

Eenige casuïstische mededeelingen uit het grensgebied

door B. A. M. Elias, arts-tandarts te 's-Gravenhage

I.

De eerste patiënt die ik zal beschrijven is een 66-jarige dame. Zij klaagde over pijn en een dof gevoel in de rechter-aangezichtshelft en deelde mede een dikte in den mond te hebben en dikwijls een viezen smaak. Zij zou deze verschijnselen sinds ongeveer twee maanden hebben opgemerkt.

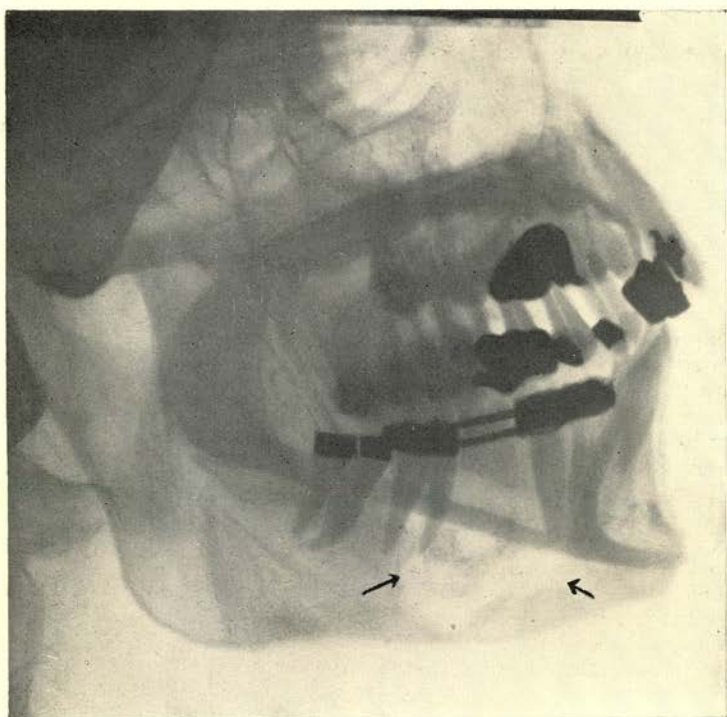
Bij uitwendige inspectie viel het op, dat de streek onder en om den rechter neusvleugel wat verdikt was en bij palpatie uitwendig werd ter plaatse wat pijn aangegeven. Inspectie van de mondholte: vanaf de I₁sd tot de M₁sd ontbraken de elementen; ook links enkele lacunes in het bovengebít. In de hoektandstreek bestond wat zwelling en even boven den rand van de proc. alveolaris bevond zich een fistel in het geïnfecteerde slijmvlies, waaruit zich wat dunne gele etter ontlastte. Bij palpatie werd een nootgroote deegachtige zwelling gevoeld in het gebied van den hoektandwortel.

Het slijmvlies van het rechter cavum nasi was ontstoken en er bevond zich pus in den middelste en onderste neusgang. Bij doorlichting bleken beide sinus frontales helder te zijn, doch de rechter bovenkaaksholte was sterk gesluierd. Een Röntgenfoto bevestigde de rechtszijdige sinusitis maxillaris en bracht een geretineerde caninus aan het licht, welke geheel door een onscherp begrensde botopheldering omgeven was. Het element lag dwars en horizontaal, de kroonpunt juist achter den apex van de I, de wortelpunt tegen of in den voorwand van den sinus maxillaris. Helaas is de foto niet bijzonder fraai, leent zich niet erg voor reproductie.

Proefspoeling van het rechter antrum geschiedde op de gewone wijze. (Punctie-naald onder de onderste neusschelp ingebracht, doorboort den lateralen neuswand naar het antrum: hierdoor wordt lauwwarme spoelvoeistof in het antrum gespoten). In de terugkomende spoelvoeistof bevonden zich vele ettervlokken.

Aangenomen mocht worden dat de geïnfecteerde hoektandfollikel haar ontsteking had voortgeleid naar het kaakholteslijmvlies, zoodat in eerste instantie gestreefd moest worden naar verbetering van de situatie door middel van verwijdering van het geretineerde element.

