

UIT DE LITTERATUUR



Le coiffage de la pulpe, par le Dr. M. R o y. L'Odontologie, 1936, No. 2.

De conserveering van een blootliggende pulpa kan verkregen worden, wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan: de pulpa moet klinisch nog geen ontstekingsverschijnselen vertoond hebben, het blootliggende gedeelte moet zeer klein zijn en het moet geheel door klinisch gezond dentine omringd zijn.

Om de vitaliteit te behouden, zoodat later geen gangreen ontstaat, moet de pulpa beschermd worden tegen elk uitwendig contact door middel van een hermetische afsluiting, die antiseptisch is, niet caustisch en niet irriteerend.

De substantie waarmede overkapt wordt, moet geheel in contact zijn met het open pulpa-gedeelte, maar mag, noch op het oogenblik van applicatie, noch later de minste druk op dit orgaan uitoefenen.

Schr. gebruikt een pasta, bestaande uit zinkoxyd, aristol en eugenol.

Op deze wijze heeft schr. reeds 25 jaren geleden pulpa's behandeld, die nu nog levend zijn.

R. P.

Néuralgie faciale sympathique d'origine dentaire, par R. G r a n d c h a m p. L'Odontologie, 1936, No. 1.

Er zijn verschillende typen van faciale pijnen. In de eerste plaats de faciale of essentiele neuralgie, waarbij de patient onder invloed van een of andere oorzaak (beweging, luchtstroom) een plotselinge hevige pijn gevoelt in het door de trigeminus of door een zijner zijtakken geïnnerveerde gebied.

De tweede groep zijn de sympathische pijnen. Deze zijn niet intermitterend, maar kunnen eenige uren aanhouden. Dikwijls zijn hier de tanden uitgangspunt voor de pijn, in tegenstelling met de essentiele neuralgie. Andere oorzaken kunnen zich bevinden in de neusholte of in de bijholten.

De laatste groep zijn de symptomatische pijnen. Deze pijnen kunnen het karakter vertoonen zoowel van de eerste als van de tweede groep. De oorzaak is gelegen in een laesie van de trigeminus, b.v. door een tumor, schedeltrauma of syphilis.

Schr. deelt een geval mede van een patiente, die reeds gedurende 12 jaar aan een hevige faciale neuralgie lijdt. Een hoektand in de bovenkaak is licht gevoelig tijdens een pijnaanval. De pulpa in deze tand is behandeld. Daar de tand na schoonmaken van het kanaal en weer afsluiten telkens pijnlijk werd, besloot schr. tot extractie. Midden op de wortel werd een op caries gelijkende plek gevonden, die door een nauwe perforatie in verbinding stond met het wortelkanaal. De neuralgie is na de extractie niet meer teruggekeerd.

R. P.

Le bactériophage en stomatologie, par le Prof. F. d'Hérelle et le Dr. E. Peyre. Revue Odontologique 1936, No. 5.

De bacteriophaga is een ultra-virus, dat een ferment afscheidt, waardoor bacteriën gedood en opgelost worden. Deze actie geschiedt niet alleen in vitro, maar ook in een lichaam, dat aan een door bacteriën veroorzaakte ziekte lijdt. Tijdens de genezing zijn in het lichaam bacteriophagen aanwezig.

De bacteriophagen kunnen geïsoleerd en gecultiveerd worden. Er zijn bepaalde soorten, die op bepaalde bacteriën (streptococci, staphylococci) inwerken.

Ook in de mond zijn zij bij bacterieele processen met succes toe te passen. In de eerste plaats bij phlegmonen. Men brengt eenige druppels in het centrum van de ontstekings tumor. Reeds na eenige uren begint zich de gunstige werking te vertoonen, o.a. worden de pijnen minder en daalt de temperatuur.

Bij abscessen en fistels worden eerst de pulpakamer en de kanalen geopend. Bij een acuut abces moet men de vloeistof zeer langzaam injecteren, zoo dicht mogelijk bij de apex. De volgende dag worden de kanalen schoongemaakt met watten gedrenkt in de oplossing van de bacteriophagen. Dit wordt eenige keeren herhaald.

Bij een zuigeling van 2½ maand werd een osteomyelitis van de kaak op deze wijze met succes behandeld.

Over de genezing van de pyorrhea alveolaris zijn de onderzoekingen van d'Hérelle nog niet geëindigd. Men zal hiervoor moeten samenstellen een „pyorrhéo-phage”, dat in staat is de verschillende bacteriesoorten aan te tasten, die voor het ontstaan van pyorrhea verantwoordelijk zijn.

