

## Referaten uit andere Tijdschriften

onder leiding van

F. DUYVENSZ, Keizersgracht 664, Amsterdam.

---

### DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Januari 1911.

**R. Parreidt.** „Die anästhesierende Wirkung der Lokal-anästhetika.”

Als inleiding geeft P. in het kort een artikel van Gros en L ä w e n, verschenen in het Münchener medizinische Wochenschrift van 27 Sept. 1910, weer, dat handelt over een verhooging van de anaestheerende werking van novocaïne door in plaats van chloriden bicarbonaten toe te voegen. P. nam zelf hiermee proeven en vond door een toevallige foutieve omrekening, waardoor hij 3 maal zooveel bicarbonaat had toegevoegd als door L ä w e n werd gebruikt, dat dit te veel aan bicarbonaat de werking nog versterkte. Gros deelde hem mede, dat tegen een dergelijk quantum geen theoretisch bezwaar bestond, ried alleen aan in dit geval het keukenzout weg te laten om de oplossing niet te zeer hypertoonisch te maken. Met L ä w e n samen heeft Gros uit verdere proeven moeten afleiden, dat werkelijk bij gebruik van grooter hoeveelheden bikarbonaat dan zij in eerste instantie gebruikten, de werking van het anaestheticum wordt verhoogd. P. heeft geene onaange-

name nawerkingen gehad, hetgeen hij toeschrijft aan de verminderde dosis suprarenine in de injectievloeistof. De oplossing, welke door P. gebruikt wordt is:

Natr. bicrab. pur. pro analys.	0.15
Novocaïne	0.2

in 10 c.M<sup>3</sup>. Aq. dest. geschud en dan gekookt. *Onmiddellijk* voor het gebruik 1, hoogstens 2 druppels synthetisch L-suprarenine toe te voegen. Hij raadt ten sterkste aan, de proef te nemen.

**G. Fischer.** „*Praktische Erfahrungen aus dem Gebiete der Lokalanästhesie*“.

Fischer bespreekt drie kwesties:

- 1°. narkose of locaalanaesthesie;
- 2°. toevoeging van bicarbonaten;
- 3°. M a s u r s methode voor het anaesthereeren van dentine.

Bij het bespreken van de eerste kwestie, gaat F i s c h e r vooral in tegen H e r r e n k n e c h t s opinie, als zou lokaalanaesthesie meer gevaar opleveren dan algemeene narkose, en trekt hij te velde tegen H.'s verwerping van het novocaïne als anaestheticum op grond van één proef, waarbij de onaangename gevolgen welke H. tot zijn ongunstig oordeel over novocaïne bewogen, waarschijnlijk niet op rekening van het anaestheticum waren te stellen. Hij publiceert ook B r a u n's meening in dezen, die zich ten gunste van novocaïne contra cocaïne („Rückkehr zum Kokaïn ist ein Rückschritt) en van lokaalanaesthesie contra narcose uitspreekt („die Lokalanästhesie ist in ihrer jetzigen Form ungefährlich“).

F. heeft de nieuwe bicarbonaten-toevoeging geprobeerd, kan echter niet anders dan onaangename nawerkingen constateeren. Het middel werkt goed, snel, verkleurt echter bij suprarenine-toevoeging spoedig. Williger deelde hem mede, dat hij geen verbetering kunnende constateeren, op F.'s normaal oplossing is teruggekomen.



M a s u r (zie D. M. f. Z. 1910 pag. 825) die met een separator de snellere diffusie van de injectievloeistof in het weefsel der pulpa tracht te bewerken, is volgens F.'s meening op het verkeerde spoor. Een grootere drukking kan in zwakke pulpae tot atrophieën en nekrosen leiden en in de tweede plaats heeft F. altijd nog anaesthesie van het dentine na de gewone injectie kunnen bereiken en meent dus te moeten afleiden, dat M a s u r het technische deel der injectie op andere wijze uitvoert dan F. voor goed houdt.

Ten slotte waarschuwt hij tegen een totaal vervangen van het causticum bij wortelkanaalbehandeling door injiceeren, omdat men niet zonder resten achter te laten een pulpa in zijn geheel kan wegnemen, die niet eerst door cauterisatie is gecoaguleerd. Onder anaesthesie gaat F. niet verder dan het wegnemen van een deel der kroonpulpa, legt dan het causticum in, om later verder te werken.

**Würcker.** „*Ueber Eiweiszfäulnisbakterien*”.

Onderzoek naar de aetiologie van pulpagangraen is onafscheidelijk van onderzoek naar de aetiologie van eiwitontbinding. De gangraeneuze pulpa toch is zich ontbindend dierlijk weefsel. Het bacteriologisch onderzoek bij de ontbinding van eiwitten was langen tijd gericht op het vinden van aerobe bacteriën, omdat de ontbinding in de natuur onder vrije toetreding van lucht plaats vindt en ook al, omdat de anaerobe cultuurmethode vele technische moeilijkheden opleverde. Later hebben vooral Klein en Ziborius naar anaeroben gezocht en deze ook gevonden. Het onderzoek van Klein leidde tot een rectificatie van de meening van Bienstock, volgens welke de in 1884 door hem gevonden *Bacillus putrificus aerobe* zou zijn. Deze is streng anaerobe en is waarschijnlijk door een toevallige gemengde cultuur als aerobe aangemerkt.

De heerschende opinie is, dat aerobe bacteriën in de natuur het proces der ontbinding inleiden, waarna de anaeroben, voor welke de bodem aldus is geschikt gemaakt, de ontbinding zelve voltrekken.

Würcker heeft in het laboratorium van Heim de *Bac. putrificus* in reïncultuur gekweekt. Hij deelt zijne bevindingen daaromtrent nauwkeurig mede. Een dergelijke beschrijving is onmogelijk in het kort weer te geven; we bepalen ons tot de mededeeling, dat fibrine en het wit van een ei gedurende de eerste acht dagen snel werden aangetast, het proces dan echter vrij wel op één hoogte blijft. Een tweede bacillus (*Bac. postumus*), die pas tot ontwikkeling scheen te komen, nadat de *Bac. putrificus* een paar dagen aan de ontbinding van den bodem had gewerkt, eveneens anaerobe, kon hij in reïncultuur kweken. Fibrine, eiwit, bloedserum werd echter niet aangetast, terwijl toch bij elke ontbinding van eiwit deze bacillus werd aangetroffen.

In een gemengde cultuur van *bac. putrificus* en *postumus* ging de ontbinding sneller dan in een reïncultuur van de eerste alleen. De mogelijkheid bestaat dus, dat de *bac. putrificus* het eiwit ontbindt tot op zekere hoogte, waarna de *bac. postumus* de verdere ontbinding van bepaalde groepen over neemt. Bij bacteriologisch onderzoek naar de oorzaak van pulpagangraen vond Arköry zijn *Bac. gangraenae pulpaë*, Baumgartner beschreef in het *Ö. U. V. f. Z.* 1909 eenige door hem gevonden bacteriën en Rodella trof steeds in de gangraeneuze pulpa aan de *Bac. putrificus* Bienstock.

**Mayer.** „Über das Zusammentreffen von Bildungsanomalien der Mundhöhle mit körperlicher Minderwertigkeit“.

Deze anomalien zouden zijn:

a. Smal, hoog palatum. Anderen zien juist in het platte palatum een infantilisme. Een hoog palatum als gevolg van mondademing is op adenoïde vegetatie, dus op een minderwaardigheid terug te brengen (dikwijls gepaard gaande met abnormaliteit van het gehoor of met psychische afwijkingen als kretinisme en idiotisme).

Volgens nieuwere onderzoekingen gaat een hoog, smal palatum bijna zonder uitzondering gepaard met ongunstige veranderingen van de borstkas, in  $\pm 50$  % der gevallen met



tuberculose, welke dikwijls samengaat met andere stoornissen in de ontwikkeling.

*b.* Sterke ontwikkeling der gehemelte dwarslijsten. Deze zijn bij het embryo voorhanden, verdwijnen echter bij normale ontwikkeling al spoedig.

