

# UIT DE LITTERATUUR



*Der Schraubenstiftzahn* von Dr. R. Biechele. Regensburg. Zahnärztl. Rundschau No. 2, 1938.

Schrijver poneert hier de stelling dat de tot nu toe gebruikelijke methoden om kronen en stifttanden te maken sterk in het nadeel van de laatsten uitvalt, omdat de tot nu toe gebruikte stiften onvoldoende houvast geven bij momenten van overbelasting. De stifttanden volgens de methode van Steinberg zijn nog de besten. Dr. Biechele beschrijft dan de methode van Steinberg. De stift wordt van „Reinnickel” gemaakt. Het onderende van de stift wordt van een schroefdraad voorzien en in het dentine geschroefd, nadat het bovineinde van de stift vierkant geslepen is, zoodat de stift gemakkelijk met een sleuteltje in de wortel te draaien is. Nadat de stift gepast is worden met een vijl eenige streken over de stift gegeven zoodat een segment van de cirkel die de stift op doorsnee geeft, weggenomen is. Dit voorkomt het gevaar van draaien. Natuurlijk zijn er weer bijzondere boren noodig!! om het kanaal te praepareeren. Voor den afdruk zijn speciale stiftjes te krijgen die in het kanaal gaan met een dun plaatje dat op het worteloppervlak sluit en in den vorm van dat vlak geknipt moet worden. Nu wordt een weinig gutta percha om de stift en om het plaatje gedaan en een heel scherpe afdruk van het worteloppervlak genomen. De afdruk wordt weer ingezet en men brengt zonder lepel wat gips in den mond en laat dicht bijten, zoodat de nabuurtanden en de antagonisten in de gips staan. De afdruk wordt in harde gips uitgegoten. In het model wordt de oorspronkelijke stift geplaatst, een passende vol porceleinen kroon er bij gezocht en nauwkeurig op het wortelvlak aangeslepen. De holte in de kroon wordt iets grooter gemaakt, zoodat de stift ruime speling in de kroon heeft. Nu wordt de stift met cement waarin een druppeltje menthol-thymoloplossing is gebracht vastgezet. Daarna wordt de porceleinen kroon opgecementeerd en de stifttand is klaar.

Schrijver noemt tenslotte als voorbeelden, dat deze stifttand goedkoop is, niet gesoldeerd of gegoten hoeft te worden, cosmetisch uitstekend voldoet en nooit uit kan vallen!

Verder beweert Dr. Biecheler dat hij bij cementeeren de voorkeur geeft aan een dikke cementlaag boven een haardunne tusschen twee ideaal aan elkaar passend geslepen onderdeelen, omdat de eerste mechanisch meer weerstand zou bieden.

Referent vraagt zich af of het speeksel die dikke cementlaag op den duur niet zal oplossen, want de op deze manier geslepen kroon zal toch zeker niet voor 100 % aan het worteloppervlak aansluiten, zoodat wel niet de stifttand in zijn geheel zal uitvallen, maar wel de kroon. Is de ervaring bv. bij inlays niet juist, hoe nauwkeuriger de inlay in de caviteit sluit, dus hoe minder cement men noodig heeft, des te langer de levensduur van de inlay?

K. E. W.

*Die Pulpaüberkappung, die Vitalamputation und die Mortalamputation der Pulpa, als Faktoren der Prophylaxe der dentalen Herdinfection* von Prof. Dr. med. W. Hess (Zürich). Zahnärztliche Rundschau No. 3-4-5 '38.

Prof. Hess geeft een vrij uitgebreid overzicht van de geschiedenis der wortelkanaalbehandeling om te komen op het onderwerp, dat boven het artikel staat.

In Zürich is een experiment gedaan met 50 menschentanden, waarvan de pulpae gezond waren. De tanden werden onder cofferdam cariesvrij gemaakt en de caviteiten met  $H_2O_2$  goed gereinigd. Vervolgens werd de pulpa onder anaesthesie, met een sterielen boor geamputeerd en afgesloten met calxyl. Na histologisch onderzoek van de rest-pulpae na 2—6 mnd. bleek zich in 80 % van de gevallen aan het oppervlak een regelmatige laag van nieuw gevormde odontoblasten uit het bindweefsel van de pulpa gevormd te hebben. Deze goede resultaten zijn te danken aan de antiseptische, alcalische en het weefsel niet beschadigende werking van het calxyl, terwijl men niet uit het oog mag verliezen, dat het hier gezonde pulpae gold.

Of de resultaten met ontstoken pulpae ook zoo gunstig zijn moet het nog aan de gang zijnde uitgebreide experimenteele onderzoek uitmaken.

Voor gezonde en licht hyperaemische pulpae schijnt de amputatie waarbij de restpulpa vitaal gelaten wordt, een goede methode te zijn.

Practische toepassing heeft plaats bij praeparatie's die zoo diep in het dentine gaan, dat de pulpakamer bloot komt of dat er gevaar voor de pulpa dreigt.

Een zeer lezenswaardig artikel dat ref. maar heel in het kort heeft kunnen weergeven.

KEW.

*Het voorkomen van mondkanker in Nederland en Zweden in verband met de aetiologie*, door W. F. Wassink. N. T. v. G. 82. II. 16.

Wanneer men den mondkanker in Nederland en Zweden bestudeert, blijkt, dat een groot verschil bestaat in de frequentie van voorkomen bij man en vrouw. Terwijl in Nederland kanker van het mondslijmvlies bij de vrouw zeldzaam is, geven de Zweedsche statistieken voor de vrouw zoo hooge cijfers, dat deze die voor den man bijna evenaren. Twee aetiologische factoren blijken dit treffende verschil tusschen beide landen te veroorzaken: het tabaksgebruik en met name het pijprooken, dat op het Zweedsche platteland bij de vrouwen vrij veel voorkomt — in Nederland wordt dit genotmiddel door de vrouwen practisch gesproken niet gebruikt — en het veel meer voorkomen van hypochrome anaemie met achloorhydrie in Zweden dan in Nederland.

Door een overeenkomstige behandeling van het cijfermateriaal van het Antoni van Leeuwenhoekhuis en van Radium Hemmet in Stockholm was het mogelijk aan te toonen, dat wanneer men den invloed van deze beide, vooral in Zweden werkzame factoren uitschakelt, de frequentieverhouding tusschen man en vrouw gelijk zou worden aan die in Nederland. Het groote surplus aan mondkanker bij de vrouw in Zweden mag dus geredelijk aan deze beide aetiologische factoren worden geweten. De mogelijkheid tot prophylaxis kan hieruit worden afgeleid.

v. A.

---