

NED. TANDHEELKUNDIG GENOOTSCHAP



VERSLAG VAN DE HONDERD VIER EN VEERTIGSTE
VERGADERING OP DONDERDAG 22 OCTOBER 1936
TE UTRECHT.

De Voorzitter, de heer B. R. Bakker, geeft na de opening te 1 uur n.m. het woord aan den heer S. F. Göttlich voor een voordracht over

„Eenige gevallen van gecompliceerd herstel van het gebit”

Aan de hand van het gedemonstreerde resultaat bij een aantal patiënten, geeft spr. een uiteenzetting van de wijze waarop hij in gevallen van gebrekkigen toestand van het gebit, onder gelijktijdige aanwezigheid van parodontose, er in geslaagd is om met vermindering van losse protheses een gezonden en cosmetisch tevreden stellen den toestand te scheppen. Het betrof patiënten, die voor den status van hun gebit degeprimeerd waren en onder een volledige prothese nog meer gebukt zouden gaan, als zij niet langs conserveerenden weg (met behulp van brugwerk en jacketkronen) waren geholpen.

Hierna houdt de heer J. W. A. Tjebbes een

chirurgische demonstratie van patiënten

waarbij cysten van dentalen oorsprong verwijderd waren. De eerste patiënt betrof een radicaire cyste, uitgaande van M_1s , welke drie vierde van het antrum verdrongen had. De behandeling bestond in een vereeniging van de holte met de neusholte onder gelijktijdig aanbrengen van een nieuwe communicatie van het (resterend) antrum met de neusholte. Hier is dus niet, gelijk in andere gevallen, de cysteholte met het cavum oris verbonden.

Een andere patiënt betrof een folliculaire cyste in de onderkaak (welke cysten in verhouding van 1 op 4 radicaire cysten voorkomen) die zich tot in den processus coronoideus had uitgebreid. De operatie bestond in het maken van de cysteholte tot een bijholte van den mond. Ondanks het groote substantieverlies was de

rest van de kaak vrij stevig, waarbij nog op een geleidelijke structuurverbetering van het resteerende been kan worden gerekend.

Voorts demonstreert spr. eenige gevallen van eigenaardige cystomen. Een patiënt had in de onderkaak een uitgebreide cyste (met fistel) tot in den opstijgenden tak, welke geen cholestearine, doch een dikke brijachtige pap bevatte. Spr. beschouwt dit als een folliculair cystoom, dat uit de tandlijst is ontstaan door onbekende oorzaak, wel te onderscheiden van het cysteuse adamantinoom, omdat hier geen epitheelwoekering optreedt.

Een andere patiënt had een holte in de onderkaak van Csin. tot P₂ dext. De operatie bestond in het openleggen van de holte (waarbij de apex van den hoektand werd opgeofferd) onder de frontanden door naar de andere zijde. Na epithelialisering vormt zij een nevenholte van het vestibulum oris.

In een ander geval was wortelresorptie ontstaan door een cyste, die zich (in tegenstelling met gewoonlijk) niet liet uitpellen, zoodat de holte uitgekrabd moest worden. Wat aanvankelijk als een gewone cyste werd beschouwd bleek bij nader pathologisch onderzoek een van adamantinomatösen oorsprong.

Ten slotte behandelt spr. een paar occlusie anomalieën, die chirurgisch behandeld zijn (progenieën). De operatie bestond in één geval in het doorsnijden van den opgaanden tak en achteruitzetten van de onderkaak, nadat tevoren de bovenkaak orthodontisch gecorrigeerd was, ter compenseering van de occlusie verschuiving. Na een fixatie gedurende twee maanden, bleek opening van den mond meteen weer mogelijk.

In een tweede geval bepaalde spr. zich er toe om alleen den processus condyloideus door te zagen en niet den geheelen opstijgenden tak. Een derde geval vertoonde eenzijdige hypertrophie van het capitulum, waardoor bij opening van den mond deze naar rechts werd geschoven. Door een X-foto bleek het linker capitulum grooter dan het rechter te zijn. De operatieve behandeling bestond in een osteotomie van den processus condyloideus, waarbij na een verschuiving de opgaande tak naast het vergrootte capitulum kwam te liggen. De occlusie is weer goed geworden. Deze operatie, die tot nog toe niet in Nederland werd uitgevoerd geeft zeer goede resultaten. Van groot belang is tevens de veel kortere duur der behandeling ten opzichte van andere correctiemethoden.

Wat betreft de kwestie der noodzakelijke correctie van de bovenkaak dient er rekening mee gehouden te worden dat door de operatie de occlusie steeds wordt verstoord, de bovenkaak wordt a. h. w. te wijd voor de teruggeschoven onderkaak. In de literatuur is de vraag omtrent het tijdstip: vóór of na de operatie, nog niet

opgelost. Spr. is zelf voorstander van voorafgaande orthodontische behandeling, omdat men dan na de operatie de onderkaak meteen kan fixeeren. Bij fractuur van den opstijgenden tak legt men geen bijzondere waarde op immobilisatie; kinderen ondervinden overigens geen schade van de langdurige onbeweegbaarheid.

Wat de techniek van de operatie betreft is de open snede veel gemakkelijker en overzichtelijker dan de omsteek-methode. Bij de laatste methode loopt men gevaar ook de arteria lingualis door te zagen wat tot een profuse bloeding aanleiding geeft. Het voordeel van de omsteekmethode is de afwezigheid van een blijvend litteken; op de wang ziet men alleen het overblijfsel van den insteek, evenals achter de onderkaak. Operatie vanuit de mondholte, ter voorkoming van uitwendige zichtbaarheid, levert weer infectiegevaaren op.

Gedachtewisseling.

