

VEREENIGING VAN NED. TANDARTSEN

DISCUSSIE VOORDRACHT VAN DEN HEER

Dr. TH. E. DE JONGE—COHEN:

*CASUISTISCHE BIJDRAGE TOT DE MOLARISATIE DER PRAEMOLAARKROON. *)*

Prof. Euler: Mag ik vragen, of in het laatste geval de mogelijkheid van hereditaire lues aanwezig is?

De heer De Jonge-Cohen: Zoover wij weten, niet. De vader is onderzocht en bij hem hebben wij ectoscopisch niets anders kunnen vinden dan bilaterale reductie van den lateralen snijtand in de bovenkaak: of wij deze regressie met ons geval in verband mogen brengen, is stellig de vraag. Röntgenologisch zal moeten blijken, of ook de radices van zijn tanden normaal ontwikkeld zijn.

De heer Van Loon: Deze beschouwingen over knobbels van tanden vereischen speciale knobbels van de hersenen. Die hersenknobbels zijn vrij zeldzaam, maar Holland is er toch betrekkelijk rijk aan. Het is U allen bekend: dezelfde thema's die collega de Jonge—Cohen interesseeren, interesseeren ook mij in hooge mate. Daarom kan ik het niet van het hart laten, ook iets te zeggen.

Collega de Jonge—Cohen beweert nu wel, dat dit een P2 is, maar ik zie hierin niet anders dan een concretescentie tusschen een P3 en een P4. Alleen wanneer deze abnormaliteit gevonden wordt, aan één zijde vier praemolaren, en een vertoont den vorm, dien U hier heeft, zoudt U eerst het recht krijgen de zaak zoo te interpreteren als U doet. Het is natuurlijk Geschmacksache, maar U moet in deze zaak altijd rekening houden met de mogelijkheid van concretescentie. U bent een absolute aanhanger van de dimeertheorie, dat ben ik ook geweest, maar ik vind, dat daarnaast ook plaats is voor andere opvattingen en dat wilde ik alleen kenbaar maken.

*) Zie T. v. T., 1928, Afl. 12 pag 815.

De heer H e s k e s: Komen deze afwijkingen voor bij een normalen patient, iemand, die verder geen bijzondere afwijkingen vertoont, of zijn dat speciaal bijv. rhachitische patienten?

De heer D e J o n g e—C o h e n: Dit is een overigens normaal geval: verdere afwijkingen zijn niet aanwezig.

Wat de opmerkingen van collega V a n L o o n betreft, deze raken in hoofdzaak een principieele queestie en ik geloof niet, dat de beantwoording daarvan binnen het kader dezer discussies zoude vallen. Een vraag nochthans zoude ik nader onder oogen willen zien: afgaande op Uwe publicaties van destijds, mag ik aannemen, dat U in elk drieknobbelig praemolaarelement het concrecentieproduct zie van twee praemolaren — en daarop steunt, geloof ik, Uwe opmerking van zooveen. Is dat zoo?

De heer V a n L o o n: Neen. Ik laat nu in het midden, wie gelijk heeft, of de twee die nu nog functionneeren twee overblijfsels zijn van vier, die er geweest zijn, of dat alle vier nog in die twee aanwezig zijn. Maar, U moet altijd de mogelijkheid openlaten van een concrecentie. U moet toegeven, dat er in de kaak plaats is voor drie of vier praemolaren. Als U in de vormleer iets wilt terugbrengen tot molariforme ontwikkeling, dan kan ieder daartegen aanvoeren, dat U dit ook bewijzen moet, omdat er ook nog een andere mogelijkheid is; en dat is niet te bewijzen, tenzij U een mensch vindt met 4 praemolaren aan een kant en met dezen vorm: dan kunt U gelijk hebben.

De heer D e J o n g e—C o h e n: Mij zijn gevallen bekend, waarbij de vier praemolaren inderdaad alle van eene drieknobbelige structuur zijn. Dat is een zeer sterk argument tegen Uwe opvatting.

