

## Vereenvoudigde Orthodontie door vroegtijdige behandeling

door R. W. Broekman

In de uitoefening mijner dagelijksche praktijk zou ik me niet graag willen voegen bij hen, die in iedere m.o., d.o of m.o.d. caviteit de inlay preferereen boven de goedgelegde amalgaamvulling. Ook zou ik niet graag het tegenovergestelde beweren, dat in dergelijke caviteiten een goede amalgaamvulling altijd gelijkwaardig is met een inlay. Evenmin kan ik me tot hen rekenen die de vitaal-extirpatie boven de mortaal-extirpatie verkiezen, noch tot hen, die het tegenovergestelde standpunt onbeperkt huldigen. Nu eens besluit ik tot een extirpatie, dan weer neem ik mijn toevlucht tot een zoo goed mogelijk verantwoorde amputatie. Ik ben geen principieel voorstander van de chirurgische behandeling van periapicale abcessen of paradentopathieën, omdat ik in bepaalde gevallen de medicamenteuse behandeling preferer. Het reeds historische principe van extension-for-prevention wordt door mij niet altijd toegepast.

Ik zou mijn systeem van het systeemlooze geweld aandoen, wanneer ik mijn orthodontische praktijk niet volgens dezelfde principes uitoefende. Ik ben geen Angle-inaan of Schwarz-enist. Volkomen afhankelijk van de omstandigheden en mijn persoonlijke visie zoek ik nu eens mijn toevlucht bij Schwarz of Korkhaus, dan weer mijn troost bij Andresen of zelfs Angle. De psyche van het kind speelt een belangrijke rol in de keuze van mijn therapie. De principes van Andresen kunnen volgens mij alleen worden toegepast, wanneer wij kinderen behandelen met een behoorlijke mate van intelligentie. Ook de uitneembare apparatuur van Schwarz kan om psychische redenen niet altijd worden toegepast, zoodat ik bij moeilijke kinderen met weinig belangstelling en medewerking mijn toevlucht nog wel eens neem tot de „aloude” apparatuur van Angle. Dat ik hierbij in bepaalde gevallen kom te staan voor de moeilijkheid om een keus te doen tusschen bestaande opvattingen is een nadeel dat ruimschoots wordt overtroffen door het voordeel dat men een bredere visie krijgt op orthodontische therapieën. Het kan voorkomen dat ik twee kinderen met volkomen dezelfde afwijking volgens totaal verschillende systemen

behandel. Zelfs kan ik niet nalaten om af en toe gebruik te maken van de altijd gevaarlijke methode van het experiment waarbij de ervaring eener mislukking mij prikkelt tot voortgezet onderzoek en de uitoefening der orthodontische praktijk voor mij tot een levende bezigheid wordt.

Tot een dergelijk experiment ging ik over, toen ik, bijna twee jaren geleden, een identieke tweeling onder behandeling kreeg. Het waren twee jongens van vijf jaar met een sterk uitgesproken Angle klasse III in het melkgebit. Ik kon niet nalaten om ze volgens twee verschillende opvattingen te behandelen in de hoop dat de resultaten mij nieuwe inzichten zouden verschaffen. Inderdaad acht ik de opgedane ervaring belangrijk genoeg om haar in een publicatie aan U voor te leggen.