De heer H a m m e r heeft veel progenieën geopereerd. Aanvankelijk had spr. veel optimisme inzake de omsteek-methode, maar men behield toch kleine litteekens. De operatie via een snede achter het oor is echter een ingrijpende kunstbewerking. Thans geeft spr. de voorkeur aan de osteotomie en blootlegging volgens Lindemann, waarmee spr. de beste resultaten bereikt; men kan alles goed zien en loopt geen kans op onbedoelde verwondingen en moeilijkheden. Spr. is daarom bij de bloedige operatie gebleven; een wond van 1 c.M. lengte kan goed gerekt en daarmee het operatieterrein goed overzichtelijk gemaakt worden. Wat de reguleering betreft is spr. niet geporteerd voor een behandeling van te voren; hij stelt zich bij de operatie op de modellen in; dit is gemakkelijk, maar na de operatie valt het resultaat vaak anders uit. Na een immobilisatie van 8 weken wordt de fixatie geleidelijk verder geopend.

Mejuffrouw Schuiringa vraagt of men achter het ontstaan van de progenie geen interne oorzaak moet zoeken en welke leeftijd voor de operatie het meest geschikt is.

De heer V a n L o o n is met de uiteenzettingen van den heer Tjebbes zeer voldaan. Elke fractuur moet absoluut geïmmobiliseerd worden. Bij een fractuur van het capitulum is de functionele therapie geïndiceerd; spr. gelooft dat de bezwaren daartegen overdreven zijn. Inzake de reguleering van de bovenkaak lijkt hem beter zulks na de operatie te doen. Het voordeel van de operatieve behandeling der progenie is dat de patiënt psychisch belangrijk opgebeurd wordt.

De heer T j e b b e s kan omtrent de mogelijke endocrine oorzaken van de pro genie geen uitspraak doen. Wat het tijdstip van de operatie betreft, kan men het beste opereeren wanneer de kaak volgroeid is, al is de leeftijd bij de pro genie niet zoo belangrijk als bij de chirurgische behandeling van den open beet. Wat dit laatste betreft, is een door spr. geopereerd geval later iets terug geloo pen als gevolg van den groei van de kaak; er is een zekere recidieve tot den stompen kaakhoek. Spr. heeft het gevoel in dit geval te vroeg te hebben geopereerd, Daarom doet men beter te wachten tot de patiënt volwassen is.

Als laatste spreker houdt de heer Dr. H. H a m m e r te Berlijn een voordracht getiteld:

Die Entzündungen der Mundhöhle (unspecifischen und spezifischen).

De ontstekingen van het slijmvlies, aldus spr., komen dermate veelvuldig voor, dat het slechts zelden in niet-ontstoken toestand verkeert. Gelukkig is het weefsel tegen infecties zeer resistent, anders zou het niet in staat zijn de gevaren die het organisme kunnen bedreigen af te wenden. Men kan de aandoeningen verdeelen in de lichte en de ernstige vormen. Tot de eerste categorie behoort de gingivitis marginalis, die een onschuldig beeld vertoont. Blijft deze echter onbehandeld, dan kan zij zich uitbreiden tot een stomatitis catarrhalis, die het geheele mondslijmvlies doet ontsteken en tevens gekenmerkt is door een sterk beslagen tong en een vaak onverdraaglijken foetor ex ore. De behandeling is eenvoudig en richt zich op de oorzaak: den onhygiënischen toestand van het gebit en de mondholte (tandsteen, overstaande randen van vullingen en kronen, slecht passende en onverzorgde protheses). Bij de bestrijding van de oorzaak komt 50 % echter voor rekening van den patiënt en alleen op die wijze is de ongevaarlijke aandoening tot genezing te brengen, de voorwaarde om erger te voorkomen.

Uit de gingivitis marginalis simplex kan zich, indien deze onbehandeld blijft, de necrotiseerende gingivitis ontwikkelen, welke niet meer van onschuldigen aard is. Bij de gingivitis simplex treedt histologisch aanvankelijk een woekering van het epitheel in de submucosa op en een uittreding van cellulaire elementen uit de bloedvaten, welke zich in het verdere verloop accentueert, waarbij het weefsel doordrongen is van lymphocyten en leukocyten, een exsudatieve ontsteking dus. Van de gingivitis necroticans is de genese nog niet opgehelderd. Eensdeels wordt zij beschouwd als een vervuilingenziekte (analoog aan de „Schmutzpyorrhoe” van Gott-

lieb) anderen zien haar als een infectieziekte en beroepen zich daarbij op de aanwezigheid van bepaalde microben. Hierbij doet zich echter de vraag voor: zijn deze bacteriën de specifieke verwekkers of zijn zij secundair aanwezig, welig tierende op den door de ontsteking gunstig voorbereiden bodem. Dit is volgens spr. moeilijk uit te maken. In dit necrotische stadium ziet de tandvleeschrand eruit alsof hij afgehakt of afgescheurd is, met vuil beslag bedekt. Het zijn geen zweren, maar is zuivere necrose, die op het slijmvlies van wang en tong kan overgaan en tot een gangraen van de mondholte zich kan uitbreiden.

De behandeling is dezelfde als bij de gingivitis simplex, n.l. een zorgvuldige reiniging van den mond, waarbij de gangraeneuze aanhangsels weggenomen worden. Spr. waarschuwt met nadruk er tegen om in dit stadium diep-carieuze elementen en necrotische wortelresten te verwijderen. Door een dergelijk ingrijpen komt het beenmerg vrij en de lymphebanen open voor een indringen van de infectie in de diepte, wat tot een algemeene sepsis kan leiden. Extractie in dit stadium moet als een ernstige kunstfout worden aangemerkt. Ook het etsen van de necrotische randen moet als zinloos vermeden worden. Spr. ontraadt eveneens het gebruik van den tandenborstel als reinigingsmiddel vanwege het gevaar om de infectie in de diepere lagen van het weefsel te brengen; de voorzichtige reiniging met wattentampons en niet-irriteerende antiseptica (3 % H_2O_2 is nog te prikkelend) is geïndiceerd.

Een ander ziektebeeld is de idiopathische mondgangraen, die berust op een afwezigheid van afweerkrachten van het organisme. Daarom is de prognose ernstig en moet met een letaal verloop in 50 % der gevallen worden gerekend.

