

UIT DE LITTERATUUR



Pyv-Stomin, van Dr. P. Günther, prakt. Zahnarzt, Bern.
Schweizerische Monatschrift für Zahnheilkunde. Febr. 1931
No. 2.

Andermaal een nieuw middel dat ons geboden wordt voor locale behandeling van acute en chronische ontstekingen van het mondslijmvlies (stomatitis, aphten, druknecrose, hypertrophie etc.), van de gingiva (acute gingivitis, chronisch ontstoken tandvleesch), der papillen (acute papillitis, necrotische en hypertrophische papillen) en der alveolen (alveolair-pyorrhoe).

Het overweldigend succes heeft de uitvinder er toe gebracht het middel in den handel te brengen; waar het te verkrijgen is wordt echter niet gemeld. Door middel van een speciaal daarvoor geconstrueerde spuit (Pyv-Stomin spuit; Pyv = ontsteking, Stoma = mond), wordt het medicament als dun vloeibare brei in een dikke laag gebracht op het slijmvlies, dat te voren goed is droog gemaakt en door wattenrollen beschermd wordt tegen het speeksel. Met een spateltje pompt men het verder goed tusschen de papillen en in de tandvleeschzakjes, waarna men het in acute gevallen 10 minuten en in chronische 15 minuten laat liggen.

Het Pyv-Stomin stolt dan tot een droge korst, die afgebroken of geschaafd wordt, wanneer men het middel verwijderen wil. De achterblijvende resten worden met een warmwaterspuit of spray grondig verwijderd, daarna spoelt de patiënt den mond uit. Deze Pyv-Stomin behandeling wordt zoo noodig tot 5 maal herhaald en wel naar gelang van de vordering der genezing na elke behandeling, in tusschenpoozen van een tot vijf dagen.

De mechanische reiniging der tanden, dus die met onze instrumenten, moet liefst vooraf gebeuren. Wanneer de pijn zulks belet is er geen bezwaar de Pyv-Stomin eerst toe te passen, tot de pijn verdwenen is.

De physiologisch-therapeutische werking van Pyv-Stomin (de

samenstelling wordt niet gegeven) stelt de schrijver zich als volgt voor: De putride zeer infectieuze laag op de gingiva en in de tandvleeschzakjes wordt met de daarin groeiende bacteriën-flora geëst. Daardoor wordt reïnfectie uitgesloten en secondaire etteringen verhinderd.

De werking van het middel is daarmee niet uitgeput maar oefent door zijn desinfecteerend en wateronttrekkend vermogen een gunstigen invloed uit op de onderliggende vitale weefsel-lagen. Door de contractie der cellen en bloedvaten ontstaat een contractie van het geheele tandvleesch m.a.w. sponsachtig tandvleesch wordt harder, hypertrophische papillen worden kleiner, tandvleeschzakjes worden kleiner en nauwer en omsluiten de tanden weer vaster.

W.

Dental hygiene in the public schools of Chambersburg, Pa.
by U. L. Gordy, Chambersburg, Pa. Dental Cosmos Febr.
1931.

in een buitengewoon interessant artikel worden de resultaten beschreven van de toepassing van „dental hygiene” gedurende 8 jaren op de openbare scholen in Chambersburg.

De methode is gebaseerd op het kweken van trotsch en zelf-respect met betrekking tot het onderhouden van het gebit.

Een getuigschrift wordt uitgereikt aan elken leerling die van zijn tandarts een bewijs medebrengt, dat zijn mond in goeden staat verkeert. Er bestaat een concurrentie tusschen de klassen onderling van eenzelfde school om het grootste percentage aan goed onderhouden gebitten te hebben, waarvoor aan deze klasse ook een diploma uitgereikt wordt. Heeft een klasse een percentage van 100% aan perfecte gebitten, dan ontvangt de betreffende onderwijzer een speciale dankzegging van zijn chefs. De hoogste eer voor een school is, als deze het hoogste percentage aan goed onderhouden monden onder haar leerlingen telt in vergelijking met andere scholen. Het onderwijzend personeel wordt ook medegerekend en geeft tevens het voorbeeld. Jaarlijks worden er optochten gehouden door de leerlingen ter propaganda van de „dental hygiene”.

De monden worden geïnspecteerd en gereinigd door een „dental hygiënist”, die daarvoor in aanmerking komende leerlingen naar den tandarts verwijst.

De behandelende tandartsen hebben het tarief zoodanig laag

gesteld, dat de meeste ouders zich die uitgaven kunnen veroorloven. Om het zelfrespect niet te krenken wordt geen leerling gratis geholpen. De betreffende leerling tracht, om de eer van zijn klas of school hoog te houden, op een of andere manier zijn schuld te voldoen, al is het slechts in zeer kleine gedeelten met medewerking van den onderwijzer.