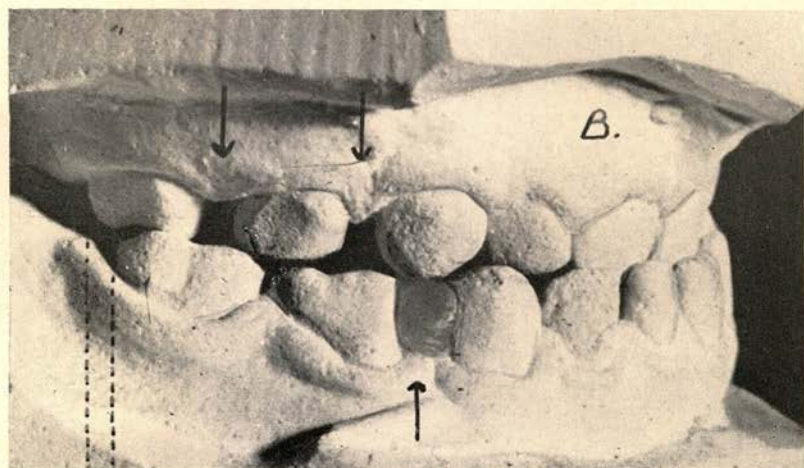
De afgebeelde modellen toonen U den toestand van de melkgebitten op ruim 5-jarigen leeftijd. Geen der eerste blijvende molaren was nog doorgebroken. Het bovenfront van beide jongens vertoonde geen diastemen, het onderfront daarentegen een enorme spreiding van de elementen. Ondanks het feit dat erfelijke afwijkingen in het melkgebit soms worden ontkend, gaf de familie-anamnese mij de zekerheid dat de etiologie van deze afwijking op genetischen grondslag berustte. In de familie van den vader der kinderen kwam geen progenie voor. De oudste zuster van de tweeling vertoonde een end-to-end beet. De moeder had een sterk uitgesproken progenie, terwijl uit familieportretten duidelijk bleek dat deze anomalie ook bij den grootvader en een oom aanwezig moet zijn geweest (fig. 2).

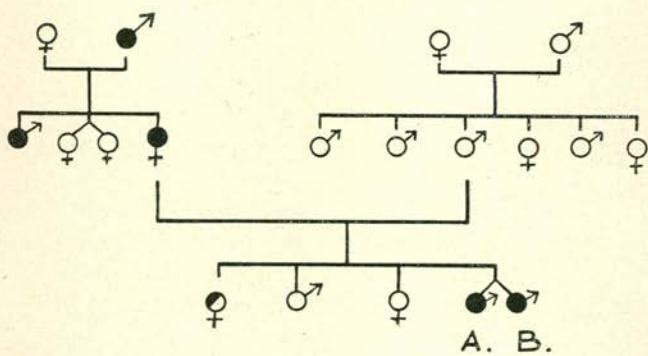
Bij het vaststellen van mijn behandelingsplan kon ik niet nalaten om tot een experiment over te gaan door de kinderen volkomen verschillend te behandelen. De identieke tweeling vraagt daar als het ware om! Men verkrijgt dan een waardevolle vergelijking, doordat de idiotypische en de paratypische omstandigheden bij beiden dezelfde zijn.

In verband met den psychischen toestand der kinderen en doordat ik van de ouders weinig medewerking en steun ondervond, besloot ik om A, na expansie van de bovenkaak, te behandelen met intermaxillaire elastiekspanning volgens Angle, gecombineerd met een kinkap 's nachts. Reeds 1½ maand had ik bij dit moeilijke knaapje verknoeid met een uitneembaar apparaat. Ik behoef over deze behandeling natuurlijk niet verder uit te wijden. Voldoende is bekend, dat zij omslachtig, tijdrovend en kostbaar is.

Het vergelijkend experiment was gericht op de behandeling van den jongen B. Ik mag niet nalaten te verklaren, dat een bijzondere belangstelling voor de groeiprocessen in de kaak, waar Duyzings in publicatie en voordracht herhaaldelijk onze aandacht voor vraagt, van veel invloed was op het bepalen van de bij B. gevolgde behandelingsmethode.

