

UIT DE LITTERATUUR



Ueber die Pulpa-amputation. Prof. Dr. Oskar Müller, Basel. Zahnärztl. Rundsch. No. 17.

Prof. Müller acht amputatie alleen geïndiceerd bij kunstmatig blootgelegde pulpa en pulpitis partialis, waarbij volgens schr. geen vormveranderingen, althans niet in het wortelgedeelte plaats gehad hebben. De steriliteit ervan doet er minder toe, daar volgens schrijvers' onderzoekingen en die van Coervey en Hartmann, pulpae na devitalisatie door As_2O_3 en ook door paraformaldehydpasta's kiemvrij zijn. Het gaat er dus om dat geen reïfectie plaats heeft. Dus: cofferdam, H_2O_2 , alcohol en jodiumtinctuur. Amputeeren en triopasta met asbestwatten.

Schrijver heeft „eine Unzahl" van pulpastompen onderzocht, en gevonden dat in de plaats van het pulpaweefsel een meer op het periodontium gelijkend bindweefsel getreden was. Dikwijls was het foramen apicale door secundair cement afgesloten.

Zungenbrennen. Von Dr. Josef Satzer (Brünn). Zahnärztl. Rundsch. No. 19.

Schrijver noemt enkele oorzaken van tongbranden op, waar men minder op bedacht zou kunnen zijn, bijv. na reparaties van caoutchouc prothesen, misschien door de verschillende rubbersoorten.

Tongbranden kan echter het eerste symptoom zijn van perniciëuse anaemie, zelfs al geeft bloedonderzoek op dat oogenblik niets ongewoons te zien.

Dan nog de bekende gevallen. Na het leggen van amalgaamvullingen, vooral in de buurt van goudinlay's e.d. De lasten zijn echter meestal van korten duur en verdwijnen na zorgvuldig polijsten of vanzelf.

Was sagen Wissenschaft und Erfahrung zu Mitteln und Wegen der Wurzelbehandlung? Dr. Wilhelm Balters (Bonn). Zahnärztl. Rundschau No. 20 en 21.

„Die Wurzelbehandlung faszt alle die jenigen Masznahmen zusammen, die der Gesunderhaltung des periapikalen Gewebsbezirks dienen oder bei Erkrankung dieses Bezirks die Gesundung herbeiführen”, aldus schrijver in een uitvoerig met vele teekeningen verduidelijkt artikel. Wij mogen niet tevreden zijn, gaat hij verder, dat de pijn weggenomen is en na de behandeling wegblijft, het herstel van de functie van de tand en de röntgencontrole moeten het bewijs leveren voor de goede wortelbehandeling. De arsenicumapplicatie heeft niet plaats om de pijn uit te schakelen maar om het lichaam gelegenheid te geven een demarcatiezône te vormen.

Daar arsenicum een zwaar vergift is, moet het op een blootliggend gedeelte van de pulpa gelegd worden, dat tot resorberen in staat is, dus niet eenvoudig in de diepte van een carieuze holte, omdat het mogelijk is dat het dentine niet meer in directe verbinding staat met het pulpaweefsel, maar door pus, cavernen of dentikels ervan gescheiden en... niet meer te controleren is.

Door de hyperaemie die optreedt na arseenapplicatie vermeerdert de pijn wanneer de ontstoken pulpa opgesloten zit. Daar arsenicum evengoed werkt door gezond dentine als door pulpaweefsel, zij het langzamer, is het zoover mogelijk van de tandvleeschrand te houden.

Na de devitalisatie der pulpa moeten we het aan het lichaam overlaten een demarcatie zône te vormen, m.a.w. de overgangszône waarin het arseen wel zijn prikkelende en beschadigende maar nog niet zijn necrotiseerende werking uitgeoefend heeft, op te ruimen. Bijzonder belangrijk zal dit zijn voor tanden met wijd foramen apicale.