R. P.

Recherche d'une méthode rationnelle pour le retrait de l'empreinte en plâtre, par M. Devin. Revue Odontologique, 1936. No. 5.

In verreweg de meeste gevallen zal een gipsafdruk voor een partieele porthese niet in zijn geheel uit de mond verwijderd kunnen worden. Het breken van de afdruk kan op verschillende wijzen geschieden.

1. door afdruk en lepel tezamen uit de mond te nemen. De breuk is dan in het geheel niet te controleeren.
2. door de gips met de vingers in stukken te breken.
3. door de afdruk met een mesje op bepaalde wijze in te snijden.

Na de nadeelen van de beide eerste aangetoond te hebben, beveelt schr. de laatste methode als de juiste aan, omdat men daarmee het kleinste aantal stukken kan krijgen.

Vooraf wordt de lepel met vaseline ingesmeerd, zoodat deze gemakkelijk van de afdruk loslaat. Het mesje waarmee de insnijdingen gemaakt worden moet eindigen in een scherpe punt en niet afgerond zijn.

Bij een hoog verhemelte, dat bovendien nog ondersneden is, worden vischgraatvormige insnijdingen aangebracht en verschillende stukken achtereenvolgens van achteren naar voren losgebroken.

R. P.

Nouvelle thérapeutique d'activation des paradentoses. par R. Jaccard. La Revue Odontologique. 1936. No. 1.

Een belangrijke factor bij de paradentose is de predispositie van het paradentium. Wanneer deze predispositie verminderd kan worden, zal een belangrijke stap in de richting van genezing gedaan zijn.

Op aanraden van Weski heeft schr. proeven genomen met alvéoactif, een nieuw middel, dat hoofdzakelijk werkt op de predispositie van het orgaan. Het bevat o.a. cerium, acidum silicium en verschillende hormonen.

De resultaten van de behandeling met alvéoactif zijn vrij gunstig; in een groot gedeelte van de behandelde gevallen ontstond een opmerkelijke verbetering.

R. P.

Exposé des dernières recherches sur la paradentose. Sa thérapeutique d'après les faits nouveaux, par. M. De Liboutin. La Revue Odontologique, 1936. No. 1.

Schr. wijst op de noodzakelijkheid om het probleem van de paradentose van algemeen standpunt te beschouwen. Het ligamentum dentoalveolare bestaat uit bindweefsel. Het geheele probleem bestaat eigenlijk uit een verminderde weerstand van dit weefsel. Om de paradentose te kunnen genezen, moet aan het bindweefsel zijn weerstand worden teruggegeven. Na zijn aandacht te hebben gewijd aan de mechanische en chirurgische behandeling, wijst schr. er op, dat deze geen absolute genezing kunnen tweeg brengen, omdat ze de weerstand van het lichaam niet verhoogen. Dit laatste kunnen wij bereiken door het diëet te veranderen. Speciaal wordt dan gewezen op het rauwkostdiëet van Dr. B i r c h e r, waarmede schr. uitstekende resultaten verkregen heeft.

R. P.

Les déceptions en thérapeutique dentaire expliquées par la morphologie biologique, par G. Guérard. La Revue Odontologique 1936, No. 3.

Er zijn velerlei oorzaken voor het reeds dikwijls geconstateerde feit, dat eenzelfde therapie in vele gevallen een geheel andere uitwerking heeft, dan men verwachtte. In hoofdzaak zijn het de anatomisch-fysiologische variaties, die hierbij een rol spelen. Bij het allereerste begin, de cel, vangt dit reeds aan. Er zijn geen twee cellen, die anatomisch en fysiologisch aan elkaar gelijk zijn. Dit geldt in sterkere mate voor celgroepen, de organen, ofschoon ze allen uit eenzelfde stof, het protoplasma, bestaan. Biologisch beschouwd, zullen de variaties nog sterker zijn, omdat elk weefsel weer anders reageert. Wij kunnen dus niet spreken van het menschelijk gebit, want er zijn een oneindig aantal gebitten, die, wat vorm, afmeting, structuur van de harde weefsels, enz. betreft, van elkaar verschillen. We behoeven maar te denken aan de vele aspecten waaronder de caries zich manifesteert.

Ieder individu bezit een biologische persoonlijkheid. Daarmede moet rekening worden gehouden, wanneer wij een therapie toepassen. Indien deze therapie geen, of niet de gewenschte resultaten heeft, zullen wij dus moeten denken aan morpho-biologische invloeden, die kunnen tegenwerken.

