

Referaten uit andere Tijdschriften

onder leiding van

W. C. KOLDEWIJN, J. W. Brouwersstraat 6, Amsterdam.

THE DENTAL COSMOS.

April 1916.

Percy R. Howe. The Endamoebae and Pyorrhea Alveolaris.

De aanwezigheid van de endamoëbe behoeft geen reden te zijn, om p. alv. te doen ontstaan; het is niet bewezen, dat deze microorganismen parasitair zijn; proeven op dieren toonen ze aan als niet pathogeen, de symbiose met andere organismen is een veronderstelling. Emetine is niet een specifiek geneesmiddel. Schrijver komt tot de conclusie, dat de theorie om de endamoëbe als oorzaak van de p. alv. te beschouwen, niet juist is, en alleen berust op een overeenkomst van de pathogene endamoëba histolytica met de niet pathogene endamoëba buccalis.

A. L. Johnson. The orthodontia Respiration Shield.

Een apparaat, tusschen de tandrijen en mond en wang aangebracht, om mondademen tegen te gaan.

W. E. Harper. A Technique that will make perfect amalgam fillings possible.

Eenige wenken, om fouten bij 't leggen van amalgaamvullingen te vermijden.

W. T. Patton. A few conditions of common interest both to the Dental Surgeon and the Nose- and Throat Specialist.

In vele gevallen kunnen tandarts en neus- en keelarts samenwerken. Indien door deviatie van het neusseptum mondademhaling is ontstaan, kan in sommige gevallen door expansie van het palatum de neusademhaling weer worden vergemakklijkt. Neuralgiën van het hoofd en het aangezicht zijn dikwijls een gevolg van een tандаandoening. Ook vele aandoeningen van het antrum worden door de tanden veroorzaakt, b.v. door een apicaal absces. Infectie v. h. antrum kan ook van uit de neus plaats hebben. Tandarts en neus- en keelarts kunnen hier samen de oorzaak opsporen en wegnemen.

Dr. G. B. Hayes. War dental surgery.

Nog een vijftal behandelde gevallen van kaakfractuur, met bevredigend resultaat. Illustraties hiervan zijn er bijgevoegd.

Ernest Sturridge. The inflammatory tissues of the gingival margin and periodontal membrane. Treatment by ionic medication.

Een methode van behandelen, waarbij elektrische stroomen worden gebruikt, om de ionen van oplossingen, die te splitsen zijn door de electrolytische werking van de stroomen, in een bepaalde richting te geleiden of te vervoeren. Er wordt een electrode in de tandkas aangebracht, waarin de oplossing van een zout is ingebracht; 60 3% opl. van zinkchloride, een stroom van 3 tot 15 m.a. is voldoende, om dan het weefsel te steriliseren. Bij p.alv. heeft men goede resultaten bereikt. Maar schrijver legt er den nadruk op, dat ook bij deze methode de mechanische reiniging van de elementen, het bijlijpen van de occlusie, en de fixatie van de losstaande elementen van zeer veel belang is.

E. N. Beall. The present status of emetin in the treatment of Pyorrhoea.

Schrijver is van meening, dat de endamoëbe een be-

langrijke factor bij p. alv. is; en dat ze in het latere stadium minder talrijk voorkomt dan in 't begin. Emetine is een waardevol middel tegen p. alv. Maar ook constitutioneële factoren moeten in aanmerking worden genomen. Ook de mechanische reiniging der elementen moet plaats vinden. Schrijver verklaart verder zijn methode bij het aanwenden van emetine, en geeft een verslag van twee met bevredigend resultaat behandelde gevallen.

Douglas Gabbell. The design and retention of partial dentures. II.

Indien men klammers aanbrengt, moet men ze juist aanbrengen, anders doen ze meer na- dan voordeel. De klammer moet een groot deel der tand omsluiten, en nauwkeurig aanliggen. Verschillende manieren, om een klammer aan te brengen worden besproken. Partieële prothesen moeten zooveel mogelijk onbuigzaam worden gemaakt, om op de omgeving nadeelige werkingen te voorkomen en om de weerstand van het apparaat te vergrooten. Men moet de krachten nagaan, die er op inwerken, en de grootte daarvan in aanmerking nemen. Ook moet men nauwkeurig overwegen, welk materiaal in ieder afzonderlijk geval is geïndiceerd. Verschillende aanwijzingen worden gegeven, om de prothese zoo sterk mogelijk te maken, en de patient er zoo weinig mogelijk hinder van te doen ondervinden. Indien het niet bepaald noodig is, geen al te kleine prothesen maken, daar deze, bij onvoldoende fixatie, 't gevaar opleveren, door den patient te worden ingeslikt.