Wij weten nu, dat de door arsenicum gedevitaliseerde pulpa steriel is. Onderzoekingen aan het instituut te Bonn hebben uitgewezen, dat reeds na weinige minuten de doode wortelstomp door de bekendste van onze desinfectantia doordrongen wordt, waardoor hij steriel blijft. Dus extirpeeren enz., onder een bad van een desinfectans.

Daar de demarcatielijn in het onderste gedeelte van den wortel verloopt, zal steeds een kleine (levende) stomp pulpaweefsel aan de apex achterblijven. Volgens de tegenwoordige opvattingen biedt dit echter betere waarborgen voor het gezond blijven van het periodontium, dan extirpatie tot de apex.

Nadruk legt Balters nog op de noodzakelijkheid van een trechtervormig kanaal, dat alleen te verkrijgen is door de kanaalruimers alleen te laten roteeren in het kanaal, zonder tegelijk verder naar de apex toe te werken.

Direct na de extirpatie uit ieder kanaal volgt de vulling ervan.

Balters besluit met de in den aanvang gestelde vraag te beantwoorden: door het tegenwoordige instrumentarium (pastastoppers, Walkhoffsche „Aufreiber” „, Reduzier”- hand- en hoekstuk) is de wortelbehandeling veel gemakkelijker geworden, de handhaving der techniek heeft in de praktijk nog niet de gewenschte hoogte bereikt, daar de meening, dat het medicament de doorslag geeft, nog te vast geworteld is.

Wij kunnen slecht de wortel *b e h a n d e l e n*, g e n e z e n moet ze vanzelf. *Medicus curat, natura sanat.*

Ueber den Genuss von Pfefferminztabletten seitens der Zahnärzte, Gerhard Schueler (Berlin), Zahnärztliche Rundschau.

Dit artikel bevat een waarschuwing aan het adres van die collega's, die ter verbetering van den adem regelmatig pepermunttabletten e.d. gebruiken. Oleum menthae piperitae bestaat als alle aetherische oliën hoofdzakelijk uit koolwaterstoffen, phenolen en zuren. De voortdurende, jarenlange inwerking hiervan op het tandglazuur brengt dit vroeger of later tot ontkalking; temeer daar de tabletten met bijna mathematische juistheid op dezelfde plaats gebracht worden, meestal in het vestibulum even boven de molaren of de praemolaren.

De ontkalking zal dus alleen op die plaats zich afspelen.

Pepermuntolie heeft ook nog de eigensch. ap maag- en darmsecretie te bevorderen en de peristaltische bewegingen te vermeerderen, waardoor lichte scorbut kan optreden, wat de diagnose, cariës door pepermunt gebruik, kan vergemakkelijken.

TH. FRIEDERICY.

Ueber Heilungsvorgänge im periapikalen Gebiet nach antiseptischer Wurzelbehandlung. von G. Tollardo, Lamon (Italiën).

Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde. Mei 1931. No. 5.

Indien er voor ditzelfde onderwerp al niet een heele reeks

artikelen verschenen was, zou de conclusie waartoe de schrijver aan het eind van zijn onderzoekingen komt, slechts twijfelachtige waarde hebben, want 15 tanden te behandelen is wel wat heel weinig om een definitief oordeel uit te spreken of een toegepaste methode al of niet succes heeft, temeer wanneer de methode niet voor alle tanden op dezelfde wijze wordt toegepast en verschillende medicamenten worden gebruikt. Maar nu, zooals gezegd, ook vóór hem reeds vele andere onderzoekers hetzelfde terrein hebben afgewerkt en tot dezelfde conclusie komen, kunnen we met gerust hart door gaan zenuwbehandelingen aan tanden en kiezen te verrichten, indien men maar acht geeft op een juiste indicatie en verder een juiste methode op de juiste manier toegepast.