In de tweede plaats hebben wij terdege rekening te houden met de configuratie, zooals die — afgezien van overtollige knobbelementen — is. In ons geval nu blijkt, dat deze juist zoo is, als wij bij het normaal ontwikkelde drieknobbelig type vinden: m. i. bewijst dit, dat er voor concrecentie, in den zin als door U bedoeld, geen plaats is.

De Voorzitter dankt den heer de Jonge Cohen nogmaals voor zijn voordracht.

DISCUSSIE VOORDRACHT FLIERINGA.

De Voorzitter: Uit het levendig applaus is U reeds gebleken, dat Uw voordracht groote belangstelling gevonden heeft. Inderdaad heeft een voordracht als deze voor ons zeer groote waarde. Immers, het grootste gevaar voor iederen specialist, dus ook voor den tandarts, is hierin gelegen dat hij specialist is. Men kan niet te veel hooren van hetgeen in het grensgebied zich afspeelt. Dat verband bestaat tusschen tand-aandoeningen en oog-aandoeningen is ons bekend, maar U hebt dit verband uiteengezet op een zoo buitengewoon duidelijke en overzichtelijke wijze dat ik zeer zeker overtuigd ben, de tolk te zijn van alle aanwezigen wanneer ik U hartelijk dank zeg voor de voordracht, die U gehouden hebt. **(Applaus).**

DISCUSSIE.

De heer Van Loon: Met groote belangstelling heb ik Uw voordracht gehoord, omdat wij daaruit een compleet overzicht hebben gekregen, zooals wij dat in de boeken niet vinden. Ik wilde U omtrent één punt een inlichting vragen. Sprekende over de congenitale afwijkingen hebt U gezegd, dat een keer geconstateerd is een overcompletee hoektand bij een compleet gebit. Ik zou U willen vragen, waar ik dat vinden kan, want het werkt altijd geweldig op mijn zenuwen wanneer iemand een overcompleteen hoektand geconstateerd heeft, want daar zoek ik naar, dag in dag uit. Zoudt U mij kunnen zeggen, waar U dat gevonden hebt?

De heer Flieringa: Ik moet U zeggen dat ik op het oogenblik daartoe niet in staat ben, maar binnen zeer korten tijd hoop ik ik U de plaats te kunnen aanwijzen waar ik dat gevonden heb.

De heer Loeb: Als ik goed begrepen heb, hebt U gezegd dat de

gevallen van scheelzien meestal voorkomen in het tweede en derde levensjaar en dat die geen verband kunnen hebben met de eerste dentitie. Wanneer echter het scheelzien vroeger optreedt, bijv. in de achtste maand na de geboorte, kan er dan wel verband zijn met de dentitie? En wanneer dan buitendien tegelijkertijd in het melkgebit een overtollige tand optreedt, is U bekend of dit verband kan houden met scheelzien of heeft U daaromtrent iets in de literatuur gevonden?

De heer Flieringa: Ik zou den heer Loeb eigenlijk zeer uitgebreid moeten antwoorden, maar wanneer ik dat zou doen dan vrees ik dat U, m. d. V. mij dat zeer kwalijk zoudt nemen.

Ik geloof niet, dat de dentitie eenigen invloed heeft op het ontstaan van het scheelzien. Naar de meest moderne opvattingen ontstaat het scheelzien hieruit, dat een zeker evenwicht verbroken is. De drang tot fusie, tot samen-beweging van de oogen, is verbroken. Die drang is een aangeboren iets en die kan bij sommige individuen labiel zijn. Wanneer die fusie-drang labiel is, kan iedere aandoening van het organisme, die een tijdelijke verzwakking veroorzaakt, aanleiding geven tot verbreking van het evenwicht. Zoo zien wij na kinkhoest en andere infectieziekten het scheelzien manifest worden en zoo kan ook een moeilijke dentitie optreden als praedisponerend moment, waardoor het scheelzien manifest wordt. In dien geest zou ik dus aan de dentitie invloed willen toeschrijven, maar niet in den geest zooals Dörrer het doet. Dat het scheelzien het gevolg zou zijn alleen van een slechte dentitie kan ik niet aannemen.

