

TANDHEELKUNDE, TANDHEELKUNST EN HET GEBIT III

Prof. P. H. BUISMAN

Indien een niet-tandarts van het cijfermatige deel in het vorige betoog zou hebben kennis genomen, dan zou hij allicht de indruk hebben behouden dat de tandheelkunde – voor wat betreft de preventieve en sociaal-therapeutische ontwikkeling inzake gebitsbehoud op langere termijn – bij de geneeskunde ver ten achter is gebleven.

Maar dit is slechts één kant van de zaak die de gemeenschap in haar geheel raakt. De vorderingen in de tandheelkunde en tandheelkunst hebben zich voornamelijk voltrokken op het terrein der verbetering en vervolmaking van bestaande werkwijzen tot herstel van het carieuze defect en men moet erkennen dat deze voor de onderscheidene toepassingen tot een hoge graad van volkomenheid kan worden opgevoerd. Dit sluit echter tevens in dat deze vooruitgang alleen ten goede is gekomen aan afzonderlijke personen die voor het genot ervan, naast het gevoel ervoor ook de middelen ter beschikking kunnen en willen stellen. Hierbij denke men dan tevens aan de vaak langdurige en uitvoerige behandeling van de parodontopathieën over welker voorkomen en omvang reeds een beeld werd ontvouwd. Aan wie tot de genoemde voorwaarden niet bij machte is blijft het genot van een daardoor duurzamer behoud van het kauworgaan ontzegd.

Het zou eenzijdig zijn niet tevens vast te stellen dat ter zake van dit laatste in sociaal verband ook het nodige is tot stand gebracht. Daarbij staat echter op de voorgrond dat, conform de voorschriften, een en ander slechts geschiedt met eenvoudige middelen, waarbij een meer omvattende behandeling bij voorbaat wordt uitgesloten. Het effect van deze als systematisch-rationeel ten doop gehouden sociale gebitsverzorging vindt haar weerspiegeling in de statistiek der verrichtingen in de tandheelkundige sector. Zo werden (om de cijfers nog even in het geheugen terug te roepen) in 1960 bij de ziekenfondsverzekerden 3.744.000 extracties uitgevoerd tegenover 5.257.000 gelegde vullingen, waarbij tegenover elke 38 vullingen één pulpabehandeling voor het behoud van het betreffende element gerechtvaardigd werd geacht. De gebitsvervanging vertegenwoordigde in het geheel der voorzieningen een niet te verwaarlozen factor: 88.000 geheel tandelozen en 63.400 half tandelozen werden op een kunstgebit aan-

gewezen, ongeacht 59.100 partiële aanvullingen van het restgebit. Vermeld zij nog dat aan elke totale vervanging gemiddeld bijna 14 extracties waren vooraf gegaan. Geschat werd voorts dat in genoemd jaar het leger der tandeloozen met respectievelijk $4\frac{1}{2}\%$ en 3% van de verzekerden was uitgebreid.

Keren wij thans terug tot de vorderingen, die op de individuele gebitsconservering betrekking hebben, dan ligt daaraan de erkenning ten grondslag van de waarde van een volledig kauworgaan voor het algemeen lichamenlijk welzijn, welke erkenning de toepassing van de meest gecompliceerde en subtielste verrichtingen rechtvaardigt. Daarbij gaan de gedachten zowel uit naar de geacheveerde conserveringsmethodiek als naar de toepassing ervan bij een min of meer tekortschietende occlusie en articulatie. De theorie en praktijk van deze nieuwe toepassing, de gnathologie, is gericht op veelal omvangrijke en technisch hoge eisen stellende morfologische correcties der daarvoor in aanmerking komende gebitselementen, vaak niet gering in aantal.

