

## DE TANDHEELKUNDIGE CHIRURGIE

DOOR Jhr B. A. M. ELIAS, arts en tandarts

Bij een terugblik over de tandheelkundige chirurgie begeben wij ons op het terrein van de grensgebieden. Weliswaar vormt de tandextractie de hoofdschotel van de chirurgische tandheelkunde, doch onder tandheelkundige chirurgie (what 's in a name?) pleegt men de behandeling der complicaties, zegge de mondheelkunde, zegge de kleinere kaakchirurgie te verstaan. Wij betreden een gebied, waar de *medische* verantwoordelijkheid, als men het aldus mag zeggen, een rol gaat spelen. Het dikke gezicht, de nabloeding, de fractuur, de opgelopen lichaamstemperatuur, de motorische onrust van de patiënt, het zijn zaken die aan dit verantwoordelijkheidsgevoel appelleren. Grensgebieden dus, tevens — zoals meer in de wereld — dikwijls een soort niemandsland. Niet zeldzaam zijn nog steeds verhalen van patiënten, die voor hun nabloeding b.v., op een ongelegen tijdstip moeilijk hulp kunnen vinden en dan verzeilen bij de huisarts, die zich bij een wat flinke nabloeding even energiek op het hoofd krabt als de ongelukkige ziekenhuisassistent staat te foeteren, wanneer hij in de late avond van zijn radio weggeroepen wordt voor een karweitje op dit voor hem al even weinig vertrouwde terrein.

Dat — tussen haakjes — een nabloeding, zonder dat er „iets bijzonders” is, niet zonder gevaar kan zijn, bewees mij nog zeer onlangs een zesjarig jongetje, dat na een melkmolaar-extractie zó had liggen bloeden, dat slechts een transfusie hem weer kleur op het gezicht en kracht in het polsje kon brengen.

Wij zien hier het bewuste stukje „medicijnen”, dat bij de tandheelkunde zo regelmatig om de hoek komt kijken en dat sinds de tweede helft van de vorige eeuw de practici, en waarlijk niet alleen in Nederland, de stemmen deed verheffen en hun pennen in beweging bracht.

„Het tweeslachtig karakter der stomatologie”, zeide Van Loon ter gelegenheid zijner erepromotie in Utrecht, „mengeling van handwerk en wetenschap, zoals wij die in geen ander deel der geneeskunde kennen, is oorzaak van vele moeilijkheden”. Met name in verband met de opleidingskwestie, die netelige en gecompliceerde aangelegenheid, waarvoor men na de jongste wereldoorlog te onzent een oplossing gevonden meent te hebben in de zesjarige opleiding van de tandarts.

Het is interessant om de geschriften van meer dan een halve eeuw geleden eens te lezen, niet alleen in verband met deze opleidingskwestie, — want daarover zullen zich de geleerden veler generaties nog weer beraden — doch met de vroeger in Nederland bestaande toestanden.

Sedert 1865 werd te Utrecht tandheelkundige polikliniek gehouden, de enige in den lande. Dr. D e n t z had hiervoor twee ochtenden in de week de beschikking over enige kamers in een noodhospitaal, dat naar de

naam „cholerahospitaal” luisterde; nadien in het „IJzeren Hek”, een gebouw in de Breedstraat, waar later op de dag de officieren van de schutterij hun schermoefeningen hielden. In 1883 kreeg men de beschikking over enige boven elkaar gelegen vertrekjes in een gebouwtje, aan de Neude gelegen (op de plaats van het tegenwoordige postkantoor), hetgeen reeds een belangrijke verbetering betekende. Hèt Instituut echter, aan de Wittevrouwenstraat gelegen, dat in 1895 in gebruik kon worden genomen en officieel als „Kliniek tot herkenning en genezing van tandziekten” te boek stond, bood weliswaar werkgelegenheid aan een behoorlijk aantal studenten, maar nu ontbrak het nog aan onderwijskrachten. Het gehele onderwijs werd verstrekt door één lector (Dr. D e n t z) en één assistent (P. J. J. C o e b e r g h), die resp. twee mille en duizend gulden 's jaars verdienden. Men mag, met talrijken uit die dagen, gevoeglijk zeggen dat deze beide functionarissen, die uiteraard het resterende deel van hun werkkraft aan de particuliere praktijk dienden te geven, niet in staat geacht konden worden, tezamen in de opleiding van een gestadig groeiend aantal studenten te voorzien.