De distale afsluiting van de tweede melkmolaren vertoonde, zooals te verwachten was, geen recht vlak, ondanks het feit dat de tweede molaren in de onderkaak ruim 4 mm langer waren dan de overeenkom-





stige elementen in de bovenkaak. Hieruit kon worden afgeleid, dat de zoo belangrijke plaatsing der eerste blijvende molaren foutief zou worden. Ik besloot om mijn behandeling er allereerst op te richten, dat de relatie dezer molaren juist zou zijn om daarna, overeenkomstig de gedachtenontwikkeling van *D u y z i n g s* aangaande groeiprocessen in de kaak, niets anders te doen dan af te wachten hoe alles zich verder zou ontwikkelen. Ik heb daartoe in de bovenkaak kunstmatige diastemen geslepen tusschen cuspidaat, eerste en tweede melkmolaar in de hoop dat de eerste blijvende molaar zich daardoor meer mesiaalwaarts zou kunnen plaatsen. De onderkaak vertoonde abnormaal groote diastemen tusschen de cuspidaten en de eerste melkmolaren. Om een verplaatsing mesiaalwaarts van de eerste blijvende molaar te voorkomen werd een eenvoudig dun plaatje in de onderkaak gemaakt met uitloopers in deze diastemen (zie plaat 1).

Behoudens een enkele contrôle werd in de eerstvolgende negen maanden niets anders gedaan. Door distaal aan de tweede melkmolaar in de bovenkaak een schuin vlakje te slijpen, gaf ik de eerste blijvende molaar gemakkelijk gelegenheid om zich meer buccaalwaarts te verplaatsen. *Op deze eenvoudige wijze werd bereikt, dat de eerste blijvende molaren in de juiste relatie kwamen te staan.* Ik besloot nu om het waagstuk van mijn proefneming zoover door te zetten, dat voorloopig van verdere behandeling werd afgezien. Na drie maanden heb ik met een verhemelteplaatje en twee zwelhoutjes achter de centrale bovenincisivi in drie weken deze elementen even over het onderfront gedrukt. *Daarna is deze jongen niet meer behandeld en volgde een volkomen normale instelling van het gebit.* Ik geloof dat deze behandeling geheel in de lijn ligt van hetgeen *D u y z i n g s* bedoelt, wanneer hij ons wijst op het activeeren of afremmen van physiologische krachten.

De vraag of de mesiaalverplaatsing van of in de onderkaak zich voltrekt volgens de inzichten van *K o r k h a u s* en *S c h w a r z* eenerzijds of volgens *Z i e l i n s k y* anderzijds, schijnt na deze behandeling ten gunste van laatstgenoemde te moeten worden beantwoord. *K o r k h a u s* en *S c h w a r z* staan op het standpunt dat de genoemde verplaatsing in hoofdzaak of uitsluitend moet worden toegeschreven aan veranderingen in het kaakgewricht. *Z i e l i n s k y* daarentegen neemt aan dat het uitsluitend de tandgroepen zijn die zich verplaatsen. In een recente publicatie van *L. J. B a u m e* in de Schw. Mntsch. f. Zhk. März 1947 komt deze auteur na nauwkeurige metingen bij 50 kinderen van 5 tot 6 jaar eveneens tot deze belangrijke conclusie:

„Zahnwanderung und nicht Gelenkumlagerung ist der natürliche, biologische Sicherungsvorgang der bleibenden Verzahnung.“ En verder: „dass das Kiefergelenk normalerweise vielmehr erst sekundär durch die Wachstumsveränderungen der zahntragenden Kieferpartien moduliert und modifiziert wird“.

Een dergelijke vereenvoudigde orthodontische behandeling verruimt in hooge mate haar sociale toepassingsmogelijkheden en brengt haar meer algemeen binnen het bereik der kleuterverzorging.

Afgezien hiervan ligt voor mij de beteekenis van de hierboven beschreven ervaring eenerzijds in de zekerheid dat wij sinds *Angle* toch wél een veel beter inzicht hebben gekregen in de groeiverhoudingen der kaakdeelen, anderzijds echter, dat wij aan zijn „*Sleutel der occlusie*” nog steeds een groote aandacht moeten besteden.

Arnhem, April 1947.