Wat de tandheelkunde en -kunst, ondanks de vigerende sociale toepassing, steeds weer en in sterkere mate kenmerkt is de tegenstelling: eensdeels de met de leeftijd toenemende gebitsmutilatie door extracties gelijk zulks in de statistiek tot uitdrukking komt en aan de andere kant de invoering en ontwikkeling van steeds omslachtiger behandelwijzen om het gebit voor verval en toekomstige schade te behoeden. „The most common reason for full-mouth rehabilitation is to maintain the health of the periodontal tissues.” Aldus LUCIA¹). Men denke hierbij niet slechts aan de rechtstreekse therapeutische behandeling der parodontia maar ook aan de diagnostiek en de profylactische, ultraspecialistische correcties van onevenwichtigheden in occlusie en articulatie. Hiervan is het z.g. selectieve inslijpen, het wegnemen van de articulatie storende gedeelten van knobbels slechts een onderdeel. De gnathologische reconstructie der kauwvlakken van een in articulaire opzicht minder gunstige gebitsstructuur ter wille van het in gezonde staat houden van de tandbevestiging in de kaken, maakt dan gebruik van in de conserverende techniek gebruikelijke methodieken, aangepast aan de gegeven doelstelling. Het beste en meest subtiel is hiervoor nauwelijks goed genoeg en met minder kan niet worden volstaan. Daarbij behoeft niet te worden gezegd dat een aan de eisen beantwoordende uitvoering de capaciteiten van de gemiddelde practicus te boven gaat.

Het heeft de schijn dat met de stijgende welvaart en welstand de tandheelkunde wel deze kant zal uitgaan al zullen de vruchten ervan, uit hoofde van de daaraan verbonden financiële consequenties, alleen de

materieel bevoorrechten ten deel kunnen vallen en zullen deze bovendien ook het nodige begrip voor de waarde ervan moeten opbrengen. De van huis uit zakelijk ingestelde Amerikaanse auteurs plegen dienaangaande trouwens niet de geringste twijfel te laten bestaan. Sociaal gezien is er niets bij te vinden. Dit nu is wel het kenmerk en verschil van de „moderne” tandheelkunde met de nieuwste vorderingen der medische wetenschap dat deze laatste elke zieke, ongeacht zijn materiële positie, ten goede komen. Een chirurgische behandeling kan slechts op één manier worden uitgevoerd, een internistische is bij de toepassing niet afgestemd op de financiële draagkracht van de lijder. De vooruitgang op tandheelkundig terrein heeft echter als inzet de bereidheid van de patiënt tot de financiële tegenprestatie. Dit kan omdat het gebit geen voor het leven onmisbaar of door ziekelijke afwijking het leven bedreigend onderdeel van het menselijk lichaam vertegenwoordigt. De voorwaarde: „met eenvoudige middelen” waar het de sociale toepassing der tandheelkunst betreft, geldt in beginsel niet wanneer het om de geneeskundige voorziening gaat. Waarmee dus de tandheelkunst een min of meer afzonderlijke plaats in de maatschappelijke gezondheidsverzorging moet worden toegekend. Zij wordt door eigen wetten en voorwaarden beheerst, die – ten aanzien van de geneeskunde als een alle onderdelen omvattend begrip – daarin niet worden teruggevonden.

Maar aangezien het primaire doel van de tandheelkunde is gericht op verlenging van de „bestaans”duur van het gebit, zou het hoogst belangwekkend zijn uit statistieken te kunnen aflezen in welke mate de thans gangbare profylactische en therapeutische methoden daartoe (kunnen) bijdragen. Helaas ontbreekt elk materiaal en wordt het oogmerk slechts gesteund door de casuïstiek en de daaruit afgeleide verwachting.

Gelijk reeds eerder werd gesteld is de grond voor deze beschouwing gelegen in de opzet om voor het trekken van conclusies te rade te gaan bij de literatuur om hierin houvast te vinden voor een verdere analyse. Wanneer in beginsel mag worden aangenomen dat het gebit inspireert tot de onderscheidene toepassingen waarover de tandheelkunst beschikt, dan doet men goed zich rekenschap te geven van de kauwefficiëntie zoals die tot uitdrukking komt in de over de elementen verdeelde druk der kauwspieren. In dat opzicht zijn zij, wat hun individuele aandeel daarin betreft, niet van gelijke waarde.

