

# UIT DE LITTERATUUR



*Rondom den strijd over de dagelijksche behoefte aan vitamine-C, over de hypovitaminose en over de therapeutische toepassingen van dit vitamine.*

*De opvattingen hieromtrent van H. Rietschel door Dr. B. B r a h n. Maandblad „Voeding”, Jaarg. 2 Nr. 6.*

Rietschel trekt hier tevelde tegen de optimistische opvatting, vooral verspreid in de „populariseerende pers” als zou het vitamine C-probleem praktisch zijn opgelost. Hij meent, dat de wetenschap zelve daaraan schuld heeft door haar veel te sterke popularisering; niet minder echter de industrie, die er zakelijk iets in ziet en zonder veel kritiek propaganda maakt voor een verhoogd ascorbinezuurgebruik. R. behandelt uitvoerig de volgende zes vraagstukken.

1. De diagnose van scheurbuik.
2. Moet scheurbuik beschouwd worden als het uitsluitend gevolg van gebrek aan vitamine-C?
3. Bestaat er een wederzijdsche versterking van de werking van verschillende vitamines (synergisme) of tegenwerking (antagonisme)?
4. Hoe groot is de behoefte aan vitamine-C?
5. Hypovitaminose C.
6. Therapeutische resultaten van het toedienen van vitamine C.

Scheurbuik is slechts mogelijk bij volkomen avitaminose. Zelfs als het gehalte in het bloedplasma tot nul is gedaald, duurt het vaak nog weken voor klinische verschijnselen van scheurbuik optreden. Neiging tot bloedingen of gingivitis met tandvleeschbloedingen zijn op zichzelf dus geenszins voldoende om scheurbuik te diagnostiseeren. De ziekte ontstaat meest na een zeer langdurige eentonige en eiwitarme voeding. Het is dan ook zeer waarschijnlijk dat de gebrekkige onderlinge verhouding der voedingsstoffen mede een rol speelt. De vraag: synergisme of antagonisme is nog lang niet beantwoord. Rietschel verwerpt ieder antagonisme, maar acht synergisme zeer wel mogelijk.

De dagelijksche behoefte aan C-vitamine wordt meest als omstreeks 50 à 60 mgr. aangenomen. Stepp en Schreiber beschouwen dit zelfs als minimum. Rietschel acht 15 à 20 mg. voldoende. Er schijnt een zeker reguleeringsmechanisme in het menschelijk organisme aanwezig te zijn, waarbij het C-vitamine als katalysator bij de stofwisselingsprocessen niet volledig verbrand maar geoxydeerd wordt tot dehydro-ascorbinezuur, dat dan weer tot vitamine-C kan worden teruggebracht. Ook klinisch leert de ervaring dat 50 m.g. pro die niet noodig is. Het is bekend, dat in den winter en het vroege voorjaar b.v. groenten en aardappelen betrekkelijk vitamine-arm zijn. Om tot 50 m.gr. per dag te geraken zouden 500—1000 aardappelen benevens 300 gr. roode kool of 500 gr. spinazie of 700 gr. witte kool noodig zijn! Rietschel ontkent ieder houvast voor een klinisch te bewijzen hypovitaminose C bij een dagelijksch gebruik van 15—20 m.g.

R. verzet zich tegen de „hypovitaminose-mode”, die zonder critiek, vermoedheid en gebrek aan eetlust, vatbaarheid voor infecties, z.g. voorjaarsmoetheid en rheumatische pijnen „ja zelfs tandcaries en paradentose” als gevolgen van gebrek aan C-vitamine wil zien, hoewel er volgens hem niet de geringste aanleiding bestaat. Hij wijst op het feit dat uit den Wereld-oorlog gedurende 4½ jaar slechte voeding geen geval van scheurbuik bekend is, hoewel men toen nog weinig van vitamine-C afwist.

Natuurlijk is toedienen van vitamine-C bij avitaminosen aangewezen. Of dit ook bij de z.g. hypovitaminosen het geval is zal de toekomst moeten bewijzen. De grenzen zijn te ver getrokken en daarom is veel kritische beschouwing noodig. Tobler, Baumann en Peters vonden dat rijkelijk met C-vitamine gevoede kinderen even vaak aan infecties leden als die, welke een C-vitamine-arm voedsel hadden gebruikt.