Er werd geschreven, er werden voordrachten gehouden en requesten aan de Minister gezonden. Tout comme chez nous. Men verdiepte zich in de toestanden zoals deze in de ons begrenzende landen werden aangetroffen en steeds was het weer: medisch? niet-medisch? semi-medisch? En het is juist deze facet die voor de tandheelkundige chirurgie zo in het bijzonder van belang is.

T o m e s zeide op een meeting van de „General Medical Council”, op 30 Mei 1898 te Londen, o.m.: „Happy indeed is the man, whose circumstances allow of his devoting sufficient time to education as would enable him to wear the double distinction of having gained diploma's in medicine and surgery, as well as having undergone a four years' education in dentistry; there are fortunately many such, but alas, they can never be the majority. The majority must be good dental surgeons, confining themselves to dental surgery, yet protected from errors by a solid grounding in the principles of medical and surgical knowledge — not such knowledge as shall make them capable of becoming allround general practitioners, but still sufficient to guard them from the dangers to which a purely technical education would expose them.”

„In Oostenrijk-Hongarije”, zo schreef C. V a n d e r H o e v e n in hetzelfde jaar, „is men zelfs zoover gegaan dat men bepaald heeft dat alleen medici de tandheelkunde mogen uitoefenen. Ook in ons land heeft deze bepaling van 1865 tot 1876 gegolden; doch is o.i. zeer terecht spoedig veranderd. Ieder die in de tandheelkundige practijk is ingewerkt, zal moeten erkennen dat deze specialiteit niet gelijk staat met andere speciale onderdelen der medicijnen, niet in alle opzichten te vergelijken is met oog-, oor-, neus-, keel- of dergelijke specialiteiten . . .”

In 1876 n.l. was de bevoegdheid van tandmeester wettelijk geregeld. De voorwaarden waren het afleggen van een theoretisch en een practisch examen. Maar . . . vermoedelijk door bloot verzuim, had men aan hen, die zich voor het theoretisch examen opgaven, geen enkele voorwaarde

hoegenaamd, gesteld. Het gevolg was dat vele lieden, die zich als student lieten inschrijven, „niet ontvankelijk bleken voor de taal der wetenschap.” In een adres aan de Minister heet het dat velen der hierbedoelden, wat beschaving en wetenschappelijke opleiding betref, op een zeer lage trap stonden. In deze beschavingslacune der a.s. tandmeesters werd voorzien bij een bepaling uit 1892, waarbij ook de tandmeesters, evenals de a.s. artsen de bevoegdheid moesten bezitten tot het afleggen van het eerste natuurkundig examen.

Intussen is de tandextractie steeds gemeenschappelijk gebied voor artsen en tandartsen gebleven. Daartoe zijn beide categorieën bevoegd en de techniek behoren beide te beheersen. Het is tot op heden te onzent ook zowat het enige wat de artsen van de tandheelkunde leren. Dr. D e n t z, die in 1877 lector te Utrecht werd, beschouwde, krachtens eigen opvallend getuigenis, het onderwijs aan de a.s. artsen als zijn voornaamste en schoonste taak. In een openbare les zegt hij: „Zij toch behoeven slechts aanvulling hunner kennis en voor hen is het voldoende, zoo zij de diagnosen der verschillende tandziekten weten te maken, tandextractieën kunnen verrichten en gemakkelijke gevallen van tandvulling op zich kunnen nemen (!). Voorts dienen zij te weten wat de tandheelkundige praesteren kán”. Overigens wil Prof. B u r g e r, gelijk hij in 1907 in een geschrift vastlegt, de overige chirurgie van de mond niet door de tandarts uitgevoerd zien, doch wenst haar ingedeeld bij de laryngologie. Een mondheelkundige moet zijns inziens de laryngoscopische en rhinoscopische techniek grondig beheersen.

Zo wikte men toen, zo weegt men eigenlijk heden nog!

De meeste differentiatie in het chirurgische deel van ons vak doet zich ongetwijfeld in de Verenigde Staten voor, waar men „exodontists”, „oral surgeons” en „maxillofacial surgeons” kent, wier terreinen theoretisch min of meer afgebakend zijn, doch elkaar uiteraard enigszins overlappen. Schrijver dezes had het voorrecht zowel in Boston als in Chicago met verschillende vooraanstaande vakgenoten van gedachten te wisselen, resp. hen te assisteren bij hun operaties. De vooropleiding dezer specialisten is verschillend; veelal hebben zij „both degrees”, t.w. M.D. en D.D.S., buitendien dikwijls een gehele of gedeeltelijke opleiding in de keel- neus- en oorheelkunde.

