

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MONDHEELKUNDE EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

Verslag van de buitengewone vergadering ter gelegenheid van het tienjarig bestaan der vereniging op 6 november 1965 in het Frans Halsmuseum te Haarlem

In de ochtenduren werd een wetenschappelijk programma verzorgd bestaande uit korte voordrachten door de leden.

F. VAN DOP sprak over „*Epuliden*”. Aan de hand van een geheel nieuwe en oorspronkelijke indeling werden enkele voorbeelden van epuliden behandeld. Collega VAN DOP hoopt binnenkort uitgebreid over dit onderwerp te publiceren.

H. H. VERKERK behandelde het onderwerp: „*Cytodiagnostiek van carcinoom in de mondholte*”.

Cytodiagnostiek is die methode, waarbij men tot een diagnose tracht te komen door het beoordelen van enkele cellen of celgroepen, die meestal niet in weefselverband liggen.

Een voorbeeld hiervan is het hematologisch onderzoek, waarbij het benodigde materiaal via een punctie wordt verkregen. In dit geval spreekt men ook wel van naaldcytologie. Bij de exfoliatieve cytologie daarentegen wordt van het oppervlak afgestreken, hetgeen mogelijk is omdat de bovenste cellen vrijwel los liggen. Hier komt alleen de laatste methode ter sprake.

PAPANICOLAOU is één der eersten geweest, die over de diagnostische mogelijkheden hiervan publiceerde. Een bekend artikel verscheen in 1943, dat tot titel had: „*Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear*”. De eerste publikatie over diagnostisch gebruik in de mondholte is van MONTGOMMERY en VON HAAM, welke in 1951 verscheen. Uit uitgebreide onderzoeken bleek de grote mate van betrouwbaarheid: bij alle carcinomen in de mondholte kon in 95 % der gevallen de cytologische diagnose door de histologische worden bevestigd.

Vervolgens werd gesproken over de wijze waarop „*uitstrijken*” van de mucosa van de mond, genomen dienen te worden. De kleuring gebeurt volgens de methode van PAPANICOLAOU, terwijl voor de diagnose van carcinoom dezelfde kenmerken gelden als bij materiaal, dat van andere organen afkomstig is. Met behulp van diapositieven werd het een en ander nader toegelicht.

Aan het slot der voordracht werd gewezen op de mogelijkheden, die de cytologische methode voor de mondchirurg biedt. Wel werd er op geattendeerd om in geval van carcinoom de cytologische diagnose altijd nog door een histologisch onderzoek te laten bevestigen. Bovengenoemde wijze van onderzoek kan de proefexcisie dus niet vervangen, maar men moet haar zien als een aanwinst op de bestaande diagnostische hulpmiddelen.

Te zijner tijd volgt over dit onderwerp een publikatie.

Prof. C. A. MERKX sprak over: „*Grendelplastiek bij pseudoarthrosis van het corpus mandibulae*”.

Enige ontstaanswijzen van pseudoarthrosis van het corpus mandibulae werden besproken. De meest voorkomende zijn: complicaties bij onderkaakfracturen, osteomyelitis en blijvende continuïteitsstoring na osteotomie.

De continuïteit kan hersteld worden door:

1. Reactiveren van de mandibulastompen. Als bezwaren gelden de zeer lange immobilisatie van de onderkaak (bemoelijkte voedselopname, beschadiging van het gebit door de intraorale fixatieapparatuur), terwijl de prognose van deze behandelingsmethode dubieus blijft.

2. Het overbruggen van het defect met bot uit de beenbank.

3. Het autotransplantaat, dat nog steeds de voorkeur verdient.

Dit autotransplantaat kan verkregen worden door bot uit de crista iliaca of een rib. Bij kleine defecten, zoals bij de eerder besproken continuïteitsonderbrekingen het geval is, kan een transplantaat uit een van de mandibulastompen worden genomen. Indien mogelijk verdient dit de voorkeur omdat geen tweede operatiewond behoeft te worden gemaakt.

Vervolgens werd aan de hand van enige schetsen de operatietechniek toegelicht, waarna door middel van een fotoreportage gemaakt gedurende een dergelijke operatie, de diverse stadia van de ingreep werden getoond.

Tot nu toe zijn vijf patiënten met smalle continuïteitsonderbrekingen van het corpus mandibulae volgens deze techniek geopereerd. Er hebben zich postoperatief geen complicaties voorgedaan. De immobilisatie van de onderkaak duurde ongeveer acht tot tien weken. Bij de röntgen-nacontrole was een volledig botherstel van de defecten te zien.

