

EEN GEVAL VAN HEMIHYPERTROPHIA DEXTRA EN HEMIATROPHIA SINISTRA

DOOR

G. A. H. EIBRINK JANSEN.

616.313 009.55] 031.4

Door de vriendelijkheid van Dr. G. D. Swanenburg de Veye, Zenuwarts en Arts voor het Buitengewoon Lager Onderwijs te 's-Gravenhage was ik in staat van bovengenoemd geval kennis te nemen, dat door de groote afwijkingen in grootte en doorbraaktijden der tanden en kiezen voor ons van belang is.

Dr. S. deelde hieromtrent het volgende mede:

De gevallen van congenitale hypertrophie moeten onderscheiden worden in totale hemihypertrophie en in partieele, wellicht met een afzonderlijke groep, die zonder het cachet der halfzijdigheid, als partiëele hyperthropie bestempeld zou mogen worden.

Totale congenitale hemihypertrophie is uiterst zeldzaam, in het N. T. v. Geneeskunde heeft Dr. G. C. Bolten dit voorjaar een geval daarvan beschreven.

Partieele hemihypertrophieën, die of een arm of een been of beide aan een lichaamshelft betreffen zijn talrijker beschreven. Daarbij worden dikwijls huidveranderingen pigmentvlekken, soms ook neurologische afwijkingen genoteerd, die de vraag wettigen of in sommige gevallen niet iets anders bestaat dan een zuivere ontwikkelingsstoornis.

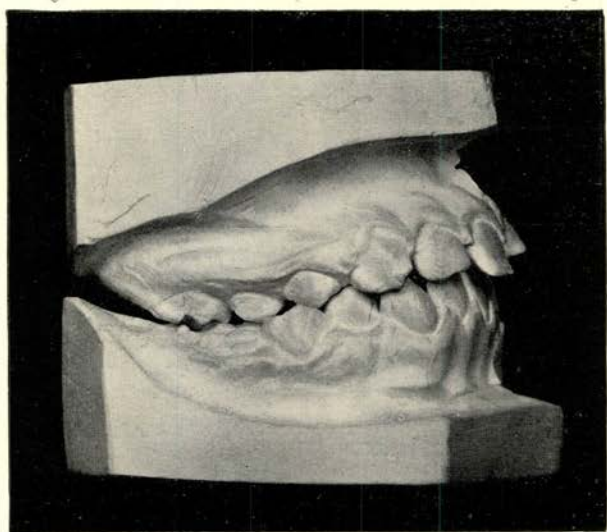
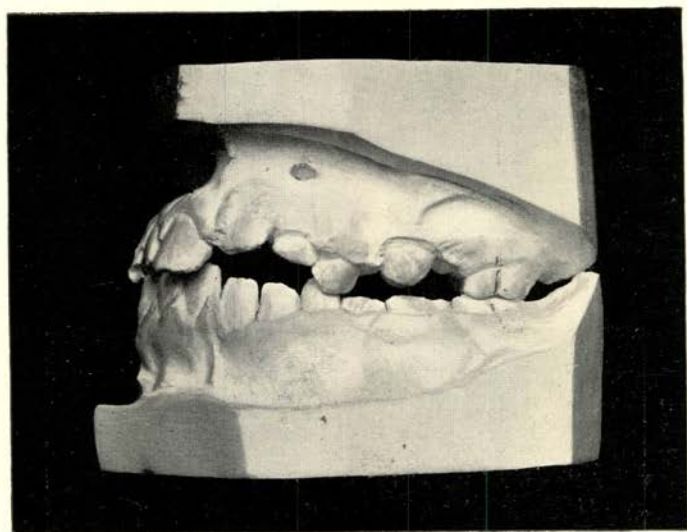
Merkwaardig en treffend is, dat bij bijna alle beschreven gevallen de hemihypertrophie in de *rechter* lichaamshelft ze-

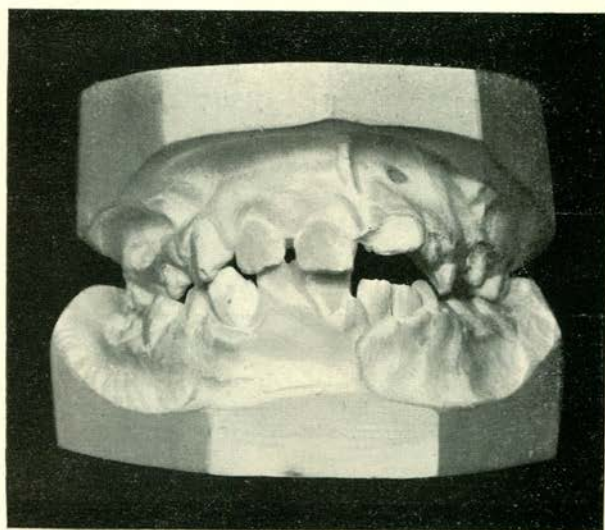
telt, te meer merkwaardig nu de meeste gevallen van hemiatrophia facialis in de linkergelaatshelft beschreven worden. Wat de oorzaak van deze afwijking betreft, de onzekerheid is recht evenredig met het aantal en het fantastisch karakter der hypothesen.

