

Tot zover dit verslag. Men mag daaraan toevoegen dat de vermelde gegevens nog aan waarde winnen, wanneer men in aanmerking neemt dat na het 30e levensjaar een relatief groot aantal elementen niet aan cariës maar aan parodontale afwijkingen verloren gaat. In elk geval geven de uitkomsten van onderzoeken als het hier geciteerde een duidelijk antwoord aan hen, die op ontoereikende gronden de waterfluoridering afwijzen, omdat de heilzame werking daarvan slechts aan personen uit een beperkte leeftijdsgroep ten goede zou komen.

V.

*Literatuur:*

H. R. ENGLANDER, D. A. WALLACE, R. G. KESEL (University of Illinois College of Dentistry). Dental caries in adults consuming an optimum concentration of naturally fluoridated water from birth. Uit: Reprinted abstracts of the 40th General Meeting of the Int. Ass. Dental Research (March 1962).

C. F. DEATHERAGE. J. Dent. Res. 22:129, 173, 1943.

A. L. RUSSELL, E. ELVOVE. Publ. Health Rep. 66:1389, 1951.

---

## ETHISCHE KANTTEKENINGEN

### TANDEXTRACTIE ALS INDICATIE

Als therapie voor tandlijden is extractie de oudste vorm waarin onze empirische voorgangers het beroep hebben uitgeoefend. De genreschilders uit vroegere eeuwen, evenals het publiek in de ban van het sensationele en kennelijk ook spectaculaire van deze met primitieve middelen uitgevoerde kunstbewerking in het openbaar, hebben daarvan artistiek getuigenis afgelegd in de talrijke daarop betrekking hebbende specimina van hun beeldend vermogen.

Nadien zijn andere behandelingsmethoden, meer gericht op het stuiten van gebitsverval en -verlies tot gemeengoed geworden, in die mate dat stelselmatige zorg voor behoud tot inzet is geworden van de huidige tandheelkunst.

Hoe ruim te dien aanzien de mogelijkheden ook zijn geworden, het is geenszins zo dat de extractie een ondergeschikte plaats is gaan innemen in het arsenaal van manipulatieve toepassingen. Enerzijds zijn er gevallen waarin geen andere oplossing meer bruikbaar is, dan wel pogingen tot behoud overbodig zijn geworden. Maar daarnaast is er de overgrote meerderheid van situaties die operatief-technisch geen beletsel inhouden voor een conserverende therapie. Hoe is echter de werkelijkheid? Natuurlijk kan niet uit het oog worden verloren de discrepantie tussen de tijdvereisende conservatieve hulp en de in de strijd voor gebitsbehoud beschikbare effectieve sterkte. Het is bij deze spanning tussen het tandheelkundig mogelijke en het bereikbare dat de extractie-indicatie als deus

ex machina nog altijd een belangrijke rol is toebedeeld. Daarbij komt dat de extractie, dank zij de vervolmaking van de plaatselijke verdoving, een groot deel van haar schrikwekkend karakter in het verleden, heeft verloren. Dit geldt zowel voor de patiënt als voor de operateur, die ongepreoccupeerd kan te werk gaan. Hetgeen niet wil zeggen dat desondanks ook de wondgenezing een even vlot verloop waarborgt. Alveolitis en dry socket behoren nog steeds tot de niet te verwaarlozen postoperatieve complicaties. Maar niettemin heeft de extractie het aureool van voor de patiënt snelle en bovendien voor de tandarts het minder inspannende en tijdvereisende van de uitvoering tegenover die van de op behoud gerichte werkwijzen. Wat niet wegneemt dat zij als beneden de waardigheid van een zichzelf respecterende tandheelkunst moet worden aangemerkt. In zo'n geval wordt de indicatiestelling door andere dan objectieve en gevoelsoverwegingen beheerst. Dat andere wordt dan bepaald door de subjectieve instelling van de praktikus ten aanzien van de grenzen waarbinnen behoud (nog) moet worden nagestreefd. Een vergelijkende statistiek van de onderscheidene individuele verrichtingen zou een duidelijke taal spreken ten aanzien van de sterk uiteenlopende opvattingen aangaande de wijze waarop de praktikus zijn taak ziet in het tandheelkundig belang van degenen, die zich daarvoor tot hem wenden.

