

iedere afwijking in de redelijke tijd van ongeveer twee jaar perfect weten te behandelen.

Aan andere middelen hebben ze geen behoefte en ze verzetten zich met hand en tand tegen de invloeden uit Europa.

Dank zij hun kritische instelling verlaat de afbehandelde patiënt de praktijk met een ideale occlusie en een dito overbeet, zonder enige rotatie, zelfs niet in het onderfront, maar bijna altijd met vier elementen minder.

BUITENLAND

BRIEVEN UIT AMERIKA

L. HERBERT LOEB D.D.S.

Zelfs voor een „rustend” tandarts blijkt de dag toch niet meer dan 24 uren lang te zijn, waardoor te verklaren is dat het schrijven van brieven voor vakgenoten soms in het gedrang komt. Toch vind ik tegen het einde van het jaar nog gelegenheid voor enkele ontboezemingen.

Specialisatie in de tandheelkunde

De American Dental Association is nu meer dan 100 jaar oud en telt 91.505 leden. Dit betekent dat van de 6 Amerikaanse tandartsen er 5 aangesloten zijn. Niet alleen is het aantal leden sterk toegenomen, ook het percentage specialisten hieronder is enorm gegroeid.

Over de specialisatie het volgende: enige jaren geleden schreef Dr. J. H. KAUFFMANN in het „Bulletin of the New York State Society of Dentistry for Children” (mei 1956) een zeer lezenswaardig artikel over „De aanbidding der specialisatie”. Volgens hem is er namelijk in de loop der jaren een overspecialisatie ontstaan: in plaats daarvan zou het beter zijn, meer aandacht te besteden aan de perfectie van de opleiding voor hen, die de algemene praktijk gaan beoefenen. Deze laatste vormen immers de ruggegraat van het beroep.

Als voorbeeld van overspecialisatie noemt KAUFFMANN de in de Verenigde Staten voorkomende titel: „specialist voor kindertandheelkunde”. Te bedenken is toch dat het begrip „preventie” het credo vormt voor iedere tandarts. Preventie begint echter nu eenmaal bij het kind. Dat ook tandheelkunde voor volwassenen preventie zou kunnen betekenen is een misvatting.

Natuurlijk, voor de collega die geen kinderen in zijn praktijk wenst te zien en voor een enkele commercieel aangelegde prothetist is zulk een kinderspecialist ongetwijfeld een uitkomst. Hoogstens zullen zij zich afvragen welke drijfveren iemand tot die vorm van specialisatie brengen! Maar moeten deze tandartsen, die uitsluitend volwassenen behandelen, dan eigenlijk ook niet de titel „specialist voor volwassenen” voeren?

Een vergelijking met de medische professie gaat niet op: de kinderarts, de hart-specialist, de oogarts, etc. dienen allen een speciale kennis te bezitten, die de algemene practicus doorgaans onthouden is. Doch in de tandheelkunde – met uitzondering van orthodontie, chirurgie en nog enkele andere specialisaties waarop ik later terugkom – kan de algemene practicus *zonder speciale kennis* zijn plichten ten aanzien van het kind ook zeer goed nakomen. Ja, zelfs niet ieder geval van orthodontische of chirurgische aard behoeft naar een specialist te worden verwezen.

De restrictie, die egoïstische collega's toepassen is in het algemeen anti-sociaal en haalt de goede naam van het beroep omlaag.

Wij horen ook hier in Amerika, dat er een schreeuwend tekort is aan tandartsen voor de „kleine luyden”, in het bijzonder voor kinderen, in de meer afgelegen districten. Men kan in dit tekort niet voorzien door het creëren van specialisaties. De voorstanders daarvan zijn alleen geïnteresseerd in volwassen burgers, met ruime middelen van bestaan en wonend in de dichtbevolkte staten.

De specialisaties die door de A.D.A. worden erkend, zijn de volgende:

Oral surgeons	Prosthodontists
Orthodontists	Oral Pathologists
Pedodontists	Endodontists
Periodontists	

De mondchirurgen en de orthodontisten zijn de kinderschoenen der specialisatie nu wel ontwassen. Hun opleiding staat er borg voor dat zij speciale kennis hebben vergaard die de algemene practicus niet bezit. In het bijzonder de mondchirurgen, die verscheidene jaren als „interns” in de ziekenhuizen opereren, zijn zeer goed voorbereid.

