

## Referaten uit andere Tijdschriften

onder leiding van

F. DUYVENSZ, Keizersgracht, Amsterdam.

---

### DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

April 1910.

**Williger.** „*Phlegmoneuse processen, uitgaande van den intacten  $M_3$  i.*”

Het doorbreken op zichzelf van den 3en mol. veroorzaakt even zoo weinig ontsteking-verschijnselen als het doorbreken van welken tand ook.

Steeds hebben we in eerste instantie hier te doen met infectie van de tandvleschkap welke  $M_3$  ten deele nog bedekt. Deze infectie komt zeer gemakkelijk tot stand doordat de onderkant der kap met een slechts zéér dunne epitheel-laag bedekt is en dus gemakkelijk gekwetst wordt. Van de plaats, op welke de primaire zweer voorkomt hangen voor een groot deel de verdere gevolgen af. Meest zit zij buccaal. De ontstekings-producten, welke niet onder de kap uit kunnen komen, vloeien langs den tand af en veroorzaken eene periostitis; (geene periodontitis zooals veelal wordt aangenomen). Doordat nu de vezels van de masseter-aanhechting innig met het periost verbonden zijn, ontstaat er buitengewoon snel kaak-klem. Soms kan de ontsteking zoover van de plaats der infectie verwijderd liggen, dat men in 't geheel niet op de gedachte zou komen de oorzaak bij de  $M_3$  te zoeken.

W. beschrijft onder meer een geval waarbij hij een subperiostaal abces vond op de plaats waar voor jaren de  $M_1$  verwijderd was (buccaal).

Aangaande de therapie houde men zich aan de door P a r t s c h gegeven regel: van het lijden verlossen en de tand behouden. In uitzonderingsgevallen, waar niettemin de tand verwijderd zal worden, dient dit pas te geschieden als het acute ontstekingsproces ten einde is.

**Partsch.** „Behandeling van kaakcysten”.

Tot nog toe behandelde P. kaakcysten op de door hem in '92 gepubliceerde wijze, n.l. wijd openen en de randen der snede met epitheel omzoomen, als eerste voorwaarde voor de langzame retractie van den cystenwand. Nog nooit heeft P. een geval ontmoet, waarin het noodig was de holte door eene kunstmatige dekking te beschermen en hij verwerpt dus speciaal het voorstel van B r a n d om in een cyste een obturator aan te brengen. Dat dit en dergelijke voorstellen echter gedaan worden bewijst dat het kleiner worden der holten soms langzamer gaat dan men wel wenschelijk vindt. Nu heeft de ervaring bij wortelspitsresectie ons geleerd dat het mogelijk is zelfs vrij groote holten, welke etterende granulaties bevatten, na zorgvuldig uitkrabben, door bedekking met de slijmhuide primair te doen heelen. Het genezingsproces van extractiewonden en verder S c h e d e's mededeelingen over het sluiten van grootere beenwonden, hebben P. aanleiding gegeven sedert 2 à 3 jaren ook *cysten totaal te extirpeeren en dan onder verband volkomen te laten genezen.*

Voor succes is hier bepaald noodzakelijk, dat *niets* van de wond der cyste achterblijft. Tamponade is overtoellig en zelfs schadelijk omdat dan de genezing slechts door granulatie-vorming tot stand kan komen, welk proces langen tijd noodig heeft om de holte te doen vullen en bovendien voortdurende secretie onderhoudt.

**Dependorf** deelt de geschiedenis mee van een geval eener folliculaire cyste van enkele tandwortel-cysten met

het doel om door uitvoerige casuïstiek misschien tot de kennis der aetiologie der cysten bij te dragen.

**Guido Fischer:** „*Het bleeken van verkleurde tanden*” (met perhydrol) kant zich tegen den heliorador van Megay-(Zielinsky) omdat de te sterke licht-inwerking stormachtigheftige O ontwikkeling veroorzaakt en aldus meer schade doet, dan door het bleeken aan goeds verkregen wordt. F. waarschuwt aan de hand eener ziektegeschiedenis uit de D. M. W. tegen de schadelijke gevolgen, welke de oogen van den patiënt van het sterke licht kunnen ondervinden en hij beschrijft ons verder zijne uiterst eenvoudige methode.

**Kantorowicz.** „*Röntgenopnamen van de onderkaak*”. Schr. heeft enkele methodes „ausprobiert” en beveelt nu bijzonder voor opname van de molaarstreek aan belichting „van onderen” (d.w.z. de normaalstraal valle als men de linkerkant opneemt onder langs de rechter kaakhelft) en „van achteren”. De N.-straal gaat tusschen wervelkolom en angulus mandibulae door. Wie zelf af en toe X't, zij bestudeering aanbevolen. Opnamen van het kaakgewricht leert hij hieruit echter ook niet maken.

*Boekbespreking* door **Jul. Parreidt.** *Atlas und Grundrisz der Zahnärztlichen Orthopädie von Zahnarzt Emil Herbst.* *Uittreksels. Korte mededeelingen.*

---

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR  
ZAHNHEILKUNDE.

Mei 1910.

**Stettenheimer** geeft in eene „*Bijdrage tot het vraagstuk der overtollige tanden*”, naast een klein 40-tal fraaie afbeeldingen een uitvoerig literatuuroverzicht van het onderwerp. Zelf helt hij aarzelend over naar het verwerpen der atavismetheorie.

