

INGEZONDEN

HET TECHNIKERSVRAAGSTUK.

Toen ik de correspondentie omtrent dit belangrijke vraagstuk in het Tijdschrift van 15 December 1928 had doorgelezen, becroop me weer het vreemde gevoel, dat mij zoo dikwijls in het begin van de aanhangige kwestie had bevangen.

In al die manuscripten worden de belangen der tandartsen en technikers naar voren gebracht; telkens komt de vraag naar voren of het voorgestelde (dat dan weer beter in de praktijk zal voldoen dan het voorgaande), van voor- of nadeel is voor de een of andere partij.

Hierover wil ik niet spreken, doch wel wil ik de derde partij in het geding brengen n.m. de patiënten. Deze praten niet mee en dat behoeft ook niet, omdat ze leek zijn, maar wel moeten wij, die de wetenschappelijke tandheelkunde beoefenen, niet alleen onze, maar ook de belangen van de aan ons toevertrouwde patiënten behartigen. Afgezien nu van al datgene, wat er tot nu toe uit politiek oogpunt op tandheelkundig gebied voor de technikers is bereikt, zijn we verplicht nog immer de stelling te verdedigen: „Geen techniker aan de mond of aan de tanden van een patiënt.”

Om deze stelling te verdedigen, zou ik het volgende naar voren willen brengen met de vraag te beantwoorden: „Wat is *tandheelkunde* in engeren zin”, immers er bestaan zooveel onderafdeelingen in deze geneeskundige tak der medische wetenschappen.

De caries dentium, het ziekteproces aan onze tanden en kiezen, waartegen we dag-in, dag-uit vechten, wordt naar de laatste opvattingen beschouwd als een infectieus proces, althans eene afwijking, waarbij bacterieele werkingen een groote rol spelen. Tallooze coccen, bacillen, bacteriën en anders gevormde micro-organismen worden in een carieuze holte aangetroffen, waaronder zich er ook bevinden, die, dringen ze op een andere plaats het lichaam binnen, verzweringen en abscessen veroorzaken.

Zoodra nu deze organismen het tandbeen hebben bereikt, wil dat niet meer en niet minder zeggen, dan dat ze eene ligging hebben ingenomen, welke correspondeert met die in de onderhuidsche weefsel-

lagen, immers het tandbeen is van mesodermalen oorsprong. Gaan de micro-organismen nog verder doordringen, 't geen meestal, als er niet wordt ingegrepen, 't geval pleegt te zijn, infecteeren ze het soepele, bloedrijke pulpaweefsel en kunnen hun funeste werking in de diepste onderhuidsche weefsellagen ontplooiën, wat in zeer vele gevallen gepaard gaat met ettervorming; 't is een echte gewone verzwering, eene geïnfecteerde wonde.

De conserveerende tandheelkunde is dus eigenlijk niets anders dan *wondbehandeling*. Omdat dit zoo is, sta ik versteld van de gedachten-gang van onze collega, de geneeskundige medewerker van de Nieuwe Rotterdamsche Courant. Als hij op de hoogte was van de vraagstukken, waarvoor de conserveerende tandheelkunde ons plaatst, zou hij m.i. onmogelijk kunnen adviseeren: „Geef allen dubbel geviseerden en allen aan matige praktische exameneischen thans voldoende technici de volle bevoegdheid en den persoonlijken titel „tandarts“”.

Welke medicus zou kunnen aanraden aan iemand, in dit speciale geval een techniker, die niets afweet van wondbehandeling, patiënten toe te vertrouwen, die hiervoor hulp komen vragen? Niet *één*.

En wordt in ons land aan een leek toegestaan wonden te behandelen? Immers neen, waarom dan wel aan een techniker, die totaal onkundig is op wondbehandelingsgebied?

Bovenstaande redenatie kan ook gelden voor de extractieleer en -praktijk, ook hier gelden de regels van de klein-chirurgie.

Werd aan een techniker, 't doet er niet toe, van welk jaar hij dateert, toegestaan aan het tandstelsel of in den mond te werken, zou, naar mijne inzichten, de kwakzalverij worden bevorderd. 't Behoefte geen betoog, dat onze patiënten de dupe van de historie worden. De regeering drage er zorg voor, dat dit niet gebeurt en dat deze zieken geen andere gelegenheid voor behandeling wordt geboden, tenzij door degelijk onderlegden in dit zoo belangrijke, speciale onderdeel der geneeskunde.

Dr. J. J. DE VRIES, arts.

Groningen, 22 December 1928.