

# UIT DE LITTERATUUR



*Das Parodontose-Problem in seinen Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen*, door Prof. Dr. Julius Citron, Berlin.  
Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde. Dec. 1931,  
No. 12.

*Prof. Citron* houdt zich bij de indeeling der ziekten van het parodontium aan de classificceering van *Weski*, omdat naar zijn oordeel deze indeeling veroorlooft de verschillende typen goed van elkaar te onderscheiden.

*Weski* onderscheidt drie hoofdgroepen van chronische ziekten van het parodontium:

1. De chronische gingivitis.
2. De totaal-atrophische parodontose.
3. De partieel-atrophische parodontose, die weer drie onderdeelen bevat:
  - a. de katarrhale parodontose.
  - b. de dystrophische parodontose,
  - c. de combinatievorm.

Onder chronische gingivitis wordt elk geval gerekend (onafhankelijk der aetiologie), waarbij het ziekteproces zich beperkt tot de gingiva. Bekend is dat hieruit later wel vormen en ziektebeelden kunnen ontstaan, die ingedeeld zijn bij de andere groepen en dus tot de parodontose behooren, maar niettemin rekent *Weski* de chronische gingivitis niet als parodontose, omdat volgens zijn definitie van parodontose, zowel veranderingen aan het tandvleesch als ook aan de kaakrand aanwezig moeten zijn.

De totaal-atrophische parodontose „alveolairatrofie” is gekenmerkt door een gelijkmatige terugtrekking van tandvleesch en kaakrand. Tandhalzen liggen bloot en vaak zijn wigvormige defecten aanwezig. Het klassieke voorbeeld hiervan is de „atrophia senilis,” hetwelk men physiologisch zou kunnen noemen, in tegenstelling met de „atrophia praecox” die pathologisch is en door sommige auteurs op rekening gesteld wordt

van de schildklier en de geslachtsklieren; zekerheid daarom-trent bestaat nog niet.

Het derde type, de partieel-atrophische vorm der parodontose omvat het meerendeel der gevallen, die onder de algemeene naam „parodontose” worden bedoeld en waartoe dus behooren de echte en de minder echte alveolair-pyorrhoe gevallen van vroegere auteurs. Het typische kenmerk van deze groep is de atrophie van het tandvlesch zoowel als van de kaakrand, doch de graad bij deze beide kan verschillen en op dit verschil is nu weer gegrond de bovengenoemde onderindeeling, want bij de katarrhale parodontose treedt het ziektebeeld van het tandvlesch het meest op den voorgrond, bij de dystrophische parodontose daarentegen is de atrophie van de kaak veel meer uitgesproken en kan het zelfs zijn dat de mond bij oppervlakkige beschouwing een gezond beeld geeft, terwijl de derde vorm de combinatie is van deze beide eerst genoemde.

Deze indeeling van *Weski* is gebaseerd op de waarneming van klinische, röntgenologische en pathologisch-anatomische verschijnselen en heeft dus met de aetiologie niets te maken. Vroeger heeft men immer getracht één oorzaak voor de alveolair-pyorrhoe te ontdekken en zoo kon het zijn dat *Blessing* in 1911 reeds 350 verschillende theoriën in zijn boek kon vermelden over het ontstaan der alveolair pyorrhoe. Geen dezer theoriën heeft voldaan, hetgeen duidelijk is, omdat we weten dat hetzelfde kwaad bij verschillende menschen tot verschillend ziektebeeld kan leiden en daarom beweert *prof. Citron*, dat het ook thans een onmogelijkheid zal blijken een aetiologische indeeling der parodontose te geven. We zullen het dáárover eens moeten worden, dat de aard der parodontose en haar verloop door de verschillende exogene en endogene momenten beïnvloed wordt. Is dit het geval dan kunnen we de patiënten weer onderbrengen in drie groepen.

De eerste groep omvat dan de parodontose-patiënten, die kerngezond zijn en bij wie de arts geen enkele afwijking kan vinden.

De oorzaak der parodontose moet dus lokaal zijn, b.v. ongelijkmatige occlusie, tandenknarsen enz. Nu weten we ook dat andere patiënten diezelfde euvels kunnen hebben zonder eenig verschijnsel van parodontose.

*Citron* meent dat de oorzaak wel eens zou kunnen liggen in de thans nog gebrekkige middelen, waarmede een onderzoek b.v. van de interne secretie plaats vindt en dat daarom later wel eens zou kunnen blijken dat de kerngezonde toch wel een orgaan had, dat niet naar wensch functioneerde.

Tot de tweede groep brengen we die patiënten, waarbij de locale oorzaken in den mond niet aanwezig zijn of zoo gering dat ze verwaarloosd kunnen worden ten opzichte van de interne oorzaken. Als ziekten die een zeer grooten invloed hebben op de parodontose-vorming noemt *Citron*: diabetes, arthritis urica, basedow, myxoedem, Addinsonsche ziekte, epilepsie, migraine, psychose (speciaal met depressief karakter), tabes en tuberculose.

Tenslotte omvat de derde groep diegenen, waarbij zoowel exogene als endogene factoren aanwezig zijn.