Aan het slot verklaart Rietschel geen nihilistisch standpunt in te nemen tegenover een gunstige werking der noodzakelijke hoeveelheid Vitamine-C. Hij waarschuwt slechts, dat we nog pas aan het begin staan onzer onderzoekingen en noch het leekendoms, noch de groote pers ons daarbij verder helpen. Een C-vitamine-angst acht hij volkomen ongemotiveerd.

In onzen tijd een apart geluid!

Mt.

*Alkoholeinspritzungen bei Wundschmerzen nach Entfernung unterer Zähne*, Dr. Lartschneider. Z. f. Stomat. 1940 Heft 21.

In aansluiting aan reeds vroeger gedane mededeelingen over alcohol-injecties als pijnstillend middel na extracties geeft

L a r t s c h n e i d e r nu een opsomming van een aantal gevallen uit de praktijk. Het zijn vooral de extracties van de ondermolaren, die soms zoo lang-aanhoudende napijnen verwekken. In het algemeen staan wij daar vrijwel machteloos tegenover. Daarom verdienen de mededeelingen van L a r t s c h n e i d e r aller belangstelling.

Aanvankelijk gebruikte hij 70 % alcohol, maar beter voldeed hem tenslotte het gebruik van 33 % gesteriliseerde alcohol, die dan, in een hoeveelheid van 0,3 ccm<sup>3</sup>, bij het foramen mandibulare wordt ingespoten, met het merkwaardig resultaat dat heftige pijnen, die soms wekenlang hadden bestaan, in zeer korten tijd verdwenen, en dat een slecht-verlopende wondgezing plotseling verbeterde.

De injectie zelf is tamelijk pijnlijk, daarom wordt eerst een novocain-corbasil mandibulaire injectie gedaan en dan drie kwartier later de alcohol injectie.

Het opvallend gunstig reageeren op de alcohol wijst er op, dat de napijnen in deze gevallen wel toe te schrijven zijn aan een echte neuralgie van den Nervus mandibularis, die dan ontstaan moet zijn doordat exsudatieve processen, uitgaande van de extractiewonden, zich voortgeplant hebben naar het inwendige van den canalis mandibularis.

v. A.

---

*L'ostéodystrophie fibreuse expérimentale est-elle réalisable chez des animaux parathyréoprives?* par le Dr. H. Jeanneret, avec collaboration de A. Maulbetsch, Dr. en chimie. Schweiz. Monatschr. f. Zahnheilkunde, Dec. 1940.

Deze studie van J e a n n e r e t opent nieuwe perspectieven op eenige tot dusver onbekende gebieden van de kalkstofwisseling der beenweefsels. Niet lang geleden toonden R u t i s h a u s e r en zijn medewerkers aan, dat bij verschillende metaalvergiftigingen resorptie van de beenige weefsels en progressieve atrophie optreedt.

Om nu met juistheid te kunnen vaststellen, welke rol de bijschildklier bij de exogene, fibreuse beenatrophie speelt, bracht schr. bij een aantal jonge ratten vergiftigingen teweeg en wel met lood, thallium en uranium, terwijl ter vergelijking bij verschillende van deze proefdieren de bijschildklieren werden weggenomen. Het bleek nu, dat bij metaalvergiftigingen schade aan het bot

(in casu dat van boven- en onderkaak) wordt aangericht, ook bij afwezigheid van de bijschildklieren.

Deze was echter veel ernstiger bij dieren, die van hun schildklieren beroofd waren dan bij de andere, die alleen de vergiftiging hadden doorstaan.

Bij vergiftigde dieren, die parathyreïod-ectomie hadden ondergaan, bracht het onderzoek van bovenkaak en proc. alveolaris de gevolgend van de metaal-intoxicatie aan het licht, o.m. hevige beendestructie met parodontoseverschijnselen e.a., terwijl bovendien de gevolgen van het wegnemen van de schildklier zich kenbaar maakten door abnormale calcificatie e.a.

