

aanleiding daarvan verscheen een reeks artikelen, waarin verscheidene tot oordelen bevoegde auteurs hun visie gaven op de ogenblikkelijke stand van zaken, niet alleen met betrekking tot cariës, maar ook tot andere vraagstukken, zoals parodontale aandoeningen (waarop de Redactie nog hoopt terug te komen). Soms geven de auteurs wel eens toekomstverwachtingen ten beste, die de nuchtere Nederlandse lezer de wenkbrouwen doen optrekken, maar dat moge dan op de koop toe worden genomen. In elk geval heeft de Redactie met vertaling en publikatie van zulke artikelen het doel voor ogen, de Nederlandse lezer informatie te verschaffen waar hij houvast aan heeft. Deze moge dan tot de conclusie komen dat wetenschappelijke molens al even langzaam draaien als ambtelijke, maar hij leert dan tenminste beseffen dat dit alles wel degelijk zin heeft.

Er is echter nog een ander punt dat de aandacht vraagt. De lezer kan de opmerking maken dat ook deze overzichten hem niet rechtstreeks helpen in de uitoefening van zijn praktijk. Zij hebben immers voornamelijk betrekking op de profylactische aspecten van gebitsaandoeningen, terwijl het in de praktijk nog altijd zo is dat het curatieve element de boventoon voert. De practicus heeft dus allereerst behoefte aan informatie, die in dat opzicht hem van dienst kan zijn, b.v. wat is onder bepaalde omstandigheden de meest aanbevelenswaardige vorm van restauratie of van caviteit-preparatie. Ook ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen resp. samenvattende overzichten op dat gebied wil de Redactie graag diligent blijven. Men moet echter wel bedenken, dat de tandheelkunde langzamerhand een geheel andere kant is opgegaan: de belangstelling van wetenschappelijke onderzoekers gaat om begrijpelijke redenen meer naar de preventieve (dus op algemeen-biologische principes berustende) aspecten uit dan naar zulke mechanische problemen, als caviteitpreparatie in zich bergt. Daar gelden de grondslagen, die Black heeft gelegd, nog onverminderd: hoogstens kan men nog wat natwisten over de wenselijkheid van het al dan niet evenwijdig lopen van opstaande wanden, van het al dan niet afronden van hoeken of van het al dan niet aanbrengen van retentiegroeven, in verband met te kiezen vulmateriaal. Maar wetenschappelijk is aan deze in hoofdzaak mechanische problemen weinig eer meer te behalen.

Veel belangrijker wordt de reactie van de levende weefsels – en natuurlijk in de eerste plaats van de pulpa – op mechanische bewerkingen en op fysieke, resp. chemische invloeden geacht. Dit is dus wederom een terrein van biologisch gerichte research. Men zoekt voortdurend naar middelen die de integriteit van de pulpa niet aantasten. Dit maakt het volgen van de onderzoeksresultaten betreffende adhesieve vulmaterialen tot een bijzonder boeiende zaak. Zal men er binnen afzienbare tijd in slagen een zodanig vulmateriaal te vinden, dat slechts een minimum aan (voor de pulpa altijd schadelijke) caviteitpreparatie vergt, maar dat ook door zijn chemische eigenschappen geen nadelige invloed daarop uitoefent?

De levende weefsels staan, ook in het opzicht van restauratieve tandheelkunde, centraal in de wetenschappelijke

belangstelling. Als men hierover nadenkt en overweegt dat de parodontologie al geruime tijd een zelfstandige onderwijsafdeling is, dan dringt zich als vanzelf de conclusie op, dat dit ook zou moeten gelden voor de endodontie. Want, zoals de pulpa de levende kern is van het gebitselement, zo is de endodontie de levende kern van wat nog altijd heet de conserverende tandheelkunde. Maar dat is natuurlijk een hoofdstuk apart.

In elk geval wil de Redactie graag alles doen wat in haar vermogen is om de kloof tussen wetenschap en praktijk te helpen overbruggen. Het is, zoals in het zoëven aangehaalde redactionele commentaar in de *British Dental Journal* ook tot uiting werd gebracht: een wederzijds begrip, n.l. van de onderzoeker voor de noden en de behoeften van de practicus en, omgekeerd, van de practicus voor het belang van de huidige wetenschappelijke ontwikkelingen, is van essentiële waarde om nieuwe vindingen op de juiste wijze ingang te doen vinden. Hieronder valt ook de voorlichting van het publiek op het gebied van preventieve maatregelen, zoals drinkwaterfluoridering, want het publiek wordt gevormd door de patiënten en deze beschouwen in eerste instantie de behandelende tandarts als hun vraagbaak.

## VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

### NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MONDHEELKUNDE EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

*Verslag wetenschappelijke vergadering d.d. 11 mei 1974*

Op 11 mei 1974 vond te Utrecht een wetenschappelijke vergadering plaats in het kader van het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging tot Bevordering der Chirurgische Wetenschappen. Voorzitter tijdens deze bijeenkomst was Dr. J. Hovinga.

Van de gehouden voordrachten volgt hieronder een korte samenvatting.

1. Dr. K. Lekkas (Katholieke Universiteit Nijmegen): *'De experimentele arthrosis deformans van het kaakgewricht.'*

#### *Samenvatting:*

De benadering van de arthrosis deformans van het kaakgewricht is tot op heden gebaseerd op de klinische waarnemingen, terwijl wat betreft het ontstaan en het verloop van de afwijking er slechts gissingen en theorieën zijn. Deze theorieën vormen nog steeds de basis van de behandeling van patiënten met een dergelijke afwijking.

Er is tot op heden weinig ondernomen om deze theorieën te beproeven op basis van een gericht experimenteel onderzoek. Deze benadering zal enerzijds een beter begrip van het verschijnsel (arthrosis deformans) in zijn geheel bieden en tevens een betere basis vormen voor de behandeling van de patiënten. Het doel van de voordracht was de eerste resultaten te presenteren van een operatiemethode om bij het proefdier een arthrosis van het



kaakgewricht na te bootsen. Bij een 40-tal ratten is het craniale gewrichtscompartiment geopend en een defect met een doorsnede van 0,4 mm in de discus gemaakt. Tevens is de articulaire oppervlakte van het caput mandibulae onder de perforatie bekrast en beschadigd. Drie weken na deze behandeling kon men het eerste stadium van de arthrosis deformans waarnemen. Dit was een uitstulping van kraakbeencellen in de richting van de perforaties. Hieruit blijkt dat, in tegenstelling tot de gangbare theorie, de zogenaamde exostosen van het caput mandibulae waarschijnlijk in eerste instantie 'echondrosen' zijn, die pas op een later tijdstip verkalkt worden.

Drie maanden na de operaties was het mogelijk het gehele arsenaal van verschijnselen bij arthrosis deformans van het kaakgewricht, bekend uit de kliniek, ook bij de dieren aan te tonen: kysten van het caput mandibulae, exostosen, sclerotische en afgevlakte capituli. Gedestruëerde verkalkte articulaire oppervlakte van het caput mandibulae, waaraan slechts sporen van kraakbenige bekleding te zien waren, zijn aangetoond op basis van uitgeprepareerde specimen, röntgenfoto's en histologische coupes. Tenslotte werden de klinische consequenties van het experimentele onderzoek in het kort besproken.

2. Dr. J. Hovinga, tandarts-kaakchirurg (Haarlem): '*Laterognathie.*'

*Samenvatting:*

Asymmetrie van het gezicht kan aangeboren of verworven zijn. Aard en grootte van de afwijking kunnen een indicatie zijn voor het verrichten van een chirurgische correctie.

Nog meer bepalend voor het uitvoeren van een operatie is de psychische gesteldheid van de patiënt. Ook klachten van kaakgewricht, kauwfunctie en maag, en spraak kunnen mede een overweging vormen.

De chirurgische correctie van laterognathieën is vaak gecompliceerder dan die van prognathieën en retrognathieën.

Dit werd geïllustreerd aan de hand van 9 patiënten, die in een tijdsbestek van één jaar werden behandeld en waarbij verschillende combinaties van operaties in onder- en/of bovenkaak werden beschreven en de bereikte resultaten vermeld.

3. J. Koppendraaier (Rijksuniversiteit Utrecht): '*Losbeïtelen van de processus pterygoideus bij osteotomie van de maxilla.*'

*Deze voordracht zal elders worden gepubliceerd.*

4. Dr. I. van der Waal (Vrije Universiteit, Amsterdam): '*Zwellingen van de mondbodem.*'

*Samenvatting:*

Zwellingen van de mondbodem kunnen op een groot aantal afwijkingen berusten.

Bij *ontstekingsprocessen* in de mondbodem bestaat het gevaar van uitbreiding naar andere loges.