A. Hopewell—Smith. The so-called „Innervation of the dentin: An. Epicriticism.

Naar aanleiding van een artikel van Dr. Mummery, in het vorig nr. van de Dental Cosmos waarin deze de enervatie van dentine meent aan te toonen. H. S. is het daarmee niet eens, en verdedigt op verschillende gronden zijn opinie, dat de enervatie van dentine tot nog toe niet is bewezen.

G. M. M a c. K e e. Radiodermatitis following X-ray examination of the Teeth.

Schrijver is een voorstander van het gebruik van X-stralen, maar wijst nog eens nadrukkelijk op de gevaren er van voor den patient, indien het door niet voldoende geoefende personen wordt toegepast. Vooral ook van belang voor ons, waar er zoo nu en dan stemmen opgaan, om dit onderzoek ook door de tandartsen zelf te doen geschieden.

B. N. H a r g i s. The Culture Value of a Dental Education.

Utrecht.

J. G. S.

ZAHNÄRZTLICHE ORTHOPÄDIE UND PROTHESE.

Juni 1916.

A. K ö r b i t z. *Partenkirchen.*

Ein häufiger Kunstfehler in der Orthodontik.

De fout, welke wordt begaan, zoowel vóór, als in het verloop van den orthodontischen behandeling bestaat in het verontachtzamen van den hoektand.

Bij normalen en abnormalen boogvorm toch vormt de breede sterk gekromde labiale vlakke van den hoektand den overgang tusschen incisief en molaarstreek. Dat de rol, welke de hoektand in het gebit speelt eene zeer bijzondere is, bemerkt men zooveel te meer, wanneer men een anderen tand in zijn plaats stelt. Neemt een hoektand beneden zijne juiste plaats niet in, zoo wordt de onderboogvorm niet ten volle opgehouden, eveneens kunnen de bovenhoektand en laterale incisief niet tot rust komen. Een bovenhoektand met abnormalen stand of draaiing doet zijn invloed gelden op den boogvorm en onderhoektand en eerste praemolaar. In het retentiestadium raadt K. daarom ook aan de hoektanden zoo spoedig mogelijk en zoo lang mogelijk te retineeren.

Een verklaring voor het niet voldoende aandacht schenken aan dezen tand in een orthodontisch geval vindt men in den ongunstigen kroonvorm om de ligaturen aan te leggen. Boven- en onderhoektan-

den missen aan de binnenzijde den zadelvorm, waarin een ligatuur zich bij incisieven fixeert. Bij het ligeeren van hoektanden evenals snijtanden boven het singulum, slipt de draad af of blijft liggen tegen den punt van den tand. Als bijwerking is het gevolg door het optrekken van den boog; helling en intrusie der tanden. Door hefboomwerking op de ankerpunten (molaren), kipping hiervan en losstaan. Legt men de boog zoo hoog aan, dat de hoektanden niet verkorten, dan werken alle andere ligaturen niet in de goede richting en zijn niet te bevestigen. Om den tandhals kunnen bij de hoektanden zeer goed ligaturen worden bevestigd. Bij andere individuen met teruggetrokken tandvleesch kunnen deze zonder bezwaar worden gebruikt. Bij kinderen met niet geheel doorgebroken tanden echter zeer moeilijk aan te leggen; bij volkomen doorbraak zeer pijnlijk, het beste bewijs, dat beschadiging van het ligamentumcirculare daarbij voorkomt. Het lang laten liggen van zoo'n ligatuur is dan ook onverantwoordelijk.

Daarna geeft K. een tweetal gebruikelijke ligaturen aan, welke zich gemakkelijk om den tandhals aansluiten. Een ervan werkt neutraal, de andere kan ook als rotatie ligatuur worden aangelegd. Ten sterkste raadt hij evenwel aan hoektanden direct te bandeeren wanneer deze terstond en langdurig moeten worden aangebonden. Daar die tanden toch ook in het retentiestadium van een band voorzien moeten worden is platina of platina-goud zeer aan te bevelen. Geen goud, omdat dit door zijn weekheid te dik moet worden genomen.

Platinaband 0.11—0.18 en 4 m.m. breed is zeer goed, wil men approximaal uitknippen, dan kan eene breedte van 4.5—5 m.m. gebruikt worden.

