

# VEREENIGINGSVERSLAGEN.

## GENOOTSCHAP TER BEVORDERING VAN NATUUR-, GENEES- EN HEELKUNDE TE AMSTERDAM.

SECTIE VOOR HEEL- EN GENEESKUNDE.

Vergadering op Woensdag 17 Maart 1926, des avonds 8 uur  
in de Collegezaal van Prof. Brouwer Binnen-Gasthuis 1).

Aanwezig waren: prof. BURGER, TIMMER, VAN GILSE, BACKER, R. HEIJBROEK, prof. W. P. C. ZEEMAN, prof. W. M. DE VRIES, L. G. HEILBRON, UTERMÖHLEN, prof. SNIJDERS, BLAUWKUIP, HARRENSTEIN, MULOCK HOUWER, PINKHOF, N. VOORHOEVE, HAMELBERG, DUYVENSZ, P. J. J. HONIG, OTTO ROELOFS, CIJFERS, R. KORTEWEG, KNAPPER, IDE, VAN DEN BERG, prof. DE BRUIN, VAN DAAL, DE JONG, mej. SCHOLTEN, CORN. DE LANGE, BONNE.

I. P. H. G. VAN GILSE, *Over Osteomyelitis van de bovenkaak bij zuigelingen.*

Spreker mag het eigenaardige ziektebeeld wel als bekend veronderstellen, in ons land o.a. door MARX in 1920 en door NORD in 1923 beschreven, en stelt zich voor twee punten hier te bespreken. Het eene is de vraag naar de oorzaak; het andere: sequestreering van het jukbeen als verwickeling. Het is eigenaardig, dat juist van neusheelkundige zijde ontkend is, dat deze aandoening met een kaakholtentsteking iets te maken zou hebben, hoofdzakelijk op anatomische gronden. Spreker meent uit zijn onderzoek de gevolgtrekking te mogen maken, dat integendeel de anatomische verhoudingen het omgekeerde waarschijnlijk maken. Men heeft een wel in volstrekten zin kleine, doch betrekkelijk ten opzichte van de heele kaak niet zoo geringe holte, met *dik* slijmvlies (integenstelling van het dunne slijmvlies van de holte bij volwassenen) bekleed, met een uitvoeropening, die gemakkelijk verstopt raakt door zwelling, met een omgevend samengesteld weefsel door de groote hoeveelheid klieren aan de onderzijde van de jeugdige holte en in verbinding met weinig vast gebouwd been met talrijke weefselverbindingen van het slijmvlies naar de omgeving.

In een 3-tal gevallen werd een sequestreering van het jukbeen waargenomen. In twee gevallen werd het geheel, in één geval ten deele verwijderd. Eerst na de verwijdering nam het ziektebeloop een gunstige wending. De blijvende misvorming bleek gelukkig zeer gering te zijn. Deze gevallen versterken spreker in zijn meening, dat bij de vergevorderde gevallen een ruime chirurgische behandeling aangewezen is. Toelichting van het gesprokene door lantaarnplaatjes.

*Discussie:*

Prof. ZEEMAN vraagt, of bij den patiënt met de aandoening van het jukbeen het beloop in het begin was, zooals bij de andere gevallen, nl. lager in de bovenkaak. Verder wijst spreker erop, dat hij dergelijke gevallen zag na navelinfectie; blijkbaar dus metastatisch.

HARRENSTEIN heeft vernomen, dat VAN GILSE het uitgangspunt van de ontsteking zoekt in de kaakholte. Het zou dan aanbeveling verdienen de kaakholte aan te boren en te draineeren. Intusschen zijn niet alle gevallen zoo ernstig als de hier besprokene. Spreker herinnert zich verschillende, waarbij het beloop veel minder heftig was en na 1 of 2 maanden één of meer tandkiemen, gedeeltelijk verteerd, te voorschijn kwamen.

Dit verslag is door de redactie ontvangen 9 Juni 1926.

Prof. DE BRUYN: In de oudere literatuur wordt herhaaldelijk gesproken van osteo-gingivitis gangraenosa. Blijkbaar werd hiermede dezelfde ziekte bedoeld, echter meer beperkt tot den proc. alveolaris. Alle kinderen hiermede waren gestorven. Het maakt den indruk, dat in deze gevallen het antrum Highmori niet het punt van uitgang heeft kunnen zijn.

Prof. DE VRIES: In de besproken gevallen komen telkens tand- of kaakfistels voor en worden ten slotte tandkiemen uitgestooten. Spreker meent hierin een reden te moeten zien om het punt van uitgang te zoeken in de tandkiemen.

Prof. BURGER: Vroeger werd het uitgangspunt altijd in de tandkiemen gezocht, later werd meer aan het antrum gedacht. Weliswaar zijn er bijna altijd fistels en uitstooten van sequesters en tandkiemen, maar dit bewijst niet, dat de laatste het punt van uitgang zijn. Men heeft gedacht aan een trauma bij de geboorte. Hiertegen pleit echter, dat het proces soms eerst een halfjaar later ontstaat. Wij zien dit echter nooit aan de onderkaak; dit zou een reden kunnen zijn om als punt van uitgang de kaakholte te beschouwen.