**Euler.** „*Mislukkingen bij de chirurgische wortelbehandeling*”.

De schr. resumeert aldus:

Het resultaat der chirurgische wortelbehandeling kan *volstrekt* twijfelachtig worden:

als het wortelkanaal niet goed behandeld, speciaal niet voldoende gevuld is;

als aan de reeds tevens aangetaste naburige tanden geen aandacht geschonken wordt;

als de zieke beenpartijen niet grondig verwijderd worden;

als men zich tot maxillotomie beperkt, terwijl wortel-spitsresectie noodig was;

als bij voortanden een te groot deel der wortel weggenomen wordt;

als tengevolge van de operatie eene alveolaratrofie bij de tand in kwestie ontstaat;

als men eene verkeerde diagnose gesteld heeft.

Het resultaat der chirurgische behandeling kan *ten deele* beïnvloed worden door:

onvoldoende anaesthesie;

zwellings;

napijnen;

bloedingen;

verlangzaamde genezing;

beschadiging van het antrum of van het canalis mandibularis met inhoud.

**Günther Fritsche.** „*Oud en nieuw uit het gebied der syphilis-onderzoekingen*”. Een interessante causerie van een verdienstelijke gezelligheid, inhoud en titel elkander zoo volkomen dekkend dat ook hierom refereeren overbodig is.

**Fabiunke** beschrijft het vervaardigen van een kroon voor een diep gefractureerde radix I<sub>1</sub>ss, met toepassing der gietmethode.

**Jul. Parreidt** schrijft een „In memoriam” Martin Schlenker.

*Boekbespreking* door **B. Sachse.** „*Ueber die Entwicklung der Orthodontie, besonders in neuester Zeit, und die Haupt-*

*aufgaben für die Zukunft*”, von Wilhelm Pfaff en Fritsche over eene „Praktische Anleitung zur syphilisdiagnose auf biologischem Wege” von P. Mulzer, enz.

---

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR  
ZAHNHEILKUNDE.

Juni 1910.

**Guttman** onderzocht 37 vroedvrouwen en 36 leerlingvroedvrouwen, bij wie hij de mondholten in zeer verwaarloosden toestand aantrof. In verband met de mogelijkheid van infectie der barenden (kraamvrouwenkoorts), doordat bij uitademen, hoesten enz. materiaal door de lucht wordt meegevoerd (Mickulisz, Flüggge) als ook door indirecte contact-infectie, vraagt hij van de overheid nader geformuleerde maatregelen (verplichte contrôle enz.)

**Bunte** en **Moral**. „*Afzetting van beenweefsel aan het dentine*”. Na zeer uitvoerige beschouwingen, verduidelijkt door reproducties van micro-photogrammen en onder het citeeren der reeds bestaande literatuur, komen de schr. tot het resultaat, dat geenszins het been organisch met het tandbeen vergroeid is, maar dat we veeleer een duidelijke mechanische begrenzing kunnen constateeren.

**Herrenknecht** geeft enkele ziektegeschiedenissen, welke bijdragen tot verhooging der waarschijnlijkheid van het bestaan eener samenhang tusschen primaire ontsteking van het periodontium en secundaire van andere organen (o.a. oog en appendix).

**Robert Richter** vat het resultaat zijner onderzoekingen van silicaat-cementen (Amanant, Astral, Schönbeck, Asher, Harvardid) aldus samen:

1°. Het phosphorzuur in de vloeistof der genoemde cementen kan niet schuldig zijn aan het zoo vaak voorkomende afsterven der pulpa.

2°. De proef op de resistentie der silicaatcementen tegen chemische agentia (zooals melkzuur enz). geeft foutieve resultaten als men het gewichtsverlies door wegen der gemaakte stukjes vóór en na de behandeling met het agens, wil vaststellen.

3°. Verkleuren silicaatcementen zich bij proeven buiten den mond chemisch of physisch zoo sterk, dat de verkleuring door tandpoeder en borstel niet meer verwijderd kan worden, dan zijn ze als vulling voor ons onbruikbaar.

4°. In breuk- en trekvastheid hebben de silicaatcementen sedert de onderzoekingen van Morgenstern en K u l k a aanmerkelijk gewonnen.

**Erich Feiler.** „*Bescherming der pulpa onder silicaatcement-vullingen.*”

Schr. wil de in zoo vele gevallen geconstateerde schadelijke chemische werking der pas of sedert eenigen tijd gelegde silicaatcement-vullingen verhinderen door de geheele caviteit tot aan den rand te voorzien van eene voering van goudfolie n°. 30 met welke methode hij uitstekende resultaten bereikt.

*Verhandelingen* v. d. Central. Verein.

*Boekbespreking:*

a. Chemisch-pharmaceutische Praxis der Zahnheilkunde von **Dr. Ludwig Kaufmann.**

b. Vorbereitung zum Arbeiten in das Röntgenlaboratorium. **Dr. P. Harrass.**

c. Über die Röntgenphotographie in der Zahnheilkunde. **Dr. Port** und **Dr. Peckert.**

Korte mededeelingen enz.

---

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR  
ZAHNHEILKUNDE.