Bij *neoplasmata* in de mondbodem moet, vooral bij het vermoeden op een speekselkliertumor, in de eerste plaats worden gedacht aan een maligne aandoening.

Ter illustratie werd een zevental patiënten besproken bij wie de

zwellung in de mondbodem steeds op een andere afwijking bleek te berusten.

De diagnoses waren: irritatie-fibroom, speekselsteen, ranula, adenoid cystic carcinoma, angiomatosis, lipoom en amyloidose. Het is van belang dat elke tandarts en tandarts-specialist op de hoogte is van het grote aantal diagnostische mogelijkheden bij zwellingen van de mondbodem.

5. Dr. J. Rittersma, tandarts-kaakchirurg (Zwolle): '*Extra articulaire vergrendeling van het kaakgewricht bij habituele luxatie.*'

*Samenvatting:*

Uit de literatuur blijkt dat reeds vele pogingen ondernomen zijn, de habituele luxatie van het kaakgewricht chirurgisch te behandelen, wanneer de conservatieve therapie (immobilisatie, fysiotherapie, skleroserende injecties) gefaald heeft.

Intra-articulaire ingrepen, zoals discusextirpatie of transposities van de discus articularis, kunnen als obsoleet worden beschouwd, daar er een arthrosis deformans door wordt veroorzaakt.

Van de extra-articulaire vergrendeling worden ook op langere termijn gunstige resultaten vermeld. Toegepast werd de methode, zoals die door Schüle (1972) werd beschreven. Het tuberculum articulare wordt verhoogd door het, via een pre-articulaire incisie, vrijleggen en naar caudaal verplaatsen van de arcus zygomaticus als een gesteeld bottransplantaat. Fixatie vindt plaats door middel van staaldraad osteosyntheses.

Postoperatief wordt 2 à 3 weken intermaxillair gefixeerd. De methode werd toegelicht aan de hand van de ziektegeschiedenissen van twee patiënten, bij wie de operatie beiderzijds werd uitgevoerd. De resultaten zijn hoopgevend. De operatie is zeker te prefereren boven eindeloze conservatieve therapie.

6. Dr. K. Lekkas (Katholieke Universiteit Nijmegen): '*De tongreductie.*'

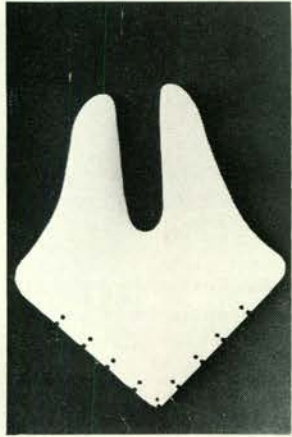
*Samenvatting:*

De tongreductie in het kader van de correctie van de dysgnathieën is reeds lange tijd bekend, hetzij voor de chirurgische correctie van dysgnathieën ofwel, in mindere mate, voor de preventie hiervan. In de literatuur valt een zekere terughoudendheid te bespeuren wat betreft het toepassen van een tongreductie. De tong is namelijk een zodanig overvloedig gevasculariseerd orgaan, dat bij iedere tongreductie een aanzienlijke hoeveelheid bloed verloren ging; dientengevolge werd de ingreep aanzienlijk moeilijker. Het opereren met een diathermisch mes, zorgvuldige coagulatie e.d. hadden alleen gedeeltelijk het probleem opgelost. In de kliniek te Nijmegen is in de loop der tijd een operatietechniek ontwikkeld, zodat nu de tongreductie een zeer simpele ingreep geworden is. De gehele operatie duurt tegenwoordig omstreeks 25 minuten in tegenstelling tot de 1 uur durende ingreep van vroeger, terwijl het bloedverlies 30 cc bedraagt in tegenstelling tot de ca. 300 cc bij vroegere technieken.

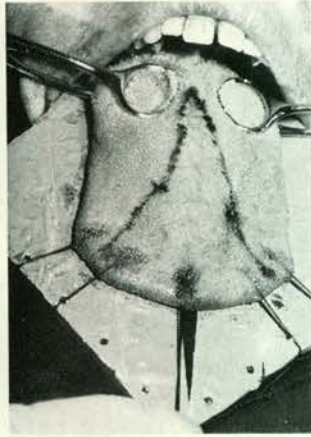
De basis van de techniek vormt een plaatje van kunsthar (zie afb. 1), dat voor een gedeelte onder de tong geschoven kan worden en waarop de tong symmetrisch uitgespannen wordt. Op de basis van de tong worden beiderzijds 2 galblaasklemmen (zie afb. 2) aangebracht. Deze handeling heeft als doel de arteria lingualis dicht te drukken gedurende de ingreep. Vervolgens wordt het incisiepa-



troon op de tong uitgetekend, waarna de tong in één keer, tot op het plaatje, volgens dit patroon wordt geïncludeerd. Het meest naar



Afb. 1. Het plaatje.



