

TANDHEELKUNDE, TANDHEELKUNST EN HET GEBIT IV

Prof. P. H. BUISMAN

In het voorgaande was alleen sprake van wat in de literatuur als indicatiestelling en therapie wordt aanbevolen. Het betreft uiteraard schrijvers, die hun ervaring en werkwijzen te boek hebben gesteld aan de hand van hun eigen praktische toepassingen en, naar men moet aannemen, bij patiënten die aan de genoemde voorwaarden voor een behandeling op hoog niveau beantwoorden. En dat betreft uiteraard gevallen van min of meer omvangrijke en ingrijpende gebitmutilaties waarin dan door gecompliceerde, moeilijke en tijdrovende constructies moet worden voorzien. Men vraagt zich onwillekeurig af door welke oorzaken het gebit van deze patiënten, die voor een dusdanige rehabilitatie in aanmerking komen en deze ook verlangen, in een zo calamiteuse toestand is geraakt. Men krijgt dan ten antwoord dat het laatste het gevolg is van of teweeggebracht door een tekortschietende en in casu tekort geschoten tandheelkundige verzorging elders. Het daaronder gebukt gaande slachtoffer is ten slotte terecht gekomen bij de capabele practicus – die in de huid van de auteur schuil gaat – waarvan hij of zij het zozeer begerde herstel van het gebitsuiterlijk verwacht. Het gaat hierbij – het worde herhaald – om patiënten, wier materiële welstand een adaequate gebitsconservering niet in de weg staat, dus geenszins (bij wijze van spreken) om vertegenwoordigers uit de „sociale” sector. Hoe dan ook, het feit blijft dat de gebitsverminking het werk is geweest van een tandarts of opeenvolgende practici voor wie de financiële en maatschappelijke status van de patiënt bij de periodieke behandelingen geen aanleiding gaf tot een andere indicatiestelling dan extractie. Dat deze in staat en bereid geacht mocht worden tot een op behoud gerichte therapie heeft daar kennelijk geen invloed op uitgeoefend en de meegaande patiënt heeft zich vermoedelijk daar steeds weer bij neergelegd, ondanks de voor hem of haar waarneembare abele gevolgen.

Reeds werd gewezen op het aandeel van de parodontopathieën in de gebitstoestand voor zover die van invloed is op de uitvoering der rehabilitatie en welke aandoeningen, los van de vervangingsmethodiek, voor een groot deel het lot van het gebit bepalen. En dan dringt zich automatisch de vraag op naar de preventie en de therapeutische maatregelen waaromtrent een gespecialiseerde literatuur de tandarts ten aanzien van

zijn taak niet in het onzekere laat. Immers, zo zegt Orban (1958), „van alle factoren, gebrandmerkt als oorzaken van ziekte van het parodontium, neemt tandsteenafzetting waarschijnlijk de voornaamste plaats in. Klinische waarneming levert het bewijs dat zij de elementaire plaatselijke oorzaak vormt van de meeste met ontsteking gepaard gaande aandoeningen”.¹

Ten aanzien van de therapie is er dan als primaire maatregel de verwijdering van het causale moment, d.w.z. van de tandsteen. „Het belang van een zorgvuldige verwijdering – profylaxe – aldus Lippincott (1948) kan niet te hoog worden aangeslagen. Men schat dat 75% van alle tandvleesaandoeningen zouden kunnen worden voorkomen of genezen door enkel profylaxe. Fundamenteel hebben alle behandelingswijzen hetzelfde eindresultaat. Grondig afnemen van tandsteen is daarvan een eerste vereiste.”²

Ook andere gezaghebbende schrijvers verkondigen geen hiervan ook maar enigszins afwijkende opvatting. Wat echter de uitvoering ervan betreft wees ZANDER er reeds op dat deze nu eens gemakkelijk dan weer zeer moeilijk blijkt, „with many variations between these two extremes” (GOLDMAN en COHEN, 1957).³ Of en in welke omvang deze – volgens DEKKER (1963)⁴ – „eenvoudigste en tevens doeltreffendste hulp” effectief verleend wordt, ja dat vormt een ander aspect van deze gebitshygiënische aangelegenheid. Hier ligt ook voor de algemene practicus een belangrijk arbeidsveld open. De „vraag” naar één dusdanige gebitsverzorging is rechtstreeks afhankelijk van de kennis van het publiek omtrent de betekenis ervan voor behoud van het gebit op lange termijn. Er moet helaas worden vastgesteld dat van tandheilkundige zijde onvoldoende pogingen in het werk worden gesteld om patiënten in te lichten omtrent de gevolgen van een ongestoorde afzetting van (vooral subgingivaal) tandsteen. De gemiddelde patiënt acht dit alleen van belang voor zover het in waarneembare vorm het gebit ontsiert, dus uit cosmetische overweging; de preventieve waarde van een zorgvuldige verwijdering, ook en vooral daar waar het voor het ongeoefende oog niet zichtbaar is, ontgaat hem uiteraard. Anderzijds kan hij zich in nog mindere mate realiseren het opbod aan tijd en inspanning dat deze ogenschijnlijk eenvoudige verrichting vergt. Dit tekort aan begrip wordt treffend geïllustreerd door het feit dat de tandsteenbehandeling wél in het sociale verstrekkingspakket is opgenomen, met dien verstande echter, dat een vergoeding ervoor geacht wordt te zijn vervat in de honorering van de andere gebitconserverende verrichtingen. Deze weinig met de psychologische realiteit strokende „voorziening” stelt hogere eisen aan de zelfverloochening van de zieken-