Bepaalt men zich eenvoudshalve tot de verticale kauwdruk, dan is het zonder meer duidelijk dat zijn effect in deze afhankelijk is van de plaats, vorm en grootte van de elementen ten opzichte van het aangrijpingspunt van de sluiters. Bij het kauwsysteem heeft men te doen met een hefboom,

beurtelings of in combinatie, van de derde en van de tweede graad. Bij de eerste wordt de lastarm bepaald door de afstand van het lastpunt ten opzichte van het machtpunt. De hefboom van de tweede graad wordt gevormd door de kauwspiercontractie aan de tegenovergestelde, d.w.z. contralaterale of balanszijde van de kaak. Alsdan is bij eenzijdig kauwen het lastpunt gelegen *tussen* het fulcrum aan de kauwzijde en het aangrijpingspunt van de spierwerking aan de balanszijde. Deze biomechanisch gunstiger hefboom verklaart volgens NAGLE en SEARS²⁾ de efficiëntie van het kauwspierencomplex bij het alternerend eenzijdig kauwen. Ten aanzien van de kauwdruk gaat het in wezen om de verticale werkzame componenten van de beiderzijdse sluitspiers. Het aangrijpingspunt van de resultante dier componenten is daarbij gelegen op halve afstand tussen de insertie van de m. masseter en de derde molaar. Om de gedachten meer concreet te bepalen zij hier vermeld dat voor de adductie van de onderkaak de gezamenlijke trekkracht van de mm. masseter, pterygoideus med. en temporalis door SCHUMACHER (1961) op 78 kg en door VAN DEN BERG (1961) op 72 kg wordt gesteld ³⁾, ⁴⁾.

Theoretisch volgt uit het voorgaande dat de kauwefficiëntie het grootst zou moeten zijn bij de derde molaar en dat deze voor de overige elementen afneemt naar evenredigheid van hun afstand ten opzichte van machtpunt en fulcrum. VAN DEN BERG heeft een schema opgesteld van de verdeling bij maximale tweezijdige contractie van de druk op de onderscheidene elementen³⁾. Hieraan wordt ontleend dat deze, opgevangen door de beide verstandskiezen 65 kg, door de beide M₂'s 53 kg, door de beide eerste molaren 45 kg en door de twee premolaren resp. 39 en 36 kg bedraagt. Voorts dient, ook met het oog op de transversale schuifkrachten, nog in aanmerking te worden genomen dat – schematisch gesteld – het occlusale oppervlak van de molaren ongeveer één cm², dat van de premolaren drie-vijfde tot een halve cm² omvat. Populair geconcludeerd: de molaren en praktisch gesproken de M₁ en M₂ verlenen de grootste bijdrage tot het kauweffect. De M₃ wordt hierin niet betrokken omdat het fysiologische centrum van de kauwactie niet alleen door de mechanisch gunstigste positie wordt bepaald. Dat de kracht der kauwspieren mede wordt opgevangen door de condyli behoeft geen betoog, de druk wisselt in grootte naar gelang van het element dat de kauwdruk opvangt. Deze varieert b.v. tussen een positieve waarde (ongeveer een kwart van de totale verticale druk) wanneer de kauwkracht door de snijtanden wordt opgevangen en een negatieve waarde wanneer de kauwdruk op de verstandskies wordt uitgeoefend. Het omslagpunt tussen beide is gelegen op de overgang tussen de eerste en tweede molaar. „Is er – aldus VAN DEN BERG – slechts occlusie

mogelijk in het gebied van de tanden en/of premolaren, dan is het duidelijk dat deze elementen zwaarder belast zullen worden dan normaal het geval is, terwijl het niet kan worden vermeden dat er in het kaakgewricht grote krachten optreden. Is er daarentegen slechts occlusie in het gebied van de molaren, dan zullen de krachten in het kaakgewricht geen excessieve waarden bereiken." Bij de huidige belangstelling voor afwijkingen in het kaakgewricht verdient de kauwmechanische belasting ervan onder invloed van het gemutileerde gebit alleszins de aandacht.