Op 't oogenblik hebben 97.4% der leerlingen goed onderhouden gebitten.

Deze tandheelkundige opvoeding draagt ook bij om de onverschilligheid en onwetendheid der ouders betreffende de verzorging van den mond te doen verdwijnen.

Dr. A. C. Fones geeft bij dit artikel een interessante bespreking.

An introduction to dental economics by Lloyd E. Musburger, Jamestown, N.D. Dental Cosmos Febr. 1931.

Geen systeem van „dental economics” zal slagen, dat niet in aanmerking neemt het welzijn van beide partijen bij iedere transactie. Een tandarts, die zijn beroep volgens de regelen der kunst uitoefent, echter bovenstaand beginsel der economie niet nakomt, maakt inbreuk op de beroeps-ethiek. Verlangt hij een te hoog honorarium dan blijven zijn patiënten weg, een te laag honorarium, dan moet tenslotte het werk er onder lijden.

De moeilijkheid is de patiënt te overtuigen dat het honorarium gerechtvaardigd is.

Als hedendaagsche tandheelkundigen moeten wij in staat zijn aan de behoeften van „reparative dentistry” tegemoet te komen, echter de rationeele oplossing van vele problemen, economie inclus, ligt in de richting van „prevention”.

Schr. behandelt verder: vraag naar- en behoefte aan tandheelkundige behandeling. Vraag wordt verdeeld in latente en effectieve. Door tandheelkundige opvoeding wordt een latente vraag geschapen. Wanneer de tandheelkundige behandeling tegen een zoodanige prijs verkrijgbaar is, dat de latent aanwezige patiënten in staat zijn deze te betalen, dan wordt de latente vraag omgezet in een effectieve vraag en aan de behoefte is voldaan. Hierdoor ontstaat ook een meerdere productie van den tandarts. Dit heeft ten gevolge, dat de praktijk op gunstige basis te voeren is. Een betere praktijkleiding stelt den tandarts in staat zijn patiënten beter te behandelen en hierdoor vindt deze meer voldoening in zijn werk.

Grondslag voor alle succes is echter de overtuiging van het publiek in de noodzakelijkheid van „preventive dentistry”.

Metabolism of Carbohydrates by Bernard B. Badanes, New-York, N.Y. Dental Cosmos Febr. 1931.

Schrijver behandelt in verband met de voeding het metabolisme van koolwaterstoffen. Het is een interessant artikel voor diegenen, die een meer speciale studie op dit gebied hebben gemaakt.

Some economic viewpoints of dentistry by S. S. Boise, Bismarck, N.D. Dental Cosmos Febr. '31.

Schrijver geeft de volgende raadgevingen en licht ze toe:

- 1°. Maak een jaarlijksche staat van onkosten;
- 2°. Bereken de kosten per werkuur of werkweek;
- 3°. Wees angstvallig bezorgd voor het behoud van de patiënten evenals voor het technische gedeelte van het beroep;
- 4°. Bestudeer de verschillende bronnen van inkomsten der patiënten.

Office efficiency to obtain maximum returns for given effort by R. A. Ogilvie, Grand Forks, N.D. Dental Cosmos Febr. '31.

Het fundament voor succes in een tandheelkundige praktijk is het kweken van vertrouwen in den tandarts t.o.v. zijn kennis en wetenschap.

Belangrijke punten zijn een modern ingerichte praktijk en een systematische organisatie van de praktijkhuishouding; verder een beperkt aantal patienten per dag behandelen teneinde tijd te hebben om de behandeling aan den patiënt uit te leggen en tevens in staat te zijn het beste werk te leveren.

Habits which affect the development of the denture by Benlah G. Nelson, Chicago, Ill. Dental Cosmos Febr. '31.

Gewoonte kan men definieeren als een vaste neiging om op een zekere manier te handelen. Biologisch kan men het zich voorstellen, dat door de plasticiteit van het protoplasma, bepaalde prikkels, bepaalde paden in de hersenen, ruggemerg, motorische en sensorische zenuwen aangelegd hebben. Deze gebaande paden doen een bepaalde handeling nagenoeg onwillekeurig zijn.

Schrijver geeft aanhalingen uit de literatuur betreffende normale en abnormale gewoonten welke invloed hebben op de ontwikkeling van het tandstelsel.

