

UIT DE LITTERATUUR



Titkemeyer — *Darf ein Patient nach chirurgischen Eingriffen rauchen?* Deutsche zahnärztl. W. schr. 1933, 15, 332.

Wanneer bij een mannelijken patiënt de laatste hechting na een chirurgischen ingreep in den mond is gelegd, kan men er van verzekerd zijn, dat één van de eerste handelingen van den patiënt zal bestaan in het uitbrengen van bovengenoemde vraag, zij het dan in een meer pathetischen vorm. De antwoorden, die wij daarop plegen te geven, zijn verschillend; bevestigend, wanneer wij gelooven aan de bactericide kracht van het nicotine en de andere stoffen in den rook, en ontkennend, wanneer wij van deze eigenschappen niet zoo erg overtuigd zijn en van meening zijn, dat des patiënten psychische gesteldheid geen al te hevige schokken zal hebben te doorstaan bij een kortdurende abstinentie.

T. heeft getracht in deze materie proefondervindelijke gegevens te verkrijgen. Hij bracht te dien einde bij eenige konijnen sneetjes in het slijmvlies van de bovenkaak aan en stelde de wonden dan bloot aan den invloed van den rook van sigaretten en sigaren. Hij kon dan waarnemen, en hij geeft hiervan een uitvoerige beschrijving, dat de aldus behandelde wonden niet zoo vlot genazen als de onbehandelde, die hij ter conrôle bij deze proefkonijntjes had aangebracht.

Op grond van deze proefnemingen is schr. ervoor geporteerd den patiënten het rooken niet toe te staan, zoolang er nog geen gesloten verbinding van granulatieweefsel tusschen de wondranden gevormd is.

E. S.

Andre. *Beitrag zur anaeroben Mundflora.* D. zahnärztl. W. Schr. 1934, N. 19, 433.

Sedert eenige jaren kan men, dank zij een waarschijnlijk door *Fortner* voor het eerst aangegeven methode, de anaerobe microorganismen beter en gemakkelijker bestudeeren dan

vroeger het geval was. F. bestrijkt de eene helft van een agarplaat met bacteriën, die gaarne zuurstof opnemen (b.v. pyocyaneus), zoodat de op de andere helft aangebrachte microorganismen zich in een aan zuurstof arm milieu kunnen ontwikkelen. Bij de studie van de bacteriën der mondholte heeft vooral *Gins* van deze methode gebruik gemaakt. Het onderzoek van *Andre* is eveneens onder zijn leiding verricht. Deze onderzoeker vond, dat de anaerobe kiemen bij zuigelingen niet aanwezig zijn, en dat zij eerst optreden bij het doorbreken der eerste tanden; met het toenemen in aantal der tandvleeschzakjes worden dan ook de saprophytische anaerobe bacteriën (leptothrix-soorten, fusiforme bacillen, actinomyceten) talrijker E. S.

Falck. *Plattenprothese*. D. zahnärztl. W. schr. 1934, N. 16, 353.

De leider van de prothetische afdeling van het tandheelkundig universiteitsinstituut te München bespreekt in deze in de rubriek „Fortbildung” verschenen verhandeling verschillende voor den practicus belangrijke gedeelten uit het gebied der totale prothese, nadat de beschreven methoden bij een groot aantal patiënten met goede uitkomsten zijn toegepast. Slechts enkele punten kunnen te dezer plaatse gerefereerd worden. Den belangstellenden lezer zij derhalve aanbevolen de publicatie zelf te bestudeeren, die ondanks het feit, dat zij in niet minder dan 26 kolommen ook talrijke reeds bekende methoden beschrijft, helder en boeiend geschreven is; een voorbeeld van een overzichtspublieatie, zooals men ze niet al te dikwijls aantreft.

