

In het uitvoerig referaat in het December-nummer 1947 over Betel of Sirih (Ciba tijdschrift no. 20) wordt erkend, dat afgezien van de ongunstige werking op het gebit het betelkauwen geen ernstig organisch- of psychisch letsel teweeg brengt. Daarom is het de tandarts, die dit gebruik het meest moet interesseren. Toen in April 1947 het Ciba Verlag de genoemde monografie in onze taal uitgaf, en aan de Nederlandse artsen aanbod, vond ik het jammer, dat niet ook de tandartsen van deze gunst profiteerden. Op een voorstel hiervoor aan de Ciba Mij. schreef mij deze, dat niet meer voldoende exemplaren voor alle Nederlandse tandartsen beschikbaar waren. Wel was zij bereid, voor een referaat in het T. v. T. de clichés der Illustraties beschikbaar te stellen. *De uitgevers boden zelfs aan, na een aankondiging in het tijdschrift, aan belangstellende tandartsen op schriftelijk verzoek een exemplaar van het geschrift te sturen, voor zoverre de voorraad strekte.* Ik kan mijn collega's aanraden, van dit faire aanbod gebruik te maken, alleen al de fraaie illustraties zijn uit cultuurhistorisch oogpunt hoogst interessant.

De tandarts moet wel verlangend zijn naar kennis van de invloed van dit door vele miljoenen gebruikte genotmiddel op het gebit. Maar, helaas, details over het optreden, de localisatie en het verloop der caries en over de pathologie der paradentale weefsels bij dit gebruik zoekt men tevergeefs. De uitgevers adviseerden mij, daaromtrent een artikel van Dr. W. L. Meyer in de Schweizerische Monatschrift f. Z. (September 1936): Anthropologische und odontologische Untersuchungen auf den kleinen Sundainseln Timor und Rote, te raadplegen. Maar in dit interessante stuk vond ik wel statistieken over caries-frequentie, vooral bij kinderen, maar zonder details over caries in het eerste en tweede gebit en zonder nauwkeurig onderzoek van de gebitsaandoeningen bij betelkauwers. Het was mij ook niet mogelijk om de nummers van het Ned. Indisch Tijdschrift v. T. te verkrijgen, waarin dit thema vroeger behandeld moet zijn. Maar juist onze professie in Nederland behoort m.i. te trachten, deze vraagstukken op te helderen, vooral nu wij door de nieuwe status in Indonesië geroepen zijn van de volksgebruiken, wat het gebit betreft, nauwkeurig kennis te nemen.

WITTHAUS

„ENKELE RICHTLIJNEN VOOR DE PROPHYLACTISCHE EN
THERAPEUTISCHE ORTHODONTIE”

Enige opmerkingen met betrekking tot de publicatie van M. de Boer in
het T. v. T. van December 1947.

door C. J. Sindram

Zou het doel van deze voordracht, zoals in de samenvatting wordt aangegeven: „belangstelling te wekken voor het orthodontische gedeelte van de kleuter- en schooltandheelkunde en hiermede een beroep te doen op de Overheid om ruime financiële steun” niet beter bereikt worden door:

- 1e. Het uitwerken van een organisatieschema, waarin o.a. medewerking gezocht moet worden met kinderartsen; keel-, neus- en oorartsen; instellingen op het gebied van zuigelingenverzorging; kleuterconsultatiebureaux en schooltandartsen.
- 2e. Uitsluitend in te gaan op de tot nu toe vaststaande aetiologische factoren, waartegen wij met prophylactische en therapeutische maatregelen in staat zijn op te treden en een uitvoerig beschrijven van deze maatregelen.

De voordracht geeft een meer oppervlakkig overzicht, waarin het voorkomen van de ongebruikelijke Latijnse benamingen te betreuren valt, daar deze niet altijd tot een juist begrip van de afwijkingen bijdragen. Tegen enige van haar uitspraken is het nodig stelling te nemen.

Op pag. 530 schrijft mej. De Boer:

„Wat betreft het toepassen van expansie-apparaten, wanneer physiologische diastemen uitblijven, is naar mijn mening deze behandeling niet altijd noodzakelijk, daar de kaak meermalen een groeiachterstand inhaalt, nadat de centrale, blijvende ondersnijtanden doorgebroken zijn.”

