

Deze plastic werd ook bij deze patiënt toegepast. Foto no. 16 toont de situatie, nadat de gesteelde lap is ingehecht en de steel nog in tact is. Foto no. 17 laat de bovenlip zien, nadat de steel gekleefd is.

Er verlopen altijd nog wel drie tot zes maanden, voordat zo'n nieuw ingebracht stukje weefsel soepel is en niet meer als een apart gebied in de lip te herkennen is. Op de foto's no. 18 en 19, die zes weken na de Abbe plastic gemaakt zijn, heeft de patiënt zijn obturator in. De spraak is hiermee fraai en het uiterlijk kan het best gewaardeerd worden, als dit vergeleken wordt met de foto's no. 9 en 10.

Samenvatting:

De resttoestanden na vroegere cheilo-gnatho-palatoschisis worden besproken. Er wordt gewezen op de vele en gevarieerde aspecten van deze afwijkingengroep. Aan de hand van twee behandelde patiënten worden verschillende behandelingsmogelijkheden besproken. Om tot een optimale correctie te komen van cosmetiek, kauwfunctie en spraak, is teamwork van verschillende specialisten een eerste vereiste.

Het zijn vaak langdurige behandelingen, die in vele tempi tot stand komen. Dit vergt zowel van de patiënt als van het behandelend team geduld en doorzettingsvermogen.

UIT DE PRAKTIJK

OVER METHODEN TOT BEHOUD VAN DE VITALITEIT VAN DE ONTSTOKEN PULPA

De laatste jaren hebben verschillende auteurs de aandacht gevestigd op de mogelijkheid tot behoud van de vitaliteit van de ontstoken pulpa. Het welslagen van de aanbevolen behandelingen is echter in hoge mate afhankelijk van de uitbreiding der ontsteking. Een nauwkeurige diagnose is dus een eerste eis. Doch deze is vaak niet zo gemakkelijk te stellen, omdat men bij de pulpadiagnostiek voornamelijk op de klachten van de patiënt is aangewezen, en deze subjectieve gegevens zijn lang niet altijd in overeenstemming met de werkelijke pathologisch-anatomische toestand.

In verband daarmee heeft HARNDT ten aanzien van de differentiële diagnostiek der pulpa-ontstekingen een vereenvoudigde indeling bepleit: hij maakt in hoofdzaak een topografisch onderscheid, nl. tussen de ontstekingen die alleen de kroonpulpa betreffen (pulpitis coronalis) en die, waarbij ook de wortelpulpa betrokken is (pulpitis radicularis). Het bestaan van percussiegevoeligheid is hierbij een voornaam criterium.

In afl. 24, 1958 van de Dtsch. Z.Z. geeft BLASS nu een overzicht van de bestaande behandelmethoden. Hij noemt achtereenvolgens:

1. de methode van SCHUG-KÖSTERS c.s., volgens welke onder locale verdoving en met behulp van gelijkstroom een antibioticum (penicilline-G) in de pulpa wordt gevoerd. KETTERL (Dtsch. Z.Z., afl. 13, 1955) vermeldt gunstige resultaten in 70 % der onderzochte gevallen;
2. de methode volgens ROST: injectie van 1 à 2 cc Oxyprocain forte, zonder vaatvernauwer (cf. Exc. Odont. Sectie III, no. 490, dec. 1957; no. 520, april 1958);
3. de door REHBERG aanbevolen therapie (Dtsch. Z.Z., afl. 23, 1955) waarbij de caviteit wordt afgesloten met het oppervlakte-anestheticum Falicid, een preparaat, dat behalve de eigenlijke verdovende stof (24 % Falicain) tevens eucalyptus-olie, jodium en kamfer bevat.
Eigen ervaringen met dit middel bij 11 elementen met pulpitis coronalis leerden BLASS, dat de klachten over het algemeen weliswaar verminderden, doch niet geheel verdwenen. Ook bleken enkele van deze elementen na verloop van tijd niet of nauwelijks meer op vitaliteitsproeven te reageren, reden waarom schr. zich afvraagt, of van het anestheticum niet een te sterke werking uitgaat;
4. de methode van LÖRINCZY-LANDGRAF, waarbij indirecte overkapping met calciumhydroxide plaats vindt (zie ook: Exc. Ondont. Sectie III, nos. 506 en 507, febr. 1958);
5. de methode van SZEMERE (1956), volgens welke de caviteit zo dikwijls als nodig is wordt afgesloten met een tijdelijke vulling, die een in chloroform gedrenkte tampon bedekt. Vooraf laat SZEMERE een overmaat van chloroform op het tandbeen inwerken.

