

UIT DE LITTERATUUR



Die horizontale Durchtrennung beider Unterkieferäste bei echter Progenie mit zahnlösen Kiefern aus prothetischen Gründen, von F. Kostečka, Prag. Zahnärztl. Rundschau 1942, Nr. 11.

In een vorige publicatie (Z. R. 1939, No. 13) heeft schrijver de behandeling van een tweetal patiënten met een progenie van de mandibula beschreven. Aan beide zijden werd een horizontale osteotomie verricht, waarna de onderkaak in een dusdanige positie gebracht werd, dat na de beenige consolidatie een goed functioneerende prothese geplaatst kon worden. Het betrof hier gevallen, waarin het fixatie apparaat dat na de osteotomie moet worden aangebracht, bevestigd werd aan de nog aanwezige elementen.

Thans geeft de auteur het verslag van een soortgelijke behandeling bij volkomen tandenlooze onder- en bovenkaak.

Een 28-jarige patiënt verloor op ongeveer 12-jarigen leeftijd door onbekende oorzaak de tanden. Er bestond een mandibulaire progenie waarbij de voorrand van de maxilla ruim $2\frac{1}{2}$ c.m. van den voorkant van de mandibula verwijderd was. Het mislukken van iedere prothetische behandeling heeft spijsverteringsklachten ten gevolge. Een operatief ingrijpen beoogt het scheppen van een betere mogelijkheid tot prothetische verzorging.

Rubberspalken worden gemaakt op modellen van onder- en bovenkaak, die in de articulatuur in de gewenschte relatie t.o.v. elkander gebracht zijn. (Vgl. beetwallen bij de vervaardiging van een totale prothese. Ref.) In het front wordt een ruimte uitgespaard, teneinde de voeding mogelijk te maken.

Tusschen het foramen mandibulare en de incisura mandibulae wordt aan beide zijden de ramus ascendens doorgezaagd.

De onderkaak wordt door de fixatie-prothese in den juiste stand gebracht. Een z.g. orthopaedische kap met gummibanden fixeert de onderkaak. Onafgebroken draagt patiënt dit apparaat twee maanden; gedurende de volgende maand wordt het slechts 's nachts gebruikt. Hierna is op de X-foto een beenige consolideering waar te nemen.

Na vervaardiging van de prothese wordt zowel cosmetisch als functioneel een gunstig resultaat bereikt. (Het maken van veeren aan de prothese kan echter niet ontbeerd worden, getuige de afbeelding. Ref.)

G. DEKKER

Die Biegelprothese, von W. Schalow. Zahnärztl. Rundschau Nr. 16, 1942.

Schalow geeft een overzicht van de barconstructies, zoals deze toegepast worden bij de vervaardiging van de partieele prothese. Aan de hand van een aantal afbeeldingen volgt een beschrijving van de verscheidene mogelijkheden.

Alleen bij de dubbelzijdige verlengingsprothese in de onderkaak kan gebruik worden gemaakt van een gebogen bar en is een uitsluitend gingivale belasting doorvoerbaar. In alle andere gevallen vereischt een barconstructie een paradentaal-gingivale belasting en moet de bar gegoten worden.

De *Transversaal verloopende bar* moet ter plaatse van de a-lijn aangebracht worden in vlakvormig contact met het palatum. De naar de tong gekeerde oppervlakte is halfronde.

De *Linguale bar* verkeert al of niet in contact met de mucosa, naar gelang de prothese gecombineerd of uitsluitend gingivaal gedragen wordt.

De in het *Vestibulum oris verloopende bar* werd door den auteur ingevoerd in gevallen van sterke linguaal neiging van het onderfront. De voordeelen zijn, dat geen behoefte aan een z.g. Kippmeider bestaat, omdat de tong de bar niet kan belasten en dat nerveuze patiënten geen hinder van het apparaat ondervinden. De vestibulaire bar laat zich combineren met een paradentose spalk.

De *Sagitaal verloopende bar* verhoogt de stabiliteit van de partieele prothese in de bovenkaak wanneer het een schakelprothese betreft met afwezigheid van het bovenfront. Vanaf de transversale bar verloopt de bar naar het prothesegeedeelte in het front. Voldoende breed, vlakvormig contact en halfronde vorm aan de andere zijde zijn vereischt. De bar kan enkelvoudig in de mediaanlijn liggen of tweevoudig worden aangebracht op beide palatumhelften. In het laatste geval is de constructie van een plaat in hoefijzervorm een kleine stap verder, met als voordeel meer ruimte voor de tong en minder voedselretentie.