fondsmedewerkers dan het merendeel kan opbrengen. De tandarts – en dit geldt eveneens voor de practicus in de particuliere praktijk – kan zijn kennis en kunde slechts in één vorm ter beschikking stellen en wel naar rato van de ermee gemoeide tijd waarvoor hij schadeloos dient te worden gesteld. Of het publiek, ook in de partikuliere sector hiertoe integraal bereid is? De verklaring voor een twijfelachtig antwoord zal gezocht moeten worden in de onwetendheid en het ontbreken van een daarop gerichte voorlichting. Wel opvallend was de opmerking van iemand die, na jaren verblijf aldaar uit de V.S. teruggekeerd, verwondering uitsprak over zijn ervaring hier te lande dat er zo weinig aandacht aan „scaling” werd besteed.

Wat hiervoor als materiële verklaring ook moge worden aangevoerd, het moet ondanks alles als een bedenkelijke toestand worden beschouwd dat aan een der voornaamste oorzaken van voortijdig gebitsverlies geen evenredige aandacht wordt besteed. Een tandheelkunde, die, in weerwil van de in de vorderingen der tandheelkunde vastgelegde en onbestrijdbare kennis dienaangaande, deze profylaxe ignoreert verzaakt haar sociaal-hygiënische plicht. Het ongeluk wil dat de parodontopathieën doorgaans niet-meer-zo-jonge personen treffen en „zomin pijnlijk als dodelijk verlopen”¹³ al bezorgen zij degenen die eraan lijden, de nodige lasten en moeilijkheden. Mede door het slepende karakter spreken zij niet tot de fantasie. Aangezien het echter de taak is van de tandheelkunde om voor gebitsbehoud op de bres te staan zoveel als binnen het bereik ligt, heeft het geen zin de niet te verdedigen realiteit te verdoezelen.

In een beschouwing als de onderhavige past, in het verlengde van de partiële prothese, ook een enkel woord met betrekking tot de algehele tandvervanging, al houdt deze krachtens haar wezen geen verband meer met het gebit en bijgevolg ook niet met de tandheelkunde en -kunst in de eigenlijke zin van: gericht op de instandhouding van het kauworgaan.

Gegeven het surrogaatkarakter, eigen aan elke werktuiglijke nabootsing van een verloren gegaan lichaamsdeel, zou men een overeenkomstige instelling verwachten op basis van een zo goed mogelijke voorziening in de nood der algehele gebitsinvaliditeit, maar zo is het met de tandprothese juist niet gesteld. Er wordt uitgegaan van de overtuiging dat de prothetiek het thans mogelijk maakt op grond van een veronderstelde functionele gelijkwaardigheid de taak van het in staat van verval verkerende kauworgaan over te nemen, waarbij in het bijzonder de cosmetische natuurlijke gelijkheid en een eventuele verbetering in het gebitsaspect als positieve kwaliteit nadrukkelijk wordt gesteld.

In de betreffende Duitse literatuur spreekt men niet voor niets van de „artistiek-esthetische” vormgeving (SPRENG 1960).⁵ De immediaat-prothese zou in dit opzicht de substitutie volkomen doen verlopen en zonder overgang voor het oog verbergen en verborgen houden.

Bepaalt men zich vooreerst tot de materiaal-technische zijde, dan moet worden erkend dat de betreffende keramische en chemische industrie er alleszins in geslaagd is met de beide kunststoffen: porselein en kunsthars de natuur aardig op zij te streven door een vrij getrouwe nabootsing van de weefselstructuren en vormen. Zo zijn de fabrikanten van kunststanden bij machte gebleken („echte”) vormen en tinten te creëren in een verscheidenheid die, wat de laatste betreft, meer het succes zijn van de subtiele kleurgevoeligheid van de daarin gespecialiseerde krachten, dan dat zij onmisbaar zouden zijn voor de behoeften van de praktijk. „De uitgebreide verscheidenheid van ter beschikking staande kunststanden hebben de moeilijkheid van een voor het concrete geval passende keuze eerder vergroot dan verkleind. De verschillen tussen vele ervan zijn haast niet waar te nemen en zeker niet van voldoende betekenis om in het kunstgebit te kunnen worden onderscheiden. Om dit probleem te onderwerpen, dient het aantal modellen te worden beperkt tot zodanige waarvan de kenmerkende verschillen gemakkelijk kunnen worden onderkend. De tintverschillen moeten met één oogopslag aanstonds kunnen worden waargenomen en elk element moet naast een uitgesproken nuance een evenredige mate van helderheid vertonen.” (LEE 1962).⁶

