

## UIT DE LITERATUUR

*A Rambling Review of Some of the High Spots of „Bulletin No. 19” by C. Edmund Kells, D. D. S. Dent. Cosmos. Jan. 1928 pag. 53.*

Bulletin No. 19 is het 19e jaarverslag van The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 692 pagina's groot, en handelend uitsluitend over den toestand van elk der 43 dental colleges in Amerika.

Het verscheen in 1924, als resultaat van vijf jaren minutieusen arbeid, en de man, die het schreef is geen tandarts.

C. Edmund Kells, — hij behoeft op deze plaats wel geen introductie meer — werd 21 October van het vorige jaar zeventig jaar. Naar het lichaam een wrak, naar den geest een der grootste onder onze grootsten, — tandarts geboren —, is hij altijd waard dat wij naar hem luisteren. Ook nu hij iets zegt over dit bulletin.

Hij heeft een eigen geluid. Klaar en helder als een natuurstem. Te vergelijken met onze Nederlandsche natuurstem Mevrouw Noordewier. De vergelijking is waarlijk niet te gezocht, en voor geen van beiden minder eervol.

Hij de guitige causeur, die als het ware zijn eigen woorden zelf opvangt en zich in de darteling daarvan vermeit — kan niet laten zijn woorden als een speelsche zanger te laten uitklinken voor wie een liedje hooren wil. Maar wat zoo als een simpel liedje, als was het louter voor eigen divertissement, naar buiten klinkt, blijkt in waarheid een levensliedje, bezonken wijsheid, diepe ernst en — raskenmerk — vrucht van intensieven arbeid te zijn.

Is het zoo ook niet met haar, die, op haren hoogen leeftijd, nog jongeren verbaast door haar ongekunsteldheid en natuurlijkheid? Zelf verklaarde zij den krantenman, \* die met haar over haar dagtaak kwam vraagpraten: „Er zijn wel eens opgetogen „mensen na een concert, die mij zeggen, je bent een wonder-„mensch. Zij vergissen zich. 't Is eenvoudiger. Een zangeres, die „haar stem in waarde wil houden moet *techniek studeeren*. Dat „ik nog zingen kan, zooals ik zing, is het gevolg van het onder-

<sup>1</sup>) N. Rott. Ct. 21 Jan. '28 Avondblad.

„houden van mijn stem door de techniek. Hoe doe je dat, vragen ze mij soms verwonderd. En ik kan niet genoeg herhalen: door „techniek te studeeren.”

Het konden woorden van *Kells* zijn over zijn „privilege”.

In dit dikke boek van 692 bladzijden vinden wij, zegt hij, de woorden „oral health service” en „dentistry”, door elkaar gebruikt op een wijze, die er mij op gericht lijkt om dentistry langzamerhand uit ons vocabularium te doen verdwijnen, en daarvoor de andere term in de plaats te stellen. Misschien verbeeld ik mij dit maar, so we may still have the privilege of practising our specialty of dentistry just as plain dentists. Well, that's something to be thankful for, at any rate.

Het Bulletin handelt dan over den tegenwoordigen gang van zaken in de bestaande colleges. En volgens de opstellers verischen die een zeer intensieve reorganisatie. Zelfs de dagbladen, met hun vette headlines, hebben het den volke kond gedaan. Aan te merken is er op vrijwel iedere school wel wat, goed is er eigenlijk niet een. *Kells* signaleert dan enkele High Spots, met name de kwestie der state board examens en de onwaardige kritiek op eminente mannen, hetgeen voor ons verder niet van belang is.

Maar de grondtoon die door zijn heele betoog heenklinkt interesseert ons ten volle. Zelfs de voorzitter der Foundation, zoo zegt hij, voelde wat mij voor de toekomst van ons schoone vak bang maakt. In zijn voorwoord toch merkt deze o.a. op: „Een geslacht van geneesheeren, tandartsen, verpleegsters op te kweken, wier deskundige hulp zoo kostbaar wordt dat die geheel buiten bereik van de middelmatige inkomens ligt, die voor de hun bewezen diensten ook willen betalen, zou een noodlottige fout zijn (a dismal mistake in civilization)”.