Operatie: In locaalanaesthesie wordt een ca. 4 cm lange boogvormige incisie gemaakt boven den kaakrand. Na opklappen van de slijmvlies-periostlap blijkt een centgroot witkleurig sequester vóór te liggen, dat zonder moeite wordt verwijderd. Thans wordt een gedeelte van het geretineerde element zichtbaar. Het element dat aan alle zijden door granulaties is omsloten, wordt gemakkelijk vrij geluxeerd en verwijderd. De granulaties worden voorzichtig weggekrabd. Nu blijkt er een zeer kleine botopening te zijn naar de neusholte en een wat grootere naar het antrum. Achter beide openingen is het resp. slijmvlies evenwel nog intact. De slijmvlieslap wordt nu naar binnen geklapt en door middel van een vasenol-



Geval II



Geval III

tampon gefixeerd. De operatie geeft weinig reactie en na twee dagen wordt de tampon verwijderd en de kaakholte voorzichtig gespoeld. Nog pusvlokken.

Na de operatie werd het antrum om den dag gespoeld. Het antrumslijmvlies bleek echter in de tandholte te gaan prolabeeren en daar er geen verbetering in het aspect van de spoelvloeistof bleek te komen, werd besloten over te gaan tot verwijdering van het klaarblijkelijk reeds te diep geïnfecteerde kaakholtelijnvlies.

2e Operatie (Kaakholte-operatie vlg. D e n k e r). Geleidingsanaesthesie van de bovenkaak met 1 % tutocaine plus enkele cc's lokaal in de streek van de incisie.

Het in de tandholte gefixeerde slijmvlies wordt losgemaakt, de oorspronkelijke incisie naar achteren enkele cm verlengd. Het geheel wordt naar boven opgeschoven. De bovenkaaksholte wordt opengebeiteld, waarbij de voorwand naar voren tot in de apertura piriformis van den neus, tevens tot de tandholte, wordt weggenomen, zoodat er nu één ruime holte is geformeerd. Het antrumslijmvlies blijkt sterk polypeus verdikt en wordt geheel verwijderd. Naar de neusholte wordt de gebruikelijke opening gemaakt onder de concha inf. Hierdoor wordt een vasenolgaas in het antrum gebracht. Hierna wordt het mondlijmvlies nog wat gemobiliseerd, zoodat het thans in zijn geheel — ook vóór de oorspronkelijk gemaakte holte — gehecht kan worden. Met vijf hechtingen wordt de wond gesloten. Het genezingsverloop is verder ongestoord. De derde dag wordt de vasenoltampon via den neus verwijderd en de kaak voorzichtig gespoeld. Den zesden dag worden de hechtingen verwijderd en blijkt de wond geheel gesloten. Na een korte serie postoperatieve kaakspoelingen kon patiënte genezen worden ontslagen.

II. Het tweede geval betreft een 46-jarige heer. De patiënt was onder behandeling van zijn tandarts, coll. X, wegens een fistel uitgaande van de M₁₅. Na reiniging van de wortelkanalen werd getracht de fistel met Ch. K.M. volgens de methode van W a l k h o f f door te spoelen. Dit ging niet gemakkelijk, doch lukte na eenige krachtsinspanning. In de nu volgende dagen kreeg patiënt een toenemende pijn in de betreffende kies, die zoo hevig werd dat hij den coll. verzocht het element te willen verwijderen; dit geschiedde onder geleidingsanaesthesie. De pijn wilde echter niet wijken, bovendien zwol de kaak op en werd de onderlip links gevoelloos. Acht dagen na de extractie werd de patiënt aan mij doorgezonden en bleek zich bereids een *Osteomyelitis* te hebben ontwikkeld. Het slijmvlies was over eenigen afstand rood en gezwollen, uit de extractieopening ontlaste zich pus en er was aanzienlijke klierzwellung onder den onderkaaksrand. De M₂ en P₂ bleken zeer sterk, de P₁ wat minder, los te staan. Een Röntgenfoto bevestigde de diagnose, doordat de streek om het geëxtraheerde element de bekende wolkachtige botafwijking te zien gaf, welke het beginstadium van de osteomyelitis pleegt te kenmerken.