Reeds in 1920 kon T. B r o p h y, zelf D.D.S. en M.D., Dean and Professor of Oral Surgery in Chicago, een terugblik schrijven in de „Dental Cosmos”, getiteld „The Evolution of Oral Surgery in the Past Seventy-five Years”. In dit zeer lezenswaardige opstel noemt B r o p h y de in 1828 geboren Amerikaan J a m e s G a r r e t s o n de vader der Oral Surgery: „He was the first to impress upon the medical profession the importance of this branch of surgery . . . It was through his efforts that a special branch of surgery was organized and recognized as ‚oral surgery’, the first speciality evolved from dentistry, orthodontia being the second . . . G a r r e t s o n’s „System of Oral Surgery” remains as the permanent record of his surgical and literary achievements, and for many years was the only work of its kind in existence.” In hetzelfde artikel worden voorts namen genoemd als

Ivy, Schaeffer, Gillies en Kazanjian, alle vier thans nog actief. Van de hand van laatstgenoemde verscheen niet lang geleden nog een fraai werk over de plastische chirurgie van het aangezicht.

Terwijl in de Duits-sprekende landen, in Engeland en in Frankrijk de mondchirurgie reeds in meer of mindere mate als zelfstandig vak was uitgekristalliseerd, was daarvan te onzent pas sprake ten tijde van het optreden van De Groot.

Niet dat er niet reeds eerder onderricht gegeven werd in de operatieve complicaties van de tandheelkunde. Het was met name te Amsterdam, aan welks Universiteit in woord en geschrift op het speciale karakter dezer aangelegenheden werd gewezen. In het Tijdschrift van Tandheelkunde van 1894 vinden we een en ander over het dentogene antrum-empyeem; belangrijk is een beschouwing van de privaatsdocent Posthumus Meyjes, die niet zozeer boeit door de thans wel radicaal gewijzigde opvattingen omtrent ontstaan en therapie van etteringen van het antrum, als wel door zijn ongetwijfeld originele denkensels om deze holte maandenlang (!) door middel van buisjes e.d. open te houden.

Mijn aandacht werd nog getrokken door een paar belangwekkende verslagen uit Amsterdam, waar omstreeks 1910 Prof. Rotgans de tandheelkundigen onderrichtte in de chirurgie. Kenmerkend voor de toenmaals geldende opvattingen is wat deze hoogleraar, sprekend over het carcinoom zegt: „... de aetiologie is onbekend. Een parasiet is nooit gevonden, maar zou kunnen bestaan. De patholoog-anatoom gelooft niet aan zijn bestaan, wel echter de clinicus. Trouwens het denkbeeld van den parasitairen oorsprong is aantrekkelijk als men let op den groei, de metastasen enz. Daar de carcinoomparasiet eerst vat schijnt te hebben op oudere menschen, wier weerstandsvermogen geringer is geworden, behoeft hij niet zoo giftig te zijn” . . . enz.

Het röntgenonderzoek was nog zeer jong, toen J. P. Backer, assistent bij genoemde hoogleraar, een fraaie verhandeling schreef over de diagnostiek van mond- en kaakziekten door middel van de röntgenfoto. Het bijgevoegde fotomateriaal is benijdenswaardig en laat zowel aan duidelijkheid als aan interpretatie niets te wensen over.

Hendrik de Groot, oorspronkelijk als oor-, neus- en keelarts verbonden aan het Militair Hospitaal, promoveerde in 1919 op een proefschrift over „De Herkenning en Behandeling van Tandwortelcysten”. Nadat Grevers directeur van het Tandheelkundig Instituut was geweest (in welke tijd de Utrechtse mondheelkunde-patiënten nog naar de chirurgische resp. rhinologische kliniek werden verwezen), werd De Groot aangezocht het directeurschap op zich te nemen. Grevers bleef zijn lectoraat in de tandanatomie, -histologie en -pathologie vervullen, terwijl de nieuwbenoemde directeur tevens lector in de tandheelkunde werd met als onderwijsopdracht „de mondheelkundige diagnostiek en kaakchirurgie”.