Het laatste ziektebeeld in deze reeks is de noma of waterkanker, die veelal aan den mondhoek of lip begint en op het mondslijmvlies overgaat onder het beeld van een totale necrose. De prognose is infaust, de therapie machteloos; plaatselijk valt niets te doen. De enkele gevallen van gunstigen afloop zijn mogelijk als het lichaam de afweerkrachten mobiel kan maken, waaruit volgt dat naast een plaatselijke reiniging vooral de patiënt verzorgd moet worden.

Zoo bestaat, aldus spr., de mogelijkheid dat door individueele dispositie uit een onschuldig ziektebeeld zich een ernstige aandoening kan ontwikkelen. Voor den tandarts vloeit hieruit de plicht voort om de lichte ontsteking van het tandvleesch steeds zorgvuldig te behandelen.

Hierna behandelt spr. de parodontitis, die met velerlei namen wordt betiteld, maar waarbij het alleen op de behandeling aankomt. Hij onderscheidt twee vormen, de eerste, gekenmerkt door

onhygiënischen toestand van het gebit, overbelasting, enz., welke marginaal begint en als paradontitis betiteld wordt en als tweede vorm de uitbreiding ervan. Bij de parodontose ziet men van de symptomen der paradontitis aanvankelijk niets, pas later als vanuit de diepte de ontsteking naar buiten doorbreekt, onder den vorm van beenmergabscessen, dan wordt het ziektebeeld van beide hetzelfde. Klinisch is het röntgenbeeld bekend; histologisch verdiept zich het physiologische tandvleeschzakje tot een pathologisch zakje, dat zich in haar uitersten vorm tot de apex uitbreidt.

Men heeft hier weliswaar niet met een levensgevaarlijke aandoening te maken, maar voor het behoud van het gebit is het van het grootste belang. De behandeling is in het eerste stadium conserveerend-chirurgisch volgens Younger-Sachs met of zonder de Dunlop-methode: zorgvuldige verwijdering van elk stukje tandsteen en grondige curettage van het tandvleeschzakje. Van belang is voorts een algeheele polijsting van den tandhals om hernieuwde afzetting van tandsteen tegen te gaan. Is het zakje 2 m.M. diep, dan is de conserveerend-chirurgische behandeling geïndiceerd in den vorm van gingivoectomie: het zakje moet geëlimineerd worden door horizontale wegname van den buitenrand van het tandvleesch.

De derde vorm van therapie is de radicaal-chirurgische, die als ideaal voor de gevorderde paradontose kan gelden en op welk gebied Widman en Neumann baanbrekend werk verricht hebben; men moet omtrent het resuleaat zijn verwachtingen echter niet te hoog spannen. Na wegname van de gingiva wordt de blootkomende beenrand gereinigd om aldus de verticale atrophie in een horizontale te veranderen. Het uiteindelijke resultaat is een rij „lange” tanden, maar daar is niets aan te doen. Spr. heeft deze methode gewijzigd in dien zin, dat hij (bij niet meer dan 6 elementen tegelijk) eerst de papillen verwijdert en pas daarna stomp tusschen periost en mucosa de laatste los prepareert om alle ziekelijke granulaties weg te nemen. Hij laat het epitheel op het been om aldus een snellere genezing te verkrijgen. Met stompe boren wordt het been glad gemaakt en de randen weggenomen. Na het polijsten van de tandhalzen op hoogglans wordt het slijmvlies teruggeklapt, waarbij het alleen interdentaal gehecht behoeft te worden.

In de onderkaak is de chirurgische behandeling moeilijker dan boven, met name aan de linguale zijde. Hier moet men bedacht zijn op mogelijke complicaties door verwonding en infectie van den mondbodem. Gevallen van haematoom, abscesvorming en zelfs phlegmoon, zijn na deze operatie waargenomen. Spr. heeft om deze te voorkomen een speciaal instrument laten maken, om het tandvleesch los te prepareren en dit op den mondbodem om te

klappen zonder daarbij gevaar te loopen van te diep te gaan. In de radicaal-chirurgische methode moet de indicatie nauwkeurig gesteld worden en de articulatie te voren ingeslepen.

Na deze vormen van exudatieve ontsteking behandelt de spr. de productieve, waarbij onder den invloed der ontstekingsprikkel het weefsel door nieuwvorming in omvang toeneemt. De productieve ontsteking trotseert elke behandeling wanneer deze niet energisch wordt doorgevoerd. Spr. noemt de gingivitis hypertrophicans, die zich o.a. bij meisjes en gravide vrouwen voordoet. Ook bij de elephantiasis kan het tandvleesch in productieven toestand overgaan. Alleen de radicaal-chirurgische behandeling, bestaande in het grondig wegnemen van het woekerende weefsel tot in de omslagplooi (vanwaar men het slijmvlies haalt om daardoor nieuw tandvleesch te laten vormen) komt in aanmerking.

Bij de avitaminosen (scorbut) heeft de chirurgische behandeling der symptomen in de mondholte natuurlijk geen zin; de therapie is gebaseerd op een verandering in de voeding.

De tweede vorm van productieve ontsteking, die ook tot ernstige ziekteverschijnselen kan leiden is de woekering van wild vleesch uit de alveole, wondgranulaties, die in overmaat gevormd worden. De behandeling is niet zoo eenvoudig als zij eruit ziet; bij langer bestaan neemt het weefsel een zelfstandig karakter aan, zoodat niet met wegkrabben kan worden volstaan, doch tot in het gezonde de woekering moet worden weggenomen.

Onaangenamer zijn de epuliden, die als centrale ontstekingsachtige gezwellen zich uit een hypertrophieerende gingivitis ontwikkelen. Uitgangspunt is steeds een marginale ontsteking. Men kan drie soorten onderscheiden: de fibreuse, de granulatieve en de reuzencelhoudende epulis. Het zijn geen gezwellen in eigenlijken zin, maar zuivere ontstekingsvormen wat blijkt uit den rijkdom aan bloedvaten. Deze gezwellen zijn in periferen vorm ongevaarlijk, gevaarlijk worden zij in intermediaire of centrale gedaante. Het gezwel verdringt niet het been, doch infiltreert het onder overgang tot een vorm, die op de grens van kwaadaardigheid staat. In ernstige gevallen wordt het kaakbeen diffuus verwoest tot aan spontane fractuur.