---

## De roestvrij staal- en platina-draadligatuur ter fixatie van door paradentose losstaande elementen \*)

door *F. Duyvensz*

Wanneer wij nog eens een terugblik werpen op het paradentosevraagstuk dan moet het ons toch van het hart, dat ofschoon bij lange na dit vraagstuk niet is opgelost, wij toch een heel stuk in de goede richting zijn bij, laten we zeggen, 25 jaar terug.

Een van de grootste moeilijkheden is en blijft nog altijd het feit dat vaak een zoo goed mogelijke behandeling niet onder ieders bereik ligt, voor poliklinische patiënten in de meeste gevallen zelfs nog tot de onmogelijkheden behoort, gezien de opofferingen aan tijd en geld die het kost.

Het maken van bruggen voor het herstel der occlusie en het maken van steunapparaten brengen groote kosten met zich mee, vooral waar volgens mijn ervaring speciaal voor steunapparaten goud het eenig juiste materiaal is, althans tot op heden.

Het is daarom collega *E. Flaumenhaft* als een verdienste aan te rekenen dat hij er nog eens op heeft gewezen dat men met een eenvoudige draadligatuur van roestvrij staal vaak paradentose patiënten helpen kan. (Zie tijdschrift voor Tandheelkunde 1946 No 4 Blz. 136). Men moet naar mijn meening, en ik twijfel niet dat ook collega *Flaumenhaft* het als zoodanig heeft bedoeld, vooral niet uit het oog verliezen dat dit een noodmaatregel is, die hetzij om pecuniaire hetzij om andere redenen onder de gegeven omstandigheden als aangewezen kan gelden. Vaak gelukt het gedurende zelfs soms langen tijd den patiënt hiermee van dienst te zijn. Het nadeel van deze behandeling is, dat men in de aproximale ruimten door den daar aangebrachten draad een retentieplaats voor spijsresten heeft geschapen. Wanneer men dat op de wijze doet zooals wij dat uit de kaakfractuur behandeling kennen, waar het labiaal omgebogen oogje dan ook als aanhechting voor elas-

---

\*) Voordracht en demonstratie gehouden voor de Ned. Arpa, October 1946

tiekjes kan worden gebruikt of, zooals collega Flaumenhaft dat op blz. 137 afbeelding 2, in zijn bovengenoemd tijdschriftartikel aangeeft, het oogje tot verdere aanspanning gebruikt, dan verkrijgt men een spijsrestretentie aan het buccale vlak van de elementen er nog extra bij. Zie fig. 1.

Waar bij de kaakfractuurbehandeling de ligature slechts voor betrekkelijk korten duur in den mond aanwezig behoeft te zijn, is dat bij de parodontose behandeling als zij langer moet blijven liggen bedenkelijker, vooral als de patiënt het niet al te nauw met de mond-hygiëne neemt, wat bij poliklinische patiënten volgens mijn ervaring nog al eens het geval is.

Bovendien kan het voorkomen dat het oogje hetwelk aan de buccale vlakke van het element ligt, bij het afbijten verbuigt wat verwondering aan het lip- en wangslimvlies tengevolge heeft.

Het is daarom dat ik zooveel mogelijk tracht linguaal zoowel als buccaal een zoo glad mogelijken ligatuurdraad te houden en waar wij toch reeds interproximaal de draadlus hebben zitten, lijkt het mij eenvoudiger deze lus ook tot spanningsboogje eventueel om te buigen. Zie fig. 1 - b en c.

Op die wijze vervalt tenminste één retentieplaats en de kans voor slijmvlieslaedering is ook verminderd. Ik geloof dat als men toch tot een ligature moest overgaan en aldus een interproximale retentie heeft geschapen, men het best doet het dan ook maar bij die eene retentieplaats te houden, doch zooals ik reeds zeide, beschouw ik de bovengenoemde ligatuur als een noodmaatregel en prefereer verre de fixatie door vastzittende (dus niet uitneembare) steunapparaten. Bij het aanleggen van deze draadligatuur ga ik gewoonlijk als volgt te werk:

Ik neem een stukje Wipla draad „ganz weich“ van 0,3 mm. In een buigtangetje vat ik nogal laag in de bekken (dus naar het scharnier toe) den draad beet en draai den draad een paar keer om de bekken van de tang, figuur: 2.

