

De techniek buitenshuis

door K. H. F. Koopman, tandarts te Veendam

Wanneer we om ons heen zien in openbare gelegenheden, dan zijn de prothese-dragers er meestal tot een hoog percentage gemakkelijk uit te halen. Het aantal gevallen waarin we twijfelen is uiterst klein.

Op zich zelf is dit voor ons, tandartsen, een zaak om eens dieper over na te denken. Immers de materialen en methoden die tot onze beschikking staan, zijn enorm veel mooier geworden, maar van de cosmetische resultaten kan dat helaas niet in *die* mate gezegd worden.

Als één der oorzaken van het vaak minder geslaagd zijn van de uiterlijke restauratie van den patiënt meen ik te moeten zien, de uiterst geringe belangstelling der tandartsen voor het technische gedeelte van de prothetiek.¹⁾

Vroeger was dat anders! Toen was het de tandarts zélf, die zijn techniek verzorgde. Pas toen de groeiende populariteit van de conserveerende- en prothetische tandheelkunde hem daartoe dwóng, besloot hij het technisch gedeelte over te laten aan een goedkoopte kracht, en zich zelf in hoofdzaak met de patiënten te bemoeien.

De technicus in zijn laboratorium zette hij geheel naar zijn hand, en besprak er ieder werkstuk mee. Liet hem in bepaalde gevallen ook den patiënt zien.

Hieruit ontwikkelde zich het laboratorium buitenshuis, wat gezien de rommel in huis een vooruitgang mocht heeten, maar het persoonlijk contact met den technicus ging hierdoor voor de meeste tandartsen verloren. De opdracht wordt nu schriftelijk gegeven (te drukker de praktijk, te korter de opdracht), en de technicus wordt beschouwd als een wondermensch, die met een minimum aan gegevens tot een maximum aan resultaten kan komen.

Tegelijkertijd met het zich zelfstandig maken van het laboratorium, komt ook de opleiding der technici meer los te staan van den tandarts, en wordt grootendeels „overlevering” van techniker op leerling.

Voor een goed wederzijdsch begripen behoort de opleiding der technici gedeeltelijk in handen der tandartsen gelegd te worden.

Doordat de meeste tandartsen nooit meer een prothese maken, onderschatten zij vaak de groote waarde van uitvoerige gegevens voor het laboratorium. Zij vergeten vaak, dat de technicus den patiënt niet ziet of kent.

Voor een geval waaraan u hooge eischen stelt, voeg daar eens een fotootje bij van den patiënt.

Een prima afdruk met een ruime lepel moet het begin zijn. Een te kleine lepel geeft dunne gipsranden, die bij breuk (eventueel tijdens het vervoer) geen breukvlakken geven, en niet meer tegen elkaar kunnen worden gezet. Slaagt een afdruk niet volkomen . . . geef liever direct enkele minuten van uw kostbaren tijd, en maak *nu* een nieuwe, dan wint u uiteindelijk tijd.

¹⁾ Dit verklaart wel, maar verontschuldigt niet het feit, dat de tandartsen schromelijk tekort schieten in hun plicht ten aanzien van de tandvervangning. Red.

Wanneer de beet nu bepaald moet worden, controleere men eerst, of geen verwisseling heeft plaatsgevonden in het laboratorium. Dat boven- en onder-beetplaat dus goed passen.

Na de contrôle van de randen, en speciaal den achterrand, op hun lengte, wordt de beethoogte bepaald.

Typisch is, dat sommige tandartsen altijd tot een hoogen beet, andere altijd tot een onwaarschijnlijk lagen beet komen.

Een contrôle op de waarschijnlijke juistheid van de beethoogte heeft men, door b.v. met een spiegel den afstand: onderrand-kin tot neus-septum te vergelijken met den afstand mondhoek-oogpupil.

Deze afstanden zijn in normale gevallen gelijk.

De beetplaten of waswallen mogen *nooit* verwarmd worden, daar dat een verbuigen en dus onnauwkeurig passen op het model kan geven.

Zoodra de juiste beethoogte door koud bijsnijden is bereikt, controleere men vooral, of de waswallen elkaar wel overal *gelijktijdig* raken. Raken ze éérs in 't front, en bijt de patiënt door, dan wipt de beetplaat achteraan los. Ziet de tandarts dat niet, dan wordt dit de oorzaak van den openbeet in de molaarstreek. De doorzichtige beetplaten laten hier gemakkelijker contrôle toe. Met een heet mesje worden nu de waswallen even aan elkaar gesmolten.

Vele tandartsen nemen *nu* de op elkaar gesmolten beetplaten uit den mond, en verzenden ze. Zij verzuimen dus de liphooft, mediaanlijn, lachlijn en hoektandlijn in de was te krassen. Deze gegevens heeft de technicus echter noodig voor de tandenkeuze en ruimte-verdeeling. Het teveel zichtbaar worden van boven- of ondertanden, of van den protheserand kan door deze lijnen worden beperkt.

Als dan de technische gegevens verzameld zijn, beginnen bijna alle tandartsen die hun werk buitenshuis laten maken tekort te schieten . . . De meesten snellen dan naar hun wachtkamer . . . halen den volgenden patiënt, en stoppen aan het eind van den dag den oogst aan technisch werk in een doosje, voegen er een briefje bij in den geest van:

3 reparaties morgen 12 uur,

2 volle protheses Paladon, Zaterdag 10 uur,

Partieel onder met baar en 2 klammers, kleur 9, Maandagavond.