Dit brengt me tot het onderwerp „narcose”. Hoewel de bevoegde Amerikaanse tandarts in dit opzicht meer rechten bezit dan zijn Nederlandse collega, heb ik mij persoonlijk toch van het toedienen van narcose in mijn algemene praktijk steeds onthouden. Mijn behandelkamer was er niet voor ingericht; ook had ik niet de beschikking over een gediplomeerde verpleegster (nòch de „hygienist”, nòch de assistente zijn daartoe getraind) en hoewel ik dezelfde opleiding heb genoten als collega VAN KETEL (Tandheelk. Instituut Utrecht en University of Pennsylvania) schaar ik mij toch liever aan de zijde van collega ROORDA dan aan de zijne (zie Tijdschrift Tandheelk. 66: 687, resp. 868, sept. resp. nov. 1959). Vooral wanneer oudere collega's over hun geliefde „gas” begonnen te spreken, was het mijn gewoonte, terloops de vraag te stellen of zij wel eens een geval met fatale afloop in de praktijk hadden meegemaakt. En ik zal nooit vergeten het antwoord van de tandarts die mij zeide: „ja, tweemaal, maar dat waren mensen die mij niet verteld hadden dat zij aan een hartgebrek leden”. Bij patiënten wier angst voor de tandarts groot is, kan men evenwel niet afgaan op hetgeen zij vertellen dan wel verzwijgen, doch men dient de tussenkomst van een medicus in te roepen, opdat deze van te voren een onderzoek kan instellen. Zulks geschiedt in een ziekenhuis en de goed onderlegde mondchirurg in Amerika houdt zich daar ook aan. Doch dat iemand na twee gevallen met fatale afloop nog niet voorzichtiger is...

Zojuist noemde ik chirurgen en orthodontisten in specialistisch opzicht „volwassen”. Deze waardering kan ik helaas niet uitspreken voor parodontologen. Ik noem namelijk een specialisme „volwassen” wanneer zijn beoefenaren ook eens „neen” kunnen zeggen. En tot nu toe heb ik nog nooit een parodontoloog een geval onbehandelbaar horen noemen.

Door schade en schande wordt men wijs; zo is het ook de orthodontisten vergaan. Zij hebben leren inzien dat soms Moeder Natuur het werk beter doet of dat inmenging hunnerzijds tot mislukking leidt. Het onderzoek in de „Forsyth” onder leiding van MOORREES, waarbij men behandelde gevallen kon afwegen tegen onbehandelde, is in dit opzicht zeer leerrijk.

Het schijnt echter dat de parodontologie daarvoor nog te jong is en zo zijn veel ele-

menten tenslotte toch aan de forceps ten offer gevallen. Verder kon ook hier de algemene practicus door tijd en moeite te besteden aan mondreiniging en voorlichting, of met behulp van eenvoudige middelen (zoals bv. die van de Zwitserse tandarts VON WEISSENFLUH) nuttig werk verrichten. De bekende uitdrukking van GOTTLIEB: „Schmutzpyorrhoea” ligt mij nog vers in het geheugen. Patiënten met aandoeningen op grond van verwaarlozing behoeven vaak niet direct de hulp van een specialist: de therapie ligt in de handen van degene, die voor een goede mondreiniging en voorlichting zorgt.

De prosthodontisten kan men weer onderverdelen in specialisten voor de volledige en de partiële prothese. Dan is er nog de groep die zich bezighoudt met „mouth rehabilitation”. Ik ben geneigd te vragen of wij ons daar niet allen mee ophouden. Hoe dan ook: zij bestaan onder leiding van zulke prominente figuren als LOUIS A. COHN, LEWIS FOX en anderen. Prachtig werk, wanneer men het in de mond ziet of het op het witte doek geprojecteerd mag aanschouwen. Echter ook dit specialisme is jong, want over mislukkingen heb ik in de vele voordrachten, die ik hieromtrent volgde, nooit horen reppen.

Een enkel woord tenslotte over de endodontisten, voor wier werk ik grote bewondering heb. In de laatste jaren vestigden zich in Boston o.a. twee leerlingen van de ook in Nederland bekende LOUIS GROSSMAN (Universiteit van Pennsylvania) en van hun diensten heb ik gaarne gebruik gemaakt.