Het zwaartepunt van J e a n n e r e t's experiment ligt evenwel in de vondst, dat de ophooping van lood b.v. in de depôts in beenderen en lever twee à driemaal zoo groot bleek te zijn bij de van hun schildklier beroofde dieren als bij de andere, die alleen aan de gevolgen van metaalvergiftiging te gronde waren gegaan.

Terwijl nu bekend is dat verhoogde afscheiding van de bijschildklieren progressieve atrophie van de beenderen veroorzaakt, toont dit experiment ons dus, dat remming van de secretie beenatrophie ten gevolge van metaalvergiftiging in de hand werkt.

Ter verklaring van dit phenomeen werpt J. de hypothese op, dat er een specifiek hormoon van de bijschildklier zou bestaan, de z.g. „metallo-mobilisatrice” dat hypercalcaemie en beenresorptie, zooals die optreden bij de ziekte van Recklinghausen, zou kunnen verwekken, maar die bij vergiftiging door een metaal de ophooping van dit laatste in de botten enz. zou kunnen beperken.

P. CH. W.

---

*Der Okklusionsabdruck* von A. G e r b e r. Schweiz. Monatsschr. f. Zahnheilkunde Januari 1941.

De waarde van dit artikel is voor den practicus voornamelijk gelegen in de overzichtelijke, beknopte wijze, waarop G e r b e r een methode van afdruknemen en beetbepalen beschrijft, die, zij het met eenige variaties, reeds vele jaren wordt toegepast.

De anatomische gipsafdruk, de gecombineerde methode van thermoplastische materialen met gips, de kauwafdruk en de ventielafdruk hebben elk voor zich een speciaal indicatiegebied en kunnen, volgens schr., niet zonder meer in elk geval met succes

toegepast worden. Voor de door G e r b e r ontwikkelde werkwijze geldt dit evenzeer, zoodat men deze als een waardevolle bijdrage op dit gebied moet zien zonder te verwachten, dat zij in alle gevallen de gewenschte oplossing zal kunnen brengen. Hier zal dan ook meer in 't bijzonder de toestand, waarin het slijmvlies van de proc. alveolaris zich bevindt, een woordje meespreken.

De leidende gedachte bij dezen „occlusieafdruk” is het afdruk-nemen en beetbepalen in één zitting en wel zoodanig, dat occlusiefouten bij het eindproduct tot een minimum beperkt blijven.

Het belangrijkste verschil met hetgeen op dit gebied reeds vroeger werd gepubliceerd is wel gelegen in het feit, dat schr. om den functioneelen afdruk te verkrijgen K e l l y's afdruk-pasta gebruikt.

De functioneele (actieve en passieve) bewegingen der weeke deelen worden precies beschreven, evenals de inwerking ervan op de randformatie van de prothese.

G e r b e r beschrijft de methode als geschikt voor volle en gedeeltelijke prothese in het algemeen, doch speciaal voor die partieele gevallen, waar een distaal steunpunt ontbreekt (Freiend-prothesen). Met het oog op deze laatste wordt speciale aandacht besteed aan een juiste vorming van den protheserand aan de zijde van den mondbodem, waarbij rekening gehouden wordt met den stand van het slijmvlies gedurende het spreken, kauwen en slikken, een punt, dat bij den gipsafdruk vrijwel verwaarloosd wordt. Een en ander leidde ertoe, dat schr. voor den linguale beugel van deze partieele prothesen een nieuwe nauwkeurig beschreven ligging en vorm ontwierp. Deze beugel is druppelvormig in doorsnede en ligt direct tegen de gingiva aan, terwijl de marginale zône wordt vrijgelaten.

P. C. W.

---

*Een oordeel over de toepassing van den gummizuiger.* In zijn „kantteekeningen bij de toepassing der prothese in de sociale praktijk” (Zahnärztliche Rundschau No. 1 en 2) geeft D ü r i n g e r een uitvoerige uiteenzetting van zijn werkwijze als Ober-zahnarzt aan de tandheelkundige kliniek van het Algemeene Ziekenfonds te Maagdenburg.

Met een gipsafdruk in een confectielepel voor een volledige prothese kan hij slechts in enkele gevallen tot een goed resultaat komen, als regel acht de schr. het niet mogelijk om zonder de individueele lepel (vervaardigd op een plastische afdruk) en een functie-afdruk een vastzittende (boven)prothese te verkrijgen.