Intussen mag, in het licht van het voorgaande, worden verondersteld dat ook zonder biomechanische bewijsvoering en exacte berekening elke tandarts in zijn onderbewustzijn de overtuiging meedraagt van het overheersende belang van de molaren in de anatomische en fysiologische structuur van het kauworgaan. Zeker mag zulks verwacht worden van de auteurs die zich geroepen voelen tot voorlichting waar het de tandvervanging betreft. Voor zover valt na te gaan moet de eerste traan, zelfs de eerste krokodilletraan, nog uit hun pen vloeien voor het feit dat, ondanks hun dominerende betekenis voor de kauwactie, de tandheekkundige stand van zaken kennelijk met zich brengt dat de molaren onveranderlijk een begeerd object blijken en blijven voor de extractietang.

Een verklaring ligt niet zo maar gereed. Objectief bezien hebben de molaren een grote kroon, die door zijn materiaalomvang en sterkte een aanmerkelijk substantieverlies door cariës kan lijden om nochtans voldoende steun te laten voor vormherstel. Van technisch-manipulatief standpunt niets dan voordeel in vergelijking b.v. met een ondersnijtand. Alleen moet worden toegegeven dat de tweede en vooral de derde molaar een eindje uit de buurt kunnen liggen en bij wijze van spreken een lange arm vereisen en zodoende de localisatie van de aantasting niet zelden extra inspanning vergt. Maar men is niet tandarts voor zijn gemak, zo ligt het werk nu eenmaal.

Voorts is er de omstrede pulpabehandeling en dan doet „wetenschappelijk” nog steeds – in weerwil van de in de literatuur voltrokken wijziging in de inzichten omtrent het potentiële gevaar voor de algemene gezondheid – de focale infectie als argument zich gelden. Dit is voor menige practicus een geloofsartikel, aangezien de veronderstelde klinische verschijnselen geheel buiten zijn gezichtsveld zijn gelegen. Hij moet in concreto maar als juist aannemen wat anderen beweren. „On one side will stand the man who will take no chances, who is convinced that every devalitized tooth is a crime to health, but also the other man, who wishes to make things easy for himself, who does not wish to do any endodontie, who is afraid of all „ifs”” (STEIGER 1959). Dit is de tandheekkundige fi-

guur die door BEHRMAN (1961) als de paranoïdentist wordt bestempeld, de practicus voor wie elk element verdacht is. Zijn naaste familielid is de schiziodentist, door de auteur gekenschetst als de tandarts met een gespleten denkwijze met betrekking tot de toekomst van elke tand. Enerzijds zou hij elk element willen behouden maar anderzijds twijfelt hij eraan omdat hij overtuigd is van zijn onvermogen. Zijn credo is: „when in doubt take it out.” Dit zijn de geschakeerde nazaten van ROSENOW uit het tweede decennium van deze eeuw.

Welke van de genoemde overwegingen van geval tot geval de doorslag mogen geven, een feit is dat de voortijdige extractie van molaren een stuk tandheelkundige werkelijkheid vertegenwoordigt. In de literatuur behoeft naar een bevestiging niet lang te worden gezocht. Neemt men kennis van onverschillig welk boek op het gebied der partiële tandvervanging, dan blijkt de vrij eindigende prothese een belangrijke plaats in te nemen. Een grote reeks tijdschriftartikelen biedt de neerslag van alle biomechanische en technische denkwerk aangaande constructie- en bevestigingsvormen, ten doel hebbend de parodontale en cariësbevorderende toekomstschade (inherent aan de prothese) zo gering mogelijk te maken. Maar zij dragen alle het kenmerk der gecompliceerdheid en verlangen bovendien veelal een ingrijpende bewerking van de nog gave steunelementen. Driekwart-, viervijfde- en zesde kronen moeten als basis dienen voor de in de handel gebrachte veelheid van attachments, Geschiebe en verdere gewrichtsvormen, die de schadelijke torsiekrachten op de steunelementen moeten voorkomen. Zij alle dragen het stempel der gecompliceerdheid en subtiliteit en verlangen voor het aanbrengen een aanmerkelijke weefselopoffering, grote accuratesse en vaardigheid waarvan de nagestreefde voordelen en het succes rechtstreeks afhankelijk zijn. Bij de lectuur en beschouwing der bijbehorende afbeeldingen is de op gebitsbehoud ingestelde lezer geneigd zich af te vragen: als een deel van de energie en vindingrijkheid was geconcentreerd op de endodontische en restauratieve behandeling tot behoud van de betreffende elementen, dan was die hele ingewikkelde constructie in veel gevallen overbodig geweest en de patiënt gespaard voor een corpus alienum dat alleen al uit een oogpunt van kauw-effect slechts surrogaatwaarde bezit en waarbij door de optredende drukresorptie het occlusale contact gedoemd is na verloop van tijd verloren te gaan. Hierbij wordt dan nog niet gedacht aan de mogelijk nadelige invloed op het restgebit, die door de auteurs geenszins wordt ontkend.

