

OORSPRONKELIJKE BIJDRAGEN

THE CONTRIBUTION OF THE DENTAL PROFESSION TO THE HEALTH PROGRAMME ¹⁾

Dr. ARTHUR W. ELLIS — Toronto (Canada).

616.31 084.

It gives me a great deal of pleasure to be present at this wonderful Meeting and Congress on Mouth Hygiene. I am sure that my colleagues in Canada deem it an honour to be represented here. I extend to you all their greetings and good wishes for success in this most important and far-reaching propaganda for mouth health.

I should like to make a few observations, which from our point of view, would show some means in which the Dental Profession may contribute to the mouth health programme.

¹⁾ A few general considerations might be in order first of all.

Up until a few years ago dental disease in relationship to general disease was considered a thing apart. Now oral infection as a cause of disease in distant parts of the body has been given assured scientific foundation. Dental disease is progressive like other diseases, first passes through the enamel into the dentine, then into the pulp, through the apex of the root into the bone and on into the general system. Likewise does periodontal disease, commonly known as pyorrhea, progress until the general system is affected. Thus

¹⁾ Read for the International Congress for Oral Hygiene at Utrecht, Aug. 1929.

many common disorders such as anaemia, arthritis, endocarditis, iritis, malnutrition, myositis, nephritis, neuritis, and many others may have their origin in dental disease.

Convincing evidence that infection of the dental and periodontal tissues can be eliminated and that the treated tissues are not specially susceptible to reinfection has not as yet been presented. It is not certain that infected teeth can usually be restored to a healthy condition and retained to the ultimate advantage of the patient. Our statistics show that where measures have been taken to lessen these bad conditions, by education along preventive lines, and by corrective operations, the conditions have greatly improved.

Dental defects and oral abnormalities never have been more prevalent among civilized peoples than they are to-day, and the consequent need for effectual oral health-service never was more urgent. Malformations of the jaws and ailments of the oral tissues are common. The boy or girl whose teeth are entirely free from caries is unusual; and the young man or woman without decayed teeth, or from whom teeth have not been extracted, or who has not had teeth filled, crowned, or replaced, is very hard to find. At middle age, disease of the tissues that surround the teeth is an accustomed experience; in old age, sound natural teeth are uncommon; and at all ages many persons suffer from infectious disorders that follow admission of germs through deficient dental tissues. The teeth are more frequently affected injuriously, more apt to become defective beyond the possibility of successful curative treatment, and more commonly eliminated by surgical intervention, than any other portions of the body.

The evidence points to the fact that dental disease is epidemic and serious and requires the careful attention of all Governmental and Municipal Health Departments.

Among the foundations of dental health, which are included in those of general well-being and which current information enables the dentist to influence, especially in co-opera-

tion with physicians, are normal pre-natal development, adequate diet during the period of growth, and physiological conditions in the mouth from infancy. But without the inheritance of a constitution and of an oral structure that are favourable, and without advantageous nervous and chemical co-ordinations in general, which are not yet controlable, even perfect mastery of the conditions of pre-natal development, diet, and dental environment may not avail to repel the early incidence of oral maladies. Nevertheless complete prevention of disease is the ideal of dental service; the means at hand should be used to the full in every sincere practice; and research should be extended in alle directions for the wider information that would afford greater power to ward off disability. Meanwhile, "preventive dentistry for children" is the most urgent general responsibility of the dental profession, which can be met most effectually by close accord between pediatrics and dentistry. In helping parents to protect children in their birtbrights of general health and vigour, and also to assure adequacy of diet and favourable oral conditions, the dental profession, by wisdom in private counsel and in public instruction, by judicious collaboration with school nurses and other public-health workers, by sympathetic alertness in personal observations, and by skill and capacity in actual practice, may become very useful factors in the attainment of these conditions.

Childhood is the cradle of nearly all disease. The condition of a child is more susceptible to bacteria than is commonly recognised. It is then that foundations are laid for dreaded diseases that may not make their appearance until maturity.

Bacteria entering the system of a child become located in the cells that have low resistance. These cells become sensitized to the bacteria and are gradually broken down by their constant action until the slightest influence in later life completes the breaking down and the acute pains of rheumatism or some other disease result.

Thus around a child's first teeth the whole process of foci of infections start. A gumboil that is now looked upon as nothing, indicates a focus of infection that may lead to much more serious results in later years.

