sehr grossem Operationsfeld in örtlicher Betäubung zu „operieren versucht”.

Over suprarenine zegt *Seidel*:

„bei älteren oder herzkranken Leuten ist eine Herabsetzung der Dosis des Suprarenins bis auf 0.00001, bei „Notwendigkeit starker Blutleere des Operationsfeldes, eine „Steigerung bis zu 0.00005 geboten“.

Bij navraag bleek patiënte echter nooit hartklachten gehad te hebben, wat later door den huisarts bevestigd werd. Bleef dus over de mogelijkheid van idiosyncrasie.

Guido Fischer, Lindeman citeerend, beschrijft hiervan een geval, dat echter geheel andere symptomen had.

Daar zoomin de samenstelling der injectievloeistof, als de hoeveelheid die ik gebruikte (1 c.c.) eenige aanwijzing kon zijn, en ook de kans van injiceeren in een bloedvat practisch niet in aanmerking kwam voor een verklaring, bleef de vraag naar de oorzaak van de collaps onbeantwoord.

De volgende maal kwam patiënte weder in behandeling, en nu deed zich het merkwaardige geval voor, dat patiënte, na het verwijderen van een Fletchervulling opnieuw doodsbleek werd, zeer versnelde pols kreeg en collabeerde. Ik vond het nu gewenscht, mij met den behandelenden medicus in verbinding te stellen, en deze gaf de verklaring: patiënte was een uitgesproken hysterica.

Dit geval is op zich zelf beschouwd, nu niet zoo bijzonder belangwekkend, en zal door ieder collega met een groot aantal soortgelijke ervaringen kunnen worden vermeerderd. Juist daarin schuilt echter een gevaar, en wel het verleidelijke van het al te spoedig stellen van de diagnose. H. y. Het lijkt mij daarom het veiligste eerst alle andere mogelijkheden te overwegen, en tenslotte, indien de waarschijnlijkheidsdiagnose H. y. luidt, deze te toetsen aan de meening van den meer bevoegden beoordeelaar, den behandelenden medicus, te meer, waar H. y. zich onder zoo verschillende vormen voordoet. Des te meer geldt dit, als wij weten, dat wij met een hystericus te doen hebben.

Een mijner dames-patiënten verheugde zich in het bezit van een diep carieuze molaar, welke ze onder geen voorwaarde wilde laten trekken, ofschoon er van conserveerende behandeling geen sprake meer kon zijn. Op een Zondagmiddag kreeg ze echter heftige pijnen van periodontitischen aard, en zij heeft toen, daar ik niet thuis was, de molaar laten extraheeren bij een collega, die daartoe mandibulair anaesthesie toepaste. Zes weken na dien klaagde patiënte nog steeds over gevoelloosheid van de betreffende lip-kinhelft. De vraag doet zich nu voor, hoe dit verklaard

moet worden. Verschillende mogelijkheden komen hierbij in aanmerking, te weten: De oorzaak kan liggen in het medicament of in de injectie, b.v. door infectie bij het injecteeren ontstaan; door beschadiging van den nervus mandibularis, of door vorming van een haematoom, dat een mechanischen druk op den zenuw uitoefent, en tenslotte kan bij de extractie een zenuwlaesie geschied zijn.

Daar de nervus lingualis normale sensibiliteit vertoont, kunnen we wel aannemen, dat het medicament niet de oorzaak was, terwijl de bij infectie voorkomende klinische symptomen ontbre-



ken. De beschadiging van den nervus mandibularis kan op grond van de anamnese zonder bezwaar ontkend worden.

Aangenomen kan dus nu worden, dat de sensibiliteitstoring door druk van een haematoom veroorzaakt werd. Dan zou echter langzamerhand door resorptie daarvan, de toestand moeten verbeteren, wat hier niet het geval was. Daar ik wist met een hysterica te doen te hebben, dacht ik ook aan H. y. en om uit te maken of hier nu al dan niet van een werkelijke anaesthesie of paraesthesie sprake was, verzocht ik patiënte de oogen te sluiten, en nu aan te geven, hoeveel maal de lip werd aangeraakt. De eerste maa! raakte ik eenige keeren de anaesthetische helft aan, den tweeden keer zoowel deze, als ook de normale helft. In beide gevallen verklaarde patiënte niets gevoeld te hebben.

Patiënte wist echter zelf nauwkeurig aan te wijzen, het gebied dat volgens haar gevoelloos zou zijn, en dat zich uitstrekke van het foramen mentale tot de mediaanlijn (zie figuur).

Het resultaat van de beide proeven was echter van dien aard, dat ik het meeste voelde voor de diagnose H. y., welke overigens door den huisarts bevestigd werd.