Uit des schrijvers werkwijze blijkt, dat hij hooge eischen stelt aan zijn methode om een zoo groot mogelijke adhaesie te bewerkstelligen.

Juist daarom is het interessant kennis te nemen van zijn oordeel over den gummizuiger, die naar hij erkent, lang niet in alle gevallen gemist kan worden. Hierover schrijft hij in de volgende bewoordingen:

„Hier zou ik tevens de kwestie willen behandelen of men de officieel zoo verworpen gummizuiger aan bovenprothesen eigenlijk wel mag aanbrengen. De theoretici zeggen natuurlijk: „nooit!”, de praktici verwerken stilzwijgend en naarstig modellen van zuigers van allerlei soort. Ik ben juist in de prothetiek geneigd eerder den man van de praktijk dan den docent gelijk te geven. Zeker is het mogelijk door middel van goede functie-afdrukken en zorgvuldig opstellen en inslijpen der tanden in vele gevallen bovenprothesen zonder zuiger voor een reeks van maanden of jaren gebruiksvaardig te maken. Maar ook hier hangt veel af van de handigheid van den patient. Oude prothesedragers kunnen immers met hun gebit, dat spot met alle beginselen van adhaesie en articulatie onberispelijk kauwen, maar dat grenst aan het virtuose. Wanneer wij echter onhandige en onervaren patienten bij voorbaat een grooter gevoel van zekerheid willen geven, mogen wij gerust een zuiger aanbrengen. Bij hoeveel met de beste verwachtingen ingezette functie-prothesen is niet na geruimen tijd door den vervaardiger zelf dan wel door den later opgezochten collega de verdoemde zuiger toch nog aangebracht! Kan de patient later zonder zuiger volstaan, dan is het des te beter. Ons risico is echter geringer, dat wij om den wille van een beginsel een patient verliezen. Bovendien heb ik de ervaring opgedaan, dat juiste prothesen, die in het begin onberispelijk zogen, ja letterlijk in den mond vastklapten, het eerst door irritatie van het kaaweefsel en ontijdig verslappen er van, een verlies aan zuigkracht tot aan het nulpunt ten gevolge van een verandering van de oppervlakte der kaken, teweeg brachten. Aan den anderen kant hebben prothesen — ik denk hier voornamelijk aan dezulke, die aan de hand van een kauwafdruk gemaakt werden — die op het eerste oogenblik in het geheel niet wilden aanzuigen, zoodat ik den patient met de bangste verwachting liet vertrekken, na eenige dagen een voor langen tijd ongeloofelijke adhaesie vertoonden. Men beleeft op dat punt de grootste verrassingen in elk opzicht. Ongetwijfeld is de zuiger geïndiceerd bij alle prothesen, waarbij het front opgeslepen is, voorts bij die stukken, waarbij men op cosmetische gronden tot een opstelling

vóór den processus gedwongen is. De frontranden laten zich dikwijls uit zuiver aesthetische overwegingen niet op den kaakrand opstellen.

De aan den zuiger toegeschreven schadelijke werking is niet het gevolg van het gebruik er van, doch van een misbruik, dat meestentijds voor rekening komt van den patient. Een zindelijk goedzittend zuignapje, dat niet grooter is dan de uitsparing in de plaat, heeft bij een goed onderhouden kunstgebit nog nooit tot die gevaarlijke usuren en perforaties van het harde verhemelte geleid, op grond waarvan de gummizuiger voetstoots verworpen werd. In hoeverre onwetendheid en onverschilligheid van den patient daarbij betrokken zijn kan slechts van geval tot geval uitgemaakt worden. Het is verbazingwekkend in wat voor staat van vervuiling overigens zeer verzorgde en gekleede patienten zelfs uit den „beschaafden” stand hun kunstgebitten laten zien.

