

UIT DE LITTERATUUR



KAAKVERWONDINGEN

In vrijwel alle landen is de belangstelling der tandartsen voor de behandeling van kaakverwondingen gedurende de laatste jaren zeer sterk gestegen.

Was dit enerzijds het gevolg van het onrustbarend toenemende aantal verkeersongelukken, waarbij meer of minder gecompliceerde kaakbreuken een voornamelijk factor gingen vormen, anderzijds maakte het steeds meer dreigende oorlogsgevaar deze belangstelling tot een droeve noodzakelijkheid.

In Duitschland heeft men zich, vooral sinds 1914, steeds het meest intensief met dit vraagstuk bezig gehouden en ongetwijfeld is de Deutsche literatuur op dit gebied het meest belangrijk en onontbeerlijk voor een ieder die zich met de studie der schedelverwondingen bezig houdt.

Uiteraard zijn de recente publicaties niet het minst belangwekkend, want nog steeds is men bezig te trachten te geraken tot een voortdurend geperfectioneerde techniek en tot een communis opinio inzake de verschillende strijdvrage, die zich ook hier nog immer voordoen.

In Maart j.l. is een vergadering te Berlijn van de „Arbeitsgemeinschaft für Zahn- Mund- und Kieferchirurgie” geheel aan dit onderwerp gewijd en de Juli aflevering van de „Deutsche Kieferchirurgie” geeft het verslag van deze algemeen belangrijke bijeenkomst.

De kopstukken van Groot Duitschland waren daar bijeen: Axhausen, Pichler, Hauptmeyer, Reichenbach, Hofer, Ganzer, Wasmund en nog vele anderen hebben daar hunne opvattingen uiteengezet en verdedigd en vooral de aanwezigheid van de Berlijnsche en de Weenske school aanleiding tot zeer interessante discussies, te meer omdat thans een ex-Weener, Professor Hofer, in Berlijn doceert en zodoende de Weenske methoden daar geïntroduceerd heeft, waarbij zooals bekend aan ge vulcaniseerde steunapparaten de voorkeur wordt gegeven boven de „freihändige Versorgung”, zooals die vooral vanuit Berlijn gepropageerd wordt. Wanneer men

bedenkt dat hier mannen aan het woord zijn, waaronder er zijn die *duizenden* gevallen hebben behandeld, dan springt de waarde van hunne ervaringen temeer in het oog, vooral als die loopen over een tijdperk van vijf en twintig jaren.

Uit de gevoerde discussies krijgt men den indruk, dat wanneer het de apparatuur betreft, het hier gaat als in zoovele andere onderdeelen van ons beroep, n.l. dat in de handen van den één de eene methode, in die van den ander, een tweede meer succes heeft, dat echter alle groepen, mits voldoende ervaren en bekwaam, goede resultaten verkrijgen.

Toch wil het ons voorkomen, dat de Weeners gelijk hebben, als zij zeggen dat de indirecte methode het voordeel geeft, dat veel van den arbeid aan hulpkrachten kan worden overgelaten en dat tevens de patiënt minder te lijden heeft.

Wanneer men verder bedenkt, dat de afdruk, waartegen zoo vaak bezwaren worden geopperd, naar de ervaring van referent — ook in gecompliceerde gevallen — in een minimum van tijd met een plastische massa kan worden genomen zonder noemenswaardig bezwaar voor den patiënt en men dan op het model, zeker voor niet zéér geoefenden, veel vlugger en beter een draadverband gereed kan maken, dan meenen wij dat de indirecte methode voor de meesten zeker de voorkeur verdient.

Van veel belang was verder een aantal uitspraken, waartoe men eenstemmig gekomen is.

Algemeen werd erkend, dat het voor den patiënt *niet* gewenscht is, dat *twee* de verantwoordelijkheid voor de behandeling dragen en dat het daarom de voorkeur verdient, dat de behandeling in de handen van den in dit vak geschoolden *tandarts* wordt gelegd, een opvatting die te meer spreekt omdat hier grootendeels chirurgen aan het woord waren.

Men kon zich algemeen vereenigen met de meening van Prof. Axhausen, dat het veel eenvoudiger is, den tandarts de noodzakelijke chirurgische kennis bij te brengen, dan wel den chirurg het tandheelkundige werk in den mond te doen verrichten.