Maar uit het Bulletin zelf blijkt deze opvatting allerminst.

Iedereen — behalve dan The Carnegie Foundation — weet dat de tandartsen langzamerhand zijn grootgebracht in de overtuiging, dat dentistry feitelijk alleen voor de rijken is — the poor people have no use for dentistry or, to put it better, dentists have no use for poor people.

Tot nog toe kon „The middle class” nog eenigszins van de tandheekunde profiteeren, maar allen — behalve dan weer de Foundation — weten dat met verdere pogingen voor higher education der a.s. tandartsen, met verdere restricties aan de tandheekundige scholen opgelegd, dentistry alleen en uitsluitend voor de rijken zal kunnen werken and that's no joke. The middle class and the poor will be in the same boat as far as getting good dental work done.



Zoo spreekt deze veteraan, de man van het „no cavity too small to fill.”

Een waardige evenknie van onze grootste zangeres, die ook waagt vol te houden tegenover schijngeleerde betweterij: Laat ze techniek studeren.

Maar dan ook techniek s t u d e e r e n!

v. A.

---

*Balanced occlusion — its practical application in partial denture construction* by A. P. Little, St. Paul, Minnesota. Journal A. D. A. Mei '26. <sup>1)</sup>

Door de ontwikkeling van het tandstelsel beïnvloed, nemen hoofd en nek hun plaats in 't bouwplan in, zó dat 't effeekt der funktie zo goed mogelijk zij. Zo bestaat er natuurlijk een verhouding tussen onder- en bovenkaak en 't is 't gebit, dat deze relatie dient te bewaren. Ook de prothese. Een spier funktioneerst zoals 't behoort zolang de afstand oorsprong-insertie konstant blijft, in rusttoestand. Foutieve rusttoestanden doen de spieren dus hun plicht verzaken. Alle funkties in de mondholte worden beïnvloed door de okklusie. Moge bij volle prothesen de gebalanceerde sferiese okklusie-theorie van Monson in z'n geheel tot uiting komen, ook bij partieel prothesewerk is 't van belang, deze theorie voor ogen te hebben. Na bepaling van de kodylen-middelpunten plaatst schr. de modellen in de Monsor-artikulator en voor 't bepalen van de ligging van 't boloppervlak vond schr. „de balanced occlusion guide”, een boloppervlak-gedeelte, in de vorm van de tandboog (door 't niet bezitten van een ruimte voor de tong lijkt dit plaatje lastig voor kontrôle in de mond. ref.). Is de plaats van dit plaatje bepaald, dan wordt met beetplaten de plaats gekontrolleerd in de mond.

---

*A study of forty-three maxillary sinuses* by Harry N. Boyne, Omaha, Nebraska. Journal A. D. A. Mei '26.

Een onderzoek van 42 manl., 21 vrouwelijke schedels, tussen 15 en 66 jaar. Grote variaties waren zeldzaam. Zo bv. 't vertikale septum maar in 1 geval. 't Canalis infraorbitalis varieerde van groeve tot tube-vorm. In 93 % lag de bodem van 't antrum lager dan de neusgangbodem, waardoor drainage naar deze gang meestal niet veel belooft. In tegenstelling met andere schrijvers komt Boyne tot de konklusie dat de M<sub>2</sub> vaker in relatie

---

<sup>1)</sup> Dit en de volgende vier referaten in vereenv. spelling. (Red.)

staat met het antrum, dan de  $M_1$ . De minste relatie komt voor bij de  $M_3$ . Vaak was 't ostium maxillare langwerpig, vertikaal, op de hoogte ongeveer van de hiatus semilunaris. Vorm en grootte van 't antrum waren zeer vaak gewijzigd door ontstekingsprocessen, waaronder zeer veelvuldig de mukeuze kyste. B. vond 3 adenomen. Bij  $\frac{1}{4}$  van het aantal werden alveolaire abscessen aange troffen en slechts in 1 geval een hierbij aansluitende sinusitis. Toonde overigens 't antrum pathologische verschijnselen, dan werden ook meest in de andere sinus dezelfde veranderingen aangetroffen. Dat 't antrum nogal es betrokken is bij een fractuur van molaar of tuberositas kan verklaard worden door de dunne poreuze beenwanden en 't gemis aan steun van de proc. pterygoideus. De inhoud van 't antrum was variabel en was bij pathologische processen kleiner. Meestal was de linker sinus wat kleiner dan de rechter.