De werkelijke gevallen van chronische, hinderlijke irritatie van het slijmvlies (de bovengenoemde vernietiging van het kaakweefsel wordt gewoonlijk zonder belangrijke bezwaren verdragen) vallen in die groep, waarbij de kaoutchouprothese over het geheel tot diffuse pathologische veranderingen van het slijmvlies pleegt te leiden. Hiertoe behooren tevens de gevallen, waarin ook onder zuigerlooze platen het slijmvlies chronisch hyperaemisch en licht sponzig is, zoodat ik bijna veronderstel, dat een stoornis in de secretie van de slijmvliesklieren de diepere oorzaak is.”

De schrijver zoekt de *causa nocens* in het materiaal, i. c. de kaoutchouk, welke het beste vervangen kan worden door fijn goud, waarvan hij hoopt, dat de spoedige en grondige overwinning op Engeland in afzienbaren tijd dit materiaal binnen het bereik van de tandheelkunde zal brengen!

B.

*Ervaringen bij de behandeling van kaakwonden gedurende den Russisch—Finschen oorlog* door Gunnar M. Dahl. Acta odontologica Skandinavia. Eerste deel (Juni) 1940.

Schrijver, Zweed van geboorte, nam als militair tandarts aan de krijgsverrichtingen deel en wel in het hospitaal te Helsingfors, afd. kaak- en gezichtsverwondingen, leider prof. Junso Kivimäki. Er werden ca. 300 gevallen behandeld, waarvan rond 120 in het hier bedoelde artikel worden beschreven. Ook hier bleek weer hoe de behandeling van dit soort gewonden de meest intensieve samenwerking van tandarts en chirurg vereischten. Alleen al op grond van het feit, dat de verwondingen van aan-

gezichtsschedel en gebit vrijwel steeds sterk gecompliceerd waren en meestentijds met uitgebreide beschadigingen der weeke deelen gepaard gingen. Voor een zoo gunstig mogelijke prognose bleek het evenzeer noodzakelijk de gevallen in het vroegst mogelijke stadium een zoo klein mogelijk aantal specialisten-centra te doen passeeren, de primaire revisie der wondbehandeling op dezelfde verbandplaats als de definitieve repositie en fixatie te doen plaats hebben en ten slotte een en dezelfde tandarts elk geval van begin tot einde te doen behandelen. Men is er vrijwel in geslaagd aan deze eischen te voldoen en met name het snelle transport naar de behandelingscentra op bevredigende wijze op te lossen. Anderszijds bleek de tandheelkundige verzorging van de Finsche troepen helaas zeer slecht te functioneeren, ja er was van eenige behoorlijke voorbereiding nauwelijks sprake, zoodat het den tandartsen, verbonden aan de veldhospitalen, vaak aan het allernoodigste ontbrak. Hierbij dient in aanmerking te worden genomen dat Finsche tandartsen dun gezaaid zijn en dat voorts  $\pm 80\%$  daarvan vrouwen zijn. Het is prof. K i v i m ä k i gelukt in het verdere verloop van den oorlog hierin nog belangrijke verbetering te brengen. Het artikel geeft een zeer lezenswaardige beschrijving van deze organisatie en het eigenlijke werk in het bovenvermelde hospitaal.

Ls.

*De gebitstoestand bij een volksgroep uit den Vikingertijd. Odontologische onderzoekingen van graftomben bij Trelleborg (Seeland, Denemarken) door Knud Mogens Christophersen (Kopenhagen). Acta odontologica Scandinavia.*

Dit is een buitengewoon belangwekkende arbeid, die men met een zekere spanning volgt. Schr. behandelt van tandheelkundig standpunt de vanwege het Deensche National-Museum uitgevoerde (nog niet geheel volbrachte) opgraving van een groot bouwwerk, waarschijnlijk burcht uit den Vikingertijd ( $\pm 1000$ ). In 1938 werd in de nabijheid daarvan een begraafplaats met over de 130 graven ontdekt, tot op heden de grootst bekende van dien aard in Denemarken. Schr. nam persoonlijk aan opgraving en berging der schedels, kaken, kaakdelen en tanden deel. Wij herinneren aan zijn arbeid in de Deutsch Z. Wochenschrift 1939 „Ueber die Zahnverhältnisse in der Dänischen Jungsteinzeit und in der Bronzezeit” en ook nu weer blijkt zijn bekwaamheid om zulke oude vondsten te beschrijven en daaruit ook praktische



conclusies te trekken. De voornaamste daarvan — bij een onderzoek van totaal 87 individuen met 1385 tanden — zijn:

1e. de in vergelijking met onzen tijd zoo uiterst geringe cariesfrequentie (ca. 1 % der onderzochte tanden waren carieus; 13 % der volwassen individuen vertoonde caries; meestal approximaal);

2e. het veelvuldig voorkomen van abrasie der tanden, sterk met den leeftijd toenemend.

