

als snelontwikkelaar blijkt zeer goed bruikbaar te zijn en een welkome aanvulling van de normale ontwikkelset; bovendien heeft het als extra voordeel, dat geen speciale snelontwikkelaar hoeft te worden aangeschaft. Een opname kan na 90 seconden al bekeken worden. Het aantal opnamen speelt geen rol, dit in tegenstelling tot de Phil-X 30'', die immers één voor één ontwikkeld moeten worden.

Voor maximale informatie, zoals bijvoorbeeld nodig voor de cariësdagnostiek, blijft de normale langzame methode van ontwikkelen de aangewezen weg.

#### Samenvatting:

Twee methoden om tandfilms op snellere wijze dan bij het conventionele ontwikkelen ter beschikking te krijgen, werden vergeleken. Onderzocht werden de „Phil-X 30''” film en de Kodak „Ultra speed DF 57'', die gedurende 30 seconden bij 20° C in Kodak DX 80 R ontwikkeld werden.

Vergeleken werden de sluiswaarde, de korrelgrootte en het contrast. Als standaard werd gebruikt het beeld van een Kodak Ultra speed DF 57 film, dat ontstaat na 4 minuten ontwikkelen in Kodak DX 80 bij 20° C. De resultaten van de Kodak film, ontwikkeld gedurende 30 seconden in Kodak DX 80 R, bleken weinig af te wijken van die bij de normale procedure.

De Phil-X 30'' film blijkt beduidend minder goede resultaten op te leveren.

Voor optimale beoordelingsmogelijkheden blijft de normale procedure aanbevolen.

#### Summary:

An investigation was done concerning the graininess i.e. the amount of base plus fog and the contrast on the Phil-X 30'' film and the Kodak Ultra speed DF 57 developed for 30'' at 20° C in Kodak DX 80 R. The picture on the Kodak Ultra speed DF 57 film when developed in Kodak DX 80 at 20° C for minutes was used as a standard.

The Kodak Ultra speed developed in Kodak DX 80 R proved to be the most suitable for practical use.

#### Literatuur:

1. Aken, J. van (1961): Maatregelen ter bevordering van de standaardisatie van het ontwikkelproces voor tandheelkundige röntgenopnamen. Ned. Tijdschr. v. Tandhk. 68: 186.
2. Klem, J., Schlegel, D. (1967): Vergleichende Untersuchungen zur praktischen Brauchbarkeit von „selbstentwickelnden” Zahnfilmen. Dtsch. Z. Z. 22: 2, 224-230.
3. Ingle, J. J., Beveridge, E. E., Olson, C. E. (1965): Rapid processing of endodontic „working” roentgenograms. Oral Surgery. Oral Med., Oral Path. 19: 1, 101-107.
4. Updegrave, W. J. (1960): High or low kilovoltage. D. Radiog. and Photog. 33: 4.
5. Wainwright, W. W. (1965): Dental Radiology. New York, Mc.Graw Hill Book Co., pp 54-59, 146-153.

Erasmuslaan 1,  
Nijmegen.

## CASUISTIEK

### ONECHTE DIASTEMEN IN HET MELKGEBIT

#### C. GYSEL

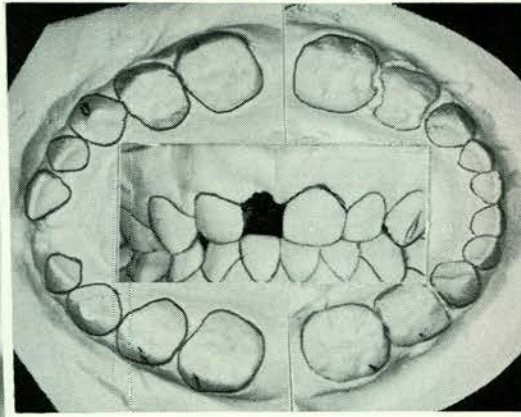
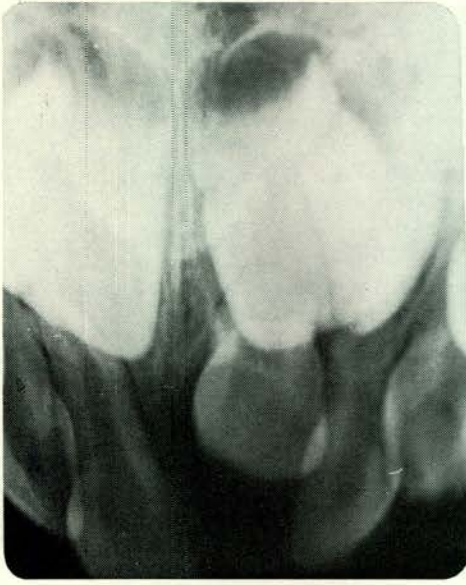
Echte diastemen zijn ruimten tussen tanden die normaliter contact hebben. Zij kunnen essentieel zijn (niet aan andere dysmorfosen gebonden), symptomatisch of therapeutisch (bv. ten gevolge van palatinale verplaatsing of van extractie van een mesiodens) (Gysel, 1967).