Juli 1910.

**Zielinsky.** „Over de instelling van de eerste blijvende molaar achter het melkgebit.”

Z. komt op tegen de door Chapman en Körbitz verdedigde meening dat de eerste molaren vanaf hun volkomen doorbraak tot aan het verwisselen van temporeaire molaar en praemolaar *recht* op elkander zouden bijten, waarbij hij betoogt, dat

1°. De uiteinden der tandrijen, gemeten aan de distale kroonvlakken der tweede melkmolaren niet altijd in één verticaal staan, maar slechts soms ongeveer met een zoodanige lijn samenvallen.

2°. Hoe meer het tijdstip nadert, waarop de eerste molaar doorbreekt, des te minder stemt de afsluiting van onder- en bovenrij van het melkgebit in den vorm, waarin het doorbrak, overeen met de verhouding waarin die rijen tot elkaar staan bij het doorbreken van den eersten molaar en wel zoodanig, dat men bij nauwkeurige waarneming eene verschuiving der distale kroonvlakken van de melkmolaren ten opzichte van elkaar kan constateeren.

Vervolgens wil hij bewijzen, dat de lengtegroei der kaken te weten het stuk vóór de eerste molaar, slechts naar voren plaats grijpt, en dat daarbij de bovenste melkmolaren vaststaand gedacht moeten worden. De verschuiving in het gebied der temporeaire molaren ware alsdan terug te brengen tot dien groei der bovenkaak en een gelijktijdige strekking van het geheele onderkaakslichaam onder den druk der zich verder vormende molaren. Eene verdere verschuiving der  $M_1$  ten opzichte van de bovenste ontstaat doordat het deel der onderkaak, dat de melkhoekstand en melkmolaren bevat na het wisselen dezer tanden in

lengte meer afneemt, dan het overeenkomstige gedeelte der bovenkaak.

**Worm.** „*Periodontitis met exitus letalis.*”

**Euler.** „*Over wortelresorptie bij blijvende tanden met levende pulpa.*”

*Boekbesprekingen.* „*Ergebnisse der gesammte Zahnheilkunde*” is een aankondiging zonder meer door **Parreidt**.

Verder over „*Mercks Jahresbericht*” door **Dr. R. Parreidt**.

---

## DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Aug. 1910.

**Kantorowicz.** Histogenese van het dentine, speciaal van „Ersatz-dentine”.

Ter inleiding geeft K. aan, hoever men in deze kwestie gevorderd is en waarover het verschil tegenwoordig loopt.

Eigen onderzoek heeft hem gebracht tot de volgende bevindingen:

1°. De door v. Korff beschreven radiaire vezels spelen niet alleen bij de eerste dentine-vorming een rol, maar zijn ook van groot gewicht voor het ontstaan van „Ersatz-dentin”.

2°. Bij nieuwvorming van dentine, die geheel normaal verloopt, kan men geen radiaire vezels aantoonen.

3°. Een overgang van de vezels van v. Korff in die van v. Ebner werd nergens gevonden en is niet waarschijnlijk.

4°. Soms vindt men bundels fibrillen, die zich evenwijdig aan het dentine-oppervlak daartegen hebben gelegd, en die dan sterk van het normale afwijkend dentine vormen.

5°. Het Fleischmann-Köllikersche vlies is op die plaatsen, waar fibrillen in het dentine dringen, onderbroken.

Twaalf afbeeldingen verduidelijken den tekst.



**Hahn** (Breslau). „*Over de lokalisatie van syphilis en huidziekten op het slijmvlies van den mond.*”

Voor tandarts en patiënt beide is het van belang, dat de eerste uit kan maken, of men met een syphilitisch verschijnsel te doen heeft of met een andere huidziekte, welke zich in den mond kan openbaren, zooals o.a. leucoplakia, stomatitis mercurialis, tuberculose, aphten enz. Naast andere aanwijzingen, geeft hij ook in de lokalisatie der verschillende ziekteverschijnselen in den mond een bepaald differentiaal diagnostisch kenmerk, evenals ook in de anamnese.

Aan het slot noemt H. nog even het voorkomen van een eczeem der lippen en aangrenzende huid, dat volgens Neisser aan het gebruik van Odol moet worden toegeschreven. Natuurlijk dringt hij op de grootste voorzichtigheid aan, wanneer er vermoeden bestaat op een infectieuze ziekte van den patiënt.

**Prof. Seifert** (Würzburg). „*Het aanwenden van aniline kleurstoffen bij ziekte van het slijmvlies der mondholte.*”

Na een algemeen overzicht over de therapeutische aanwending van de anilinekleurstoffen, gaat S. meer in het bijzonder na, in welke gevallen hij met een mengsel van methyleenblauw en methyleenviolet (geconcentreerde alcoholische oplossingen in water) beterschap heeft kunnen bewerken.

Hij behandelde met succes: spruw, stomatitis aphthosa, Stom. mercurialis, Papillitis lingualis, Glossitis superficialis, tuberculose en Pemphigus van het slijmvlies van den mond. Het mengsel oefent, ook bij langdurige mondbehandelingen, geen schadelijke werking uit op de tanden.