Mijn assistente krijgt nu deze tang, waarin het eene einde van den draad zit, vast te houden. Zij vat de tang (bekken en handvat) zoodanig beet dat de draad tusschen den wijsvinger en den middelvinger uitsteekt.

Ik vat nu het andere uiteinde van den draad beet en steek dit uiteinde, rechts beginnende, interproximaal tusschen den eersten praemolaar en den caninus van buccaal naar linguaal door, buig den draad linguaal om den caninus heen, breng dezen dan naar buccaal toe tusschen caninus en 2de incisivus, ga dan buccaal onder het door de assistente vastgehouden gedeelte van den buccaal liggenden draad door.

Het door mij vastgehouden gedeelte buig ik om den buccaal liggenden draad heen en steek den draad nu weer naar linguaal gaande terug tusschen caninus en 2de incisivus om vervolgens op gelijke wijze linguaal om de 2de incisivus heen te gaan, weer tusschen 2de en 1ste incisivus naar buccaal terug te komen etc. figuur: 3.

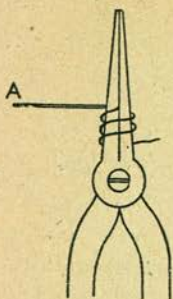


Fig. 2

In de tang wordt de ligatuurdraad aan een der uiteinden gevat en eenige malen om de beken der tang gewikkeld. Men grijpt nu de tang (bekken en handvat) in volle hand, terwijl de draad A tuschen wijs- en middelvinger uitsteekt. Men kan dan een stevig aantrekken bereiken.

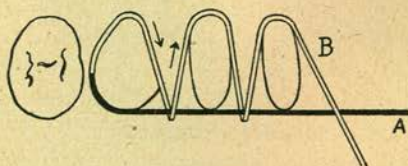


Fig. 3.

De zwart geteekende draad ligt buccaal en wordt door de assistente vastgehouden.

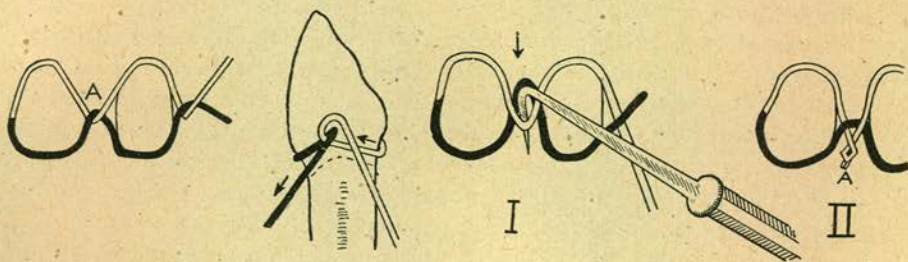


Fig. 4.

Na aanspanning komt de knoop in het midden A der approximale ruimte te liggen. Het zwart aangegeven gedeelte is dat deel van den draad, dat de assistente vasthoudt.

Fig. I is als schematische dwarsdoorsnede van canius en incisivus 2 weergegeven.

Fig. 5.

Fig. I en II zijn als schematische dwarsdoorsnede van caninus en incisivus bedoeld. De zwart-geteekende draad is het buccaal liggende deel der draad. In afb. I is inter-approximaal een sonde in het draadlusje gestoken, dit wordt naar buccaal uitgetrokken, dan getwijnd (afb. IIa) en hierna teruggebogen.

