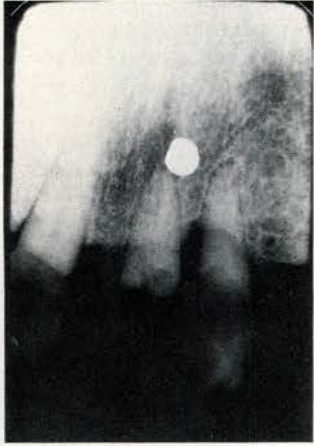


RÖNTGENRAADSELS

7. EEN 'VREEMD LICHAAM'*)

A. C. M. VAN DE POEL



Afb. 1. Peri-apicale röntgenfoto van de 22 (Pat. ♂, 65 jaar). Ter plaatse van de apex van dit gebitselement is behalve een radiolucentie ook een min of meer rond radiopaque gebied te zien. Uit de anamnese was op te maken dat dit 'vreemde lichaam' waarschijnlijk een hagelkorrel is.

Op de, aan de extractie vooraf gemaakte, röntgenfoto (zie afbeelding 1) werd een witte, transparante vlek aangetroffen. Het was geen artefact, immers ook de duplicaatfilm gaf eenzelfde beeld te zien en de opname was vervaardigd met

een open richtbuis. Een metaaldeeltje in de conus van het röntgenapparaat kon het dus niet zijn. Bij navraag bleek de patiënt in zijn jeugd tijdens het jagen in zijn gezicht getroffen te zijn door een aantal hagelkorrels.

De 21, 22 en 23 werden verwijderd, de 22 met behulp van een opklapje. Er werd echter geen hagelkorrel aangetroffen. De hagelkorrel zal dus waarschijnlijk in de weke delen liggen. Deze bevinding komt overeen met die van Stafne (1969) die enige overeenkomstige gevallen beschrijft.

Wanneer de hagelkorrel tot in het bot doordringt, verandert hij meestal van vorm en vertoont dan op de röntgenfoto niet meer de min of meer ronde vorm met gladde rand, maar een grillige vorm. Ten gevolge van de ondervonden weerstand bij het in het bot dringen wordt de hagelkorrel vervormd of slaat soms zelfs in stukken uiteen.

Literatuur:

1. Stafne, E. C. (1969): Oral roentgenographic diagnosis. W. B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto. Pp. 324-325.

Januari 1976.

Adres: Dr. A. C. M. van de Poel,
12701-6 N.W.,
Seattle, Wash. 98177,
U.S.A.

*) Publikatie mogelijk gemaakt door het toekennen van een Z.W.O.-stagebeurs.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MONDHEELKUNDE EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

Verlag wetenschappelijke vergadering d.d. 1 november 1975

Op 1 november 1975 vond te Zwolle een wetenschappelijke vergadering plaats van de Nederlandse Vereniging voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek, wier naam intussen is gewijzigd in *Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie*. De vereniging was te gast in het Sophia Ziekenhuis.

Voorzitter tijdens deze bijeenkomst was Dr. J. Hovinga.

Van de gehouden voordrachten volgt hieronder een korte samenvatting.

1. Dr. J. J. Jansen, neuroloog (Academisch Ziekenhuis Utrecht): *'Neurologische aspecten van aangezichtspijn'*.

Samenvatting:

Pijnbeschrijving blijkt een subjectieve zaak, zowel voor de patiënt alsook voor de practicus. De reciproke werking van pijn en psyche

werd besproken aan de hand van de zogenaamde centrale pijn, de psychalgie en de atypische gelaatpijn.

Na een korte beschrijving van de 'banen' die betrokken zijn bij de pijn in het gelaat bleek dat de anatomische grondslagen het gevaar van een simplificatie in zich dragen – de moderne neuro-fysiologische pijntheorieën, onder meer van Melzack en Wall – zijn van grote betekenis voor het begrijpen van de pijn.

Bij de patiënt met pijn in het gelaat is een multidisciplinaire benadering onontbeerlijk, waarbij ook de neuroloog zijn bijdrage kan leveren.

Aan de hand van enkele ziektegeschiedenissen bleek dat door een minutieus gericht neurologisch, soms ook een uitvoeriger en aanvullend onderzoek, de neuroloog de objectieve organische oorzaak van pijn in het gelaat op het spoor kan komen.

