

## EXCERPTA ODONTOLOGICA

Correspondentie deze rubriek betreffende te richten aan:  
A. C. Lamers, Rijksweg 217, Heumen (Gld.).

### Sectie I Basiswetenschappen

721. **Sur la classification des anomalies dentaires.**  
*C. Gysel.* Bull. G. I. R. S. Stom. 11: 513, 1968.

Een indeling van tandanomalieën behoort volgens schrijvers oordeel te berusten op een nauwkeurig gefundeerde fysio-pathologische analyse van de desbetreffende gevallen. Aldus kunnen zich reeds tijdens de gebitsontwikkeling ectoscopisch waarneembare afwijkingen van de normale vorm kenbaar maken, van hun inwendige structuur en desgelijks van de topografische verhoudingen van de harde tandweefsels van een of meer homologe gebitselementen. Daarbij dient de ontwikkeling zo breed mogelijk opgevat te worden: te weten vanaf het tijdstip van genetische determinatie tot aan de volledige afbraak der radices toe.

*De Jonge* – Amsterdam

722. **Zahnkronenhärte bei Schwangerschaft.**  
*W. Gondzik.* Dtsch. Stomatologie 17: 584, 1968.

De schrijfster onderzocht in 900 gevallen de hardheidsgraad van glazuur en dentine, en kwam daarbij tot de volgende slotsom. Vooreerst ligt bij gravidiae de hardheidsgraad van het glazuur van gave tanden 4,24% hoger dan van carieuze elementen. Daarentegen is het dentineweefsel van carieuze tanden bij zwangeren 5 tot 7% harder dan dat van cariësvrije tanden bij niet-gravide vrouwen.

*De Jonge* – Amsterdam

723. **Überzahl der Eckzähne.**  
*J. Kallay.* Dtsch. Z.Z. 23: 931, 1968.

Uit afbeeldingen en röntgenfoto's concludeert de schrijver tot de aanwezigheid van tenminste één overtallige cuspidaat in de onderkaak. Zijn argumentatie is jammer genoeg niet al te overtuigend te noemen.

*De Jonge* – Amsterdam

724. **L'incisive latérale supérieure surnuméraire dans la denture permanente.**

C. Gysel. Bull. G. I. R. S. Stom. 12: 73, 1969.

De schrijver, aan wie wij reeds een hele reeks van verdienstelijke publicaties danken op het gebied der tandmorfologie, onderzocht orthodontisch 6000 kinderen. In 29 gevallen registreerde hij overschrijding van het normale aantal van laterale bovenkaaksincisivi. Daarvan deden zich er 4 bilateraal voor.

Hij concludeert dat hun ontwikkeling een ander karakter draagt dan bij de mesiodens. Mèt referent is hij van oordeel dat wij hier te doen hebben met schizodontie: „een niet geslaagde poging”, aldus de auteur „om een tand te verdubbelen en niet een vereniging van vooraf gevormde tandkie-men, een normale en een overtallige”.

De Jonge – Amsterdam

**Sectie III Conserverende tandheelkunde**

1060. **Retentive properties of pin materials in pin-retained silver amalgam restorations.**

W. E. Dilts, D. A. Welk, J. Stovall. J. Am. D. Ass. 77: 1085, 1968.

Sedert Markley in 1958 de aandacht heeft gevestigd op het nut van dunne roestvrij stalen stiften in het tandbeen, ter verhoging van de retentie van plastische vulmaterialen in sterk gemutileerde, vitale elementen (cf. Sectie III, no. 542, okt. 1958), zijn verschillende publikaties over dit onderwerp verschenen. De meeste hiervan hebben betrekking op de vraag welke techniek de voorkeur verdient en daarbij zijn drie methoden aanbevolen:

1. de van geringe insnijdingen voorziene stiften worden met cement (meestal zinkfosfaat) bevestigd, hetgeen betekent dat hun diameter een fractie geringer moet zijn dan die van de vooraf geprepareerde kanaaltjes (cf. Sectie III, no. 976, maart 1967);
2. de fixatie geschiedt door klemkracht: hiertoe moet de diameter van de stift juist circa 0,1 mm groter zijn dan die van de kanaaltjes (cf. Sectie III, no. 975, maart 1967);
3. de stiftjes worden in het tandbeen geschroefd: ook dan dient de doorsnede van de stift een fractie groter te zijn.