De heer TIMMER heeft verscheidene gevallen van zoogenaamde osteomyelitis van de bovenkaak bij zuigelingen geopereerd en deed hij dit, wanneer geen uitwendige perforatie onder den orbitaalrand aanwezig was, van de voorste mondholte uit en vond een of meer tandkiemen, doch geen sequesters, zoodat hij meent, dat dit in die gevallen pleit voor de opvatting van den heer VAN GILSE.

VAN GILSE: Tegenover dr. TIMMER kan ik mij aansluiten aan hetgeen prof. BURGER gezegd heeft. Stellig zullen er ook minder vergevorderde gevallen zijn, waarbij men met eenvoudige bewerkingen zijn doel bereikt. Ook zullen er veel gevallen zijn, waarin het letsel van de tandkiem op den voorgrond staat ook in oorzakelijk opzicht. Aan prof. DE BRUYN: die oudere literatuur is natuurlijk ook bekend, en ook de strijd over de benaming. Als de prognose in de vroegere gevallen zoo slecht was, pleit dit voor de opvatting, dat men krachtiger moet ingrijpen, als het met de geringere maatregelen niet gaat. Zijn de tandkiemen de oorzaak, dan zullen bij meer rationeele verzorging (geen monduitvegen) de gevallen zeer moeten verminderen. Aan dr. HARRENSTEIN: zeer zeker zal men in de beginstadiën met rhinologische behandeling kunnen slagen, als sprekers meening over de oorzaak juist is, evenals men goed gevolg heeft in sommige gevallen van zeeftbeenontsteking bij zuigelingen met soortgelijke dreigende oogverwikkelingen. Alleen kan die behandeling niet dezelfde zijn als bij volwassenen, wat betreft doorspoeling en openen van de holte, zooals ook de diagnose veel moeilijker is. Aan prof. DE VRIES: ook het ontbreken van gevallen van osteomyelitis van de onderkaak op dezen jeugdigen leeftijd is een argument, dat ontzenuwd moet worden, als men voor alle gevallen een tandkiemletsel als oorzaak wil doen gelden. Aan prof. ZEEMAN: natuurlijk zijn andere oorzaken mogelijk. Spreker wil alleen ontkennen, dat een kaakholteontsteking als oorzaak zou moeten worden uitgeschakeld. Het is zeker niet zonder belang, dat alle met de oogklinik te samen waargenomen gevallen goed zijn gegaan, behalve dat eene van een navelinfectie met metastase. Er bestond in de waargenomen gevallen geen reden om de jukbeenontsteking als primair aan te nemen.

## 2. H. TIMMER, *Het ontstaan van den hallux valgus* (met lichtbeelden).

De heer TIMMER wijst allereerst op den sterken adductiestand van den eersten metatarsus, waarmee de hallux valgus gepaard gaat, en zegt, dat deze het primaire is.

Hij weerlegt de theorieën van YOUNG en EWALD, die den adductiestand van den metatarsus beschouwen als het gevolg van een vervorming van het os cuneiforme I, volgens YOUNG door samensmelting van een os intermetatarsium en volgens EWALD door laterale beenappositie. De schuine gewrichtsspleet tusschen metatarsus en cuneiforme I, die men op de röntgenfoto's bij hallux valgus ziet, is niets abnormaals; men ziet haar op de foto's van de meeste voeten, ook zonder metatarsus varus, verder op afbeeldingen in anatomische atlanten. Op de röntgenfoto ontstaat

deze schuine spleet tengevolge van de projectie van de scheefstaande gewrichts-spleet, hetgeen hij door een teekening verduidelijkt.

Vervolgens bespreekt hij de theorie van MILO, die den hallux valgus als een gevolg van den spreidvoet beschouwt en meent, dat hij met den puntigen schoen zeer weinig heeft uit te staan, — en de theorie van HOHMAN, die de afwijking opvat als een belastingsdifformiteit, ontstaan op den bodem van den pes valgus.

Ten slotte deelt hij zijn eigen meening mede.

De sterke adductiestand van den eersten metatarsus is een toeneming van den geringen adductiestand, die normaal steeds aanwezig is. Die toeneming ontstaat door bovenmatige belasting van den voorvoet of door valgusstand van den voet. In beide gevallen wordt de eerste metatarsus met zijn kopje naar binnen verplaatst en vormt de *schijnbare* exostose. De min of meer puntige schoen verhindert den teen om de adductiebeweging van den metatarsus te volgen en zoo ontstaat de hallux valgus. Is eenmaal een zekere graad van hallux valgus ontstaan, dan zal deze, evenals de adductiestand van den metatarsus, gemakkelijk toenemen, omdat een overwicht is ontstaan van den adductor transversus over den abductor hallucis en de lange buiger en strekker niet meer alleen buigen en strekken, doch tevens abduceeren en verder indirect den metatarsus nog meer naar binnen drukken.

Een en ander werd door foto's en lantaarnplaatjes verduidelijkt (Autoreferaat, de voordracht zal in haar geheel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* verschijnen).

*Discussie:*

Prof. DE VRIES vraagt, of de heer TIMMER tegenwoordig meer gevallen van hallux valgus ziet, dan vroeger, door het dragen van hooge hakken.

TIMMER antwoordt bevestigend; hij ziet ook de hallux valgus meer bij vrouwen dan bij mannen.

3. Prof. DE VRIES, *Chorionepithelioma bij den man. (Demonstratie).*

Wegens het vergevorderd uur wordt de voordracht van prof. ZEEMAN uitgesteld

J. P. BACKER