Voorbereidende maatregelen. De bestudeering van het fundament, waarop de prothese zal komen te rusten, moet ons tot de overweging brengen, of niet anatomische bijzonderheden een bron zullen kunnen worden van eidelooze lasten voor den patiënt of zelfs een oorzaak voor de onmogelijkheid een prothese te construeeren, die nog tot iets anders dan voor de „show” dient. Als zoodanig kan men scherpe, overhangende beenranden aantreffen, of groote hoeveelheden week en beweeglijk submuqueus weefsel („schwammige Kieferkämme”). Deze voor een goed functioneerende prothese ongunstige verhoudingen kan men lange chirurgischen weg opheffen (de laatste door wigvormige excisie). Te dikwijls wordt aan deze

verhoudingen, die natuurlijk overal vermeld en beschreven zijn, geen voldoende aandacht besteed.

Een belangrijke en minder algemeen bekende indicatie voor dergelijke kleine chirurgische ingrepen wordt gegeven door de aanwezigheid van een plaatselijke verheffing in het verloop van het kaakbeen, zooals wij deze kunnen vinden, wanneer de laatste tanden of kiezen voor niet al te langen tijd zijn verwijderd. Deze oneffenheden storen niet alleen dikwijls bij de openstelling der tanden, maar kunnen ook (in het front) een cosmetisch ongunstige werking uitoefenen en zelfs het scheppen van een goede articulatie onmogelijk maken. Het is verrassend hoe een kleine ingreep hier groote moeilijkheden kan overwinnen.

Het belangrijke hoofdstuk over den *afdruk* begint met de vaststelling, dat de methode, volgens welke een totale prothese naar een anatomischen afdruk werd vervaardigd, nu wel tot het verleden behoort. *Ook bij gunstige gevallen* neme men een physiologischen (functie-, zuig-, enz.) afdruk. Men moet echter niet meenen, dat het tot stand komen van een goede prothese na een physiologischen afdruk uitsluitend afhangt van den aard van het gebruikte materiaal; de capaciteiten van den behandelenden tandarts en ook de medewerking van den patiënt zijn van groot belang, evenals de juiste verdere bewerking van het gebruikte materiaal. Maar evenmin mag men de phase van het nemen van den afdruk beschouwen als het stadium, dat den doorslag geeft; alle handelingen vanaf de inspectie tot het inslijpen zijn gelijkwaardig en vormen een organische eenheid ten aanzien van het na te streven resultaat.

Voor den physiologischen afdruk gebruikt de schr. gutta-percha volgens *Spreng*, omdat dit het minst aan veranderingen van den vorm onderhevig is bij het overgaan van den warmen in den kouden toestand, mits de afdruk dadelijk wordt uitgegoten. Van belang zijn dan echter ook nog de soort gips, waarmee de afdruk wordt uitgegoten en de temperatuur van het water, waarmede de gips aangemaakt wordt.

Bij het passen van den lepel voor den physiologischen afdruk dient men er vooral op te letten, dat de (nog koude) plastische massa nauwkeurig samenvalt met de op het model aangeteekende grenzen.

Van zeer groot belang zoowel met het oog op de goede constante ligging der bovenprothese als om braak- en wurgprykkels te voorkomen, acht de schr. een nauwkeurige bepaling

van den achterrand. Wanneer men niet, zooals velen ten onrechte doen, een min of meer willekeurige grens op het model vaststelt, bepaalt men deze begrenzing dikwijls door den patiënt „a” te laten zeggen en de aldus verkregen afscheiding tusschen het weke en het harde verhemelte op den afdruk of het model over te brengen. Zeer bevredigende resultaten levert deze methode echter niet op, daar deze z.g. „a-lijn” niet scherp is. Men kan daarentegen met groot voordeel gebruik maken van de door *Hauptmeyer* aangegeven methode, waarbij men den patiënt verzoekt bij dichtgehouden neus en geopenden mond krachtig in den neus te blazen (vgl. referaat in het T. v. T. 1933, bl. 403). Men krijgt dan een scherpe scheidingslijn, die gemakkelijk op den afdruk over te drukken is.