Ligt het dus op onzen weg, in gevallen als boven beschreven, ons met den huisarts in verbinding te stellen, omgekeerd komt het natuurlijk ook voor, dat een medicus zijn patiënten voor diagnose en behandeling naar ons verwijst, waarbij blijken kan, dat het betreffende geval buiten ons gebied ligt, of althans op de grens daarvan. Juist dergelijke dingen doen dan het gemis voelen van een bredere medische opleiding, die niet voldoende door het zelfstandig raadplegen van studiewerken ondervangen kan worden, vooral ook, daar de „kliniek” ontbreekt.

In verband met het hieronder te beschrijven geval leek het mij echter zoozeer gewenscht, althans eenig inzicht te krijgen in de beginselen van neurologie en psychiatrie, dat ik een bevriend medicus verzocht zich te willen belasten met het bijeenbrengen van voor mijn doel geschikte literatuur, aan welk verzoek met de meeste bereidwilligheid werd voldaan. Aan het eind van dit artikel zijn de belangrijkste der geraadpleegde werken te vinden, terwijl ik in het volgende hier en daar aanleiding zal vinden deze boeken aan te halen.

Korten tijd geleden bezocht mij een dame met een zoontje van tien jaar, van wien zij mij het volgende mededeelde:

Het jongetje had nog nooit gekauwd. Chocolate, koek en andere voor kinderen begeerlijke zaken, weigerde hij reeds als kind van drie jaar, door de lippen krampachtig samen te klemmen, en het hoofd af te wenden. De indruk, dat zelfs het occludeeren reeds pijnlijk was, werd gewekt door zijn gewoonte, beide lippen binnenwaarts tusschen de tanden om te krullen. Alleen fijn gekookt eten, en zacht witbrood zonder korst wilde hij eten. Op zijn zesde jaar was hij daarvoor ter observatie zes weken in het kinderziekenhuis alhier opgenomen, zonder eenig resultaat. Ook de huisarts wist niet, hoe hij deze eigenaardige afwijking moest verklaren, en had het geval naar mij verwezen, omdat kauwen en kauworgaan allicht op tandheelkundig gebied thuis behooren.

Ook had het patiëntje rachitis gehad, en daarvoor een anti-rachitiskuur van eenige jaren doorgemaakt. Tenslotte wil ik hier

nog vermelden, dat zoomin het plagen van schoolvriendjes, als de voortdurende drang van de zijde der ouders, het jongetje hadden kunnen bewegen te gaan kauwen, terwijl hij zich ook iederen morgen krachtig tegen tandenpoetsen verzette. Blijkbaar helde de moeder eenigszins over naar de meening, dat onwil en konsekwente koppigheid de voornaamste rol spelen. Merkwaardig is de houding van den vader, die van medisch ingrijpen niet veel heil verwachtte, omdat de schuld van het niet-kauwen... bij de moeder ligt, die het kind blijkbaar niet goed had opgevoed, en het had moeten leeren kauwen. De reden voor het bezoek bij mij, was dan ook het feit, dat een jonger broertje dezelfde eigenaardigheden van het derde jaar af vertoonde, en nu op zijn vierde jaar misschien wél te beïnvluenceeren zou zijn. Toch wilde ze eerst nog eens beproeven, wat ik bij het tienjarig patiëntje bereiken kon. (De andere kinderen kauwen allen normaal).

Tot zoover de gegevens, die ik van de moeder ontving. Ik ging nu over tot het ondervragen van het jongetje:

- „Hou je van chocolade?”
 - (Schouderophalen).
 - „Eet je wel eens een chocolaadje?”
 - (Neen schudden).
 - „Waarom niet?”
 - „.....pijn.....”
 - „Waar heb je dan pijn?”
 - „Weet ik niet.”
- Enz. enz.

De ondervraging ging niet zeer vlot. Blijkbaar was hij erg op zijn qui-vive, en de antwoorden kwamen aarzelend, bijna weerstrevend.

Ik ging nu over tot onderzoek van de mondholte. Het eerste wat mij opviel daarbij, was de aanwezigheid van een groote hoeveelheid zacht tandsteen, zelfs op de occlusale vlakken der molaren, wat bewees, dat van „klandestien” kauwen ook geen sprake kon zijn, en dat de waarneming der ouders in overeenstemming was met de feiten. De occlusie was vrij goed, de wisseling achter. Een I₂s. was in doorbraak, de andere was nog niet te zien. Kort te voren wat de betreffende melkincisief getrokken. De eerste blijvende molaren waren aanwezig. De vier melk-cuspidaten waren, evenals de melkmolaren, nog aanwezig, en zaten stevig vast. Voor zoover dit door palpatie was vast te stellen, konden de radices over een groot gedeelte worden waargenomen. Deze palpatie, die doelbewust met eenige kracht was uitgevoerd,

bleek niet pijnlijk te zijn. Een zeer krachtige percussie van alle elementen, zoowel zuiver occlusaal, als in buccale, palatinale, mesiale en distale richting (voor zoover mogelijk) wekte geen pijn op. Ik liet daarop eerst rechts, en toen links, de molaren samenbijten op een houtje, dat duidelijk de indrukken der occul-sale knobbels vertoonde. Ook het dichtbijten wekte geen pijn-sensatie op bij het patiëntje, dat zich langzamerhand met meer vertrouwen aan het onderzoek onderwierp, en er zelfs blijkbaar belangstelling voor voelde.