R. P.

A propos de l'évolution des épithéliomas adamantins, par le Dr. D u f o u r m e n t e l. La Revue Odontologique. 1936. No. 3.

Klinisch vindt men in het gebied van de onderkaak :

1. echte cysten, gevuld met vloeistof ;
2. tumoren met multiple caviteiten, soms gevuld met vloeistof en soms met harde substanties ;
3. tumoren uitsluitend bestaande uit harde substanties.

Histologisch worden de eerste genoemd goedaardige cysten, de tweede adamantinome tumoren ; de derde zijn maligne tumoren : epitheliomen of sarcomen.

In een groot aantal gevallen geeft het bovenstaande echter aanleiding tot verwarring. Volgens schr. is de multiloculaire cyste een goedaardige aandoening, ontstaan door de ontwikkeling van een aantal caviteiten, die vloeistof of harde weefsels bevatten. Ongeacht het resultaat van het histologisch onderzoek van deze harde weefsels, beschouwt schr. deze tumoren als goedaardig. Hij grondt zijn meening o.a. op het feit, dat zij door een gladde beewand begrensd worden en geen metastasen vormen ; echter wel plaatselijke recidieven. Ook blijft de algemeene toestand van de patient goed.

Ter illustratie geeft schr. een geval van een 70-jarige patient, waarbij zich gedurende 50 jaar een adamantine epitheloom ontwikkeld heeft. Het is in die 50 jaar eenige malen operatief verwijderd, maar vormde steeds weer een plaatselijk recidief. Ondanks dat geniet de patient een zeer goede gezondheid.

Dit adamantine epitheloom moet wel onderscheiden worden van het echte epitheloom, dat een zeer maligne tumor is, waarbij o.a. beennecrose en metastase-vorming optreedt en waarbij de algemeene toestand van de patient zich snel verandert. R. P.

The neonatal line in the enamel and dentin of the human deciduous teeth and first permanent molar, by I s a ä c S c h o u r, Journal of the Am. Dent. Ass., Oct. 1936.

Bij histologisch onderzoek van menselijke melktanden vindt men in de kroon een duidelijk te onderscheiden lijn in het glazuur en een daarmee corresponderende lijn in het dentin. De localisatie van die lijnen is constant, en is voor elk type van tand karakteristiek. In 90% van de melkelementen, die S c h o u r onderzocht, vond hij ze.

Doordat die zoo-duidelijk-opvallende lijnen ontbraken in de tanden van voldragen foetus, doch wel voorkwamen in de tanden van kinderen van enkele maanden oud, rees het vermoeden, dat het oorzakelijk moment daarvan aangrijpen moet gedurende of kort na de geboorte. Verder bleek, dat de karakteristieke plaats van die lijnen overeen kwam met het karakteristieke profiel van het email en dentin der verschillende overeenkomstige elementen bij de geboorte.

Het gelukte den schrijver aan te toonen, dat injectie van heel kleine dosis natrium-fluoride een scherp uitgesproken groeilijn in het glazuur en dentin doet ontstaan op het moment der injectie. Waar nu bekend was, dat het dentin dagelijks met een laagje van 4μ toenam, kon hij nagaan op welken tijd de bedoelde lijn moest gevormd zijn. Dit bleek op den geboortedag te zijn. Die duidelijk te onderscheiden lijnen moet men dus wel opvatten als een gevolg van neonataal trauma. Het is toch ook niet te verwonderen, dat de zoo sterke stofwisselings-schommelingen, waaraan de neonatus wel onderhevig moet zijn gedurende den overgangstijd van intra-uterien leven naar zijn extra-uterien bestaan, zich in de tanden afstempelen. Pas tien dagen na de geboorte is meestal pas weer het geboorte-gewicht bereikt.

Het is duidelijk dat dit constant en karakteristiek voorkomen van een neonatale lijn in glazuur en dentin van menselijke melk-elementen en van de eerste blijvende molaren den weg opent voor een aantal nieuwe onderzoekingen inzake de histologie en biologie van het menselijk gebit. Deze neonatale lijnen toch vormen een permanente biologische grenslijn ter bepaling van de hoeveelheid en de hoedanigheid van het post partum gevormde glazuur en dentin. En zij weerspiegelen a.h.w. de biologische veranderingen in het tandweefsel, die samenhangen met den overgang van het intra-uteriene leven naar het extra-uteriene.

v. A.

Potentiaal-verschillen van metalen in den mond, Zeitschr. f. Stomatologie jg. 1936. Heft 17.