Hoewel er een vrij stevige basale beenspalk intact aanwezig bleek te zijn, meende ik verstandig te doen de overige elementen in een stevige metalen spalk op te nemen, vreezende dat de ontsteking zich wellicht nog zou uitbreiden en geleid door de overweging dat aanwezige elementen prikkelend op de beennieuwvorming kunnen werken.

De patiënt gevoelde zich inmiddels niet ziek, had een zeer lichte temperatuursverhooging en kon ambulans behandeld worden. De pijn verdween grootendeels, doch ofschoon zich de ettering, blijkens Röntgenologische contrôle, in het bot niet verder uitbreidde, zwol de omgeving van den onderkaaksrand langzaam maar zeker aan.

Dit werd zoo erg dat — zooals in de meeste gevallen van onderkaaks-osteomyelitis — afvloed aan den etter naar buiten moest worden gegeven, waartoe patiënt in het ziekenhuis moest worden opgenomen. Een kleine incisie langs de onderkaaksrand bracht veel mooie gele pus te voorschijn. Tamponnade en drainage volgden. Ontslag van patiënt na vijf dagen. Drie weken hierna kon vanuit den mond een groote sequester verwijderd worden. (Men ziet dit sequester duidelijk losliggen op de foto). Een week later volgden nog eenige kleine botstukjes, waarna elke ettering ophield. De spalk werd verwijderd. De elementen konden behouden blijven. Een-hooge alveolairwal is weliswaar niet opgebouwd, doch hun nut hebben zij wel bewezen. Ofschoon veel minder, staan zij nog steeds wat los; zij zijn dan ook slechts nog ten deele door bot omgeven. —

Ik moge bij dit geval, waarbij de osteomyelitis tot op zekere hoogte begrensd is gebleven, nog het volgende aantekenen.

Wát precies de oorzaak is geweest: de vloeistof van *Walshoff* óf het wellicht nog aanwezig zijn van wat smetstof in het kanaal ten tijde van de doorspuiting van de fistel, is niet met alle zekerheid uit te maken. *Walshoff* vermeldt in zijn boek dat zijn vloeistof volkomen „gewebsfreundlich” is, doch waarschuwt wel — overigens zonder in bijzonderheden te treden — voor doorspuiten met kracht. De gevoelloosheid van de onderlip, welke eerst na verloop van eenigen tijd intrad en uit beschadiging van de *n. mandibularis* kan worden verklaard (symptoom van *Vincent*) begint zich thans (vier maanden na de sequestrolyse) te herstellen. Er zijn paraesthesiën in de onderlip.

III. Een 43-jarige man vertoonde uitgebreide etteringen in den mond, met name uit de tandkassen. Er waren tallooze radices, zoowel in onder- als in bovenkaak en de nog aanwezige elementen, waren caricus. De linker, zoowel als de rechterwang was opgezet. Het bleek dat rechts boven een pruingroote zwelling in de molaarstreek, linksboven een ongeveer evengroote zwelling in de praemolaarstreek aanwezig was. Beide zwellingen vertoonden eenigszins perkamentknetteren, terwijl bij druk wat etter langs de onderliggende radices afvloeide. Diagnose: geïnfecteerde cysten.

Bij doorlichting van de neusbijholten bleek dat het linker antrum wat donkerder was dan het rechter, welke omstandigheid in overeenstemming was te brengen met het meer naar voren liggen van de linker cyste. Er was geen pus in de neusgangen, geen afscheiding uit den neus, dus naar alle waarschijnlijkheid geen verbinding cyste-antrum. De Röntgenopnamen bevestigden de diagnose: radicaire cystevorming.