Daarna toonde L. F. E. MICHELS een fraaie kleurenfilm over de techniek van de apex-resectie met retrograde amalgaamvulling.

De voordrachten van G. BOERING: „*Röntgenafwijkingen bij disostosis mandibulofacialis*” en van Dr. A. J. C. HUFFSTADT: „*Derma-vet transplantaten in het gelaat*” werden door sprekers in een soort samspraak gebracht.

Het gebruik van vetweefsel als vrij transplantaat om weke delen defecten op te vullen is nog altijd een omstreden onderwerp. Zo zegt STARK in zijn in 1962 uitgegeven boek over plastische chirurgie, dat „The significant shrinkage in size of fat grafts (45 % in the first year) makes them virtually valueless in reconstructive surgery”. De dermavettransplantaten, waarbij aan de ene kant de fascie en aan de andere kant het corium aanwezig is, bleken weinig verlies te vertonen. Met deze methode bestaat nu een ervaring van acht jaar en daarbij is gebleken dat deze zeker waarde heeft (mamma plastieken).

Er is in het materiaal een groep bijgekomen, nl. het opbouwen van tekorten aan weke delen in het gelaat. Collega BOUMAN heeft over dit onderwerp experimenteel gewerkt en hoopt daar dit jaar nog over te publiceren. Aan een aantal gevallen werd de toepassing van dit soort transplantaten in het gelaat gedemonstreerd.

De eerste groep behandelde afwijkingen betreft inzakingen in het voorhoofd doordat door een trauma of een sinusoperatie de sinus frontalis is ingezakt. Een fraaie indicatie voor het opvullen met een derma-vettransplantaat.

De tweede groep betreft hemi-atrofieën van het gelaat. Over de indicaties van deze groep kan vermeld worden dat opvallende asymmetrieën van het gelaat door de patiënten over het algemeen zeer bezwaarlijk worden gevonden. Het verdient aanbeveling met de patiënt samen voor de spiegel te gaan staan. Alleen dan ziet men de afwijking zoals de patiënt zelf het ziet en ervaart. Men zal merken dat de mensen erg onder de afwijking gebukt gaan. Correctie is dan ook een zeer dankbare onderneming.

De eenzijdige onderontwikkeling van het gelaat is o.a. bekend als:
unilaterale dysostosis mandibulo-facialis,
first and second branchial arch syndrome,
hemignathia en
hemifacial microsomia.

De afwijking is meestal niet familiaal en is gekenmerkt door:
eenzijdige afvlakking of concaviteit van de zijdelingse delen van het gelaat,
verbuiging van het gelaat met een kinpunt-deviatie naar de kant van de stoornis,
eenzijdige onderontwikkeling van de onderkaak, vooral van de opstijgende tak,
eenzijdige onderontwikkeling van het zygomagebied en van de maxilla,
macrostomie,
misvorming van het uitwendige oor en
diverse afwijkingen elders in de schedel.

De afwijking zou ontstaan in de eerste tot tweede embryonale maand, waarbij vooral de weefsels behorende tot de eerste en tweede kieuwboog getroffen worden.

Differentiaal diagnostisch moet de afwijking onderscheiden worden van de dubbelzijdige dysostosis mandibulo-facialis, die in de literatuur bekend staat als het syndroom van TREACHER COLLINS. Een dubbelzijdige afvlakking van het gelaat, vooral in het zygomagebied, een antimongoloïde scheefheid van de oogspleet, een onderontwikkeling van de onderkaak en van beide oren behoren tot de voornaamste kenmerken.

Tenslotte is er nog de zeldzame oculo-auriculo vertebrale dysplasie van GOLDENHARS. Er is een zekere overeenkomst met de eenzijdige dysostosis mandibulo-facialis, doch de afwijking verschilt hiervan o.a. door epibulbair dermoiden of lipodermoiden op het laterale deel van de oogbol, een bol voorhoofd en het frequent voorkomen van allerlei misvormingen van de wervelkolom.

Op latere leeftijd is er naast de afvlakking van het gelaat vaak een retrognathie en een retrogenie; de benige kin is meestal weinig prominent. De littekens langs de lijn tragus-mondhoek verraden waar „bijoortjes” en blinde branchiogene fistels operatief behandeld zijn.