Het resultaat was echter voorloopig negatief. De doorgestane rachitis had aan het gebit zelf geen sporen nagelaten, zoomin structureel als in maxillo-orthopaedischen zin. Alleen de processus alveolaris was typisch verdikt. De gingiva was iets rood, niet ontoken. (Het eenige wat ik daaromtrent heb vermeld gevonden, was bij *M. Dewey*, „Practical Orthodontia” 4e uitgave, blz. 118:

„The alveolar process is greatly thickened, and this „thickening of the alveolar process can be seen as thick „ridges in the living individual. The gums are thick, and „more or less inflamed” ¹⁾.

Overzien we nu onze gegevens, en trachten we daaruit een conclusie te trekken omtrent aetiologie en aard van de afwijking, dan komen we tot de volgende overwegingen:

- 1°. Volgens de anamnese wekt kauwen pijn op.
- 2°. Bij het objectief onderzoek blijkt dat het gebit vrij is van caries. De pijn is niet gelocaliseerd in de pulpa of het periodontium van een of meer tanden, en evenmin in de gingiva.
- 3°. Het dichtbijten op een oranje houtje bewijst dat ook in de kauwspieren geen pijn wordt opgewekt. ²⁾ (Een lichte myositis kan in het verloop van rachitis voorkomen).
- 4°. Het kind heeft vroeger rachitis gehad, vertoont in den mond nog symptomen daarvan. De waarschijnlijkheid dat vroeger dichtbijten pijn opwekte aan een ontstoken, *gezwollen* gingiva, is zeer groot.

¹⁾ *Port u. Euler*. (Lehrbuch der Zahnheilkunde) vermelden wel bij rachitis: „Oft ist auch der Kiefer im ganzen auffallend verdickt”, doch zeggen niets omtrent den toestand van de gingiva.

²⁾ *Julius Misch*. (Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin u. Zahnheilkunde, 1922. blz. 389) „Indes, die englische Krankheit spielt sich „nicht ausschliesslich am Knochensystem ab. Die Muskulatur ist „schlaff, und weicht erheblich in ihrem histologischen Aussehen von „der Norm ab”.

- 5°. De vulnerabiliteit van de gingiva kan ook nu nog groter zijn, dan normaal het geval is.
- 6°. Het tandenpoetsen kan oorzaak zijn van voortdurende irritatie.
- 7°. Bij het onderzoek blijkt echter, wat ik hier nogmaals met nadruk vermeld, dat de gingiva bij krachtigen druk niet pijnlijk is.

Uit anamnese en objectief onderzoek blijkt dus, dat de bij het kauwen bestaande pijn *niet* gelocaliseerd is:

- a) In het gebit zelf (geen caries, pulpitis of periodontitis).
- b) In de gingiva (niet drukgevoelig).
- c) In de kauwspieren (bijtproef, geen myositis).
- d) In de kaakbasis (geen enkel symptoom!)

Volledigheidshalve komen nu nog voor beschouwing in aanmerking, als mogelijke oorzaak voor de klachten:

- e) Neuritis.
- f) Neuralgie.

Ter motiveering van de opvatting, dat ook deze beiden niet in aanmerking komen, laat ik hier ter vergelijking, een beschrijving in hoofdtrekken van neuritis en neuralgie volgen:

Neuritis heeft een acuut verloop. De zenuw is ontstoken, en vertoont daarvan de gewone verschijnselen, dolor, rubor, tumor en calor.

„Das Kardinalsymptom der akuten Neuritis ist der „Schmerz, der an einer unbeschriebenen Stelle, oder meistens „in der ganzen Bahn des Nerven empfunden wird. Dieser „Schmerz ist heftig, bohrend, reiszend oder brennend, er ist „andauernd, wenn auch die Intensität zeitlichen Schwankungen unterworfen ist. Gesteigert wird er durch Bewegungen, durch Druck, durch jede Muskelaktion, die eine „Dehnung, eine Kompression des Nerven bedingt. Die Haut „ist über dem affizierten Nerven zuweilen gerötet, selten „ödematös. Ihre Temperatur kann erhöht sein. Der entzündete Nerv ist sehr empfindlich gegen Druck, und diese „Druckempfindlichkeit betrifft bald den ganzen Stamm, bald „umschriebene Stellen, besonders die, an denen er aus „einem Knochenkanal, einer Faszie heraustritt, oder sich „um einen Knochen herumschlingt. Der Druck erzeugt in „der Regel nicht nur einen örtlichen, sondern einen nach „oben und unten ausstrahlenden Schmerz“, ¹⁾

¹⁾ Prof. Dr. H. Oppenheim, Lehrbuch der Nerven Krankheiten (Berlin 1913. S. Karger) Erster Band, bzl. 549.