Zowel mummificatie als extirpatie kunnen dan uitstekende resultaten opleveren; drukanaesthesie, injectie anaesthesie of arsenicumpreparaten (speciaal Kobalt) het kan alles goed zijn en het kan ook wel een mislukking opleveren, al is die klinisch niet merkbaar, doch wel bij röntgenologisch of bacteriologisch onderzoek. Toch blijven die zoogenaamde mislukkingen verre in de minderheid, zooals ook bleek bij het werk van dezen auteur. Hij resiceerde van zijn 15 proeftanden de wortelpunten en maakte voor het histologisch onderzoek microscopische preparaten. Elf exemplaren gaven het beeld van volkomen genezing, terwijl bij vier een begin van of een uitgesproken granoloom aanwezig was. Gewerkt werd met Chrorphenol, Chlorphenol-kamfer, Chrorphenol-Kamfer-Menthol en trikresolformaline, terwijl als pasta werd toegepast die van Gysi en van Walkhoff.

De mislukkingen moeten worden toegeschreven aan beschadigingen die het periodontium ondervindt bij mechanische en chemische reiniging van het wortelkanaal of door infectie.

W.

Ueber die Wirkung der Kohlensäure als Dentin-Anästhetikum unter Benützung des Apparates Carboflux-Weski, von M. Wehrli-Illisch, Küttigen (Aargau). Schweizerische Monatschrift für Zahnheilkunde. April 1931. No. 4.

Het gevoelige tandbeen is wel eens „de vloek der conserveerende tandheelkunde” genoemd en het heeft dan ook niet aan pogingen ontbroken middelen te vinden dezen vloek weg te nemen, maar tot nu toe niet met volledig succes. Prinz verklaarde zelfs dat „het zoeken naar een zoogenaamd middel om het dentine ongevoelig te maken, evenzoo hopeloos is als de poging het per-

petuum mobile uit te vinden." Toch heeft deze pessimistische uitspraak het verder zoeken niet kunnen belemmeren.

De eischen die Walkhoff aan een dentine-Anästheticum stelt zijn de volgende:

1. Het middel mag noch de anorganische noch de organische bestanddeelen van het tandweefsel verwoesten.
2. De dieptewerking moet vrij groot zijn zonder toepassing van een gecompliceerd instrumentarium en moet binnen enkele minuten volgen.
3. Het middel mag geen irriterende werking op de pulpa uitoefenen.
4. Tijdens de toepassing mag het geen noemenswaardige pijn veroorzaken.
5. Verkleuring van het tandweefsel mag later niet optreden.

Er zijn maar weinig medicamenten, die aan deze eischen voldoende als eenigszins bruikbaar in aanmerking komen. Ten opzichte der oorzaak van het overgevoelige tandbeen bestaan twee richtingen. De eene school, waartoe o.a. Boll, Morgenstern, Römer, Dependorf, Howard-Mummery behooren, nemen de aanwezigheid van zenuwvezels in het dentine aan, terwijl de andere school, vertegenwoordigd door Retzius, Black, Tomes, Walkhoff, Gysi, Hopewell-Smith, meent dat het dentine-kanaaltje enkel gevuld is met een fijn korrelig protoplasma, als uitlooper van het cellichaam der odontoblasten.

De meerdere gevoeligheid van het dentine op de glazuurdentine grens wordt daardoor verklaard, dat de dentine-kanaaltjes zich op die plaats boomvormig vertakken en bij de doorsnede derhalve veel meer protoplasma door de prikkel van koude, warmte, etc. getroffen wordt.