De publicisten inzake de partiële prothese hebben zich recentelijk voor de nadelen van deze vervangingsvorm gevrijwaard doordat zij de indicatie voornamelijk zien ten gunste van parodontotische therapie met

daarbij ingesloten profylaxe. „Wanneer uitneembaar brugwerk en partiële prothese eraan te pas komen,” aldus STEIGER, „dan is in de mond van de patiënt een proces van afbraak in gang en het doel van een reconstructie is gericht op het tot stilstand brengen of ten minste het vertragen van verdere parodontale afbraak.” Door TERKLA en LANEY (1963) wordt de beslissing omtrent extractie van bepaalde elementen afhankelijk gesteld van niet minder dan een dozijn factoren en zulks zou als niet minder dan lofwaardig kunnen worden aangemerkt ware het niet dat de schrijvers tevens een element in hun overwegingen betrekken dat twijfel doet rijzen aan de objectieve noodzaak der geïndiceerd geachte extracties. Zo kan men lezen: „De beslissing om alle bovenelementen te verwijderen is vrij gemakkelijk vergeleken bij die met betrekking tot de tanden en kiezen van de onderkaak. Een volledig bovengebitt biedt in de meeste gevallen meer uitzicht op succes dan een volledige onderprothese. Het eerste heeft veel voordelen boven de laatste zoals de actie van de tong tijdens het slikken (deze heeft de neiging om het bovengebitt op zijn plaats te drukken en het ondergebitt van zijn plaats te drukken) zomede het grotere draagvlak. Deze algemeen bekende voordelen behoren de tandarts te doen aarzelen alvorens de mandibulaire elementen te verwijderen. Dit is een belangrijk punt bij de indicatie. Elke practicus met een uitgebreide ervaring weet dat veel ellende kan worden voorkomen wanneer een goed passende partiële prothese wordt vervaardigd in plaats van een volledig onderkunstgebitt.”

Deze uitspraak kan slechts instemming verwerven, maar ten aanzien van de schrijver schuilt er een tegenspraak in. Immers hier worden alle zwaarwichtige factoren zoals de periapicale toestand en de algemene gezondheid met betrekking tot de focale infectie (om slechts twee van de twaalf te noemen) pour besoin de la cause gerelativeerd en ter zijde gesteld om wille van de mechanische in de vorm van dreigende adaptatiemoeilijkheden bij algehele tandeloosmaking van de onderkaak. Terwijl in de literatuur – en de auteur blijft ook niet in gebreke – het gebitt ondergeordend wordt gesteld aan de met een tandheelkundig aureool van ontzag omgeven algemene gezondheid, wordt er voor dat geval mee getransigeerd op in dit verband triviaal aandoende gronden. Men kan zich afvragen of extracties in de bovenkaak niet op gelijke basis moeten worden overwogen om de patiënt in het genot ervan te laten. Men concludeert: il y a des accommodements avec le ciel der z.g. gezondheidbeschermende radicale maatregelen.

De dreiging der parodontopathieën neemt tegenwoordig een vooraanstaande plaats in bij de profylactische en therapeutische gebitsverzorging. Zo noemt LUCIA¹) in zijn werk over de gnathologie in het (eerste) hoofd-

stuk betreffende de „Philosophy of dental practice” als de meest voorkomende reden voor de uitvoering van een full-mouth rehabilitation, het tot stand brengen en in stand houden van de gezondheid der parodontale weefsels. Bij de gedeeltelijke tandvervanging gaat het dan echter in de eerste plaats om de verwijdering van niet meer voor behoud in aanmerking komende, voornamelijk door parodontose enigszins aangetaste elementen en niet om eenheden die door ver voortgeschreden verschijnselen de kauwactie storen en bij wijze van spreken op uitvallen staan. Men dient ook voor ogen te houden dat de parodontose als regel niet het gebit in zijn geheel aantast maar doorgaans zich manifesteert aan een of meer afzonderlijke eenheden.