S. wekt aan het slot op, om ook te trachten Pyorrhoea alveolaris op deze wijze te genezen.

**Bode.** „*Methodes voor het verkrijgen van scherp gedifferentieerde Röntgenphotographiën van kaken en tanden*”, met 11 afbeeldingen.

**Bergrath.** „*Over de nadeelige gevolgen van belichting met Röntgen-stralen*”.

Men dient X-stralen in bepaalde doses toe. De maximaaldosis is voor verschillende personen en verschillende plaatsen van ons lichaam niet gelijk. Bij kinderen kan men zelfs door lichte bestraling van de kaak storingen in hare ontwikkeling en in die van de blijvende tanden veroorzaken. B. waarschuwt tegen herhaald bestralen van eenzelfde gedeelte met korte tusschenruimten. Ook de radioloog dient zich te beschermen.

**Apffelstaedt.** „*De Röntgen-diagnostiek in de tandheekunde*”. Aan de hand van een aantal gevallen uit de praktijk vestigt A. onze aandacht op het groote nut van Röntgenographie. Zoo o.a. bij: wisselen, anomalieën, kroon- en brugwerk, extractie (3<sup>de</sup> molaren), sequesters of anomalieën der kaak, vergroeiingen van tanden; bij plaatsbepaling van abscessen; om na te gaan de toestand van: pulpa-kamer, wortelkanalen (al of niet gevuld, perforatie) en van het antrum.

**Neuschmidt** (Dortmund), is van oordeel, dat Novocaïne zich bijzonder geschikt toont voor pulpa-anaesthesie. Bij extracties van tanden met levende pulpae gebruikt hij liever cocaïne of ook wel novocaïne gevolgd door cocaïne (bij jonge personen in de puberteitsjaren, die dikwijls cocaïne alleen niet kunnen verdragen). N. gaat van den binnenkant der tanden uit als begin- en hoofdpunt voor de lokale injectie.

**Neuschmidt** (Dortmund). „*Het conserveeren van melktanden*”. N. spoort de tandartsen aan om, ondanks allerlei moeilijkheden, de melktanden toch zoo veel mogelijk conservatief te behandelen. Hij beveelt voor het vullen in het algemeen aan harde gutta-percha S.S.W. in proximale en cement aan vrije tandvlakken. Eenige wenken voor wortelkanaalbehandelingen bij kinderen sluiten dit korte artikeltje.

**Wolpe** geeft voor het reguleeren van de open beet eenige wijzigingen van *Angle's* methode.

*Boekbesprekingen.*

**Witzel.** Atlas der Zahnheilkunde in stereoskopischen Bildern. Serie II Röntgenopnamen, 50 Tafeln.

**Hoever.** Über die Beziehungen zwischen Kaumuskelatur, Kiefergelenk und Zahnsystem der Säugetiere.

**Baden.** Teuerung, Nahrung, Entartung.

**Schröder.** Das Studium der Zahnheilkunde und die gesetzlichen Vorschriften für die Prüfung der Zahnärzte im Deutschen Reiche.

*Korte mededeelingen.*

B. R. B.

---

ÖSTERREICHISCH-UNGARISCHE VIERTELJAHR-  
SCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Januari 1910.

**Rudolf Weiser.** „*Goudvulling of -inlay*“.

Terwijl als voordeelen der *goudvulling* aangehaald worden:

1. de ideale randsluiting,
2. de onmogelijkheid van het uitvallen der vulling,
3. de mogelijkheid om verschillende ondersnijdingen te laten bestaan,
4. de uitstekende staat van dienst, welke ze reeds kan toonen,

noemt W. als gronden welke in hoofdzaak ons wel geneigd maken om in vele gevallen voor de *goudvulling* iets anders te zoeken;

1. het voorkomen bij jonge patienten van saprijk dentine, en het kalkarme dentine bij sommige andere patienten, hetwelk beide voor *goudvullingen* niet zeer geschikt is;

2. het soms verrassend snelle optreden van caries secundaria;
3. het sterke geleidingsvermogen voor temperatuursverschillen;
4. den zéér langen tijd, welke de patiënt voor groote vullingen aan één stuk in den stoel door moet brengen.
5. het nog groeien van dien tijd bij elken kubieken millimeter weefsel, dien de operateur opoffert, waarin een gevaarlijke tendenz ligt voor het zoo uitstekende extensiebeginsel.

*Tegen inlay's pleiten echter:*

1. De vaak buitengewone uitbreiding (behalve de wenschelijke „for prevention”) om alle ondersnijding te vermijden;
2. de noodzakelijke cementlaag, waardoor toch nooit de randsluiting van een goudvulling te bereiken is.

Maar *vóór* de inlay spreken:

1. de enorme verlichting voor beide partijen, ook bij volledige extensie en eventueele correcties, voor patient en operateur beiden.
2. De tegen temp. isoleerende cementlaag.
3. Zij zijn bij het zachte tandbeen van jonge, of van bleekzuchtige patiënten beter op hunne plaats.
4. hunne aanwendbaarheid in de prothetiek.

**Dr. L. Fleischmann.** *Rachitische veranderingen van het tandbeen.*

Rachitis veroorzaakt alleen eene storing in de verkalking van het dentine, onder normale vorming van de tandbeengrondsubstantie zelve, zonder eenigen invloed op de odontoblasten.