Zuigen is normaal totdat het melkgebit doorbreekt waarmee de kauwactie dient te beginnen. Wordt het zuigen voortgezet, dan wordt dit een abnormale gewoonte en heeft een slechten invloed op het gebit. Bij het begin van de kauwactie, dus bij het doorbreken van het melkgebit, moet men het kind het geschikte voedsel geven waarvoor kauwen vereischt wordt.

Goede gewoonten dient men aan te kweeken o.a. tanden borstelen.

Schrijver bespreekt verder de bekende slechte gewoonten en besteedt vooral aandacht aan de gewoonte van „pillowing” (d.w.z. arm of hand als kussen gebruiken tijdens het slapen) en de gewoonte om het hoofd op de handen te steunen.

De psyche van een kind staat niet toe dat de slechte gewoonten „gebroken” worden b.v. door straffen. Men dient de oorzaak op te sporen en weg te nemen.

In sommige gevallen is het aan te raden het kind af te leiden van de gewoonte door het een of andere nuttige bezigheid aan te leren.

Een andere methode om een gewoonte af te leeren is, het kind bewust te doen worden van de ongewenschtheid der gewoonte. Men plaatse het kind daarom voor een spiegel.

Het is de taak van den tandarts om de ouders en het kind opmerkzaam te maken op de gevolgen van slechte gewoonten.

B. KNAP.

Panel Dentistry, by F. N. Doubleday, Oral Hygiëne, May 1930.

Nu de belangstelling voor de sociaal-economische zijde van ons beroep allerwege blijkt toe te nemen, is het interessant erop te letten hoe die belangstelling in verschillende landen zich openbaart en tot welke oplossing zij voert. Een vorige maal is te dezer plaatse reeds herinnerd aan de instelling van de commissie ter bestudeering van de kosten van medische behandeling en van de „study of dental practice” in de Vereenigde Staten. Ditmaal moge de aandacht gevestigd worden op bovengenoemde, zeer uitvoerige uiteenzetting van het Engelsche „Panel” systeem, door Doubleday gegeven in een drukbezochte bijeenkomst van de St. Louis Dental Society, en op de daarop gevolgde discussie door den voorziter van het Committee on the Study of Dental Practice, Herbert E. Phillips.

In een, vooral voor Amerikaansche toehoorders, belangwekkend overzicht schetst Doubleday hoe de zorg voor zieken en ouden van dagen zich geleidelijk uit de bemoeienissen van Friendly Societies ontwikkeld heeft tot een hechte nationale voorziening, door Lloyd George vastgelegd in de National Health Insurance Act van 1911. Deze wet regelt ouderdomspensioen, ziekte- en ongevallen verzekering, werkloosheidsverzekering, en verder de zoogenaamde „additional benefits”.

Naast geneeskundige behandeling kent deze wet ook ziekengeld in bepaalde gevallen toe. Het spreekt van zelf dat dan ook menige stem is opgegaan ter waarschuwing, dat de kosten op den duur te hoog zouden moeten loopen en tot een fiasco leiden. Uit voorzichtigheid werd daarom in de wet onderscheid gemaakt tusschen die geneeskundige hulp, die in ieder geval moet worden verstrekt, en tusschen hetgeen facultatief gesteld werd, zooals het verschaffen van brillen, orthopaedische apparaten en dergelijke. Onder deze facultatief gestelde voorrechten werd ook de tandheelkunde gerangschikt. Bestaande en goed functioneerende ziekenfondsen werden wettelijk erkend. Zij ontvingen een zeer groote mate van vrijheid, waarbij de regeering zich vrijwel beperkt tot de controle over de financiële gesties, zoodat het najagen van ongeoorloofde winsten of het veroorzaken van financiële nadeelen voor de verzekerden onmogelijk wordt. Bij vijfjaarlijksche controle wordt dan uitgemaakt of er voldoende surplus is gemaakt om aan de ingeschrevenen ook een of meer der facultatieve additional benefits te kunnen verschaffen.

Nu de wet ongeveer twintig jaar van kracht geweest is, en er dus reeds tamelijk nauwkeurig gebleken is welke additional benefits het meest in aanmerking komen, blijkt de vraag naar tandheelkundige en oogheelkundige hulp zoo groot te zijn, dat er alle kans bestaat, dat ze, in plaats van facultatief, wettelijk verplicht gesteld zullen worden indien de financiële consequenties het eenigszins mogelijk maken.