Verder was men eensgezind van oordeel, dat op grond van de opgedane ervaring, het over het algemeen gewenscht is *eerst* de fracturen te reponeren en te fixeeren, alvorens met de wondbehandeling te beginnen, omdat anders veelal het werk in den mond aanzienlijk wordt belemmerd en voorts de kans op infectie van de behandelde wond met de funeste gevolgen daarvan veel grooter wordt, naar de uitspraak van Prof. Pichler: „Zuerst der Knochen, dann die Weichteile”.

Men was voorts van meening, dat de geschoolde tandarts onmiddellijk achter het front aanwezig behoorde te zijn, daar het van eminent belang voor het slachtoffer is, dat een oordeelkundig gelegd verband, zoo snel mogelijk behoort te worden aangelegd, dat dan indien noodig na eenige weken in het ziekenhuis zonder bezwaar door een ander apparaat kan worden vervangen.

In zijn slotwoord zegt de voorzitter, Prof. A x h a u s e n :

„Wir haben gesehen, welche hervorragende Arbeit Herr G a n z e r als Zahnarzt auf dem Gebiet der chirurgischen Plastik geleistet hat. Dem lassen sich die ausgezeichneten chirurgisch-operativen Erfolge an die Seite stellen, die Herr E r n s t als Zahnarzt auf kieferchirurgischem Gebiet auszuweisen hat. Das führt zu der Frage des Verhältnisses der Zahnheilkunde zur Chirurgie. Es gibt wohl keinen Arzt, für den die Handfertigkeit wichtiger wäre, als der Zahnarzt. Wenn Chirurgie dem Wort nach Heilkunst durch Handfertigkeit bedeutet, dann ist jeder Zahnarzt schon chirurgisch tätig; denn seine ganze Arbeit ist *Handarbeit*.

Hieraus erklärt sich wohl, dass der gut ausgebildete Zahnarzt eine besondere Befähigung und Eignung zur chirurgischen und selbst zur gross-chirurgischen Betätigung auf seinem Gebiet hat. Es entspricht dies meiner persönlichen Erfahrung.

Es ist für den Zahnarzt nach meiner Ueberzeugung viel leichter, sich die ihm noch fehlende chirurgische Tätigkeit anzueignen, als für einen fertigen Chirurgen, sich nachträglich in die Erfordernisse der Zahnheilkunde einzuleben“.

Ons land heeft nog bij voortduring te lijden onder het oorlogsgeweld. Vrijwel dagelijks bericht de pers over bominslagen in vrijwel alle deelen van Nederland. Dit beteekent dat in elke stad, in elk dorp, de tandarts geroepen kan worden hulp te verstrekken, wanneer er slachtoffers zijn met kaakverwondingen. Uit ervaring blijkt, hoezeer het dan gewenscht is, dat de eerste hulp oordeelkundig wordt verleend. De arts staat daar zeker vreemder tegenover dan de tandarts, mits deze laatste op de hoogte is van dit onderdeel van zijn beroep. Het is ongetwijfeld bevredigend dat een groot aantal in het afgelopen jaar getoond heeft er moeite, tijd en geld voor over te hebben zich in deze materie in te werken en wij nemen aan, dat zij zich sindsdien verder hebben bekwaamd.

Bevredigend is eveneens, dat van ons Utrechtsche Centrum in deze alle hulp te verwachten is, en dat den betreffenden docent thans meer hulpmiddelen ten dienste staan dan vroeger, om den student voor te bereiden voor zijn taak.

Bestudeering van de zoo overvloedige literatuur en oefening op het phantoom zij een ieder nog eens warm aanbevolen.

N.

Het martelaarschap van den prothesedragers.

In de Zahnärztliche Rundschau Nos. 14, 17, 19 en 20 geeft een anoniem tandarts onder den titel: „der Zahnarzt als Prothesenträger” een breedvoerige analyse van zijn ervaringen, die — dit wordt alvast voorop gesteld — niet heel gunstig is uitgevallen. De auteur, of beter: de prothesedragende collega gaat in alle opzichten gebukt onder den fysieken en psychischen druk van zijn verminking en het ontoereikende van het kunstgebit als kauwapparaat en als camouflage van het cosmetisch defect.

