

TWEE GEVALLEN VAN COÖPERATIE VAN CHIRURG EN TANDARTS

door

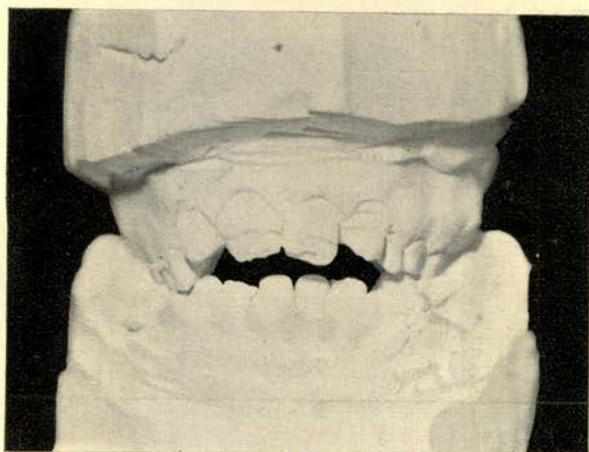
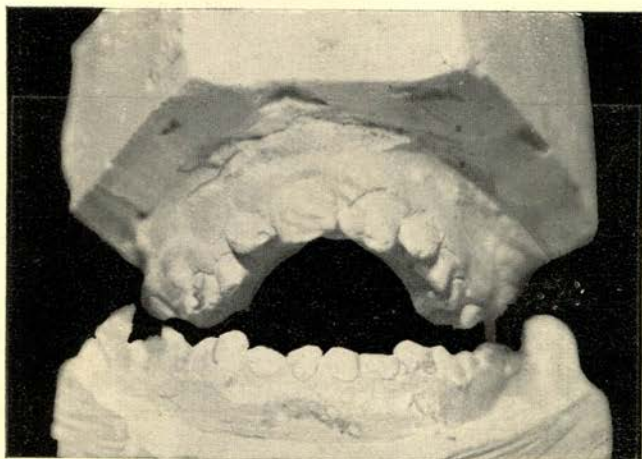
G. STEENHUIS.

1. Een geval van „chirurgische correctie” van een open beet.

Lang niet zeldzaam zijn de gevallen, dat patienten onder onze oogen komen met een „open beet” of opharmosis (Islāi). Meestal beperkt zich dat tot een open beet van cuspidaat tot cuspidaat, zelden breidt zich deze nog verder naar achteren uit.

Eenigen tijd geleden kwam bij ons in de praktijk echter een patientje van 12 jaar, die een open beet vertoonde zooals we die nog nooit gezien hadden. Alleen de achterste molaren raakten elkander, verder naar mesiaal werd de afstand tusschen de gelijknamige elementen in boven- en onderkaak steeds grooter tot ze haar maximum bereikte bij de eerste incisivi waar de afstand tusschen de incisale randen gemeten van de mediaanlijn tot mediaanlijn 21 m.M. bedroeg.

Dit leek in geen deele een toestand, die nog door de gewone orthodontische behandeling was te corrigeren, vandaar dat coll. Michaelis zocht naar een andere methode tot hij bleef stilstaan bij de chirurgische en er ten slotte besloten werd aan beide zijden der onderkaak V vormige stukken uit te nemen, waarna de onderkaak „opgeklapt” zou kunnen worden en daardoor de twee zaagvlakten tegen elkaar komen. Hierdoor zou o. i. de open beet reeds aanmerkelijk verkleinen.





Door deze operatie bereikte men tegelijkertijd twee dingen:

1o. corrigeerde men hiermede de open beet voor een groot gedeelte;

2o. kwam de kin, die bij het patientje zeer teruggetrokken was, meer naar voren.

De eerste foto geeft den toestand weer, zooals deze voor de operatie was. We zien in het gipsmodel vrij duidelijk hoe sterk de afwijking was. Tevens valt hierbij de sterk samengedrukte bovenkaak op een z. g. u vorm.

