

Een eigenaardig geval van retentio dentis.*)

Eenige jaren geleden stelde zich een 25-jarige onderwijzer onder mijne behandeling, wegens heftige pijnen in de rechter onderkaakshelft. Aan deze zijde was nog een M. 3 aanwezig; aan den linkerkant een 2e praemolaar en een tweede molaar, die wegens kaakcontractie vlak naast elkander stonden. Alle andere ondertanden waren tengevolge van Pyorrhoea-alveolaris reeds verloren gegaan.

De nog aanwezige incisivi en praemolaren in de bovenkaak vertoonden nog verschijnselen dezer aandoening.

Patient droeg een onderprothese, die met behulp van gouden bandjes, aan de aanwezige kiezen steun vond. Deze bevestiging bleek echter niet voldoende te zijn, daar, wegens sterke atrophie van den Processus alveolaris, de kaakbasis volstrekt niet den noodigen steun verschafte. Van een verhooging der kaakbasis tusschen het wangslimvlies en den mondbodem was nauwelijks sprake.

Bij het onderzoek naar de oorzaak der klachten, zag ik het mondslijmvlies van de rechter onderkaak, op de plaats, waar zich de 2e praemolaar behoort te bevinden, sterk hyperaemisch en eenigszins gezwollen.

Op die plaats oefende de prothese een voortdurenden druk uit, waardoor niet alleen het eten, doch ook het spreken vaak belemmerd werd.

*) Mededeeling, gedaan ter vergadering der N. T. V., 20 Juni 1903, door J. S. Bruske.

Soms had patient heftige neuralgische paroxysmen over het geheele gebied des trigeminus aan deze zijde, hetgeen hem vaak verhinderde zijn beroepsbezigheden te verrichten.

Medicamenteuze behandeling gaf weinig baat. De circumscribe zwelling nam toe; ik veronderstelde, dat dit het gevolg was van den druk door het gebit uitgeoefend, en zaagde toen een driehoekig fragment uit den ondersten caoutchouk-rand van het gebit, conform met de aangedane plaats.

Met het verdwijnen der pijnen zag ik ook patient geruimen tijd niet weër.

Toen ik patient een jaar later terug zag, vond ik een harde verdikking van tamelijk omschreven aard, op meer beschreven plaats; en in weërwil van de omstandigheid, dat de druk, vroeger door het gebit uitgeoefend, was opgeheven, traden van tijd tot tijd heftige neuralgische aanvallen op, waartusschen tamelijk lange pijnvrije perioden. Een dezer paroxysmen had patient ten mijnent doen terugkeeren. Fig. 1 vertoont den toenmaligen toestand der kaak.

Door palpatie kon ik een harden knobbel waarnemen, die het vorige jaar niet had bestaan. Mijn eerste vermoeden was nu, dat zich een bij extractie achtergebleven wortel, of in het andere geval, een odontoom, hieronder verborg, die aanleiding tot neuralgie kon geven.

Ik besloot langs operatieven weg mij zekerheid te verschaffen.

Na twee elkander in het middenpunt ontmoetende incisies te hebben gemaakt, praepareerde ik de tandvleeschlapjes los en zag nu de beenige kaakbasis verhoogd. Bij onderzoek met een dunne, stompe sonde, bleef ik op een bepaalde plaats steken. Ik oefende voor zoover dat mogelijk was, op dit punt (hetgeen een fijne perforatie bleek te zijn), percussie uit, en nam toen duidelijk hard, resp. tandweefsel waar. Onder locale anaesthesie trepaneerde ik nu voor-

zichtig met een dunnen trepan, later met een breeder soort, en bespeurde toen tot mijn verrassing, dat de heuvels van een praemolaar in eenigszins scheeven stand, vrijgekomen waren. De verdere behandeling bestond in jodoformtampnade en waterstofsuperoxyde, als mondspoeling.

Een week later waren de pijnen geheel verdwenen en de wondranden genezen.

Niettegenstaande ik patient verzocht na korten tijd terug te komen, had ik niet de gelegenheid patient weër te zien, voor twee jaren later. Fig. 2. vertoont de onderkaak in den toestand, zooals ik die toen vond. Een goed te herkennen praemolarenkroon, die waarschijnlijk bij de trepanatie iets geleden heeft, is gedeeltelijk boven het niveau van de kaakbasis doorgebroken.

De hoogte van de kaakbasis (ten hoogste 2 cM.) in aanmerking nemende, geloofde ik niet te doen te hebben met een geheel ontwikkelden praemolaar, d. w. z. wortel inbegrepen.

Prof. Wertheim-Salomonson, tot wien ik mij met dat doel wendde, is mij zeer bereidwillig behulpzaam geweest tot het verkrijgen van nevengaand radiogram, waardoor het eigenaardige van het geval duidelijk wordt geïllustreerd.

Trots de geringe hoogte van het os mandibulae, bergt de kaakbasis den geheel volwassen praemolaar, terwijl de apex hoogstens 2 mM. van den onderrand van de kaak is verwijderd.

De oorzaak der heftige neuralgische pijnen van vóóren komt hierdoor duidelijk aan het licht (Fig. 3.). Deze waren niet alleen op rekening te brengen van den druk, op de zenuwvertakkingen in de bovenste kaakbeenlaag gelegd, doch vonden in hoofdzaak aanleiding in den druk, die direct op den Ramus Maxillaris inferior, resp. Trigeminus werd uitgeoefend.

Ik had het plan dezen praemolaar door een kroon te verhoogen, om zodoende betere bevestiging voor de prothese te verkrijgen.

Ik stelde dit patient voor en vroeg hem tegelijkertijd of hij zich wilde leenen tot een demonstratie in eene vergadering. Alhoewel hij dit beloofde in overweging te nemen, scheen het laatste hem toch een reden te zijn geweest zich niet weêr ten mijnent te vertoonen.

Ten slotte kan ik nog meêdeelen, dat een volwassen zuster en een broeder van patient, die ik beiden wegens Pyorrhoe alveolaris behandeld heb, beiden laterale incisivi missen.