De occlusie-stoornissen van het gebit vallen veelal mee en bestaan meestal uit een deviatie van de onderkaak naar de zieke zijde met als gevolg een verschuiving van het onderfront t.o.v. de mediaanlijn, een kruisbeet aan de gestoorde zijde en een sagittale open beet aan de gezonde kant. Het occlusievlak is meestal scheef. De scheefheid van de mond valt vooral op bij wijd openen.

Soms komen ook bij deze patiënten epibulbair dermoiden voor. Het uitwendige en ook het inwendige oor kan sterk onderontwikkeld zijn. De oorschelp is dikwijls misvormd en te laag ingeplant, de meatus acusticus is soms slecht doorgankelijk of geheel geoblitereerd. Diverse graden van doofheid komen voor.

Voor het bepalen en vastleggen van de diverse afwijkingen van het aangezichts-skelet komen de volgende röntgenopnamen in aanmerking:

a. *De Parma-opname.* Deze toont diverse graden van hypoplasie van de opstijgende tak en vaak groeistoornissen in het gebied van het tuberculum articulare en de proc. zygom. os. temp. De continuïteit van de jukboog kan onderbroken zijn.

b. *De Schüller-opname.* Hierop zijn diverse graden van hypo- of aplasie van de fossa articularis en van het tuberculum te zien.

c. *De Lilienfeld-foto.* Deze opname toont diverse vormen van onderontwikkeling van het zygomagebied.

d. *De jukboogfoto.* Hierop is de boog aan de gestoorde zijde meestal niet te zien.

e. *De tele-röntgenfoto en profiel.* Deze opname met geringe vertekening is bijzonder geschikt voor het volgen van de ontwikkeling van de groeistoornis van de schedel bij een kind met een eenzijdige dysostosis. Soms ontbreekt de sinus frontalis of de sinus sphenoidalis. De clivus is meestal zeer steil. Het lengteverschil tussen de linker en rechter ramus mandibulae is fraai te zien.

f. *De tele-röntgenfoto en face* laat vaak fraai en met weinig vertekening de sterke afbuiging en afvlakking van het aangezichtsskelet zien. Soms is er een eigenaardige recessus supra-orbitalis.

Het blijkt wel dat het bij deze afwijkingen in sommige gevallen niet eenvoudig is, of zelfs onmogelijk, de asymmetrie van het gelaat door osteotomieën te corrigeren. Een correctie van het skelet zal in vele gevallen bovendien niet het gewenste esthetische effect hebben, omdat er bovendien dikwijls een hypoplasie van de weke delen bestaat. Een maskerende operatie met derma-vettransplantaten is daarom in vele gevallen meer geïndiceerd.

Na de lunch, die voor leden en genodigden werd aangeboden in het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis, sprak de chirurg VAN DER ZWAAG over „*Behandeling van verkeersslachtoffers*”. Hij besprak tegen de achtergrond van zijn ervaringen vooral de wettelijke organisatorische vorm van hulp voor ongevalsslachtoffers in een traumatologisch centrum.

Dr. F. KLEIN besloot tenslotte het wetenschappelijk deel der Vergadering met enkele sprankelende, geestige, soms zelfs ontroerende „*Interne notities*”.

Tijdens de daarop volgende openbare Huishoudelijke Vergadering sprak de voorzitter der Vereniging, Dr. W. A. M. VAN DER KWAST, een rede uit die wij hier in enigszins verkorte vorm laten volgen:

Dames en heren,

Het is mij een groot genoegen om u allen namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Mondheekunde welkom te heten in de fraaie historische omgeving van het Haarlemse Frans Halsmuseum. Zeer speciaal wil ik in deze verwelkoming betrekken de vertegenwoordigers van buitenlandse organisaties, die zich de moeite hebben getroost naar Haarlem te reizen om deze dag met ons mee te maken: prof. HAHN uit Kiel en prof. HUSTEDT, de voorzitter van de enkele maanden geleden opgerichte Scandinavische Vereniging voor Mondheekunde. Hun komst en daarmee hun demonstratie prijs te stellen op het tot stand brengen van internationale contacten, wordt door ons zeer gewaardeerd. Ook de vertegenwoordiger van de Ned. Mij. t.b.d. Tandheekunde heet ik gaarne welkom.