Groote moeilijkheden levert natuurlijk het verkrijgen van een behoorlijk functioneel resultaat in de onderkaak op. Deze moeilijkheden tracht schr., en met succes, te overwinnen door volgens de kauwdrukmethode van *Spreng* vleugelvormige uitsteeksels onder de linea mylohyoidea aan te brengen. Men moet echter wel weten, dat niet alleen onder, maar ook *achter* de linea mylohyoidea een ondersnijding is; hoewel deze niet zoo constant is (bij een atrophische kaak dan) als de eerstgenoemde. Is dit ondersneden gebied aanwezig, dan kan men ook dit met succes gebruiken om de prothese een meer stabiele ligging te verzekeren. De techniek hiervan wordt gedetailleerd beschreven, evenals van een andere werkwijze, die dient om de ligging nog zekerder te maken, en die bestaat in het aanbrengen van glooiende uitsparingen aan den labialen kant in de streek der molaren.

Ook aan de *beetbepaling* wordt groote aandacht geschonken, daar men wel dient te weten, dat wel in hoofdzaak het verschuiven of het kantelen van de beetplaten, mede in verband met het verschil in indrukbaarheid van het slijmvlies, de factoren zijn, die een minder goed passen van het kunstgebit ten gevolge hebben. In verband daarmee moet de beetbepaling geheel *zonder druk* verricht worden en moet men er op letten, dat de oppervlakte van den beetwal evenwijdig verloopt met de naso-auriculairlijn; hoogstens dorsaal iets naar boven opstijgend, maar in geen geval mag het molarengedeelte lager liggen dan het frontgedeelte, daar de patiënt dan bijna automatisch de onderkaak naar voren schuift. Dit laatste is eveneens het geval wanneer het hoofd van den patiënt bij het vaststellen

van den beet achterover ligt; het hoofd moet of verticaal zijn of iets naar voren gebogen.

Om te beoordeelen of de beetplaten overal goed contact hebben, probeert men meestal een spatel tusschen den boven- en onderwal te wringen. *Kranz* raadt aan in plaats hiervan de beetplaat te fixeeren (met de vingers) en dan bij het sluiten te zien, of zij ergens verschoven wordt; en daarbij late men den patiënt zeggen, of hij soms merkt, dat op een bepaalde plaats de kaken eerder op elkaar komen. Dit is een veel zekerder methode dan het proefje met de spatel.

Op de beetbepaling zonder druk (dus door den patiënt te verzoeken ongedwongen den mond te willen dicht maken) komt de schr. nog eens terug, wanneer hij het heeft over een zoo dikwijls voorkomend gebrek van de ge vulcaniseerde prothese, n.l. dat de fronttanden een open beet vertoonen, terwijl de molaren wel goed op elkaar komen. Door het verschil in weerstand van de verschillende gedeelten van het slijmvlies wordt dit bij de beetbepaling onregelmatig ingedrukt; bij het opstellen in den articulator kan men hiermee geen rekening houden en zoo verkrijgt men, onnoodig, een nieuwe bron van fouten.

Bij patiënten, die sedert langen tijd geen tanden meer hebben en dus gewend zijn met hun tandeloze kaken te kauwen, doet men er verstandig aan den beet lager te kiezen dan met de eischen der cosmetica overeenkomt; het functioneele resultaat pleegt dan veel beter te zijn.

Dat het hoofdstuk met den titel „*Artikulator und Okkludator*” een pleidooi vormt voor het gebruik van den articulator, is van dezen protheticus niet anders te verwachten. Niet daarom is de schr. tegen het gebruik der occludatoren, omdat men met het simpele opstellen in een articulator gegarandeerd goede uitkomsten zou verkrijgen, maar omdat het gebruiken van een occludator het aantal onherstelbare fouten in de articulatie (d.i. het aantal pijnlijke drukplaatsen) nog vermeerderd. Overigens is dit hoofdstuk in een zeer liberalen geest geschreven; er wordt geen bepaalde articulator met nadruk aanbevolen. Wel worden er enkele zeer leerzame opmerkingen over articulatoren in het algemeen gemaakt, welke opmerkingen echter in een referaat niet kort zijn weer te geven.