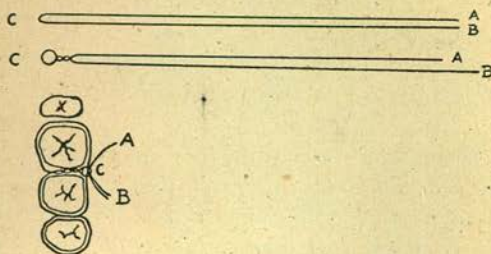


Fig. 6.

Fixatieligatuur bij molaren.

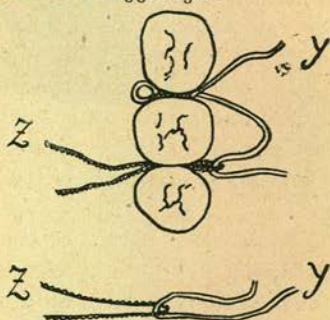
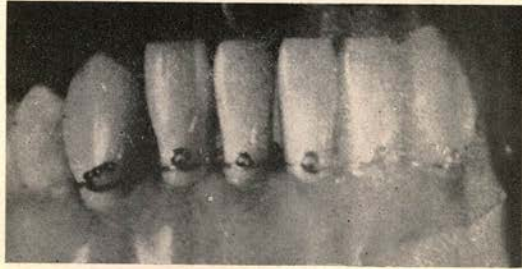


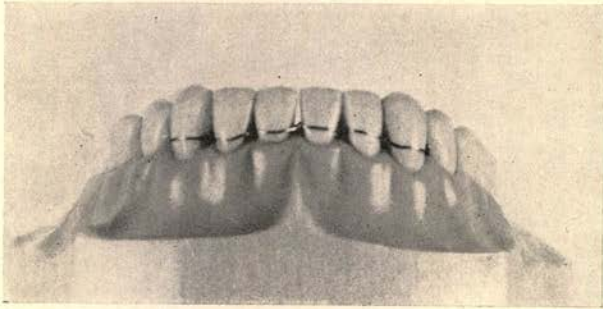
Fig. 7

z = zijden draad  
y = metaal draad





A



B



C

fig. 1

Fig. 1 A vertoont de labiale vlakken met de draadoogjes (redentiepunten) volgens Flaum enhaft. B en C vertoonen labiaal en linguaal de gladde oppervlakken.



fig. 8

Soldeeren in den mond van een draadligatuur.

Gewoonlijk trek ik, als ik weer een element verder ben gekomen, den draad stevig aan hetgeen gemakkelijk kan geschieden doordat ik den draad, die behoorlijk lang is, goed vasthoud en de assistente doordat zij het andere uiteinde flink stevig in de tang heeft, behoorlijk met kracht kan aanspannen. Hierbij komt dan de interapproximaal liggende lus midden in de proximale ruimte te liggen. figuur: 4.

Wij gaan zoo door totdat wij van rechts naar links gaande in de proximale ruimte tusschen caninus en 1ste praemolaar links zijn aangekomen.

Als dit is geschied neem ik ook het draadeinde van mijn assistente over, span zoo krachtig mogelijk aan en nu worden beide draaduiteinden om elkaar getwijd.

Ik tracht dit getwijnde gedeelte van den draad zooveel mogelijk disto-buccaal van den caninus te brengen. Nu knipt men het getwijnde gedeelte van den draad af op de lengte die men wenscht, vat dit deel nog even tusschen een arterieklem (Pean) spant nog even en draait al aanspannende de arterieklem om haar as zoodat het getwijnde draaddeel flink tegen den tand aanzit. Thans breng ik dit uiteinde tusschen caninus en 1ste praemolaar in de proximale ruimte terug. Hiermee is de fixatiedraad aangelegd. Zie figuur: 1 b en c.

Waar wij dezen draad aanleggen als wij losstaande parodontose elementen hebben is dit los-staan der elementen ons in zoo verre van voordeel dat wij niet telkens het eene uiteinde van den draad tusschen de elementen gingivaal behoeven door te steken, maar eenvoudig den draad van incisaal af tusschen de elementen doortrekken, waarbij deze aan parodontose lijdende elementen meest voldoende hiervoor uitwijken.