*c.* Aan de kaak: de kromming der boog (bij een kind rond, bij volwassenen ovaal); kleinheid der kaak, waardoor vaak tanden onregelmatig staan of van plaats verwisselen (hoektand met laterale incisief); gebrekkige vereeniging der kaakdeelen — tremata tusschen de beide  $I_1s$ , tusschen  $Cs$  en  $I_2s$ , zelfs tusschen  $I_2s$  en  $I_1s$  met corresponderende groeven in de processus alveolaris. Ook is dikwijls een abnormaal breede sutura intermaxillaris het duidelijke teeken van gebrekkige vereeniging der kaakhelften.

*a.* Kleinheid der tanden: 1°. congenitale of mikrodontie als bij lues. Dikwijls vertoonen dergelijke tanden sporen van rhachitis. Mikrodontie van  $I_2s$  is als reductie van het aantal tanden in het gebit der toekomst op te vatten, evenals het wegblijven van  $M_3$ .

2°. door niet wisselen der melktanden veroorzaakt, waardoor dikwijls ook overtollige tanden. Overtollige tanden kan men ook opvatten als een terugslag naar een tijd, toen de mensch meer tanden had, dus als atavisme.

*e.* Labiaal of linguaal staande rudimenten. De eerste worden gewoonlijk opgevat als een terugslag naar vroegere ontwikkelingsstadiën van het gebit, de laatste zouden wijzen op een toekomstig gebit (postpermanente dentition). Een andere opvatting is nog, dat men in deze rudimenten een aanduiding heeft van 4 wisselingen, waardoor men nader komt bij de veelvuldige wisseling der lagere werveldieren, er dus een bewijs van atavisme in kan vinden.

*f.* Grooter aantal tanden komt voor bij idiotisme, scrophulose, dus bij erkende minderwaardigheid. Dit wordt ook weer tegengesproken. Op verband met stoornissen in de ontwikkeling schijnt te wijzen, dat overtollige tanden dikwijls voorkomen bij gebrekkige vereeniging van

enkele deelen van het skelet, bijv. bij kaak- of gehemelte-spleten.

g. Bij rhachitis, lues enz. ontbreekt echter zeer zelden wel eens een heele rij tanden. Het ontbreken van tanden, bijv. van  $M_3$  en  $I_2s$  kan een teeken van verdere ontwikkeling zijn. De vraag is, of in hun ontwikkeling achtergebleven individuën vaker in het bezit van een  $M_3$  zijn dan normale menschen.

h. Emaildefecten — het primair ontbreken van email aan overigens goed ontwikkelde tanden. Dit komt voor bij lues, rhachitis, tetanie, scrophulose; natuurlijk is het aangeboren en men heeft het erfelijk bevonden.

**Riha.** „*Ueber eine zapfenzahnartige Umformung des Tuberculum dentale und dadurch vorgetäuschte Zwillingszahnbildung.*”

In het O. U. V. f. Z. October 1910 gaf Riha de afbeelding van een bovenkaak, waar de  $I_2sd$  vergroeid was met een linguaalstaanden conischen tand. Op het eerste gezicht denkt men dezelfde afbeelding weer te zien, echter is dit een geval van geheel anderen aard, zooals uit het opschrift duidelijk blijkt. De pseudo-griffeltand werd afgebeten, van een eigen pulpa was natuurlijk geen sprake. Opmerkelijk is, dat de  $I_2ss$  volkomen regelmatig is. R. stelt de naam „Pseudo-Zwillingszahn” voor.

**Köhler.** „*Das Deutschmann-Serum in der Zahnheilkunde.*”

K. injecteert bij beginnende acute periodontiden voor volwassenen 2 c. $M_3$ . in een of twee zittingen op denzelfden dag, voor kinderen 0.5 c. $M_3$ . bij uitzondering 1 c. $M_3$ . van dit serum. Hij constateert, dat de pijn in korten tijd aanmerkelijk vermindert, zoo niet geheel verdwijnt. Ook de objectieve symptomen ziet men sterk afnemen. Tot het wegnemen van de oorzaak der periodontitis dient men in elk geval naderhand nog over te gaan.

De eigenlijke werking van het serum is nog niet verklaard: zij bestaat hierin, dat het bloed tegenover de producten eener ontsteking meer weerstand verkrijgt. Terwijl vroeger



na injectie enkele keeren onaangename nawerkingen optraden, is het Dr. E n o c h gelukt deze geheel uit te schakelen, terwijl bovendien de oplossingen in verschillende concentraties kunnen worden klaargemaakt. Hij raadt een proef met Deutschmann-Serum E aan.

**Lichtwitz.** „*Beiträge zum Gebrauche des Perhydrols*”.

L. raadt het gebruik van perhydrol aan:

1°. Na extracties als bloedstelpend en antiseptisch middel.

2°. Bij kwetsuren van het tandvleesch tijdens het maken van droog te houden vullingen en na exstirpatie der pulpa, om direct tot het vullen der kanalen te kunnen overgaan.

3°. Bij alveolaarpyorrhoea, waar het antiseptisch en mechanisch werkzaam zich toont.

4°. Bij gingivitis in spoelingen, concentratie 1 op 3, naast massage.

5°. Bij wortelkanaalbehandelingen: aan de kanaalwanden hechtende putride stoffen, pulparesten enz. komen door het sterke schuimen van het perhydrol naar boven.

6°. Voor dentine-anaesthesie. Bij halscaries heeft L. door perhydrol op de gevoelige plaatsen te brengen voor zeer korten tijd naar hij vermeent minder pijn bij het boren waargenomen. Hij verzocht in die richting nader experiment. Het gebruik van pergenol raadt L. af, waar wij in perhydrol een volkomen zuurvrij waterstofsperoxyde hebben, dat men goed kan bewaren.

**Andresen.** „*Hilfsapparate bei Röntgenaufnahmen*.”

Bedoelde apparaten dienen voor het bepalen van de lengte van wortels, wat bij kroon- en brugwerk dikwijls van belang is te weten, en van de wortelkanalen, wat bij de methode van Dr. S t e e n s e n voor wortelkanaalbehandeling een aanmerkelijke vergemakkelijking geeft. Daar toch worden de wortels sterk uitgeboord en de wortelspitsen met een groote Beutelrock- of Gates-boor doorboord, om het geïnfecteerde dentine vooral aan de apex te verwijderen. Weet men nu de lengte tot de apex, dan is met

een daarvoor geconstrueerd instrumentarium van **Andresen**, dat hij even beschrijft, de behandeling niet moeilijk. In gevallen van twijfel, bij fistels enz., waar men niet precies weet, of men door de apex is of nog niet daaraan toe, geeft de Röntgenopname zekerheid. De apparaten zijn op de afbeeldingen duidelijk weergegeven.

**Barmog** geeft een kritiekje op het artikel van **Zielinsky** over het bleeken van tanden in D. M. f. Z. 1910 pag. 658, onmiddellijk gevolgd door

**Zielinsky's** antwoord. Iets nieuws levert deze uitwisseling van meeningen niet op.

**Tebrieh** geeft een correctie van de constructie door **Paradies** in het Septembernummer voor de Sectio aurea gegeven, welke referent indertijd reeds inlaschte.

**Koch** geeft een overzicht van de schilderijen, houtsneden enz. die ons vak tot onderwerp hebben.

#### BOEKBESPREKINGEN.

**Fischer** u. **Mayrhofer**. Ergebnisse der gesammten Zahnheilkunde, Heft II.

**Dependorf** u. **Pfaff**. Das zahnärztliche Institut der Universität Leipzig.

**Breitenstein**. Repertorium der Zahnheilkunde.

**Licht**. Führer durch die Literatur der Zahnheilkunde. I. Teil.

Medizinalkalender für 1911. Uittreksels, korte mededeelingen.

---



DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR  
ZAHNHEILKUNDE.

Februari 1911.

**O. Riechelmann.** „*Der Transversalbugel im Unterkiefer*”.

Bryan heeft indertijd dezen beugel voor brugwerk in de bovenkaak toegepast. R. heeft nu voor gedeeltelijke prothese en ook vooral bij brugwerk in de onderkaak met succes den beugel kunnen aanbrengen natuurlijk met enkele wijzigingen, speciaal voor deze ligging gewenscht. Hij geeft nadere technische bijzonderheden, toont 6 afbeeldingen van brugwerk, afzonderlijk en op het model, en maakt ons het nut van den beugel, voorzoover hij tanden voor overbelasting vrijwaart, aan de hand van twee schematische teekeningen duidelijk.