Volgens Gysi zijn de dentinekanaaltjes gevuld met halfvloeibaar protoplasma, dat niet samenpersbaar is, zoodat b.v. druk door middel van een stompe excavator uitgeoefend, onmiddellijk wordt overgebracht naar de odontoblasten en het aldus verklaarbaar is dat scherpe instrumenten minder pijn veroorzaken dan stompe. Gezond, versch vrijgelegd dentine doet bij intacte pulpa bijna geen pijn bij mechanische aanraking, doch na inwerking der mondvlloeistof wordt het ontbloote dentine hyperästhetisch. Deze gevoeligheid kunnen we ook constateeren bij wigvormige defecten en bij blootliggende tandhalzen en in carieuze holten. Behalve deze locale factor speelt ook de dispositie een

rol. *Scheff* zegt: De overgevoeligheid van het tandbeen kan aanmerkelijk verhoogd worden door pathologische en physiologische toestanden in bepaalde organen van het lichaam. Ze treedt bijzonder aan den dag bij nerveuze mannen en bij diegenen welke een zittende levenswijze hebben. Ook intellectueel hoogstaande en veel geestesarbeid verrichtende menschen lijden vaak aan groote gevoeligheid van het tandbeen.

Of men nu de aanwezigheid van zenuwvezels aanneemt of niet, de praktijk heeft geleerd, dat een middel slechts dan succes heeft, als het mogelijk is geheel door te dringen tot in de dentine-kanaaltjes. Nu is juist het bezwaar dat bij de levende tand de inhoud der kanaaltjes zich verzet tegen dit indringen van het middel, hetgeen *Prinz* aanleiding gaf tot zijn bovengemelde pessimistische uiting. Door het tandbeen zoo goed mogelijk uit te drogen kunnen we het indringingsvermogen beduidend vermeerderen.

De schrijfster beperkt zich bij het opnoemen der in aanmerking komende middelen tegen dentine-anästhesie tot:

phenol, chlorphenol, de alcaloiden en de „ermüdende” stoffen, waartoe behalve koolzuur ook eenige soortgelijk werkende alcalizouten behooren.

Phenol en chloorphenol, vooral dit laatste, werken heel goed, doch bezitten een geringe dieptewerking. Volgens *Peekert* kunnen ze eenige dagen zonder schade voor de pulpa in de caviteit afgesloten worden. De werking wordt verhoogd wanneer ze een weinig verwarmd worden toegepast. De directe applicatie van alcaloïden in geconcentreerden vorm heeft weinig succes. Betere resultaten verkrijgt men bij gelijktijdige toepassing van een mechanischen druk of gebruikmaking der kataphorese. De werkzaamste preparaten van deze groep zijn de cocaïne-verbindingen. *Walkhoff* bericht goede inwerking van salpeterzure en melkzure cocaïne, beide zeer hygroskopisch en met flink doordringingsvermogen. Toevoeging van wateronttrekkende middelen als glycerine en absolute alcohol, verhoogen het effect.

Uit geheel ander oogpunt als bovengenoemde middelen past men de zoogenaamde „ermüdende” stoffen toe. Hier tracht men op kunstmatige wijze den vermoeïngstoestand, het uitputtingsproces, dat physiologisch bij het werken van een weefsel ontstaat, te voorschijn te roepen. In het menschelijk organisme zijn koolzuur en melkzuur hoofdzakelijk de geproduceerde vermoeïngsstoffen. Reeds voor dertig jaar wees *Walkhoff* er op, dat koolzuur en ook koolzure alcalizouten, verder koolzure natron, koolzure kali en phosphorzure kali bruikbaar waren voor dentine-

anästhesie. De etsende pasta van *Sachs* voor blootliggende tandhalzen bestaat eveneens uit kalium- en natriumcarbonaat met glycerine.

Onder de „ermüdende” stoffen heeft koolzuur de laatste jaren de gewichtigste rol gespeeld. *Weski* construeerde een gemakkelijk te hanteeren toestel en het is met deze Carboflux-*Weski*, dat de schrijfster de noodige proeven heeft genomen. Ze koos expresselijk gevoelige caviteiten (o.a. veel halscaviteiten) bij gevoelige patiënten en is over het resultaat zeer tevreden. Resumerend deelt ze mede:

In 63 % der gevallen werd goede anästhesie bereikt, in 30 % een onvolkomen anästhesie en in 7 % geen succes.