Het passen. Hieraan hecht schr. eigenlijk slechts ten aanzien van het cosmetisch effect; ook ter beoordeeling van het spreken

kan deze phase goede diensten bewijzen (den patiënt geen extra moeilijke woorden laten spreken, doch hem in een gewoon gesprek wikkelen). Maar het is onjuist in dit stadium te willen beoordeelen of de prothese goed „zit.” Wanneer, zooals gewoonlijk, de hier gebruikte voorloopige prothese geheel uit rose was bestaat, is een dergelijke beoordeeling heelemaal onmogelijk; eenigszins gaat het nog bij een stevige basisplaat en in harde was opgestelde tanden.

Tandsoorten. Aanbeveling van de Dynamic tanden volgens *Schröder*. Een complete kauwbeweging kan hiermede veel beter en bovendien gemakkelijker verkregen worden dan met de anatoomtanden van *Gysi*, terwijl zij in het nuttig effect slechts weinig bij deze ten achter staan.

Het uitvoeren van *correcties* aan de prothesen mag alleen door afslijpen geschieden wanneer er slechts kleine stoornissen in de articulatie bestaan; grovere stoornissen moet men op andere manieren zien te verbeteren. Het is een onjuiste methode den patiënt, met een stukje articulatiepapier tusschen zijn kiezen geklemd, extreme bewegingen te laten maken, omdat hij daarmede de prothese eenigszins kan losmaken van het slijmvlies en er zoo plaatsen op de tanden aangeteekend worden, die bij de normale kauwbewegingen niet zouden storen. Veel beter is het den patiënt het papiertje te laten kauwen en gelijktijdig beide prothesen met de vingers iets te fixeeren; men heeft dan een goede contrôle of de prothesen niet te veel verschuiven en kan bovendien de storende plaatsen nog door het gevoel vaststellen. Maar als men dit gedaan heeft, is het nog niet juist de aangeteekende plekjes met een steen te gaan wegslijpen. Wel verdwijnen dan de storende plaatsen, maar tevens de contacten.

Het is daarom verreweg het beste dit wegslijpen van kleine stoornissen in de articulatie in een individueel in te stellen articulator te verrichten. Men kan dit dan doen met de door *Trebitsch* aangegeven pasta van glycerine en carborundum (zie referaat in het T. v. T. 1933, bl. 816), maar beter is een pasta van carborundum met vaseline; dit blijft gemakkelijker op de kauwvlakten kleven.

Men mag vooral niet vergeten, eenige maanden na het dragen van de prothesen te controleeren of de articulatie nog in alle opzichten tevredenstellend is, ook wanneer de patiënten geen klachten hebben. Vooral bij hen, die voor de eerste keer een

prothese gekregen hebben of bij wie voor niet al te langen tijd extracties zijn verricht, verandert het been van de kaak nog al eens, zoodat de articulatie dan ook minder goed wordt.

Materiaal voor totale prothesen. Het resovine (waarschijnlijk een soort kunstzijde) kan men gebruiken om zijn cosmetische voordeelen, maar het is zeer bepaald minder elastisch dan rubber en ook breekt het eerder. Over het algemeen is de zuigkracht ook minder. (In de *Rivista italiana di stomatologia* zijn in den laatsten tijd eveneens eenige artikelen verschenen, waarin het gebruik van resovine op deze gronden afgeraden werd, ref.).

Wel kan om zijn cosmetische voordeelen het „gencivex” aanbevolen worden, een door de Trey in den handel gebracht kunsthars. Dit wordt op de anders zichtbare caoutchoucgedeelten aangebracht en kan in den gewonen ketel meegepulveriseerd worden.

E. S.

Pulpitis-Behandlung mit „Pulpa-Toxin”. F. Hermes in *Zeitsch. f. Stomat.* 1933 H. 7.

Het devitalisatie-preparaat „pulpa-toxine” bevat — volgens opgaaft van den uitvinder, den heer *Metzger*, apotheker te Freiburg i. B. — eene compositie van specifiek antineuralgisch werkende middelen t.w. alypin, chloraalhydraat, trigemin; verder novocaine, clauden en amyloform. Dit laatste is een paraformaldehyd en werkt dus als formaline doch langzamer en milder; clauden is een uit (runder) longweefsel getrokken bloedstelpende stof. Pulpatoxin vormt een stroopachtig gelei van donkerbruine kleur.