Aangezien de verschillende methoden eerder op grond van eigen ervaringen dan op die van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek worden aanbevolen, is het uit de aard der zaak van belang in vergelijkende onderzoeken na te gaan welke methode uit een oogpunt van retentie de beste kansen biedt. Een andere vraag is natuurlijk op welke wijze de pulpa de minste schade lijdt.

In het hier beschreven onderzoek, uitgevoerd aan de universiteit van

Kentucky, werd in het bijzonder aandacht gewijd aan de retentiemogelijkheden van de genoemde technieken. Daartoe werden in pas-geëxtraheerde elementen kanaaltjes van verschillende diepten geprepareerd. Voor zover de stiftjes hierin met cement werden bevestigd, maakten de auteurs niet alleen gebruik van zinkfosfaatcement, maar ook van ZnO-eugenol- en calciumhydroxyde-preparaten. Zij gingen daarbij uit van de overweging, dat de beide laatstgenoemde wegens de nabijheid van de pulpa dikwijls geïndiceerd zullen zijn. Bij het cementeren pasten zij langzaam draaiende lentulo-spiralen toe.

In alle gevallen werden de krachten geregistreerd, die nodig waren om de stiftjes een uur na het aanbrengen volgens hun lengteas te verwijderen.

Het bleek dat de schroefstiften steeds de meeste weerstand boden en de gecementeerde de minste. Van de cementen leverde zinkfosfaat de meeste retentie op en calciumhydroxyde de minste. Hoewel volgens de verwachting het houvast van de stiften in het algemeen met de diepte der kanaaltjes toenam, vonden de schrijvers toch dat met zinkfosfaat bevestigde stiften zich gemakkelijker uit kanaaltjes van 4 mm dan uit die van 3 mm diepte lieten lostrekken. Zij kunnen dit niet anders verklaren dan dat in diepere kanaaltjes het cement moeilijker gelijkmatig is aan te brengen.

Als optimale diepte voor gecementeerde stiften vermelden de auteurs 3 à 4 mm, voor schroefstiften 2 à 3 mm.

Visser – Hilversum

1061. **The intracanal use of sulfathiazole in endodontics to reduce pain.**  
*A. L. Frank, D. H. Glick, J. A. Weichman, H. Harvey.* J. Am. D. Ass. 77: 102, 1968.

Voor de bestrijding van pijn als gevolg van endodontische behandeling zijn in de loop der jaren talrijke medicamenten toegepast. In 1956 introduceerde Nygaard-Østby een methode waarbij hij een suspensie van sulfathiazol in het wortelkanaal bracht. De door hem gemelde gunstige resultaten werden echter niet bevestigd door Seltzer c.s. (cf. Sectie III, no. 704, okt. 1961). Deze auteurs vestigden er trouwens de aandacht op dat onderzoeken met betrekking tot de beoordeling van pijn nu eenmaal bijzonder subjectief zijn en dat er dus al gauw reden is de betrouwbaarheid der uitkomsten te betwijfelen.

Aangezien de auteurs zelf echter de ervaring hadden dat van sulfathiazol bij endodontische procedures wèl een pijnstillend effect uitgaat, voerden zij bij een groot aantal patiënten een dubbelblind onderzoek uit om het effect met dat van een placebo (lactose) te vergelijken. Het betrof vooral de beoordeling van de invloed na de eerste applicatie, die voor beide middelen zo diep mogelijk in het kanaal geschiedde.