Wat de extractie fundamenteel onderscheidt van andere behandelingen aan het gebit, is het onherroepelijke van de gevolgen. Zij kan niet meer ongedaan worden gemaakt, dit in tegenstelling tot conserverende manipulaties die altijd voor herhaling of meer doeltreffende uitvoering vatbaar zijn. Een duistere vorm van pijn kan in het kader van een op behoud gerichte therapie hoogstens differentieel-diagnostische moeilijkheden en opbod van tijd met zich brengen, het hanteren van de tang impliceert het gevaar van node- en nutteloze gebitbeschadiging. Anders gezegd: een kunstfout inclusief de mogelijkheid van een vertrouwenscrisis.

Wanneer aan die onherroepelijkheid herinnerd wordt dan is het omdat alle wetenschappelijke en technische vorderingen der gebitsconservering ten spijt de extractie desondanks in de veelvuldigheid harer toepassing nog maar weinig terrein in het kader van het geheel heeft prijs gegeven. De gemiddelde levensduur van het westerse mensdom is in de laatste decennia met sprongen verlengd maar het is aan meer dan gerechte twijfel onderhevig of zulks met het kauworgaan in gelijke mate het geval is. De tandheelkunst is zeker al een halve eeuw bij machte gebitsconservering tot in het senium te bewerkstelligen voor zover de aanvalsdruk van het gebitsverval geen excessieve belemmering betekent. Het is veeleer zo dat aan het streven naar behoud overwegingen ten grondslag liggen op basis van de tijd en inspanning die daarvoor verlangd worden. Alle nieuwe werkwijzen ten spijt is in dat opzicht de vooruitgang niet spectaculair. De kritische waarnemer in het dagelijkse verkeer kan aan die indruk niet ontkomen zolang de bewijzen van het tegendeel hem niet nopen tot herziening van zijn oordeel. Het gaat niet om de mogelijkheden maar om de realiteit. Uit de statistiek der ziekenfondsverrichtingen blijkt dat alleen al bij het verzekerde deel van onze bevolking in een jaar tijds 3,6 miljoen extracties hebben plaats gevonden tegen-

over 4,7 miljoen vullingen. Uit een oogpunt van de steeds weer gepropageerde doelstelling: behoud van een gezond en gaaf gebit vestigt – sociaal gezien – de praktijk de overtuiging dat de extractietang nog lang niet op weg is een obsoleet instrument te worden in de tandheelkundige uitrusting. Integendeel, de voortgaande specialisering ook in ons vak, heeft in het odontologische land van belofte het aanzijn gegeven aan de exodontist, wiens ultraspecialisme (en levens-taak) in wezen de terugkeer bevestigt tot de gebitdestructieve werkzaamheid van onze voorgangers in het verre verleden. Het is alleen omgeven met de stralenkrans van de modern-chirurgische bewapening. In tegenstelling daarmee is de symbolische weergave van het wezen der extractie in de schilderstukken van onze Franse collega SOLOT, gereproduceerd in een eerder nummer van het Tandartsenblad, een in artistieke vorm geuite aanklacht tegen het gebruik van dit treffend tot leven gewekte stuk gereedschap. Behoudens natuurlijk in een minderheid van situaties waarin omtrent de indicatie ook subjectief geen verschil van inzicht kan bestaan.

De door niet-ingewijden veelal veronderstelde noodzaak van extractie kan aanleiding geven tot overwegingen en het zoeken naar voorzorgsmaatregelen als uitvloeisel van nieuwe geneesmethoden bij aandoeningen van het circulatiesysteem. Met name betreft het hier de kunstmatige verlaging van de bloedstolling. Het ligt voor de hand dat bij de betreffende patiënten een bloedige ingreep tot alarmerende consequenties zou kunnen leiden. Hoezeer het aanbeveling moge verdienen naar middelen te zoeken om de gevolgen van een door extractie verwekte bloeding af te wenden, zo ligt het veel eerder op de weg van de tandarts om de risico's ervan te ontgaan door langs endodontische weg de met gevaren omgeven ingreep, althans in die periode, overbodig te maken dan wel te doen uitstellen tot een gunstiger tijdstip waarop speciale voorzorgen zijn verantwoordelijkheid niet meer bezwaren. De praktikus, die in de onderhavige situatie niet de vindingrijkheid kan opbrengen om een dusdanige patiënt voor mogelijke complicaties te vrijwaren door middel van een onbloedige behandeling, treft het verwijt van een kunstfout.