Zijn eerste volledige bovenprothese droeg hij vier, de tweede acht maanden; daarna werd zij nog tweemaal vernieuwd. In dien tijd maakt hij voortdurend de balans op van de onlustgevoelens, die zijn Ersatz hem bij het eten en daarna bezorgt. Het boven- zoowel als het partieele onderstuk toonen daarbij, zoo schrijft hij, weinig sympathieke eigenschappen. In de eerste plaats kleeft alles er aan vast wat maar eenigszins kleefstof bevat en deze weerzinwekkende gedachte dringt hem tot onmiddellijke grondige reiniging. Om aan dit gevoel te ontkomen wendt hij zich vol afschuw af van weeke meelkost en gaat over tot volkoren brood met harde korst. Maar de daarvoor vereischte kauwdruk brengt de overigens vastzittende prothese tot loskippen, hoe ijverig hij ook het mes hanteert om zijn brood in fijne stukjes te snijden. Hij wendt zich om hulp tot zijn tandarts. Deze onderzoekt de articulatie in rust en bij de veelzijdige bewegingen van de onderkaak; hij is volkomen tevreden en overtuigt zijn patiënt van den „guten und richtigen Sitz” en het „einwandfreie technische Zusammenarbeiten” van de prothesehelften. Maar tegenover de onmogelijkheid om tarwebrood af te bijten en fijn te kauwen staat de tandarts echter zonder raad; de patiënt moet geduld hebben. Schrijvers conclusie is, dat in hem als patiënt te veel van den tandarts huist en in zijn tandarts te weinig van den patiënt. Een onzichtbare muur staat tusschen hen beiden. De tandarts blijft voor 95 % onkundig van het gehaspel en getob, dat zijn patiënt met de prothese doormaakt en daardoor zijn diens raadgevingen nietszeggend en onvruchtbaar. De intieme strijd, dien de drager vaak met zijn prothese te voeren heeft maakt het, volgens schr. verklaarbaar hoe niet zelden iemand tijdens een diner zijn kunstgebit stilletjes in zijn servet wegmoffelt om er verder althans niet door gefnuikt te worden. Onze schrijver zat aan een feestmaaltijd: de eerste gang is visch. Net iets voor hem: heerlijke forel. Maar reeds bij de derde hap heeft zich een graat tusschen zijn natuurlijke en het artificieele palatum ge-

nesteld en kittelt met het vrije uiteinde zijn weeke verhemelte. Enfin, een hoestbui dwingt hem ijlings de zaal te verlaten om zich van deze kwelgeest te bevrijden.

Maar ook bij andere gelegenheden is onze auteur een pechvogel en een topper. Als hij bij het zwemmen per ongeluk een stoot tegen zijn hoofd krijgt verliest hij met het water, dat hij bij die onderdompeling binnen krijgt zijn bovengebít. Gelukkig weet hij het onder de oppervlakte nog net te grijpen, maar dan blijft de moeilijkheid om ongezien het corpus alienum weer op zijn plaats te brengen, druipend van het water waarin honderden rondspartelen! Met kennissen zit hij in een café; er wordt gedronken en iets gegeten. Onze collega kan het niet nalaten om zijn prothese in het toilet te gaan schoon maken. Opgefrischt komt hij terug, maar bemerkt tijdens een geanimeerd gesprek dat hij zijn ondergebít op de waschtafel heeft laten liggen. Hij wendt een dringend telefoongesprek voor om het discours te onderbreken en zich snel te kunnen verwijderen. Iemand uit het gezelschap, die ook juist telefoneeren wil, loopt met hem mee en houdt hem af van zijn ware voornemen. Als hij tenslotte ter plaatse komt, zijn zijn kunststanden verdwenen! Terug bij zijn gezelschap, bereikt hem de mare, dat iemand zijn kunstgebít kwijt moet zijn en het aan het buffet kan terughalen! Met al deze ervaringen wil de schrijver aantoonen aan welke maatschappelijke en cosmetische remmingen men onderworpen is door deze voor het publiek komische, maar voor den prothesedragers tragische situaties.

Met dat al kan hij met zijn kunstgebít maar niet op goeden voet komen; uitnodigingen voor een diner en het eten in publieke gelegenheden heeft hij vaak maandenlang vermeden. Door al zijn slechte ervaringen is hij tot de overtuiging gekomen, dat een bovenprothese aan de bovenkaak niet zóó vast aanzuigt om in kauwpraestatie een normaal gebít nabij te komen; de hefboomkracht bij eenzijdige belasting tijdens het kauwen doet de prothese onherroepelijk aan de tegenovergestelde zijde loskippen. De adhaesie is tegen het kauwen niet bestand.