Afb. 2. De tong op het plaatje gespannen.

mediaal liggende gedeelte wordt vervolgens met de schaar weggenomen. Tenslotte wordt in 3 lagen gehecht.

Deze techniek werd gepresenteerd in de vorm van een film.

7. N. P. J. B. Sieverink (Vrije Universiteit, Amsterdam): 'De solitaire botkyste.'

#### Samenvatting:

De solitaire botkyste (SBC) is bekend onder vele namen; de naam 'traumatische botkyste' is het meest populair. Dat trauma verantwoordelijk is voor het ontstaan van deze kyste is echter een onbewezen zaak. In het kader van deze lezing werd niet ingegaan op de etiologie en pathogenese van de SBC.

De SBC is niet een kyste in histopathologische zin doch in röntgenologische zin.

De SBC wordt niet alleen gezien in de kaken doch ook in andere beenderen vnl. in het proximale deel van de humerus en het femur, bij kinderen jonger dan 15 jaar. In 65% wordt de kyste in de extremiteiten ontdekt door een pathologische fractuur. De SBC kan het beste chirurgisch worden behandeld; na curettage wordt het defect opgevuld met autoloog bot. Toch worden veel recidieven gezien; percentages tot 54 zijn gepubliceerd.

De SBC in de kaken wordt vnl. gezien in de onderkaak bij jeugdige personen tussen 10-20 jaar. De afwijking is niet dentogeen. In 60% van de gevallen wordt de SBC in de kaken bij toeval ontdekt. Daar de SBC zelden bij volwassenen wordt gezien mag hieruit worden geconcludeerd dat vele SBC'n zonder behandeling genezen.

De mucosa ter plaatse van de SBC heeft een normaal aspect; in 40% wordt expansie van de proc. alveolaris gevonden. De gebitselementen zijn altijd vitaal; de SBC wordt nooit gezien in een edentata gebied. Op de röntgenfoto is een kysteuze eenkamerige radiolucentie te zien, de kyste wordt voornamelijk gediagnosticeerd in de symphysis of het premolaar-molaargebied. De grootte varieert van 1 cm tot een afwijking die zich kan uitstrekken van de hoektand tot in de ramus ascendens. De SBC bevindt zich altijd boven de canalis mandibularis. Enige röntgenologische karakteristieken moeten voor ogen worden gehouden, deze zijn terug te voeren op de lage

intrakysteuze druk. Nooit wordt divergentie van radices gezien of verplaatsing van kiemen van gebitselementen. Radices van gebitselementen ter plaatse van de SBC zijn nooit geresorbeerd, wel wordt resorptie van de lamina dura gezien. De outline van de kyste is veelal guirlandevormig, dit wordt wel als karakteristiek voor de SBC beschouwd.

De SBC wordt op de röntgenfoto begrensd door een dunne sclerotische lijn, als men deze vergelijkt met de outline van een dentogene kyste zou men kunnen zeggen: een potloodlijn en een lijn getekend met een viltstift.

Onderzoek van bloed en urine levert geen afwijkingen op. De SBC kan op vele afwijkingen gelijken en moet worden beschouwd als een grote imitator. Enkele van deze afwijkingen: dentogene kysten, mediane mandibulaire kyste, ameloblastoom, centraal reuzencel reparatief granuloom, aneurysmatische botkyste, centraal hemangioom, maligne bottumoren, eosinofiel granuloom, hyperparathyreoïdie, osteoporotisch beenmergdefect.

De enige wijze om de diagnose te stellen is exploratie van het defect, bovendien is dit de beste manier van behandelen. Contact van het bloed, waarmee het defect zich na exploratie vult, met het periost van de slijmvlieslap is voldoende om botingroei te bewerkstelligen. Het defect kan een gele - op serum gelijkende - vloeistof bevatten of leeg zijn, de radices van de gebitselementen steken erin uit. Er wordt geen kystemembraan gevonden, wel is het defect in ongeveer 10% van de gevallen bekleed met een laagje bindweefsel. In 30% is de inhoud van de canalis mandibularis zichtbaar. De prognose van de SBC in de kaken is uitstekend, recidieven zijn zeldzaam.