In een artikel over Leucoplakieën, van Ullmann uit Weenen, wordt het volgende medegedeeld over stroommetingen, die door een electrotechnisch ingenieur gedaan waren in den mond van twee patienten met tongafwijkingen. Beide gedemonstreerde patienten hadden aan de tongpunt en aan de zijranden roode plekken en een bijna voortdurend aanhoudende branderige gevoeligheid, die voor beiden zeer hinderlijk was. Bij den eersten patient bestond

een uitgesproken papillitis in het voorste derde gedeelte van de tong. In boven- en onderkaak waren kronen en amalgaam-vulling aanwezig. Het gebit was zeer goed onderhouden.

Stroommeting gaf aanzienlijke spanningen aan. In de onderkaak tusschen 7 en 8 mA, (stootstroom 14 tot 18); in de bovenkaak $3\frac{1}{2}$ tot 4 mA (stootstroom 8 tot 10). Bovendien bleken er tusschen verschillende vullingen ook nog spanningen van geringer intensiteit te bestaan.

De tweede patient had ongeveer sinds den tijd, dat hij verschillende vullingen in zijn mond had laten maken, last van een soortgelijk branderig gevoel, vooral aan de tong. Hier bleken spanningen van 5 tot 7 mA (stootstroom 10 tot 16) te bestaan, ook weer met lagere spanningen in verschillende rayons van den mond.

In beide gevallen werden op aandringen van de patienten zelf de metalen door een indifferent materiaal vervangen. In beide gevallen zonder eenig resultaat.

Bij den eersten patient bleek ten slotte de oorzaak te moeten worden gezocht in een uitgesproken macroglossie, die vooral in den slaap door schuren tegen de tanden irritatie van het tongepiteel veroorzaakte, waarbij misschien de stootstroom wel mogelijkwijs de sensibiliteit van het slijmvlies heeft verhoogd.

In het tweede geval bleek de tong een lingua geographica en -plicata te zijn. Daarenboven leed deze patient al jaren lang aan moeilijkheden in zijn spijsvertering. Tenslotte werd chronische hypaciditeit en dyspepsie bij hem geconstateerd.

v. A.

Bacteriaemie en localisatie van microben. Dr. J. van der Hoeden. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 23 Jan. 1937, bl. 337.

In bovenstaand artikel worden eenige gevallen besproken, waarbij ten gevolge van een operatief trauma bacteriën in de bloedbaan zijn terecht gekomen, hetgeen soms tot ernstige verwikkelingen heeft aanleiding gegeven. In enkele gevallen was deze bloedvergiftiging zoo sterk, dat de dood er op volgde en juist dit waren gevallen, waarin extracties van kiezen op groote schaal hadden plaats gehad. Uit de kliniek van prof. Hijmans van den Bergh wordt een dergelijk geval beschreven, waarbij de sepsis na extractie van 9 kiezen en een wortelrest zich voordeed onder het beeld der endocarditis lenta. Ook na andere operaties in geïnfecteerd weefsel zijn dergelijke verschijnselen waargenomen, al leidden zij dan niet tot dergelijke funeste gevolgen; steeds konden

echter bacteriën in het bloed worden aangetoond. Schr. besluit er dan ook mede den arts, in bijzondere gevallen, tot voorzichtigheid aan te sporen „bij het verrichten van handelingen, welke op zich zelf als ongevaarlijk worden beschouwd (kiesextractie, catheteriseeren, wondbehandeling, operaties)”. E. S.

Erfahrungen mit der neuen Filoro-Goldstopfmethode. Greth, Deutsche zahnärztl. Wochenschr. 1936, No. 35, bl. 821.

De ervaringen, die o.a. in Noorwegen en Zwitserland met filorogoud zijn verkregen, luiden in het algemeen niet gunstig. De publicatie van Greth uit het tandheelkundig instituut te Keulen wijst in dezelfde richting. Zoo zijn de vullingen b.v. niet voldoende weerstandskrachtig t.o.v. den kauwdruk. Een ander groot gebrek is, dat alleen het oppervlakkige gedeelte mag gepolijst worden, zoodat, wanneer men bij het polijsten maar iets te veel wegneemt, het niet gecondenseerde en heterogene gedeelte vrij komt te liggen; de vulling is daardoor al direct waardeloos. Bij het vullen gaat ook veel materiaal verloren en daar dit uit zeer fijne partikeltjes bestaat, kan het verder niet meer gebruikt worden. Schr. onderzoekt nog of de combinatie van filorogoud met bladgoud wellicht betere resultaten geeft. E. S.