Omtrent den toestand van het beenige parodontium kon vanwege de sterke verwerking van het materiaal geen betrouwbare conclusie worden getrokken.

Ls.

*Gebitstoestand bij kandidaten voor een huwelijksvoorschot in Kiel 1939—1940. Geneeskundige Gids 17-1-'41. Putto.*

In Duitschland worden huwelijksvoorschotten (renteloos, welke bedragen bij geboorten bij gedeelten worden vrij gescholden) verleend. Dr. T h o m s e n, Directeur van de schooltandheelkundige kliniek in Kiel had het goede denkbeeld van den Stadtmedizinalrat Dr. K l o s e opgevolgd om eens na te gaan, hoe het met het gebit der kandidaten gesteld was. Hij onderzocht wie een *ideaal gebit* had (volledig, cariesvrij gebit, dat geen sporen van behandeling door een tandarts vertoonde), een *gesaneerd gebit* (cariesvrij, doch

1	2	3	4	5	6	7	8
Leeftijd en jaren	Onderzochten	ideale gebitten		aantal der gesaneerde gebitten		cariëuse gebitten	
			%		%		%
Tot 20	115	4	3,5	52	45,2	59	51,3
21—25	408	10	2,5	208	51,0	190	46,5
26—30	340	4	1,2	166	48,8	170	50,0
31—35	127	0	—	64	50,4	63	49,6
36—40	30	0	—	14	46,7	16	53,3
boven 40	10	0	—	7	70,0	3	30,0
Totaal ..	1030		1,8		49,6		48,6

er konden b.v. wel extractie, vullingen e.d. gedaan zijn); een *cariëus gebit* (elk gebit met caries, wortelrest telt ook hiertoe).

Onder (8) komen dus de gebitten voor, welke *behandeling noodig* hebben. Opvallend is, dat het vooral de jongeren zijn, die dergelijke gebitten hebben.

De leeftijdsgroep boven 40 jaar staat er het beste voor, maar dit komt, doordat hier gemiddeld veel tanden ontbreken: bij de 10 personen boven 40 jaar waren er 148 tanden. In plaats van 32 elementen waren er dus  $\pm 15$  gemiddeld aanwezig. In de groep 36—40 jaar waren er 665 (22 gemiddeld aanwezig, in plaats van 32).

Terwijl er op een leeftijd van 31—35 jaar in ieder gebit gemiddeld 5 elementen ontbraken, waarvan 4 met zekerheid getrokken waren, ontbraken er op den leeftijd van boven 40 jaar in elk gebit gemiddeld 17, waarvan 15 zeker getrokken.

Hoe meer vullingen en hoe minder extracties, hoe beter de saneering. Door stelselmatige schooltandverzorging bereikte men in Kiel, dat over de laatste 10 jaren het aantal vullingen stond ten aanzien van het aantal extracties als 19 : 1.

Voor de huwelijkscandidaten :

Leeftijd in jaren	aantal der		Op 1 extractie hoeveel vullingen?
	extracties	vullingen	
Tot 20	158	536	3,4
21—25	776	1987	2,6
26—30	906	2056	2,2
31—35	475	646	1,4
36—40	188	185	1,0
Boven 40	152	41	0,3

Ziekten van het mondslijmvlies trof men aan bij :

tot 20 jaar	21 (18,3 %)	31—35 jaar	65 (51,1 %)
21—25 jaar	92 (22,5 %)	36—40 jaar	17 (56,6 %)
26—30 jaar	120 (35,2 %)	Boven 40 jaar	1 (10 %)

Enkele der aandoeningen waren als gevolg van de bestaande graviditeit aan te merken.