De therapie bestaat in de operatieve verwijdering, voor de perifere epuliden is wegname tot op het been voldoende, de intermediaire moeten tot in het gezonde beenweefsel weggenomen worden, terwijl de centrale epuliden radicaal-chirurgische resectie vereischen tot aan totale resectie van de kaak. In bepaalde gevallen kan men trachten door bestraling genezing te bereiken, maar dit gelukt slechts in heel enkele.

Van de voor de praktijk verder belangrijke ziektebeelden behandelt spr. eerst de aphten als geïsoleerd optredende ontsteking. Nu eens zijn zij bij de geringste aanraking uiterst pijnlijk, in andere gevallen vrij ongevoelig; zij treden solitair op, of ook wel meervoudig. Als stomatitis maculo-fibrinosa over de geheele mondholte verbreid voorkomend, vertoont het ziektebeeld alle vormen van een ernstige infectie (waarschijnlijk door een specifieke verwekker veroorzaakt); de patiënt gevoelt zich ziek, heeft een temperatuur van 40° en zelfs hooger. Na 8 dagen treedt gewoonlijk genezing in. Dit beeld kan gecompliceerd worden door een recidiverende stomatitis aphtosa, waarvan de herhaaldelijke terugkeer den patiënt dermate uitput en psychisch „murw” maakt, dat hij tot zelfmoord komt. Er is tot heden geen behandeling, die genezing geeft en recidieve is niet te voorkomen. De behandeling bestaat in rust en het appliceren van niet-prikkelende medicamenten, sagathee of een oplossing van bicarbonas natricus (niet spoelen met H_2O_2 -oplossing!). De pijn kan verzacht worden door penseeling van de pijnlijke aphten met borax-glycerine aa.

Een soortgelijk beeld vertoont de angina Plaut-Vincenti waarvan de verwekkers dezelfde zijn als van de ulcerouse stomatitis (*Bacillus fusiformis* en een spirochaete) en welke ulcerouse aandoening aan het weeke verhemelte of aan de tonsillen zetelt. Of genoemde bacteriën echter de specifieke verwekkers zijn staat nog niet vast. In weerwil van de ulcus voelt de patiënt zich goed, zoodat men met een goedaardig ziektebeeld te doen heeft.

Na deze infectieuze aandoeningen, waarvan de verwekkers niet onomstootelijk vast staan, behandelt spr. de ziekten waarmee zulks wel het geval is, n.l. t.b.c., lues en de actinomycose. De t.b.c. is een ziekte, die door elke laesie kan binnendringen, door de ademhalingorganen zoowel als door een diep carieuze kies. De scrofulose ontstaat waarschijnlijk door een infectie via carieuze melktanden met open pulpakanalen. Het klinische beeld van de t.b.c. op de huid is de lupus, vooral aan den neus gelocaliseerd, zich ook plaatvormig uitbreidend over het heele gezicht tot ten slotte alle weeke deelen met lupusknobbeltjes bedekt zijn. Door overgrijpen op het slijmvlies of zelfinfectie komt lupus ook in de mondholte voor. Wordt door t.b.c. bij voorkeur het been aangetast, de lupus tast juist het kraakbeen aan. De gele knobbeltjes zijn identiek met tuberkels. De ulcerouse vorm van de lupus is ernstiger, omdat hij direct in de diepte werkt en ondermijnend voortschrijdt, zoodat overhangende randen blijven staan. Voor de diagnose zijn de gele knobbeltjes kenmerkend.

De derde vorm waarin t.b.c. kan voorkomen is de fibreuse met

sterke nieuwvorming, betiteld als tuberculoom en aan wang en tong voorkomend, vooral aan de laatste.

Moeilijk is vaak de diagnose van zweren aan het harde verhemelte, welke van drieërlei oorsprong kunnen zijn: t.b.c., lues en van zuiver mechanischen (gebitzuigers). Men moet steeds aan alle drie denken en door serologisch (Wassermann) en histologisch onderzoek naar de oorzaak speuren. Vallen beide negatief uit, dan blijft de mechanische alleen over.

Vroeger werden zij met de scherpe lepel zuiver chirurgisch behandeld. Veel zachter en aangenamer voor den arts is de bestraling met Röntgenstralen; het is de methode bij uitstek. Deze handeling doet zonder elke operatieve ingreep necrotische zweren en been (onder afstooting van sequesters) genezen, het slijmvlies onder substantieverlies eveneens.

De syphilis kan den vorm van alle andere ziekten aannemen, zoodat men er steeds aan moet denken. Men is verbaasd hoe vaak zij voorkomt, ook bij patiënten waarvan men het niet vermoedt. Door verwonding van slijmvlies en huid is infectie alleen mogelijk. Belangrijker dan de congenitale lues (o.a. Hutchinsonsche tanden) is de versche lues uit één oogpunt van zelfbescherming van den tandarts en overbrenging door instrumenten. Vooral de tandarts is aan extra-genitale besmetting (door de veelvuldige aandoening van lippen, tandvleesch, verhemelte en tonsillen) blootgesteld. Het primaire affect is gekenmerkt door den cirkelronden ulcusvorm met verhoogden rand, bruinroode kleur en spekkig beslag en harde indolente klierzwellung. Bij het tandvleesch zijn de verschijnselen dezelfde met uitzondering van den ronden vorm die door den vrijen rand onderbroken wordt. Uit de geïsoleerde infectie ontwikkelt zich een algemeene infectie als secundaire lues. Voor den tandarts is dit stadium niet zoo zeer interessant, omdat de symptomen zich meer op de huid vertoonen (papuleuse processen), maar het tertiaire geeft weer verschijnselen die de tandarts onder het oog dient te zien. Een patiënt komt en klaagt over zwelling van de lippen wat steeds op lymphestuwing berust. Als er geen andere oorzaak is betreft het een lymphadenitis luetica. Niet herkend wordt ook vaak een myositis syphilitica: in den masseter vindt men bij onderzoek een harde zwelling; later klaagt de patiënt over paraesthesieën in het gelaat, meestal eenzijdig, vaak ook aan beide kanten.