Met een week tusschenpoos werden de aandoeningen beiderzijds volgens *Parisch* geopereerd, tot bijholten van den mond gemaakt. De genezing verliep voorspoedig. Inmiddels was gebleken dat de patiënt ook in de onderkaak een tweetal groote cysten droeg en wel beiderzijds in de praemolaarstreek. Ook deze werden tot mondbijholten getransformeerd. Het merkwaardige evenwel was dat ook alle overige radices kleine cysten aan de wortelpunt vertoonden. Deze kleinere cysten werden in aansluiting aan de extractie dezer radices in toto geëxtirpeerd.

Ik acht dit geval daarom vermeldenswaard, omdat deze sterk multiplice cysteformatie geen alledaags verschijnsel is. De patiënt bleek — hoewel eigenaar van een radicaal verwaarloosd gebit — rijkelijk met „*débris épithéliaux*” begiftigd.

Eén van de Röntgenfoto's vindt men hierbij afgedrukt. Het is die van de rechter onderkaak, waarop groote en kleinere cysten duidelijk te zien zijn.

Ervaringen met kunstharselementen

door *K. H. F. Koopman, Veendam*

Historisch gezien zijn de oorlogsjaren voor de prothetiek buitengewoon interessant geweest.

Doordat overzeesche aanvoer onmogelijk was, moest op korten termijn naar een vervangend product voor dentalrubber worden uitgezien.

Dit werd gevonden in het „*Paladon*”, dat in tegenstelling tot alle andere op dat oogenblik bekende kunstharsen, technisch gemakkelijk te verwerken en te repareren was, en ook in andere opzichten alle voorgaande kunstharsen heeft overtroffen.

Het tekort aan porcelein-elementen kon worden opgeheven, door de op de markt verschijnende kunstharselementen, die zich tijdens het polymeriseeren volledig met de *paladon* basis verbinden.

Was men aanvankelijk huiverig voor het in het gebruik nemen van *Paladon*, ten aanzien van de kunstharselementen was de professie nog méér gereserveerd. Deze reserve gold vooral hun slijtvastheid.

Al trachtte men van de zijde der fabrikanten te suggereeren, dat de slijtage in een vochtige omgeving minder snel zou gaan, dan het beslijpen met den drogen slijpsteen zou doen vermoeden, persoonlijk heb ik zoolang mogelijk, nog een paar porceleinen kauwelementen gebruikt, want . . . je kon toch nooit weten. Tenslotte heb ik echter nog vele protheses met alléén kunstharselementen moeten maken, en had tot voor kort bij contróle nooit verontrustende slijtage gezien.

Begin Maart van dit jaar kreeg ik echter een kunsthars onderprothese ter reparatie, waar geen tand of kies meer op zat. Witte kuiltjes met een korrelig ruw oppervlak duiden de plaats aan, waar ééns welgevormde Deutsche kunsthars-elementen hadden gezeten.

Het bleek me, dat de bovenprothese hetzelfde beeld vertoonde. Deze prothese had ik voor precies twee jaar voor de thans 38-jarige patiënte gemaakt, die de prothese 's nachts nooit gedragen had, zoodat buitengewone krachten tijdens de slaap uitgesloten zijn. Als maagpatiënte gebruikt zij vrijwel uitsluitend wittebrood, en heeft verder een normaal dieet.

Een dergelijk snelle afslijting bij normaal gebruik is *schrikbarend!* Hoe moeten de andere protheses met kunstharselementen er dan wel uitzien na vijf of tien jaar, aangenomen dat het zoojuist beschreven geval tot de uitzonderingen behoort.

Toch heb ik al van méér collega's gehoord, dat zij dergelijke gevallen in hun praktijk hadden gezien. Het schijnt, dat voor de partieele prothese, waar de beet-hoogte opgehouden wordt door de natuurlijke elementen, de kunstharselementen bruikbaar zijn, voor de totale prothese zijn ze echter *onbetrouwbaar*.

We zullen dan ook in het belang van onze patiënten, én in het belang van de tandheelkunde zoo snel mogelijk van de kunstharselementen moeten afstappen, en terugkeeren tot de goedkoopere porceleinelementen, die tevens nog het voordeel hebben, bij een overzetting opnieuw gebruikt te kunnen worden.