Bij een patiënte met langdurige neuralgieën in het gelaat waren souffles boven de a.carotis de enige afwijking – het angiogram toonde een grote arterioveneuze malformatie.

Bij een patiënte met een lange voorgeschiedenis van een neuralgie en Costen-syndroom was het verschil in corneareflexen de enige objectieve afwijking – ook hier werd op het arteriogram een groot arterioveneus aneurysma geconstateerd.

Bij een patiënte met een voorgeschiedenis van neuralgie en Costen-syndroom werd op grond van geringe sensibiliteitsstoornissen, en pas op den duur coördinatiestoornissen, de diagnose meningeoom van het tentorium gesteld.

2. Dr. P. V. Admiraal, anesthesist (St.-Hippolytus Ziekenhuis, Delft): 'Pijn aan de tand gevoeld'.

Samenvatting:

De pijn waarmede de kaakchirurg geconfronteerd wordt kan, arbitrair, als volgt worden ingedeeld:

- 1.1. pijn van korte duur: kaakontstekingen, alveolitis, traumata, postoperatief.
- 1.2. pijn van langere duur: fixatie-apparatuur bij fracturen, grotere defecten na operatie, chronische osteomyelitis.
- 1.3. chronische pijn van onbekend lange duur: neuralgiforme aangezichtspijn, pijn als gevolg van afwijkingen ter hoogte van het kaakgewricht.

Hoewel pijn dikwijls op verschillende manieren te bestrijden is wordt hier alleen aandacht aan de farmacologische methode geschonken.

Uit het grote aantal analgetica dat in Nederland verkrijgbaar is wordt een persoonlijke keus gemaakt.

Voor een vollediger overzicht mag verwezen worden naar Nelemans: 'Pijnstillende middelen in de tandheelkunde' (Ned Tijdschr Tandheelkd 79, 1972).

Afhankelijk van de ernst en de te verwachten duur van de pijn kan dan één van de volgende middelen toegepast worden. De volgorde is naar toenemend analgetisch effect.

- 2.1. Paracetamol (Finimal[®], Hedex[®], Panadol[®]): analgeticum en antipyreticum; in normale dosering geen of weinig kans op nierbeschadiging; versterkt de werking van orale anticoagulantia. Dosering: 500-1000 mg/3-4 dd
- 2.2. Combinatie paracetamol met codeïne. Dosering codeïne: tot 50 mg/3 dd.
- 2.3. Glafenine (Glifanan[®]): vrij sterk analgeticum; geen ernstige bijwerkingen tot dusver; geen maagbezwaren; geen beïnvloeding antistollingstherapie. Dosering: beginnend 2 tabletten van 200 mg, daarna tot maximaal 5 dd 200 mg.
- 2.4. Pentazocine (Fortral[®]). Dit, van de morfine-antagonist nalorfine afgeleide, analgeticum is behalve parenteraal ook per os en rectaal werkzaam; werkingsduur 4-6 uur; bijwerkingen die van morfine; bij ademdepressie geen nalorfine toedienen doch naloxone (nog niet in ons land verkrijgbaar); langdurige toepassing kan tot afhankelijkheid leiden. Dosering: per os 50 mg/3-5 dd; rectaal 1 supp./3-4 dd, s.c. of i.m. 30-45 mg/4 dd.

Opgemerkt moet worden dat gelijktijdige toediening van pentazocine met een ander morfine-achtig analgeticum door de antagonistische werking uiteraard een kunstfout is. Ook de omschakeling van pentazocine op morfine (en omgekeerd) kan hierdoor moeilijkheden en teleurstelling voor de patiënt veroorzaken.

