

UIT DE LITTERATUUR



Untersuchung der gebräuchlichsten Zahnpasten, door Th. Dobnowsky, (Magdeburg) Zeitschr. F. Stomat. 1932, Heft 11/12.

De kwaliteiten van tandpoetsmiddelen worden bepaald ten eerste door hun basis (grondsustantie) die kwantitatief de hoofdschotel vormt. Van haar verdeeling, fijnheid enz. zijn de mechanische eigenschappen van de pasta's afhankelijk (hardheid, oplosbaarheid enz.). Het tweede belangrijke bestanddeel is het bindmiddel, waarmede die grondstof tot pasta gebonden wordt; verder zijn er nog kleurstoffen, dan aromatische en eventueel ontsmettend werkende toevoegsels.

De meeste tandpasta's toonen bij de chemische analyse of onder het vergrootglas vrijwel dezelfde grondstoffen; toch zijn er onderlinge verschillen, die scheikundig weinig af niets—biologisch echter soms veel kunnen beteekenen als b.v. de toevoeging van ontsmettende middelen, verder van jodium, radium en andere stoffen.

De basis (het poetsmiddel) is bij de overgrootte meerderheid der preparaten calcium-carbonaat; het bindmiddel vormt één of andere zeep al of niet vermengd met glycerine; de chemische reactie is neutraal of alkalisch — in aanpasing aan de heerschende opvatting die — als voorbehoedende factor — een alkalisch „milieu” gewenscht acht. Doch is er één groep die van een ander principe uitgaat; volgens deze opvatting wordt de speekselafscheiding en daarmede het „zelf-cleaning” beter bevorderd door zwakke zuren, omdat deze met eene grootere hoeveelheid speeksel geneutraliseerd moeten worden. De meest bekende uit deze groep is de *Pepsodent*pasta; haar basis is resp. de fosphaat- en sulfaatverbinding van kalk (omdat carbonaten — evenals zeep — in zure mengsels niet gebruikt kunnen worden); bindmiddelen zijn glycerine en zekere harsachtige stoffen; de kalkpartikels zijn grover en daardoor de hardheid grooter dan bij welke andere pasta ook; de pasta is vrij van kiemdoodende toevoegsels. Dit laatste geldt

ook voor *Colgate's* en de *Kalodont*-pasta; ook de straks nog te noemen z.g. radioactieve tandcrèmes zijn zonder eenig bactericid agens.

Tot de „kiemwerende groep” behooren *Kolynos*, *Pebeco*, *Chlorodont* en *Odol*; de beide laatste munten uit door gelijkmatig fijnste verdeeling van de kalkpartikeltjes. *Solvolith* bevat Karlsbader Sprudelzouten en moet (overmatige) tandsteen-vorming tegengaan.

Van preparaten die (ook) therapeutisch werken heeft schr. de volgende onderzocht:

- A. zuurstof afgevende: Albin, Biox, Kosmodont.
- B. jodium afgevende: Jod-Kaliklora.
- C. radio-actieve: Doramad; Radiodont.

Uit den aard der zaak kunnen laboratorium-proeven met tandpasta's slechts den hygiënischen kant van de materie bestrijken d.w.z. vaststellen of en waar fouten (tekorten) qua steriliteit, duurzaamheid, samenstelling (giftpercentage), verpakking enz. aan te wijzen zijn. Op praktisch onbelangrijke verschillen na vond D., dat vrijwel alle door hem onderzochte preparaten (20) aan de te stellen eischen voldoen.

HERTZKA.

Intraosseale Anästhesie der Kieferknochen mit Einschluss der endostalen (distalen) Methode, von Dr. Med. P. Schmu-ziger. Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde, Februari 1933 No. 2.

In de tandheelkundige literatuur zijn de publicatie's over dit onderwerp den laatsten tijd talrijk. Vele auteurs maken gebruik van de onderzoekingen van *Nogué* en *Cavaro* en doen mededeelingen over hun klinische experimenten. *Schmuziger* onderzocht opnieuw bij proefdieren de verdeeling van het anaestheticum in het kaakbeen met behulp van kleurstoffen, toegevoegd aan de injectie-vloeistoffen.

Schr. geeft aan de twee mogelijkheden bij de terminale anaesthesie: submuceuse en intraosseale anaesthesie en maakt bij de laatste verschil tusschen de trepanatie- en de perforatie-methode (ook resp. intraosseale en endostale methode genoemd).

Bij de trepanatie-methode wordt de compacta onder lichten druk loodrecht doorboord totdat de boor in de spongiosa terecht komt. Een canule wordt daarna in het gat gebracht en de injectie uitgevoerd.

Bij de endostale methode (*Fischer*) wordt het anaestheticum onder sterken druk langzaam in het beenseptum geïnjecteerd. De naald geraakt hierbij of in een beenporie van het septum of in de ruimte tusschen wortel en alveolus (zie v. *Andel*, T. v. T. 1929).

In de onderkaak vindt men een krachtige corticalis met daaronder een min of meer fijn- tot grofmazige spongiosa. (De laatste in de buurt van het mandibulairkanaal). De maxilla vertoont een zwak ontwikkelde corticalis en een weinig fijnmazige spongiosa.

De uitbreiding nu van deze spongiosaruimten is niet alleen van betekenis voor de intraosseale anaesthesie, doch in veel hogere mate voor de verbreiding van pathologische processen in de kaak.