Emailhypoplasieën echter, welke trouwens *niet* door rachitis veroorzaakt worden, zijn niet slechts het resultaat van eene storing in de kalkafzetting, maar ook van een gebrekkige vorming der grondsubstantie zelf, m. a. w. de ameloblasten hebben geleden.

**Dr. Arnold Heller.** *Over de Physiologie van de tandpulp.*

De schr. wil als zijne overtuiging te kennen geven, dat de, bij tanden waaruit de pulpa verwijderd werd, somtijds optredende pseudo-periodontitische verschijnselen niet anders zijn dan vaso-motorische reacties. De pulpa is te beschouwen als een vaso-motorisch eind-orgaan, welks zenuw-elementen niet slechts de circulatie in den tand regelen maar ook die om den tand heen.

**Richard Breuer.** Een tweedeelig artikel over de bewegingen der onderkaak, welke hij door middel van Röntgen-fotografie bestudeerde aan schedels met een intact gewrichtskapsel. Als conclusies van deze zeer interessante studie worden genoemd o.a., dat *Langeren Zuckerkandl* gelijk hebben wanneer zij aannemen, dat in den ruststand van het gewricht de condylus rust tegen den achterkant van het tuberculum en dat *Wallisch*' bewering: „de condylus *vult* de fossa glenoidalis *niet*, volkomen correct is. De rotatie der orthale beweging geschiedt niet om een vaste as, maar om een zich verplaatsende as, welke ligt in het collum, op de aanhechtingsplaats der ligamenta lateralia.

Bij het in voorbeet brengen beweegt de kaak zich parallel aan zich zelf en bij laterale bewegingen ligt de rotatieas soms tusschen, soms buiten de condyli, op de lijn welke deze verbindt.

**Apfelstaedt** beschrijft de manier, waarop hij een door hagselshot zwaar gewonde patiënte van eene gedeeltelijke kaakprothese voorzag.

Over *plantatie-proeven* door **Dr. Armin Rothmann** en **Dr. Georg Bilaskó.** Als indicatie voor *replantatie* noemen de auteurs: 1. den beslisten wensch van een patiënt om den tand te extraheeren en hem dan te vervangen; 2. bij nerveuse patiënten, die totaal geen excaveeren verdragen, de onmogelijkheid om den tand anders conservatief te behandelen; 3. gevallen van buitengewone gevoeligheid van het dentine welke door geene anaesthetika is tegen te gaan; 4. als tanden door trauma verwijderd werden; 5. bij

geforceerde regulaties als de tand uit wil vallen of reeds uitgevallen is; 6. misschien bij haemophilie.

Uit een statistiek aan het slot van het artikel blijkt dat van 174 patiënten 106 zich ter contrôle aanmeldden, van welke 106 bij 20 de operatie als mislukt beschouwd diende te worden.

**Lartschneider.** *De theorie van den verhoogden intradentairen bloeddruk.*

Een literatuuroverzicht, waaruit de auteur wil doen blijken, dat boven bedoelde door wijlen Dr. T a n z e r verdedigde theorie over de oorzaken van een deel der gangraengevallen, eigenlijk reeds lang op soliede fundamenten rust, en in den laatsten tijd pas naar behooren gewaardeerd begint te worden.

**Zsigmondy.** *De aanleg van den bouw der kaak bij een abnormale arcus dentium, beschouwd uit odontorthopaedisch standpunt,* is een referaat door den bekenden geleerde gehouden op het internationaal medisch congres te Budapest, over welks hoogst belangrijken inhoud ref. geen kans ziet een tweedehands referaat te leveren.

**J. G. Turner.** *De normale beweging der na extractie resterende tanden.*

Als eene velen zeker interesseerende stelling vermelden we in 't bijzonder hieruit: „Als men de tand vóór de  $M_1$ s extraheert, begint een beweging naar voren van den  $M_1$ s, die zoo lang duurt tot hij met den voor hem zittenden tand in contact komt of totdat de stuwende kracht is uitgewerkt. Het artikel is voorzien van talrijke foto's van illustreerende gevallen.

**Dr. Max Kulka.** *Eene aanvulling bij het onderzoek der silicaatcementen.*

In de eerste plaats waarschuwt K u l k a er tegen om alleen uit kleuringsproeven, zooals die van R o b e r t R i c h t e r, conclusies omtrent de poreusiteit van cement te willen trekken.

De affiniteit tot kleurstoffen a. h. w. hangt nog met

geheel andere dingen samen dan van het meer of minder poreus zijn. In het tweede gedeelte komt K. aan de hand zijner proeven tot het resultaat dat het oplossen der cementen in de mondvloeistof niet in eventueel aanwezige zwakke zuren, maar, integendeel, in de alkaliën geschiedt, (bij alkalische reactie dus); derhalve moet als nieuwe eisch aan de silicaat-cementen geformuleerd worden: onoplosbaarheid in alkaliën.

**Urbantschitsch** schrijft over *Pulpitis chronica* (z.g.n. polypen) van de fronttanden in een melkgebit, welke hij aantrof bij een 5 jarig kind in alle zes boven-voortanden. Op grond van histologisch onderzoek meent hij te mogen aannemen, dat we bij deze z.g.n. polypen met *pulpitis chronica* en *niet* met polypen in eigenlijken zin te doen hebben. Voor het somtijds voorkomen van epitheelcellen aan de oppervlakte dezer woekeringen worden verschillende verklaringen gegeven. Uit bacteriologisch oogpunt valt te vermelden, dat sarcinen werden aangetroffen, welke men evenwel, zooals bekend is, niet voor pathogeen houdt.