**Neiszer.** „*Ueber die für den Zahnarzt wichtigen Intoxikationen und ihre Behandlung*”.

Achtereenvolgens behandelt Neiszer min of meer uitvoerig de symptomen, prognose en therapie van de vergiftiging door: carbolzuren, cresolen, sublimaat, kwikzilver, chloroform, broom-aethyl, aethyl-bromide, cocaïne-suprarenine, novocaïne-suprarenine, arsenig zuur, jodoform, zwavelzuur, alkaliën, kalium chloricum, kaliumpermanganaat, thymol, menthol, kamfer, aluin, liquor alumini aceti, natrium salicylicum, aspirine, phenacetine, antipyrine, salipyrine, pyramidon, trigemine, broom, morphine, opium, veronal, loöd, phosphor; atoxyl (tegen lues) „arsazetin”. jodkalium; ten slotte nog de werkingen van eenige sera. Uit bovenstaande opsomming zal duidelijk blijken, dat het belang, voor Nederlandsche tandartsen in dit artikel gelegen, klein is.

**Bosse.** „*Ueber orale Sepsis in der Geburtshilfe*”.

Guttman heeft in het D. M. f. Z. 1910 van Juni aangedrongen op tandheilkundige contrôle op vroedvrouwen, pleegzusters, enz.

Bosse komt op grond van door hem opgedane ervarin-

gen tot den eisch: vóór de bevalling den mond van de aanstaande kraamvrouw na te kijken, en alle onzuiverheid, carieus weefsel enz., te verwijderen. Hij meent verband te hebben gevonden tusschen het optreden van kraamvrouwenkoorts en verwaarloosde, geïnfecteerde monden.

**Kleinsorgen.** „*Ein Entwicklungsbild der Pathologie des harten Zahngewebes*”.

Tot dusver ontbreekt een systematisch volledig overzicht van de pathologische verschijnselen in émail, dentine en cement. **Kleinsorgen** tracht die leemte aan te vullen en vlecht meteen eenige nieuwe beschouwingen, o.a. over de „keilförmige Defekte” in.

Als groote verdeeling heeft hij:

- I. pathologische toestanden van internen oorsprong;
- II. „ „ „ externen oorsprong;
- III. „ „ „ gemengden oorsprong;
- IV. „ „ „ door storingen in ontwikkeling of vorming.

Het geheel is streng in verband gehouden, waardoor we werkelijk een duidelijker begrip krijgen van de verschijnselen, die ons tot nu toe althans gedeeltelijk wel bekend waren, echter niet in hun samenhang.

**Sorup.** „*Die Bedeutung einer systematischen Zahnfleischmassage*”.

S. legt uit, waarom massage als therapeutisch en prophylactisch middel zoo goed is, beschrijft een door hem gebruikt apparaat en een instrument, dat de patiënt thuis kan aanwenden en wekt op, afgaande op verkregen resultaten, bij hyperaemisch, ontstoken, zich terugtrekkend tandvleesch, bij moeilijke doorbraak van tanden bij kinderen, ook bij het wisselen, en als prophylactisch middel aan elken patiënt een systematische dagelijksche massage aan te raden.

**Pohlmann.** „*Misbildungen, im besonderen Gesichtsmisbildungen im historischen und embryologischen Bilde*”.

P. geeft in een kort overzicht de verschillende meeningen omtrent de oorzaken van gelaatsmisvormingen weer;



constateert dan, welke meeningen omtrent de ontwikkeling van een normaal gezicht tegenwoordig heerschen en wat daaruit voor misvormingen als tegenwoordig geldend voortvloeit. Zijn onderzoekingen gaan met deze theorieën niet accoord; hij meent daarom zijn nieuwe inzichten te moeten bekend maken en geeft tal van afbeeldingen, waaruit z. i. duidelijk grond blijkt te bestaan voor zijne opinie.

Het essentiele verschil tusschen de tot nog toe heerschende meening en de zijne is, dat P. aan zijn embryo's geen spleten en uitsteeksels, die door vergroeiing deze spleten langzamerhand doen verdwijnen, ziet, maar een gestadige groei van het mesoderm uitgaande waarneemt, gepaard gaande met een vorming en nadere uitwerking van alle tot de physionomie behorende organen.

De eerste aanleg is, in de gedaante van verhevenheden, omgeven door groeven van geringe diepte, aanwezig. Bij het grooter en breeder worden van het gezicht worden de verhevenheden vlakker en dus de groeven ondieper. P. werkt aan de hand van zijn modellen de ontwikkelingsgang nader uit en komt ten slotte tot een kritiek op *Warnekro's* theorie over het ontstaan van gelaatsmisvormingen, als hazelip enz. Hij tracht in zijn lijn een verklaring van deze afwijkingen te geven.

#### *Boekbesprekingen.*

**Weiser.** Reflexionen und Vorschläge der chirurgisch-Zahnärztlichen Kieferprothesen.

Svensk Tandläkare Tidskrifts Fästband.

**Kirchner.** Zahnärztliche Kalender für das Deutsche Reich 1911.

**Kümmel.** Die Ahnherren der Zahnheilkunde.

**Fürstenau.** Leitfaden der Röntgenphysik.

**Cohn.** 8<sup>e</sup> Jahresbericht des Komitees für zahnärztliche Fortbildungskurse.

**Robaschik.** Handbuch der Gusztechnik.

**Dependorf.** Die Wurzelbehandlung bei erkrankter Pulpa und erkranktem periapikalen Gewebe.

*Uittreksels, korte mededeelingen.*

## THE DENTAL COSMOS.

Maart 1911.

**Weston A. Price, D. D. S.** *The laws determining the behavior of gold in fusing and casting.*

Na een zeer uitgebreid en degelijk onderzoek betreffende alle factoren die van invloed kunnen zijn op de resultaten die men verkrijgt bij het gieten en smelten van goud, somt de schr. deze factoren als volgt op; bij het gieten van vullingen etc.:

1°. Het wasmodel wordt bij het verwijderen uit de caviteit afgekoeld hetgeen eene contractie veroorzaakt. Deze contractie, gevoegd bij de contractie van het gietgoud doet eene fout ontstaan van 2.8 tot 4 %.

2°. Het verhitten van het investment geeft eene expansie van  $\pm 1\%$  of eene contractie van 2 %, naar de aard der toegepaste techniek.

Wanneer men giet met een temperatuur die eene maximum expansie geeft (1000° F.) zal de totale fout eene contractie zijn van 0.8 tot 3.6 %, of indien het investment gecontraheerd inplaats van uitgezet is, zal de totale fout zelfs tot 6.6 % contractie gestegen kunnen zijn.

3°. De druk van het goud op het investmentmateriaal zal eene vormverandering veroorzaken die des te grooter is naarmate het investmentmateriaal zwakker en de druk grooter is. Deze fout kan geheel voorkomen worden door te gieten op een hard model in het investment ingebet.

4°. Verandering of vernietiging van het model door contractie van het afkoelende goud. Correctie hiervoor is het gieten over een hard model of over platina-irridiumstaven.



Het beste resultaat dat men met het tegenwoordige materiaal en de tegenwoordige techniek verkrijgen kan is dus eene contractie van 0.8 %. Naarmate slechtere materialen gebruikt, en slechteren techniek toegepast wordt, kan deze fout stijgen tot 3 of zelfs 6 %, voldoende om eene goudrestoratie te verhinderen geplaatst te worden over eene buitenwandsche dimensie. Het is dus onmogelijk een inlay te gieten, waarvan de randen tot op 1/10.000 inch nauwkeurig aansluiten. Dit kan echter op mechanische wijze gebeuren, nl. door de caviteitsranden onder groete helling te snijden en de randen der inlay aan te polijsten, terwijl het cement om de inlay te zetten bezig is hard te worden.

**George V. I. Brown.** A. B. D. D. S., M. D., C. M. *Diseases affecting the buccal mucous membrane.*

Na gewezen te hebben op de geringe literatuur die men vindt op het gebied van de ziekten van het slijmvlies van de mondholte in de tandheelkundige literatuur geeft schr. eene classificatie van deze ziekten en een schema voor eene differentieele diagnosis. Dit schema komt mij zoo doelmatig en belangrijk voor dat ik het in zijn geheel overneem:

#### DIFFERENTIEELE DIAGNOSIS.

##### I.

###### *Stomatitis Aphthosa.*

1. Op wangen en lippen.
2. Rond of ovaal met tamenlijk duidelijken omtrek.
3. Pijnlijk bij gebruik van zoete of zure agentia en bij aanraking.
4. Geen neiging tot aantasting van het onderliggende been.