Het lijkt wat anachronistisch om het 10-jarig bestaan van een vereniging te vieren in een zo historische omgeving. Wat echter een anachronisme *lijkt* te zijn, *blijkt* in het geheel geen anachronisme te zijn, omdat een leeftijd van 10 jaar al considerabel kan zijn.

Ik kan u dit goed duidelijk maken wanneer ik u vertel, dat in de Verenigde Staten in 1918 is opgericht „The American Society of Oral Surgeons”, een organisatie welke thans 1100 leden telt. Aan deze vereniging is gekoppeld The American Board of Oral Surgery, welke regelend optreedt inzake opleidingseisen en registratie, het specialisme mondheekunde betreffende.

Als ik juist ben geïnformeerd, dan komt er na 1918 een lange tijd niets. Pas in 1955 wordt er weer een dergelijke vereniging opgericht en wel in Nederland. Toen in 1962 tijdens de „First Conference on Oral Surgery” in Londen de „International Association of Oral Surgeons” werd opgericht, bleek dat de in 1955 opgerichte Nederlandse vereniging in zijn karakter volkomen beantwoordde aan de doelstellingen van deze internationale organisatie. Na Engeland in 1962, zijn in 1965 de Scandinavische landen, Finland en IJsland inbegrepen, gevolgd met het oprichten van een vereniging voor mondheelkunde. Ik wil u hiermede aantonen, dat in internationaal verband gezien een leeftijd van 10 jaar al aanzienlijk blijkt te zijn.

Aan de officiële erkenning van het specialisme mondheelkunde in Nederland zijn merkwaardige situaties voorafgegaan. Vooral voor de laatste wereldoorlog heeft een groep artsen, die zonder zich in de tandheelkunde te hebben bekwamd maar desondanks de tandheelkunde wel uitoefenden als „stomatoloog” – een in Nederland nooit geaccepteerde aanduiding –, verscheidene malen geprobeerd via de Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst hun status officieel gelegaliseerd te krijgen. Op allerlei gronden viel echter aan de goede trouw van deze kleine groep te twijfelen. Ook de afwijzende houding welke de Nederlandse artsorganisatie heeft ingenomen t.a.v. hun verlangens, is hierdoor te verklaren. Alle door deze „stomatologen” gevoerde acties zijn gestrand.

Een historische terugblik kan zijn grote bezwaren hebben. Toch meen ik u enkele feiten uit de Nederlandse mondheekundige historie niet te mogen onthouden.

Lezing van de Nederlandse vaktijdschriften – het Tijdschrift voor Tandheelkunde en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde – geeft nl. te zien, dat het op allerlei momenten roerig is toegegaan met wat men voor 1955 mondheelkunde noemde.

Het is mij nog maar sinds kort bekend, dat in Nederland in 1905 is opgericht een Nederlandsch Mondheekundig Genootschap, dat in 1915 zijn tienjarig bestaan vierde. De door de voorzitter uitgesproken feestrede vindt men in het 1 aprilnummer van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Toch schijnt het geen aprilgrap te zijn, al is men geneigd tot deze associatie te komen; de rede verschaft de lezer veel amusement, en is allerminst een pleidooi voor de vereniging waarvan de feestredenaar de voorzitter is.

De datum van overlijden van dit genootschap is mij niet bekend; ik heb de indruk dat dit voor 1930 moet zijn geweest, want in de jaren dertig werd opgericht een Nederlandsche Vereniging van Mondartsen. In 1960 volgde nog de oprichting van de „Nederlandse Mondheekundige Vereniging”, opgericht n.a.v. „recente ontwikkelingen en gebeurtenissen rondom de mondheelkunde”. Deze „vereniging” is niet verder gekomen dan de vorming van een voorlopig bestuur: zij moet beschouwd worden als de laatste stuip trekking van de zgn. mondartsen.

De leden van deze organisaties bestonden uit artsen, die in de meeste gevallen zonder in het bezit te zijn van een tandartsdiploma, de tandheelkunde uitoefenden.

In de gepubliceerde vergaderingsverslagen van de Nederlandse Vereniging van Mondartsen kan men lezen, dat 99% van hun werk bestaat uit wat zij noemen gewone tandheelkunde. Een der leden laat daarom de uitdrukkelijke waarschuwing horen, dat de mondarts ervoor dient te zorgen, dat hij de behandeling van het gebit op even bekwame wijze moet uitvoeren als de goede tandarts dit kan en doet.