Een andere methode voor het vervaardigen eener immediaatprothese

door G. Groeneveld, Amsterdam

Met veel belangstelling nam ik kennis van het artikel van Van der Ven over de immediaatprothese en in verband daarmee zou ik hier willen wijzen op een door mij gevolgde methode, hoewel die misschien reeds bij meerdere collega's bekend is. Ik paste ze toe bij een patiënt, die wegens het losraken der elementen een prothese behoefde.

Ik zocht een bovenafdrukkelpeel uit, die voldoende ruimte liet voor het afdruk-materiaal en goed over de tuber heen greep. Met het oog op de losstaande elementen was het gebruik van gips te riskant. Ik nam dus een afdruk met zelex en stelde de tandkleur vast. Nu liet ik in den afdruk, dus in het negatief de ruimten van de tanden en kiezen opvullen met palapont. De afdruk werd daarna uitgegoten en de gehemelteplaat gelegd, reikende over de tuberositas. Het front werd „opgeslepen”; vanaf de praemolaren werd buccaal de kunsthars aangebracht. Na het op deze wijze vervaardigen der prothese werden de extracties verricht en kon de patiënt, bij wijze van spreken, met zijn eigen tanden, — althans zoo moest hij het wel aanvoelen — vertrekken.

Dezelfde methode paste ik toe voor de vervanging van een losstaande I₂s_d waar brugwerk door het vaccileeren der buurtanden niet geïndiceerd was. De gevallen waren beide een succes.

Een behandeling bij paradentose binnen ieders bereik

door *Emil Flaumenhaft, tandarts*

Er zijn over paradentose bibliotheken vol geschreven. Zoolang het raadsel „paradentose” niet opgelost is, zal ook de stroom der verhandelingen over dit onderwerp niet ophouden. Een uitgebreid overzicht der litteratuur vindt men op pag. 99 (No. 4 April 1944) in het artikel „Het paradentose vraagstuk” door F. r. D u y v e n s z. Het is niet mijn bedoeling U een nieuwe theorie voor te leggen, maar ik zou er slechts op willen wijzen, dat men in de gewone praktijk met zeer eenvoudige middelen voor deze patiënten nuttig werk kan verrichten.

De paradentose is in een overwegend groot aantal gevallen gelocaliseerd in het gebied van de onderste snijtanden. De tandarts krijgt meestal den patiënt pas te zien, wanneer de ziekte in een vergevorderd stadium is. Vaak wordt er dan naar de tang gegrepen en de patiënt wordt voorzien van een of andere vervanging, hetzij brug, hetzij uitneembare prothese. Afgezien van het verlies van de eigen tanden is in beide gevallen de behandeling langdurig en kostbaar. Een behoorlijke fixatie van een uitneembare prothese, welke uitsluitend de onderste fronttanden moet vervangen, is niet wel doenlijk en men ziet dikwijls, dat de resorptie van de processus alveolaris onder den druk van een dergelijke prothese voortschrijdt. Een vaste brug van deze afmetingen is bij een groot deel der patiënten vaak om financiële redenen niet uitvoerbaar.

Het is mij in den loop der jaren gebleken, dat het, zelfs in oogenschijnlijk hope-looze gevallen, mogelijk is de losstaande elementen in den mond te laten. De patiënt komt bij ons met de klacht over pijn bij het bijten tengevolge van het losstaan. Dit losstaan is een symptoom, maar ook een oorzaak van het voortschrijden van de aandoening. Zoodra men de tanden fixeert en inslijpt, nadat men den hygiënischen toestand door het verwijderen van sordes en tandsteen hersteld heeft, komt de ziekte meestal tot stilstand.