###### *Stomatitis Gangrenosa.*

1. Aan of nabij de gingivale tandranden met eene neiging tot uitbreiding.
2. Onregelmatigen vorm.
3. Niet beslist pijnlijk bij irritatie.
4. Tast het been aan.

## 2.

*Scorbutus.*

1. Komt voor bij individuen die onvoldoende vegetarisch voedsel nemen en in slechte hygiënische omstandigheden leven.

2. Bepaalde voorafgaande symptomen — zwakte, gestoorde circulatie etc.

3. Langzaam opkomend.

4. Tandvleesch sponsachtig, gezwollen en bloedend; tanden los.

5. Heftige spierpijn.

6. Sterke infiltratie van de onderste extremiteiten.

7. Bloedingen der slijmvliezen, gewoonlijk niet profuus.

*Purpura Hemorrhogica.*

1. Geen etiologische factoren als hiernaast genoemd.

2. Voorafgaande symptomen gering of afwezig.

3. Plotseling opkomend.

4. Tandvleesch dikwijls bloedend, maar niet gezwollen.

5. Minder duidelijk optredend.

6. Niet aanwezig.

7. Slijmvliesbloedingen zoo ernstig, dat zij soms lethal eindigen.

## 3.

*Leneoplatina.*

1. Subjectieve symptomen, droogte, stijfheid, min of meer pijn van heete of koude vloeistoffen of gekruide substantiën.

2. Geneest nooit zonder locale behandeling.

*Lichen Planus.*

1. De wonden aan de wangen worden zelden door den patient bemerkt en dan alleen nog wanneer de tong een lichte ruwheid bemerkt. Tong een weinig stijf; geen pijn.

2. Geneest soms spontaan of na toediening van arsenicum. Locale behandeling zelden vereischt.



3. Papulaire formaties zijn zelden aanwezig; indien er plaques aanwezig zijn, zijn zij gewoonlijk verdikt en verhard.

4. Indien niet behandeld, worden zij dikker, en ruw, met insnijdingen en schilferen af.

3. Papulaire plaques regelmatig verdeeld aanwezig.

4. Worden platter en gladder tot ze gelijk zijn met de mucosa.

4.

#### *Syphilis.*

1. Syphilitische wonden in den mond zijn pijnlijk (uitgez. plaques op de tonsils, die pijnloos kunnen zijn).

2. De muceusche plaques liggen in een uitermate rood geïnfiltreerde area.

3. Uit zich met eene neiging tot veranderingen ten kwade als erosie, ulceratie en proliferatie.

4. Typische huidlesies.

#### *Lichen Planus.*

1. De erupties zijn pijnloos.

2. Omringd door volkomen normale mucosa.

3. Hoewel moeilijk te genezen, komen zulke veranderingen niet voor.

4. Typische huidlesies.

**J. J. Moffitt, D. D. S.** *The first time a cavity in a tooth is filled.*

Schr. is van meening dat wanneer wij geroepen worden eenen tand te behandelen, die reeds vroeger door een tandarts behandeld is dan spreekt het natuurlijk vanzelf dat wij moeten trachten het beste te doen dat in ons vermogen ligt, maar de verantwoordelijkheid voor de toekomst van dien tand dragen wij niet. Wanneer wij echter geroepen zijn de eerste vulling in een tand te maken of de eerste behandeling te beginnen dan hangt van onze wetenschap en onze vaardigheid de toekomst van dezen tand af en dragen wij de volle verantwoordelijkheid daarvan. Daarom moeten wij ons bij

elk individueel geval afvragen: „Hoe zal ik dezen tand voor het geheele leven van den patiënt behouden, zóó, dat hij den patiënt van het meeste nut kan zijn”. Omdat het bijna onmogelijk is alle bacteriën mechanisch te verwijderen moet men trachten op andere wijze de bacteriën te vernietigen, want enkele achtergelaten bacteriën kunnen zich snel genoeg vermenigvuldigen om een nieuwe infectiehaard te vormen.

Om een caviteit te steriliseeren wordt de tand onder rubberdam van het speeksel afgesloten. De wanden der caviteit worden met een steriele boor schoongemaakt. De caviteit wordt met alcohol en warmelucht gedroogd. Een antisepticum wordt op een tampon in de caviteit aangebracht en met guttapercha wordt druk uitgeoefend. Het antisepticum moet verscheidene dagen in den tand blijven. Het is na proefneming gebleken dat een op deze wijze gesteriliseerde tand in de tubuli wel verschillende soorten bacteriën bevatte, maar van geen der gevonden soorten konden culturen gekweekt worden; deze bacteriën waren dus vernietigd.

**Arthur Zentler, D. D. S.** *Proper development of children as influenced by oral defects: The States duty to cope with these conditions.*

Malocclusie is meestal de bron van verschillende pathologische toestanden bij kinderen. Tengevolge van het verzuim om de ontwikkeling der kaken bij kinderen te stimuleeren en het niet zorgen voor een goede relatie van beide kaken en goed ontwikkelde tandenbogen kan men niet verwachten dat kinderen, slachtoffers van bovengenoemd verzuim, bezitters zullen zijn van rechte nasale septa, goed ontwikkelde neusopeningen, breede borst met uitstekend ontwikkelde longen etc.

Tand- of kiespijn met annexe caries staat dikwijls fysieke zoowel als geestelijke ontwikkeling in den weg.

Caries in het melkgebit is dikwijls oorzaak van verschillende vormen van malocclusie.

Malpositie van permanente tanden is een van de prae-disponeerende factoren voor caries. Bij een volmaakt regel-



matig gebit werken de tanden en kiezen door hun juisten stand met het slijmvlies van mond en wangen en met de tong samen om de tandvlakken schoon te houden, terwijl bij onregelmatigstaande tanden tal van schuilhoeken gevormd worden waarin het voedsel zich ophoopt en caries van zelf sprekend is. Daarom juist is een vroegtijdig herstellen van anomalïën van het gebit een economisch werk dat op lateren leeftijd duizendvoudig beloond wordt.

Schr. wijst op maatregelen in Duitschland en Amerika genomen om vroegtijdig monldefecten tegen te gaan.

De conclusie van den schr. is dat als de staat eene publieke kliniek geopend zal hebben die door iedere schoolgaande op bepaalde tijden bezocht *moet* worden opdat eene examinatie van de mondholte kan worden gemaakt, de ouders en leerlingen zelf deze maatregel niet als despotisch zullen beschouwen maar er gaarne aan zullen gehoorzamen.

**Eugene S. Talbot.** *The Stomatological Awakening.*

Schr. wijst er op, dat in Italië voor den tandarts de medische graad vereischt wordt. Dat Duitschland en België trachten hetzelfde standpunt te bereiken.

Wat moet men echter denken van de volgende onjuiste mededeeling: „Alle studenten van de tandheilkundige afdeeling der Universiteit te Utrecht, Holland — de eenige tandheilkundige school in Holland — hebben deze school verlaten, en willen niet terugkeeren voordat hervormingen ten gunste der stomatologie ingevoerd worden; zijnde de nieuwbeneemde directeur geen medicus.

Het is te hopen dat schr. omtrent hetgeen hij ons in zijn artikel meedeelt beter ingelicht is dan omtrent hetgeen hij over Utrecht schrijft.

---

## THE DENTAL COSMOS.

April 1911.