Met de intrede van De Groot in 1919 veranderde het gehele beeld van de polikliniek, zoals deze tot dusverre aan het Tandheelkundig Instituut had bestaan. Voor alle mondheelkundige afwijkingen

werd men voortaan op het Instituut geholpen, de volledige therapie werd gegeven. Tot nu toe niet gebruikte hulpmiddelen als bestraling en diathermie werden toegepast en de polikliniek vertoonde het beeld van een nog ongekende bedrijvigheid. Operatie-patiënten werden door De Groot in het Diakonessenhuis te Utrecht opgenomen; het bezit van een eigen beddenafdeling in het Academisch Ziekenhuis, zijn vurige wens, heeft hij nooit verwezenlijkt mogen zien.

De Groot moet zonder twijfel als eerste pur-sang mondheelekundige in Nederland worden beschouwd. Niet alleen dat in de betrekkelijk korte tijd van zijn lectoraat (1919—1931) een groot aantal poliklinische patiënten door zijn kundige handen is gegaan, hij had ook een uitgebreide particuliere praktijk; nog steeds hoort men oudere patiënten, die onder zijn behandeling zijn geweest, evenals collegae die hem in consult hebben gehad, met evenveel bewondering als enthousiasme van hun ervaringen met De Groot getuigen. Van Loon, een zijner getrouwe vrienden, schetste in een „In Memoriam” de voortreffelijke kwaliteiten die de arts De Groot sierden, evenzeer van zuiver menselijke aard als wat betreft zijn gaven als operateur, docent en examinerator zijner studenten.

Naast zijn drukke werkkring vond De Groot nog tijd voor wetenschappelijk werk. Een aantal publicaties van zijn hand kenmerken zich als duidelijke, rake artikelen, waarin alle omslachtigheid vermeden is en waaraan tot op heden weinig of niets toe te voegen of te verjongen zou zijn. Zoals ook uit zijn promotie-onderwerp blijkt, hadden de tandwortelcysten zijn bijzondere interesse; men vergete niet dat toentertijd de aard van deze nieuwvorming niet werd onderkend en de dragers ervan nog onder de meest vreemdsoortige diagnoses werden verwezen.

Het plotseling overlijden van De Groot schiep een vacuum in de vaderlandse stomatologie, dat even acuut ontstond als moeilijk op te vullen scheen.

Het was J. W. A. Tjebbes, ten tijde van het overlijden van De Groot assistent bij Prof. Laméris, die geroepen zou worden hem op te volgen, en die heden de centrale figuur in onze mondheelekundige wereld is geworden.

Tjebbes was min of meer toevallig met de tandheelkunde in aanraking gekomen: in het bijzonder via Van Loon. Na van 1928 tot 1931 chirurgisch assistent te zijn geweest, werd hij in November 1931 hoofdassistent bij de tandheelkunde, waarna in het jaar daarop zijn benoeming volgde tot lector in de mondheelekunde. De overgang van de algemene chirurgie naar de tandheelkunde was een grote, gewichtige en moeilijke stap. Prof. Laméris maakte het de jonge arts in zoverre gemakkelijk dat hij hem zeide: „probeer het een jaar; bevalt het je niet, dan kun je bij mij terugkomen”.

In de zomer van 1932 werkte Tjebbes op de „Kieferstation” te Wenen bij Prof. Pichler; zowel daar als elders bleek het hem dat de kaakchirurgie hier te lande ten achter stond bij het buitenland en de situatie voor hem als jong chirurg vele mogelijkheden bevatte: waar

anderen moesten ophouden, kon hij verder gaan. Intussen moest T j e b b e s zich in de eigenlijke tandheelkunde inwerken. Hij wilde in staat zijn de tandheelkundige techniek althans te beoordelen en zich daartoe de tandheelkundige gedachtengang eigen maken. V a n L o o n zelf arts, was van grote morele steun bij technisch moeilijke werkzaamheden; voor het overige ondervond hij de steun van de andere docenten. Al spoedig was T j e b b e s zover op de hoogte van de verschillende onderdelen der tandheelkunde, dat het tandartsexamen met vrucht afgelegd had kunnen worden, ware het niet dat de candidaat zelf kort tevoren in de examencommissie zitting had gekregen . . .