- 2.5. Dextromoramide (Palfium[®]). Dit morfinomimeticum wordt slechts genoemd om te waarschuwen voor toepassing bij chronische pijn: de kans op gewenning en afhankelijkheid is hier te groot.
- 2.6. Nicomorfine (Vilan[®]). Dinicotinezure ester van morfine; even sterke werking als morfine doch sneller beginnend en langer durend: 6-8 uur; bijwerkingen komen zelden voor; gewenning en afhankelijkheid sporadisch en eerst na langdurige toepassing; geen euforie. Dosering: s.c. 10 mg/3-5 dd. Bij sommige chronische pijnen kan met vrucht gebruik gemaakt worden van:
- 2.7. Bezitramide (Burgodin[®]). Sterkwerkend morfinomimeticum met lange werkingsduur: 8-12 uur; alleen per os werkzaam; bijwerkingen als van morfine: braken, te antagoneeren door

gelijktijdige toediening van haloperidol (Serenase[®]), ademdepressie bij overdosering te antagoneeren met nalorfine en remming van de peristaltiek, te antagoneeren met laxantia; sterke antitussieve werking; tot op heden geen gewenning of afhankelijkheid beschreven, langste toediening nu 3 jaar.

Dosering: strikt individueel, instelling liefst klinisch. Voor nadere informatie moge verwezen worden naar de voorlichtingsfolder over Burgodin (Janssen Pharmaceutica).

Combinatie van een analgeticum met een neurolepticum is vaak gewenst.

Daarvoor komen in aanmerking:

- 3.1. Haloperidol (Serenase[®]). Polyvalent neurolepticum met een sterk anti-emetisch effect (zie combinatie met Burgodin); extrapyramidale verschijnselen bij hoge doses. Dosering: 1-1 mg/2 dd.
- 3.2. Diazepam (Valium[®]). Neurolepticum met een spierrelaxerende werking; bijwerkingen: slaperigheid, duizeligheid en soms ataxie. Dosering: na instellen met 5-10 mg/3 dd dalen tot 2 mg/3 dd.
Tot slot een opmerking over de tijdstippen van toediening: tegelijk met de maaltijden is een denkfout: overdag krijgt de patiënt teveel en 's nachts te weinig. Toediening om de 8 uur (7, 15 en 23 uur) is veelal 't beste waarbij dan de dosis kan variëren.

3. E. Meijer, neurochirurg (St.-Radboud- en St.-Canisius Ziekenhuis, Nijmegen): 'Neurochirurgische mogelijkheden bij aangezichtspijn'.

Samenvatting:

Aan de hand van enkele voorbeelden uit de neurochirurgische praktijk werd getracht duidelijk te maken dat de theorie omtrent het pijnbeleven, ondanks Melzack en Wall, en Noordenbos, nog onduidelijk is en dat het doorsnijden van zenuwen vaak geen verandering geeft in de pijngewaarwording. Veel teleurstellingen worden gezien na operaties voor trigeminus neuralgieën, na chordotomieën, na 'neuroom'-extirpaties etc. Veel belang wordt gehecht aan de psyche van de patiënt. Nog belangrijker blijkt de levensgeschiedenis. Pijn kan de desintegratie van de patiënt veroorzaken. Aan de hand van enkele voorbeelden lijkt de conclusie gewettigd dat een desintegratie van de patiënt zich ook als pijn kan manifesteren.

4. Dr. W. Metz, arts te Arnhem (docent Filosofie der Geneeskunde Vrije Universiteit te Amsterdam): 'Over het pijnbeleven'.

Samenvatting:

Het pijnbeleven werd van twee zijden benaderd. De eerste benadering sloot aan op de inhoud van twee publikaties over de behandeling van asymmetrische kaken, respectievelijk vooruitstekende kinnen. (1.)

Voor de lijdens aan die afwijking zijn zij een bron van ellende. Telkenmale als de blik van een ander op hun afwijking blijft rusten, telkenmale als zij zich in de spiegel bekijken en op de blik van een ander anticiperen worden zij zich hun afwijking pijnlijk bewust. De pijn wordt wel door de afwijking opgeroepen maar is er niet in gelokaliseerd, zij speelt zich niet in maar aan het lichaam af, zij is geen lichamelijke maar een sociale categorie: zij raakt de hele persoon. Operatieve hulp wordt dan ook op sociale indicatie

verleend. De mondchirurgie wordt tot psycho-chirurgie, tot socio-chirurgie. De sociale repercussies blijven niet uit. Hovinga schreef mij: 'Ook veel kleinere afwijkingen blijken soms de mensen danig uit hun evenwicht te brengen'. Daarmee signaleert hij een algemene tendens: toeneming van de mogelijkheden tot hulp, doet de behoefte aan hulp niet af- maar toenemen. Zou het mogelijk zijn dat de geneeskundige hulp pathogeen werkt? Illich beantwoordt die vraag bevestigend: zij werkt volgens hem verslavend. (2)