In dat verband is het van belang na te gaan in welke mate en volgorde deze vatbaarheid optreedt. Dienaangaande heeft een onderzoek van CHILTON (1950) de nodige opheldering verschaft. In drie groepen verdeeld blijken de eerste en tweede snijtanden in onder- en bovenkaak het meest vatbaar te zijn. Daarop volgen de eerste en tweede onderkaakmolaren terwijl in de minst vatbare categorie de premolaren in beide kaken zomede de onder-verstandskies thuis horen.

Voor wat betreft de vatbaarheid voor tandcariës is de volgorde anders. Blijkens het onderzoek van KLEIN en PALMER (1941) bij 6000 leerlingen van lagere en middelbare scholen zijn de molaren de meest getroffen elementen terwijl de ondersnijtanden, de eerste premolaren en de hoektanden, zowel in de boven- als in de onderkaak de meeste weerstand vertonen. Ten aanzien van een bilateraal voorkomen (d.w.z. min of meer gelijktijdige cariës aan de overeenkomstige elementen in dezelfde kaak) kwamen BROWN en BERTRAM (1943) tot de bevinding van een zodanige frequentie dat die naar hun oordeel aan andere omstandigheden dan zuiver toeval moet worden toegeschreven. Dit is trouwens klinisch zo opvallend dat menig practicus bij het waarnemen van een carieuze aantasting, automatisch zijn blik ook laat glijden over het symmetrische element.

Bij het kritisch beoordelen van alle ten tonele gevoerde epidemiologische gegevens dient wel voor ogen te worden gehouden dat deze betrekking hebben op de sociaal gegeven toestand en niets zeggen aangaande de ongetwijfeld veel gunstiger situatie die onder invloed van een stelselmatig doorgevoerde gebitsverzorging mag worden verwacht. Het moet, gelijk reeds eerder werd opgemerkt, als een te betreuren gemis worden gezien dat statistische uitkomsten van een daarop gericht onderzoek tot heden niet ter beschikking staan. Daarmee toch zou de op behoud ingestelde tandheelkunst haar duurzame uitwerking kunnen bewijzen. Zulks mede ter weerlegging van de in de protheseboeken als axioma ge-

stelde situatie dat op een gegeven tijdstip in 's mensen leven de objectieve noodzaak tot opoffering van het gebit (natuurlijk te vervangen door een prothese) zich onafwendbaar zou voordoen.

Bij de praktische uitvoering van hetgeen in de literatuur wordt aanbevolen om in de individueel gegeven behoefte aan gebitsbehandeling te voorzien, worden enkele onuitgesproken voorwaarden gesteld. De betreffende patiënten worden bereid geacht tot de offers aan ongemak, tijd en (zeker niet het onbelangrijkst) aan geld. Tot die categorie mogen stilzwijgend worden gerekend de personen waarop in de inleiding tot deze beschouwing werd gedoeld en voor wie behoud van het eigen gebit de grondslag en verwachting vormen van hun periodieke gang naar de tandarts.

Wendt men zich, onder inachtneming van deze factoren tot de schrifturen van de conserverende tandheelkunde, dan komt de lezer ongetwijfeld aan zijn trek, in de naam ligt trouwens de doelstelling besloten. Anders wordt het wanneer men zijn aandacht richt op de publicaties betreffende de partiële prothese. Daar is, om te beginnen, de classificatie van de alzo in aanmerking komende gebitmutaties en vervolgens de casuïstiek waarvoor de auteurs hun oplossing aan de hand doen. Onwillekeurig treedt dan de eigen ervaring in werking waarbij men niet kan nalaten daaraan de mogelijk- en gebeurlijkheid van die gevallen te toetsen, zelfs wanneer de lezer zich bewust blijft van de als gebitbedreiger nummer één gedoodverfde parodontose.