Das Aufstellen einer ganzen Prothese mit den Anatoform—Zähnen
Gysi—Williams, door Alfred Gysi. D. D. S. Professor am
Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

Reihenfolge beim Aufstellen der Zähne für einen totalen Zahnersatz unter Beachtung der allgemeinen Regeln.

Verkort uit het: Schweizerischen Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde.

E.

NED. TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE.

In de afleveringen van 24 Juni en 1 Juli komt een zeer lezenswaardig artikel voor van de hand van Dr. L. J. J. M u s k e n s, getiteld: „Trigeminus-Neuralgie en de behandeling der hardnekkige gevallen”.

Op blz. 2334 zegt schr:

„Anderzijds volgt uit het totnutoe medegedeelde met voldoende klaarheid, dat daar, waar men uit het verloop tot de diagnose: echte aangezichtspijn van een geheelen hoofdtak komt, het volmaakt overbodig en geheel onnut is, een beperkt peripheer gebied te behandelen, bijv. de gezonde tanden dier patienten te trekken. Immers bij die verminking worden slechts de meest perifere zenuwvezelen verwijderd, die bovendien in zeer korten tijd weer aangroeien. Overbodig is deze opmerking geenszins; dit blijkt wel uit het feit, dat twee van de drie hier medegedeelde gevallen van intra-craniale trigeminus-behandeling al hun gezonde tanden op raad van den arts hebben laten trekken, hetgeen zij dubbel betreuen, aangezien zij thans, jaren na een welgeslaagde operatie, zich zeer wel in staat voelen, indien zij nog over hun tanden beschikten, hun voedsel weer te kauwen! Feitelijk weet men niet waarover men zich meer moet verwonderen, over de naieve verwachting, dat zulk een hevige, vaak over onder- en bovenkaak zich uitbreidende ziekte-toestand door het trekken van gave tanden zou kunnen wijken, of over de vrijmoedigheid van arts en tandarts, tot zulk een ingrijpende operatie als het trekken van een dozijn en meer gezonde tanden over te gaan, waar zoo dikwijls reeds van bevoegde zijde daartegen te velde getrokken is”.

Discussie (T. v. G. 3 Juni 1916):

Dr. B l e s zegt, dat in tegenstelling tot Dr. M u s k e n s, die het betreurt, dat de lijder aan trigeminus neuralgie naar den tandarts gaat, E d i n g e r juist al dergelijke patienten naar den tandarts verwijst, voor hen op eenigerlei andere wijze te behandelen. Röntgenologisch kan dikwijls het bestaan van een zieke wortel aangetoond worden, ook waar dit niet vermoed werd. Vele gevallen zijn bekend, waarin door verwijdering van een zieke kies de neuralgie genas.

Dr. G r e v e r s. In tanden komen eigenaardige veranderingen voor; in de pulpa zet zich om de bloedvaten kalk af; deze drukt op de zenuwen, en door irradiatie ontstaan trigeminusneuralgien. Het trekken dier tanden kan deze gevallen genezen.

Dr. M u s k e n s. In antwoord op de opmerkingen van Dr. B l e s kan spreker slechts herhalen, dat, in ons land althans, volgens de ervaring alle dragers van hardnekkige trigeminusneuralgie van den 2den en den 3den tak allen wel eens in den loop van hun lijden den

raad gekregen hebben, alle, ook de gezonde tanden, der zieke zijde te laten trekken. Noch bij zijn eigen patienten, noch bij die, door hem in de literatuur nagezocht, vermocht hij één geval te vinden, waarbij deze verminking een gevolg van eenigen duur, laat staan een radicaal gevolg gehad had. Waar de oorzaak der ziekte zoo zeer in het duister gehuld is, ware het uiterst wenschelijk, dat van gezaghebbende tandheelkundige zijde eens grondig werd toegelicht, welke aandoeningen der tanden volgens tandheelkundige ondervinding tot chronische uitstralende pijnen in het overige trigeminusgebied aanleiding geven, en verder bij welke groepen van gevallen men kans heeft, met trekken blijvend gevolg te verkrijgen. Met andere woorden waar houdt het terrein der tand- en mondheekunde op en waar begint dat der neurochirurgie?

Het bovenstaande heeft Dr. C. van der Hoeven aanleiding gegeven in de afl. van 8 Juli een stuk in te zenden, dat ik hier laat volgen.

Tandheelkundige hulp bij trigeminus-neuralgie.