De heer Loeb: Op de therapie heeft dit natuurlijk geen invloed?

De heer Flieringa: Neen, op de therapie heeft dit in het geheel geen invloed.

De Heer dr. H. de Groot: Met buitengewoon groote belangstelling heb ik de voordracht van collega Flieringa gehoord.

Ongeveer 1918 kwam er geen Amerikaansch tandheelkundig tijdschrift uit, of er stond iets in over het verband tusschen kaak-afwijkingen en oogziekten. De meest onmogelijke kaakafwijkingen gaven aanleiding tot oogziekten. Naar aanleiding daarvan heb ik toen eens geconfereerd met de oogartsen in Utrecht, ook met prof. Snellen, om

te vragen: kijkt U de gebitten ook eens na, want er komt zooveel tandlijden voor bij ooglijders, en wij zien bijna nooit ooglijders; er zal dus waarschijnlijk een fout schuilen bij de oogartsen. Dat is gebeurd, en er zijn toen werkelijk gevallen gekomen. Er is een geval gekomen van een chronische periodontitis aan den tweeden premolaar, die gaf typische verschijnselen van conjunctivitis. Twee jaar lang was de patient al behandeld voor conjunctivitis. Die patient is naar het Instituut gestuurd om de kies te verwijderen en die kies is verwijderd. Dat is waarschijnlijk wel een geval geweest, waarin verband bestond.

Dr. Ten Doesschate stuurde mij een patient met iritis, een prachtig geval. Ik moet eerlijk zeggen, dat noch dr. Ten Doesschate, noch ik er veel van geloofden, dat dit lijden een gevolg was van een zieken hoektand, maar de patient had een zieken hoektand met een prachtige peri-apicalen haard. Ik was er heel blij mee, wij hebben dien tand er uit genomen met den haard er bij en toen zeiden wij: nu moet de patient genezen. Drie weken later werd ik dan ook verrast met de boodschap: de patient was genezen. Wij hebben dat geval verder kunnen vervolgen en twee maanden later kwam de patient terug, weer met iritis. Het was heel jammer, in dat mooie geval, waarin wij meenden dat het verband bestond, dat de iritis terugkwam. De rest van de tanden was goed, d. w. z. de patient had er geen meer.

Wij hebben dus wel gevallen gezien, waarin dat verband bestond, maar ik heb toch den indruk dat het buitengewoon zeldzaam voorkomt. Ik geloof ook dat het Amerikaansche enthousiasme langzamerhand bekoelen gaat. Ik hoorde van U straks de opmerking, die ik volkomen juist achtte, dat de Amerikanen destijds buitengewoon conservatief te werk gingen en dat kon wel eens de reden zijn, dat er aan den apex veel meer bleef liggen dan er wel behoorde. Ik geloof dat de Amerikanen tegenwoordig, na de publicaties van Rosenow, de gevaren van een te ver doorgevoerde conservatieve behandeling wel zullen ontgaan en dat zij veel meer dan vroeger tot een chirurgische behandeling zullen overgaan.

Ik noem U dus de gevallen die wij gezien hebben, ik noem U als onze ervaring dat wij heel weinig verband gezien hebben en ik wijs ook op de noodzakelijkheid, dat de patient na de genezing vooral gecontroleerd moet worden, om te zien of recidif optreedt. Ik meen dat men juist bij oogziekten veel recidieven ziet ook na langen tijd,

zodat een tijdelijke genezing lang niet altijd als blijvend mag worden opgevat.

Hiermede heb ik alleen een bewijs van belangstelling willen geven voor Uw zeer interessante voordracht. Ik ben heel blijde dat ik eens een overzicht gehoord heb van het verband tusschen oogziekten en tandziekten en ik geloof dat U een dienst zoudt doen, niet alleen aan de tandheelkunde, maar vooral aan de lijdende menschheid, wanneer U een dergelijke voordracht ook eens in een opthalmologisch gezelschap zoudt houden.

De Voorzitter dankt dr. Flieringa nogmaals voor zijn belangrijke voordracht.