---

*Prevention in dentistry*, by A. D. Black, Chicago, Illinois. Journal A. D. A. Mei '26.

Dat karies een belangrijke faktor is voor de algemeene gezondheid, en toeneemt bij hogere civilisatie is al vaak verteld. We kennen de chemies-parisitaire theorie. De aciditeit van het speeksel schakelt schr. uit als kunnende van invloed zijn op 't ontstaan van karies — evenals de structuur van de tand. Wel moet de dispositie liggen in 't speeksel. Pogingen om de werking van diëten na te gaan op dispositie en immuniteit, waardoor veranderingen in structuur veroorzaakt, te verklaren, mislukken waarschijnlijk. Nader onderzocht moet worden de invloed van dieet op speeksel. Nog niet aangetoond is of er stofwisseling plaats vindt in het glazuur. Aan alle maatregelen welke tegenwoordig genomen worden om de mond goed te houden, moeten we meer waarde hechten qua kontrôle dan wel als middelen ter voorkoming van karies. Het tandheelkundig onderzoek moet liggen in de medies-chemies-fysiologische, histologische, bakteriologische en medies pathologische laboratoria en de biologiese faktor moet meer in 't oog gehouden worden. De tandheelkundige hygiënist is de belangrijkste faktor voor betere tandheelk. verzorging van het volk.

---

*Lesions of gum tissues and their relation to vascular hypotonus*, by C. M. Geahart, Washington D.C. Journal A. D. A. Mei '26.

Bij de wondgenezing en littekenvorming speelt 't bindweefsel een grote rol. Het tandvlees dat zo zeer aan verwonding is bloot-



gesteld, moet wel rijk zijn aan bindweefsel om te voorkomen dat op gewone traumata geen ernstige reactie volgt. De overgang van periodontium op periost en gingiva, en deze weefsels afzonderlijk zijn rijk aan bloedvaten en bindweefselfibrillen. Wanneer bij extractie de bloedtoevoer zo plotseling onderbroken wordt, kontraheert 't tandvlees zich zo sterk als geen ander weefsel; dit is te wijten aan de mechaniese endarteritis. Weet men dat bij verschillende ziekten, waarbij endarteritis en lokale anaemie (of lage bloeddruk) in de gingiva optreden, terugtrekking der gingiva plaats vindt, dan ligt 't volgens Gearhart voor de hand hier tusschen verband te leggen; dat dus door de lage bloeddruk de gingiva en proc. alv. retraheren.

---

*Radiography from the point of view of the prosthodontist* by Howard H. Jackson, Detroit, Michigan. Journal A. D. A. Mei '26.

Bij prothetische behandeling raadt schr. volledig röntgenologisch onderzoek aan, voor en na de operatieve behandeling. We weten dan of en waar nog operatief gewerkt moet worden, we kennen de toestand der septa en kunnen beoordelen of een tand nog behouden kan worden. En verder verraden de spicula zich, die later zovaak irritatie veroorzaken.

A. WARTENA.

---

*Kasuistische Mitteilung zur Pulpa-Amputation*, von Dr. Robert Kronfeld, Wien. Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde Nov. 1927.

Behalve vermelding der gevallen, waarin amputatie der pulpa gepermitteerd is en een korte mededeeling der wijze, waarop hij deze operatie doet, vertelt *Kronfeld* een typisch geval uit zijn praktijk, waaruit blijkt welk een voortreffelijke methode de amputatie is.

