

TER VERVANGING VAN EEN DISCUSSIE

Het is wel zeer moeilijk om de publicaties van Mej. M. de Boer op de voet te volgen.

In een kort bestek snijdt zij een dergelijke hoeveelheid problemen aan en geeft een zo grote massa opmerkingen dat dit onmogelijk mag heten.

Daar echter op de vergadering van 19 September 1947 het wisselen van gedachten onmogelijk bleek, lijkt het mij nuttig na de publicatie van haar lezing iets in dit verband te melden.

1. Ten eerste zegt Mej. M. de Boer dat zij de dekbeet in het melkgebit niet behandelt.

Nu is een dekbeet in hoofdzaak gekenmerkt door de distale ligging van de processus alveolaris inferior en de diep beet nevenverschijnsel.

Mij lijkt het gewenst deze groeiachterstand in de lengterichting zo jong mogelijk weg te werken waardoor b.v. de naderhand doorbrekende molaren niet in de knobbelbeet doorkomen met de grote kans dat deze een klasse II stand aannemen en de latere behandeling aanmerkelijk wordt verzwaard.

2. Ten tweede lees ik dat het gebruik van extra orale elastiek wordt aanbevolen (blz. 529 10 regels van onder blz. 530 regel 15).

Op blz. 231 5de en 4de regel van onder (Juli-nummer 1946) lees ik dat de krachtwerking van elastiek moeilijk te controleren is en Mej. M. de Boer de voorkeur geeft aan zijdeligatuur.

Nu is mij het bepalen van de krachtwerking van zijdeligatuur nog steeds niet gelukt, in tegenstelling met elastiek. Een extra-orale elastiek levert bij:

1 c.M. spanning	250 gram
2 c.M. „	500 gram
3 c.M. „	750 gram.

Bovendien wordt bij gebruik van extra orale elastieken door de inwerking op de kinpunt met het kaakgewricht als draaipunt deze kracht dikwijls nog aanzienlijk vergroot.

We kunnen dus als resultaat krijgen dat een druk van 1000 gram, 1 kilol opgevangen wordt door één molaar. Dit is dan ook de reden waarom ik de extra-orale elastieken in mijn boek onbesproken heb gelaten en ook nimmer toepas.

3. Ten derde schrijft Mej. M. de Boer over extractie als therapie in de orthodontie. Nu heb ik eens nagegaan bij over de drie duizend behandelde gevallen hoe vaak ik dit heb toegepast. Een uitzondering moet ik hierbij maken voor verouderde gevallen waarbij tijd, kosten en het argument „anders niet te behandelen”, in het geding komen.

Dit waren er drie! Twee protrusies (A II) en één bimaxillaire protrusie: *dus 1 per mille.*

Het is dus gevaarlijk om van extractie als normaal gangbare therapie te spreken zoals tegenwoordig zo vaak gebeurt.

Evenmin als het te aanvaarden is wat een spreker op het Congres van de E.O.S. te Brussel zeide: „God gaf ons 28 elementen en 4 reserve elementen”!

Hier stel ik tegenover dat in het hele lichaam nergens reserve onderdelen gevonden worden zelfs van de meest onmisbare organen en dat dubbel voorkomende organen steeds gezamenlijk nodig zijn om een speciaal doel te bereiken. (B.v. met een oog kan men zien maar met twee ogen ziet men pas afstanden enz.).

Evenzo moet ik het eerste geval van te grote tanden nog ontmoeten, steeds was het andersom, de te gering uitgegroeide kaak in lengte of breedte kon de elementen niet bevatten.

3. Ten derde heeft Mej. M. de Boer het over „jumping the bite“.

Jumping, betekent springen en deze methode berust er dan ook op de onderkaak in het gewricht een verder naar voren gelegen stand te doen innemen.

Volgens mijn ondervinding en waarneming volgt na deze behandeling altijd een recidief. De patiënt kan zich tijdelijk aan deze stand wennen maar valt tenslotte steeds in een distale stand terug.

Een geheel andere therapie die hier in een adem genoemd wordt is de A.B.C.-spanning, meer bekend onder de naam intermaxillaire elastiek. Hierbij heeft geen jumping plaats maar worden de elementen in de processus alveolaris verplaatst totdat een normale stand verkregen wordt.

Na retentie ontwikkelt zich hieruit een stabiele stand.

19-1-'48

C. BERTRAM
Stadhoudersplein 33
Den Haag.