Hand in hand met de ontwikkeling welke het mondchirurgisch bedrijf onder T j e b b e s' leiding in de nu volgende jaren zowel kwalitatief als kwantitatief doormaakte, groeide de behoefte aan een academische beddenafdeling. Klinische patiënten werden n.l. in vrijwel alle Utrechtse ziekenhuizen door hem behandeld. Dit was echter omslachtig en dus onpractisch. Toch werd een desbetreffend verzoek nog in 1937 door de medische faculteit van de hand gewezen. Daarop begon de oorlogsdreiging. Er werden cursussen in oorlogskaakchirurgie georganiseerd voor de militaire tandartsen en de behoefte aan een eigen klinisch centrum deed zich acuut gevoelen. Het was o.m. aan P o e l s t r a , als tandheelkundig adviseur van het leger te danken, dat van militaire zijde voorstellen bij de stichting Stads- en Academisch Ziekenhuis werden gedaan om een klinisch kaakchirurgisch centrum aan deze instelling te verbinden. En zo werd op 1 April 1940 de kliniek geopend met een capaciteit van 18 bedden, waarbij door T j e b b e s in hoofdzaak de organisatie van de Duitse en Oostenrijkse klinieken gevolgd werd: de gehele kaakchirurgie als apart vak, dus anders van opzet dan b.v. in Engeland (en ten dele in de V. St.), waar over 't algemeen de tandarts als hulp van de „plastic surgeon” optreedt.

Gedurende de oorlog werden zowel militairen als burgers in de kliniek behandeld: veel kaakfracturen, veel transplantaties e.d.

Thans worden er circa 500 patiënten jaarlijks opgenomen en het aantal poliklinische operaties, dat ten tijde van D e G r o o t ongeveer 300 bedroeg, heeft zich verveelvoudigd.

Behalve dat men de operatieve behandeling van de geluxeerde capitulumfractuur als voorbeeld van door T j e b b e s ingevoerde nieuwe behandelingen kan noemen, zijn het vooral de hazenlip en het gespleten verhemelte, die T j e b b e s' kennen en kunnen op glorieuze wijze demonstreren en waaraan deze tot op heden een groot deel van zijn energie wijdt. Tezamen met Mej. S c h u i r i n g a zag hij destijds een aanzienlijk aantal grotendeels mislukte gevallen; dit werd voor hem aanleiding om de toenmalige grootmeester V e a u te Parijs te bezoeken en zich door hem in de details van deze subtiële en voor het levensgeluk der patiëntjes zo uiterst belangrijke operaties te doen inwerken. Thans worden 120 babies per jaar behandeld en nog is de wachtlijst indrukwekkend, niettegenstaande T j e b b e s' taak ten behoeve van de „haasjes” door enkele andere landgenoten wordt verlicht, waarvan S c h o o r l te Amsterdam en R a a d s v e l d te Rotterdam genoemd

mogen worden, beiden plastisch chirurg en terzake van de hazenlip-behandeling door T j e b b e s opgeleid.

Wij mogen ons gelukkig prijzen T j e b b e s in ons midden te hebben als vraagbaak voor onze hoofdbrekkende gevallen. Het liefst — ofschoon dit voor de *hoogleraar* T j e b b e s wel eens teveel kan worden, eigenlijk reeds teveel is — staat hij aan de stoel, daar is zijn plaats, daar voelt hij zich het gelukkigst. Het enorme publicatievermogen van een T h o m a of een W a s s m u n d missend, heeft T j e b b e s het niettemin klaargespeeld in ons medisch (gelukkig) vrij conservatieve land, op een betrekkelijk braakliggend terrein een centrum te doen verrijzen, waarmede zich elke buitenlandse instelling kan meten.

Intussen leven wij in een tijd van een bepaald soort materiële groei, van bevolkingstoename, van allround sociale overheidszorg, met zijn verplichte ziekenfondsverzekeringen e.d., door enkelen hogelijk geprezen, door meerderen verafschuwd. Waarschijnlijk als gevolg van de enorm toegenomen vraag naar specialistische hulp, de na-oorlogse behoefte tot reorganiseren in het groot en in het klein, ontstonden verschillende centra op het gebied van het tandheelkundig onderwijs, terwijl ook specialisten in de mondheelkunde, zij het dikwijls nog slechts als gedeeltelijke dagtaak en in gebrekkige verhouding tot het ziekenfondswezen, emplooi kunnen vinden.

In Utrecht zelf zien wij als T j e b b e s' naaste medewerker de ervaren P o e l s t r a, reeds jaren aan de chirurgische afdeling van het Tandheelkundig Instituut verbonden, waar hij thans als conservator de scepter zwaait in de polikliniek.