**Martin Dewey, M. D. D., D. S.** *A study of the Temporo-Mandibular Articulation, cusp, and approximal contact point.*

Schrijver is er van overtuigd dat tandknobbels en approximaal contact punt, ook in verband met de diensten die van hen geeischt worden, de factoren zijn die invloed uitoefenen op den vorm der condyli, fossa glenoidalis en andere deelen die samen het kaakgewricht vormen. Hij is het niet eens met de recente publicaties over den invloed van den weg door de condyli doorloopen op de occlusie. (Opzetten van gebitten etc.). Integendeel, de vorm van het kaakgewricht wordt beheerscht door de occlusie en verandert, naarmate de occlusie verandert; de occlusie hangt weer af van vorm, grootte en onderling verband van tandknobbels en approximaal contactpunt; tandknobbels en approximaal contactpunt staan weder in eene andere verhouding tot elkaar. Nauw samenwerkend met de tandknobbels en het contactpunt zijn de ligamenten van het kaakgewricht (capsulaire, speno-mandibulaire, stylo-mandibulaire). Als actief werkende kracht voor dit mechanisme treden de kauwspieren gezamenlijk op. Uitgaande van de stelling dat de laatst gevormde deelen het gemakkelijkst eene vormverandering kunnen ondergaan, volgt, dat, aangezien de beenige deelen van het kaakgewricht later gevormd worden dan de ligamenten, tanden en kiezen, deze beenige deelen ook het eerste aan vormverandering onderhevig zijn. Daarom ontkent schrijver ook dat eene luxatie van de kaak met achterwaartsche verplaatsing van de condyli mogelijk is, bij behandeling van orthodontische gevallen behoorende tot klasse III. Inimmers zou in een dergelijk geval volgens het hierboven meegedeelde eerst het beenige deel van het gewricht van vorm moeten veranderen voordat eene achterwaartsche verplaatsing mogelijk was.

Bij het naar voren brengen van de onderkaak worden de



condyli naar boven gedrukt tegen den meniscus en de eminentia articularis. Aangezien nu de ligamenten *niet rekbaar* zijn, moeten de, door de condyli af te leggen wegen bij verschillende bewegingen, zich duidelijk zichtbaar afteekenen op het beenige deel van het kaakgewricht.

Verder komt schr. tot de volgende conclusies:

1. De hoogte der tandknobbels staat in een bepaalde verhouding tot de diepte van de fossa glenoidalis; naarmate de knobbels hooger zijn is de f. g. dieper en de e. a. meer vooruitspringende.

2. De grootste diameter der condyli staat loodrecht op de grootste diameter der kiezen, d. w. z. is de grootste diameter der kiezen mesio-distaal, dan is de grootste diameter der condyli bucco-linguaal. Is daarentegen de mesio-distale diameter der kiezen even groot als de bucco-linguale, dan is dit bij de condyli ook het geval. En zooals vanzelf spreekt, wanneer de condyli zekeren vorm hebben dan moeten de fossae glenoidales een daarmee overeenstemmenden vorm aannemen.

3. Naarmate de hoogte der knobbels toe of afneemt, neemt ook de oppervlakte van approximaal contact af of toe.

Schr. vertoont tal van photographiën van schedels van herbivoren en carnivoren en ten slotte eenige schedels van individuen wier tanden en kiezen geheel of gedeeltelijk afgesleten waren en telkenmale blijkt op overtuigende wijze de juistheid der hierboven neergeschreven stellingen. In alle opzichten verdient dit onderzoek eene meer nauwkeurige bestudeering.

**T. E. Constant**, M. R. C. S., L. R. C. P., L. D. S. *Dr. Ketcham and Dental Orthopedies.*

Naar aanleiding van Dr. Ketcham's artikel in de Dental Cosmos van September 1910, wenscht schr. op te komen tegen de wijze waarop Dr. Ketcham het extraheeren van praemolaren om onregelmatigheden in het gebit te herstellen, bestrijdt. Volgens zijne meening is extractie in vele gevallen eene betere en snellere wijze van

herstelling van onregelmatigheden in het gebit dan eene uitgebreide regulatie. Als bewijs hiervoor publiceert schr. de fotografie van *ééne* (zegge *ééne*) zijner patiënten. Hoewel voor sommige, *zeer exceptioneele* gevallen extractie misschien eene betere behandelwijze is dan moeilijk en uitgebreid expandeeren, komt het mij toch voor dat schr. ons door zijn artikel geen stap vooruitbrengt, doch daarentegen een stap terug, naar de leer der old-school orthodontists.

**E. A. Bogen**, D. D. S., M. D. *A communication for beginners: offered with apology by a fellow practitioner.*

Er bestaat geen ziekte, die met zoo groote zekerheid te voorkomen is als caries der tanden. Zoodra patiënten bij ons komen moet het geheele gebit nauwkeurig nagezien worden, alle begin van defecten op een schema aangeteekend en vervolgens *alle* defecten hersteld worden. Voor kinderen is nog steeds G. P. een uitstekend vulmateriaal. Waar zich caries in de approximaalvlakten bevinden, opene men met een kleine boor van de kauwvlakte uit en brenge de vulling op deze wijze aan. Indien met behulp van gutta-percha, cement en zilvernitraat de tijdelijke tanden gezond gehouden kunnen worden tot de tijd komt, dat zij door de permanente worden vervangen, zal men het kind een zeer grooten dienst bewezen hebben. Indien de tijdelijke tanden bij een kind van 5 jaar gedrongen staan, kan men met een Ainsworth-apparaat zonder te veel pijn of moeite de tijdelijke kiezen naar buiten brengen en tegelijk dus de kiem der praemolaren meenemen.

Velen zijn van meening, dat minimale openingen in het email, doordringende tot de dentinelaag, indien niet tijdig hersteld, leiden tot carieuze holten onder het email, die dikwijls zeer groote caviteiten kunnen vormen vóór het email instort, nog niet op hare juiste waarde leeren schatten. De juiste tijd om defecten te herstellen is dus vóór het begin van werkelijke caries in de dentine.

In monden die jaren lang immuun zijn geweest tegen caries vindt soms tandsteen-afzetting plaats aan de tand-



halzen. Deze calculusmassa zet zich af tusschen de vrije tandvleeschrand en den tandhals, waardoor het tandvleesch sterk geirriteerd wordt en zich terugtrekt; dit proces wordt gevolgd door pusformatie en necrosis van den alveolairwand, de tanden gaan losstaan, veroorzaken last en pijn en vallen ten slotte uit. Dit alles is te voorkomen door de tanden en kiezen eerst op hunne juiste plaats in den tandenboog te brengen en dezen goed schoon te houden.

Een gouden kroon mag alleen gebruikt worden als van den kies niet meer over is dan de wortel. Het plaatsen van een kroon over de natuurlijke kroon kan men vergelijken met het beschilderen van een lelie.

Zonder te letten op eigen belang is het de plicht van iederen tandarts aan elken patiënt mee te deelen, wat z. i. in den mond van patiënt gebeuren moet.

**J. P. Buckley**, Ph. G., D. D. S. *The importance of a correct diagnosis before the therapeutics of diseases of the dental pulp.*

De vooruitstrevende tandarts is niet alleen tevreden met goede resultaten, maar hij wenscht te weten welke, in elk bijzonder geval, de beste geneesmiddelen zijn, die hij gebruiken moet, waarom zij de beste zijn, en op welke wijze zij tot het gewenschte resultaat leiden. Schrijver is van meening, dat in bijna alle gevallen genezing het meest verzekerd is door een hermetisch afsluiten in tand of kies van het gebruikte medicament; om dit echter te kunnen doen en zeker te zijn, dat men den bestaanden toestand niet verergert, is kennis van de pathology der tandpulpa en van de pharmacology absoluut noodzakelijk. De tandpulpa bestaat uit kleine arteries en venen, die door het foramen apicale in het wortelkanaal komen, en in de pulpakamer zich in tal van capillairen verdeelen. De zenuwen treden samen met de bloedvaten in het wortelkanaal en verdeelen zich in een plexus, die door het geheele pulpaweefsel verspreid is. Na volledige formatie der wortels heeft de pulpa geen bekende physiologische functie meer (tenzij

't ware voeding en innervatie van het dentine). Klinische ervaring leert, dat de vitaliteit der pulpa niet bijdraagt tot den langeren levensduur van den tand of kies. *De pulpa bezit geen lymphvaten.*

De wanden der bloedvaten zijn uiterst dun. De pulpa is opgesloten in een ruimte, omsloten door beenen wanden. Daarom reageert dit delicate weefsel makkelijk op de geringste irritatie. Zeer moeilijk is het uit te maken of de pulpa behouden of vernietigd zal worden. Hoewel geen voorstander van het behoud van geïnflammeerde pulpae wenscht schrijver er toch op te wijzen, dat de pulpa niet vernietigd mag worden, alvorens men getracht heeft zich een juist idee te vormen van den pathologischen toestand der pulpa, waarna dan de behandelwijze bepaald wordt. Verder bespreekt schrijver het verschil tusschen actieve en passieve hyperaemie. Bij het maken van eene differentieele diagnose zijn gewoonlijk enkele vragen voldoende om tot eene juiste conclusie te komen. In acute actieve hyperaemie treedt de pijn alleen op bij applicatie van den irritant en verdwijnt zoodra de irritatie ophoudt. Bij passieve hyperaemie begint de pijn met de irritatie, duurt eenige minuten nadat de irritatie verdwenen is en houdt dan op.