Er zijn zelfs collega's die het nóg korter maken. Die geen woord bijvoegen, omdat ze meenen, dat de gegevens wel voor zichzelf spreken. En soms moet de technicus zelfs uit het poststempel opmaken, wie wel de afzender kan zijn!

Dat bij dergelijke „omschrijvingen” de eene prothese gelijk op de andere, mag ons niet verwonderen.

In de eerste plaats moet toch worden aangegeven:

De tandkleur. (Eventueel merk, en nummer van het model).

Verder de leeftijd van den patiënt en het geslacht. Een goede techniker maakt heusch wel verschil, of hij voor een jongedame van 20, dan wel voor een oude heer van 60 de prothese opstelt.

Dan is ook het gezichtstype van het grootste belang voor de tandkeuze, en de wijze van opstellen. Bij de typische „kaaskop” neemt men het best een vierkanten tand, regelmatig opgesteld, liefst end to end.

Bij een langgezicht een langwerpigen tand, iets onregelmatig opgesteld, met overbeet. ¹⁾

¹⁾ De schrijver behandelt hier wel zeer oppervlakkig het onderwerp betreffende vorm en kleur van kunsttanden in verband met gelaatstype, waaromtrent in den loop der voor-oorlogsche jaren met name de fabrikanten van kunsttanden waardevolle en fraai uitgevoerde publicaties aan hun afnemers, d.w.z. de tandartsen hebben toegezonden. Tot ontwikkeling van het inzicht, gevoel en oog voor dit hoogst belangrijke onderdeel der tandvervangning hebben zij, gelijk ook uit schr's elementaire aanwijzingen kan worden afgeleid, helaas bitter weinig bijgedragen. A qui la faute? In elk geval niet bij de fabrikanten voornoemd. (Red.)

Ook de wenschelijkheid van opvulling of geheel weglaten van den rand moet vermeld. En of luchtkamers of zuigers noodig zijn, kunt ook u het beste beoordeelen.

Het verstrekken van méér gegevens kan geen kwaad. (pasfoto).

En zelfs als de beet op de juiste wijze is bepaald, en de techniker een lange lijst van gegevens van u heeft gekregen, óók dan zal de prothese eerst even in was gepast moeten worden, om uiteindelijk de volle bevrediging van uw werk te hebben, en uw gedistribueerde kunsthars niet te verkwisten. Kleine ingeslopen foutjes kunnen dan nog gecorrigeerd worden, en een kleine variatie in de opstelling gemaakt, die alleen u als tandarts, die uw patiënt ziet, kunt aanbrengen. Want . . . het is niet meer als vroeger . . . we hebben nu onze techniek buitenshuis!

Nogmaals: Behandeling van Gingivitis

Naar aanleiding van het artikel van Van der Molen over behandeling van gingivitis, in het Januari-nummer het volgende:

Vele patiënten werden door ondergeteekende behandeld als volgt: kleine tampons, gedrenkt in een 3 % H_2O_2 -oplossing, worden tusschen de tanden op de aangestaste papillen gebracht; in dezelfde oplossing gedrenkte wattenrollen aan de buccale zijde tegen de gingiva gelegd. Patiënt blijft zoo ongeveer 10 minuten zitten. Tampons en wattenrollen worden verwijderd, patiënt spoelt na met 3 % H_2O_2 en wordt verzocht met dezelfde vloeistof thuis na iederen maaltijd te spoelen. Dit wordt 2 à 3 dagen achtereenvolgens toegepast waarna in 99 % van de gevallen een duidelijke verbetering te bespeuren is. De behandeling dient echter doorgezet te worden tot de verbetering totaal is. Zooals v. d. M. terecht opmerkt is toedienen van vit. C niet de weg naar verbetering.

Met een bevriend medicus ben ik echter tot de conclusie gekomen, dat we hier te maken hebben met een spirocheteninfectie; deze medicus paste dan ook een andere methode toe, nl. na grondige tandsteenverwijdering gaf hij injecties met salvarsan; inderdaad werd hierdoor ook verbetering bereikt, alhoewel ik den indruk heb, dat de genezing meer tijd in beslag neemt.

Ik zal gaarne het oordeel van coll. v. d. Molen over de door mij toegepaste methode vernemen.

W. H. S. SYPKENS
Middelhørnis

Naar aanleiding van de publicatie van coll. E. v. d. Molen over de aanwending van penicilline en cibazol bij de therapie van de gingivitis ulcerosa kan ik mededeelen, dat ik vrijwel dezelfde successen boekte bij het oraal toedienen van cibazol (sulfathiazol), driemaal daags 2 tabletten à 0.5 gr. Ik verwijderde natuurlijk eerst grondig het tandsteen en gaf een antiseptische mondspoeling, daarbij schreef ik 20 tabl. cibazol voor.

Het resultaat is zeer verrassend, de pijn was meest na een paar dagen geheel verdwenen, ook bij verouderde gevallen, na ca. 5 dagen was de genezing in de meeste gevallen volkomen.

Daar mijn ervaring zich over een half jaar uitstrekt bij meer dan honderd gevallen, meen ik er goed aan te doen ook op deze therapie, die voor den tandarts bovendien nog eenvoudiger is, de aandacht te vestigen.

P. A. ABLIJ
Leeuwarden