Er zijn trouwens ook andere omstandigheden denkbaar waarin op de extractie als indicatie dit verwijt van toepassing zou zijn. Hierbij wordt nog niet eens gedacht aan het aan de praktijk ontleende geval waarin een (vermeende) caviteit op een voor de boor niet gemakkelijk bereikbare plaats tot de verwijdering van het (achteraf) gaaf gebleken element leidde. Eerder kan men denken aan het offeren van een pulpitische premolaar, waarbij pas na de extractie de operateur tot de ontdekking kwam dat deze de onmisbare verankeringssteun leverde voor een partiële prothese, die aldus onbruikbaar bleek te zijn geworden.

Nog eerder dient men bij het stellen van de indicatie omzichtigheid te betrachten bij personen voor wie het gebit een onmisbaar orgaan betekent in de uitoefening van hun beroep of een ernstig opgevat amateurschap. Bedoeld worden o.m. musici die een koperblaasinstrument bespelen, waarbij het gebitsfront als vaste steun voor de lippen van overwegend belang is. Dit geldt niet alleen voor het voortbrengen van de tonen maar nog veel meer voor de kwaliteit van de muzi-

kale prestatie. Elke nog niet eens zo ingrijpende verandering in die harde onderlaag kan zich wreken en de muziekbeoefenaar doen afdalen van het eens bereikte muzikaaltechnische niveau. Dat zulks voor de betrokkene psychisch niet alleen maar ook materieel niet minder dan een ramp kan betekenen behoeft ternauwernood betoog. Het is aan de praktikus die zich van zijn verantwoordelijkheid rekenschap geeft, voorbehouden om als de persoon in kwestie zich hiervan niet bewust is – en dat komt niet zo zelden voor – deze tegen zichzelf in bescherming te nemen om niet door een of meer extracties (en een prothese) een onherstelbare verandering teweeg te brengen in de van nature gegeven structuur.

Een kunstgebit, hoe goed ook als zodanig, kan vaak waardeloos blijken als substituuut voor de door de extractie verstoorde configuratie.

Ook in vele andere gevallen dan waaraan in het voorgaande – zij het vluchtig – aandacht werd geschonken geldt bij het (helaas nog al te gangbare) stellen van de indicatie: bezint eer gij begint. Het eens aangerichte onheil is niet meer ongedaan te maken.

B.

---

## BEROEPSBELANGEN

### HET WETSONTWERP INZAKE TOELATING VAN BUITENLANDERS

In het februarinummer werd aandacht gevraagd voor het voorlopig verslag inzake het wetsontwerp betreffende wederkerige toelating van buitenlandse artsen, tandartsen en vroedvrouwen. Thans is de memorie van antwoord verschenen waaromtrent bij bedoelde bespreking werd opgemerkt dat deze met spanning mocht worden afgewacht vanwege de vaagheid waarmede de strekking van het ontwerp omgeven was. Duidelijk is dit ook gebleken uit de vele vragen door de vaste commissie voor de volksgezondheid in het voorlopig verslag gesteld.

In zijn antwoord stelt de minister voorop dat een beleidslijn met betrekking tot de toelating van dusdanige buitenlanders moeilijk is uit te stippelen maar de bewindsman beroept zich op de meerdere malen gebleken wenselijkheid van een regeling als de onderhavige. Als voorbeeld wordt o.m. gewezen op de regeling in 1956 met de (toenmalige) Unie van Zuid Afrika inzake wederzijdse toelating van een bescheiden aantal artsen, welke overeenkomst gunstig heeft gewerkt voor een aantal Nederlandse medici, die zich tot emigratie aangetrokken gevoelden. Ook een op basis van wederkerigheid getroffen regeling met de V.S. van Noord-Amerika heeft op overeenkomstige gronden althans voor Nederlandse artsen gunstig gewerkt.

In de memorie wordt met nadruk verklaard dat het niet in het voornemen ligt toelating op grote schaal mogelijk te maken, noch om in geval van moeilijkheden met een bepaalde groepering de wet te hanteren voor een massale toelating.