Dr. R. F. van Hoof, secretaris,  
Bethel Ziekenhuis, Delft.

#### NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ORTHODONTISCHE STUDIE

##### Aankondiging 'Orthodontische Studieweek 1975'

Op initiatief van haar erevoorzitter, wijlen Prof. J. A. C. Duyzings, organiseerde de Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie in 1955 de eerste internationale Orthodontische Studieweek in Leiden en Noordwijk.

Op de foto zien wij Professor R. Hotz (Zürich) tijdens een tafeldemonstratie.



In 1975 zal er weer zo'n Studieweek plaatsvinden, deze keer in Valkenburg (L.) van 28 april tot 2 mei. Allen die zich voor de orthodontie interesseren zijn welkom.

Nadere inlichtingen worden gaarne verstrekt door de secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie: collega J. M. Beek, Wildernislaan 51 te Apeldoorn.



STICHTING VOOR WETENSCHAPPELIJK  
TANDHEELKUNDIGEN ARBEID

*Aankondiging lezingen Prof. R. M. Frank d.d. 14 december 1974*

Op zaterdag 14 december 1974 zal Prof. Robert M. Frank (Straatsburg) voor de Stichting W.T.A. een viertal lezingen verzorgen onder de titel 'Recent developments in oral research'. De lezingen zullen worden gehouden in de collegezaal van het nieuwe Tandheelkundig Instituut der rijksuniversiteit Utrecht, Sorbonnelaan 16, Utrecht (De Uithof). De aanvang der eerste lezing is om 10.00 uur, terwijl de bijeenkomst rond 16.15 uur zal zijn beëindigd.

**B I N N E N L A N D**

PROMOTIE

*N. P. J. B. Sieverink*

Op vrijdag 1 november 1974 promoveerde collega N. P. J. B. Sieverink (Haarlem) tot doctor in de geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, op een proefschrift getiteld: 'The simple bone cyst'.

Promotor was Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast, terwijl Dr. I. van der Waal als co-referent optrad.

Het proefschrift werd bewerkt in de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Dr. Sieverink is vanaf 1 juli 1974 als staflid verbonden aan de afdeling Mond- en Kaakchirurgie van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN  
TE GRONINGEN

*Aankondiging programma 28 november 1974*

Op donderdag 12 december a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de collegezaal van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal te Nijmegen. Aanvang 20.00 uur precies.

Programma:

Dr. Ir. M. M. A. Vrijhoef:            Ontwikkelingen in tandheelkundig amalgaam.

Prof. Dr. F. C. M. Driessens:        Ontwikkelingen in de specificatie van tandheelkundige amalgaamlegeringen.  
Dr. H. Letzel:                        Voortgang klinisch onderzoek van amalgaamrestauraties.

Data volgende klinische avonden: 6 februari, 3 april en 5 juni 1975.

KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN  
TE NIJMEGEN

*Aankondiging programma 12 december 1974*

Op donderdag 28 november a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de grote collegezaal van het nieuwe gebouw voor klinische tandheelkunde, Antonius Deusinglaan 1 te Groningen. Aanvang 20.00 uur precies.

Programma:

G. Th. E. R. Arnold:                Teamwork in de algemene praktijk.  
P. J. A. Crielaers:                 Mededelingen uit de groepspraktijk te Abcoude.

MEDICA '75

Van 14-18 april 1975 zal te Utrecht in de expositiehallen van de Jaarbeurs de 8e Internationale Tentoonstelling voor Ziekenhuizen en Instellingen *Medica '75* worden gehouden. Voor de medisch-wetenschappelijke begeleiding (o.a. van het lezingenprogramma) van deze tweejaarlijkse tentoonstelling, heeft de Nationale Ziekenhuisraad een Begeleidingscommissie in het leven geroepen.

Aan deze expositie zal wederom de speciale tentoonstelling *Vóór collegae, dóór collegae* zijn verbonden, waar alle aan het ziekenhuis verbonden academici hun inventiviteit op het gebied van de ontwikkeling van medische apparatuur die door hen zelf - veelal voor eigen gebruik - is ontworpen en geconstrueerd, onder de aandacht van meer collegae kunnen brengen. Naast het Nederlandse aandeel, dat centraal staat, zullen ook inzendingen uit het buitenland worden aangetrokken.