Het tertiaire stadium kan ook harde knobbels vormen, gumma aan de lip, tong en vooral aan het verhemelte. Belangrijk is dit laatste in den vorm van fibreuse gummi-knobbels, die niet alleen aan het verhemelte het zachte weefsel aantasten, maar ook het been

onder vorming van perforaties. Welke afmetingen dit kan aannemen demonstreert spr. met een projectie waarop het geheele palatum verdwenen is.

In dit verband wijdt spr. eenige aandacht aan perforaties, die aan mechanische oorzaken moeten worden toegeschreven. Wanneer b.v. een gummizuiger schijnbaar dit defect heeft teweeggebracht, moet men niet minder denken aan een mogelijk ontstaan op luetische basis, begunstigd door den mechanischen prikkel.

Ten slotte behandelt spr. de ziekte, waaromtrent de opvattingen in de laatste jaren aan het wankelen zijn gebracht, n.l. de actinomycose. Vroeger was men overtuigd dat de infectie (de actinomycetes) rechtstreeks binnendrong, tegenwoordig helt men er meer toe over de aandoening als secundair te beschouwen. Het primaire stadium is een ongevaarlijk uitzierend abces, dat niettemin van actinomycotischen aard kan zijn. Volgens spr. zijn 80 % van de abcessen echte actinomycosen.

Hoe komt de zwam in de diepte van het weefsel? Men kan zich indenken dat zij met een stroohalm of derg. in het slijmvlies wordt gesprietst of door het peuteren in een diep gecariceerde kies. Aanvankelijk een saphohiet, komt deze met coccen in het been waarop zich een onschuldige subcutaan abces ontwikkelt. Primair is steeds een odontogeen proces, dat niet als actinomyces is te beschouwen. In dit milieu breidt de actinomycose zich uit en schrijdt in de diepte voort onder het optreden van een plankharde zwelling, om zich niet zelden langs hals en borst uit te breiden en op verschillende plaatsen naar buiten door te breken.

Spr. raadt bij alle chronische ontstekingen een histologisch onderzoek in het beginstadium aan. Dan is de behandeling nog eenvoudig; openlegging van het abces is voldoende om doorbreking van de abcesmembraan door de actinomycetes te voorkomen. Gecombineerd met Röntgenbestraling is deze chirurgische behandeling de meest aanbevelenswaardige boven alle andere (joodkalium, joodjontophorese).

Gedachtenwisseling.

Den heer V a n L o o n heeft in de voordracht één ding getroffen, n.l. dat de actinomycose geen primair ziektebeeld zou zijn, doch wel de odontogene aandoening. Ook het feit, dat de actinomycose, vroeger een zeldzaam voorkomende ziekte, thans in 30 % van de etterige ontstekingen wordt aangetroffen. Spr. vraagt zich af of het niet mogelijk is dat men met twee soorten „drusen” te doen heeft: pathogene en niet-pathogene.

De heer H a m m e r kan als tegenbewijs aanvoeren, dat de

patiënten, bij wie na opening van het abces de drusen bestraald werden, geen actinomyose kregen, terwijl de patiënten, die zich aan de bestraling onttrokken, naderhand met de typische verschijnselen weer onder behandeling kwamen. Het verloop van de ziekte kan men zich aldus voorstellen: primair ontstaat een odontogene ontsteking, bij welke infectie de actinomyces passief door andere bacteriën meegenomen worden in het nauwe infectiekanaal. In tegenstelling met andere bacteriën doorbreken nu de „drusen” de abcesmembraan, waarbij zij dus thans actief optreden.

De heer T j e b e s herinnert eraan, dat hij reeds bij een vorige gelegenheid er de aandacht op gevestigd heeft, dat een klein kaakabces vaak een verkapte actinomyose bleek te zijn. Spr. wil dan ook direct gelooven, dat het percentage, door Dr. Hammer genoemd, juist is. In granulomen van geëxtraheerde elementen heeft Dr. Julius in 12 % actinomyces „drusen” gevonden. Het is in de praktijk niet mogelijk elk granuloom bacteriologisch te laten onderzoeken; het aantal gevallen van actinomyose is veel minder dan dat der granulomen, die zonder opvolgende bestraling genezen. Spr. gaat aldus te werk, dat bij subcutaan granuloom een kleine snede wordt gemaakt; het gezwel geëxcochleëerd en de holte met 5 % jodium aangestreeken. Is dit in ernstige gevallen niet voldoende, dan wordt de kaak bestraald.

De heer H a m m e r wijst er op, dat ook Kantorowicz op het aanvankelijk periostitische karakter der actinomyose heeft gewezen en het goedaardig verloop in vele gevallen na verwijdering van het schuldige element. Spr. vat dit aldus op, dat in vele gevallen de actinomyces door de excochleatie met de granulaties verwijderd worden. Veiligheidshalve geeft spr. na de chirurgische behandeling één à twee bestralingen.

De heer S a n d e r s stelt deze vraag: Als juist is dat de actinomyose via een infectie door necrotische wortelkanalen tot stand komt, kan men dan aannemen dat personen zonder pulpabehandelingen geen actinomyose krijgen?

De heer H a m m e r: Dit is juist; een goed verzorgd gebit is actinomyose-immuun. Verwondingen van het slijmvlies in het algemeen zijn niet voldoende voor het ontstaan der aandoening. Op drie wijzen is een infectie mogelijk: door necrotische wortelkanalen, onder de slijmvlieskap over den verstandskies en bij fracturen.

De heer Van Loon vraagt of het de plicht is van den tandarts om alle etter op actinomyces te laten onderzoeken. Spr. heeft in zijn praktijk twee fractuur-patiënten door actinomycose verloren.