In 1919 werd bij een dame P<sub>1</sub>id gecauteriseerd en de pulpa daarna geamputeerd. Acht jaar later moet hij de kroon tengevolge van cariës aan de andere zijde van den tand wegnemen en die vervangen door een Richmond kroon. Bij zijn poging de vroeger achtergelaten pulpa te extirpeeren, bemerkt hij, dat de pulpakamer gevuld is met een kompakt beenachtig weefsel. Hij boort dit weg in de hoop en verwachting de kanaalingang te kunnen bloot leggen, maar hoe ijverig hij ook zocht en welke methode met sonden, naalden, boren à la *Miller*, *Beutelrock*, *Kerr*,

*Prinz*, enz. hij ook toepast, hij vindt geen kanaalingang en evenmin ook maar een spoor van een kanaal. Er bleef niets anders over dan in het harde beenachtige weefsel een kunstmatig kanaal te boren voor opname van de stift der kunstkroon. Drie maanden na het plaatsen der kroon worden Röntgen-foto's gemaakt en blijkt de diagnose juist, dat onder de stift in het uiteinde van den wortel geen spoor van een pulpa en dus evenmin een kanaal te bekennen is. De periodontaalruimte is normaal en het been rondom den apex zonder eenig zichtbaar pathologisch verschijnsel. De schrijver meent te zien, dat het been dáár zelfs kompakter is dan rondom den wortel der buurtanden.

De acht jaar geleden geamputeerde pulpa is dus vervangen door een hard beenachtig weefsel. *Kronfeld* laat nu in het midden of het been, dentin of cement is; dat zou slechts door histologische onderzoekingen uit te maken zijn, die hij in zijn privaatspraktijk bezwaarlijk doen kan, maar dit eene geval, dat hij in staat was zelf na te gaan, klopt volkomen met de conclusie der onderzoekingen van Zwitsersche auteurs (*Hesz, Muller, Lutz, Meyer en Zürcher*), die beweerden, dat na 1—6 jaar de pulparest geresorbeerd en door secundair cement vervangen wordt. En daarom vraagt hij aan het eind van zijn artikel: Kan er een betere pulpabehandeling zijn als die, waarbij de Natuur ons zoo tegemoetkomend ondersteunt en kan er een beter wortel vulmateriaal zijn als dat, hetwelk de Natuur zelf produceert en ter plaatse afzet?

W.

---

*Zu meiner Modification der Mandibularis-Anaesthesia* von Kurt Kapper. Zeitschrift für Stomatologie 1927 No. 11.

Schr. wijst op eenige anatomische bijzonderheden. Bij maximaal geopenden mond zien wij achter den eersten molaar de door *Sicher* beschreven *plica pterygomandibularis*, welke gevormd wordt door spanning van de raphe pterygomandibularis, een sterke streng bindweefsel, die aan de binnenzijde van het trigonum retromolare ontspringt en naar den hamulus pterygoideus loopt. Een tweede plooi, die wij bij 98 % der menschen bij wijd geopenden mond aantreffen en die door Schr. *plica buccinatoria* gedoopt is, ontstaat door de spanning van den musc. buccinatorius, die achter den laatsten molaar de buitenzijde van de mandibula verlaat. Door het spannen van het slijmvlies ontstaat een kuiltje, dat meestal wat lichter gekleurd is dan de omgeving en dat steeds te zien is; *Kapper* noemt dit de *fovea buccinatoria*.



Ter oriëntering behoeft de mond slechts maximaal geopend te worden. Men mag de wang niet wegtrekken, omdat daardoor de plica buccinatoria verstrijken zou.

Het is *Kapper* gebleken, dat bij het openen van den mond de mandibula naar voren schuift, welke beweging de musc. pterygoideus niet medemaakt. Daardoor komt het foramen mandibulare meer naar voren te liggen, dus dicht bij den spierrand. Men injicieert op de plaats, waar de plica pterygomandibularis en buccinatoria elkaar kruisen, d. i. in de fovea buccinatoria, met een gewone Fischer-spuit, voorzien van een dunne, korte canule (No. 17). Het lichaam van de spuit komt op den eersten molaar van de tegenovergestelde zijde te liggen; de naald wordt  $\frac{1}{2}$  c.M. ingevoerd en moet dan het been raken.