De auteurs vonden een significant verschil ten gunste van sulfathiazol,

o.a. ter bestrijding van pijn op grond van spanningsverschijnselen, die het anders dikwijls noodzakelijk maken een kanaal open te laten. Het komt in de praktijk niet zelden voor dat dan bij opnieuw afsluiten met een medicament het element weer pijn gaat veroorzaken, zodat men dan noodgedwongen het kanaal wederom open laat. De schrijvers hadden echter de ervaring dat sulfathiazol in zulke gevallen geen moeilijkheden opleverde.

Van enigerlei schadelijke bijwerking werd niets bemerkt. Wanneer tijdens de anamnese bleek dat de patiënt allergisch was voor sulfa-preparaten, werd van de toepassing afgezien.

Visser – Hilversum

1062. **Kurzfristige klinische Prüfung weiterer potentieller Pulpitismittel (Kombinationspräparate mit Dimethylsulfoxyd (DMSO)).**  
*H. Triadan, E. Thieme.* Schweiz. M. Z. 78: 987, 1968.

In vroegere publikaties over het in de titel genoemde onderwerp waren de auteurs tot de slotsom gekomen dat voor de snelle eliminering van pulpitisachtige pijnen dimethyl-sulfoxyde (DMSO) in aanmerking komt, al bleek het in dit opzicht niet beter te werken dan Ledermix® (cf. Sectie III, nos. 1007, 1008, febr. 1968). Andere middelen, met name Tanderil® en Spirogel®, beantwoordden daarentegen niet aan het doel (cf. Sectie III, nos. 1046, 1047, dec. 1968).

In voortgezette onderzoeken nu werden verschillende combinaties toegepast, waarbij o.a. werd uitgegaan van de overweging dat zowel Tanderil® als het antibioticum chlooramfenicol en Ledermix® goed in DMSO oplosbaar zijn.

Aldus kwam men tot de volgende combinaties.

DMSO + Tanderil®;

DMSO + chlooramfenicol;

DMSO + Ledermix®-pasta;

DMSO + triamcinolon (het werkzame corticosteroïed-bestanddeel van Ledermix® + chlooramfenicol).

Uit de desbetreffende klinische onderzoeken bleek dat – in tegenstelling tot de drie eerstgenoemde combinaties – het vierde preparaat een betere werking beloofde dan DMSO alleen of Ledermix® alleen. Het onderzoek hiermee zal dan ook worden voortgezet.

Visser – Hilversum

1063. **Anachoretic effect of pulpitis.**  
*R. E. Gier, D. F. Mitchell.* J. D. Res. 47: 564, 1968.

Meestal is voor het afsterven van een pulpa een duidelijke oorzaak aan te wijzen; soms echter blijkt de – niet geëxponeerde – pulpa van een element waarop een kroon is geplaatst, na verloop van tijd necrotisch te zijn. Om-

dat gebleken is dat een niet geïnfecteerde pulpa zelfs bij exponeren vitaal blijft – bij kiemvrije proefdieren (Kakehashi e.a.: Or. Surg. Med. Path. 20: 340, 1965) – moet worden aangenomen dat dit het gevolg is van een infectie en het is dus van belang te weten of een pulpa nog op een andere wijze dan door cariës geïnfecteerd kan worden. Dat een trauma de oorzaak kan zijn van een infectie van de pulpa werd reeds eerder aangetoond (zie Sectie III no. 992, okt. 1967); dit onderzoek houdt zich bezig met de mogelijkheid van een hematogene infectie.

Het is bekend dat bacteriën die in de bloedbaan zijn geraakt, soms in organen of weefsels terecht kunnen komen, die geïrriteerd of ontstoken zijn en daar zoveel overlevingskansen vinden dat zij er een infectie veroorzaken. Om na te gaan of dit verschijnsel – anachorese genaamd – zich ook bij een geïrriteerde tandpulpa kan voordoen, werd bij proefdieren een bacteriëmie veroorzaakt door een suspensie van bepaalde bacteriën intraveneus in te spuiten, en vervolgens de pulpae te onderzoeken van (in totaal 88) elementen waarin enkele dagen te voren diepe caviteiten waren geprepareerd. Een aantal van de caviteiten was open gelaten en bij andere was een kleine hoeveelheid croton-olie – een sterk irriterende plantaardige olie – onder een tijdelijke vulling ingesloten.