Den heer Hamme r is dit met één patiënt overkomen. Spr.'s standpunt is, dat elk abces niet alleen bacteriologisch, maar ook histologisch moet worden onderzocht. In het Berlijnsche Instituut, waar spr. werkt, is zulks doorvoerbaar, daar is men er technisch op ingericht.

De heer T j e b b e s vraagt of de joodjontophorese naast de chirurgische therapie reden van bestaan heeft.

De heer Hamme r verwerpt de jontophorese niet, maar heeft er geen behoefte aan. Waszmund heeft deze jodiumbehandeling door middel van den kataphoretischen stroom gepropageerd. Spr. heeft echter met de Röntgentherapie zulke goede resultaten, dat hij geen behoefte heeft aan iets anders en er dus geen gebruik van heeft gemaakt. Ook de inspuiting met lympheserum zou fantastische resultaten hebben opgeleverd. Spr. kan echter volstaan met chirurgische opening van het abces en opvolgende bestraling van de wond.

De voorzitter dankte ten slotte den heer Hammer voor diens technisch volmaakte voordracht.

Aan de orde zijn hierna de

Casuistische mededeelingen.

De heer De Jonge Cohen demonstreert een geval waarin een doorbraakstoornis van een M_{3S} resorptie van den disto-bucalen wortel heeft veroorzaakt.

De heer Sanders vertoont Röntgenfoto's van een ten molaar met gouden kap, welke in 1928 een interradiculaire beenoplossing vertoonde, welke spr., om geen mutilatie in het complete gebit teweeg te brengen, voorloopig onbehandeld liet. Kort geleden gaf een nieuwe X-foto belangrijke verbetering van den toestand te zien zonder dat eenige behandeling heeft plaats gehad.

De heer Hamme r ziet hierin een geval van zelfgenezing; de

granulatie heeft verdere infectie afgesloten en is deze blijkbaar baas geworden. Het is een resultaat dat men niet kan verwachten.

De heer *V a n A n d e l* doet in verband met de voordracht van den heer *Tjebbes* mededeeling van een geval dat hem de oorzaak deed zoeken in een abnormalen toestand van het gewricht. Een patiënt meldde zich aan voor een nieuwe prothese, omdat de oude hem last veroorzaakte. Spr. kon de klachten alleen verklaren door een te lage beet. Verhooging van de prothese leverde een aanvankelijk niet ongunstig resultaat, maar na eenigen tijd had de patiënt weer last aan één kant van de kaak. Bij opening van den mond werd deze schoksgewijs naar rechts geopend. Patiënt was ook al bij een oorarts geweest, echter zonder succes. Spr. is door het vermelde geval van eenzijdige verdikking van het capitulum gesterkt in zijn vermoeden omtrent de oorzaak der klachten.

De heer *T j e b b e s* acht openingsmogelijkheid aan beide zijden verschillend, waardoor de zijdelingsche dwangbeweging is te verklaren.

De heer *B a k k e r* raadt aan om, zoolang omtrent het kaakgewricht zoo weinig is vast te stellen, voorhands gebruik te maken van kiezen met platte knobbels.

Mejuffrouw *S c h u i r i n g a* herinnert aan het door haar vroeger vermelde geval, waarin de pijnlijkheid in het gewricht bij de opening der tandrijen verholpen werd door het aanbrengen van een rek, als kauwgeleider.

De heer *T j e b b e s* verklaart zich incompetent om over afwijkingen aan het kaakgewricht een verklaring te geven. *Steinhardt* heeft veel gelegenheid gehad om operatief het gewricht bloot te leggen.

De heer *G ö t t l i c h* laat X-foto's zien als bewijs hoe uit een kleine cyste in drie weken tijds een vrij groote cyste groeide. Spr. dacht met een tumor te doen te hebben, maar proefpunctie leidde tot de juiste diagnose.

De heer *H e n r y* demonstreert foto's van een tweeden ondermolaar, die met de wortels naar boven in de kaak lag; de 3e molaar lag met de kroon horizontaal er tegen aan. Voorts vertoont spr. de modellen van een jongen op 8½-jarigen leeftijd, die nog geen blijvende eerste molaren heeft, terwijl het melkgebit geen

sporen vertoont van eenige naderende wisseling. De elementen zijn alleen sterk afgesletten. Een jaar later is wel een der re molaren doorgebroken, maar de centrale melkincisivi zijn nog aanwezig en staan nog muurvast.

De heer Van Loon vraagt naar den vorm van het gezicht in verband met de sterke afslijting der elementen.

De heer Henry: Hij vertoont de trekken van iemand met een diepe beet.

De heer Van Loon heeft een omgedraaide molaar nog nooit ontmoet. Dit komt in het front bij de snij- en hoektanden wel voor, omdat deze door hun vorm den weg van den minsten weerstand volgen; dit bestaat echter niet bij de molaren. Dit is voor hem een bewijs van een mogelijk omgekeerden aanleg aan de tandlijst.

Mejuffrouw Schuiringa vraagt of hier geen projectiebedrog in het spel kan zijn.

De heer Jebbes: In elk geval is het element 160° gedraaid.

De heer Göttlich heeft iets soortgelijks met een praemolaar beleefd. Spr. dacht dat de necrotische apex van een worteltje door het tandvleesch stak. Bij extractie kwam een volledig element met de wortelpunt naar boven te voorschijn.

De heer Van Loon: Nu wij toch aan „sterke” gevallen bezig zijn vermeld ik een geval waarin drie wortels in de bovenkaak zichtbaar waren. Toen ik deze wilde extraheeren bracht ik tot mijn verbazing een volledige kroon mee!

Huishoudelijke aangelegenheden.

De voorzitter memoreert het 40-jarig tandartsjubileum van den heer M. de Boer en spreekt woorden van afscheid tot den heer Göttlich, die wegens vertrek naar het buitenland het Genootschap als lid gaat verlaten. De heer Göttlich dankt voor den ondervonden steun en spreekt de beste wenschen uit voor de tandheelkunde in Nederland.

Bij de bestuursverkiezing werden de periodiek aftredende bestuursleden herkozen.

B.

