

# UIT DE PRACTYK



## EEN STUKJE PAPIER.

Tientallen instrumenten liggen netjes gerangschikt in de kast van den tandarts. Open en dicht gaan de laadjes tijdens de behandeling, want telkens weer moet men een ander instrument, materiaal of medicament gebruiken. Tallooze keeren per dag grijpt men naar het bovenstuk van de boormachine om een nieuwe boor in te zetten. De „Unit” wordt in en uitgeschakeld.

En de handen van den tandarts komen steeds weer in den mond van zijn patiënt.

De een heeft een „schoon” doekje achter den operatiestoel hangen, waar hij telkens zijn handen mee afdroogt — een ander trekt de laadjes open met de pink en haalt de instrumenten eruit met de pincet. Er zijn er ook die een mechanische kast hebben met veeren, waar alle laadjes open vliegen als men op een pedaal drukt, sommigen laten alles door een assistente aanreiken.

In een woord: het brein der uitvinders staat niet stil. Men voelde, dat het toch in strijd is met de aller-elementairste begrippen der hygiëne, om steeds het speeksel van den eenen patiënt langs de tevoren zorgvuldig „gesteriliseerde” instrumenten en de niet-gesteriliseerde ladeknoppen en bovenstukken der boormachines in den mond van den ander te brengen.

Zonder aanspraak te willen maken op de prioriteit of op de eer het ei van Columbus ontdekt te hebben, zou ik willen vertellen hoe ik dit vraagstuk voor mij heb opgelost.

Ik neem hiervoor het bekende pakje toiletpapier. De stukjes zijn zoo in elkaar gevouwen, dat als men er een uittrekt de helft van het volgende automatisch naar boven komt.

Dit pakje papier heb ik in een bijbehorend porceleinen bakje aan den zijwand van mijn instrumentenkast bevestigd.

Een greep is voldoende om een stukje papier uit te trekken en met de daarmee beschermde hand kan men instrumenten uithalen enz. Na gebruik verdwijnt het papier in een afvalbak, die ik met de voet kan openen.

Dit hulpmiddeltje hebben enkele collega's van mij overgenomen en het is op hun aandringen, dat ik deze „uitvinding” openbaar maak.

E. FLAUMENHAFT.

---

### DE METHODE REBEL—TASSMAN.

Naar aanleiding van de waardevolle mededeelingen van details als aanvulling van mijn artikel over koperamalgaan van Broekman wil ik onderstaande opmerking maken.

Het toepassen van de methode Rebel-Tassman beveel ik niet zoozeer aan ter verhooging van de desinfecteerende werking als wel ter metaliseering.

Met genoemde methode is het mogelijk dentine-lagen, zooals we dat met Tiravel eveneens kunnen bereiken, op plaatsen waar verkleuring een contra indicatie beteekent, te harden!

Waar ons streven gericht is op behoud van de gezonde pulpa is het metaliseeringsproces, waarbij — hetgeen een slijppreparaat aantoonst — de dentinebuisjes gevuld worden met zilverneerslag, de aangewezen methode om wanden en bodem van de caviteit te versterken.

Vele malen is deze methode mij van dienst geweest door voor het opnieuw inzetten van losgeraakte stifttanden en stiftkronen, waar de aansluiting eenigszins verloren was gegaan en verweking van het dentine was opgetreden, de stomp aldus te harden.

Door daarna een acolite opbouw te maken en de combinatie-stift-volle band toe te passen, waren dergelijke elementen nog te redden, in gevallen waar anders onherroepelijk na herhaald uitvallen tot extractie had moeten worden besloten.

De methode is voorts van belang voor het behandelen van het melkgebit op zeer jongen leeftijd, indien zelfs een begin van caries niet op andere wijze te behandelen is, door de houding van het patiëntje. Een driemaandelijksche behandeling is voldoende, teneinde op wat ouder leeftijd met succes een be-

handeling met vullingen toe te passen zonder gehandicapt te worden door al te groote verwoestingen.

Te overwegen ware of langs dezen weg van chemische preventie, waar verkleuring (intens zwart worden) geen bezwaar is, voor massabehandeling van het melkgebit een toekomst is te vormen.

Ten slotte nog deze opmerking.

De ammoniacale oplossing van Nitras Argenti heeft tengevolge dat een omzetting plaats heeft volgens de formule  $2 \text{ Ag NO}_3 + \text{ NH}_4 \text{ O H} = \text{ Ag}_2 \text{ O} + 2 \text{ NH}_4 \text{ NO}_3 + \text{ H}_2 \text{ O}$ .

Dit is ook de reden waarom wij zonder vrees voor etsing, die met N.A. alleen in kindermonden vrij groot mag zijn, het proces kunnen doen plaats hebben, terwijl bovendien de reductie gemakkelijker plaats heeft dan wanneer wij van N.A. alleen uitgaan.

G. A. H. EIBRINK—JANSEN.

#### EEN STAP TERUG!

Naar aanleiding van het artikel van collega Flaumenhaft in het vorige tijdschrift over „Vereenvoudigde afdrukmethode voor de indirecte inlay-techniek” kan ik niet nalaten hierover eenige opmerkingen te maken.

Wanneer coll. F. uitgaat van een publicatie van 1913 over een afdrukmethode en dan in 1933 een verbetering daarvan beschrijft, mag hij m.i. niet uit het oog verliezen, dat in die 20 jaar het inzicht in de caviteit-preparatie en de preparatie voor kroon- en brugwerk totaal veranderd is. Ik wil hier met een enkel woord noemen de „slice”-preparatie, de onderzoekingen van Fish en in verband daarmee de verwijdering van carieus weefsel.