In al deze gevallen zal de tandarts beginnen met de locale omstandigheden zoo gunstig mogelijk te maken, dus verwijdering van tandsteen, tandvleeschzakjes, ongelijkmatige oclusie en articulatie etc, en vaak is alleen hiermede reeds een zeer goed resultaat te bereiken, maar ieder onzer weet hoe er, ook bij de beste tandheelkundige behandelingen, gevallen overblijven waarbij de parodontose ongehinderd voortschrijdt. Het is voor die patiënten dat de interne geneeskunst haar krachten moet inspanssen omdat daarvoor de tandarts te kort schiet. *Citron* geeft een niet geringe lijst van onderzoekingen, die de internist dan te doen heeft, een lijst zoo veel omvattend, dat we ons afvragen of daar praktisch veel van terecht zal komen als de tandarts zijn patiënt naar den huisdokter verwijst om nog niet te spreken van, of te denken aan den indruk, die een dergelijk onderzoek op den patiënt maken zal.

W.

---

*Abdruckverfahren beim zahnlosen Ober- und Unterkiefer.* Dr. H. Rehm in Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1931. Heft 1.

De gipsafdruk is niet voor alle gevallen geschikt. Bij de keus van het afdruckmateriaal moeten we rekening houden met de toestand van het mondslimvlies en de harde onderlaag. Er worden in dit artikel twee principieel verschillende methoden besproken, n.l. de anatomische gipsafdruk en de z.g. Funktionsabdruck.

De eerste wordt zeer kort besproken. Schr. beveelt hiervoor aan de Ehrlicke-lepels.

De Funktionsabdruck wordt uitvoerig behandeld. Deze methode is geïndiceerd bij sterk geresorbeerde processus alveolaris en vlak verhemelte. Voor elke Funktionsabdruck wordt eerst een passende lepel vervaardigd, voor de bovenkaak van base-

plate (S. S. White) en voor de onderkaak van rubber. De afdruk van de bovenkaak wordt genomen met groene Kerr-massa, al of niet in verbinding met gips; dit hangt van de toestand van het slijmvlies af. Voor de onderkaak is gips niet geschikt. Hier geeft volgens schr. zwarte gutta-percha zeer goede resultaten.

Zonder in een volledige vertaling te vervallen is het niet mogelijk om de techniek van de schrijver weer te geven. Om deze toe te passen zou men het zeer duidelijke en van goede afbeeldingen voorziene artikel zelf moeten lezen.

---

*Contracid als Prothesen-Basis*, door Dr. Lewald. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1931. Heft 1.

Contracid heeft tegenover het door Hauptmeyer in de tandheelkunde ingevoerde V. 2 A-staat (Wipla) verschillende voordeelen. Terwijl om Wipla te persen een druk van 50000 K.G. noodig is, kan contracid in dezelfde pers als een goudplaat geperst worden. Bovendien kan het gesoldeerd worden, zoodat men het zelf kan repareren. Er is ook geen licentie voor noodig, maar het door *Krupp* geleverde contracid mag alleen voor tandheelkundig gebruik dienen. Contracid bestaat o.a. uit 14% ijzer, 58% nikkel en 15% chroom. De sterkte is 1.5 maal die van wipla, 3 maal die van goud en 24 maal die van rubber. In de mond wordt het evenals wipla niet aangetast. De bewerking die hier beschreven wordt is ongeveer gelijk aan die van een goudplaat.

Schr. geeft veel afbeeldingen van verschillende soorten partieele prothesen waaruit blijkt dat contracid in alle opzichten goud kan vervangen.

---

*Ueber den Wirkungsgrad der Rundbohrer auf Zahnschmelz*, door Dr. W. Salzmänn. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1931. Heft 1.

Doordat de tandheelkundige wetenschap in de laatste jaren hoofdzakelijk in de medische richting gaat, is het technische deel eenigszins verwaarloosd. Toch behooren beide onderdeelen harmonisch samen te gaan om volmaakte resultaten te bereiken. De machines die wij gebruiken worden gewoonlijk door de industrie gemaakt zonder onze hulp, zoodat vanzelfsprekend de

prestaties niet de allerbeste zullen zijn. Over een van onze voornaamste werktuigen — de boor — is bijna geen litteratuur bekend. Wij weten dus niet bij welk toerenaantal en bij welke druk de werking het grootst is. Schr. nam proeven op de frontanden van een paard. Het glazuur daarvan kwam in samenstelling en hardheid met dat van den mensch overeen. Hij construeerde een machine om te kunnen bepalen in welk aantal seconden een boor bij een bepaalde druk en toerental een zekere diepte bereikt. In deze machine werkt de boor onder ongunstiger voorwaarden dan in de mond, want daar oefenen wij ook een zijdelingsche druk op de boor uit. Boren van verschillende fabrikaten werden onderzocht. De snelheid variëerde van 690 tot 2950 toeren per minuut. Begonnen werd met een druk van 2800 gram, een kleinere druk gaf geen resultaten. Als grootste druk werd 4800 gram genomen, een hoogere druk komt praktisch in de mond niet voor, omdat dan de boor te warm wordt. Het verkleuren van een boor is dan ook een bewijs dat wij een veel te groote druk uitgeoefend hebben.

Het gunstigste toerental voor een ronde boor No. 4 ligt bij 690 terwijl de druk bij de verschillende fabrikaten tusschen 3300 en 4300 gram ligt. Bij grooter toerental wordt het resultaat geringer. Ook de andere nummers gaven de beste resultaten bij laag toerental en betrekkelijk hooge druk. Schr. wijst er ook nog op dat boren met de groote nummers geen nut heeft. Het beste is een caviteit met een kleine boor te openen, en daarna met een groote te verwijden.

Tot de „vrome wenschen” aan het eind van het artikel behoort een boormachine die met 600 toeren begint en waaraan voor elke opvolgende snelheid een aparte drukschakelaar gemaakt is, zoodat de tandarts moet nadenken over de te kiezen snelheid en niet, zooals bijna steeds gebeurt, maar direct het hoogste toerental kan inschakelen.

R. P.