De toepassing der CO₂ was in:

3,3 % pijnloos;

75,5 % weinig pijnlijk;

21,2 % vrij gevoelig.

In 5 gevallen gelukte het gezonde pulpae na de koolzuurbehandeling bloot te leggen; bij pulpitis gelukte dit niet.

Verstikkingsverschijnselen werden in geen enkel geval waargenomen.

Histologisch onderzocht vertoonde de pulpa vacuolen in de odontoblastencellen, chronische hyperämie en atrophische verschijnselen in het pulpabindweefsel. De vitaliteit der pulpa heeft onder de inwerking der koolzuur niet te lijden. W.

Bewertung der Abdruckmethoden von Wustrow und von Kantorowicz, von W. Eichentopf (Würzburg). Zeitschrift für Stomatologie 1931, Heft 2.

De afdruckmethode volgens *Wustrow* (voor de volle prothese) beschrijft E. als volgt: 1e. „Orientierungsabdruck” met plastische afdruckmassa of gips (komt overeen met den z.g. „anatomischen afdruck” volgens *Kantorowicz*). 2e het vormen van een „individueelen” afdrucklepel uit schellak op dit model. 3e gipsafdruck met dien lepel waarbij de randpartijen gevormd moeten worden tijdens het hard worden van het gips door actieve („physiologische”) bewegingen der gelaatsspieren van den patiënt.

Wustrow verwerpt het gebruik van plastische afdruckmassa voor het definitieve model. De (boven)prothese volgens W., laat het zachte gehemelte vrij, terwijl, zooals bekend, *Kantorowicz* terwille van de z.g. „ventielafsluiting” de plaat over

een stuk van het palatum molle laat reiken. Daarvoor wordt het optimale vastzitten der prothese gewaarborgd. Reichenbach en Nüsslein hebben (in het Tandheelkundig Instituut der Universiteit te München) een paar jaar geleden bij een twaalfstal patiënten volle (boven)prothesen volgens Kantorowicz en volgens Wustrow vervaardigd en dan het weerstandsvermogen van die prothesen in situ bij belasting in verschillende richtingen (verticaal, horizontaal en opwaarts door het „Kipmoment”) vergeleken. Allèen t.o.v. het laatste vonden R. en N. een aanmerkelijk verschil (20 %) ten gunste van de prothesen naar Kantorowicz. Er werd toen echter geen rekening gehouden met de mogelijkheid, dat later inkorten van de plaat noodzakelijk kon worden in die gevallen, waar de druk op het zachte gehemelte op den duur niet verdragen werd.

Het onderzoek van Eichentopf wilde deze leemte aanvullen. Hij maakte voor 10 patiënten volle bovenprothesen, eerst volgens Kantorowicz, dan volgens Wustrow. De proeven werden enkele uren na het plaatsen der prothesen verricht en na 12 dagen herhaald. Bij die gevallen waar inkorten der plaat noodig was, werden de proeven direct daarna herhaald en dan nog eens na 12 dagen. Dit gebeurde bij 5 patiënten; bij 2 daarvan verminderde daarna de zuigkracht van de prothese insoover als het weerstandsvermogen tegenover verticale en opwaartsche belasting aanmerkelijk daalde. Het zwaartepunt van E.'s resultaten ligt echter in het feit dat de patiënten met de prothesen volgens Wustrow vrijwel hetzelfde weerstandsvermogen bij de belastingproeven toonden als met de prothesen na den tijdroovenden „Sauge Abdruck”.

Terecht wijst E erop, dat de methode van Wustrow tijd, kosten en materiaal bespaart en dus voor toepassing in de praktijk (in 't bijzonder voor poliklinisch werk) beter geschikt is dan de z.g. G.-S.-T.-methoden met plastische afdrukmassa.

E. HERTZKA.

Napijn. Items of Interest. Febr., Maart, April 1931.