De in de vergaderingen herhaaldelijk terugkerende klacht, dat de Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst onvoldoende de belangen van deze medici-mondspecialisten behartigt-

de, moet dan ook worden gezien tegen de achtergrond van het feit dat menig mondarts zichzelf deze toch zeer primaire eis niet heeft gesteld, toen hij gebruik makend van zijn bevoegdheden als arts, de tandheelkunde ging uitoefenen. Deze groep van mondartsen koesterde zich met de gelukzalige gedachte, dat zij, zoals in hun vergaderingsverslagen te lezen staat, als medicus universus de autonome tandheelkundige opleiding konden missen. Hun medicus universus-zijn stond immers borg voor een juiste toepassing van de, ik citeer letterlijk, „biologische en physiologische inzichten bij de tandheelkundige indicatiestelling”.

Overigens wil ik u in dit verband niet onthouden, dat in 1937 een bestuursvoorstel werd aangenomen, dat huisartsen, die protheses leveren, niet als buitengewoon lid zullen kunnen worden aangenomen.

Behalve de dubieuze kwaliteit van de wijze van beroepsuitoefening van deze mondartsen, zal ook het ontbreken van een opleidingscentrum in Nederland wel een remmende factor zijn geweest voor de Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst om de mondartsen die specialistische status te verschaffen, welke door hen werd nagestreefd.

De heren doen tenminste hun beklag, dat zij, n.b. toegerust met een medische grondslag, zich in Nederland niet kunnen toeleggen op orthodontie, parodontose, mondchirurgie, cariësprofyaxe etc.

Ik meldde u al, dat het overgrote deel van deze mondartsen zich niet gedrongen heeft gevoeld een tandheelkundige scholing te ondergaan. Dit is voor hun echter geen bezwaar om naar voren te brengen, dat het billijk zou zijn, wanneer zij ook in de ziekenfondspraktijk hun beroep als geneesheer voor mond- en tandziekten zouden kunnen uitoefenen, dat bovendien door hun wordt voorgesteld, dat de artsorganisatie een regeling treft, waardoor het voor elke arts mogelijk wordt zich als specialist mond- en tandheelkundige te vestigen en aldus dezelfde kansen te krijgen als elke andere specialist bij de ziekenfondsen.

Ge signaleerd wordt verder, dat de Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst eigenaresse is van een groot aantal ziekenfondsen en dat daarmee de mogelijkheid is gegeven in de toekomst een deel van het surplus aan artsen als mond- en tandheelkundig arts te plaatsen.

Men kan zich afvragen welke impuls deze mondartsen tot hun acties heeft gedreven. Het antwoord is niet moeilijk: de in 1937 op stapel staande ziekenfondswet, waarin mondartsen en mondheelkunde niet worden genoemd en de tandheelkundige verzorging van de Nederlandse bevolking expliciet wordt overgelaten aan de Nederlandse tandartsen.

De hieruit voortkomende frustratie van de mondartsen wordt treffend gedemonstreerd in een circulaire welke aan de Amsterdamse artsen werd toegezonden. Het Hoofdbestuur van de Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst had zich nl. onmachtig verklaard om de besturen van de ziekenfondsen ertoe te bewegen de medici-mondartsen toe te laten tot de behandeling van hun mondzieke leden.

Het betreffende rondschrjven luidt als volgt:

„Het Hoofdbestuur berust erin, dat ons specialisme, van de algemene geneeskunde losgerukt, bijna uitsluitend door niet-medicci wordt uitgeoefend. De gevolgen zullen zich openbaren: de oogheelkunde zal door opticiens worden overgenomen, de orthopedie en fysische therapie door masseurs en chiropedisten, de röntgenologie door kappers en schoenmakers. Wij doen, geachte collega, een dringend beroep op u, ons te steunen in ons streven de mond- en tandheelkunde in de medi-

cina universa terug te brengen. Als eerste maatregel om in de behoefte aan mond- en tandheelkundige hulp op medische grondslag te voorzien, verklaren wij ons hierbij bereid op verwijzing van de behandelend geneesheer, op onze hieronder vermelde poliklinieken gratis onderzoek te verrichten en advies te geven; eventuele behandeling tegen zo laag mogelijke tarieven." Volgt een aantal namen.

Het gebrek aan enthousiasme, dat de heren de artsenorganisatie verwijten, is er wel duidelijk door geworden.