Met het oog op de eenvoud van deze methode, die ook door andere auteurs (PAULSON, FLASCHENTREHER, SCHLEICH) is aanbevolen, nam de auteur proeven hiermee in een universiteitskliniek (Klinik für Zahn-, Mund-, und Kieferkrankheiten der Freien Universität Berlin). Hij voerde genoemde therapie uit bij 47 elementen met pulpitis coronalis, waarbij in sommige gevallen ook de wortelpulpa in geringe mate betrokken was (lichte percussiegevoeligheid). Niet in aanmerking kwamen gevallen van uitgesproken pulpitis totalis, evenmin elementen die veel meer op warmte- dan op koudeprikkels reageerden. Tenslotte werden ook die elementen uitgesloten, welke als gevolg van cariës profunda slechts iets meer dan normaal op koude reageerden.

De behandeling was als volgt: eerst werden de caviteiten nauwkeurig geëxca-

veerd (resp. oude vullingen verwijderd). In gevallen van cariës profunda of secundaire caries werd trepanatie van het pulpadak zorgvuldig vermeden, zodat soms carieus tandbeen op de bodem van de caviteit moest achterblijven; de zijwanden werden echter geheel van carieuze massa's ontdaan. Na drooglegging werd een in chloroform gedrenkte tampon in de caviteit gebracht en gedurende 5-10 minuten in situ gehouden. Na dit chloroformbad werd eveneens in chloroform geweekte gutta-percha in een zeer dunne laag op het tandbeen geapplied; vervolgens werd de caviteit met een tijdelijke vulling afgesloten. Deze behandeling werd zonodig verschillende malen herhaald. De blijvende vulling werd tenslotte op de chloroform-gutta-percha onderlaag gelegd.

Het bleek dat in 8 van de 47 gevallen het resultaat onbevredigend was. Voor het overige was volgens mededeling van de patiënten steeds een directe verlichting van de pijn merkbaar. In verschillende gevallen was één chloroformbad zelfs al voldoende, zodat het element in de tweede zitting kon worden afgevuld. Doch in diverse andere gevallen waren twee tot drie voorbehandelingen noodzakelijk, vermoedelijk omdat hier *a.* de bedekkende dentinelaag dikker was, *b.* de pulpitisklachten niet op bacteriële infectie beruisten, doch veeleer op traumatische, chemische, resp. thermische prikkels, zoals bv. het geval is bij elementen met uitgebreide caviteiten, die na preparatie en vulling steeds gevoeliger worden, wat tenslotte op pulpitis uitloopt.

In enkele gevallen was de noodzakelijkerwijs achtergebleven carieuze dentinelaag blijikbaar oorzaak, dat de behandeling met chloroform meer zittingen vergde.

Het controle-onderzoek vond 15-24 maanden na de behandeling plaats, bij 36 patiënten. Bijna alle onderzochte elementen reageerden normaal op inwerking van koude (koolzuursneeuw). Uit dit onderzoek kan dus nog niet de conclusie worden getrokken dat deze therapie de vitaliteit voor jaren waarborgt. Ook zijn nog geen histologische gegevens beschikbaar, omdat niet tot extractie van één of meer met goed gevolg behandelde elementen werd overgegaan.

Behalve de verdovende werking van chloroform is volgens schr. ook de antiseptische invloed nog van belang. Men dient evenwel de indicatie nauwkeurig te stellen: zij is beperkt tot de gevallen van pulpitis coronalis, waarbij dus de wortelpulpa niet of nauwelijks betrokken is.

Literatuur:

H. BLASS. Dtsch. Z.Z. 13: 1447, 1958.