De uitwerking op de pulpa moet men zich (theoretisch) aldus voorstellen: eerst verlamming van de sensibele zenuwvezels, dan wordt het pulpaweefsel gedroogd, waarbij misschien het vatenvernauwende clauden ondersteunend werkt, tevens wordt daardoor bloeding bij of na verwijdering der pulpa tegen gehouden.

Door laboratorium-proeven kon schrijver ook bactericide werking van P. aantonen — maar hij geeft geen nadere aanduiding van den aard der kiemdoodende toevoegsels. (Evenmin vind ik iets daarover in schr.s vroegere publicaties over P. n.l. Z. R. 1932/H. 6 en 1933/H. 1. — Ook in de mededeelingen van resp. *Th. Dobkowsky* Z. R. 1932/H. 12, *G. Stather* Z. R. 1932/H. 38 en van *H. Dietrich* Z. R. 1933/H. 20 over hetzelfde

onderwerp staat geen woord betreffende dit m.i. nogal belangrijke punt).

Aangaande de praktische toepassing van het middel geeft H. de volgende wenken: de caviteit moet zonder druk maar volstrekt „hermetisch” afgesloten worden. Bij blootliggende pulpa is de werking verzekerd (optimale ligtijd ongeveer 1 week). Door een dikken dentine-wand diffundeert P. niet, wel door 'n dunne laag tandbeen. In dit geval moet echter na 3 à 4 dagen de pulpa-kamer geopend en het preparaat een tweede keer ingelegd worden.

De gewichtigste voordeelen zijn: geen gevaar voor slijmvlies of periost (zooals bij arsenicum) ook niet in geval van langer ligduur, zelfs na 3—4 weken niet; prompte pijnstillende en ook pijnlooze werking bij acute pulpitis; zeer geschikt voor pulpa-behandeling bij zieken en bij kinderen. Ook in gevallen van z.g. restpulpitis raadt schr. aan een proef met P. te nemen.

HERTZKA.

Leberfunktionsprüfungen bei Erkrankungen des Parodontiums von Dr. med. Karl Breuer. Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde, April 1934. Publikation der ARPA.

Verschillende aandoeningen van het parodontium worden door Fransche onderzoekers, o.a. *Parturier en Pont*, aan functiestoringen van de lever toegeschreven. Ook *Hulin* vond bij het meerendeel van zijn parodontose-patienten lever- en darmziekten. Terwijl deze Fransche auteurs hoofdzakelijk de meer acute ontstekingsverschijnselen aan het parodontium op het ook hebben als zij wijzen op een verband tusschen parodontose en leverfunctiestoringen, leggen *Gottlieb* en *Weinmann* er den nadruk op, dat bij stofwisselingsziekten in het overgrootste deel der gevallen de diffuse atrophie van de proc. alveolaris optreedt.

Gottlieb en *Orban* drukken zich in hun onlangs verschenen boek „Zahnfleischentzündung und Zahnlockerung” aldus uit: Anamnestic kan men dikwijls lever- en galstoringen vaststellen, waarvoor het ook niet zelden aantreffen van een hoogen cholestearine- en bilirubinespiegel in het bloed een bewijs kan zijn. Echter zeggen zij zelf, bij twee honderd parodontose-patienten niet éénmaal een leverziekte te hebben kunnen vaststellen, terwijl ook de bilirubineonderzoekingen geen resultaat opleverden, bevindingen, die met de uitkomst der onderzoekin-

gen van *Landgraf* overeenstemmen. Deze laatste heeft bij zijn experimenten omtrent bilirubine en parodontose-aethiologie slechts een negatief resultaat kunnen boeken.