In de classificatie treft men dan als eerste categorie aan: het eenzijdig gemutileerde gebit; enerzijds zijn alle elementen aanwezig, in de andere kaakhelft daarentegen ontbreken de molaren, soms ook de premolaren. De naïevelijk in termen van gebitsbehoud denkende lezer vraagt zich dan af hoe zulks in de praktijk kan bestaan. Hoe kunnen, zo mijmert hij, aan de ene zijde alle elementen gaaf zijn (of repareerbaar gebleken) en aan de andere kaakhelft in het overeenkomstige kwadrant enige opeenvolgende elementen geëxtraheerd? Waren al die kiezen parodontotisch en/of verregaand diep of omvangrijk gecarieerd zodat een conserverende behandeling geen uitzicht bood op redelijk duurzaam herstel? De cariës moge dan wel niet bilateraal optreden maar de tegenstelling zou in die gevallen wel groot zijn. Voor parodontose zitten volgens de modellen – al is zulks niet doorslaggevend – de elementen aan de intacte zijde te „kort in het vlees”. Er werd overigens al een opmerking in verband met de molaren gemaakt. Men komt er niet uit.

Bij wijze van voorbeeld een ander geval: aan een zijde in de bovenkaak alle elementen aanwezig vanaf de hoektand tot en met de verstandskies

maar aan de andere kant – naast het ontbreken van het gebitsfront – twee molaren alleen nog present. Of – om hiermee maar te eindigen – een geval waarin enerzijds van de mediaanlijn de tandrij intact is terwijl in de andere kaakhelft alles blijkt te zijn opgeofferd. Gevolg van een verkeers-trauma? De configuratie van de kaakwal vertoont er niet de sporen van. Om kort te gaan, het wekt vaak de indruk alsof bij de toepassing der partiële prothese situaties worden geschapen of zich presenteren die de tandarts, „tot wiens taak behoort het in stand houden van het gebit van zijn patiënten” (TEMPEL 1963), in zijn praktijk nimmer heeft zien ontstaan. Dit geldt ook voor menig specimen van tandtechnisch vakmanschap hetwelk men op gezette tijden toegezonden krijgt als afbeelding van een in chroom-cobalt uitgevoerde oplossing voor de aan de laboratorium-uitvoering ten grondslag liggende mutilatie.

Hierbij wordt nog buiten beschouwing gelaten dat „to construct a successful partial denture, the dentist must remove, grind, or restore all the malposed teeth”. Dit leidt echter tot implicaties, want „many patients will object so strongly to the removal or grinding of a „perfectly good tooth”, that the dentist will yield to their wishes.” (TERKLA en LANEY, 1963). Deze patiënten worden door de auteurs als weerspanning gekwalificeerd, maar hebben zij helemaal ongelijk?

Bij een meer op behoud gerichte gebitsverzorging wordt men uiteraard met deze conflictsituatie niet geconfronteerd. (Slot volgt)

Literatuur:

1. V.O. LUCIA: Modern gnathological concepts. 1961.
2. R.J. NAGLE and W.H. SEARS: Denture prosthetics. 1962.
3. J.W. VAN DEN BERG: Fysiologie van het kauwstelsel, in: De behandeling van het kauwstelsel. 1961.
4. G.H. SCHUMACHER: Funktionelle Morphologie der Kaumusculatur. 1961.
5. A. STEIGER: Precision work for partial dentures. 1959.
6. H.T. BEHRMAN: Surgical preparation of edentulous ridges for complete dentures. J. Pros. Den. 1961.
7. H. KLEIN and C.E. PALMER: Studies on dental caries. J.D. Research. 1941.
8. J.E. BROWN and F.P. BERTRAM: Phenomenon of bilateral dental caries. J.A.D.A. 1943.
9. N.W. CHILTON: Some public health aspects of periodontal disease. J.A.D.A. 1950.
10. F.J. TEMPEL: Probleemstelling, in: De behandeling van het kauwstelsel. 1961.
11. L. TERKLA and W. LANEY: Partial dentures. 1963.