

## UIT DE PRACTIJK.

*Zinkoxyde.* In de „Commonwealth Dental Review” spreekt Dr. Greenwall met warmte over het gebruik van zinkoxyde met eugenol als temporair vullingsmateriaal. Wanneer dit mengsel goed plastisch aangewreven wordt en het overtollige eugenol tusschen een servet uitgeknepen, verkrijgt men een vulmassa, die sterk genoeg is om aan de kauwfunctie weerstand te bieden. Bovendien oefent zinkoxyde een aanmerkelijke palliatieve werking uit op gevoelig tandbeen en pulpa, terwijl het tevens de dunne laag, die de pulpa bedekt desinfecteert en harder maakt. Vooral is het aan te bevelen voor blijvende 1e en 2e molaren, die nog niet geheel ontwikkeld zijn en waar om deze reden cauterisatie van de pulpa gecontraïndiceerd is. In zoo'n geval is het verstandig eerst een laagje van dit mengsel met een weinig thymol en jodoform gemengd op den bodem van de caviteit te brengen en dan verder met de zinkoxyde-eugenolmassa te vullen.

Als vulmateriaal heb ik dit mengsel nooit in de practijk toegepast, maar van een dikke pasta op den bodem van een holte gebracht, die met fletcher werd afgesloten, heb ik meermalen gunstige resultaten gezien bij irritatie van de pulpa.

*Albargin bij purulente processen.* In de practijkaanteekeningen van tandarts Tempelmans Plat vinden wij onderstaande beschrijving over het succesvolle gebruik van albargin in de tandheelkunde.

Gedurende circa tien jaren heb ik in voorkomende gevallen albargin met succes toegepast en lijkt het mij niet ondienstig ook collega's hierop eens met nadruk te wijzen.

Zooals bekend, heeft albargin in werking veel gemeen met zilvernitraat, terwijl het echter tegenover dit laatste het

groote voordeel bezit een merkbare dieptewerking te ontwikkelen, welke zilvernitraat mist, daar dit preparaat niet in de dieper gelegen weefsels doordringt, maar zich direct met de bovenste lagen verbindt.

Bij hardnekkige gingivitides en pyorrhoegevallen, waar weinig baat gevonden werd bij spoelingen met waterstofsuperoxyde, of andere mondantiseptica en adstringentia, nadat eerst met de meeste zorg alle tandsteen verwijderd was, zag ik meestal uiterst bevredigende uitkomsten na het gebruik van albargin, dat ik op de volgende wijze toepaste.

Eenige malen per dag wordt door patient met den goed gereinigden vinger van de rechter hand een zacht rollende beweging over het tandvleesch uitgevoerd, in de richting vanaf de omslagplooi van lippen- of wangslimvlies naar den vrijen gingivaalrand, waarbij druppels pus te voorschijn komen, die men met een watje, dat door de linkerhand ter plaatse gehouden wordt, laat opzuigen. Wanneer er na eenige rolbewegingen, vrijwel geen pus meer te voorschijn komt (er wordt steeds slechts een zéér geringe druk uitgeoefend om geen weefsel te beschadigen), laat ik met den vinger een weinig 3 à 5% albarginzalf langs den tandhals wrijven, zoodanig, dat dit preparaat eenigszins tusschen tand en gingiva binnendringt. Als constituens voor de bereiding van deze zalf gebruik ik gele vaseline, daar de gezuiverde witte meer kans geeft op lichte irritatie, aangezien hierin wel eens sporen van zuur voorkomen.

In hardnekkige gevallen, laat ik de patiënt deze behandeling drie maal per dag herhalen, ofschoon één à twee malen daags meestal voldoende bleek te zijn. Binnen een dag of acht treedt dan meestal een aanmerkelijke verbetering in en moeten de patiënten, die dan gemeenlijk enthousiast zijn over de werking van dit preparaat, geremd worden in hunne neiging om de veelvuldigheid dezer behandeling te gaan overdrijven.

Zelfs gevallen, die volgens beschrijving van den lijder reeds geruimen tijd (een jaar of langer) zonder succes

behandeld waren, sterkten ons vertrouwen in albargin meer en meer, daar hoogstens enkele weken noodig waren om de genezing in te leiden.

Hoewel ik de meesten mijner patiënten nog telkens daarna terugzag, dus mij van het blijvende resultaat der behandelingen kon overtuigen, heb ik enkelen hunner niet meer kunnen observeeren, zoodat ik niet in staat was een alleszins betrouwbare statistiek samen te stellen.

Ik acht het echter mijn plicht collega's aan te sporen ook met deze behandelingsmethode eens proeven te nemen, daar mij persoonlijk hiertoe thans de gelegenheid vrijwel ontbreekt.

Ook zijn de beide volgende aanteekeningen van bovengenoemden collega afkomstig.

*Tijdelijke bevestiging van een afgebroken tand in prothesen.* Wanneer een tand, waarvan de crampons afgebroken zijn, door omstandigheden tijdelijk in een prothese bevestigd moet worden, kan men op de volgende wijze zeer bevredigende resultaten bereiken.

Aan de achterzijde van den tand wordt met behulp van een carborund of corundschijfje een zwaluwstaart in het porcelein geslepen, waar de rubber zich gedurende het vulcaniseeren stevig tusschen perst. In de praktijk heb ik meerdere malen patiënten gezien, die met zoo'n hulpreparatie maanden lang rondliepen en alles met de prothese konden doen, zonder het minste gevaar te loopen den tijdelijk bevestigden tand er af te zullen bijten.