„Als Zeichen der Nervenaffection machen sich zuerst „Parästhesien, sowie Hyperästhesien im Ausbreitungsgebiet „des erkrankten Nerven geltend“. ²⁾

De chronische perineuritis, is gewoonlijk niet met temperatuurstijgingen verbonden.

„Die Erscheinungen entwickeln sich schleichend, der „Schmerz ist weniger heftig, auch ist die Druckempfindlichkeit nicht so ausgesprochen.

„Im übrigen gilt für die Symptomatologie das was in „bezug auf die akute Neuritis angeführt ist“.

Neuralgie.

„Unter Neuralgie verstehen wir einen anfallsweise auftretenden heftigen Schmerz, der in der Bahn eines Nervenstammes oder seiner Zweigen empfunden wird... ..

„Die Neuralgie kann in jedem Lebensalter auftreten, doch „ist sie in der Kindheit sehr selten, meistens werden Personen „im mittleren Levensalter befallen. ³⁾

„Die Schmerzen treten in Anfällen auf, welche eine Dauer „von einer oder einigen Minuten, bis zu einer oder mehreren „Stunden haben. Aber auch in den Anfällen ist der Schmerz „kein kontinuierlicher, sondern besteht aus einzelnen Rucken „oder Stößen, die mehr als Messerstichartig, oder bohrend, „reizend, glühend etc. geschildert werden. Sie verlaufen gewöhnlich nicht so schnell wie die lanzinierenden, sondern „dauern Sekunden oder Minuten. In den Intervallen fehlt der „Schmerz vollständig, nur ausnahmsweise bleibt eine dumpfe „Schmerzempfindung bestehen, und die Anfälle bilden „Exacerbationen derselben. Sie kommen spontan oder werden „durch Bewegungen des Körperteils in welchem die Neuralgie ihren Sitz hat, durch seine Berührung, durch den Einfluss des kalten Luft, durch die Nahrungsaufnahme etc. „ausgelöst. Die Attacke ist häufig von sekretorischen motorischen und vaso-motorischen Symptomen begleitet.

„Die Haut ist in dem betroffenen Gebiet häufig hyperästhetisch, namentlich gegen leichte Berührungen, während „ein in die Tiefe dringender Druck lindernd wirken kann“. ⁴⁾

We komen tenslotte tot de overtuiging, dat aan deze aandoening geen lijden *van organischen aard* ten grondslag ligt. Trouwens, dat een jongen van tien jaar *nog nooit* gekauwd heeft, ter-

²⁾ Idem blz. 550.

³⁾ Idem blz. 720.

⁴⁾ Idem blz. 722.

wijl de toestand van den mond een goed functioneeren mogelijk maakt, doet onwillekeurig een *psychische afwijking* vermoeden.

Blijkbaar is het patiëntje doordrongen van de overtuiging, niet te kunnen kauwen, terwijl de houding van de omgeving deze overtuiging niet aan het wankelen heeft kunnen brengen. De overtuiging zelf kan dan ontstaan zijn in den tijd waarin een normaal kind gaat kauwen, dus vermoedelijk op ongeveer 2-jarigen leeftijd, toen de rachitis, en voorts locale oorzaken, een sterk gezwollen gingiva ten gevolge hadden. Deze rachitische zwellingen kunnen inderdaad zeer sterk geprononceerd zijn, en reeds het enkele occludeeren bezwaarlijk maken. Het psychisch abnormale ligt echter in het feit, dat ook in tijden waarin geen irritatie van de gingiva bestond, evenmin gekauwd werd, waarbij dus de associatie kauwen — pijn — niet-kunnen-kauwen, de instinctieve kauwneiging geheel verdrong. Hier wordt dus een denkfout gemaakt, waardoor het kind de onwrikbare overtuiging krijgt, dat *kauwen* eenvoudig onmogelijk is, terwijl de houding der omgeving een gevoel van minderwaardigheid opwekt, waardoor het kind schuw, gesloten en wantrouwend wordt, vooral als het onderwerp „kauwen” ter sprake komt. Daarbij valt op te merken, dat voor een kind bij het begrip „kauwen”, de associatie „eten” van zelf sprekend is, dat echter dit begrip niet verder ontleed wordt in b.v. „mond openen en sluiten”, „dichtbijten”, welke begrippen voor hem niet onmiddellijk met „kauwen” samengaan, doch integendeel geheel andere dingen zijn. Vandaar ook, dat bij dichtbijten op een oranje houtje geen „pijn” wordt aangegeven. Op hetzelfde oogenblik echter, dat hij zich bewust is te „kauwen” volgt als het ware automatisch het associatie-begrip „pijn”.