In zijn nimmer dorre „Around-the-Table”talks bestrijkt Ottolengui met kaleidoscopische verscheidenheid al wat op tandheelkundig terrein de belangstelling van den practicus treffen kan. Met bewonderenswaardige virtuositeit weet hij de belangstelling gaande te houden, niet alleen bij zijn lezers, maar — nog merk-

waardiger — evenzeer bij de „broeders” van zijn denkbeeldige club, op wie hij naar het schijnt nooit tevergeefs een beroep doet wanneer hij weer een onderwerp ter discussie inleidt.

Ongetwijfeld is die medewerking voor een groot deel te verklaren uit de groote achting voor zijn persoon. Maar in de wijze waarop hij altijd weer de vele groote en kleine moeilijkheden der dagelijksche praktijk weet te belichten en te doen belichten, ligt toch wel het geheim, waardoor hij nu al zooveel jaren lang telkens weer vakbroeders bereid vindt anderen met hun kennis en ervaring te dienen.

In bovengenoemde nummers van de *Items* komt zoo het thema „napijn” ter sprake. Een jong collega, Dr. Van F. Barnes doet verslag van zijn — niet met veel succes bekroonde — pogingen om van „big men” te leeren, hoe zij het toch leveren zonder napijn te opereeren. De „secretaris” brengt dit verslag hier over, en voegt er de aanmoedigende opmerking bij, dat het ook hem wil voorkomen, dat er meer napijn in geleedigde alveolen geleden wordt dan de vakbladen wel doen vermoeden.

De een had aan Dr. Barnes als oorzaak van zijn napijnklasten opgegeven, dat zijn techniek fout was; een ander weet het aan resten alcohol, in de spuit achtergebleven; een derde ried aan stalen naalden te gebruiken; weer een ander zelfbereide injectievloeistof te gebruiken, enz. Der raadgevingen vele, maar napijn bleef er, zoo nu en dan. Niet bij injectie voor plombeeren, wel na extracties.

Zoo klaagt Dr. Barnes zijn tale of woe; en prompt in 't volgende nummer komen de antwoorden uit verschillende hemelstreken bij den „secretaris” binnen.

Prof. Lyons, university of Michigan, waarschuwt tegen al te onbedachtzaam toepassen van de injectiemethode; hij raadt aan: een minimum hoeveelheid injectievloeistof, op lichaamstemperatuur, onder zoo weinig mogelijk druk ingespoten. Een teveel in elk van deze drie schakelt niet alleen de gevoeligheid uit, maar ook al te zeer de bloedstroom, — de voornaamste factor in het genezingsproces.

Prof. Berger, Columbia University, dringt aan op beter observeren. Het is niet waar, dat napijn alleen zou optreden bij extracties. Zij komt even goed, zij het ook zelden, voor bij injectie voor caviteitspreparatie, gelijk als ook bij narcose of zelfs in gevallen zonder anaesthesie. Feit is, dat — ook als er noch op het instrumentarium, noch op de techniek, de vloeistof, de wondbehandeling, de omgevende deelen van de wond, en dergelijke iets is aan te merken, — toch als laatste — onbekende —

factor blijft de „individual reaction”. Daar zullen wij niet buiten een sedatief kunnen.

Dr. A c k e r m a n n, Newark N.J. vertelt zijn methode van aftercare. Volgens hem ligt het niet aan de injectie, maar aan de wondbehandeling. Het tandvleesch wordt na de extractie opzij geklapt, de randen worden met curette of rongeur zoo glad gemaakt, dat de aftastende vinger geen enkele scherpe rand of punt meer voelt. Dan uitspuiten met physiologische vloeistof. Geen suture. Hiermee voorkomt men — in de meeste gevallen — napijn!

Rechtstreeks hieraan tegenovergesteld luidt de meening van Dr. S c h a m b e r g, New-York, City. Deze keurt vooral het gebruik van curette en rongeur af. Een afdoend middel tegen napijn in alle gevallen bestaat volgens hem niet. Serieus werken, en in noodgevallen pijnstillende geneesmiddelen zullen een goede wondgenezing zooveel mogelijk bevorderen.