Eerlijk gezegd deden zich in mijn praktijk niet veel gevallen van wortelkanaalbehandeling voor. Mijn ervaring is dat de regelmatige halfjaarlijkse controle *na sanering* uitstekend werkt. Trouwens, over het algemeen laten Amerikaanse patiënten het niet zover komen dat pulpitis de aanleiding is om tandheelkundige hulp te zoeken. Eerder nog periodontitis, als gevolg van vroegere behandelingen, waarbij ik helaas niet ontkom aan de indruk, dat dit meer voorkwam bij Europese patiënten.

Maar wanneer zich het geval voordeed dat kanaalbehandeling onvermijdelijk was, in het bijzonder bij molaren en premolaren die moesten worden behouden als steunpunt voor „rehabilitatie”, dan riep ik gaarne de hulp van een endodontist in, en ik moet bekennen dat de aldus ontstane samenwerking mij gewoonlijk een grote steun was. Het is mogelijk dat de jongere generatie, met een geperfectioneerde opleiding, misschien ook dat niet meer van node heeft.

Fluoridering

Onlangs deed ik in eigen omgeving de ervaring op, dat fluoridering een nog steeds niet geheel opgelost probleem is. Enkele weken geleden hebben namelijk de voorstanders in mijn woonplaats Cambridge (Mass.) op het kantje af, met een meerderheid van slechts 40 stemmen, de overwinning behaald. Bij wijze van referendum kwam dit onderwerp voor op ons stembiljet, waarop tevens de namen van de kandidaten voor de gemeenteraad stonden gedrukt. Wij krijgen dus nu fluor in ons drinkwater.

In Canada, in de provincie Ontario, heeft de Minister voor de Volksgezondheid, Dr DYMOND, echter bezwaren gemaakt. Deze minister verklaarde dat hij weliswaar overtuigd is van de cariës-reducerende werking bij kinderen onder 12 jaar, doch dat hij dit geen afdoende reden vindt om nu een gehele bevolking fluorhoudend water te laten drinken.

Hij maakt onderscheid tussen fluoridering en chlorering. Volgens hem dient de toevoeging van chloor voor het verwijderen van kiemen uit het water, doch fluoridering

betekent alleen de toevoeging van een nieuwe stof. Zijn vraag luidt: wanneer voor sommige mensen toevoeging van b.v. zwavel of ijzer, dan wel enige andere substantie, die soms ook van nature in het drinkwater voorkomt, wenselijk is, moet dan ook algemeen aan deze wens worden voldaan? De overheid in Ontario verwerpt intussen de fluoridering in principe niet, zij is alleen gekant tegen fluoridering van het *openbare* drinkwater. Er bestaan tenslotte andere methoden om fluor aan kinderen toe te dienen, en de mogelijkheden daartoe wil de minister eerst nader laten onderzoeken. Met het oog hierop heeft hij de hulp ingeroepen van de eigen universiteiten.

De vraag die ook mij steeds bezighoudt, is, of er wel voldoende onderzoek op dit gebied is verricht.

Nogmaals het narcosevraagstuk

In Los Angeles is geopend het „Southern California Dental Hospital”, met als voornaamste doel het verschaffen van faciliteiten voor de toediening van narcose. Het ziekenhuis bevat 16 behandelkamers, 4 ervan zijn uitgerust voor mondchirurgie en 12 voor conserverende tandheelkunde, (zg. „operative dentistry”). Verder zijn er 30 „recovery”-vertrekken en 50 kamers voor patiënten die moeten worden opgenomen. Dat alles van de modernste gemakken is voorzien, spreekt vanzelf.

De vraag naar sanering van de mond in één dag, onder narcose, neemt hier steeds toe. Reeds jaren wordt dit stelsel toegepast in het „Children’s Hospital” te Boston, zowel voor achterlijke kinderen als voor hen die in gewone praktijken zich volkomen onhandelbaar toonden. Narcotiseurs en gediplomeerde verpleegsters zijn aan het ziekenhuis verbonden, medische supervisie is in alle opzichten aanwezig.

Jubileum A.D.A.

Naar aanleiding van de beroemd geworden weigering van de American Dental Association om de zaal in het Waldorf-Astoria Hotel vrij te geven voor een lunch ter ere van Nikita Chroesjtsjew, schrijft H. I. PHILLIPS in de Atlantic City Press: „The dentists have shown independence and strength. It might be a good idea to put some of them in Washington to handle matters where a *firm* policy is needed”.