There are single blood vessels around the roots of growing bones and around a child's heart that are delicate and readily attacked by bacteria. If this occurs rheumatism of the joint or heart might result in later life.

Food is one of the greatest causes of increasing infection. Care must be taken that the diet is well balanced so that it is nutritious to the weakest cells and does not form by-products that will assist bacteria to thrive.

Active foci of infection can often be suspected if a soreness is felt when a person is tired. The very foundation of many infections is laid when there is a sudden cessation of exercise.

Athletes have learned this lesson, but the average person neglects to observe it.

Capillary tubes that are opened by exercise are suddenly closed when the exercise stops abruptly, thus capping bacteria in. It has been said fatigue is the warning, infection the punishment, pain the monitor and rest the cure.

Thus the common so-called gumboil on deciduous teeth is a most serious menace to health and it is our duty as a Dental Profession to use every means to prevent such from occurring. In this we can contribute largely to the prevention of many of the degenerative diseases of middle life.

The Profession of Dentistry is in a large way responsible for the Dental Health of all the people of the community.

Under Common Law in Canada any person can follow the calling of providing dental treatment, and any patient can go to who ever he desires for such services. But due to a plan of co-operation between the Profession and the Government, which represents the people, a "Dentistry Act" was passed which provides that only persons who have made certain preparation and who hold a license can practise dentistry. This arrangement between the people and the dentists

implies that the Profession will provide such leadership and assist in making such arrangements as will bring the advantages of dentistry within the reach of all our citizens. The Profession of Dentistry accepts this responsibility, and for a number of years a committee representing the Dental Association has been in close touch with the Government. This intimate relationship has been further developed this year in that the Minister of Health has made provision for a Dental Advisory Commission composed of five dentists and the Depy. Minister of Health to make recommendations to him in regard to the distribution of dental grants.

Population can be divided roughly into three classes — the well-to-do, the average citizen, and the poor. The first two classes can provide dental treatment for themselves, but the poor must receive assistance.

The responsibility for providing such help rest upon the Government, the Municipality, and the Profession of Dentistry. It is handled in this way: the Government accepts full responsibility in regard to the dental health education of the people. The dentists assist by giving illustrated talks to public audiences, and professional groups whose activities are associated with health and education. The matter of providing treatment is really under the control of the Profession of Dentistry through the Dental Advisory Commission.

The services provided consist of Pre-school age children's clinics, school services, hospital departments, and a dental treatment system for workers in industry. The pre-school and school age services are financed by the Municipality with the assistance of a small grant from the Government. The Hospital Departments are manned by dentists who give their time gratuitously for the work. These men are members of the hospital staff and spend about one half day per week at the hospital. Dentists also occupy places on the staffs of the Government Hospital, Asylums, and such like, but these are paid a fixed salary. A plan is being put into operation to assist workers in industry to get dental treatment. They

will be given an inspection at the factory and be sent with a card to the dentist of their choice. He does the required work, and returns the patient's after-treatment dental record card to the plant. The employee pays the dentist on the instalment plan and the industry guarantees that all the money will ultimately be paid.

The Government also assists in providing dental treatment for the people living in the sparsely settled districts. Dentists in the Government employ are sent into these areas during the summer months and bonuses are paid to other dentists who travel through these sections, but collect fees from those able to pay.

It is felt in our country that dental service should be made available to all and we are working out the above scheme in co-operation with the government to that end.

The Dental Profession, I am sure, is willing and able to take care of the needs of the people. The State should assist in a large way in dental health education in making surveys of dental conditions, especially amongst children. But only those unable to obtain service in the regular way, should receive assistance in dental treatment.

The Dental Profession may contribute to the health programme along two main lines, dental health education and gratuitous services.

Dental health education can be carried out by public lectures to various public organisations, clubs, societies, teachers in training, nurses and many others. The Dental Association and Health Department supplies outline lectures, lantern slides, charts, motion picture films, dental health plays, booklets and any other material necessary for this work.

Surveys of the mouths of school children should be made twice a year and parents notified of dental defects. At the same time talks and instruction in preventive dentistry are given to them. The Profession should assist in this work until such time as the Municipality realises the value of this practice.