De tweede benadering betrof het somatisch pijnbelevan. Ook deze benadering vond plaats aan de hand van een aantal toegezonden publikaties van mondchirurgische zijde. (3)

De auteurs van deze artikelen aanvaarden impliciet de fysiologische pijntheorie die de causale relatie legt tussen het pijnbelevan en een lichamelijke afwijking. Dat is een merkwaardige zaak, want bij zorgvuldige lezing blijkt dat de resultaten van onderzoek en klinische observatie de grondslag van deze pijntheorie niet bevestigen, maar ermee in strijd zijn. Dat is bij zulke publikaties geen uitzondering, maar eerder regel. Daarenboven blijkt de grondslag van de pijntheorie ook van binnenuit te worden aangetast, en dreigt te bezwijken of is reeds bezwaken onder het gewicht van de voortgezette en verfijnde fysiologische research. De pijntheorie blijkt een 'fausse route'. Bij het verklaren van het pijnbelevan gaan de auteurs vrijwel of geheel voorbij aan een bestudering van dat belevan, en richten al hun aandacht op de fysiologische, pathologische en farmacologische aspecten van het pijnonderzoek. Zij hebben meer oog voor de verklaring dan voor het verschijnsel dat zij trachten te verklaren. Dat moet zich wreken. Een nieuwe pijntheorie zal de omgekeerde weg moeten gaan: van het verschijnsel pijn, naar een mogelijke verklaring.

Onderzoek naar het bestaan van de gehandicapten in Het Dorp te Arnhem, als ook naar het bestaan van diepzwakzinnigen, opende de ogen voor de sociale werkelijkheid van het menselijk lichaam, die, als een werkelijkheid van hogere orde de medisch-fysische werkelijkheid van het lichaam opheft door haar in zich op te nemen. Het onderzoek ontsloot vervolgens de werkelijkheid die zich in het menselijk partnerschap manifesteert. In die werkelijkheid verliezen de medische en de sociale werkelijkheid hun autonomie en gaan op in de dialogische werkelijkheid van het mens-zijn als het omvattende systeem. Sociale werkelijkheid en medische werkelijkheid zijn subsystemen van het systeem-Mens. Pijnbelevan, sociaal of menselijk, zo bleek uit een onderzoek onder pijnlijders, is een symptoom van de desintegratie van het systeem-Mens, waarbij subsystemen een autonome rol kunnen gaan spelen. Naast de behandeling van het pijnbelevan volgens de vuistregel van de pijntheorie opent zich in deze visie de mogelijkheid van een pijntherapie, die zich direkt richt op het herstel van de desintegratie, op het herstel van het partnerschap, op het herstel van het systeem-Mens en zijn werkelijkheid. Bij die therapie is de therapeut geen technicus meer, maar partner. Met minder gaat het niet.

Literatuur:

1. J. Hovinga, E. R. Kraal, L. A. M. Roorda (1974): Difficulties in and indications for the treatment of facial asymmetry. *Int J Oral Surg* 1974; 3: 234.
2. J. Hovinga (1970): Ostectomie in het corpus mandibulae *Ned Tijdschr Tandheelkd* 77: 23.
3. Ivan Illich (1975): Medical Nemesis. Vert. Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid? Baarn.
4. G. Boering (1974): Pijnen in het maxillo-faciale gebied. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 79: 49.

5. K. J. Balmus, D. K. F. Meyler (1974): Niet narcotische analgetica. *Ned Tijdschr Geneesk* 118: 11, 377.

6. R. H. Booy (1972): Pijnbestrijding met eenvoudige analgetica in de tandheelkunde. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 79: 69.

5. Prof. Dr. W. Schilli (Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Freiburg): *Indikation und Prinzip der stabilen Osteosynthese am Unterkiefer*'.