Zoals men weet vormt sedert enkele jaren Groningen de tweede stad in Nederland, aan welker universiteit tandheelkunde kan worden gestudeerd en alwaar Prof. H u t, de mondziekten en kaakchirurgie doceert. In Groningen komt een „Hollander” niet elke dag; tot mijn spijt ben ik er nog nooit geweest en kan dan ook slechts van horen-zeggen oordelen over de buitengewoon geoutilleerde poliklinische ruimten, welke de hoogleraar sinds het vorige jaar ter beschikking staan. Een klinische afdeling voor de kaakchirurgie biedt Groningen niet.

Zonder dat de chirurgische kant van ons vak tot heden toe de kans heeft gekregen zich, extra-universitair althans, tot een z.g. erkend specialisme te verheffen, zijn er, zoals reeds werd opgemerkt, in den lande enige vakgenoten die de chirurgie bedrijven. In den regel zijn dezen arts en zijn tevens in het bezit van het tandartsdiploma; een nuttige, ja, gezien de situaties voor welke men zich bij de betrokken werkzaamheden geplaatst ziet, vrijwel noodzakelijke combinatie. Ik meen niet velen te passeren, wanneer ik hier de namen B a r s o n y, C o e b e r g h, E b e s en V a n O m m e n noem. Van de tandartsen zijn het voornamelijk diegenen, die aan ziekenhuizen verbonden zijn en daar ten dele met de algemene chirurg samenwerken. Als voorbeelden daarvan mogen V a n d e r S l u y s (Rotterdam) en T e r w i e l (Breda) vermeld worden. In het militaire gareel is het de arts K a t die, voorheen in Indonesië, thans de gemilitariseerde tandartsen in de oorlogskaakchirurgie instrueert.

Dit overzicht, dat als een terugblik bedoeld is, laat eigenlijk voor

ideeën en verlangens voor de toekomst weinig plaats. Tot de directe mogelijkheden behoort uitbreiding van de bevoegdheid van de tandarts, die de opleiding volgens de wet van 1947 heeft genoten. Met name inzake het toepassen van kortdurende inhalatiencarcose zal b.v. vrijheid gelaten kunnen worden. Misschien ook zal er eens een stomatologenvereniging geboren worden, zoiets als de British Oral Surgery Club, die in 1947 — vijftig man sterk — in Nederland te gast was en waarvan Prof. T j e b b e s tot honorary member is benoemd.

Ik heb gemeend de chirurgische prothese hier geheel buiten beschouwing te moeten laten. De beschrijving der ontwikkeling van dit zeer exclusieve vak, waarvan lector Mej. S c h u i r i n g a de Nederlandse exponente is, lijkt mij niet in dit bestek thuis te behoren.

Wèl moet mij nog een enkele opmerking over de combinatie extractie — ziekenfonds van het hart. Na een verblijf van enkele jaren buitenslands is de kijk op zulke zaken zo al niet verruimd, dan toch verfrist. Ik meen dat er in ons land — dat zeker niet dental-minded is — veel te veel wordt geëxtraheerd. Het ziekenfondswezen is, door het in feite stellen van een premie op de extractie, q.q. het in verhouding hoge honoreren van de prothese, daaraan de hoofdschuldige. Zinsneden als „extracties ten behoeve van een prothese” zijn zonder meer verwerpelijk. Laat ons bedenken dat wij de tandheelkunde geleerd hebben tot behoud van tanden en kiezen, laat ons de weg van de minste weerstand, die van de extractietang, eens nièt bewandelen! En zelfs wanneer er patiënten komen met het verzoek „de zaak maar op te ruimen”, geen gehoor geven, doch conserverend te werk gaan zoals wij dat in onze eigen mond gedaan wensen te zien.

Laat onze sociale- en ziekenfondsexperts de betreffende leiders trachten te overtuigen dat de volksgezondheid *niet* door extractie van (ook goede) tanden en kiezen gediend is en voorts een goede honorering nastreven voor de *pulpabehandeling*. Zou deze laatste, in een voldoende aantal zittingen consciëntieus uitgevoerd, door het fonds goed, ja ruim betaald worden en de prothese minder, dan zou men de begeerde en noodzakelijke ommezwaai te zien krijgen en zou het grootste gedeelte van het Nederlandse volk mèt eigen tanden en kiezen zijn oude dag beleven.