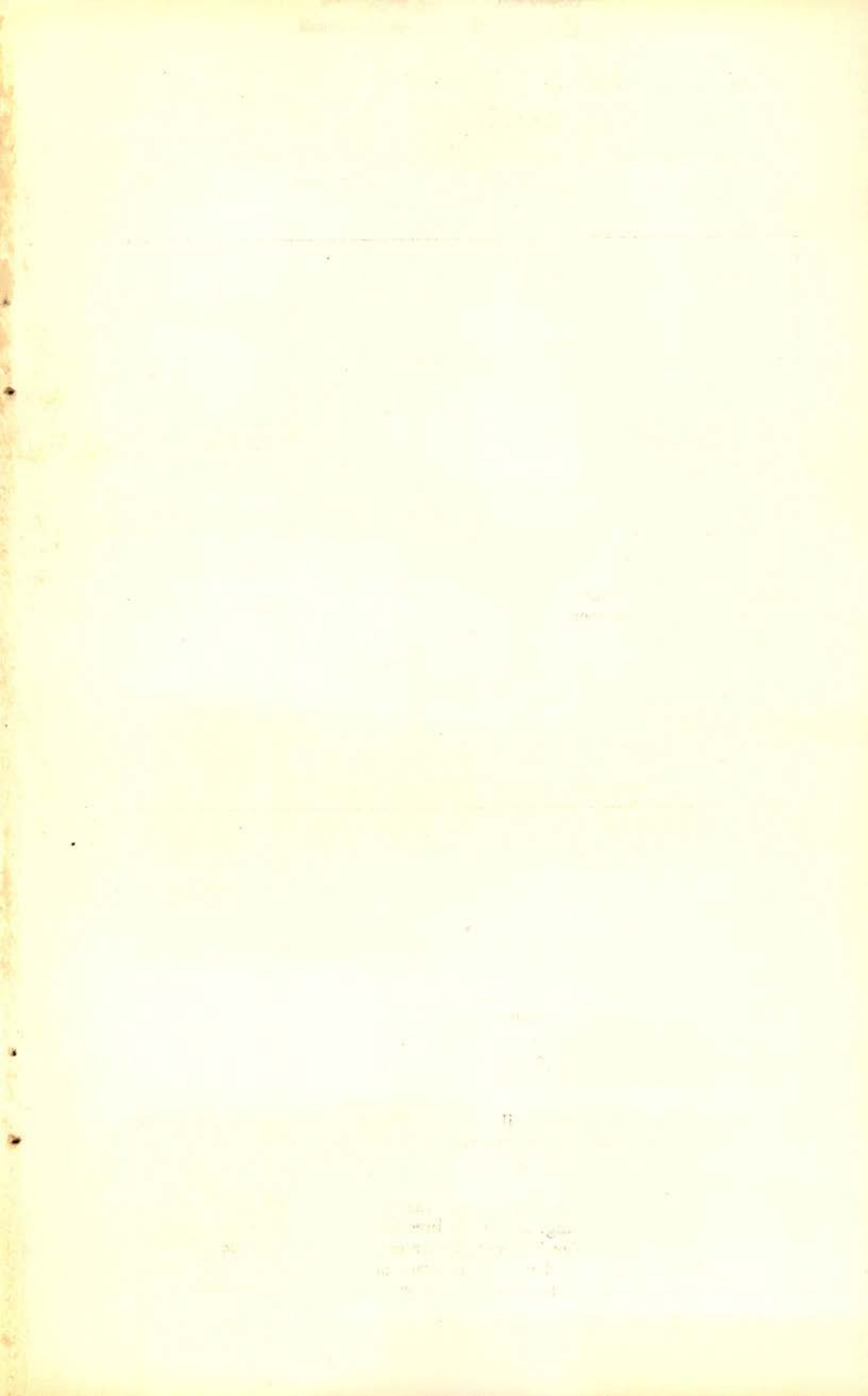
Het verwijderen van tandsteen is primair en moet zeer minutieus geschieden. Er zijn voor dit doel talrijke instrumenten aangegeven. Ook ik verheug me in het bezit van verschillende stellen tandsteininstrumenten, aangeschaft na demonstraties van autoriteiten op binnen- en buitenlandsche congressen. Het overgrote deel rust nu ongebruikt in een laatje. Het ligt niet alleen aan een instrument met een speciale bocht of knik, want met een eenvoudigen haak, met een excavator, desnoods alleen met een „Ash-6” en een paar stompe ronde boren benevens een mondlamp voor het doorlichten van het tandvleesch, bereikt men precies hetzelfde resultaat.