Het is tenminste zeer aannemelijk, dat deze organisatie er weinig voor voelde om deze uit contra-selectie geboren groep geneesheren in zijn specialistenregisters te legaliseren, dit met uitzondering van een klein aantal mondartsen, waarvan vaststond dat zij het specialisme uitoefenden op aanvaardbare wijze.

Het heeft na deze acties bijna 20 jaar geduurd voordat de artsenorganisatie een officiële stap deed inzake de mondheelkunde: in 1955 werd door de Specialisten Registratie Commissie van de inmiddels Koninklijk geworden Mij. Geneeskunst, daartoe gemachtigd door het Hoofdbestuur, de inschrijving in het specialistenregister als specialist voor mond- en tandziekten gesloten n.a.v. de omstandigheid dat dit specialisme nooit voldoende was omschreven en opleidingseisen ontbraken. Terecht werd gesteld, dat in de praktijk mondartsen meestal de tandheelkunde uitoefenende artsen waren en ook, wanneer deze tandheelkundig geheel competent waren, kan de summatie van 2 onafhankelijke opleidingen niet automatisch leiden tot een specialisatie in één van deze beroepen. Met deze uitspraak, geciteerd uit een rapport dat is samengesteld door een commissie, gevormd door vertegenwoordigers van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst en van de Ned. Mij. t.b.d. Tandheelkunde wordt het probleem t.a.v. de zgn. mondartsen juist gesteld. Deze uitspraak maakt verder duidelijk dat het vooroorlogse begrip mondheelkunde verschilt in betekenis van wat vandaag onder mondheelkunde – oral surgery – wordt verstaan.

Het door de artsenorganisatie al dan niet opzettelijk geprotraheerde vacuüm op mondheelkundig gebied werd opgeheven, toen de Ned. Mij. t.b.d. Tandheelkunde na eerst in 1953 het specialisme orthodontie te hebben erkend, op 27-7-1956 het specialisme mondheelkunde en chirurgische prothetiek erkende en de eisen vaststelde om als specialist in dit onderdeel te kunnen worden geregistreerd. Met ons erelid **TERENCE WARD** ben ik van mening, dat deze twee onderdelen de enige taken van tandheelkunde zijn, die aanspraak kunnen maken op de titel specialisme. De tegenwoordige zucht tot overspecialisatie leidt tot een heilloze verbroekeling en aantasting van de werkzaamheden van de algemeene practicus.

Het besluit van de tandartsenorganisatie impliceerde, dat de mondheelkunde zich nu op gelegaliseerde wijze als zelfstandig specialisme kon ontwikkelen. De afgelopen 10 jaar hebben overduidelijk aangetoond, dat het door de Maatschappij genomen besluit meer dan volledig is gehonoreerd. Bovendien blijkt internationaal gezien, zich een dergelijke ontwikkeling te voltrekken in een aantal andere landen.

In de periode waarin de grondslagen werden gelegd voor het specialisme mondheelkunde, had ik het voorrecht assistent te zijn van prof. **HUT** in Groningen. Van nabij heb ik toen ervaren de overtuiging, waarmede **HUT** zijn inzichten heeft verdedigd. Het woord verdedigen heeft hier zijn betekenis, omdat de inzichten van **HUT** bij een aantal leden van onze beroepsorganisatie heftige weerstanden hebben opgeroepen. Hij heeft deze oppositie echter op doeltreffende wijze gebroken en tegenover de pessimistische voorspellingen t.a.v. de levensvatbaarheid van het spe-

cialisme een prognose gesteld, waarvan de tijd heeft bewezen, dat deze de juiste was.

Erkend moet worden, dat diverse factoren de ontwikkeling van de mondheekunde hebben bevorderd: de toenemende vraag naar medische en tandheekundige hulp heeft ook zijn repercussies op de mondheekunde evenals de nog steeds toenemende verkeersintensiteit en de daarmee gepaard gaande stijging van het aantal ongevallen met maxillaire verwondingen. In zijn recent gehouden inaugurele rede suggereerde prof. MERKX, dat juist deze toenemende behoefte om bij traumatische afwijkingen gebruik te maken van het speciale kennen en kunnen van de specialistisch geschoolde tandarts een inductorische factor is geweest bij het ontstaan van het specialisme mondchirurgie.

Aan deze progressieve ontwikkeling is nog zeker geen einde gekomen. Zo meen ik te moeten zeggen, dat in bepaalde onderdelen van het specialisme een verticale uitbreiding nog mogelijk is. De preprothetische chirurgie en operatieve mogelijkheden bij dysgnathieën zullen in Nederland meer aandacht moeten krijgen dan op dit moment het geval is.