De teekeningen bij bovengenoemd artikel laten de „klasieke” caviteitpreparatie zien. Mijn eerste bezwaar is dan ook, dat het uitgangspunt van coll. F. verkeerd is. Zoekt men naar een vereenvoudigde afdrukmethode voor indirect werken, dan moet men als eerste eisch stellen, dat de methode voor zooveel mogelijk gevallen bruikbaar is, dus van de eenvoudigste caviteit tot de meest ingewikkelde stomppreparatie toe. Doet men dat niet, dan verliest men de groote lijn uit het oog. De methode nu, die F. beschrijft, voldoet geenszins aan genoemde eisch. Volgens mij is deze alleen bruikbaar voor occlusale caviteiten en dan nog alleen als het schuitje niet te diep

opgedrukt wordt. In deze gevallen geef ik echter nog altijd de voorkeur aan de directe methode.

Wanneer we nu de beschrijving van F. volgen en we bekijken Fig. 9 op pag. 311, dan kan ik ten eenenmale niet begrijpen hoe men op deze manier een nauwkeurige afdruk met Kerrmassa kan nemen. Wanneer men de massa voldoende hard laat worden dan moet de afdruk toch vertrekken door de ondersnijdingen, die men, door de anatomische vorm van het element cervicaal vindt. Nog erger maakt F. het m.i., als hij spreekt over twee caviteiten naast elkaar, zoodat twee vullingen in contact vervaardigd moeten worden.

Ik weet niet of F. veel ervaring heeft in inlay preparatie, maar ik vind het al een heele toer om de caviteit voor een zadelinlay behoorlijk te prepareren, zoodat de afdruk (direct of indirect) er behoorlijk uitkomt. Hoeveel moeilijker maken we het onszelf niet, als we nu de eisch gaan stellen, dat de wanden van de twee caviteiten minstens evenwijdig moeten zijn, te meer, daar de voordeelen daar niet tegen opwegen, omdat we ook eenvoudige nauwkeurige afdrukmethoden hebben, waarbij deze eisch niet gesteld wordt. Nog een bezwaar is, dat bij die preparatie vaak onnoodig weefsel opgeofferd moet worden om die evenwijdigheid te bereiken. In Fig. 11 echter geeft F. wel aan, dat de ondersnijding weggewerkt moet worden. Ik geef direct toe, dat een vertrekken op deze plaats van de afdruk de kans op zeer groote onnauwkeurigheid vergroot, maar dat neemt niet weg, dat principieel in Fig. 9 deze fout wel gemaakt wordt. Voor de fronttanden geldt mijn bezwaar natuurlijk niet, omdat dan de afdruk in 2 stukken naar labiaal en palatinaal verwijderd wordt.

Verder begrijp ik niet waarom F. in dit verband geen aandacht wijdt aan de caviteitpreparatie. Wanneer men het nemen van afdrukken wil vereenvoudigen, is het toch logisch, dat men begint met te probeeren of men hetgeen men afdruckt kan vereenvoudigen. Ik doel hier op de slice-preparatie. Men verwijdert een afdruck van een caviteit volgens de slice-methode geprepareerd, toch veel gemakkelijker dan de afdruck van een klassiek geprepareerde caviteit.

Gaan we de ontwikkeling van de indirecte inlay-techniek na, dan geloof ik zelfs, dat we de methode zooals die door F. wordt beschreven als een stap terug moeten beschouwen, want voordat we de naadlooze koperen bandjes kregen, maakte men de afdrukken ook in een schuitje. In het Tijdschrift voor Tandheelkunde, 36ste jaargang, blz. 284 en verder kan men

dat al vinden. Algemeen werd daarna de methode zooals van den Berg die vooral in ons land propageerde, beschouwd als een groote verbetering. Voor deze methode heeft men ook geen kostbaar instrumentarium noodig en men krijgt een zeer nauwkeurige afdruk, doordat men eenvoudig de band zoo vormt, dat geen afdrukmasa op de ondersnijding komt.

Verder is mijn ervaring dat ik betere inlays krijg, wanneer ik mijn afdruk met zilveramalgzaam uitstop! In spoedgevallen kan ik dan al na 2 uur verder gaan en behoef ik geen 8 uur te wachten, zooals F. aangeeft. Heb ik geen haast dan stop ik 's avonds uit en werk de volgende dag verder. Is de inlay gegoten, dan gaat hij op het amalgzaam model in de sweager en wordt aangehamerd, hetgeen met koperamalgzaam niet te doen is, daar dat te week is.

Ook lijkt mij het bepalen van het contactpunt in de molaar- en praemolaarstreek niet nauwkeurig; men moet toch het appproximaal vlak bijwerken en vooral de randen. Hoe gemakkelijk gaat het contactpunt dan niet verloren. Zonder de patient kan men het niet terugvinden. Volgens de methode zooals ik die van van den Berg gezien heb, is dat bezwaar ook onder- vangen, doordat hij een wasbeet neemt, die versterkt is met een dun plaatje tinfoil. Deze beet bevat minstens de 2 nabuurelementen. Hij laat ook de patient dichtbijten en een lichte kauwbeweging maken. De wasbeet laat hij uitgieten in een kroonarticulator en dus na het gieten van de inlay kan hij de articulatie en het contactpunt altijd controleren.

Ik geloof dan ook dat ik wel mag concludeeren, dat we deze „vereenvoudiging” zeer zeker niet als een verbetering van onze indirecte inlay-techniek kunnen aanvaarden.

K. E. WAAGENAAR.