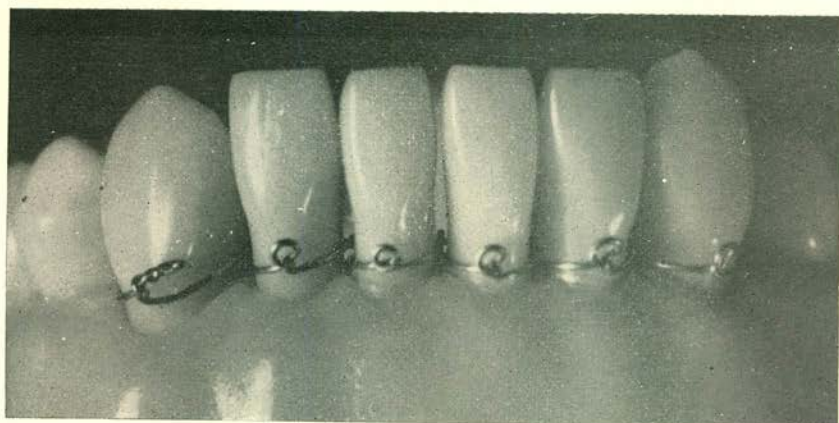
Voor de fixatie zijn talloze spalken aangegeven. De geleerden zijn het er niet over eens of de immobilisatie met uitneembare of vastzittende apparaten moet worden uitgevoerd. Er worden gecompliceerde spalken gegoten, die de patiënt telkens moet uithalen en schoonhouden. Anderen zweren bij aanelkaar gesoldeerde inlays met stiftees, variaties van driekwarts kronen en andere vormen van vastzittende bevestigingen. Het vervaardigen van deze apparaten is omslachtig, tijdroovend, vaak voor den patiënt onprettig en kostbaar.

Na veel experimenten heb ik de bovenomschreven methoden verlaten.

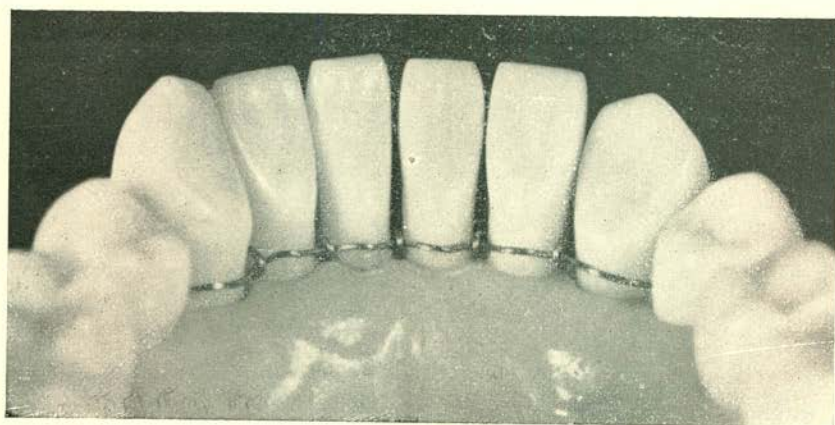
Het bleek namelijk, dat men hetzelfde resultaat kan bereiken met een eenvoudige ligatuur van roestvrij staal. Het zij mij vergund de werkwijze stap voor stap te beschrijven.