The Profession should devote a certain amount of time to gratuitous service in hospitals and other clinics where the poor may receive the necessary treatment. This is for the benefit of the thousands of citizens who cannot have a family dentist for various reasons. Those who are earning a very small wage, the children whose parents are poor and those living in communities too small to support a resident dentist. We, as a profession, have a responsibility and a great responsibility in regard to these people, but, the full burden should not be placed upon our shoulders, surely we must do the actual work and take a leading part in the organisation, but Governments, Municipalities and public spirited citizens must accept their full share of the financial obligations. The members of this profession should be prepared to give their time gratuitously in connection with the maintenance of a dental department in any hospital, providing that branch of the hospital service is equal in standing with all others. We should be prepared to organise travelling clinics, so that the people in outlying districts may be properly cared for, only stipulating that the practices of the resident dentists in these localities shall not be interfered with. We should be willing to freely give our time to make initial surveys so that facts and statistics, which will conclusively prove the need for a school dental service in any community, may be assembled and tabulated, and we should be anxious to assist in the organisation of work to be carried on in connection with the various factories and shops, so that the industrial workers may be informed in regard to the menace of dental diseases and the best means of protection. We appreciate the pressing need for pre-school clinics, being firmly convinced *that all children should come under the care of the dentist before they are three years of age*, and should be willing to accept our full share of responsibility in connection with the establishment of these clinics. The deciduous teeth must be preserved; they serve the child during the period of greatest development, but unfortunately, in many cases, they are hopelessly

decayed and infected before the child enters school. A pre-school clinic means a smaller number of poorly nourished children, less sickness and fewer premature deaths from preventable and degenerative diseases. But in all these activities we have a perfect right to expect assistance from Governments, Municipalities, Welfare Organisations and all citizens who are interested in the well being of their fellows and especially concerned about the health and happiness of the boys and girls.

AETIOLOGIE EN THERAPIE VAN FOLLICULAIRE KYSTEN ¹⁾

DOOR

Dr. H. DE GROOT

616.314.16.5 006.37

De kystevorming is een in de pathologie der kaken zoo veelvuldig voorkomend en veel variaties vertoonend verschijnsel, dat de literatuur hieromtrent tot eene respectabele hoeveelheid is aangegroeid. De reden, waarom talrijke publicisten gedurende de laatste halve eeuw dit onderwerp tot beschrijving hebben verkozen, is gelegen in de vele problemen, welke zich bij deze nieuwvorming voordoen, en die, tot op onzen tijd, nog voor een gering gedeelte tot oplossing zijn gebracht.

De *Aetiologie*, de *Symptomatologie*, en de *Therapie* hebben de belangstelling weten te wekken. Omtrent de aetiologie zijn velerlei theoriën, de een minder, de ander meer gedocumenteerd, verschenen; vele opvattingen geven blijk van niet begrijpen of onjuiste interpretatie, der bij de kystevorming naar voren tredende verschijnselen, en hierdoor tot het uitspreken eener theorie, die bij dieper zoeken naar de verklaring van het ontstaan, niet neergeschreven zoude zijn. De symptomatologie is thans volledig bekend, waarbij de toepassing der röntgenfotografie eene hoogstbelangrijke aanwinst is geweest.

¹⁾ Voordracht gehouden in de gecombineerde Jubileum-Vergadering van het Ned. Tandheelk. Genootsch. en de Ver. v. Ned. Tandartsen, 11 Nov. 1929 te Utrecht.

Op het gebied der therapie zijn slechts verbeteringen van ondergeschikt belang aan te brengen, behoudens bij enkele bijzondere kyste-soorten, als de folliculaire kysten en de multiloculaire kystomen, waarbij therapeutisch principieele behandelingsmethoden nog verdere bekendheid behoeven.

Voor de *tandwortelkyste*, gekarakteriseerd door het ontstaan der nieuwworming aan de wortelpunt van tanden en kiezen met afgestorven en geïnfecteerde pulpa, en waarbij het trauma een belangrijk aetiologisch moment is, wordt zoo dikwijls gediagnostiseerd, dat allen, die zich met de kaakchirurgie bezighouden, voor deze afwijking de grootste belangstelling hebben, of behooren te hebben.

Voor de(n) patholoog-anatoom treedt hierbij het belangrijke, nog onvoldoende opgeloste, vraagstuk van den oorsprong van de epitheliale binnenbekleding der kystewand, benevens de herkomst der kystevloeistof, die de chemische samenstelling heeft van bloedserum, gewoonlijk gesatureerd met cholestearine, op den voorgrond.

De klinicus en de therapeut vinden in de literatuur volledige aanwijzing tot diagnose en behandeling.