Schmuziger geeft ter desinfectie van het slijmvlies een niet-etsende jodiumoplossing, aan naar *Miller* en *Appleton* (1 deel 7% jodiumoplossing, 1.5 deelen aceton en 0.5 deel glycerine), doch zegt tevens, dat een desinfectie van het tandvleesch bij deze methode slechts gelukt zoolang bij den ingreep het operatieveld kan worden drooggehouden; steriliteit van den ingreep lijkt hem onmogelijk te bereiken.

Het gelukte schr. bij zijn dierproeven gemakkelijk de injectievloeistof in het been te brengen. Met klem waarschuwt hij aan het eind van zijn artikel voor de gevaren, aan deze intraosseale injectie's verbonden, zoowel bij chirurgische als bij conserveerende ingrepen en komt tot de conclusie, dat bij ontstekingsverschijnselen in de omgeving van of aan den te behandelen tand de terminale injectie in elken vorm gecontraindiceerd is. Bij toepassing van trepanatie- zoowel als van perforatie-methode moet men rekening houden met de volgende gevaren: Kiemverbreiding van de oppervlakte naar de diepere deelen, het doen barsten van een geïnfecteerden beenhaard en de verspreiding van microorganismen door de bloedbaan, het opwekken van plaatselijk sterke bloedeloosheid door adrenaline met de consequentie's daarvan voor de voeding van omringende deelen, injectie direct in de bloedbaan met daarbij optredende verschijnselen, osteomyelitis langs haematogenen weg op de plaats van de trepanatie enz., kortom een reeks van weinig animeerende mogelijkheden, die als waarschuwing kun-

nen dienen voor diegenen, die deze werkwijze in de praktijk zouden willen gaan toepassen.

P. C. W.

Ein Beitrag zur Aetiologie der Trigeminusneuralgie, von Dr. Med. Hans Wagner. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1932. Heft 2.

Voor trigeminusneuralgie bestaat, evenals voor andere neuralgieën, dikwijls een zekere lichamelijke praedispositie die zijn oorsprong vindt in een op verschillende wijze verzwakte constitutie. Ook infectieziekten kunnen de oorzaak zijn, b.v. malaria, typhus, influenza, griep, tuberculose.

Constitutie-ziekten die tot neuralgie aanleiding kunnen geven zijn: diabetes, jicht, leukaemie, arteriosclerose, darmaandoeningen, vooral chronische obstipatie en hysterie; verder vergiftigingen: lood, alcohol, nicotine, kwik en arsenicum. Voorts worden nog genoemd physiologische functies van het vrouwelijk organisme: puberteit, menstruatie, graviditeit, lactatie en climacterium en ook droomen, verkoudheid, tropische en vaso-motorische storingen.

De groote meerderheid van de gevallen van trigeminus-neuralgie vindt zijn oorsprong in ziekten van de tanden. Schr. noemt hiervan: hyperaemie der pulpa, chronische pulpitis en de verdere ontstekingsvormen, tot pulpagangraen, polypen en restpulpitis. Ook wortelgranulomen kunnen een oorzaak zijn.

Voorts noemt schr. een heele reeks oorzaken die tot trigeminus-neuralgie aanleiding kunnen geven: Nieuwvormingen, n.l. dentikels, cementikels, hypercementose. Deze zijn moeilijk te diagnostiseeren, alleen door een goede Röntgen-foto. Gere-tineerde tanden, vnl. hoektanden en derde molaren. Tumoren: cysten, adamantinomen en odontomen, die een druk op de zenuwstam uitoefenen. Schr. noemt verder nog chronische osteomyelitis, arseen-necrose, fracturen van de processus alveolaris, kaakfracturen.

Scherpe kaakranden, die na een extractie niet verwijderd worden kunnen niet alleen tot dolor post extractionem aanleiding geven, maar ook tot een echte neuralgie. Ook wordt nog genoemd decubitus veroorzaakt door een slechtzittende prothese of door een gummizuiger.

Tot slot beveelt schr. aan elk geval van odontogene neuralgie nauwkeurig op zijn oorzaken te onderzoeken. Vooral de

Röntgen-foto is hierbij onontbeerlijk, omdat daardoor de ook tegenwoordig nog toegepaste nuttelooze totale extractie kan vermeden worden.

Zur Frage einer operativen Umgestaltung des atrophischen Oberkiefers, von Prof. Dr. H. Fabian. Vierteljahrsschr. f. Zahnhlk. 1932, Heft 2.

In verband met de door *Waszmund* beschreven operaties om atrophische kaken te vervormen (zie Tijdschr. v. Tandh. 1932 blz. 953) wijst schr. op de anatomische bezwaren die zich daarbij kunnen voordoen. Deze ontstaan vnl. door de uitbreiding van de diverse kaakhollen. Wanneer de afstand tusschen proc. alveolaris en neusholte reeds zeer klein is kan men daar operatief niet meer veranderen. Ook het antrum vertoont alle mogelijke afwijkingen. Het kan door slechts een papierdunne wand van de mondholte gescheiden zijn. Het kan alleen boven de proc. alveolaris gelegen zijn of zich ook uitbreiden boven het palatum. Aan beide kanten is de uitbreiding dikwijls zeer ongelijk. De antrumholte kan wel eens volkomen in tweeën gescheiden zijn. Dit veroorzaakt moeilijkheden bij het lezen der Röntgen-foto (verwarring met cyste, enz.). Ook de afstand van het palatum tot de neusholte kan bij verschillende individuen zeer verschillend zijn.

R. P.