Onechte diastemen zijn ruimten in de tandboog ten gevolge van het werkelijk of schijnbaar ontbreken van een of meer normale tanden. Als oorzaken zijn te vermelden:

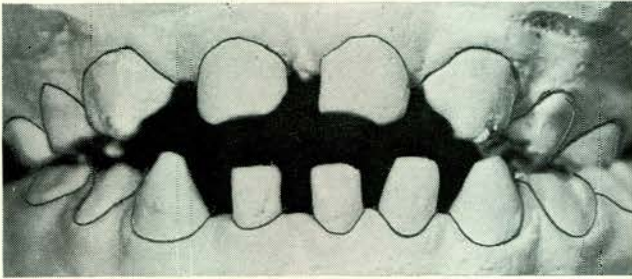
1. *Fysiologische* (of *pathologische*) *vroegtijdige resorptie* van de melktand die leidt tot het uitvallen en dus tot een kortstondig onecht diasteem.

2. *Vroegtijdige extractie* die gewoonlijk zonder gevolgen is voor het blijvende gebit (als men tenminste afziet van mesiale verplaatsing van distaal gelegen elementen).
3. Door een trauma veroorzaakte *luxatie* van een melktand die de kiem van een blijvende tand in mindere of meerdere mate kan kwetsen of luxeren, wat niet zelden aanleiding geeft tot een retentie met of zonder misvorming van de blijvende tand en bijgevolg tot een onecht diasteem, ook in het blijvende gebit (Gysel, 1962).
4. *Duurzame reinclusie* van een melktand (Meyer, 1955). Dergelijke blijvende traumatische „reïnclusie” is zeer zeldzaam. Gewoonlijk komt de „verdwenen” tand na enkele weken spontaan weer te voorschijn. Wel is er grote kans op nadelige gevolgen voor de blijvende opvolger: sterke luxatie, dilaceratie of glazuurletsels. Afb. 1 toont bij een kind van 6 jaar een onecht diasteem waar, na een trauma, een centrale melksnijtand sedert meer dan twee jaar in het bot verblijft. De röntgenfoto toont zijn vroegtijdige resorptie en bovendien een zeer duidelijke ringvormige glazuurhypoplasie van de permanente follikel.
5. Bij *agenesie van laterale melksnijtanden* is er geen opvallend onecht diasteem: de melkhoekstand verplaatst zich mesiaalwaarts. Wanneer de blijvende centrale snijtanden