De zeldzaam voorkomende *multiloculaire kystomen*, die bijna uitsluitend worden aangetroffen in den *angulus mandibulae* benevens den *ramus ascendens mandibulae*, zijn interessant in verband met de daar ter plaatse voorkomende adamantinomen, gezwellen, die hun ontstaan vinden in de cellen van de glazuurpulpa. Het is de vraag, of deze kystevorm moet beschouwd worden als een kystekomplex *sui originis*, dan wel het eindproduct vormt van eene kysteuze degeneratie van het adamantinoom, welke degeneratie herhaaldelijk voorkomt.

De *Klestadt'sche kysten*,¹⁾ die hun oorsprong vinden in bij de ontwikkeling van het aangezicht ingesloten epitheliumresten (*Gesichtsspaltenzysten*), en waarbij het tandenstelsel

¹⁾ W. Klestadt-Embryologische und literarische Studie zur Genese der Gesichtsspaltens-Zysten und ähnlicher Gebilde. Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der Luftwege 1921.

geen rol speelt, zijn wegens het uitermate zeldzame voorkomen minder bekend, echter, wat de aetiologie betreft, hoogst belangrijk.

De zeer zelden voorkomende *tandelooze kysten* ¹⁾ moeten waarschijnlijk opgevat worden als paradentale epitheelkysten, ontstaan uit woekering van uit de ontwikkeling achtergebleven epithelia. In het Tandheelkundig Instituut alhier, kon slechts éénmaal een dergelijke kyste met zekerheid worden gediagnostiseerd.

De *folliculaire kysten*, waarbij het kenmerk is, dat de kysteholte ontstaat om de kroon van een normale geretineerde kies of tand, of om de kroon van een overtollig geretineerd tand-element, zijn belangstellingwekkend wegens de moeilijkheid van de verklaring van het *ontstaan*, en in mindere mate door de in te stellen *therapie*.

Vóór de ontdekking en in de geneeskunde toegepaste röntgenfotografie, was de diagnose „folliculaire kyste” onvolledig, terwijl de waarneming bij operatie, tengevolge der gemakkelijk hierbij optredende weefseldestructies niet steeds betrouwbaar is.

„Bij de diagnostiek der folliculairkysten is de röntgenfotografie een onmisbaar hulpmiddel.”

In John Tomes' "A system of dental surgery" wordt één door Tellander in de "Transactions of the odontological Society" vermelde folliculairkyste genoemd, waarbij niet minder dan 28 tanden van kegelvorm werden aangetroffen. Deze mededeeling is typeerend voor de groote waarde der röntgenfotografie, daar deze afwijking thans als conglomeraat van kegeltanden zou worden herkend, en niet behoord tot de folliculairkysten, in Engeland dentigerous cysts of follicular odontomes genoemd. ²⁾

¹⁾ W. Bauer Ueber zystische Bildungen im Kiefer. Zeitschrift für Stomatologie 1927.

²⁾ Hopewell-Smith-Normal and pathological Histology of the mouth, 1919.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

„Steeds wordt de kroon van één tandelement in een kyste aangetroffen.”

Bij enkele tientallen van dezerzijds geopereerde folliculaire kysten heeft mij dit feit steeds weer getroffen. Lartschneider,¹⁾ die verschillende mededeelingen over deze kystesoort heeft gepubliceerd, is dezelfde meening toegedaan. Andere schrijvers, o. a. Oppikofer²⁾ meenen meerdere tandelementen in één folliculaire kyste te hebben gevonden. De vraag rijst hierbij: Kan bij deze waarnemingen eene samenvloeiing van meerdere folliculaire kysten zijn opgetreden, nadat, door den druk van de kystevloeistof, de scheidingswand tot resorptie werd gebracht? Of, is een onjuiste waarneming geschied, doordat buiten de kysteholte liggende kronen, door de kyste van haren oorspronkelijken plaats verdrongen, tengevolge van weefseldestructie door de operationele behandeling, schijnbaar in de holte kwamen te liggen.

De Röntgenfotografie kan hierbij tot misverstand aanleiding geven.

(In de fig. 1 en 2 bleek bij de operative behandeling één kroon in de holte te liggen).

De opvatting, dat steeds één kroon in de holte ligt, is in strijd met de oorspronkelijke opvatting van Magitôt, die de folliculaire kysten in drie soorten verdeelde t. w.

a) Folliculaire kysten, ontstaan in dat stadium van ontwikkeling van de tandkiem, waarbij nog geen verkalking is opgetreden, de z.g. “Kystes embryoblastiques”.