Wanneer nog één crampon aanwezig was of van beide stak nog een klein stukje boven het porcelein uit, heb ik dikwijls een verlengstukje van victoriameetaal gemaakt en er met een gewoon soldeerboutje met tinsoldeer aan bevestigd, om op die wijze weder houvast te geven. Ook reparaties op deze manier uitgevoerd, bieden geruimen tijd weerstand, zoodat een patiënt in de meeste gevallen, zoo noodig direct, geholpen kan worden.

*Wondhechting na uitgebreide extractie.* Wanneer een groot aantal extracties verricht is en men wenscht de genezing zoo veel mogelijk te bespoedigen, verdient het aanbeveling de alveolairranden met de resectietang te verwijderen en de randen van het tandvleesch af te knippen. Daarna brengt men deze randen over den alveolus tegen elkaar en hecht op eenige plaatsen zorgvuldig, waarna de wond zich meestal spoedig prachtig sluit. Wanneer voor het hechten de alveolus eerst goed werd uitgespoten met een 1% oplossing van waterstofsperoxyde en daarna jodoform in de wond gestrooid, verliep de genezing doorgaans het gunstigst.

Ook werd bij dolor post extractionem meestal direct het gewenschte resultaat bereikt, wanneer ter plaatse de kaakrand werd geresiceerd en daarover de wond gehecht, na den gingivaalrand verwijderd te hebben.

Hoewel het hechten in den mond op het eerste gezicht een lastige manoeuvre lijkt, maakt men zich deze manupulatie over het algemeen vrij vlug eigen en is het, met een doelmatigen naaldvoerder gewapend, volstrekt geen »heksenwerk«.

*Chloor bij wortelbehandeling.* Het gebruik van stoffen, die bij ontleding chloor afgeven, waarvan men gedurende den oorlog voor wondbehandeling gebruik gemaakt heeft, schijnt voor Dr. Hermann Prinz een aanleiding geweest te zijn hiermede ook eens proefnemingen te doen bij wortelbehandelingen. In het 15-Maart-nummer van het »British Dental Journal« van dit jaar vinden wij dienaangaande een beschrijving, waarvan de inhoud volgt. Hiertoe werd van het synthetische praeparaat, dichlooramine T, gebruik gemaakt. Het is een geelachtig wit, kristallijn poeder, dat een zoetigen doordringenden chloorreuk heeft en circa 29% bruikbaar chloor bevat. Het is oplosbaar in de meeste organische vloeistoffen, zooals: chloroform, benzine, eucalyptol, enz... Wanneer het in

aanraking komt met amino-zuren en ontledingsproducten van de pulpa, valt het uiteen, waarbij chloor in satu nascendi vrijkomt. De putride stoffen worden door substitutie van waterstof door het vrijkomende chloor in geheel onschadelijke chlooraminen veranderd. De wortelkanalen moeten voor deze behandeling flink toegankelijk gemaakt worden, daar de vloeistof goed met de gangraeneuze massa in aanraking moet komen. In de praktijk gebruikt men een oplossing van di-chlooramine T in olie, waarvan een druppel door middel van een steriele naald in het wortelkanaal opgepompt wordt. Daarna sluit men een watje met deze vloeistof voor 24 uur in het kanaal af, dat bij een volgende behandeling nog eens door een nieuw vervangen wordt.

Zeer bevredigende resultaten, hoewel de behandeling wat omslachtig was, heb ik eenige jaren geleden bereikt door een geconcentreerde keukenzoutoplossing op een watje in het wortelkanaal te brengen en door middel van den electrischen stroom te laten ontleden. De chemische werking is hierbij dezelfde, als bij de bovenbeschreven methode, maar deze is minder tijdroovend, zoodat zij voor de praktijk wel in aanmerking zal komen.

*Veerende tanden.* Deze nieuwe uitvinding op het gebied van kunsttanden hebben wij te danken aan Mr. Morse Withycombe. (British Dental Journal 15 Jan. 1919.)

De tand is evenals alle andere soorten van porcelein vervaardigd, maar zoodanig in een metalen hulsje gevat, dat in alle richtingen een geringe beweging mogelijk is. In de basis van den tand is een laagje metaalvijsel gebakken, dat een zóó innige vereeniging van rubber en porcelein mogelijk maakt, dat zich niet de minste hoeveelheid speeksel tusschen tand en plaat kan verzamelen. Daar de rubber, die bij het vulcaniseeren in het hulsje geperst is, een enigszins veerende beweging zal mogelijk maken (?), is op deze wijze als het ware een buffer gevormd, die bij het bijten

en kauwen als schokbreker dienst doet en het onaangename op elkaar kleppen van de tanden voorkomt.

De bevestiging van dit soort tanden in de rubber was zóó stevig en volkomen aansluitend, dat er bij bacteriologisch onderzoek van gedragen prothesen niet de minste bactericide massa tusschen porcelein en rubber kon aangetoond worden. Alle kulturen bleven bij enting van afkrapsel uit de holten, waar tanden bevestigd geweest waren, na 48 uren volkomen steriel.

Met belangstelling zien we meerdere berichten over deze tanden tegemoet.