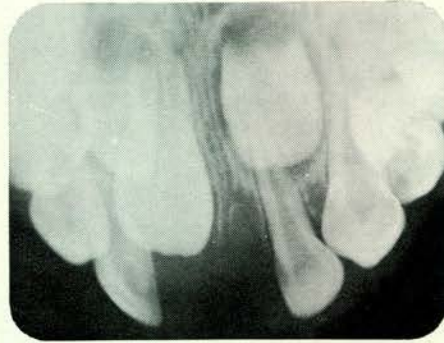




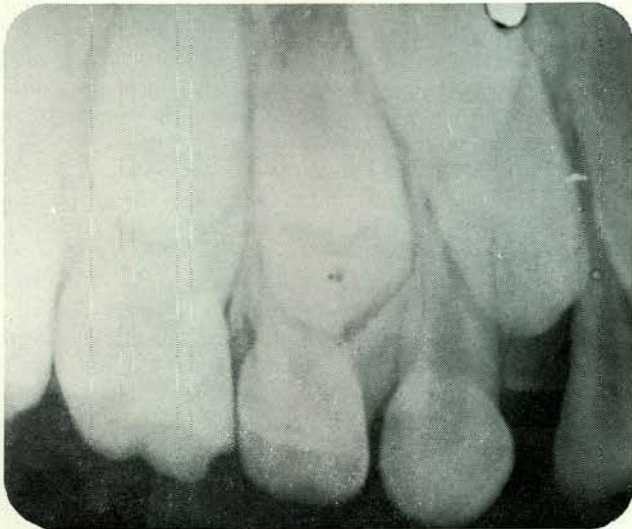
Afb. 1. Duurzame „Phählung“ van een melksnijtand ten gevolge van een trauma.



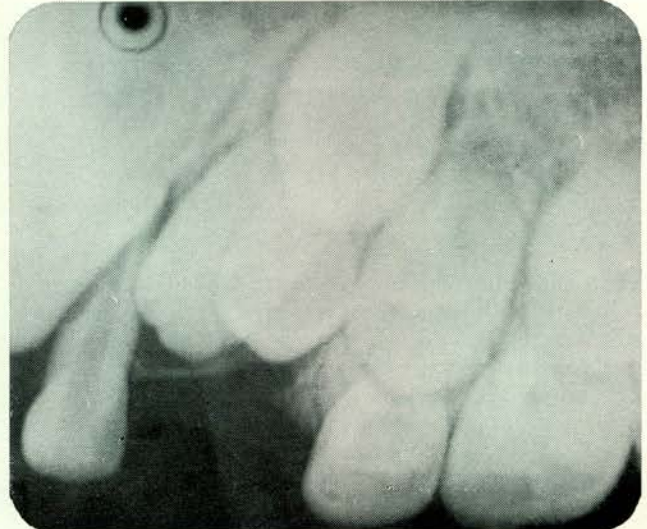
Afb. 2. Familiale agenesie van beide laterale bovensnijtanden en van een ondersnijtand. (Bij een zuster van dit meisje zijn zes tanden in beide gebitten afwezig: laterale bovensnijtanden en alle ondersnijtanden.)



Afb. 3. Agenesie van twee centrale melksnijtanden en van één permanente centrale snijtand.



Afb. 4. Zeer late ontwikkeling van een melkhoektand links. Men vergelijkte met de normale toestand rechts.





doorbreken komt weliswaar geen volledig contact tot stand, maar doorgaans blijft er ook geen storend (onrecht) diasteem (afb. 2).

6. Bij *agenesie van de centrale melksnijtand* is het anders gesteld: het hiaat is hier blijvend en storend (afb. 3).
7. *Agenesie van de melkhoektand of van een melkmolaar* zijn uiterst zeldzame verschijnselen.
8. *Vertraagde ontwikkeling van een melkhoektand* kan worden verward met agenesie. Zeer leerrijk in dit opzicht is ons vierde geval. Bij dit kind van 6 jaar is nooit c s s doorgebroken. Röntgenfoto's van dit gebied tonen het beeld van een overtallige tand, waarvan de ontwikkeling die der buurelementen volgt: er is nog geen wortel, ook geen wortelresorptie (bij c s d is de wortel onaangetast). Vorm en grootte zijn die van een melkhoektand. In een voorgaande publikatie hebben wij aangetoond dat unilaterale late ontwikkeling van premolaren (met een achterstand van 2 tot 8 jaar) geen zeldzaamheid is. Alles wijst er op dat in dit geval de betrokken hoektand zich in een laat stadium ontwikkelde, wat zijn doorbraak op het normale tijdstip heeft verhindert.

## BOEKBESPREKINGEN

W. J. Tulley, B. S. Cryer: *Orthodontic treatment for the adult, a dental practitioner handbook*. 51 pag. John Wright & Sons Ltd., Bristol 1969. Prijs 14s 8d.