Samenvatting:

Mit der konventionellen zahngetragenen intraoralen Schienung können die meisten einfachen Unterkiefer-Frakturen behandelt werden. Die Schienung am Zahnsystem hat den großen Vorteil, daß die Okklusion automatisch mitberücksichtigt wird. Die Wiederherstellung der Okklusion ist aber die Grundvoraussetzung für die Wiederherstellung der Funktion. Von der Biodynamik des Unterkiefers her ist der Alveolarfortsatz die Zugseite des Unterkiefers. Eine Fixierung der Bruchfragmente in diesem Bereich ist deshalb besonders günstig.

Die Fragmentfixierung über die Zähne erfolgt allerdings bruchfern über die federnd im Desmodont aufgehängten Zähne. Das bedeutet, daß eine alleinige Schienung im allgemeinen nicht ausreichend Ruhe an den Fragmenten verspricht. Zur dental getragenen Schiene gehört grundsätzlich eine zusätzliche Fixierung, meist durch die intermaxilläre Verschnürung. Diese Notwendigkeit schränkt die Indikation ein: es gibt Umstände, die eine intermaxilläre Fixierung verbieten. Diese Fälle sind deshalb eine absolute Kontraindikation für eine ausschließlich dental getragene Schiene.

1. Intrakapsuläre Gelenkfrakturen,
2. Anfall-Leiden,
3. Patienten mit Atemschwierigkeiten ohne Tracheotomie,
4. Polytraumatisierte.

Diese Patienten brauchen eine Ruhigstellung der Fragmente mit erhaltener Beweglichkeit des Unterkiefers. Die Fixierung muß also zumindestens bewegungs-, das heißt übungs-stabil sein. Die zahngetragene Schiene reicht dazu alleine nicht aus. Es muß zusätzlich eine Fixierung der beiden Fragmente am Knochen vorgenommen werden. Die Fixierung am Knochen ist immer mit einem operativen Eingriff verbunden.

Neben dieser ersten Indikationsgruppe für ein operatives Vorgehen bei Frakturen am Unterkiefer gibt es eine zweite Gruppe:

1. Starke Dislokation, evtl. mit Weichteilinterposition, bei der eine unblutige Reposition der Fragmente nicht möglich ist.
2. Ungünstiger Frakturverlauf, so daß eine Ruhigstellung über zahngetragene Schienung nicht möglich ist.
3. Ein für die Schienung nicht ausreichender Zahnbestand.

Für die Fragmentfixierung am Knochen stehen mehrere Methoden zur Verfügung. Aus anatomisch-topographischen Gründen können ausreichend stark dimensionierte Fixierungselemente nur am unteren Unterkieferrand angebracht werden. Dieser untere Unterkieferrand ist vom Biodynamischen die ungünstigste Stelle überhaupt. Die Fragmentfixierung hier verlangt außerordentlich starke Kraftträger zur Fixierung. Die bei der Funktion auftretenden Zugspannungen im Alveolarfortsatzbereich sollten durch eine Zuggurtung aufgefangen werden. Das anbringen einer Zuggurtung, für die eine grazile Platte oder eine Drahtligatur genügt, Brons und Boering, sowie Spiessl haben dafür detaillierte Anweisungen gegeben, macht aber sehr oft

erhebliche Schwierigkeiten. Wir haben deshalb eine besondere Form der Platte entwickelt, die es ermöglicht, durch spezielle Anordnung der Drucklöcher auch im Zugbereich, der plattenfern ist, eine Druckspannung aufzubauen. In allen schwierigen Fällen stabilisieren wir zusätzlich durch Verwendung einer Platte mit Inlayschenkel, die eine weitere Stabilisierung ermöglicht. Der Zuggurtungseffekt der schräg gestellten Druckplatten kann im spannungsoptischen Bild sehr schön dargestellt werden.