De geoefende hand behoeft zich niet streng aan dit kruispunt te houden. Zij oriënteert zich naar de diepte van den insteek. Het insteekpunt ligt ergens op de bovengrens van de horizontale welving van de plica mandibularis en is juist gekozen, indien de canule, na  $\frac{1}{2}$  c.M. te zijn ingevoerd, het been raakt.

Het is een groot voordeel van deze methode, dat de naald slechts zoo weinig diep moet worden ingestoken en dat de anaesthesie zeer spoedig, reeds na 5 minuten, optreedt.

Fr.

*Die Zahnfollikel Cysten. Beitrage zur Kenntnis ihres Wesens und ihrer Entstehung*, von Dr. Josef Lartschneider. Zeitschrift für Stomatologie 1927. No. 12.

Schr. komt door zijn onderzoekingen tot de volgende conclusies, die afwijken van de tot nu toe gangbare opvattingen over den aard en het ontstaan der tandfollikelcysten:

1. Tandfollikelcysten zijn zieke, door ontsteking veranderde tandfollikels en hebben absoluut niets te maken met stoornissen in de ontwikkeling van de tandkiem, met misvormingen of „met een desoriëntatie van het tandkiemepitheel, welke tot de ontwikkeling van honderden kleine tanden kan leiden.”

2. Evenmin staan de langs de tandwortels gelegen epitheelresten (Malassez'sche paradentale epitheelresten) in eenigerlei betrekking tot de tandfollikelcysten. In het follikelstadium van de tandontwikkeling zijn er noch tandwortels noch paradentale epitheelresten.

3. De cystevloeistof is een exsudaat.

4. Tot nu toe zijn tandfollikelcysten aan melktanden en aan blijvende snij- en hoektanden niet waargenomen.

5. Schr. heeft in de literatuur slechts 7 molaarfollikelcysten beschreven gevonden, waaronder één aan een verstandskies.

6. Twee van de 6 beschreven molaarfollikelcysten zijn twee-kamerig, tengevolge van het gelijktijdig ziek worden van twee naast elkaar gelegen molaarfollikels.

7. De molaarfollikels liggen tusschen de divergeerende wortels der melkmolaren. Daardoor zijn zij bij ziekten der melkmolaren aan gevaren blootgesteld.

8. Verstandskiesfollikels kunnen bv. door verhemelte-abscessen geïnfecteerd worden.

9. Folliculaire tandcysten zijn een kinderziekte; zij worden waargenomen tijdens de tandwisseling.

10. Bij operatieve behandeling van tandfollikelcysten moet de cystewand niet verwijderd worden (methode Partsch). Uitkrabben met den scherpen lepel, met de bedoeling den cystewand te verwijderen, is een ruwe ingreep, die de kinderkaak (vooral de bovenkaak) zwaar kan beschadigen en tot verwickelingen bij de nabehandeling kan leiden, met niet onbelangrijke vertraging van den genezingsduur.

Fr.

---

*Die Dunlop-Methode zur Behandlung der diffusen Atrophie und der Gingivitis ulcerosa* von B. Gottlieb. Zeitschrift für Stomatologie 1928 No. 1.

Bij deze methode wordt het zieke weefsel behandeld met paraffine, met een zalf en met zuurstof.

Paraffine wordt, met boorzuur en andere medicamenten vermengd, in staafvorm gebracht. Dezelfde medicamenten (o.a. alkohol, oleum menphae, zuurstof) worden met glycerine tot een zalf verwerkt. De zuurstof wordt door een flesch geleid, die de medicamenten in vloeibaren toestand bevat en neemt deze gasvormig mede.

De paraffine dient tot verband en wordt met een verwarmde metalen spuit (met diverse gebogen canules) in gesmolten toestand in de tandvleeschzakken gespoten. Als de zakken niet diep zijn wordt de paraffine zacht gemaakt, met de vingers gekneed, op het tandvleesch aangedrukt. De zalf wordt door den tandarts en ook wel door den patient op het tandvleesch gewreven, het liefst nadat zij met een metalen spuit ter plaatse is gebracht.