De elementen werden een half uur na de inspuiting geëxtraheerd en vervolgens zowel bacteriologisch als histologisch onderzocht; als controle werd een aantal gave elementen geëxtraheerd en onderzocht. De ingespoten bacteriën werden teruggevonden in bijna alle pulpae van de behandelde elementen, maar geen enkele maal in de pulpae van de gave elementen. De infectie was uitgebreider en kwam frequenter voor naarmate de pulpa meer geïrriteerd was.

Het lijkt dus niet uitgesloten dat irritatie van een pulpa ten gevolge van een caviteitpreparatie of beslijpen voor een kroon, leidt tot een infectie van de pulpa die veroorzaakt wordt door een voorbijgaande bacteriëmie, zoals die zich ook bij gezonde individuen wel kan voordoen.

De schrijver merkt op dat in de meeste gevallen een pulpa na een geringe infectie van deze aard weer zal genezen en dat een zo ernstig trauma als bij dit onderzoek aan hondetanden werd toegebracht, in de praktijk wel niet zal voorkomen.

Lamers – Heumen

#### 1064. **Tooth discoloration in endodontic procedures.**

*J. H. Gutiérrez, M. Guzmán.* Or. Surg. Med. Path. 26: 706, 1968.

Verkleuring van de tandkroon na een endodontische behandeling kan – vooral bij frontelementen waar geen stiftand of jacketkroon nodig is – bijzonder onaangenaam zijn. Zelfs zorgvuldig verwijderen van alle resten van de kroonpulpa kan dit niet altijd voorkomen.

Onderzocht werd in hoeverre wortelkanaaldesinfectantia, antibiotische pasta's en irrigatievloeistoffen tandverkleuring kunnen veroorzaken. Bepaalde hoeveelheden ervan werden in contact gebracht met schijfjes dentine en met Whatman-papier (een in de chromatografie gebruikte indicator). Bovendien werden de medicamenten in geruimde wortelkanalen van extraheerde elementen ingesloten.

Poly-antibiotische pasta's (met Terramycine of Declomycine) en de N2 preparaten veroorzaakten de sterkste verkleuring van het dentine; formocresol en eugenol daarentegen slechts een zeer lichte. Bij aanwezigheid van een erythrocyten-suspensie nam de verkleuring bij alle medicamenten aanzienlijk toe; het verwijderen van bloedresten uit pulpakamer en wortelkanaal is dus een belangrijke voorzorgsmaatregel tegen tandverkleuring.

Een natriumhypochloriet-oplossing veroorzaakte slechts geringe verkleuring; evenals bij een vroeger onderzoek (Sectie III no. 1030, juni 1968) werd ook hier het uitkristalliseren van natriumhypochloriet tegen de wortelkanaalwand opgemerkt.

Lamers - Heumen

#### Sectie IV Prothetische tandheelkunde

##### 810. Die röntgenkinematographische Darstellung der Kieferbewegungen. Z. Svoboda. Dtsch. Z.M.K. 50: 215, 1968.

In deze publikatie wordt verslag uitgebracht van een onderzoek naar het verschil tussen de kauwbewegingen van volledig betande en van tandeloze kaken met volledige prothese, waarbij gebruik werd gemaakt van een röntgen-cinematografische methode (Sheppard, 1965; Svoboda, 1965).

Onderzocht werden drie groepen personen: 1. met niet-gemutileerd gebit of met vast brugwerk, 2. met een volledige boven- en onderprothese die reeds langere tijd gedragen was, 3. eveneens met volledige prothese, maar direct na het plaatsen. De volgende bevindingen worden vermeld.