De geheele regeling der tandheelkundige hulp berust bij een regeeringscommissie van acht en twintig leden, the Dental Benefit Joint Committee, die benoemd wordt door den Minister of Health. Veertien dier leden zijn vertegenwoordigers van erkende ziekenfondsen, de overige leden zijn tandartsen. Hun taak is het om — uitgedrukt met de woorden van ons N. P. P. rapport — te onderzoeken en aan te geven, wat — naar gelang van plaats, tijd en omstandigheden — den aard der hulpvoorziening en de minimumremuneratie zoo zuiver mogelijk benadert. Zij beslissen dus over de kosten der behandeling en over de wijze

van betaling. (Minstens de helft van de kosten van een prothese moet door het ziekenfonds bekostigd worden.) Zij geven aan wat de rechten en plichten zijn van den behandelenden tandarts en van de hulpvragende patienten. Zij regelen de kwestie van vrije tandartsenkeus, kliniekbehandeling of behandeling-thuis, al- of niet-bijbetaling door de patienten. Zij oefenen controle en doen uitspraak in geschillen. Zij stellen het honorarium voor de verschillende behandelingen vast, en zij schrijven iederen tandarts, die zich aanmeldt om tegen die voorwaarden hulp te verleen, in een register (Panel) in. Voor de eerste maal zijn dergelijke tarieven door de Dental Benefit Joint Committee opgemaakt Juli 1926. Bij de vijfjaarlijksche herziening in 1930 zijn ze gemiddeld 6.8% . . . verlaagd. De reden, dat de tandartsen in deze verlaging noodgedwongen hebben toegestemd, ligt volgens Doubleday in het feit, dat de vertegenwoordigers der ziekenfondsen, als geroutineerde zakenlui, gemakkelijk spel hadden tegenover de weinig-saamhoorigheidsgevoel-en-nog-minder-zakelijkheid-toonende tandartsen. Een heele reeks andere bezwaren somt de spreker, die de zaak overigens gansch niet ongezend is, op, met als gevolg een zich terugtrekken van de „more capable dentists” en „a grudging and inforced service from dentists who are compelled to do this kind of practice for a living”.

Typisch Amerikaansch is de op deze voordracht gevolgde „discussie” van Herbert E. Phillips. Geen critiek op details, geen Stellungnahme tegen de hoofdgedachte. Een vleiend woord over the splendid paper. Een persoonlijke herinnering uit eigen ervaring. Dan een heldere en scherpzinnige uiteenzetting van den tijd, waarin wij leven en van de plaats, die onze professie in den gecompliceerden strijd onzer samenleving inneemt. Veel citaten, vooral van business-men, als evenzoovele kernspreuken, waarvan de Yankee het geheim bezit. Zoo bijv.: „medical science travels by airplane in an age of aviation, while medical organisation lumbers along in the stage coach”: „Leadership requires that ideas be studied and understood”.

Natuurlijk ontbreekt niet de berekening in dollars en procenten van wat voor tandheelkunde en wat voor andere minder of meer noodzakelijke dingen wordt uitgegeven in de Vereenigde Staten: Ongeveer honderdvijftig millioen dollars worden jaarlijksch besteed voor tandheelkundige hulp, opgebracht door hoogstens vijf en twintig procent der bevolking. Wij zijn bezig de overige vijf en zeventig procent op te voeden to the need

for dental care. Many of them are unable to pay for dental care. Herein lies our *problem* for the immediate future.

Volgt een opwekking tot eenparige samenwerking, opdat met ons gerekend worde, vóórdát misstanden zich kunnen kristalliseeren.

Slot vormt deze jeugdige erkenning, die Old Europe beschaamt: We must go to school intensively in the United States during the next two, three or five years, and study these questions involving dental care for the masses carefully and very thoroughly and find answers that will provide dental care for all the people. We will then be meeting our professional obligations to the nation's health. v. A.

Kieferbewegung und Kauflächenform von Dr. W. Balters. Bonn. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1930. Heft 1.

Bij de vervaardiging van kunststanden zijn de volgende twee vragen van belang:

1. hoe moet de vorm zijn opdat de kaakbeweging niet belemmerd wordt.
2. hoe moet de vorm van het kauwvlak zijn wanneer wij het grootst mogelijk nuttig effect ervan willen hebben.

Balters hecht zeer veel waarde aan de overbeet van de hoektand. Door waarneming aan natuurlijke gebitten kon hij vaststellen dat de afslijping van de molaren grooter wordt naarmate de overbeet van de hoektand kleiner is. Interessant is de afbeelding van een bovenkaak met rechts een normaal en links een linguaalstaande hoektand; de linkermolaren zijn sterk afgesleten doordat de overbeet van de hoektand ontbreekt; de rechtermolaren vertoonen bijna geen afslijting. Dezelfde bevindingen kon Balters aan prothesen vaststellen; o.a. aan een bovenprothese waar de rechterhoektand afgebroken was: de molaren vertoonen hier rechts veel meer afslijting dan links.