U zoudt uit het bovenstaande de indruk kunnen krijgen, dat de ontwikkeling van ons specialisme sinds zijn officiële erkenning rimpelloos is verlopen. Deze indruk is niet juist. Het is nu eenmaal een feit, dat allerlei nevengebieden en al wat daaruit voortkomt, zich in de medische wereld maar moeizaam een plaats kunnen verwerven. Het is nu eenmaal eveneens een feit, dat lange tijd het artsdiploma heeft gegolden als een alomvattend criterium. Pas sinds de laatste jaren wordt ingezien, dat door de ontwikkeling van de nevengebieden, de geneeskunde meer en meer raakt aangewezen op de steun van aanverwante beroepen en daarvan is de tandheekunde en meer speciaal het uit de tandheekunde voortgekomen specialisme mondheekunde er één.

Om te geraken tot een inzicht in het nieuwe tandheekundige specialisme, werd in 1960 op initiatief van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst een commissie ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de beide beroepsorganisaties. Deze commissie onder voorzitterschap van de röntgenoloog KAMERLING, had tot taak de tandheekundige specialismen te bestuderen, met name het specialisme mondheekunde. Er bestond, zo werd gesteld, van medische zijde een leemte op het gebied van de specialistische behandelingen van de kaak en de mondholte welke moest worden opgevuld door de werkzaamheden van chirurgen, keel-, neus- en oorartsen en plastisch chirurgen. Dat er van medische zijde belangstelling bestond voor het nieuwe specialisme was dus begrijpelijk. De door deze commissie gevoerde besprekingen resulteerden in een rapport, bij lezing waarvan blijkt, dat t.a.v. de besproken punten overeenstemming is bereikt. Vastgesteld werd o.m. dat de tandarts-specialist door de wijze van benadering van de mondheekunde – hem is de mondheekunde als zelfstandig vak gedoceerd, hij wordt uit hoofde van zijn vak voortdurend geconfronteerd met afwijkingen in de mondholte en hij heeft een grote ervaring bij het verrichten van intraorale onderzoeken en ingrepen – in vele gevallen beter op dit onderwerp is ingesteld dan de arts. Vermeldenswaard in dit verband is, dat al in 1939 de mondchirurg TJEBS erop wees dat men de tandheekunde onrecht zou aandoen door de mondheekunde als een zuiver medisch specialisme te zien. In een rede, getiteld „De ontwikkeling der mondchirurgie in de laatste 25 jaar” vermeldt TJEBS nadrukkelijk, dat zowel voor de behandeling

van traumata als van tumoren, ontstekingen, kystes, dysgnathieën etc. het vermogen om tandheelkundig te kunnen denken, een essentiële voorwaarde is voor een juiste uitoefening van de mondchirurgie.

De uitspraken van PICHLER en AXHAUSEN, twee groten uit de mondheekunde, zijn in dit opzicht eveneens interessant. PICHLER stelt: „Für die Mundchirurgie muss man zuerst zahnärztlich denken gelernt haben; sonst findet man vor lauter Chirurgie nicht zu den nötigen technischen Gesichtspunkten. Für die praktische Zahnheilkunde muss man zunächst einmal ärztlich denken gelernt haben; sonst vergisst man vor lauter Technik den kranken Menschen.” AXHAUSEN is van mening, dat hij beter een tandarts tot kaakchirurg kan opleiden dan een chirurg tot tandarts. Deze drie uitspraken, mogelijk op wat voorzichtige wijze gesteld, laten er geen twijfel over bestaan, dat een belangrijke basis van de mondchirurgie wordt gevormd door de tandheekunde en het vermogen tandheelkundig te denken.

De veel gestelde vraag, of de verwerving van het artsdiploma nodig is om de mondheekunde naar behoren uit te oefenen, kan dan ook onomwonden met „neen” worden beantwoord. Stellig zal de in de mondheekunde gespecialiseerde tandarts, die bovendien nog kans ziet de medische studie te voltooien, van de laatste profijt hebben, maar de medische studie verleent hem op zich zelf geenszins de competentie om de specialistische praktijk uit te oefenen. Het is dus te verwachten, dat ook in de toekomst de specialist mondheekunde gerecruteerd wordt uit tandartsen, die op grond van aanleg en ambitie zich tot dit onderdeel voelen agetrokken.