Een stukje Wipladraad, dik 0,3 mm van de soort „ganz weich” ter lengte van ongeveer 20 cm, (dit hangt af van de breedte der fronttanden, men neme 5 maal de breedte) is het eenige benodigde materiaal. Men steke den draad tusschen den linker hoektand en den eersten praemolaar, trekke hem achter de tanden naar den rechter hoektand en brenge hem voor den rechter praemolaar naar buiten





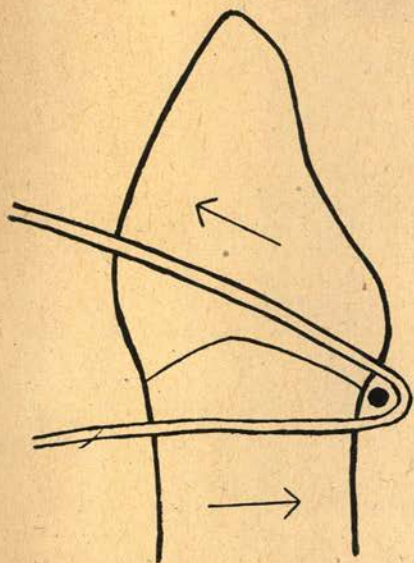
Afb. 3



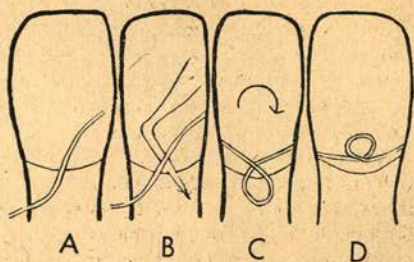
Afb. 4

met een stukje van ongeveer 3 tot 4 cm. Het lange einde wordt daarna tusschen den hoektand en den lateralen snijtand onder den linguaal verloopenden draad naar binnen gestoken, om dezen draad gebogen en in dezelfde interdentale ruimte weer naar buiten getrokken. (Zie afb. 1). Ditzelfde herhaalt men met de volgende elementen. Als instrumentarium is hiervoor geschikt een puntige tang en een pincet. De draad moet niet al te strak worden aangetrokken, omdat wij bij elk element eenige speling noodig hebben voor de uiteindelijke fixatie door middel van een lus. De losse einden worden op het labiale vlak van den rechter hoektand in elkaar getwijnd. In dit stadium verloopt de draad labiaal op elk element van links boven naar rechts beneden. (Zie afb. 2A). Bij het aanspannen zouden de elementen naar

rechts gaan kippen. Men trekke den draad horizontaal, door tusschen den draad en het element een haakje te zetten, (zie afb. 2B) en een lus te draaien in de richting van de wijzers van de klok (zie afb. 2C). Men kan hiervoor gebruiken een „Ash-49” of liever een dunner instrument b.v. een korte rechte sonde. Hoe dunner het instrument, hoe kleiner de lusjes. Door het aandraaien van de lusjes spant men den draad en verkrijgt men een stevig



Afb. 1



Afb. 2

geheel. De lusjes worden naar boven omgebogen en tegen den tand gedrukt, (zie afb. 2D) om de lip niet te beschadigen.

De in elkaar gedraaide einden worden op ongeveer 4 mm van den tand afgeknipt en naar de interdentale ruimte gebogen.

De geheele bewerking duurt nog geen kwartier, de patiënt ondervindt er niet den minsten hinder van, men bespaart hem ingewikkelde preparaties en het maken van afdrukken en de kosten van het materiaal zijn te verwaarloozen.

Op afb. 3 ziet men de ligatuur van voren en op afb. 4 de linguale zijde. Ik heb patiënten, die reeds 8 jaren deze ligatuur dragen. Het betreft gevallen, die naar de heerschende opvattingen destijds rijp waren voor extractie. Dank zij deze eenvoudige ligatuur staan de elementen nog steeds in den mond en de patiënten zijn gespaard gebleven voor een partieele prothese, die bij den gebruikelijken gang van zaken inmiddels een volle prothese zou zijn geworden.

De patiënten moeten natuurlijk elk halfjaar — liefst vaker — voor contrôle terug komen. Bij deze gelegenheid wordt tandsteen afgenomen, de occlusie nagezien en de eventueel losser geworden ligatuur door het aandraaien van de lusjes opnieuw verstevigd. Soms is het na eenigen tijd noodig de ligatuur te vernieuwen.

Samenvatting:

Ter fixatie van door paradentose los staande onderste fronttanden wordt een ligatuur van dun roestvrij staal draad aanbevolen.

Den Haag, Wassenaarscheweg 17.