Hoe staat het nu met de in den handel zijnde kunststanden? Deze zijn eigenlijk alle vervaardigd voor volle prothesen en kunnen voor partieele alleen gebruikt worden nadat er vrij veel aan geslepen is. Een bezwaar hierbij is dat dan ook de fissuren zoo goed als verdwijnen, zoodat de kauwfunctie geringer wordt. Bij het vervaardigen van kunststanden moet er op gelet worden dat de knobbels lager en de fissuren dieper gemaakt worden.

De functie van volle prothesen hangt voor een groot deel af van de opstelling, die zoodanig moet zijn dat bij heen en weer bewegen van de onderkaak beide gebitshelften op hun plaats

blijven. Voor een patient werden twee prothesen vervaardigd van gelijke beethoogte, plaatvorm en incisale overbeet. Bij de eene werd een anatofom gebit gebruikt en bij de andere niet-anatomische molaren. Een kauwproef leverde bij beide ongeveer dezelfde resultaten. Er was aan beide prothesen bijna niet geslepen. Na inslijpen van de occlusie werd het kauwresultaat veel beter, zoodat wij dus zien dat het inslijpen absoluut noodzakelijk is voor de kauwfunctie. De patient vond het kauwen met het anatofomgebit minder prettig dan met het andere.

Het in occlusie slijpen geeft ons dus functioneel betere molaren. De kunststanden zullen andere vormen moeten hebben. Zij zijn te veel copie van het gebit van onvolwassenen. De fabricage der kunststanden moet zich in die richting ontwikkelen dat wij krijgen tandvormen die zich vereenigen met de afslijting der knobbels zoodals die op middelbaren leeftijd voorkomt.

RODRIGUES PERREIRA.

Die Retentionsform der Gussfüllung von Dr. Anton Loos. Vierteljahrsschrift fuer Zahnheilkunde 1930, Heft 1.

Het maken van kronen, die wat betreft preparatie van de stomp, rand aansluiting en functie aan alle eischen voldoen, behoort tot de moeilijkste werkzaamheden van onze professie. Een overhangende rand van kroon of vulling kan funeste gevolgen hebben voor het element en zijn bevestiging in de kaak. De voortdurende prikkeling van de gingiva is oorzaak van een ettersecretie waardoor onaangename reuk en foetor ex ore ontstaan. De ontsteking van de gingiva kan ook overgaan op het periodontium, waardoor langzamerhand het element los gaat staan. Wanneer wij ons dus bewust zijn, dat het maken van goed functioneerende kronen niet zoo gemakkelijk is, zullen wij liever probeeren, een element door een inlay te behouden.

Bij de preparatie moeten wij er om denken, dat de behandeling van een carieuse caviteit een radicale operatie is, waarbij de volgende punten in acht genomen moeten worden:

1. al het weeke weefsel verwijderen tot in het gezonde dentine;
2. zorgen dat geen secundaire caries kan ontstaan;
3. de anatomische vorm van het element moet hersteld worden met een materiaal dat voldoende weerstand tegen de kauwdruk heeft.

De verankering van inlays kan als volgt onderverdeeld worden:

1. Verankering met stiften, hoofdzakelijk voor het front, wordt echter weinig meer gebruikt.
2. Verankering door een bijzondere vorm z.g. retentievorm n.l.:
 - a. door ondersnijdingen; hierbij moeten wij erom denken, dat het glazuur voldoende ondersteund blijft door dentine;
 - b. door de caviteit te maken met vlakke bodem en loodrechte wanden, die voor inlays iets moeten divergeeren;
 - c. door een occlusale caviteit op een bepaalde manier te verbinden met een proximale („zwaluwstaart”);
 - d. bij groote caviteiten door in de zijwanden groeven te maken waarin de vulling dan als met een haakje vastgehouden wordt.

Geïllustreerd met zeer duidelijke afbeeldingen, worden dan de verschillende caviteiten besproken, vanaf de enkelvoudige centrale caviteit tot de gecompliceerdste vormen; m-o-d, half kroon, driekwart-kroon.

Bij de bovenpraemolaren met groote vullingen (m-o-d.) komt dikwijls fractuur voor door de wigwerking van de antagonist. Wij kunnen dit voorkomen door de occlusale caviteit breed uit te snijden en de knobbels iets lager te slijpen, zoodat het vulmateriaal er over heen komt.

De algemeene regels voor de retentievorm kunnen wij niet altijd doorvoeren, ons mechanisch-physisch inzicht moet dikwijls te hulp komen, om een resultaat te bereiken dat in alle opzichten voldoet en dat niet alleen hygiënischer maar ook aesthetischer is dan de gouden kroon.

R. P.