Het is de verdienste van HUT geweest, dat hij bij voortduring deze nuchtere feiten heeft ingezien en daaruit de consequenties heeft getrokken. De algemene vergadering van de „International Association of Oral Surgeons” heeft in 1965 een resolutie aangenomen, welke nog eens duidelijk aantoot, dat de ruim 10 jaar geleden door HUT voorgestane opvattingen juist zijn.

Deze resolutie luidt: „The General Assembly wishes to stress that in no way does it wish to infer that higher training, possibly in medicine, is not desirable, but that it should be recognised that oral surgery is a specialty of dentistry and not medicine.”

Ik hoop u te hebben duidelijk gemaakt, dat de ontwikkeling van de mondheekunde in Nederland in zijn huidige vorm tot stand is kunnen komen dank zij het feit dat prof. HUT zich met alle dynamiek die in hem aanwezig is – en dat is heel veel – heeft ingespannen om dit specialisme in ons land te realiseren en wel volgens normen, welke geheel overeenstemmen met de doelstellingen van de veel later (1962) opgerichte International Association of Oral Surgeons. In internationaal opzicht heeft TERENCE WARD zich voor deze ontwikkeling grote verdiensten verworven. Het enkele jaren geleden aan hem aangeboden erelidmaatschap van onze vereniging toont onze erkentelijkheid hiervoor aan. Nu, in het jaar dat deze vereniging 10 jaar bestaat, is het mij een genoegen en een eer om aan prof. HUT het Erevoorzitterschap aan te bieden, als bewijs van dank voor de verdiensten, welke hij jegens ons zowel collectief als voor een groot deel van ons afzonderlijk gedaan heeft.

Zonder twijfel is ook mevrouw HUT emotioneel betrokken geweest bij de door haar man bereikte resultaten. Ik wil haar zeggen, dat wij het ons tot een eer rekenen haar man het erevoorzitterschap van onze vereniging aan te bieden.

Verenigingsverslagen en mededelingen

Over de daarop volgende installatie van Prof. M. HUT tot erevoorzitter der Vereniging, zijn toespraak, de receptie en de bijdrage van GODFRIED BOMANS werd in dit tijdschrift al verslag gedaan. Rest mij nog te vermelden dat de dag werd besloten met een zeer geanimeerd galafeest in de Zandvoortse Golfclub.

L. A. M. ROORDA, secretaris,
Franz Lisztlaan 15, Heemstede.

HET IVOREN KRUIS

Samenstelling van het Dagelijks Bestuur

Het Dagelijks Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne „Het Ivoren Kruis” is als volgt opnieuw samengesteld:

- Ere-Voorzitster: Mevr. M. MUNTENDAM-ISEBREE MOENS, tandarts, Den Haag;
Voorzitter: Prof. O. BACKER DIRKS, tandarts, Bilthoven;
Vice-Voorzitter: H. C. SPOON, tandarts, Rotterdam;
1e Secretaris: C. B. KLAASSEN, tandarts-orthodontist, Randweg 80, Rotterdam-25, telefoon: 010 - 19 23 65;
2e Secretaris: M. D. HAGE, tandarts, Nieuwe Duinweg 46a, Katwijk, telefoon: 01718 - 41 00;
Penningmeester: J. W. COERT, econ. drs., Rotterdam;
Archivaris: L. J. BACKER, tandarts, Den Haag;
Commissaris: R. SCHÜRMAN, tandarts, Rotterdam.

Collega J. T. STUY, Den Haag, trad uit het Dagelijks Bestuur, doch blijft deel uitmaken van het Algemeen Bestuur van „Het Ivoren Kruis”.

Uit het Algemeen Bestuur van „Het Ivoren Kruis” traden:

Dr. M. O. EELZBACHER;
Mr. R. MESSCAERT;
Mej. C. B. OVERWEEL.

terwijl in hun plaatsen kwamen:

Mej. G. P. M. BECHT, namens de Ned. Ver. v. Diëtisten, Den Haag;
Dr. W. BROUWER, arts, namens het Ned. Huisartsen Instituut, Utrecht;
Mej. W. ROUWENHORST, namens de Alg. Ned. Ver. „Het Groene Kruis”, Utrecht;
M. VROMEN, arts, namens de Ned. Bond v. Moederschapszorg en Kinderhygiëne, Den Haag.