**Wunsche.** *Over het gebruik van porceleinmassa's met een hoog smeltpunt.* Na er op gewezen te hebben, dat ook hier zooals bijna altijd, niet het materiaal maar het met accurate kunnen de hoofdzaak is, beschrijft W. achtereenvolgens een jacket-kroon met en zonder platina-basis en twee door hemzelf geconstrueerde bandlooze porcelein-kronen.

---

GESTERREICHISCH-UNGARISCHE VIERTELJAHR-  
SCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

April 1910.

**Prof. Dependorf** (Leipzig) beschrijft 2 gevallen van infectieuze osteomyelitis der bovenkaak; het eene tengevolge van een slag, dus door trauma; het andere, dat gepaard gaat met een Antrumaandoening, tengevolge van een chronische neuskatarh.

Evenals Trauner (E. U. V. f. Z. Jan. 1909) is D. de meening toegedaan, dat men niet te lang moet wachten met ingrijpen; hij wil zelfs de zes weken, die Trauner noemt, inkorten en reeds eerder de natuur in het afstooten der sequesters tegemoet komen.

In de tweede plaats beschrijft hij 3 gevallen van akute periostitis der onderkaak, waarin hij door vroegtijdige, diepe incisies heel spoedig beterschap bewerkte.

**Hönz** (Klausenburg) over *Xerostomie*. Hij onderscheidt 2 groepen: xerostomieën met en zonder veranderingen van de speekselklieren en afvoerkanalen, de eerste noemt hij de idiopathische, de tweede de symptomatische xerostomieën. In hoofdzaak beschouwt hij de tweede groep, die als storing in het centrale zenuwstelsel opgevat moet worden en waarbij de droogheid van den mond slechts symptoom is. Hönz vestigt de aandacht op het nauwe verband, dat bestaat tusschen zweet- en speekselsekretie, waaruit men afleidt, dat de centra voor deze beide afscheidingen in het centraal orgaan van het zenuwstelsel dezelfde banen hebben of dicht bij elkaar liggen. Voor verdere onderzoekingen is dit waarschijnlijk van belang. Hönz twijfelt niet, of bij nauwkeuriger onderzoek zal inderdaad blijken, dat zijn opvatting van de symptomatische xerostomie, als een in de hersenen gelocaliseerde ziekte, de juiste is. Volgen de beide door Hönz behandelde gevallen, die tot geen resultaat leidden, wat trouwens gezien de gewone prognose niet te verwonderen is.

**Dr. Wallisch** (Wien). *Iets over orthodontie*. W. beweert, dat, welke methode men tot nog toe ook aanwendde om een prognathie met achteruitstaande kin te reguleeren, nooit bereikt werd, dat de kin ten opzichte van het gezicht in normalen stand kwam en bleef.

Hij maakt nu attent op een methode, die Mc. Bride als „verouderd” heeft beschreven, waarbij een gehemelteplaat gedragen wordt, die dient om de uitgroeiing der molaren te bewerken en die de kin inderdaad naar voren deed



komen. W. betoogt dan, dat naast het reguleeren der tanden het verhoogen van den beet door overkappen der eerste molaren, in volgorde bewerkt:

1°. het vooruitschuiven van de kin, doordat de proc. condyl. langs de meer of minder sterk gebogen oppervlakte van her tubercul. articul. naar beneden en voren glijdt.

2°. het uitgroeien der tanden, wat de kin ten slotte in den bewusten stand fixeert;

3°. het vergrooten van den onderkaakshoek, doordat de kauwspieren de onderkaak naar boven trachten te trekken en dit alleen mogelijk is door het terugkomen van de proc. condyl. in zijn ouden stand, waardoor de hoek stomper moet worden.

Conclusie: door verhoogen van den beet kan men de onderkaak en masse naar voren doen komen, door verlagen van den beet naar achteren brengen. De mate, waarin dit kan verkregen worden, hangt af van den vorm van de gewrichtsvlakken.

W. raadt aan, bij het reguleeren van prognathie inplaats van banden, kronen als dragers van de expansieboog te nemen. Staan de tanden op hun plaats, dan laat men de kronen nog eenige jaren zitten. Zelf heeft de auteur zeer bevredigende resultaten bereikt met deze methode.

Ten slotte maakt hij er attent op, dat ook Angle aanraadt, in geval de beet na regulatie te laag blijft, een gehemelteplaat aan te brengen, waartegen de beneden-incisivi bijten, om aldus de molaren uit te laten groeien.

**Dr. E. Feiler** (Breslau). *De Therapie der Alveolarpyorrhoe.*

Na een overzicht van de zeer diverse methodes, die aanbevolen worden en alle ook resultaten geven, beschrijft Feiler 10 van 25 door hem behandelde gevallen, waar hij beterschap kon bewerken. Zijn therapie bestaat uit:

- a. wegnemen van tandsteen enz. met de instrumenten van Hans Sachs, (echter geen houten handvatten).
- b. Jod- en melkzuurapplicatie.
- c. Massage door den patiënt zelf.