In dit boekje van 51 pagina's, aangeduid met de ietwat weidse titel „handbook” wordt een aantal behandelingsmogelijkheden bij volwassen patiënten beschreven.

In de inleiding wordt zeer beknopt en scherp gesteld welke indicaties en contra-indicaties hierbij gelden. Bij volwassenen zal men zich in het algemeen moeten richten op „minor tooth movement”, veelal als voorbehandeling voor een hierna volgende prothetische restauratie of verbetering.

Het hoofdstukje gewijd aan het onderzoek van de patiënt is helaas te beperkt en daardoor onvolledig gebleven, vooral t.a.v. enkele theoretische achtergronden.

Hierna worden enkele voorbeelden van de lokale behandeling van afwijkende tandstand bij klasse I-afwijkingen met behulp van zeer eenvoudige (uitneembare) apparatuur beschreven. Achtereenvolgens komen aan de beurt: ruimteoverschot, gedrongen stand, retentie en persistentie.

De hierna volgende hoofdstukjes zijn gewijd aan klasse II en klasse III-anomalieën, waarbij de behandeling is gericht op een lokale verbetering van de frontstand en frontrelatie en waarbij dus uitsluitend een verbetering van esthetisch effect wordt nagestreefd, hetgeen een wat eenzijdige benadering is.

Als inleiding om er de aandacht op te vestigen dat ook voor volwassenen soms nog mogelijkheden tot behandeling bestaan is het boekje, mede door de klare aanpak en de

### Resumé:

Le diastème est un espace entre deux dents normalement en contact. Le faux diastème est un hiatus dans la denture dû à l'absence d'une dent normale. Cette absence peut être congénitale: agénésie familiale (fig. 2) ou occasionnelle (fig. 3). Elle peut être apparente la dent étant réincluse accidentellement (fig. 1), ou incluse par suite d'un développement tardif (fig. 4).

### Literatuur:

1. Gysel, C. (1962): Orthodontie et traumatologie. Rev. Franc. Odont. Stom. 8: 1091.
2. Gysel, C. (1967): L'orthodontie Française 38: 449.
3. Gysel, C. (1968): Le développement asynchrone de dents homologues et ses conséquences. L'orthodontie Française 39: 352.
4. Meyer (1955): Der verbogenen obere mittlere Schneidezahn. Z. Welt Ref. 406.

Camille Huysmanslaan 69,  
2020 Antwerpen.

verzorgde illustraties, geslaagd te noemen en kan het zeker worden aanbevolen.

Voor een juiste beoordeling of in een bepaald geval behandeling nog geïndiceerd is en binnen een bepaalde tijds-limiet bevredigend kan worden uitgevoerd, is echter veel meer kennis nodig, welke hier niet wordt geboden en waarvoor dus een werkelijk handboek zal moeten worden geraadpleegd.

A. J. van Hillegondsberg

M. B. Coelho: *Praktisch verklarend zakwoordenboek der geneeskunde*. Dertiende druk. 716 pag. Van Goor Zonen, Den Haag Brussel 1969. Prijs f 12,90.

In het formaat 10 × 13 cm is voor de 13e maal een nieuwe druk verschenen van het *Zakwoordenboek der geneeskunde*, geheel opnieuw bewerkt door G. Kloosterhuis (arts).

Met zijn ca. 15.000 trefwoorden staat dit medische vademecum nog immer ten dienste van allen die werkzaam zijn in de medische, farmaceutische en paramedische beroepen. In een streven naar volledigheid worden wel 20 categorieën met name genoemd, maar het nadeel van dit pogen wrekt zich ook hier: de mondhygiëniste komt in het lijstje niet voor!

Bij de vorige druk vergeleken heeft de nieuwe uitgave een grondige herziening en een aanzienlijke uitbreiding ondergaan, waarbij de vorderingen in de geneeskunde, wijzigingen in woordgebruik en modernisering de voornaamste aanleiding hebben gevormd. De bruikbaarheid van dit, sedert 1946 voor de eerste keer verschenen, medische woordenboekje is in niet geringe mate toegenomen.

Opvallend is ook de zorg die aan de Nederlandse taal is besteed (de taalkundige adviezen werden gegeven door Dr.