Men vergelijk hiermede een geval, dat ik ontleen aan „La médecine psychologique” van *Dr. P. Janet*:

„Mye, jeune fille de 18 ans, a eu une grande dispute avec son père, à propos de ses fiançailles, elle a parlé très haut, et a crié fort longtemps, si bien qu'à la fin elle avait la voix rauque. Elle se plaint à sa mère en sanglottant que cette querelle l'a rendue malade, car elle a dû certainement se casser une corde vocale. Depuis ce moment elle est aphone, et par moments complètement muette. La parole ne revient que la nuit pendant les rêves, et quelquefois le jour, pour un court moment, quand elle se met de nouveau en colère; mais dès qu'elle s'observe consciemment, elle ne peut plus articuler un mot à haute voix” (blz. 114).

Zoals men ziet, bestaan naast verschillen, veel overeenkom-

stige symptomen. De diagnose zou hier anders luiden, en het geval behoort tot een groep, die echter van de eerste niet scherp is af te grenzen.

Bij de patiënte van *Janet* valt op, het plotseling ontstaan van de afwijking, waarbij men in het oog houde dat het optreden volgt na een heftige woordenwisseling („vlucht in de ziekte”). Opmerkelijk is voorts, dat ze vooral dan niet met normaal klank-volume spreken kan, „dès qu'elle s'observe consciemment”.

Ook hier vormt geen organisch lijden den grondslag voor de afwijking; terwijl (objectief) normale functie mogelijk moet zijn, meent de patiënt (subjectief) de functie niet te kunnen uitoefenen.

In beide gevallen hebben we te maken met een psychische, (functioneele) afwijking.

„Il s'agit d'individus qui par leur constitution, ou par „le fait d'une maladie accidentelle ont une puissance de „réflexion très faible, chez qui la réflexion est toujours „lente, difficile, et courte. Sous l'influence des circonstances „variées qui déterminent des fatigues et des émotions, il y a „chez eux une dépression momentanée, qui les rend tout à „fait incapable de réflexion, et qui ne laisse plus subsister „chez eux pendant quelque temps que l'assentiment „immédiat (blz. 119).

Ten einde nu in dergelijke gevallen goede resultaten te krijgen, zij men er op bedacht dat de subjectieve klachten van den patiënt zich niet dekken met de objectieve waarneming.

„Grâce à la réduction de l'étendue du fonctionnement, qui „est une sorte de réaction de défense, l'esprit dont la force „et la tension sont diminuées, peut faire illusion et dissimuler „la dépression véritable” (blz. 236).

De middelen, die ons ten dienste staan bij de behandeling, liggen op het gebied der psycho-therapie. (Zooals de electrotherapie, en de hydrotherapie *niet* zijn behandelingen *van* electriciteit of water, zoo is de psychotherapie niet de behandeling *van* de psyche, maar de behandeling *door* de psyche).

We zullen dus door toepassing van een psycho-therapie trachten te bereiken, dat het patiëntje weer gaat kauwen, een herstel dus van de kauwfunctie, van het functioneeren zelf. Dit is zoowel van algemeen, als van zuiver tandheelkundig standpunt, van zeer groot belang.

„Retablir une activité normale, c'est souvent supprimer un grand nombre d'accidents que dépendaient d'agitations et „de dérivations” (blz. 132).

Van groote beteekenis hierbij is het vertrouwen te winnen van den patiënt, en den indruk te wekken, dat men hem en zijn klachten niet alleen geheel au sérieux neemt, maar tevens, dat men vast overtuigd is, hem te kunnen en te zullen genezen, dat genezing mogelijk is.

„On fait comprendre au malade qu'on le juge intelligent, „capable de ne se guider que par la raison; on doit même „chercher, comme *Dubois* le recommande justement, à exalter „ses qualités, à relever le malade dans sa propre estime. „Il y a encore l'exemple même du médecin qui paraît „ferme et convaincu” (blz. 111).

In dezen geest handelende, begon ik dus, daarin door een vraag van de moeder, een ongezochte aanleiding vindende, met de opmerking: „Als uw zoontje zegt, dat hij niet kan kauwen, dan is dat geen onwil, maar onmacht. Dan kan hij ongetwijfeld inderdaad niet kauwen.”

Daar ik bij deze woorden het jongetje bleef waarnemen, ontging mij niet, dat deze zienswijze blijkbaar nieuw voor hem was, dat hij een dergelijke uitspraak niet eerder had hooren verkondigen.

Na vernomen te hebben, dat hij op school wel niet tot de besten behoorde, maar toch de klassen gewoon kon volgen, bracht ik het gesprek daarop:

- „Vindt je het prettig op school?”
- „Gaat nog al.”
- „Zijn er leuke jongens in je klas?”
- „Och ja...”
- „Heb je veel vriendjes op school?”
- Toestemmend hoofdknikken.
- „Dan doen jullie zeker veel leuke spelletjes, hè? Waar hou je veel van?”
- „Krijgertje spelen. Dat vind ik wel fijn.”
- „Kan je hard loopen?”
- „Ik wordt altijd gauw gepakt, en dan moet ik 'em zijn, en dan kan ik de anderen niet gauw pakken. Dat is wel naar... Maar 't is toch een fijn spelletje.”