Bij een algemeen lijden natuurlijk naast deze behandeling die van een medicus. Voor het overige wegnemen van alle schadelijke invloeden.

Zit de tand nog maar voor een derde deel in de kaak, dan ziet hij nog kans deze te behouden.

Tegen latere tandsteenvorming gebruikt hij met succes een door Hermann (Karlsbad) samengestelde pasta (Solvolith).

**Dr. Faisztl** (Budapest) bracht onder volkomen afsluiting van het speeksel een wondje toe aan de pulpae van 12 hondentanden, overkapte de pulpa en vulde 9 dezer tanden. Na 4 weken onderzocht hij de pulpa. Resultaat bij de afgesloten 9 pulpae: 1 zwak gangraeneus, 4 hyperaemisch en diplococcen bevattend, 1 dissolutio pulpae absoluta; in 3 pulpae, die na 2 weken werden onderzocht, was geen spoor van verandering, terwijl 1 trepanatie mislukte. De drie open geblevene waren geheel gangraeneus. Infektie door instrumenten enz. is uitgesloten. F. meent, dat de infektie langs de vulling een weg door de dentinekanaaltjes heeft gevonden.

**K. W. Goadby** (London), geeft de behandeling van enkele ziekten, uitgaande van een bacteriën-haard in den mond, met een bepaald serum. Achtereenvolgens bespreekt hij het verband, dat mogelijk is tusschen chronische rheumatiek, kolitis en Akne met dikwijls moeilijk op te sporen bacteriën-haarden in den mond, aan de hand van door hem behandelde en genezen patiënten aan genoemde ziekten door een voor elk geval afzonderlijk samengesteld serum.

Verslag van: Intern. med. Congres te Budapest, Afdeeling Stomatologie door Sturm te Budapest.

Intern. tandheelk. Congres te Berlijn Afdeeling: Algemeene en lokaal-anaesthesie door Luniatschek.

Referaten, korte mededeelingen.

B. R. B.

## DENTAL COSMOS.

September 1910.

**Dr. Brophy.** *Incidents in the practice of an oral surgeon.*

De bron van pijn is dikwijls zoo duister dat het maken van eene correcte diagnose uiterst moeilijk is. Hoofdoorzaken voor den tandarts van het uiterste gewicht zijn: pulpitis, periementitis, infectie, als gevolg hiervan alveolaar abscess, periostitis, excementosis, dentikels, slecht passende kunstgebitten, te kleine kaken voor het normaal aantal tanden en kiezen, impacte tanden en kiezen enz.

*Diagnose van neuralgiën van de 5<sup>de</sup> zenuw veroorzaakt door tanddefecten.*

Soms falen alle hulpmiddelen, soms geeft radiographie dadelijk eene oplossing.

*Antrumziekten.*

*Acute stadium:* hoofdpijn, algemeene vermoeidheid, drukking, verschijnselen van algemeene infectie, pusvloeijing uit de antrumholte naar de neusholte een uitweezokende uit de neusgaten of pharynx.

*Behandeling:* Zieke tanden nazien, alleen wanneer absoluut noodzakelijk deze extraheeren, smalle opening maken buitenwand antrum, doorspuiten.

*Chronisch stadium:* polypen aanwezig, verwijderen door groote opening; opening open houden voor irrigatie.

*Cyste:*

*Muceuse Cyste* openen en canterizeeren; ééne behandeling gewoonlijk voldoende.

*Ranula.* Openen en opening behouden om recidieve te voorkomen, zilveren buis.

*Dentale Cyste.* Radiographie; nucleus van de Cyste een of meer tanden; openen en bekleedend membraan geheel verwijderen, anders recidieve.

*Differentiaal diagnose tusschen Cyste en Aneurysme;* vloeistof uit de Cyste onderzoeken; Aneurysme veroorzaakt pulsatie, Cyste niet; oorzaak irritatie.

*Epulis.* Goedaardige kan kwaadaardige worden; dadelijk verwijderen; oorsprong in periosteum; deel van het been mede verwijderen en tanden wier cementum in de Cyste begrepen is.

*Carcinoma en Sarcoma;* oorzaak irritatie, multiplicatiecellen. Het publiek er op wijzen dat schijnbare onschuldige irritaties dikwijls de eenige oorzaak zijn.

**Dr. A. H. Ketcham** bespreekt de vraag of de moderne orthodontisten te veel expandeeren. Eenige practische gevallen beschrijvende komt hij op tegen extracties als uitgevoerd door de orthodontisten der oude school. Volgens zijne opinie is extractie bij regulaties of geheel uitgesloten, of uiterst zelden gerechtvaardigd. Dr. K. stelt zich op het volgende standpunt: Geef de(n) patiënt de beschikking over het normaal aantal tanden en kiezen in normale occlusie; doet ge dit niet dan rust ge de(n) patiënt slecht uit voor den toekomstigen levensstrijd.