De zuurstof wordt zoowel droog als vochtig (bedeeld met de medicamenten, die zij op haar tocht door de flesch medeneemt) in de tandvleeschzakken geblazen, met een druk van ongeveer 3 atm. De spray wordt allereerst op het gezonde weefsel gericht; de zuurstof verspreidt zich vanzelf over de zieke deelen, zoodat zij dan niet zelden uit de diepe tandvleeschzakken opborrelt.

Meestal blijft het slijmvlies zijn kleur behouden, maar vaak treedt een witte verkleuring op, ter plaatse, waar het weefsel veel zuurstof heeft opgenomen. Vooral in deze gevallen zij voorzichtigheid aanbevolen. Men dient het toevoeren van zuurstof af en toe te onderbreken en naar het welbevinden van den patiënt te informeeren. Indien de verhoudingen gunstig zijn stroomen nl. ongelooflijke hoeveelheden zuurstof in het weefsel, die zich naar het oor, den schedel of het mediastinum begeven en een gevoel van beklemming veroorzaken. Te lang voortzetten van zuurstoftoevoer kan dan ook gevaarlijk zijn, zooals het dier-experiment heeft bewezen. Men kan een dier als een ballon opblazen en het op deze wijze met zuurstof doen stikken, daar de zuurstofafvoer (door resorptie en uitademing) voor te veel en te snel toegevoerde zuurstof ontoereikend is.

Als het gevoel van beklemming ons duidelijk maakt, dat wij te veel zuurstof hebben toegevoerd, dienen wij op te houden. De verschijnselen verdwijnen dan spoedig. De behandeling wordt tot een volgende zitting uitgesteld. De tolerantie is zeer verschillend; sommige patiënten verdragen ontzettend groote hoeveelheden.

*Dunlop* heeft zijn methode ongeveer 15 jaar geleden gepubliceerd. Dat zij zoo weinig ingang heeft gevonden komt waarschijnlijk door dat de indicaties niet scherp genoeg gesteld waren.

Voorop staat bij deze therapie de werking van de zuurstof, die bij de paraffine- en zalf-applicatie door de toevoeging van het boorzuur wordt verkregen. Maar in hoofdzaak is de paraffine-werking bedoeld als een mechanische, als een beschuttende. Paraffine werkt als een verband, waaronder de pijn snel verdwijnt, terwijl het wondverloop bespoedigd wordt. Het is gewenscht, dit verband dagelijks te vernieuwen, niet omdat het verkeerd zou zijn, het langer te laten liggen, maar omdat het gewoonlijk niet goed bevestigd blijft.

De zalf werkt bovendien gunstig door de groote hoeveelheid glycerine, die vocht aan het onfstoken weefsel onttrekt en de zwelling vermindert.

De zuurstof verwekt arteriële hyperaemie tot in de diepste

deelen, waar zij doordringt, terwijl de bijgemengde medicamenten den duur dezer hyperaemie verlengen. Verder schijnen de stagneerende vervalproducten van den ziektehaard geoxydeerd te worden, wat op een chemische reiniging van het zieke weefsel neerkomt.

*Gottlieb* heeft de methode sinds  $\frac{3}{4}$  jaar toegepast en haar leeren waardeeren bij de behandeling van gingivitis ulcerosa en diffuse atrophie.

Hij schetst uitvoerig een ernstig geval van diffuse atrophie met hypertrophische gingivitis en roemt het gunstige resultaat, met de Dunlop-methode bereikt, nadat gedurende een aantal jaren alle (voornamelijk chirurgische) behandelingen gefaald hadden.

Voor al de gingivitis hypertrophicans, gekarakteriseerd door een verminderde specifiek-dynamische eiwitwerking en door het overwegend voorkomen van plasmacellen in het hystologische beeld, loopt onder de inwerking van de Dunlop-methode zonder chirurgischen ingreep spontaan terug.

Fr.