*Groep 1.* Bij de transversale kauwbeweging (opgenomen in het frontale vlak) gaat de onderkaak tijdens de openingsbeweging direct naar beneden. Tijdens het sluiten, waarbij het voedsel tussen de kiezen wordt gebracht, beweegt de onderkaak zich enigszins naar transversaal en komt terug op het punt van uitgang. De schrijver noemt dit: „Scharnierkauen”. Bij de sagittale kauwbeweging (opgenomen in het sagittale vlak) gaat tijdens het openen de onderkaak direct naar beneden; tijdens het sluiten komt de onderkaak langs dezelfde baan of enigszins ventraal daarvan op zijn uitgangspunt terug. Er werd geen „Propulsionsbeweging” waargenomen.

*Groep 2.* De kauwbewegingen zijn identiek aan die van groep 1. De frequentie is groter, waarschijnlijk om het kauwendement te vergroten.

*Groep 3.* In tegenstelling tot groep 1 en 2 hebben de proefpersonen van deze groep geen karakteristieke kauwcyclus. De bewegingen zijn niet geco-

ordineerd. De oorzaak is waarschijnlijk, dat de proefpersonen nog niet aan de protheses gewend zijn.

Staatsen – Groenekan

## Sectie VI Pathologie

### 660. Odontogenic gingival epithelial hamartoma.

*E. Baden, B. S. Moskow, R. Moskow. J. Or. Surg. 26: 702, 1968.*

Naar aanleiding van drie patiënten wordt een zeer zeldzame afwijking besproken. Het zijn kleine zwellingen van de vaste gingiva in de cuspidaat-premolaarstreek die sterk lijken op gingiva-kysten; zij fluctueren echter niet, doch voelen stevig aan. Twee zijn gelokaliseerd in de mandibula, één in de maxilla. Eén vertoonde een ulcererend oppervlak. Na excisie en histologisch onderzoek blijken deze „tumoren” gesitueerd te zijn in de lamina propria van de gingiva; zij liggen dus extra-ossaal.

In het histologische beeld blijken odontogene epitheliale celnesten en strengtjes verspreid te liggen in een bindweefselstroma. Sommige van deze strengtjes vertonen een gelijkenis met de prolifererende tandlijst. De cellen zijn pleomorf en hebben grote hyperchromatische kernen. Meestal zijn zij kubisch en soms cilindrisch van karakter. In het bindweefsel bevinden zich, tegen het epitheel aan gelegen, soms structuren die lijken op dentine.

Het is waarschijnlijk dat deze epitheel-proliferaties ontstaan uit de resten van de tandlijst – naar analogie van bv. de gingiva-kysten – vooral omdat dit celtype ook wordt aangetroffen in typisch odontogene kysten en tumoren. Het is volgens de schrijvers echter ook mogelijk dat er sprake is van een plaatselijke proliferatie van de basale laag van de gingiva, zoals dat ook wel voorkomt in het basaalcel-carcinoom. In enkele coupes lijken de celstrengen als het ware uit de basale laag van de gingiva voort te spruiten.

Omdat er van een echte tumorgroei – zoals bij het ameloblastoom – niet gesproken kan worden, wordt de term „hamartoma” voorgesteld. Kenmerken:

1. er is geen infiltratieve groei;
2. zij zijn extra-ossaal gesitueerd (ongebruikelijk voor een ameloblastoom);
3. zij worden aangetroffen bij oudere individuen (59, 55 en 65 jaar);
4. de cellen schijnen weinig actief te zijn;
5. er zijn aanwijzingen voor inductie-verschijnselen (dentine-achtig materiaal wordt aangetroffen);
6. er zijn geen recidieven, althans niet binnen twee jaar.

Een echte ontwikkelingsstoornis is het echter ook niet, omdat er toch geringe hyperplasieën aanwezig zijn en er bovendien kysteuze degeneraties zijn opgetreden.