Inderaad meldt Korkhaus dit op pag. 114 in het 4e deel van Bruhns „Handbuch der Zahnheilkunde”, het is evenwel zeer gewenst hier aan toe te voegen, dat in de overgrote meerderheid van deze gevallen wel expansie noodzakelijk is en dat het beeld van de te nemen röntgenfoto kan eisen onmiddellijk met de expansie aan te vangen.

Zij vervolgt: „De malposities van elementen, zoals rotaties en de distale positie van de centrale snijtanden, door welke laatste een centraal diastem ontstaat, behandelen we in het melkgebit niet”.

Inderaad worden de rotaties in het melkgebit niet behandeld, maar er moet hier toch aan toegevoegd worden, dat het beeld van rotaties der melkincisieven een teken is van ruimtegebrek in het front voor de opvolgers. Behandeling, n.l. een vroegtijdige expansie van de kaak is hier vereist.

Op pag. 531:

„Thans iets over het te vroeg verloren gaan van elementen van het kleutergebit. Elke praemature extractie van een melkmolaar in de bovenkaak zal een mesiale positie van de eerste blijvende molaar tengevolge hebben. Bij geringe druk van de bovenlip zou hieruit zeker een kl. II, afd. I ontstaan. Is de lipdruk normaal, dan zal een gedrongen stand van de bovelementen het gevolg zijn.

Bij praemature extractie van een ondermelkmolaar zal mesio-versie van de eerste blijvende ondermolaar optreden, terwijl retrusie van het onderfront mede het gevolg is van deze extractie. De retrusie van het onderfront heeft weer een diepe beet tengevolge, de onderlip krijgt gelegenheid zich onder de bovensnijtanden te leggen, de bovenlip kan functioneloos worden, hetgeen aanleiding zal zijn tot monddemhaling.”

Deze ontwikkeling vindt in werkelijkheid niet zo stellig plaats als de stelligheid van de schrijfster ons dat wil doen geloven.

Wat gebeurt er na extractie van een *tweede melkmolaar* in de bovenkaak en om het probleem scherp te stellen, voordat doorbraak van de eerste blijvende molaar heeft plaatsgevonden?

Door de extractie wordt de spanning tussen de groeidruk in het distale en mesiale kaakgedeelte opgeheven.

De groeidruk in de molaarstreek van distaal naar mesiaal wordt niet meer opgevangen door de tweede melkmolaar en dus ook niet voortgeleid op de zich mesiaal van de tweede melkmolaar bevindende elementen met gevolg een tekort in lengtegroei van de betreffende bovenkaakshelft.

De eerste blijvende molaar verschuift in de kaak naar mesiaal, waardoor met de eerste blijvende molaar in de onderkaak een *schijnbare* klasse II relatie ontstaat, voor een juiste diagnose kan men in een dergelijk geval dan ook beter de relatie van de boven- en ondermelkhoekstand bepalen.

Zelfs bij geringe druk van de bovenlip zal de extractie van een tweede melkmolaar in de bovenkaak niet de feitelijke oorzaak kunnen zijn van een kl. II, afd. 1. Bij praemature extractie van een *eerste melkmolaar* in onder- of bovenkaak zien we nooit een sterke mesiaalverschuiving van de tweede melkmolaar en de eerste blijvende molaar en verkrijgen we een retrusie en verschuiving van de mesiaalliggende frontpartij. Een retrusie, die echter in de onderkaak vrijwel nooit zo sterk is, dat de onderlip zich onder de bovensnijtanden zal leggen en men kan veilig aannemen dat zelfs een extractie van een eerste melkmolaar in de onderkaak nooit de feitelijke oorzaak zal zijn van een mondademhaling.

Samenvattende: praemature extracties van melkmolaren zijn, zonder het vervaardigen van spaceretainers, van ontstellende invloed op de tandboog, n.l. een remmende factor op de lengte-, breedte- en soms hoogtegroei van de betreffende kaakhelft met verschuivingen van de eerste blijvende molaren en de frontpartij en met het optreden van plaatsgebrek, tijdens de ontwikkeling en doorbraak, voor praemolaren en hoektanden.