Voor Redactie en lezers mijn beste wensen voor 1960!

Cambridge, december 1959

L. HERBERT LOEB, Tandarts, D.D.S.

IN MEMORIAM PROF. DR. GUIDO FISCHER

Op 22 december j.l. overleed te Berg bij München op 82-jarige leeftijd, Professor GUIDO FISCHER, sinds meer dan een halve eeuw een der meest vooraanstaande figuren in de Duitse wetenschappelijke tandheelkunde.

Reeds heel jong, als privaat docent aan de Universiteit te Greifswald, gaf hij blijk een man van groot formaat te zijn. In die jaren was hij – als uitstekend spreker – al een graag geziene figuur op de Congresprogramma’s; maar vooral verwierf hij zich een grote naam door de propaganda voor het sinds 1905 door EINHORN ontdekte, synthetisch vervaardigde Novocaine, dat in korte tijd het giftige en tot dien gebruikelijke Cocaine zou vervangen en het gelijktijdig daarbij aanbevelen van de voor het eerst door hem toegepaste geleidingsanesthesie.

FISCHER was toen een trouw aanhanger van de amputatiemethode in de wortelkanaalbehandeling en met prachtige microfotografieën, toonde hij aan dat guttapercha

points tot „the very apex” de wetenschappelijke oplossing niet konden zijn, door de fijnvertakte pulpa-uitlopers aan de apex.

Sindsdien hebben deze beide onderwerpen altijd zijn grote belangstelling behouden; in tal van voordrachten, publicaties in tijdschriften en boeken, heeft hij zijn bevindingen en meningen neergelegd. Een tournee door de Verenigde Staten bracht daar – waar totdien de narcose vrijwel het gehele terrein der anesthesie beheerste – de kennis van de locale anesthesie en de geleidingsanesthesie en ook hier te lande was hij een gaarne geziene gast.

Na de oorlog had hij zich teruggetrokken in zijn charmante huis in Berg, in de nabijheid van München, maar werkte daar nog tot het einde aan zijn histologische preparaten en propageerde met vuur de „Ganzheitstheorie” en de noodzaak de tandheeskunde te zien als een zeer belangrijk onderdeel van de geneeskunde.

Ook het Tijdschrift heeft in de loop der jaren meerdere malen artikelen van zijn hand mogen publiceren. Als enthousiast en bekwaam voorvechter van de tandheeskunde in de eerste helft der 20e eeuw zal hij in de beste herinnering blijven voortleven.

NORD

BINNENLAND

NOTA TANDHEELKUNDIGE VOORZIENINGEN

De Tweede Kamer heeft besloten de Nota met betrekking tot het vraagstuk van de tandheelkundige voorzieningen in het algemeen en de tandheelkundige hulpkrachten in het bijzonder, tegelijk met het resterende gedeelte van de Afdeling Volksgezondheid van de Begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid in een afzonderlijk Kamerdebat te behandelen.

Naar wij vernemen kan dat in februari a.s. tegemoet worden gezien.

INGEZONDEN

Geachte Redactie,

In het nov. nr. '59 T.v.T. gaat collega ROORDA onder het motto: „Een riskante zegen”, in op mijn aantijging in het sept. nr. '59, dat zijn oordeel „muplepe extracties, indien onder narcose, mogen slechts verricht worden via de endotracheale en niet via de neusmasker-methode”, lichtvaardig en onjuist is.

Hoewel ik besef, dat de discussie hierover van weinig interesse is voor de overgrote meerderheid van de Nederlandse tandartsen, verzoek ik U toch om enige plaatsruimte om mij te verweren tegen de aanval van ROORDA, waarin hij mij eigenlijk als potentiële verwekker van „griepjes, pneumonieën, longabscessen en bronchie-ectasieën” beschouwt.

Als één van de bewijzen, dat de methode via neusmasker en afsluitende-gaastampon-achter-op-de-tong teveel gevaren in zich bergt, citeert ROORDA een statistiek van STERN uit 1935, waaruit blijkt, dat 17% van de gevallen van longabsces veroorzaakt werden door aspiraties t.g.v. tandextracties. Dit zegt naar mijn smaak heel weinig; *natuurlijk*