Echter, „voor het zich verlaten op twee of drie nummers van de kleuren „ring”, als voldoende geacht voor alle situaties, bestaat geen verontschuldiging” (KRAJICEK 1963).⁷

Helaas heeft het streven naar meerdere schok- en breukvastheid via vacuumbakken tanden aan het natuurgetrouwe effect afbreuk gedaan in die zin dat de frontelementen een geïdealiseerd karakter hebben verkregen, te „mooi” althans voor een harmoniseren met de door de jaren veranderde gelaatstint van de oudere prothesedragers. Daarbij is voorts geen rekening meer gehouden met het feit dat de natuurlijke tanden met de jaren donkerder worden en niet een transparantie vertonen als waardoor de meeste kunststanden zich thans kenmerken. Dit constateert de „Academy of Denture Prosthetics” te Salt Lake City in haar derde Progress Report van 1962.⁸ De bedoelde tinten zijn uit de collecties waarin zij voorheen wél voorkwamen, verdwenen doordat er – aldus de verklaring – geen, althans onvoldoende vraag naar is blijven bestaan. De zucht naar een jeugdig aspect van het gebitsfront bij de oudere patiënten berust op de naïeve veronderstelling er jonger door uit te zien. Hierbij wordt veron-

achtzaam dat het leeftijdstype – niet de leeftijd volgens de burgerlijke stand – wordt bepaald door een aantal factoren waarvan de onderlinge harmonie dusdoende alleen maar wordt verstoord.

De gemakzuchtige neiging van sommige practici om aan deze op wanbegrip berustende wens van de patiënt te voldoen, is de oorzaak van menige anachronistische tandkeuze, die op zichzelf al het kunstgebit op een afstand als zodanig verraadt. Echter: „voor de keuze van tint en vorm van de kunsttanden is de tandarts verantwoordelijk. De praktijk van sommigen om dit over te laten aan het oordeel van de laboratorium-technicus is niet in overeenstemming met een juiste beroepsopvatting”. Aldus het oordeel van de „Academy” voornoemd. Het onnatuurlijke aspect van veel protheses is volgens haar het gevolg van het gebruik van te kleine tanden. In dit opzicht echter treft de fabrikanten geen enkele blaam; de collectie bevat de meest forse modellen die ook de natuur te zien geeft.

Teneinde bij het bepalen van een passende tandvorm via de breedte, over een concrete, objectieve maatstaf te beschikken, kwam Berry reeds in 1906 tot de bevinding dat deze voor wat de middelste snijtand betreft, het zestiende deel in millimeters bedraagt van de afstand tussen de beide jukbogen. Door metingen van House werd dit in 1939 bevestigd bij personen met een harmonieus gebitsfront.

Het averechtse schoonheidsideaal van kleine en „witte” tanden vindt jammer genoeg niet voldoende tegenwicht in de morfologische kennis en het proportiegevoel van blijkbaar menig practicus, hetwelk niet ontleend kan worden aan anatomische detailkennis. De student, op dit terrein tot de tanden gewapend, brengt met behulp daarvan, inzake tandkeuze en opstelling er in het begin weinig natuurgelijkends van terecht. Het nabootsingsvermogen („die künstlerisch-aesthetische Aufgabe”, SPRENG⁵⁾) stelt kennelijk op zichzelf staande voorwaarden, die in beginsel aanwezig moeten zijn om daarna te kunnen worden ontwikkeld.

Het niet aan specifiek tandheelkundige kennis inherent zijn van de kunst het natuurlijk gebit in de prothese tot natuurgelijkende weergave te brengen of daartoe de nodige aanwijzingen te kunnen geven, verklaart de „denture look” die alom zich aan de waarnemer opdringt. Trouwens, hoeveel practici nemen de frontopstelling voor hun eigen rekening? Voor een goede camouflage is dit de eerste voorwaarde omdat het maximaal te bereiken effect in veel gevallen pas na voorafgaand experimenteel vergelijken wordt verkregen. De gebruikelijke gang van zaken waarbij alle extra-orale fasen worden overgelaten aan een technicus, die met de patiënt geen enkel visueel contact heeft en veelal op summiere gegevens het werk

moet uitvoeren, komt het resultaat niet ten goede. Het zelf opstellen en naar behoefte wijzigen van de (aanvankelijke) tandkeuze en opstelling kost weliswaar tijd maar „since denture work receives better compensation per hour than many phases of dentistry” (AUSTIN en LIDGE 1957⁹) kan een dusdanig motief bezwaarlijk in het geding worden gebracht. „Unfortunately, many patients are denied the advantages of improved dentofacial appearance by dentists who regard their professional responsibilities with an air of indifference. Their total expenditure of time and interest in esthetics is restricted to instructions for the dental laboratory technician”. Tot deze uitspraak komt KRAJICEK (1962).¹¹