Bij een op deze wijze aangelegden draad bleek het mij maar zelden noodig dezen later nog verder aan te spannen, wanneer dit echter toch moet geschieden houd ik mij aan dat deel van den draad dat in de proximale ruimte ligt opdat linguaal en buccaal de draad zoo glad mogelijk blijve. In dat geval steek ik een instrumentje met een kort rechthoekig omgebogen einde (een afgebroken sonde kan hier uitstekend voor dienen) tusschen de approximaal liggende lus en twijn, om vervolgens met een tangetje dit getwijnde lusje plat te knijpen en na te buigen. figuur: 5.

Ik heb hier bij de beschrijving de zes onderfrontanden als voorbeeld genomen maar het spreekt vanzelf dat men in deze ligatuur ook andere elementen kan omvatten.

Wanneer men de molaren van een ligatuur wenscht te voorzien kan het onder bepaalde omstandigheden zijn voordeel hebben als volgt te werk te gaan. Zie figuur 6.

De ligatuur draad AB wordt bij C omgebogen. Vervolgens wordt bij C de draad tot een oogje getwijd. Het getwijnde gedeelte behoeft slechts een paar slagen te zijn. Men steekt nu het oogje approximaal tusschen de 1ste en 2de molaar van linguaal naar buccaal door. De uiteinden A en B van den draad liggen dus nu linguaal. Men buigt

nu het linguaal liggende einde A langs de 2de molaar, gaat dan tusschen 2de en 3de molaar naar buccaal door en komt om de 3de molaar heengaande weer terug tusschen de 2de en 3de molaar naar de buccale zijde van de 2de molaar en steekt nu den draad door het daar zich bevindende oogje. Vervolgens buigt men nu het linguaal liggende uiteinde B van den draad om de eerste molaar heen, dan tusschen de 1ste molaar en de 2de praemolaar door naar buccaal en buigt het einde B langs de buccale zijde van den eersten molaar gaande door het draad-oogje heen, dat wij in den beginne hebben gebogen.

Nu trekt men beide uiteinden A en B goed strak aan en twijnt ten slotte uiteinde en oogje C, alles te saam, knipt het overtollige weg en buigt om.

De elementen kunnen soms zoo gedrongen staan, dat het moeilijk is den metaaldraad tusschen deze door te krijgen, vooral achter in den mond kan dit zeer bezwaarlijk zijn. Onder die omstandigheden kan het zijn voordeel hebben eerst een zijden draad tusschen de elementen door te trekken, dezen dan om den metaaldraad te laten pakken en dan den metaaldraad tusschen de elementen door middel van den zijden draad door te trekken. Zie figuur 7.

Een zwak punt in de ligatuur is natuurlijk daar waar de draad-uiteinden getwijnd zijn, omdat door beweging der elementen het tegen den tand aanliggende gedeelte kan terug loopen.

Toen wij vroeger voor een betrekkelijk geringen prijs zuiver platina draad konden krijgen, gebruikte ik dit vaak als ligatuurdraad en soldeerde dan *in den mond* het getwijnde gedeelte vast.

Ik deed dit op de volgende wijze:

Nadat de uiteinden van den draad om elkaar getwijnd waren, dekte men de omgeving van den te soldeeren draad goed af met natte gaasjes, hierop kwam dan linguaal en buccaal een dikke laag asbestwol, opdat er geen verbranding zou plaats vinden indien er met soldeer gemorst werd. Nadat men aldus de omgeving van de plek waar men gaat soldeeren goed heeft geïsoleerd, maakt men het te soldeeren getwijnde deel van den draad goed met alcohol schoon en smeert dit deel vervolgens met een watje met soldeerwater (Chloorzink) goed in.