(Dit was de eerste maal dat hij geheel en zonder terughouding in het gesprek opging, en daarvan blijkt gaf door een antwoord van eenige zinnen, inplaats van korte onvolledige ant-

woorden. Hier was dus een onderwerp, waarmee ik hem uit zijn tent kon lokken).

— „Ja, dat is wel naar, dat je niet zoo hard kan loopen. Het zou veel leuker zijn als ze je nooit konden pakken. Stel je eens voor dat je zóó hard loopen kon. Maar dat kan best, hoor. Zal ik nu eens maken dat jij veel harder kunt gaan loopen?”

— Heftig ja-knikken, met glinsterende oogen.

— „Dat is goed, maar dan moet je mee helpen. Kijk eens, om hard te kunnen loopen moet je erg sterk zijn, nietwaar? En om sterk te worden moet je flink eten. Dat heb je nog niet goed gedaan, omdat je van kauwen pijn had. Nu zal ik zorgen, dat je goed kunt kauwen, zonder dat het pijn doet, en dan moet jij het ook flink probeeren. Dan zul je zien wat een flinke kerel je wordt!”

Uit de meer opgewekte houding van het jongetje was duidelijk waar te nemen, dat hij de redeneering goed begrepen had, en minstens verwachtte een tweede snelvoetige Achilles te zullen worden.

Het was nu echter zaak, een middel te vinden, dat zijn belangstelling gaande hield, en hem daardoor bleef aansporen, het kauwen door te zetten, dat nu voor hem geen doel meer was, doch middel tot het bevredigen der kinderlijke eierzucht, de eerste te zijn bij het spel.

„Le médecin qui pour faire une suggestion fait avaler des pilules de mica panis, des cachets de bleu de méthylène, ou qui fait une séance d'électrisation, mêle des actions physiques avec son action morale” (blz. 275).

Deze psycho-physische behandelingen behooren dan ook inderdaad bij de psycho-therapie.

Ik adviseerde dus, den eersten tijd met tandenpoetsen op te houden, en gaf het volgende recept, om vóór iederen maaltijd het tandvleesch te penseelen:

R tinct. myrrhae.
tinct. ratanhiaë.

aa 10.

Van tinct. ratanhiaë zegt *Christiaan Greve* in zijn „Diagnostisch-therapeutisches Taschenbuch für Zahnärzte”: „Ohne sonderlichen Wert”; en van tinct. myrrhaë: „Zu Pinselungen bei entzündetem Zahnfleisch ohne wesentlichen Nutzen”. — Toen

dan ook na een week het patiëntje terug kwam met de mededeeling, dat hij al koekjes kauwen kon, schreef ik dit aanvanke-lijk goede resultaat vooral aan de psychisch stimuleerende werking van het penseelen toe. Bij deze visite verwijderde ik het tandsteen, trachtte voorts door een gesprek, in den geest van het bovenbeschrevene de behandeling verder in de goede richting te brengen en schreef nu een mondspoeling voor, waarbij de lengte van het recept de bedoeling had, eenigen indruk te maken, ter versterking van den psychischen invloed.

R Chloras kalic.
Spir. cochleariae
Sulf. kalico-alum.
tinct. myrrhae.
tinct. ratanhiae.

aa 8.

M. d. S. coll. oris. 4 × dgs.

Deze behandeling heeft een volledig goed resultaat opgeleverd. Na een geslaagde poging om radijs te kauwen, eet de jongen volgens de laatste berichten alles, zeer tot eigen genoegdoening, en ondervindt, zooals begrijpelijk kan zijn, bij het kauwen absoluut geen pijn. Voorloopig laat ik nog met het recept doorgaan.

Het vier-jarig broertje dat (misschien door psychische infectie?) ook niet kauwde, heb ik hetzelfde penseelvocht voorgeschreven. Het voorbeeld van het 10-jarige knaapje heeft hier de rest gedaan.

Hiermede zou ik de beschrijving kunnen eindigen.

Den opmerkzamen lezer zal het echter niet ontgaan zijn, dat op een van de belangrijkste vragen geen antwoord gegeven is. De anamnese en het objectief onderzoek hebben aanleiding gegeven tot het stellen van een negatieve diagnose, en tot de meening, dat het geval op psychisch gebied ligt.

De vraag „wat is de diagnose nu,” is hiermede echter niet voldoende beantwoord, en al is het experimenteren op psychotherapeutisch gebied met een goed resultaat bekroond, toch ontneemt dit niets van het belang aan de bovengenoemde vraag.

En hier stuiten we weder op dezelfde moeilijkheid: Zoover reikt onze kennis niet. Ook hier was medisch-geschoolde hulp noodig, om de op psychiatrisch-neurologisch gebied liggende diagnose te kunnen stellen.