Hierbij zou zich in het kaakbeen eene holte bevinden, met epithelium bekleed, niet samenhangende met eenige tand of kies, en waarin geen harde tandsubstantie werd gevonden.

Hoewel nog steeds van deze kystesoort gewag wordt gemaakt, bestaan deze vormsels niet als folliculaire kysten, en wel:

¹⁾ J. Lartschneider. Ueber die Entstehung van follicularen Zahnkysten. Zeitschrift f. stomatologie 1927. Heft 6.

²⁾ Oppikofer. 19 Zahnwurzelkysten und eine folliculaire Zyste — Archiv für Laryngologie 1911. Bd. 25.

1) Omdat deze kysten meestal worden aangetroffen ter plaatse van I_2 s, welke tand gepraedisponeerd is voor de ontwikkeling van tandwortelkysten. Na de extractie van dezen tand blijven eventueele periodontale kysten herhaaldelijk achter, en kunnen als tandelooze kysten een zelfstandig verder bestaan voeren.

2) De door Bauer beschreven tandelooze kysten, bovenvermeld, vertoonen hetzelfde beeld als de kysten embryoblastiques van Magitôt:

b) Folliculaire kysten, ontstaan in die periode der tandontwikkeling, waarin de kalkafzetting is begonnen, de z.g. "Kysten odontoblastiques." Hierbij zouden in den kystewand tandbeenschilfers worden gevonden. Bij het groote aantal kysten dezerzijds behandeld, werd nòch bij het röntgenologisch onderzoek, nòch bij de operatieve behandeling, nòch histiopathologisch, het bestaan dezer tandbeenschilfers aangetroffen.

c) Folliculaire kysten, waarbij de ontwikkelde kroon in de holte uitsteekt, de z.g. "Kysten coronaires." Deze vorm wordt *steeds* aangetroffen, terwijl, hetgeen voor de verklaring van het ontstaan dezer kystesoort van groote beteekenis is, de kystewand zich aan de kroon vasthecht ter plaatse, waar de cuticula dentis eindigt, aan den glazuurcementgrens.

Voor de *Aetiologie* der folliculaire kyste is deze plaats van vasthechting van groot belang, daar hieruit het innige verband blijkt, dat bestaat tusschen glazuurkapsel en folliculaire kyste. Evenzoo is het aanwezig zijn der cuticula dentis bij *alle* gevallen, die door mij hierop konden onderzocht worden, eene aanwijzing, dat de foll. kyste zich ontwikkelt tusschen stratum intermedium en epithelium externum van den glazuurkapsel.

Hopewell-Smith ¹⁾ deelt mede, dat de membraan van Nasmyth aan de in de holte uitstekende kroon gewoonlijk ontbreekt; het komt mij noodzakelijk voor, dat de aandacht op

¹⁾ De aetiologie acht Hopewell Smith zonder twijfel eene herkomst verband houdende met de tandontwikkeling.

het onderzoek naar deze membraan in alle gevallen, waar dit onderzoek uitvoerbaar is, worde gevestigd. Mijne waarnemingen, die werden verricht vóórdat Hopewell-Smith' meening mij bekend was pleiten voor een steeds aanwezig zijn der cuticula dentis.

Ook Perthes ¹⁾ meent, dat Ontwikkelingsstoornissen in de follikel tot deze cysten aanleiding geven.

Eene mededeeling van Tomes en Nowell, ²⁾ welke door mij van de grootste beteekenis wordt geacht voor de aetiologie, moet hier vermeld worden. Genoemde schrijvers wijzen op het feit, dat doorbrekende tanden dikwerf een blauwachtig week serumbevattend zakje, om den tandkroon gelegen, vertoonen (eruption cysts).

Zij beschouwen het ontstaan der folliculaire kyste als een ophooping van serum tusschen glazuur en tandkapsel waardoor, wordt niet verklaard.

Wel merkt Hopewell-Smith op, dat, ware vloeistofophooping om den tandkroon van niet-doorgebroken elementen een normaal voorkomend verschijnsel, de folliculaire kyste veelvuldig zoude moeten aangetroffen worden.

Geheel in overeenstemming met de mededeeling van Tomes en Nowell is mijne waarneming, waarbij echter ééne restrictie moet worden toegevoegd, n.l.:

„de kroon van moeilijk doorbrekende tandelementen (door „welken oorzaak ook) wordt omgeven door een holte.”