Der Zugang erfolgt bis zum Prämolarenbereich von intraoral. Der Nervus mentalis wird freipräpariert und aus den Weichteilen ausgelöst, so daß er nicht beschädigt wird. Günstig verlaufende Frakturen können auch im Kieferwinkel von intraoral versorgt werden. Hier ist aber auch der Zugang von extraoral günstig. Die Fragmente werden reponiert und durch interdental Ligaturen in Okklusion eingestellt. Die Platte wird individuell angebogen, die Schrauben werden in vorgeschrittene Gewinde eingedreht. Bei richtiger Reposition der Fragmente und richtiger Applikation der Platte entsteht interfragmentärer Druck, der zusammen mit den stabilen Schrauben und der Platte die Fragmente funktionsstabil gegeneinander fixiert. Die Infektionsgefahr ist damit extrem gering und eine primäre Knochenheilung gewährleistet. Die interdental Ligatur kann nach Beendigung der Operation voll gelöst werden. Die Kombination der Reposition durch Wiederherstellung der Okklusion mit interdentalen Ligaturen und der exakten Fragmentfixierung am Knochen unter Sicht ergibt eine optimale Wiederherstellung. Neue Untersuchungen aus der Kölner Klinik haben gezeigt, daß ein Drittel aller Patienten mit dislozierten Unterkieferfrakturen, die konventionell behandelt wurden, noch nach Jahren Beschwerden haben. Die exakte Restitutio ad integrum mit Hilfe der operativen Frakturbehandlung ergibt die Chance, dieses Ergebnis zu verbessern.

6. Prof. Dr. W. Schilli: 'Operative Frakturbehandlung mit Schrauben und Platten am Mittelgesicht'.

Samenvatting:

Der Oberkiefer und die Periorbita besteht aus relativ dünnen Knochenschalen. Im Gegensatz zum Unterkiefer ist deshalb die Osteosynthese außerordentlich erschwert, da in dem dünnen Knochen keine starken Kraftträger verankert werden können. Die Osteosynthese hat sich deshalb in diesem Bereich bisher auf die Adaptationsdrahtnaht beschränkt. Diese Adaptationsdrahtnaht hat im Bereich des Jochbeines große Nachteile: sie fixiert nur eindimensional und kann deshalb bei einem abgesunkenen Jochbogen den drehenden dislozierenden Zug des Musculus masseter nicht vollständig aufheben. Bei starken Dislokationen müssen deshalb an den beiden typischen Frakturstellen – der Sutura zygomatico frontalis und oberhalb des Canalis infraorbitalis – Adaptationsdrahtnähte gelegt werden. Unsere Erfahrung hat gezeigt, daß es periorbital möglich ist, Schrauben mit vorgeschrittenem Gewinde ausreichend zu fixieren. Bei dislozierten Jochbeinfrakturen genügt deshalb die Fixierung des reponierten Jochebeines lateral und supraorbital mit einer kleinen Platte und Schrauben. Die Platte ist über die Kante verbindungsstabil. Eine Dislokation durch den Muskelzug tritt deshalb nicht ein. Da subperiostal-intraorbital nicht freigelegt werden muß, ist der Eingriff kleiner und weniger traumatisierend. Mit derartigen Platten kann der gesamte Orbitaring rekonstruiert werden.

Bei Trümmerfrakturen in der Le Fort I- und in der Le Fort II-Ebene können mit den gleichen 2 mm starken Schrauben, wie wir sie beim Jochbein verwenden, gespaltene Rippen aufgeschraubt werden. Dies erscheint die einzige Möglichkeit, um das Mittelgesicht bei vollständiger Zertrümmerung einigermaßen ruhig zu stellen. Auf jeden Fall ist auch in einer dünnen Knochenschale die Schraube mit vorgeschrittenem Gewinde, da sie flächig dem Knochen anliegt, in der Druckbelastbarkeit der Drahtnaht überlegen.

7. Prof. Dr. W. Schilli: 'Eingriffe an der Kaumuskulatur bei Störungen der Gelenkfunktionen.'

Samenvatting:

Der Bewegungsablauf des Unterkiefers ist bis zum Zahnkontakt neuromuskulär gesteuert. Durch Manipulationen an der Kaumuskulatur kann der Bewegungsablauf verändert werden. Bei einem chirurgischen Vorgehen haben wir grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

1. Die Ablösung des Muskels an seinem Ansatz und damit seine vollständige Ausschaltung.
2. Die Verpflanzung des Ansatzpunktes und damit eine Veränderung der Wirkungsrichtung.