In een voordracht, gehouden in het Genootschap ter bevordering van natuur- genees- en heekunde te Amsterdam op 24 Nov. 1915, stelde dr. Muskens de vraag: „Waar de oorzaak der ziekte (trigeminus-neuralgie) zoozeer in het duister gehuld is, ware het uiterst wenschelijk, dat van gezaghebbende tandheelkundige zijde eens grondig werd toegelicht, welke aandoeningen der tanden volgens tandheelkundige ondervinding tot chronische uitstralende pijnen in het overige trigeminusgebied aanleiding geven, en verder, bij welke groepen van gevallen men kans heeft met trekken blijvend gevolg te verkrijgen. Met andere woorden, waar houdt het terrein der tand- en mondheekunde op en waar begint dat der neurochirurgie?”

Het is moeilijk op deze vragen te antwoorden zonder den schijn op zich te laden zich zelf als bij uitstek „gezaghebbenden tandheelkundige” te beschouwen. Ik verzoek den lezers wel te willen aannemen, dat de gedachte, als zou ik mij nu juist in het bijzonder tot beantwoording der vraag van dr. Muskens bevoegd achten, verre van mij is. Alleen meen ik, dat een ruim 25-jarige praktijk mij eenig recht daartoe geeft.

Het is natuurlijk uitgesloten, dat men in een ingezonden stuk „grondig” zou kunnen toelichten hetgeen gevraagd wordt. In het algemeen kan men als antwoord op de eerste vraag het volgende zeggen: elke chronische prikkeling van de tanden en aangrenzende deelen *kunnen* aanleiding geven tot chronische uitstralende pijnen in het overige trigeminusgebied; maar in het bijzonder doen dit *pulpitides* (vooral die, veroorzaakt door dentikels), *periodontitides*

(vooral die, veroorzaakt door in de kaak teruggehouden tanden en door gedrongen stand der beneden-verstandskiezen), *exostosen aan den wortel, pyorrhoea alveolaris*.

Aangezien de chirurg of neuroloog niet voldoende in staat is, te beoordeelen, of één der genoemde aandoeningen aanwezig is, ligt het voor de hand, dat de eenig juiste wijze van optreden van bedoelde specialisten bij het onderzoek van een patiënt met trigeminus-neuralgie de volgende is: grondig zelfstandig onderzoek in de eerste plaats, en in die gevallen, waar de diagnose niet boven allen twijfel verheven is, geen ingrijpende behandeling instellen alvorens een grondig onderzoek te doen verrichten door den tandheelkundige, om dan in gezamenlijk overleg te trachten de oorzaak van de neuralgie op te sporen en de aangewezen behandeling in te stellen. Hetzelfde geldt natuurlijk voor den tandheelkundige. Zoodra hij een geval van trigeminus-neuralgie ter behandeling krijgt, waarvan hem de oorzaak duister is, trede hij in overleg met den chirurg of neuroloog of wel met beiden.

Op de vraag: „bij welke groepen van gevallen men kans heeft met trekken blijvend gevolg te verkrijgen”, is het antwoord, dat men *steeds* van onmiddellijk blijvend gevolg verzekerd is, wanneer de tandheelkundige diagnose en ingestelde behandeling de juiste zijn. Blijft het gevolg uit, dan is of de diagnose onjuist of de chronische prikkelingstcestand heeft reeds tot voor ons al of niet nader bekende afwijkingen van de hoogerop gelegen zenuw aanleiding gegeven, of heeft een psychose ten gevolge gehad. Welke tandheelkundige behandeling moet ingesteld worden late men natuurlijk aan dien specialist over. Het standpunt, dat uit de vraag moet worden opgemaakt, alsof trekken de eenige behandeling van den tandheelkundige is, is gelukkig reeds lang overwonnen.

Tenslotte nog het antwoord op de derde vraag: „waar houdt het terrein der tand- en mondheelkunde op en waar begint dat der neurochirurgie?” Het is mijns inziens eenvoudig. Het terrein der tandheelkunde (mondheelkunde bestaat mijns inziens als specialisme slechts in naam) houdt op bij de verrichtingen, die door iedereen erkend worden tot het gebied van den hedendaagschen tandheelkundige te behooren (behandeling van alle ziekten der tanden en aangrenzende deelen, daaronder ook begrepen de wortelpuntresectie). Kan de tandheelkundige den lijder door een tandheelkundige behandeling niet helpen, dan valt de behandeling of op het terrein van den chirurg of op dat van den neuroloog. In duistere gevallen moeten deze drie specialisten (dikwijls nog geholpen door voorlichting van anderen) gekend worden en ieder moet, wat de behandeling betreft, op zijn terrein blijven. Dan zal de patiënt de meeste waarborg hebben, dat de ingestelde behandeling de meest doeltreffende is. NORD.