De onderzoekingen van Gottlieb ³⁾ Grohs ⁴⁾, Neuwirth ⁵⁾ en Göttlich ⁶⁾ hebben geleerd, welke voorbereidende maatregelen de tanddoorbraak voorafgaan.

¹⁾ Perthes-Verletzungen und krankheiten der Kiefer. 1907.

²⁾ Tomes and Nowell- A System of Dental Surgery. 1906.

³⁾ B. Gottlieb. Der Epithelansatz. Deutsche Monatschrift f. Zhk. 1926.

⁴⁾ R. Grohs. Veränderung der Schmelzepithelien während der Entwicklung und beim Durchbruch des Zahnes.

⁵⁾ F. Neuwirth. Zeitschrift f. Stom. 1925 en 1928.

⁶⁾ S. F. Göttlich. Studien over de doorbraak der molaren van Mus Norvegicus. Tijdschrift voor Tandh. 1926. Zeitschrift f. Stomatologie 1927.

De glazuurpulpa wordt smaller, waardoor het epithelium externum het stratum intermedium nadert.

Ten slotte verdwijnt de glazuurpulpa geheel. Na vergroeiing van deze epitheelagen onderling en met het mondepithelium komt de doorbraak tot stand. Bij normalen doorbraak is van holtevorming geen sprake.

Volgens mijne röntgenologische waarnemingen vertoonen elementen door eenige oorzaak *in retentie* niet de verdwijning van de ruimte door het Corpus Stellatum ingenomen, doch wordt om den Kroon een scherp omschreven hof waargenomen, eene folliculaire Kyste treedt op. (fig. 3 en 4.)

De histologische controle dezer waarneming kan nog niet gegeven worden, vanwege de groote moeilijkheid praeparaten met geretineerde, tot doorbraak neigende tandelementen te verkrijgen.

Het ontstaan der folliculaire kyste worde mitsdien beschouwd als een ontogenetisch verschijnsel.

Het histologisch onderzoek diene niet te geschieden, zooals thans veelal het geval is geweest, aan ontwikkelde kysten, doch beginstadia van het ziekteproces moeten worden opgespoord, en in serie-coupes bij niet-gestoord verband met de omgeving worden bestudeerd.

De meening van Hopewell-Smith (zie boven), die de algemeene opinie weergeeft, dat folliculaire kysten niet veelvuldig zouden voorkomen, kan ik op grond mijner waarneming niet onderschrijven, integendeel *de folliculaire kyste is een normaal verschijnsel bij vertraagde doorbraak.*

Dat deze meening omtrent de aetiologie andersdenkenden ontmoet, moge blijken uit enkele publicaties.

De oudere meeningen, o. a. van Magitôt, Albarran en Broca blijven slechts gememoreerd. Bennecke¹⁾ deelde mede, dat carieuze melkelementen irriterend op de kiem van het bijbehorende blijvende element kunnen inwerken, en de folliculaire kyste doen ontstaan.

¹⁾ Bennecke. Deutsche Monatschrift f. Chirurgie 1896 B. 42 H. 4 en 5.

Met deze publicaties blijkt Bennecke een voorlooper te zijn van eene theorie van ontstaan, die door Lartschneider ¹⁾ gedurende de laatste 20 jaren wordt verdedigd.

Tegen deze opvatting moge aangevoerd worden dat de folliculaire kyste vooral wordt aangetroffen bij heterotopie, waarbij de betrokken elementen niet met het melkgebit in contact komen. Als v.b. moge dienen de ontwikkeling dezer kysten om den nasaalwaarts gekeerden kroon van een overtallige snijtand (fig. 5).

Daarenboven geeft de geretineerde M_3 , zoowel in de bovenkaak als de onderkaak, herhaaldelijk tot de nieuwvorming aanleiding.

Lartschneider verklaart deze kystevorming door kiemprikkeling, tengevolge van tonsillaire en peritonsillaire ontsteking aan te nemen.

Deze verklaring komt mij ten eenenmale onvoldoende voor, daar de in de kaak verblijvende kiem niet dan bij ernstige infecties van genoemde organen zal worden beïnvloed, in welk geval diepere beschadiging ware te verwachten.