Voor zoover in het bovenstaande de differentiaal diagnose reeds behandeld is (n.l. voor *organische afwijkingen*) bepaal ik mij tot verwijzen naar het daar gezegde, en ga hier over tot het verder voeren der differentiaal-diagnose op het gebied der *functioneële afwijkingen*.

Hierbij komen verschillende afwijkingen voor een nadere vergelijkende beschouwing in aanmerking. Zonder al te zeer in détailkwesties te treden zullen deze in aanmerking komende functioneële afwijkingen hieronder geschetst worden.

1°. *Hysterie*. Een scherpe afgrenzing van hysterie is niet goed door te voeren, ook al niet, omdat deze zich op zoo talloos vele wijzen kan voordoen.

Hysterie is meestal niet monosymptomatisch, behalve nu juist bij kinderen. Indien men wil, kan men dus den naam: „monosymptomatische hysterie” handhaven. Echter pleit het verloop, en vooral de snelle genezing, exjuvantibus eerder voor „Erwartungsneurose”. Bovendien zegt niemand minder dan *Kraepelin*, dat wellicht het grootste deel der monosymptomatische kindershysterieën, als Erwartungsneurosen zijn te beschouwen. Juist wegens de afwezigheid van andere bij-symptomen, en de vrij duidelijke aetiologie van ons geval, is dan ook aan „Erwartungsneurose” de voorkeur gegeven, ofschoon inderdaad typische anaesthesieën, hyperaesthesieën en zônes, drukpunten, enz. bij kindershysterie vaak niet te vinden zijn.

2°. *Psychasthenie*. Deze wordt gekenmerkt door:

a. Angst (Phobie). Zoo bestaat b.v. angst om een ruimte (plein) over te steken, angst om in een vertrek te zijn, en bij kinderen b.v. ook „Kaufaulheit” en angst voor kauwen (Brüning).

Wil men deze diagnose stellen, dan moeten echter ook andere typische symptomen dezer ziekte aanwezig zijn, als de voornaamste van welke wij noemen:

b. Dwanghandelingen. Patiënt gevoelt een dwang om a. h. w. tegen zijn wil plotseling de een of andere handeling uit te voeren. (Hij *moet* b.v. altijd naar begrafenissen kijken).

c. De twijfelzucht (folie de doute). Patiënt *moet* 's avonds opstaan om te kijken of hij de deuren heeft gesloten (ook al weet hij zeker, die zelf gesloten te hebben), of de gaskraan open staat, enz.

Tot de phagophobie (angst voor slikken) of iets dergelijks, als symptoom voor psychasthenie nu, is het verschijnsel bij ons patiëntje niet te rekenen, juist omdat elk ander symptoom van

psychasthenie, voor zoover bekend, ontbreekt. Ook al komt psychasthenie reeds jong voor, hier hebben we daarmee niet te doen.

3°. *Glossodynie*, d. z. paraesthesieën (branden en steken) in de tong dan wel in de gingiva, wangen, lippen, is hier niet aan te nemen. Spontane pijn bestond niet.

4°. *Psychalgie*, een hysterisch of neurasthenisch veroorzaakte (psychogene) pijn, is ook een spontane pijn.

5°. *Traumatische neurose* komt op dezen leeftijd niet voor. Het is psychogene insufficiëntie, ontstaan door sociale invloeden vooral (angst voor invaliditeit; invaliditeitspensioen!).

6°. Blijft dus over de *Erwartungs neurose*. Zij is een door angst veroorzaakte afwijking: in casu angst voor pijn. Oorspronkelijk is er een of andere aandoening, die werkelijk pijn veroorzaakt. Eenige pogingen om het orgaan te gebruiken, geven pijn. Daardoor is het zelfvertrouwen gebroken. Er is angst voor het doen functioneeren van het betreffende orgaan: de verwachting van pijn is opgewekt. En nu zal steeds de pijnsensatie (subjectief) optreden bij het gebruiken van het orgaan, ook als de organische afwijkingen reeds lang hersteld zijn. De afwijking is nu monosymptomatisch. Zoo ontstaat „stotteren” bij het loopen of wateren; schrijfstoornis, slaapstoornis, slikstoornis. Zoo is ook wellicht zoo menige „chronische ischias” te verklaren, die dan ook door suggestie te genezen is.

Maar is hier een aetiologie op te geven, die zoo'n „Erwartungs neurose” bij ons patiëntje kan verklaren? Zeker. In het begin van het gaan-kauwen is het zeer wel mogelijk, dat b.v. door gingivitis, dan wel door rhagaden in de tong o. d. het kauwen met sterken pijn gepaard ging. De angst, eenmaal opgewekt, bleef, enz. — Of wel, patiënt had duidelijke rachitische afwijkingen. Nu geeft rachitis niet slechts been- maar ook spierafwijkingen; de spieren kunnen behalve slap, ook pijnlijk zijn.