Actieve hyperaemie wordt het best genezen door het wegnemen van de irritatie die de pijn veroorzaakt. In eene carieuze caviteit kan men het volgende geneesmiddel hermetisch insluiten:

R. Menthol	1.3 gr.
Thymol	2.6 gr.
Phenol	12.— gr.

Guttapercha als afsluitmateriaal wordt sterk afgeraden; alleen een snel hardwordend cement kan het medicament afsluiten zonder eenigen druk te veroorzaken. Reeds na ééne applicatie moet de pijn ophouden; bij de tweede zitting wordt de carieuze massa verwijderd na applicatie



van den rubberdam. In diepe caviteiten wordt als pulpa-protectie gebruikt:

Thymol	60 m.gr.
Calc. phos. precip.	32 gr.

gemengd met de gemodificeerde phenol, hierboven gemeld.

Is er geen expositie der pulpa, dan wordt aan deze pasta een weinig euorphin of aristol toegevoegd.

Geexponeerde pulpa's kunnen volgens schrijver niet meer behouden worden; alleen in noodgevallen (onvoldoende ontwikkelde wortels) wordt nog eene poging gewaagd.

Anaesthesie en devitalisatie zijn de twee algemeene methoden om de pulpa te vernietigen. Wanneer anaesthesie speciaal drukanaesthesie, wordt toegepast, moet het dentine eerst gesteriliseerd en altijd de rubberdam aangebracht worden. Bij devitalisatie is het 't best de pulpa eerst te exponeren en vrijelijk te doen bloeden, daarna de As-applicatie te maken. In gevallen, waar pulpa-expositie te veel pijn zou veroorzaken, sluite men in de caviteit hermetisch af een medicament, dat de pijn doet verdwijnen. Na eenige dagen appliceere men de  $As_2 O_3$ . Een uitstekend As-preparaat is:

Arsenic. trioxidi	40 m.gr.
Cocaïne (alkoloïd)	6 m.gr.
Thymol	3 m.gr.

Hieraan wordt toegevoegd een weinig vaseline en de pasta, nu ontstaan, terdege ingewerkt in een draadachtig substantie. Het geheel wordt gekleurd met een kleurmiddel dat het tandbeen niet kan doen verkleuren.

De beste manier om de pulpa te verwijderen is na opening in de pulpakamer de kanalen bloot te leggen, een tampon, gedrenkt in gemodificeerde phenol in de pulpakamer aan te brengen en het geheel hermetisch af te sluiten. Gedurende de volgende zitting kan dan de pulpa pijnloos verwijderd en de wortelkanalen gevuld worden.

Bij de behandeling van putresceerende pulpa met nog levende pulpa-uiteinden overtuige men zich, of zich in de pulpakamer pus bevindt. Deze wordt mechanisch verwijderd, een tampon met gemodificeerde phenol in de pulpakamer gebracht en de caviteit hermetisch afgesloten. Wanneer bij de volgende zitting blijkt, dat de pulpa niet geheel vernietigd is, wordt de pulpa geanaesthetiseerd door middel van phenol in de kanalen te persen (ongevulcaniseerde rubber). Schrijver gebruikt ook veel phenol sulphonic acid. Voor gangraena pulpae totalis wordt de gewone formaline-cresol-methode gebruikt.

*Aanmerking.* Hun, die het hierboven gerefereerde in toepassing wenschen te brengen, wordt uitdrukkelijk aangeraden het gerefereerde artikel in zijn geheel na te lezen.

Men bedenke, dat referaten o.a. dienen om in korte trekken uitvoerige artikels weer te geven en aldus de aandacht van den lezer te vestigen op artikels, die voor zijne practijk van belang kunnen zijn. Vooral artikels door Dr. Buckley geschreven, worden een ieder, die naar eene rationeele methode van werken streeft, ten zeerste aanbevolen. Maar dan is het ook noodig, dat deze artikels in hun geheel gelezen worden.

**E. L. Kanoga**, D. D. S. *Some essentials in crown- and bridgework.*

Hoe goed de constructie van eene kroon of brug ook zij, beschouwd uit een esthetisch of utiliteitsstandpunt, zoodra zij eenige irritatie veroorzaakt, is het werk eene mislukking.

Om eene brug zoo rein mogelijk te doen zijn, is het noodig dat alle onnoodige ruimten afgesloten worden. Vooral lette men op de ruimte tusschen het tandvleesch en de kauwvlakte der dummies. Om voedselophooping hier te voorkomen, make men de kauwvlakte der dummie breed en de tegen het tandvleesch rustende vlakte nauw, zoodat als 't ware eene interproximale ruimte gevormd wordt. Ook kan men de linguale zijde van den dummie den kiesvorm geven en geheel tegen het tandvleesch doen rusten. Dit heeft



echter het nadeel, dat de epitheellaag onder de dummie afsterft en men daardoor een geïrriteerd en ontstoken tandvleesch krijgt. Het succes van brugwerk berust op:

1°. Preparatie van de wortels der tanden of kiezen, die de steunpunten moeten worden.

2°. Adoptatie van de abutments aan de steunpunten.

3°. Occlusie.

Schrijver geeft eene uitgebreide beschrijving van de wortelpreparatie voor kronen *met* banden. Waar geen banden gebruikt worden, moet de gebruikte stift zoo lang mogelijk zijn. (Zie Dr. Taggart's meening daaromtrent in de Cosmos van Maart 1911).

Het passen van den band dient zeer nauwkeurig te geschieden. Het best is, de band iets korter te maken dan de verkregen maat, en bij het passen de band op zijne plaats te forceeren. Pijn bij het passen kan een gevolg zijn van: 1. De band is te wijd en snijdt in het tandvleesch, ook al sluit hij oogenschijnlijk nauw om den wortel, of: 2. De band is op eenig punt te ver over den wortel gezakt en drukt op het pericementum.

Schrijver waarschuwt tegen het wijder maken van den band aan de occlusale zijde; volgens hem is dit meestal de oorzaak, waarom de band slecht past.

Voor het nemen van den afdruk wordt wel eens Stents afdrukmassa gebruikt. Dit geeft aanleiding tot vele mislukkingen. De beste methode is beet en afdruk *ineens* te nemen in gips.

**O. L. Hertig**, A. M., D. D. S. *The gingival third proposition in filling approximal cavities in bicuspid and molars.*

Recidive van caries treedt het meest op bij proximale vullingen in het gingivale deel der vulling (bucco- of linguogingivale hoeken). Als oorzaak hiervan noemt schrijver: 1°. onjuisten omtrek van het gingivale deel der caviteit; 2°. onjuisten vorm van de wanden op zich zelf en in relatie met elkaar; 3°. het gebruikte materiaal en de wijze van introductie. Daarvoor is het noodig de gingivale rand onder

het tandvleesch te brengen en de bucco- en linguo-gingivale hoeken ver genoeg naar buiten te brengen, zoodat zij in eene zichzelf reinigende area komen. De wanden moeten vlak en zoo veel mogelijk parallel zijn. Buccale en linguale wanden moeten den gingivalen wand loodrecht snijden. Als vullingmateriaal is tin en goud (non-cohesive) meest gewenscht; tin voor de disto-approximale en goud voor de mesio-approximale vullingen; d. w. z. voor het  $\frac{1}{3}$  gingivale deel der vulling. Voor inlays wordt het  $\frac{1}{3}$  gingivale deel met amalgaam gevuld.

**M. Evangeline Gordon.** *Preventive dentistry for children.*

Wanneer het publiek begint te begrijpen, dat caries der tanden, de meest verbreide ziekte ter wereld en volgens velen een van de voornaamste oorzaken der T. B. C., wel voorkomen maar niet genezen kan worden, zal het eischen om voorkoming en niet tevreden zijn met reparatie. Hoe nuttig kroon- en brugwerk ook moge zijn, ons streven moest meer gericht zijn naar voorkoming van verlies dan naar een juist en esthetisch herstellen van het verlorene.