Daarenboven is lijden der tonsillen en van het peritonsillaire weefsel, vooral bij kinderen, zoo algemeen verbreid, dat de folliculaire kyste, indien Lartschneider's opvatting juist ware, de in ontwikkeling zijnde 1e en 2e molaren in gelijke mate als de M_3 zoude betreffen, hetgeen echter niet het geval is.

Folliculaire kysten worden aan de 1e en 2e molaar zeer zelden waargenomen, (dezerzijds nooit gezien), aan de 3e molaar herhaaldelijk geconstateerd.

Nemen wij aan, dat het ontstaan der folliculaire kyste een ontogenetisch verschijnsel is, zoo ontmoet de verklaring van het veelvuldig voorkomen van deze nieuwvorming bij hete-

¹⁾ J. Lartschneider. Osterr. Ungar. Vierteljahrschrift f. Zhk. 1909 H2.

Idem. Zeitschrift f. Stomatologie 1927 H. 12.

Idem. Idem. 1929 H. 6.

rotopie, wortelverkrummings, en vooral de M3, geen enkele moeilijkheid.

De *therapie* der folliculaire kyste geschiedt naar de regelen door Dupuytren en later door Partsch vastgesteld voor de periodontale kysten, of wel door de operatiemethode in de algemeene chirurgie voor kysten in gebruik.

Bij de eerste methode (Partsch 1) wordt door excisie van een deel der kystewand, en instulping van een mucosa-periostlap de kysteholte in ruime communicatie met de mondholte gebracht. ¹⁾

Bij de tweede operatiemethode (Partsch 2) wordt de kystewand geëxtirpeerd, en de holte, na volloopen met bloed, door enkele hechtingen van het overliggende mondslimvlies, gesloten.

Bij de folliculaire kysten doet zich de vraag voor, welke houding moet worden aangenomen tegenover de in de holte aanwezige kroon?

Lartschneider ²⁾ zegt:

„Was soll mit den schneeweissen wohlausgebildeten „Backenzahnkronen geschehen, welche im Cysteninnern „bei Operationen vorgefunden werden? Bei der tiefgehenden „Erkrankung des Zahnfollikels ist auf eine Weiterentwickelung dieser im folliculären (wurzellosen) Stadium der Entwicklung stehenden gebliebenen Zahnkronen nicht zu rechnen und sie müssen daher bei der Operation entfernt „werden).“

De behandelingsmethode volgens Partsch 1) met verwijdering van de tand uit de kysteholte werd tot 1923 ook hier toegepast. Contrôle van enkele geopereerde gevallen, waarbij bij wijze van experiment, de kroon in situ werd gelaten bij de operatie, heeft ons doen waarnemen, dat in de meeste

¹⁾ H. de Groot. De herkenning en behandeling van tandwortelkysten. Proefschrift 1919.

²⁾ J. Lartschneider. Die Zahnfollikelcysten. Zeitschrift f. Stomatologie 1927.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

gevallen de zelfs sterk gedислоceerde kroon haar plaats in de tandenrij herneemt, bij het verdwijnen der kysteholte 1)

Hierbij blijkt de rudimentaire wortel zich verder te ontwikkelen, zoodat na één tot twee jaar een volledig ontwikkelde tand haar plaats in de tandenrij heeft hernomen. 2)

K. Bloch-Jorgensen is tot dezelfde conclusie gekomen.

(Fig. 6, 7, 8 en 9 en fig. 10, 11 en 12 geven twee dezer gecontroleerde gevallen weer.).

Vooral bij folliculaire kysten van de praemolaren uitgaande, welke kies het meest tot de nieuwvorming aanleiding geeft, bleek de na de operatie in situ gebleven kroon hare plaats in de tandenrij te hernemen.

„Op grond van bovenmedegedeelde waarnemingen worde „bij operatie eener folliculaire kyste de in de holte zich bevindende kroon niet dan bij uitzondering verwijderd en gedurende het verloop der genezing onder röntgencontrole „de verdere ontwikkeling van de geretineerde tand gevolgd.”

CONCLUSIE:

- 1) Het ontstaan der folliculaire kyste is een ontogenetisch verschijnsel.
- 2) Bij operatieve behandeling der folliculaire kyste worde de operatie volgens Partsch 1) gevolgd, en de kroon zoo moge'ijk in situ gelaten. Gedurende het genezingsverloop tracht de kroon haar plaats in de tandenrij te hernemen.

1) H. de Groot. Zie boven.

2) K. Bloch. Jorgensen. Dental Cosmos 1928.