Jammer, dat ik de beide modellen voor de operatie slechts kon op stellen door rechts en links een weinig roode was aan te brengen. Na fotografeeren bleek, dat rood zwart werd in de fotografie, waardoor ten onrechte de idée bovenkomt, dat de twee modellen niet op elkaar zouden rusten, hetwelk in werkelijkheid natuurlijk wel het geval is.

De operatie slaagde uitstekend. Aan beide zijden werd van buiten af geopereerd. Eén snede vlak langs den onderkant van de onderkaak bleek voldoende. Na dezen ingreep werd het kind uitgerust met een hoofd- en kinkap, die van linnen werd samengesteld met aan weerszijden zeer sterke elastieken, die sterk aangetrokken werden, waardoor de breukvlakten tegen elkaar gehouden werden.

De tweede foto geeft den toestand na 6 weken weer. Beiderzijds occludeeren boven en onderkaak nu tot aan de cuspidaten, zoodat er reeds van verbetering sprake was. Het patientje kon nu reeds iets kauwen, wat voor dien steeds geheel uitgesloten was.

Na het patientje toen ongeveer 6 weken weer rust gegeven te hebben ben ik met bandeeren der eerste molaren begonnen en heb regulatie beugels geplaatst. De expansiekracht in de bovenkaak mag echter maar zeer gering zijn, daar anders heftige pijnen optreden. Wat ik eenigszins zou willen toeschrijven aan het feit, dat èn die molaren zelden of nooit kauwarbeid hebben verricht, èn de kaken zelf zeer slecht ontwikkeld zijn, dus reeds spoedig meegeven aan dien druk, wat echter zooals ik reeds opmerkte heftig pijn deed.

Gaarne zal ik na verloop van tijd, de resultaten publiceerden, meende echter met publicatie van deze correctie niet te mogen wachten, daar waarschijnlijk collegae, die zelf zulke gevallen in de praktijk krijgen, iets van deze methode zouden kunnen overnemen.

Osteomyelitis in de onderkaak.

Een dezer dagen kwam bij mij in de praktijk een vrouw plm. 40 jaar oud, die klaagde over een vieze smaak in den mond.

Bij inspectie viel mij een zeer losstaande M₂ i. s. op, die omringd was door gezwollen tandvleesch en die geheel de verschijnselen vertoonde van een zware periodontitis met annex een sub periostaal abces. Een lichte trismus was ook aanwezig.

Onder die omstandigheden meende ik dadelijk tot extractie te moeten overgaan, wat dan ook met gebruik van chlooraethyl geschiedde. Uit de extractiewond vloeide vrij veel pus; ik meende echter de patient na behandeling der wond en met een voorgeschreven H₂ O₂ spoeling te kunnen laten gaan.

Drie dagen later kwam zij echter andermaal terug met de mededeeling, dat de toestand niet veel beter was geworden en weer zag ik dikke pus aanwezig en te voorschijn komen uit de oude extractiewond bij palpatie en druk in de buurt van den rand der onderkaak.

Ik besloot een Röntgenfoto te nemen (zie fig.) en nu bleek een geheel andere oorzaak aanwezig als ik eerst vermoedde. We zien n.l. niet een gladde schaduw van den onderkaakrand, maar één, die over een afstand van eenige c.M. onderbroken is. Ik meende duidelijk uit deze foto te mogen afleiden, mede in verband met de inspectie, dat zich een groote sequester aan den onderkant der kaak bevond.

De patient werd opgenomen in een der ziekenhuizen en denzelfden dag reeds geopereerd. Werkelijk bleek een groot

stuk bot geheel los te liggen, al was van het vormen van een z. g. „Totenlade” nog niets te bespeuren.

De operatie geschiedde van buiten af, wat voor den patient geen ernstige cosmetische stoornissen behoeft te geven, wanneer slechts de wondranden juist om den onderkaaksrand komen te liggen.

Verwijdering van nog twee molaren bleek later echter wel noodzakelijk, daar deze geheel los gingen staan en de drainage van de wond daardoor vlotter ging.