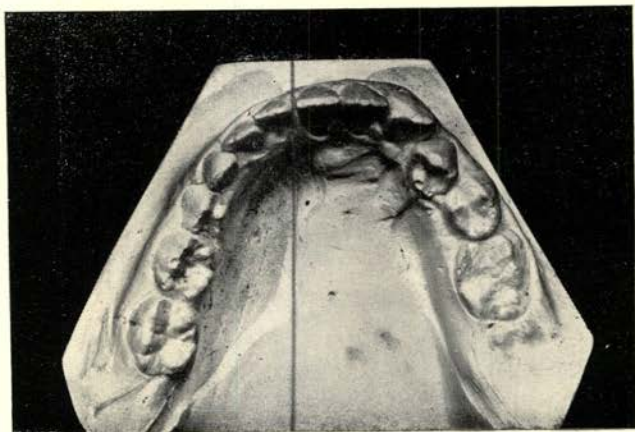
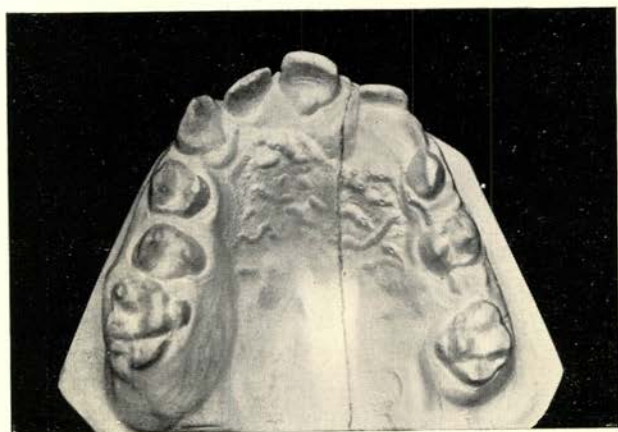
Wel de meest artistiek fantastische is de opvatting van *Pugné*, die mogelijkheid aanneemt van een tweeling zwangerschap met volkomen versmelting der beide vruchten. De resten van de grootere zouden dan bij de overheerschende kleinere als hypertrophieerende lichaamsdeelen zich documenteeren.

Verder wordt de oorzaak gezocht of in het zenuwstelsel hoewel bij geen der tot sectie gekomen gevallen ooit met eenige zekerheid een anatomische oorzaak daarin gevonden is, of in mechanische factoren tijdens de zwangerschap, omsnoering van foetale lichaamsdeelen door den navelstreng, waarop het eerst *Virchow* gewezen heeft. Is deze laatste mogelijkheid bij hypertrophie van arm of been denkbaar, de totale hemihypertrophie en de hemihypertrophia facialis in ons geval laten zich door een dergelijke opvatting niet verklaren.

Wel staat na de opmerking van *Friedberg* e.a., dat de hemihypertrophieën bijna steeds distaalwaarts toenemen (ook ons geval vertoont deze trek) en daardoor gelijkenis vertoonen met het bekende beeld der akromegalie, ook de hypophysiscerebri steeds in het centrum der belangstelling. Dat echter door een factor als gewijzigde interne secretie op zichzelf een halfzijdig gelocaliseerde afwijking zou kunnen ontstaan is al weinig waarschijnlijk. Inderdaad is ook voor zoo ver mij bekend in de hypophysis nimmer iets gevonden, dat als oorzaak der hemihypertrophieën zou kunnen gelden. Ook in ons geval vertoont de sella tursica een röntgenologisch normaal aspect. Patiëntje is geboren 14. 4. 1918, normale partus, na eenige maanden begon de moeder de afwijking op te merken. Het kind ontwikkelde zich geheel normaal en leert goed.







Odontologisch valt het volgende op te merken:

De wisseling rechts is links ver voor. In de rechterkaakhelften zijn geen melkelementen meer aanwezig. De tanden aan deze zijde zijn aanmerkelijk vergroot vooral P's en O's. In de bovenkaak zijn diastemen, zelfs deze groote tanden, kunnen de groote ruimte niet vullen.

Er zijn slechts enkele gevallen van reuzengroei bekend, en dan nog gedeeltelijk behorende tot de meer bekende akromegalie, o.a. een geval uit de Bertensche verzameling. Dit geeft reuzengroei van de kaken, echter normale grootte van de tanden te zien met vele diastemen, slijmvliesverdikking, vergrooing van de tong (Faltenzunge). Soms komen smaakstoornissen voor.

Een geval uit de Heidelberger kliniek laat naast de kaakvergrooing, ook een vergrooing der tanden zien. Het betreft een \pm 20-jarigen man. De hypertrophie is hier links, van C-M₂ reuzengroei, geen diastemen. I₂ ontbreekt, I₁ is normaal. Het is jammer dat in de meeste gevallen geen metingen van het gebit zijn gedaan. Slechts *Pagenstecher* en *Clerc* maakten bij een kind op 3, 9 en 10-jarigen leeftijd afdrucken. In het melkgebit vertoonde slechts de tweede boven en onder molaar een vergrooing. Deze leek veel op een groote eerste blijvende molaar, overigens waren er geen afwijkingen. De blijvende tanden waren van de C af naar achteren vergroot.

Wanneer we nu de maten van ons geval vergelijken met de grootste maten door *Black en Dewey* ooit gevonden, dan zien we dat:

	Black.
M ₁ s d meet 12.7 mesiodistaal	12.—
11.9 labiopalatinaal	11.5
P ₂ s d meet 9.6 m — d.	8.—
9.6 l — p	9.—
een opmerkelijk verschil dus.	
M ₁ i d meet 12.5 m. d.	12.—
12.— l. linguaal	12.—

P ₂ i d	8.— m. d.	8.—
	10.4 l. l.	10.—

welke maten ongeveer overeenkomen. Wat de atrophische zijde betreft, stemmen de maten vrijwel overeen met de door *Black* en *Dewey* gevonden kleinste maten. De bouw van het kind in aanmerking nemende zou een dergelijk nanisme wel het gevolg kunnen zijn van atrophie.

Het ligt in mijn bedoeling zooveel mogelijk door controle-afdrukken dit geval te volgen, alhoewel het buitengewoon jammer is, dat ik het melkgebit in de rechterkaakhelften niet meer heb kunnen observeeren.