Over een geval van algemeene wortelresorptie berichten *Mueller, Rony* en *Kronfeld*. Zij vonden hier na algemeen klinisch onderzoek een leverstoring, die, na het instellen van een therapie (eiwit- en kalorienarme voeding, gecombineerd met parenterale caseïne-injecties), afnam. Röntgenologisch werd daarna vastgesteld, dat de resorptie niet verder was voortgeschreden. *Boenheim* (Zahnärztliche Rundschau) publiceerde meerdere gevallen en constateerde in 5 van de 13 een pathologische hyperglycaemische kurve na laevulose belasting, hetgeen dus zou beteekenen een veelvuldig voorkomen van leverstoring bij parodontose. *Breuer* zette dit experiment voort: het bepalen van het verloop der bloedsuikerkurve na laevulose belasting (*methode Hagedorn—Jensen*), teneinde aan de hand van de resultaten, verkregen bij onderzoek van een grooter aantal gevallen, omtrent dit vraagstuk tot een conclusie te komen. Een interessante tabel (pag. 277—278) toont aan het aanmerkelijk verschil in bevindingen van *Breuer* en *Boenheim*. De eerste vindt slechts in één geval (*dystrophia diffusa*) de bloedsuikerwaarde na drie uren nog niet tot het uitgangspunt teruggekeerd; in alle andere gevallen was er een normaal verloop. De omstandigheid, dat *Boenheim's* parodontosepatienten allen uit een kliniek voor interne ziekten gerecruteerd en die van *Breuer* ambulantly waren, zal niet weinig tot dit verschil in de uitkomsten bij beide onderzoekers hebben bijgedragen.

P. C. W.

Untersuchung von Zahnwurzelgranulomen nach der Methode von H. Warren Crowe und E. C. Rosenow. Adolf Ott, Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde, Mei 1934.

Het is de bedoeling van den schrijver, het beeld van de periodontitis chronica granulomatosa door middel van bacteriologisch onderzoek duidelijk te maken. Hij legt daarbij den nadruk op het feit, dat we bij een granuloom niet zoozeer te doen hebben met een bacteriënfilter, die het been en het geheele organisme voor een bacteriënvase van den kant van een carieuze tand of kies beschut als wel met een infectiehaard, die onder omstandigheden buitengemeen gevaarlijk worden kan. En evenals zoovelen vóór hem, die dit vraagstuk onder de

oogen hebben gezien, vraagt *Ott* zich af, welke consequenties de resultaten van zijn onderzoek voor den tandarts met zich zouden meebrengen.

Het onderzoek door middel van bacteriënculturen toonde aan, dat het grootste gedeelte van de sinds minstens zes maanden klinisch symptoomlooze granulomen geïnfecteerd waren. In verreweg de meeste gevallen werden streptococcen aangetroffen, slechts éénmaal staphilococcen. Bovendien stemmen de experimenten van *Ott* overeen met die van *Barlow* (Londen), die aan de hand van granulomen uit menscheijk -materlaal (lijken) aantoonde, dat genoemde infectieuse processen zich niet uitsluitend beperken tot de granulomen, doch zich meer of minder ver in het omgevende been voortplanten.

De verschillende streptococcentypen (indeeling naar *Warren Crowe*) bleken dikwijls zeer uiteenlopende biologische eigenschappen te bezitten, terwijl van het groote aantal der geïsoleerde typen maar weinige regelmatig pathogeen bleken te zijn voor het proefdier (konijn). Verder was uit de proeven af te leiden, dat, indien de streptococcen het vermogen bezaten om binnen te dringen in de spongiosa, ook pathogeniteit t.o.v. het konijn aanmerkelijk mocht worden genoemd.

Schr. toont zich verder een aanhanger van de school van *Rosenow* wat betreft zijn standpunt ten opzichte van granulomen en haardinfectie. Hij wijst aan het einde van zijn artikel de professie op de gevaren van de terminale anaesthesie bij de extractie van elementen met acute en chronische wortelvliesontsteking en geeft blijk van zijn instemming met de zienswijze van de Zürichsche school (*Stoppany*) hieromtrent.

Aanbevolen wordt een doortastende onderzoekmethode en dito behandeling van patiënten, die ons door den medicus worden gezonden als ervan verdacht te lijden aan een focale infectie. Slechts in die gevallen, waar de algemeene gezondheidstoestand van den patiënt het toelaat en de locale omstandigheden van de betr. elementen daarvoor zeer gunstig zijn, is het raadzaam om te zien naar een meer conservatieve behandeling van granuloom en omgeving.

P. C. W.