Die Ablösung des Ansatzes kommt in zwei Bereichen in Frage:

1. Absetzen des Ansatzes des Musculus pterygoideus vor dem Gelenkkopf.
Diese Operation ist dann indiziert, wenn eine extreme Öffnungsbewegung zusammenfällt mit terminaler Luxation oder Subluxation des Gelenkkopfes. Von einem präaurikulären Schnitt wird der Gelenkkopf und die Inzisur dargestellt und der sehnige Ansatz des Muskels scharf abgetrennt. Wenn die Operation in Lokalanästhesie durchgeführt wird, kann kontrolliert werden, wie das Absetzen des Musculus pterygoideus lateralis das Übertreten des Kopfes über das Tuberkulum articulare verhindert.
2. Abtrennen des Ansatzes des Musculus temporalis am Processus muscularis.
Dieser Eingriff ist dann indiziert, wenn starke unkontrollierte Muskelkontraktionen zu Überlastungsschäden geführt haben. Der Processus muscularis ist dann von intraoral druckschmerzhaft. Der Ansatz des Muskels wird dadurch abgetrennt, daß vom aufsteigenden Ast der Processus muscularis dargestellt wird und im ganzen abgetrennt wird.

Die Versetzung von Muskelansätzen zur Veränderung der Wirkungsrichtung der Muskulatur ist nur bei extremen Mißbildungsformen, zum Beispiel beim Pierre Robin indiziert.

Die gesamte Muskelchirurgie am Kiefergelenk ist eine grobe Chirurgie. Sie greift in nicht voll kontrollierbarer und sehr plumper Weise in die feine neuromuskuläre Steuerung ein. Sie sollte daher nur die Ultima ratio in der Gelenkbehandlung sein. Dazu kommt, daß sie mit einer hohen Rezidivquote belastet ist, da die einsetzende Narbenbildung sehr oft ein Reattachment des Muskels herbeiführt.

Dr. R. F. van Hoof, wnd. secretaris.

INTERNATIONAAL

AMERICAN SOCIETY OF DENTISTRY FOR CHILDREN

Aankondiging International Congress on Dentistry for Children d.d. 31 juli-4 augustus 1977

In de zomer van 1977 (31 juli-4 augustus) zal door de *American Society of Dentistry for Children* een internationaal congres worden georganiseerd in San Francisco (California, V.S.). Dit congres zal worden gecombineerd met de 5e (jubileum)jaarvergadering van de A.S.D.C. en het 6e congres van de International Association of Dentistry for Children. Reeds thans is bekend dat Dr. R. W. Philips (tandheelkundige materiaalwetenschappen), Dr. D. D. Avery (restauratieve tandheelkunde) en Dr. R. M. Wolff (kindertandheelkunde) een voordracht verzorgen. Daarnaast zullen ook tafeldemonstraties worden gegeven. Degenen die tijdens dit congres een voordracht wensen te houden worden verzocht zich in verbinding te stellen met R. A. Ruddy, Executive Director van de American Society of Dentistry for Children, 211 East Chicago Avenue, Chicago (Ill., V.S.), tot wie men zich ook kan wenden voor inlichtingen.

BUITENLAND

VERENIGDE STATEN

In memoriam Prof. Dr. Allan G. Brodie

Op 2 januari j.l. is Prof. Dr. Allan G. Brodie op 78-jarige leeftijd in Evanston, Illinois (V.S.) op rustige wijze thuis overleden. Hij studeerde tandheelkunde aan de University of Pennsylvania en genoot zijn postgraduate opleiding in de orthodontie aan de Angle College of Orthodontia in Californië. Dr. Brodie werd in 1929 benoemd tot hoofd van de nieuw op te richten afdeling Orthodontie aan de University of Illinois, een positie die hij tot zijn emeritaat in 1966 bekleedde. Hij bouwde een klinische afdeling op, die voor nagenoeg alle daarna aan andere Amerikaanse universiteiten op te richten afdelingen model stond. Daarnaast wist hij een indrukwekkend onderzoekprogramma op te zetten en in stand te houden. De resultaten daarvan zijn in vele publikaties neergelegd.