Een space retainer zien wij altijd als een plaatselijk openhouder van de ruimte. Wij moeten in de werking van een space retainer niet alleen het openhouden van de door extractie ontstane ruimte zien, maar haar invloed op de gehele tandboog, dus van M_1 tot M_1 , en is jammer dat deze goedkope en zeer eenvoudig te vervaardigen apparatuur zo weinig in de algemene praktijk wordt toegepast.

Op pag. 532:

„De scheefliggende tand of kromme wortel kunnen het gevolg zijn van een trauma op het melkelement; een succesvolle orthodontische therapie is uitgesloten. Meestal zal het element geëxtraheerd moeten worden. Het probleem is nu, of we het diasteem, ontstaan tengevolge van de extractie van de centrale snijtand, open moeten houden dan wel sluiten. Ik geef de voorkeur aan het laatste.”

Om dit probleem scherp te stellen: „ik kan niet geloven dat er tandartsen zullen zijn die, indien bij hun eigen kind een dergelijke extractie noodzakelijk zou zijn, dit diasteem niet open zullen houden om later door een prothetische behandeling (brug) een beter aesthetisch resultaat te verkrijgen.

PENICILLINE EN TANDHEELKUNDE

Naar aanleiding van mijn artikel „Penicilline bij periapicale aandoeningen” (No. 11 van het Tijdschrift) bereikten mij van verschillende zijden vragen, hoe men aan penicilline komen kan. Gaarne wil ik op deze vragen een antwoord geven. Dit antwoord moet teleurstellend luiden. Langs officiële weg is penicilline voor tandartsen voorlopig niet te verkrijgen. Ik kan hieraan toevoegen, dat de aangelegenheid dezer dagen onderwerp is geweest van een bespreking tussen mij en de secretaris van de Amsterdamse kring der Maatschappij voor Tandheelkunde. Wij zijn tot de conclusie gekomen, dat het wenselijk is tot de betrokken instanties een verzoekschrift te richten, waarin wordt uiteengezet, dat verkrijgbaarstelling van penicilline voor de tandheelkundige praktijk dringend noodzakelijk is. Dit verzoekschrift gaat dezer dagen in zee.

Zolang een officiële regeling uitblijft raad ik collegae aan, de meer en meer gebruikelijke weg van „geschenkingen” te volgen. Langs deze weg zijn in de loop van de laatste twee jaren duizenden fietsen en honderden auto's het land binnengekomen. Ik zie niet in, dat men iemand te kort zou doen, indien men door middel van buitenlandse kennissen of door patiënten, die naar het buitenland gaan, zich de nodige penicilline laat sturen.

In België, Frankrijk, Engeland en koloniën en in de U.S.A. is penicilline op een eenvoudig recept onbeperkt verkrijgbaar. De prijs per fles bedraagt het equivalent van plus minus f 3,50. Ik moet er hier de nadruk op leggen, dat het hier om heel kleine hoeveelheden gaat. De inhoud van een fles is ongeveer 150 milligram, dat is voldoende voor de behandeling van 20 à 30 patiënten.

De berekening in eenheden is verwarrend, maar noodzakelijk, daar het hier gaat om in verschillende graden van zuiverheid bereide preparaten, dus om grootheden, welke alleen vergelijkbaar zijn op hare anti-bacteriële werking. Bij de meest gangbare natrium-penicillinesoorten zijn plus minus 1600 eenheden gelijk met 1 milligram.

Bij de periapicale aandoeningen behoeven slechts enkele kristalletjes (1 à 2 milligram) per keer zo diep mogelijk in het kanaal geschoven te worden.

H. EGYEDI

VRAGENBUS

Welke collega kan mij mededelingen doen omtrent de aard en het voorkomen van de typische *zwarte* randjes, die vaak in kindermonden en speciaal op het melkgebijt langs de tandhalzen aangetroffen worden.

Is deze aanslag van chemische of bacteriële aard en wat kan de oorzaak zijn?

Wanneer bedoeld verschijnsel bepaald zeer frequent voorkomt in sommige steden, dorpen of landstreken graag hiervan opgave met zo mogelijk vermelding van het percentage.

Berichten gaarne aan J. M. G. N u m a n s, Nieuwstad 50, Zutphen.