Heel dikwijls is de oorzaak van een ziektzijn van kinderen te zoeken in tandziekten. De physiologische oorzaken van tandcaries bij kinderen kunnen o. a. zijn: 1. De condities gedurende de zwangerschap der moeder; 2. Te snel op elkaar volgende zwangerschap; 3. De wijze van voeding van het kind gedurende het eerste jaar (kunstmatige voeding inplaats van zoogen door de moeder); 4. Malnutritie tengevolge van ziekten (als: adenoïden, vergrootte tonsillen, chronische constipatie, enz.); 5. Onoordeelkundig dieet.

Vullingen in het tijdelijk gebit moeten dikwijls langer dienst doen dan den gemiddelden levensduur van eene vulling in het permanente gebit (4 jaar). Onjuist is het de caviteiten in het tijdelijk gebit niet te vullen, omdat de tanden toch gauw uit zullen vallen. Deze laatste zinsnede wordt dikwijls gebruikt als een tijdelijke tand of kies nog 4 à 5 jaar dienst moet doen.

Als vullingmateriaal is voor het tijdelijke gebit, zoowel



als voor de permanente eerste molaren, zilver-tinamalgaam niet op zijne plaats. Gebruik geen rubberdam, koperamalgaam en kopercement (oxyphosphaat van koper) zijn de aangewezen vullingsmaterialen.

Voor pulpa-exposities gebruikt schrijver  $As_2O_3$ ; eene zeer zorgvuldige wijze van applicatie wordt beschreven; het pulpaweefsel wordt na cauterisatie alleen uit de pulpakamer verwijderd, de wortelkanalen bedekt met S ö d e r b e r g's pasta (gelijke deelen aluin, glycerol en thymol, gemengd met geprecipiteerde calcium-phosphaat), en de caviteit afgesloten met guttapercha.

**Arthur B. Cox**, M. C. R. S., D. D. S. *The importance of early recognition of tonsillar and adenoid disease.*

Wanneer elke tandarts bij het eerste onderzoek zijner jonge patiënten lette op den toestand der keelholte, zou hij dikwijls in de gelegenheid zijn de ouders dezer jonge patiënten te wijzen op ziekte-toestanden, die dringend genezing eischen. Door vroegtijdige ontdekking dezer ziekte-toestanden kan het kind voor veel onaangenaams gespaard blijven.

Schrijver wijst verder op de nauwe verwantschap tusschen vergrootte tonsil, adenoiden en T. B. C.

D. E. DA COSTA.

ÖSTERREICHISCH-UNGARISCHE VIERTELJAHR-  
SCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Januari 1911.

**Julius Scheff** beschrijft een geval, waarin een kind de  $\frac{IV \ II \ I \ | \ I \ II \ IV}{IV}$  mee ter wereld bracht en spreekt het vermoeden uit, dat de kiemen van deze en van dergelijke tanden waarschijnlijk te dicht bij den kaakrand zijn aangelegd, waardoor ze bij hunne verdere ontwikkeling te vroeg tot doorbreken komen.

v. **Wunschheim** schrijft op duidelijke, tot in details gaande wijze over de fluor-behandeling bij alveolair-pyorrhoe.

**Guido Fischer** behandelt in een artikel „Die lokale Anaesthesie in der Zahnheilkunde“, de techniek hiervan, speciaal van de z.g.n. „Leitungsanaesthesie“. Duidelijke platen verhelderen het betoog. Voor uitvoeriger studie verwijst de auteur naar zijn onlangs bij **M e u s s e r** (Berlin) verschenen leerboek over hetzelfde onderwerp.

**Dr. E. Urbantschitsch.** „Der Zahnschmerz bedingt durch physiologische Ursachen.“ (Habilitationvortrag).

U. komt tot de conclusie, dat tandpijn óók door physiologische oorzaken kan ontstaan, waarmee opnieuw bewezen wordt, dat wij in de tanden geen geïsoleerde lichamen bezitten, maar organen, welke in constante en innige verbinding staan met het totaal-organisme.

**Dr. Max Kulka.** „Ueber die Möglichkeit chemischer, bzw. pathologischer Wirkungen von Zementfüllungen.“ Op grond van oogenschijnlijk zeer correcte laboratoriumproeven komt K. tot het resultaat, dat afgezien van andere oorzaken, als het achterlaten van reeds geïnfecteerd dentine, enz., bij het overblijven van eene slechts dunne laag tandbeen over de pulpa, zeer wel van het overtollige zuur in de vulling, eene schadelijke werking op de pulpa kan uitgaan.

**Dr. C. Rumpel.** „Die Plasmazellen des Zahngranuloms“. De typeerende inhoud van een tandgranuloma vormen de plasma-cellen (van **U n n a**). De auteur beschrijft deze cellen nader en houdt zich met hunne genese bezig, terwijl hij ten slotte hunne biologische werkzaamheid schetst. De plasma-cellen zijn dus, evenals de leukocyten, te beschouwen als verdedigings- of strijdcellen van het organisme, slechts met het onderscheid dat leukocyten hun taak meer vervullen door echte phagocytose, terwijl de eerstgenoemden meer de ontstane giftstoffen of ontbindingsproducten in zich opnemen en intra-cellulair verwerken, d. w. z. door binding of omzetting onschadelijk maken. Gezien het in massa voorkomen dezer cellen in het tand-



granuloma, mag men de granulomen ook van pathologisch-anatomisch standpunt, zooals *Partsch* dit reeds in klinischen zin gedaan heeft, beschouwen als vormingen ter bescherming van het lichaam tegen de schadelijke invloeden, welke van uit de rottende wortelkanaal-inhoud trachten binnen te dringen.

**Dr. Fritz Schenk.** „Geteilte fixe Brücken”. De deelen der bruggen worden met het rotaar-apparaat gegoten, en met schroeven onderling verbonden. De constructies vinden toepassing in gevallen, waar de assen der pijlers niet evenwijdig zijn. Voor referaat leent zich het uit der aard technische artikel niet.

**Dr. Juljan Zilz** beschrijft in een artikel, dat waarlijk méér dan rijk van litteratuur-opgaven voorzien is, een geval van osteomyelitis der kaak ontstaan uit embolie van influenza-bacillen. Patiënt leed oorspronkelijk aan een katarrhale-respiratorische vorm van influenza.

**Dr. Heinrich Salomon** geeft ons een eenvoudig instrument aan voor het plaatsen van gummi-ligaturen, waarvan men naar ik hoop de afbeelding op een andere plaats in dit tijdschrift weer zal vinden.

**Dr. Haas** beschrijft een tang, welke moet dienen om een gesprongen tand van *Richmond*-kronen, enz. in den mond der patiënt duurzaam door een andere te vervangen, terwijl het instrument tevens geschikt is om kronen open te splijten.

B. R. B.

BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

1911 N<sup>o</sup>. 1.

*Laryngologische Gesellschaft zu Berlin Sitzung*

*vom 14 October 1910.*

**H. Graffner.** *Präparat van Malperforant buccal eines Tabikers.*

M. H. Algemeen bekend als een symptoom van tabes is

het „Mal perforant du pied”. Minder bekend is, dat F o u n i e r de symptomatologie van tabes ook met een mal perforant buccal verrijkt heeft. Deze aandoening onderscheidt zich van de gewone syphilitische perforatie der bovenkaak, doordat de zweer aan den buitensten alveolairrand zit en doordat er in en in de omgeving van de zweer anaesthesie bestaat. Aangezien hier ook de Highmorsholte in het proces betrokken is, veroorloof ik mij er uwe belangstelling voor te vragen. (Demonstratie van het preparaat). Gij ziet hier de rechter bovenkaak van een 59-jarige tabeslijder. Gij ziet een volkomen tandeloze bovenkaak en ongeveer in de buurt van den laatsten molaris een littekenachtig vertrokken trechter, op welker grond er een opening is, die direct tot in de zeer ruime Highmorsholte leidt. Er is nog dit van te zeggen, dat het het eindproces van een in drie stadia verloopende aandoening is, waarvan het eerste stadium in het verlies der tanden, het tweede in de bovenkaakresorptie bestond.