G. DEKKER

Is de klassieke voorstelling van de microscopische structuur van het tandbeen onjuist? („Structure de la dentine” par R. Jaccard et M. Grosjean. Schweiz. Monatsschr. f. Zahnheilk. April 1942.

Het beeld dat tal van onderzoekers als vaststaand hebben ontworpen van de microstructuur van het tandbeen is ontleend aan ontkalkings- en slijppreparaten met gepolijst oppervlak. Bovengenoemde auteurs stellen vast, dat de noodzakelijke bewerking mank gaat aan het groote euvel dat een deel der te bestudeeren weefselementen daardoor misvormd of vernield wordt. Dit verklaart de zoo talrijke, afwijkende opvattingen omtrent de structuur der harde tandweefsels, inzonderheid het tandbeen. Hun methode van onderzoek bij teruggekaatst licht voor en na een zekere fysisch-chemische behandeling van het te onderzoeken materiaal

leidt hen tot verwerping van de hypotheses, die omtrent de weefselstructuur tot heden zijn opgesteld. In de plaats daarvan komen zij tot de conclusie, dat het tandbeen (evenals het glazuur dus) is opgebouwd uit zeskantige prisma's, die van de pulpa naar de glazuurgrens in dikte afnemen terwijl hun aantal toeneemt, zij anastomoseeren en verdubbelen zich. In het verdere verloop worden de anastomoses zeldzamer, de richting der prisma's meer bepaald, de bouw minder grillig. Nabij het glazuur of het cement bestaat het tandbeen uit prisma's, zóó gedrongen en in zóó groot aantal en van zóó geringe afmetingen, dat men meent met een doorengeward weefsel van doen te hebben. Ten onrechte, want er heerscht regelmaat. De doorsnede der prisma's neemt van 5—8 micron tot 3 à 4 micron af van de pulpa naar de periferie. Het algemeene voorkomen van de prismawanden is licht gekromd, met fijne golvingen en van regelmatige afmetingen. De wanddikte varieert weinig. Tusschen twee normaal aaneen gevoegde prisma's bestaat er in dit opzichte geen noemenswaard verschil, de aaneensluiting is volledig zonder afscheiding. De prismawand blijft gelijk van de pulpa naar het glazuur, alleen de dikte neemt af. Volgens de schrs. is de scheikundige samenstelling van den wand van de prisma's organisch, het inwendige van anorganischen aard.

Bij transversale doorsnede vertoont het tandbeen het beeld van een honigraat. Nabij de pulpakamer is deze regelmatig, in de richting van het glazuur of cement wordt het netwerk samengestelder en minder zuiver, gevolg van de aanwezigheid van opvullingsprisma's.

Het inwendige van de prisma's bestaat uit kalkzouten, die gemakkelijk door zuren worden aangetast. Sommige prisma's vertoonen bij gereflecteerd licht in het midden een donkere stip, een verkalkingsgebrek; andere zijn leeg, gevolg van ontkalking of van pathologische, gebrekkige verkalking. In het algemeen is bij een gezonden tand het prisma gevuld en het inwendige nauwelijks meer voor aantasting door zuren vatbaar dan de randen. Zuiver centraal is er echter een minerale formatie afgezet, die minder homogeen, minder hard en minder zuur-resistent is dan de meer naar den wand gelegen deelen.

De auteurs ontkennen voor het oogenblik het bestaan van de uitloopers der odontoblasten, de z.g. vezels van Tomes en van de scheden van Neumann; de eersten zijn volgens hen in werkelijkheid de wanden der prisma's.

De organische wanden en hun anorganische inhoud houden plotseling op bij de aanraking met het cement op het glazuur. Er is geen enkele indringing van het eene weefsel in het andere; zij zijn tegen elkaar geplaatst. Er bestaat een glazuurweefsel en een tandbeenweefsel, die volstrekt van elkaar te onderscheiden zijn, zoowel van chemisch standpunt als uit een oogpunt van oorsprong en vorming.

Vermelden wij nog dat de interglobulaire ruimten in de nabijheid der tandbeen-glazuurgrens volgens deze onderzoekers niet anders zijn dan een gebied van onvolledige verkalking, als gevolg van de moeilijkheid voor het hyaloplasma om de fijne prisma's volledig te vullen.

Fraaie microfoto's zijn als bewijsmateriaal aan deze publicatie toegevoegd.

BUISMAN