Stoelinga – Nijmegen

661. **Malignant ameloblastomas from 1953 to 1966. Review of the literature and report of a case.**

*R. F. Carr, V. Halperin. Or. Surg. Med. Path. 26: 514, 1968.*

De vraag in hoeverre ameloblastomen als kwaadaardige tumoren zijn te beschouwen, heeft vele onderzoekers op dit gebied beziggehouden. In 1955 gaven Small en Waldron een overzicht van 33 tot dan toe verschenen publikaties over maligne ameloblastomen (cf. Sectie VI, no. 202, 1955). Zij kwamen tot de slotsom dat 12 van de daarin beschreven gevallen niet aan te stellen maatstaven voldeden en dat van de overblijvende 21 de maligniteit niet onomstotelijk vaststond.

Aangezien dit overzicht inmiddels 15 jaar oud is, ondernamen de auteurs een soortgelijk onderzoek naar de publikaties tussen 1953 en 1966. Het bleken er 21 te zijn: dit aantal werd met een tot nu toe niet gepubliceerd geval vermeerderd. Als criteria voor de maligniteit beschouwden zij het ontstaan van metastasen, zekere histopathologische kenmerken, agressieve groei en mortaliteit. Aldus vonden zij dat van de bestudeerde 22 gevallen 5 met zekerheid als maligne ameloblastomen mochten worden aangemerkt; 12 waren waarschijnlijk maligne. De overschietende 5 moesten als twijfelachtig worden beschouwd.

Stellig vertegenwoordigen deze gevallen slechts een klein deel van het werkelijke aantal in de genoemde periode voorgekomen gevallen. Niettemin kunnen er de volgende aanwijzingen uit worden geput:

1. Een zeker percentage der ameloblastomen toont metastasering en/of ondergaat histologisch een transformatie tot kwaadaardig neoplasma: deze verschijnselen worden echter heel zelden waargenomen.
2. Bij een waarschijnlijk groot aantal ameloblastomen bestaat – ondanks therapeutische maatregelen – een sterke neiging tot recidivering; deze kan de dood tot gevolg hebben. Deze ameloblastomen vormen geen metastasen en tonen geen merkbare veranderingen in het histologische beeld. Zij groeien gewoonlijk langzaam en kunnen ook na lange tijd nog aanleiding geven tot recidief.

De termen maligne en benigne zijn met betrekking tot dit neoplasma blijkbaar niet als tegengestelde begrippen te hanteren.

*Visser – Hilversum*

662. **The fate of the uncontrolled ameloblastoma.**

*P. J. Hoffman, E. Baden, R. M. Rankow, G. D. Potter. Or. Surg. Med. Path. 26: 419, 1968.*

De auteurs bestudeerden de ziektegeschiedenissen en de pathologisch-anatomische verslagen van 38 patiënten, die tussen 1921 en 1966 in een Amerikaans universiteitsziekenhuis waren behandeld voor een ameloblastoom.



De naam duidt al aan dat het een epitheelgezwel van dentogene oorsprong betreft. Het bootst a.h.w. de ontwikkeling van een glazuurorgaan na en vormt follikels en celnesten. Het groeit zeer langzaam en spruit daarbij in alle richtingen uit. In dit verloop komt het tot botverlies, niet alleen doordat de tumor druk uitoefent, maar ook doordat hij fibreuze dysplasie van het beenmerg bevordert, gevolgd door secundaire resorptie, onder invloed van osteoclasten. Het beenmerg wordt diffuus geïnfiltreerd door vingervormige extensies, die van de hoofdmassa van de tumor uitgaan en die zich tot de spongiosa uitstrekken. Dit leidt tot de vorming van geïsoleerde groepen van tumorcellen, die door bindweefsel worden ingesloten. Eventueel kan zelfs infiltratie van weke delen plaatsvinden. Door deze vrij agressieve kenmerken is een exacte diagnose onontbeerlijk, te meer omdat er varianten bestaan, waarmee het neoplasma niet mag worden verwisseld. Als zodanig noemen de auteurs o.a. melano-ameloblastoom, adeno-ameloblastoom en het zg. hamartoom, dat afkomstig is van resten van de tandlijst (cf. Sectie VI, no. 660, blz. 336).