Inmiddels heeft men een klein koperen soldeerboutje gloeiend gemaakt, het even over een stuk salpeter gehaald zoodat het soldeervlak heelemaal schoon is en dan aan het soldeervlak een stukje zuiver tin gesmolten. Terwijl dit tin aan het gloeiende boutje nog vloeibaar is, strijkt men het over het getwijnde draadeinde en de ligature is hiermede vast-gesoldeerd. (Zie figuur 8).

Het gesoldeerde gedeelte knipt men af en buigt men om in de richting die men wensch.

Als samenvatting zou ik willen zeggen, dat een draadligatuur van platinadraad of van roestvrij staal te gebruiken is ter fixatie van door paradentose losstaande elementen, maar dat dit als *noodmaatregel* is te beschouwen.

## EEN GEVAL VAN MULTIPELE REDUCTIE VAN HET GEBIT?

In de April-aflevering van dit *Tijdschrift* geeft mejuffrouw De Boer een aantal röntgenogrammen weer, waarvan de wel zeer summiere beschrijving een sobere omlijsting vormt. Nu kan beknoptheid — zeker in dezen tijd van papierschaarschte — eene verdienste betekenen: maar niet, wanneer gelijk in casu de beschrijving op essentiele punten tekort schiet.

Intusschen kunnen wij deze tekortkoming nauwelijks ernstig achten: de casuïstische mededeelingen toch, welke mejuffrouw De Boer met een nieuw voorbeeld verrijkt, zijn zóó talrijk — en er bevinden zich daaronder zóó uitnemende — dat wij persoonlijk de vermelding van nieuwe gevallen slechts dan gemotiveerd achten, wanneer de schrijver nieuwe gezichtspunten naar voren weet te brengen en aldus ertoe bijdraagt, ons inzicht in de onderhavige materie te verdiepen: als voorbeeld daarvan moge de publicatie van Mathis gelden en met name de voortreffelijk gedocumenteerde verhandeling van onzen landgenoot Van Erp.

Véél ernstiger tekortkoming achten wij het, dat mejuffrouw De Boer haar geval als multipele reductie determineert. Immers: „ten gerieve van de collegae, die zich bezighouden met de studie van de reductieverschijnselen in het menschelijk gebit”, aldus de schrijfster, „meen ik opname van bijgaande X-foto status van het gebit van een 10-jarig meisje te mogen vragen.”

Schrijfster wete dan, dat haar casus met multipele reductie niets maar dan ook hoegenaamd niets uitstaande heeft: het is een typisch geval van *partieele anodontie*, *anodontia partialis* of — zoo men deze contradictio in terminis liever niet bezigen wil — *oligodontie*. Toegegeven, dat ten aanzien van de aetiologie van anodontie het laatste woord nog niet gesproken is, zóóveel staat vast: anders dan bij de ons bekende gebitreducties is haar genese terug te brengen tot de pathologie der ontwikkeling.

\* \* \*

Waarom ik het noodig oordeel, de mededeeling van mejuffrouw De Boer met bovengegeven beschouwingen aan te vullen? Niet „ten gerieve van de collegae, die zich bezighouden met de studie van de reductieverschijnselen in het menschelijk gebit”: hun vertel ik niets nieuws!

Maar op de vele anderen, die uiteraard niet zoo nauwkeurig georiënteerd zijn op het terrein der talrijke moeilijke problemen van normale en pathologische gebitsanatomie, kan eene publicatie als deze, die bovendien, gelijk schrijfster zelve nadrukkelijk onderstreept „*Uit de Orthodontische afdeeling van het Tandheelkundig Instituut der Rijks-Universiteit te Utrecht, Wnd. Hoofd mejuffrouw M. de Boer*” afkomstig is, slechts verwarrend werken.

*Ex cathedra* gedane uitspraken behooren nu eenmaal wetenschappelijk verantwoord te zijn.

DR. TH. E. DE JONGE