VERGADERING OP ZONDAG 8 MAART 1936

Voordracht van den Heer B. R. Bakker:

„Revolutie in de volle prothese”.¹⁾

Gedachtenwisseling.

Mejuffrouw Schuiringa wil naar aanleiding van deze voordracht een paar opmerkingen maken. Hoe meer men zich met de prothese bezighoudt, hoe critischer men wordt en des te meer overtuigd dat alle prothesewerk gebreken aankleven. Het gelukt zelden den patiënt de voordeelen ervan te laten genieten zonder dat er ook nadeelen mee gepaard gaan. Dit is voor spr. reden om hoe langer hoe meer conserveerend te werk te gaan om aldus den patiënt de gebreken van de prothese te besparen.

Wat de afdrukmethodes betreft, de functioneele afdruk heeft ten doel om den druk gelijkmatig over alle weefsel te verdeelen. Het is echter gebleken dat bij patiënten met gevoelige slijmvliezen een stuwung langs de randen van de plaat optreedt. Was in zoo'n geval een gipsafdruk gebruikt dan zou er veel minder stuwung optreden. Bij een gipsafdruk wordt gelijkmatig druk uitgeoefend, terwijl bij een prothese, vervaardigd naar een functioneelen afdruk, op „eilandjes” een maximale belasting komt te rusten, wat in de praktijk alleen bij het kauwen het geval is. Bij den kauwafdruk kan spr. zich voorstellen dat bloedvaatjes worden dichtgedrukt. Een nader onderzoek naar de reacties van het slijmvlies lijkt spr. van belang.

Den druk alleen op te vangen op den processus levert een te beperkt draagvlak. Het moet eerder de bedoeling zijn den druk te verdeelen over de beenige basis van den processus en het palatum en — zooals de heer Bakker wil — over het spierweefsel. Naast verticalen druk heeft men ook rekening te houden met ho-

¹⁾ Voor de voordracht zie men de Rubriek „Oorspronkelijke Bijdragen”.

rizontale krachtwerking. Deze komt het sterkst tot gelding bij aangeboren progenie. Door de totale extractie ontstaat een nog grootere wanverhouding tusschen onder- en bovenkaak. Als de elementen niet op de kaak worden opgesteld, wat als regel het geval is, drukt de bovenprothese aan den buitenkant er tegen aan.

Een bezwaar van den functioneelen afdruk is zijn omslachtige techniek. Deze vereischt een vrij groote vaardigheid om haar perfect uit te voeren. Wanneer men in het nemen van gipsafdrukken bedreven is en goed op alle harde plaatsen let, kan men er een zeer goede prothese mee verkrijgen.

Bij partieele protheses heeft de gipsafdruk het voordeel, dat men alle onderdeelen en attachments precies op hun plaats kan brengen. In dat opzicht is hij veel betrouwbaarder dan alle andere afdruckmethodes.

Wat betreft het genoemde voordeel van den functioneelen afdruk: n.l. veel minder drukplaatsen dan bij andere methodes, meent spr. dat preventief veel bereikt kan worden door het uitzoeken van een goed passenden lepel en verder de randen ervan bij te snijden; hooge randen rekken het weefsel a. h. w. uit en geven dus een te nauwen afdruk.

Het veel voorkomende noodzakelijke overmaken van protheses is voor een groot deel het gevolg van het alles overlaten aan den techniker.

Wat het gebruikmaken van zuigkamers betreft, op de Prothetische Afdeeling van het Instituut wordt dit nooit gedaan. Spr. kan er echter geen malpraxis in zien, maar wel moet het tot het uiterste beperkt worden. In uitzonderingsgevallen zou spr. geen gewetensbezwaar hebben.

Niet-lege artis, buiten den processus opgestelde tanden behoeven niet per se gebrekkige functie op te leveren; veel patiënten vertoonen groote vaardigheid om met de tong het gebit te steunen.

De noodzaak van een tandvervanging uit verzekeringsoogpunt is niet gemakkelijk vast te stellen; vaak zal er een slag naar geslagen worden, want de meeningen omtrent het belang voor de voeding loopen nogal uiteen.

Ten slotte vraagt spr. of de bedoeling van het kauwen alleen is om het voedsel fijn te maken of dat er mogelijk ook stoffen vrijkomen en ontstaan die door het mondslijmvlies geresorbeerd worden en daar juist tot hun recht komen, dus vóór hun contact met de spijsverteringssappen. Spr. acht de genomen proeven betreffende de spijsvertering niet volledig.

De heer D a C o s t a betuigt zijn erkentelijkheid voor de korthed

en bondigheid waarmee de conclusies getrokken zijn uit dit onderwerp van wijde strekking. Spr. is dankbaar voor de geciteerde proefnemingen waaruit blijkt dat de spijsvertering zoo weinig te lijden heeft van het al dan niet voldoende kauwvermogen. Het was spr. ook reeds opgevallen dat dit laatste zoo weinig aanleiding geeft tot spijsverteringsklachten en hij vraagt zich af waarom wij alle moeite doen om ontbrekende elementen te vervangen. Spr. is klinisch overtuigd dat een volledig gebit niet noodig is voor een goede spijsvertering.

Den heer Van den Berg heeft het getroffen dat zooveel protheses in de praktijk moeten worden overgemaakt; dit is niet in overeenstemming met spr.'s eigen ervaring, bij hem is het juist zeldzaam. Waar heeft de heer Bakker gelezen dat het kauwen van weinig beteekenis is? Er zijn juist medische schrijvers, die groote waarde hechten aan het kauwen, zelfs van week voedsel. Het kauwen moet niet mechanisch, maar physiologisch gezien worden.

De heer Sanders is getroffen door de verklaring van onderzoekers, dat zij geen verband hebben kunnen vinden tusschen maagstoornissen en den toestand van het gebit. Spr. zou nu willen weten of dit beteekent dat er geen verband bestaat tusschen stoornissen en het aanwezige aantal gebitselementen, dan wel dat er ook geen verband gelegd kan worden tusschen die aandoeningen en den hygiënischen toestand van het natuurlijke gebit. Men moet de beteekenis van een volledig gebit niet overschatten, maar den algemeenen gezondheidstoestand in aanmerking nemen, gelijk ook Adloff geschreven heeft.