Bij 37 van de bovengenoemde 38 patiënten was de tumor in de onderkaak ontstaan en bij slechts één in de bovenkaak. De leeftijden van de patiënten varieerden zeer sterk: van 4 tot 84 jaar. Deze opgaven herbergen echter een element van misleiding, want de tumor groeit buitengewoon langzaam, zodat hij wellicht pas vele jaren na zijn ontstaan wordt ontdekt. In 19 gevallen was het een tandarts die de afwijking het eerst opmerkte; bij 15 daarvan was een chirurgische behandeling voorafgegaan (extractie van een derde molaar, curettage van een kyste). Voorts hadden 13 patiënten in verband met de aandoening over pijn geklaagd; bij 4 was infectie ontstaan. In 16 gevallen had men de tumor – althans in eerste aanleg – voor een kyste aangezien.

Aan de hand van 3 gevallen bespreken de auteurs de aangewezen therapie. Aangezien metastasen heel zeldzaam zijn en de tumor zeer langzaam groeit, past men niet altijd ruime excisie toe, maar volstaat met curettage. Men mag echter niet vergeten dat de tumor destructieve en infiltrerende eigenschappen bezit, die hem tot een plaatselijk kwaadaardig gezwel stemmen. Juist door de langzame groei worden de destructieve kwaliteiten wel eens onderschat. Een gevaar is bovendien de sterke neiging tot recidief na curettage: dit ontstaat soms pas na jaren. Wanneer dan het verloop niet nauwlettend wordt gecontroleerd, is er kans op sterke infiltratie, zowel in het bot als in de weke delen, die tot een onevenredig uitgebreide resectie zou nopen. Daarom achten de auteurs radicale excisie van meet af aan geïndiceerd.

*Visser – Hilversum*

663. **Three retained upper right deciduous teeth at 42 years of age – a case report.**

R. F. P. Frow. D. Delineator 19: 7, 1968.

De titel, waaronder deze gevallenbeschrijving is gepubliceerd, is eigenlijk niet anders dan een korte samenvatting van het geheel. Blijkens de fraaie röntgenogrammen zijn de verhoudingen links normaal, terwijl rechts de laterale cuspidaat en de beide melkmolaren geretineerd zijn gebleven. Hun blijvende opvolgers kenmerken zich – vermoedelijk consecutief – door hun gereduceerde wortelformatie.

*De Jonge – Amsterdam*

664. **Retinierte Zähne -05 und -5.**

E. Oksala. Finska Tandl. Förh. 64: 205, 1968.

Aan de hand van een panoramische röntgenfoto en van coupes der later geëxtraheerde elementen beschrijft de auteur een ongewoon zeldzaam geval: retentie van een tweede melkmolaar rechts onder en van diens blijvende opvolger, de tweede premolaar. Boven deze laatste is volgens de schrijver nog een overtallige tand tot doorbraak gekomen.

*De Jonge – Amsterdam*

## BLADVULLING

### ZUIVERING TAALGEBRUIK

Onduidelijk is waarom van „overhead projectors” en van „master recorders” gesproken moet worden, tenzij men zich als „recordmaster” in taalverminking wil opwerpen. Een begrip als scholengemeenschap is goed Nederlands en zelfs wat oecumenisch, de „comprehensive schools” daarentegen zijn dit niet, zo min als „result-indicators”. Het is veelzeggend voor onze taalbegaafdheid dat „voix et images de France” op onze „research teams” geringe indruk hebben gemaakt. Lord Broughams waarschuwing: „Behold gentleman, the schoolmaster is abroad”, verkrijgt voor ons land wat sinistere zin. Ik bepleit niet de vertaling van „teaching-machine” door „ingeblikte schoolmeester”. Ik acht wel bij de „multiple choice” tussen wetenschappelijke vaktaal en gemakzuchtig bargoens alleen de eerste mogelijkheid aanvaardbaar.

(Uit: Prof. Dr. I. A. Diepenhorst: „Vlucht zonder ballast”, toespraak ter gelegenheid van het gouden jubileum van de Onderwijsraad op 21 febr. 1969 te 's-Gravenhage.)