In het slotartikel wijdt hij uit over het thema: Slapen met of zonder kunstgebít. Uit hygiënische overwegingen zou hij het natuurlijk uit willen leggen, maar zelfwaarneming en bestudeering te bed in den spiegel van zijn tandelooze gelaat doet hem schrikken van zijn oud, vervallen voorkomen! Het gemis aan ondersteuning van de weeke gezichtsdeelen door de prothese, gedurende zoo vele uren moet, zoo meent hij, langzaam maar zeker tot physiognomische degeneratie voeren. De daaruit resulterende disharmonie tusschen leeftijd en gelaatsuitdrukking ondermijnt

het fysisch-psychisch evenwicht; het zelfbewustzijn en zelfvertrouwen lijden schipbreuk. Daarom is het, om dat zooveel mogelijk te voorkomen gewenscht de prothese ook 's nachts te dragen.

Ook het schoonhouden is een zeer problematische kwestie, vooral op reis en in de vakantie als men niet over de commoditeiten van het eigen milieu beschikt. De typische geur die het kunstgebit aanneemt en de sterke aanhechting van spijsresten doen blijken, dat een veel zorgvuldiger en veelvuldiger mondreiniging noodig is dan bij het natuurlijke gebit.

In een „open brief” in No. 24 van hetzelfde tijdschrift tracht de prothetist *Hiltebrandt* onzen collega aan te toonen, dat hij een slachtoffer der wetenschap is. In de eerste plaats is de prothese vervaardigd volgens een der wetenschappelijk erkende methoden, tweedens heeft hij — verzwarende omstandigheid — geprobeerd met de prothese „wetenschappelijk” te kauwen. Ware hij een leek geweest, een onwetende, dan zou hij het gedaan hebben zooals alle patiënten het doen: probeeren het klaar te spelen en dat gelukt. Op welke wijze dat gaat is den schrijver lang een geheim gebleven maar thans is het hem duidelijk: de drager drukt met de tong de plaat tijdens het kauwen tegen het verhemelte-dak en wel met aanzienlijke kracht om op die wijze te verhinderen dat de prothese bij het kauwen naar beneden valt. Dat is dus de beroemde werking van het articulatie-evenwicht, zegt de schrijver. Hij wist het tot nu toe niet, want in de boeken staat het anders. Daar wordt gezegd dat de elementen elkaar wederkeerig moeten stutten. Wie zoo probeert te kauwen gelukt het niet. De bovenprothesen, die vroeger met halve molaren gemaakt werden en waarbij de ondermolaren op de kaoutchouk beten, werden zonder bezwaren gedragen. Schr. geeft toe, dat deze kunstgebitten niet „volwaardig” waren, maar de op schoolsche wijze vervaardigde prothesen zijn het z.i. evenmin. Maar dat deert de patiënten niet en hij roept elken ervaren collega tot getuige hoeveel onmogelijke afgebroken prothesen hij niet gezien heeft, die niettemin door de patiënten als bruikbaar beschouwd worden. Dit is nu juist de acrobatiek van de tong en verder niets. Daarom is het niets bizonders als ook schoolsch vervaardigde prothesen tot tevredenheid gedragen worden. Dit is geen bewijs dat zij beter zijn, concludeert de schrijver!

Hij is voorts van meening dat immediatprothesen zoo voortreffelijk gemaakt kunnen worden door bij de opstelling gebruik te maken van modellen, vóór de extracties vervaardigd, om aan de hand daarvan de oorspronkelijke oclusie te reproduceeren.

Voor het overige zijn er drie gevallen waarin het den prothetist niet gelukt een goed functioneerende prothese te maken:

1. een volledige bovenprothese bij nog volledige onderkaak.
2. als de boog van de onderkaak ongeveer even groot is als de boog van de bovenkaak;
3. als de bovenkaak klein is in verhouding tot de onderkaak.

De opvatting, dat een immediatprothese de resorptie van de processus tegenhoudt is volgens de ervaring juist, echter ook slechts dan, wanneer de vorm der kauwvlakken voor de helft juist en de prothese niet blootgesteld is aan stootbewegingen als oorzaak van betrekkelijk snelle resorptie der processus.

Concludeerend zegt Hildebrandt dat geen enkele prothese functioneert gelijk de anonieme collega zich gedacht had. Hij staat op het standpunt dat de patiënt altijd gelijk heeft; verwondert zich dat deze zoo geduldig is. Hij beschouwt diens opstellen als een aanklacht tegen de tandheilkundige wetenschap. Sedert 10 jaar voert de schrijver strijd tegen gebrekkige prothesen en heeft in woord en geschrift de grenzen aangegeven van de gevallen die zoo goed als onoplosbaar zijn; voor het overige kan men reeds vóór het maken van de prothese de patiënten nauwkeurig aangeven wat hij van zijn kunstgebit verwachten kan.

B.