Weliswaar zijn zeker de kauwspieren hierbij, hoewel vaak aangedaan, meestal toch niet pijnlijk. En een licht trigeminus neuralgietje (b.v. symptomatisch, door neusbijholte-aandoening, malaria of andere oorzaak) is ook niet absoluut uit te sluiten. Typisch voor de „Erwartungs neurose” is, dat de afzonderlijke bewegingen wel kunnen geschieden (als bij de „Beschäftigungs neurose”); dat de bewegingen goed, en zonder bezwaar volbracht worden, als patiënt *meent*, geloof, dat een andere beweging van hem verwacht wordt.

Zóó bij dit patiëntje: het stijf-dicht-klemmen van de kiezen

op een oranje houtje is heel iets anders dan kauwen —, en lukt zonder pijn.

Wat nu de therapie betreft: bij de Erwartungs-neurose is een suggestieve therapie, die niet eens intensief behoeft te zijn, veelal voldoende om de verschijnselen te doen verdwijnen. Overreding, lichte hypnose, faradiseeren (wegens het overrompelende ervan) hebben ook uitnemend succes, zij het ook, dat zij soms in den steek laten. Hier was blijkbaar de lichte suggestieve therapie voldoende, zoodat we „ex juvantibus” tot „Erwartungs-neurose” besluiten.

Bij hysterie, de eenige afwijking die we nog in beraad hielden, was intensiever therapie vrij zeker noodig geweest, vooral wegens „recidive”.

Daar de Erwartungsneurose is: het „in Permanenz Erklären „einer ursprünglich organisch bedingten Schmerzempfindung” (*Bruns*) en zich dus vaak uit in „douleurs d'habitude” (*Bris-sand*) is het beter, (ook voor het effect der latere psychotherapie) niet te veel tijd te verliezen met locale middelen.

Overigens kan een „Erwartungsneurose” een symptoom zijn (soms lang het eenige) van een psychose als b.v. schizofrenie (*Bleuler*).

Opmerkelijk blijft tenslotte toch de lange duur. Deze zou eerder pleiten voor hysterie.

Van kinder-hysterie zegt *Bruns*: „Die Knaben nehmen es, wenn ich so sagen darf, mit der Hysterie ernster”. Zij is minder frequent bij jongens; komt ze voor dan is ze echter ook stabiel, komt b.v. nog eens terug. In ons geval bestaat de stabiliteit. Of de afwijking later nog weer terug komt (wat zou beslissen ter gunste van de diagnose H. y.) moet de toekomst uitwijzen. Ook in dezen casus is het tenslotte duidelijk dat de mondspecialist alleen zonder medische hulp de diagnose niet precies zal kunnen stellen.

Vat ik het bovenstaande kort samen, dan kom ik tot de volgende conclusies:

- 1°. Bij de huidige opleiding der tandartsen, kan men (althans voor Holland) de eischen die *Moral* c.s. aan de kennis van den tandarts stelt, niet aanvaarden.
- 2°. In grensgevallen stelle hij dus hoogstens een waarschijnlijkheidsdiagnose, en verwijze den patiënt naar diens huisarts, ter nader onderzoek. Dezen wordt de eventueele keuze van een specialist overgelaten.

- 3°. Meer speciaal op neurologisch-psychiatrisch gebied past ons de uiterste voorzichtigheid bij onze diagnoses. In het bijzonder dienen wij niet, gelijk de leeken, te lichtvaardig te wezen met de diagnose: hysterie.
- 4°. Ten bewijze van deze laatste stelling werden eenige gevallen besproken, waarbij medische hulp noodzakelijk bleek te zijn.

Ik wil dit artikel niet beëindigen zonder de aangename taak vervuld te hebben, mijn hartelijken dank uit te spreken aan den Heer *F. Grewel*, arts te Amsterdam, voor zijn steun en voorlichting, in het bijzonder bij het stellen van de differentiaal-diagnose der functioneele afwijkingen.

Geraadpleegde literatuur:

- Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie.
H. Brüning, Untersuchung am Krankenbette des Kindes.
Bruns, Cramer, Ziehen, Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter.
M. Dewey, Practical orthodontia.
E. Feer, Lehrbuch der Kinderheilkunde.
Guido Fischer, Die örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde.
Christian Greve, Diagnostisch-therapeutisches Taschenbuch für Zahnärzte.
Dr. Pierre Janet, La médecine psychologique.
Kraepelin, Psychiatrie (8e Auflage. Bnd. III pag. 1424).
Kraepelin, Psychiatrische Klinik.
Lewandowsky, Practische Neurologie.
Julius Misch, Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde.
H. Moral u. G. Spener, Ueber Grenzfälle (Deutsche M.schr. f. Zahnk. 42e Jahrg. Heft 9 u. 10).
H. Moral, Einführung in die Klinik der Zahn- und Mundkrankheiten.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Pensoldt & Stinsing, Handbuch der Therapie IV Bnd. (Nerven u. Geisteskrankheiten).
Port-Euler, Lehrbuch der Zahnheilkunde.
-