De aandoening schijnt tamelijk zelden te zijn. Voor ca. 1½ jaren heeft Dr. S e b b a (Danzig) in mijn inrichting 82 tabeslijders in ca. 8 dagen onderzocht en de aandoening in 't geheel twee maal gevonden. Ik heb er de laatste 32 bijgekomenen op onderzocht, zonder er een geval te gemoet te komen.

**W. Richter.** *Anaestheseren van uit de neusholte, voor tandheelkundige operaties aan de boven snijtanden (Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. 23 H. v. d. Bd. 24 H. I.)* Schrijver stelt voor, de gevoelloosheid van de bovenste snijtanden door inbrengen van cocaïne-adrenaline-tampons in de beneden neusgangen te bewerkstelligen. Deze methode is zeker werkzaam.

---



## BRITISH DENTAL JOURNAL.

(The journal of the British Dental Association).

1 Februari 1911.

**Crofton.** *The vaccine treatment of pyorrhoea alveolaris.*

Zonder te willen beweren, dat pyorrhoea alveolaris de oorzaak is, komt toch deze ziekte dikwijls gelijktijdig voor met: arthritis rheumatica, chronisch rheuma, febris rheumatica, gastritis acuta et chronica, ulcus gastricum et duodenale, anaemie, pernicioese anaemie, diabetes, acute en furunculose, verschillende acute infecties.

Dikwijls is waargenomen, dat genezing van de pyorrhoea tevens tot genezing van de gelijktijdig voorkomende ziekten voerde.

Het kwaadaardige van pyorrhoea voor het organisme is gelegen in de omstandigheid, dat hierbij de bacteriën en hunne afscheidingsproducten niet alleen langs den bloedbaan opgenomen worden, maar ook ingeslikt worden en aldus tevens langs maag en darm het lichaam infecteeren.

Na eene korte, doch heldere theoretische uiteenzetting van de wijze, waarop het lichaam zich tegen bacteriën in het algemeen weert, komt schrijver tot de eigenlijk behandeling van pyorrhoea.

In de eerste plaats wordt een cultuur gemaakt van de pus uit de alveolus. Daarvan spuit men eene gesteriliseerde oplossing zóó dikwijls in, totdat er genoeg anti-lichamen gevormd zijn om den patiënt geheel immuun te maken tegen de infectie van pyorrhoea alveolaris.

Verdere details worden niet gegeven. Alleen zegt hij nog te meenen, dat tegen pyorrhoea tot nu toe geen serum is toegepast, maar dat hij herhaaldelijk gezien heeft, dat bij toediening van serum per os in gevallen van ulcus gastricum de daarbij gelijktijdig aanwezige pyorrhoea alveolaris genas. In dit nummer geeft Wallis op pag. 107 de beschrijving van twee met vaccine behandelde gevallen; die beide genazen na 12 en 18 injecties in den arm, één

injectie per week of om de tien dagen in giften van 10 tot 50 miljoen bacteriën. Natuurlijk moet de tandarts eene locale behandeling instellen en alle bronnen van irritatie wegnemen (verwijdering van tandsteen, extractie van onbruikbare wortels, retentieplaatsen van spijsresten opheffen, enz.).

**Malone.** „*The Day's Work*”. Een aardig geschreven stukje met praktische wenken. In de wachtkamer zou hij de volgende antwoorden op telkens herhaalde vragen van patiënten wenschen op te hangen:

„American dentistry is the same as English, or French, or German, only it costs double the fees.”

„Painless dentistry is probably a branch of Christian science.”

„Yes, people's teeth *do* decay more nowadays. It is one of the blessings of civilisation not ending in „itis”.

„I know, your father lived to be 150, and had not a bad tooth in his head.”

„I have known many people to acquire a third set of teeth, but they were a special brand, only supplied at this establishment, and warranted to give satisfaction.”

„Old teeth are not bought here; try Mr. Isaacs round the corner.”

*Vervolg van het „annual report for 1909 of the chief medical officer of the Board of Education”.*

(Zie pag. 140, afl. 3).

Het volledigst rapport is van G a n t te Cambridge. Van 1632 kinderen waren slechts 2.6 % geheel vrij van caries. Tusschen 3 en 4 jaar waren 30 % melktanden reeds ziek. Ten opzichte van de cariesfrequentie onderscheidt hij 3 groepen: 5—8 jaar, ongeveer 70 % der kinderen eischen behandeling; 8—10 jaar, cariesfrequentie iets minder, omdat vele carieuze melktanden verloren zijn en de snijtanden nog niet ziek zijn; 10 jaar en later, de frequentie stijgt enorm.



Op 13-jarigen leeftijd heeft elk kind gemiddeld 10 gecarieerde blijvende tanden.

De dubbelkoolzure zouten van de plaatselijk verdoovende middelen zijn veel werkzamer dan de zoutzure zouten. Wijze van bereiding vindt men in „Archiv für experimentelle Pathol. und Pharmakol.“, 1910, pag. 63.

**Andresen** (Kopenhagen) beveelt de volgende mondspoeling aan tegen caries:

Chloret. Natr.	180
Kalii rhodanati	20
Halve theelepel in een glas water.	

s. mondspoeling.

of: 2 gram van een 5 % oplossing van kalium rhodanaat, opgelost in 200 c. c.M. water, dus:

Kalii rhodanati	0.5
Aq. dep.	1000

s. mondspoeling.

Deze mondspoeling zou aangenaam van smaak en verfrisschend zijn en daar zij de speekselklieren aanzet tot verhoogde afscheiding van rhodaan, ook indirect prophylactisch werken.

*Peripatetische school-tandkliniek.* **Scherer** in Mühlhausen heeft een 25 voet langen en 9 voet breeden wagen laten maken, waarmede hij den boer opgaat om schoolkinderen te onderzoeken en te behandelen.

Van eene discussie omtrent verwijdering van geretineerde benedenwijsheidskiezen teken ik aan, dat aanbevolen wordt het gebruik van elevatoren; dikwijls maakt extractie van den wijsheidskies *in de bovenkaak* een einde aan de ontsteking van den benedenkies. Ook verdient het aanbeveling om bij zeer moeilijke extractie na eene eerste

poging eenige dagen te wachten. Daarna gelukt dan de verwijdering dikwijls gemakkelijk.

Aanbevolen wordt het gebruik van tantalum-instrumenten, waarvan door de firma Siemens (Westminster, London) behalve spatels en stoppers voor plastische vullingen, ook wortelfraisen, zenuwnaalden, slijpinstrumenten, strips enz. gemaakt worden.

---

### BRITISH DENTAL JOURNAL.

(*The journal of the British Dental Association.*)

15 Februari 1911.

**Hopewell-Smith.** *A remarkable case of suppression and redundancy of the mandibular permanent canine.*

Beschrijving van het ontbreken van den caninus in den linker onderkaak en het aanwezig zijn van twee canini in den rechteronderkaak (één doorgebroken, de ander in horizontale positie geretineerd). Met Röntgen opname van beide kaakhelften.

**Gant.** *The purpose of dental treatment of school children.*

Uit een statistiek was hem gebleken dat gemiddeld een kind van 5 jaar 8 carieuze melktanden heeft, op 6-jarigen leeftijd 9, en op 7-jarigen leeftijd 8. Op 6- en 7-jarigen leeftijd zijn bij meer dan de helft der kinderen de temporaire molaren voor de kauwfunctie onbruikbaar. Schrijver legt er nadruk op, om vooral den eersten blijvenden molaris te behouden en de kinderen dus van het 5de tot het 8ste jaar vooral goed te controleeren.

*Chronische loodvergiftiging.* Gerefereerd wordt een geval, beschreven in de Deutsche Medicinische Wochenschrift van 20 Oct. 1910, waarbij behalve de gewone loodzoom



aan de tandvleeschranden ook eene diffuse blauwe verkleuring van het geheele slijmvlies van wangen en lippen werd waargenomen.

*Primaire tuberculose van het mondslijmvlies en van de kaak na extractie.*

**Dr. Ehrhardt** deelt hiervan een geval mede in de Deutsche Medicinische Wochenschrift No. 3, 1911. Hij stelt zich voor, dat de wond na de extractie door tuberkelbacillen geïnfecteerd is geworden, waarvan eene plaatselijke tuberculose het gevolg was, die zich uitbreidde tot eene algemeene tuberculose.

C. VAN DER HOEVEN.