

UIT DE LITTERATUUR



Zur Prophylaxe der Caries, door E. Aufricht en St. Aufricht. (Wien). Z. f. Stomat. 1936/H. 23.

Uitgaande van de overweging der eene doelmatige mondhygiëne vooral de ontleding en gisting van voedselresten binnen de mondholte dient tegen te gaan, hebben schr.'s reeds sinds jaren (en met succes) carbo vegetalis, dus het bekende middel tegen darm-aandoeningen laten gebruiken en wel zóó, dat de patienten moesten leeren dit zwarte poeder in de mond tot een emulsie te verwerken en met tong en wangen flink aan en om de gebitselementen te brengen.

Schr.'s hebben hierover ook bericht op het congres te Weenen en bevelen deze zeer eenvoudige methode aan in 't bijzonder voor kinderen die vastzittende regulatie-toestellen moeten dragen.

E. H.

Die Notwendigkeit orthodontischer Frühbehandlung, door Ch. F. L. Nord (Den Haag). Z. Stomat. 1936/H. 23.

Met nadruk wijst N. op beteekenis en belang van orthodont. onderzoek resp. behandeling van het temporaire gebit, waardoor vele van de zich later voordoende moeilijkheden voorkomen kunnen worden en dit met betrekkelijk eenvoudige methoden. Deze weliswaar moest iedere practicus leeren toepassen; de ingewikkelde behandeling van de „vastgelopen” malocclusies in het blijvende gebit echter kan beter door den specialist gedaan worden. In deze gevallen kan van „biologisch” reguleeren eigenlijk geen sprake zijn en het is maar empirisch werk. De ware basis voor de orthodont. diagnostiek en prognose moet thans gezocht en gevonden worden in de grondige kennis der anomalïën van het melkgebit.

E. H.

Verschillen in genezing van primordiaal been en dekbeen, door R o e g h o l t. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 81, N. 25, blz. 2889 (19 Juni 1937).

Hét is den Amsterdamschen chirurg R o e g h o l t opgevallen, dat in het algemeen uit bindweefsel ontstaan been (dekbeen)

minder callus vormt na fracturen en minder woekeringen ten gevolge van periostitis vertoont bij ontstekingen dan het been der lange pijpbeenderen, dat uit een kraakbeenig voorstadium is ontstaan. In uitvoerig weergegeven waarnemingen in de kliniek en in experimenten bij dieren kon de schr. dit verschijnsel bevestigen. Zooals hij zelf zegt: „... dat dekbeen en zijn periost langzamer en in mindere mate reageert dan primordiaal been en zijn periost, en dat het buitenste schedelperiost nog minder reageert dan het binnenste.” In de volgende nummers van het Tijdschr. v. Gen. kan de belangstellende lezer een interessante discussie met Dr. Feriz over deze waarnemingen vinden. E. S.

Les fractures de la tuberosité maxillaire au cours de l'avulsion de la 2e ou de la 3e molaire supérieure, door B e r c h e r. Revue de Stomatologie, Maart 1937, bl. 205.

Fractuur van het tuber maxillare kan, behalve bij niet met zorg uitgevoerde extracties, ook voorkomen, wanneer men de verwijdering van den tweeden of derden molaar in de bovenkaak wel zorgvuldig uitvoert. De oorzaak blijkt dan in den regel te liggen in de aanwezigheid van een zeer groote sinus maxillaris, zoodat het dunne been niet voldoende weerstand kan bieden. De wanden kunnen in deze gevallen zoo dun zijn als een eierschaal. In een door schr. aangevoerd geval is een dergelijke fractuur aan beide kanten ontstaan, hoewel men door de extractie aan den anderen kant reeds gewaarschuwd was. Bij een groot antrum moet men dus nog voorzichtiger extraheeren; zoo kan men b.v. eerst de wortels deelen.

De optredende bloeding na de fractuur is niet fataal. Voor de genezing is zeer belangrijk, dat het gefractureerde fragment met de tanden verwijderd wordt, daar anders infectie zal optreden, terwijl het losse beenstuk dan toch verwijderd wordt. Men praepareert zorgvuldig het slijmvlies los, verwijdert het been en hecht dan nauwkeurig de wonden. E. S.

Die Stellungnahme des Prothetikers zu retinierten Zähnen, von R i t t e r. Deutsche zahnärztliche Wochenschrift 1937, N. 22, bl. 485.

De beslissing of men een geteineerd of niet goed doorgebroken element moet verwijderen voordat een prothese of een brug in de onmiddellijke nabijheid van dezen tand of kies wordt aangebracht,

is niet gemakkelijk en zij wordt dan ook dikwijls verschillend beoordeeld. Het is daarom goed kennis te nemen van de meeningen, die te dien aanzien heerschen in het instituut van prof. E u l e r, waaruit dit artikel stamt.

Allereerst behoort bij het onderzoek van den mond, voor er een beslissing genomen wordt over de noodzakelijkheid en den aard der vervanging, het maken van een Röntgenfoto, wanneer er elementen ontbreken, speciaal wanneer dit elementen zijn, die in een kwaad gerucht staan en wanneer de patiënt niets over een extractie weet te vertellen. In het bijzonder moet het ontbreken van een hoektand argwaan verwekken, omdat deze tand in den regel het langste bewaard blijft. Wordt men door het optreden van neuralgieën, etteringen, wortelresorpties en dergelijke gedwongen een geretineerde hoektand te verwijderen nadat er pas een brug geplaatst is, dan is dit hoogst onaangenaam, niet alleen voor den patiënt, maar ook voor den tandarts, dit laatste in verschillend opzicht. En het verwijderen van een geretineerden hoektand zonder de buurtanden te beschadigen behoort tot de moeilijke opgaven! Ligt het geretineerde element zoodanig, dat het waarschijnlijk niet zal doorbreken, of dat het bij doorbraak geen moeilijkheden zal veroorzaken, dan mag men overwegen de vervanging te maken zonder tot verwijdering van dit element over te gaan. Men is echter absoluut verplicht geretineerde tanden te verwijderen, indien deze liggen in de onmiddellijke nabijheid van brugpijlers, bij welke een wortelbehandeling is verricht of zal worden gedaan. In ieder geval moet men overwegen of langs chirurgisch-orthodontischen weg de geretineerde tand of kies niet nog tot een bruikbare brugpijler is te vervormen. E. S.