Spr. verzoekt voorts den heer Bakker om zijn standpunt ten aanzien van de zuigkamer te willen wijzigen in den zin als door mejuffrouw Schuiringa verdedigd. Een oordeel als: malpraxis zou in een juridische expertise wel zeer extreem zijn en eventueel een collega niet volkomen recht laten wedervaren.

Ten slotte kan spr. de betiteling „volle” prothese taalkundig fraai noch juist vinden en geeft dan ook in ernstige overweging om van „volledig” te spreken.

De heer Willemsse zal zich beperken. Wat verkondigd is hedenmorgen is werkelijk revolutie in de volle prothese.

Ten aanzien van het opstellen legt spr. er nogmaals den nadruk op, dat het met het maken van een kunstgebit gaat als met een costuum; houdt men zich aan algemeene regels dan is het con-

fectie. Het is een onontkoombare eisch om veel meer individueel te werken. Wij zullen al bij den afdruk moeten beginnen te individualiseeren; er zijn gevallen waarin men met gips een prachtig resultaat verkrijgt, bij een anderen patiënt weer niets. Met den functioneelen afdruk heeft men wel altijd succes, maar er zijn ook al zooveel modificaties aangebracht. Het hangt van den toestand van het slijmvlies en van de kaak af welke methode het meest aangewezen is; men moest al naar de omstandigheden zijn keus doen.

Spr. gaat niet in op de methode van opstelling, we hebben echter rekening te houden met atrophie van de kaken. Wat het gebruik van zuigers betreft, hoopt spr. geloofd te worden als hij zegt na 1920 slechts drie maal zijn toevlucht tot een zuigkamer te hebben genomen. Dit wil echter niet zeggen dat hij aan malpraxis denkt, wanneer hij een prothese met een zuigkamer ziet. Wij moeten eerlijk zijn, er zijn gevallen waarin men zonder niet uitkomt. De patiënt moet een goed functioneerend gebit hebben en bij op het tandvleesch aangeslepen tanden is niet altijd voldoende adhaesie zonder zuigkamer mogelijk. Spr.'s methode om zonder een dergelijk hulpmiddel volkomen adhaesie te bewerkstelligen vereischt niet zelden alveolectomie om een doorlopenden rand te kunnen aanbrengen.

De gedemonstreerde prothese volgens Fish was geen systeem van Fish, maar van Bakker, al zit er wel iets van eerstgenoemde in. De prothese van Fish heeft extensies linguaal en in de tweede plaats ter hoogte van de eerste praemolaren een uitbreiding zoowel labiaal als linguaal; twee „tafeltjes” waar de tong op moet rusten om de prothese te fixeeren. Volgens spr. heeft dit geen zin daar men ze ten slotte toch weer moet wegslijpen, wat indertijd te Londen ook werd toegegeven.

Wat het verband tusschen spijsverteringsstoornissen en de kauwactie betreft, is ook spr.'s ervaring, evenals die van den heer Da Costa, met de literatuur daarover in overeenstemming. Er zijn patiënten die zonder elementen goed kunnen kauwen, waarbij men niet moet vergeten, dat dergelijke menschen er geleidelijk aan gewoon zijn geraakt om groote brokken, onvoldoende gekauwd door te slikken, waar hun spijsvertering en hun gestel zich bij hebben aangepast.

De patiënt moet met zijn prothese zoover komen, dat hij er „slik op krijgt”, d. w. z. er zoo mee kunnen eten, dat zijn voedsel even fijn wordt als hij vroeger met zijn eigen gebit gewend was.

De heer B a k k e r heeft uit de gedachtenwisseling twee punten

voor discussie afgescheiden; 1e. de vraag of er voldoende wordt geresorbeerd bij slecht kauwen en 2e. de toepassing van een zuigkamer.

Ten aanzien van dit laatste punt begeert spr. dictatuur, daarin gesterkt door de mededeeling van den heer Willemse, die in 20 jaar tijds er 3 maal gebruik van maakte. Maar in ons land acht men blijkbaar de zuigkamers bij massa's a priori geïndiceerd. Spr. kent collega's die 200 protheses maken en geen enkele zonder zuiger. Alle dragers van protheses krijgen van dien zuiger op den duur last, daarover zijn wij het eens en dit systematisch gebruik is alleen uit te roeien door geen uitzonderingsgevallen te erkennen. Spr. wil in rechten de bewijslast omkeeren en van schuld spreken, tenzij het bewijs van het tegendeel komt vast te staan door het feit dat niemand in staat blijkt adhaesie te verkrijgen zonder gebruik van een zuigkamer.

Ook als een prothese niet zuigt wordt zij gewoonlijk toch wel voldoende vastgehouden door de spieren en de tong. Ook het aanpassingsvermogen is een belangrijke factor waarop men zich wel mag verlaten. Spr. zal natuurlijk zijn oordeel met meer zorg formuleeren, maar de delinquent moet echter oppassen!

Inzake de kwestie van resorptie is het fundamenteelste wat spr. daarover in de literatuur vond van mej. Seppa, geschreven in 1929. Spr. is niet in staat critisch de histologische preparaten te interpreteren, zooals de deskundigen dit beweren te kunnen. Als men echter van het goed gefundeerde onderzoek van bovengenoemde schrijfster kennis neemt, moet men wel tot de conclusie komen, dat het kauwen tot het uiteindelijke spijsverteringsresultaat weinig afdoet. Gelman, in zijn beschouwing over de rol van het kauwen bij de spijsverteringsstoornissen, kwam tot de conclusie dat de patiënten hun kwaal niet te danken hadden aan den toestand van hun gebit.

Wat ten slotte de methode van afdrucken aangaat, het voordeel van gips is dat er (in tegenstelling met plastische afdruk-massa's) niet mee kan worden geknoeid. Spr. is het met den heer Willemse eens dat bij rechtstandige processus geen ventielsluiting te verkrijgen is.

B.