**Dr. C. Kirk.** De laatste tientallen jaren hebben ons de overtuiging gebracht dat ziekten van de mondholte verstrekkende nadeelige gevolgen kunnen hebben. Het is echter niet voldoende de bestaande caries te bestrijden en infectie tegen te gaan; eerst wanneer duidelijk zal zijn geworden wat de ware praedisponerende factoren der mondziekten zijn, zal het mogelijk wezen deze ziekten rationeel te bestrijden. Daardoor plaatst men zich op een juist standpunt en zal zoo doende het publiek oneindig grootere diensten kunnen bewijzen dan de nu reeds opgerichte klinieken ooit in staat zullen zijn.

**Dr. H. G. Register** geeft eene nieuwe methode voor het maken van vaste bruggen en zeer lezenswaardige opmerkingen over behandeling en vullen van wortelkanalen. Mij komt het voor dat de door Dr. H. G. R. aangegeven nieuwe methode een oude, gecompliceerde geworden is, nu wij door de tegenwoordige gietmethode in staat gesteld zijn op veel eenvoudiger wijze te voldoen aan *alle* eischen van hygiëne, esthetiek en stabiliteit.

**Dr. J. M. Murphy.** *Treatment of Fractures of the Maxillae.*

*Complicaties bij behandeling fracturen.* Verlies van tanden of kiezen, malocclusie bestaande voor de fractuur, pathologische toestand van de membrana mucosa, gecompliceerde fracturen, en andere traumatische toestanden ontstaan door het letsel.

*Voorloopige behandeling:* Gewoonlijk ziet de operateur het geval eerst eenigen tijd nadat het letsel ontstaan is. Gevaar voor infectie bij dadelijk toepassen van behandelingsmethode groot; wacht tot zwelling verdwijnt. Begin met irrigatie van mond en neusholte met een gesteriliseerde oplossing van 1 % phenol, zóó heet als patiënt verdragen kan en met aanmerkelijke kracht ingespoten. Herhaal om het uur of naarmate het geval meer of minder ernstig, met kortere of langere tusschenpoozen. Deze behandelwijze worde toegepast zoolang eenig retentieapparaat nog aanwezig.

*Classificatie en plaats van de fractuur.*

Zelden enkelvoudig, meestal gecompliceerd. Ondervinding van den schrijver leert: Fractuur meest in de onderkaak, zelden rechts, meestal links of indien rechts ook links; fractuur meest voorkomende tusschen symphysis en caninus.

*Retentie en Reductie:* Gebruikt nooit de gevulcaniseerde splint, 't liefst regulatie of fractuurbanden als aangegeven door *Anglen* en *Lukens* en verdere regulatie-apparaten.

*Het uitzoeken van het te gebruiken apparaat:*

1. Hoe verkrijgt men het best absolute stabiliteit van de uiteinden van de fractuur.
2. Welk apparaat is het eenvoudigst en minst samengesteld, (schoon houden).

*Behandeling fractuur tusschen centrale en laterale gecompliceerde fractuur, normale occlusie, normaal aantal tanden en kiezen.* Lukensche banden op  $Pm_2$  s. en d. Regulatieboog door de buizen aan de wangzijde; schroefje aan de distale zijde der buizen. Reduceer fractuur door deze schroefjes aan te draaien; bevestig alle tanden, en kiezen tusschen de  $Pm_2$  met draadligatuur aan den boog.

*Fractuur tusschen  $Pm_2$  en  $M_1$ .* Banden op  $Pm_1$  en  $M_2$ . Door buisjes een traction bar. Schroefjes mesiale einde van de bar. Draai schroef zoover aan als noodig om de breuk te reduceeren; bevestig tusschenliggende kiezen aan de bar. Houdt de kaak in rust door een bandage.

*Fractuur in den kaakhoek:* Angle fractuur banden op kiezen in boven- en onderkaak; op twee kiezen aan de zijde van de fractuur en op een kies aan de andere zijde. Laat den mond sluiten in normale oclusie en bevestig kiezen in de onderkaak aan die in den bovenkaak. Voor strangulatie bij hoesten of braken wordt zeer gewaarschuwd.

*Fractuur van de bovenkaak.* Meestal gepaard met suppuratie; verwijder sequesters naarmate zij te voorschijn treden. Herhaalde en grondige irrigatie (1 % phenol). Behandeling naar de gecompliceerdheid van het geval; tractuur of regulatiebanden.

Verder beschrijft schrijver eenige (9) zeer lezenswaardige praktische gevallen.

**Dr. P. G. Bradford.** *Surgical operation of the frenulum labii superiores.*

Banden op  $I_1$  s.s. en s. d. cementeeren. Spurs aan deze banden te bevestigen aan de mesiale zijde bij het snijvlak. De tanden naar elkaar trekken door middel van draadligaturen. Operatie eerst beginnen als cement goed gecrySTALLiseerd (volgenden dag). Locale anesthesie door middel van hypodermische injectie. Met lancet tusschen de tanden snijden. Met elektrische cauterisator het weefsel tusschen de tanden wegbranden, zonder het periodontium van  $I_1$  s.s. en s. d. te vernielen. Als de operatie geeindigd is, wachten tot gevoeligheid voorbij is. Eerst dan met bronzen draadligatuur de tanden naar elkaar toetrekken. Bij de operatie snijde men een  $\surd$ -vormig stuk van den spier uit en manipuleere de lippen bij elke zitting om samengroeien te voorkomen.

D. E. DA COSTA.