Met Brodie is één van de laatste leerlingen van Angle heengegaan. Hij heeft met veel succes de traditie van Angle, om te pogen het vakgebied zowel theoretisch als praktisch verder te brengen, voortgezet. Hij heeft evenals Angle een aantal orthodontisten opgeleid, die met enthousiasme en veel inzet deze benadering verder hebben uitgedragen. Gedurende vele jaren is Dr. Brodie in opvolging van Angle de algemeen erkende en gerespecteerde leider van de Amerikaanse orthodontische professie geweest.

In 1966-1967 was Prof. Brodie als gasthoogleraar aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen verbonden. Degenen, die het gegeven was in Nederland van zijn grote kennis en gaven te mogen profiteren, zijn hem voor hetgeen zij van hem mochten ontvangen blijvend erkentelijk.

F. P. G. M. van der Linden

BINNENLAND

EMERITAAT PROF. DR. H. M. J. SCHEFFER

Met het neerleggen van het hoogleraarsambt door Prof. Dr. H. M. J. Scheffer (Maarn) heeft een van de hoogleraren die het nauwst betrokken is geweest bij de na-oorlogse geschiedenis van het Tandheelkundig onderwijs aan de rijksuniversiteit te Utrecht, afscheid genomen.

Aanvankelijk benoemd als hoogleraar in de Conserverende tandheelkunde, werd Prof. Scheffer in 1949 hoogleraar-directeur van het Tandheelkundig Instituut aan de Jutfaaseweg. In deze periode werd hij, als eerste uit de kring der tandheelkundige hoogleraren benoemd tot rector magnificus van de Utrechtse alma mater.

Thans is aan Prof. Dr. H. M. J. Scheffer op zijn verzoek met ingang van 1 maart 1976 eervol ontslag verleend als gewoon hoogleraar in de Sociale Tandheelkunde.

DR. J. R. JANSMA†

Vorige maand is in de leeftijd van 82 jaar Dr. J. R. Jansma overleden. In een beroep waar hij zich niet geheel thuis voelde heeft hij nochtans veel van zich doen spreken. Jansma werd in 1917 tot arts bevorderd en verwierf de doctorsgraad in 1919. Zijn speciale belangstelling voor het gebied van de mondholte manifesteerde zich blijkbaar in een vroeg stadium van zijn loopbaan, getuige het feit dat hij lange jaren als 'mondarts' – uit de aard van de zaak niet in de betekenis van de huidige specialist in de mondheelkunde – te Hilversum heeft gepraktiseerd. In vroeger jaren heeft hij ook vrij regelmatig in het Tijdschrift gepubliceerd, meestal over medische aspecten van de tandheelkunde: Op dit terrein was hij lange tijd medewerker aan de rubriek 'Excerpta odontologica'.

Jansma was een strijdbaar man met markante opvattingen, die hij geenszins onder stoelen of banken stak. Men kon in hem gemakkelijk de typische liberaal van de oude stempel herkennen. Vele vernieuwingen van latere tijden, die hem niet zinden, vonden in zijn persoon dan ook een geharnast bestrijder, hetgeen o.a. bleek in de jaren dat hij deel uitmaakte van de Hilversumse gemeenteraad. In de tandheelkunde deed hij zich gelden als een tegenstander van de zesjarige opleiding. Nog in 1960 bepleitte hij 'uit sociale overwegingen' het terugbrengen van de zesjarige studie tot de vierjarige, zeggende dat die een groot aantal eminente tandartsen had opgeleverd, 'ook de grote meerderheid van de toenmalige tandheelkundige hoogleraren' (Tijdschr. Tandheelkd 67: 820 en 821, 1960). Landelijke bekendheid – zij het ook voor verreweg de meeste tandartsen in wat negatieve zin – kreeg Jansma door zijn fervente bestrijding van de drinkwaterfluoridering, waarvan hij – gelijk zoveel tegenstanders – het nut betwijfelde en de nadelige gevolgen voor de gezondheid duchtte. Zijn motieven legde hij nog enkele jaren geleden neer in een brochure, getiteld: 'Het fiasco van de fluoridering'. Zijn opvattingen waren eenzijdig en niet geheel vrij van een vooral tegenwoordig zo moeilijk te verteren paternalisme, zo niet querulantisme. Aan de andere kant was het ontwapenende dat hij altijd rond voor zijn mening uitkwam en dat stemt bij dit verscheiden opnieuw tot gevoelens van respect.