Dr. F r e d. M i l l e r, Altoona, Penn. wil een little suggestion geven. Hij citeert met instemming Mayo's woord, dat een specialist is: a man who knows more and more about less and less; en het snoode woord van iemand anders: a pecialist is just an ordinary man in some distant city. Zijn raad is: zorg vooral voor een goede bloedprop in de wond. In gevallen waar dan toch napijn optreedt gebruikt hij sinds jaren met gunstig resultaat de volgende methode: een stijve pasta van eugenol en zinkoxyd wordt in kegelvormige massa losjes in de alveool gedrukt, niet al te diep, en daar een of twee maal 24 uur in gelaten. De dan hard geworden prop wordt dan verwijderd en een lichte bloeding wordt opgewekt. In den regel is de pijn dan weg en de wond all right.

Dr. P u t e r b a u g h, Chicago, meent vooral napijn te hebben geconstateerd in gevallen van chronische infectie en van hypercementose. Men zal goed doen de weefsels, ook de harde, zooveel mogelijk te sparen, goed bloedstolsel in de wond achter te laten, en vooral — hierop legt hij zeer sterk den nadruk — de wond vrij te houden van speeksel zoolang ze niet door bloedstolsel is gevuld.

Dr. M e n d e l N e v i n, die met Dr. P u t e r b a u g h het boek over: „Conduction, Infiltration and General Anaesthesia” heeft uitgegeven, komt met een geheel andere hypothese over de oorzaak van napijn. Volgens hem kan een oplossing van novocain hydrochl. niet isotonisch zijn. Het zuurgehalte is in den regel bedenkelijk hoog (pH 3.8 in plaats van 7.4). Het anaestheticum is dan duizend maal zuurder dan de cellen van het te infiltreren

weefsel. Dat dan niet altijd napijn optreedt is te verklaren uit de alcaliciteit van het weefsel, die het zuur kan neutraliseeren voordat het al te veel schade doen kan. Waar dit niet gelukt treedt napijn op door weefseldood. Ook afsterven van de pulpa kan erdoor worden verklaard. In 95% van alle gevallen zou het zuurgehalte van de injectievloeistof de oorzaak van napijn zijn.

Als laatste correspondent verwelkomt de secretaris „Brother” H. Wild uit Bazel. Deze geeft een raad tegen de napijn en andere misere bij het ontstaan van een haematoom in de bovenkaak, veroorzaakt door de injectienaald. Druk, zoo raadt hij aan, zoo dra men zoo'n zwelling ziet opkomen, met de vuist of vlakke hand uitwendig stevig tegen de tuberositas onder den processus zygomaticus, vijf of tien minuten lang. De zwelling en de napijn zullen dan wegblijven.

Ter bekorting van de anaesthesie en bevordering van de circulatie beveelt hij het gebruik van de solluxlamp na extractie aan.

Dr. Lester Richard Cahn, New York City, die in een afzonderlijk artikel „Post-Extraction Pain” behandelt, komt tot de volgende conclusies. Napijn wordt veroorzaakt door trauma of infectie. Trauma kan bij voorzichtig werken en zorgvuldig in acht nemen van de eischen der chirurgie vrijwel worden vermeden. Infectiegevaar is te beperken door zoo weinig mogelijk elevatorium te gebruiken en door zorgvuldige antiseptische wondverzorging. In geval er infectie bestaat steriliseert Cahn de wond oppervlakkig met Churchill's jodium met glycerin aa, spuit de wond uit met een physiologische vloeistof en vult deze dan grootendeels met zout, afgedekt met een gaasje. Het doel hiervan is om door de daardoor gevormde hypertoonische oplossing in de wond tot lymphvorming te stimuleeren. Een kort oogenblik geeft het ingebrachte zout pijn, maar spoedig daarop is het resultaat gunstig.

v. A.