Er werd in de kliniek sterk aan de personen met slechte gebitten aangeraden, deze zoo spoedig mogelijk te doen behandelen. Hoe-

veel moeite men zich ook gegeven had, het succes was meer dan bedroevend. Er was een „allgemeine negative Einstellung zur Zahn- und Mundpflege überhaupt.”

Het is helaas een ervaringsfeit „dass das, was die Kinder in der Schule unter Druck sich angewöhnt haben, nach dem verlassen der Schule bald wieder vergessen wird.” Men moet dan ook niet bij de lagere scholen blijven staan, maar ook de scholen voor verder gevorderden in het plan betrekken. En steeds weer moet het schoolkind er van doordrongen worden, hoe nuttig en noodig goede tandverzorging is. De tandartsen moeten daarbij niet alleen staan, doch zij moeten door allen, die zich voor een gezond volk interesseeren, geholpen worden.

„Je intensiver die planmässige Schulzahnpflege ausgebaut wird, des te grösser wird unser Erfolg sein in der Zahngesundung der jungen Generation.”

*Off. Ges. B.* (blz. 358).

---

*Dry Sockets.* Items of Interest. December 1940.

Ondanks het vele, dat over dry sockets reeds geschreven werd, vindt men toch zelden een aannemelijke hypothese over oorzaak en ontstaan van dit voor patient en tandarts beiden onaangename gevoel.

In de bekende rubriek „Around the table”, die sinds het heengaan van Ottolengui volkomen op peil bleef, geven twee inzenders, — Dr. Goldstein uit Brooklyn, N.Y. en Dr. Robert Burns Jr. uit San Francisco — een interessante beschouwing over het ontstaan en over een daarop gebouwde therapie.

Goldstein geeft de volgende hypothese: Bij normaal verloop van een extractie-wond geschiedt de genezing per primam, doordat het reticulo-endotheliale systeem der capillairen, die periodontium en pulpa van bloed voorzagen, direct zijn reuzencellen afstaat om granulatiweefsel te vormen en zoo de tandkas a.h.w. in het organisme te betrekken. De prop bloedstolsel, die in den alveolus achterbleef, dient dan als vehikel voor deze reuzencellen en als tijdelijk medium voor het zich ontwikkelend granulatiweefsel. Zoodra dit laatste volledig gevormd is heeft het stolsel geen functie meer en wordt uitgestooten. In geval van dry socket is nu waarschijnlijk het heele systeem der toevoerende capillairen verstoord, de beenige tandkaswand blijft hard en droog, het bloedstolsel wordt na twee of drie dagen ongebruikt

uitgestooten, en het duurt nog wel een week voordat osteoclasten de lamina dura geperforeerd hebben en het capillairnet uit het beenmerg tot granulatieweefselvorming kan overgaan, — genezing per secundam intentionem dus.

Langs dezen gedachtengang komt de inzender dan ook tot de therapie: de lamina dura op verschillende plaatsen met een boor te perforeeren, om zoo ineens de gewenschte communicatie tusschen de tandkasruimte en het beenmerg tot stand te brengen.

Robert Burns, de tweede inzender, is het wel eens met de therapie, niet met de beschouwing over het ontstaan.

In de Dental Cosmos van Januari 1924 had hij reeds dezelfde therapie voorgeslagen, en de praktijk heeft hem sindsdien van de juistheid ervan overtuigd. Maar ten aanzien van de oorzaak heeft hij een andere theorie. Hij ziet de droge alveoluswand als een vorm van littekenweefsel, door de natuur reeds voor de extractie gevormd om een reeds lang bestaande infectie af te dammen en in te sluiten. Daarom is het arm aan bloedvaten, en dus zelf minder bestand tegen infectie.

Dry socket is, zoo gezien, dus een gevolg van een lichte, chronische infectie. Zij komt ook vrijwel alleen voor bij extracties van elementen met zieke of doode pulpa. Het been is niet hypertrophisch. Het gehalte aan mineralen is hooger dan van normaal been. Er is minder plaats voor normale bloedvoorziening. Het vermoeden van sommigen, dat de eerste oorzaak gezocht zou moeten worden in chemische stoffen, die bij de wortelkanaalbehandeling zouden gebruikt zijn, is niet zeer waarschijnlijk.

v. A.