Hiermee zijn wij ongemerkt reeds midden in het thema der prothetische vormgeving verzeild geraakt, die in wezen veel belangrijker nog is dan de tandkeuze. De allerbelangrijkste factor betreft de stand der fronttanden, deze is zo essentieel dat voor de betreffende procedure een vaste afspraak dient te worden gemaakt om in aanwezigheid van de patiënt te kunnen worden uitgevoerd (KRAJICEK 1963). De onjuiste plaatsing van de boven-tanden op de kaakwal heeft, zo luidt zijn oordeel, meer aandeel in het kunstmatige seniele voorkomen van het gelaat dan enige andere factor. Het bovenfront dient zodanig te worden opgesteld dat het de lip en de mimische musculatuur ondersteunt naar vorm en functie. Over de daarbij te volgen gedragslijn bestaat bij de Amerikaanse auteurs geen verschil van mening. Het in de Duitse literatuur – nog steeds in de ban van Gysi's principe: kauwfunctie, óók in het front, boven alles, – gehandhaafde, elders obsoleete uitgangspunt kan verder met stilzwijgen worden voorbij gegaan. Het miskent de dubbele taak van het volledige kunstgebit en de gerechtvaardigde wens van de tandeloze. Alleen door een universeel gemis aan een juist fysiologisch onderscheidingsvermogen kan het zich handhaven. De daarbij gebruikelijke verdikking van de labiale rand leidt tot een bombéren van de bovenlip waarbij het van nature concave verloop van het filtrum verloren gaat en de lipzoom naar binnen krult, tonus verliest en zich goeddeels aan het oog onttrekt. Ook dit ondervindt geen tegenspraak.

Inzake de opstelling dient nog aandacht te worden besteed aan een effectmiddel dat – zeer tot schade van een goede camouflage – hardnekkig wordt verwaarloosd. Men mag ervan uitgaan – in theorie althans – dat algehele tandeloosheid in het bijzonder het lot is van de oudere mens, wiens leeftijdstype door zijn gehele persoonlijkheid wordt weerspiegeld. Om nu de tandvervanging harmonisch te doen aansluiten bij alle overige uiterlijke kenmerken van de ouderdom, staat een methode ter beschikking waarmee aan de prothese dit effect kan worden verleend.

Ter inleiding moge er op worden gewezen dat het visuele aspect van natuurlijke en kunststanden, ondanks de goede nabootsing, niet gelijk is. Wanneer een prothese wordt opgesteld in navolging van de onderlinge relatie in het natuurlijke gebit, d.w.z. in nauwe aansluiting, dan wekt waarneming op korte afstand de indruk van een porseleinen façade. De esthetische werking, berustende op de zichtbare verscheidenheid in de eenheid komt niet tot haar recht, gaat a.h.w. verloren omdat zij in de gebitsstructuur niet voldoende tot uitdrukking is gebracht door gemis aan reliëf. De noodzakelijke accentuering van de afzonderlijke eenheden kan om dit te bereiken, worden verkregen door het in acht nemen van geringe diastemen, zij het van niet meer dan een halve millimeter.

De ervaring zowel als het proefondervindelijke resultaat hebben uitgewezen dat met een individueel genuanceerde toepassing van deze werkwijze het aspect van de prothese harmonisch kan worden aangepast aan het uiterlijke voorkomen. Ook patiënten, die een conventioneel opgestelde prothese gewend zijn, ontgaat blijkens spontane uiting het natuurlijke effect geenszins. Het ouderdomsverval van het gelaat is onverenigbaar met een „volmaakt” gearrangeerd prothesefront en het aanbrenge van diastemen van 2 mm en soms nog meer biedt de mogelijkheid om aan het storende anachronisme van nieuwe tanden in een oud gelaat te ontkomen. Waarbij een harmonische tint natuurlijk evenmin mag worden veronachtzaamd. Bovendien wordt een natuurgetrouwe indruk nog versterkt door het gebruik van onderling lichtelijk verschillende tinten in het prothesefront. Het kunstmatige van een prothese komt n.l. ook tot uitdrukking in de volmaakt gelijke tint vanaf de middelste snijtand tot de laatste molaar; in het natuurlijke gebit ontstaat in de loop der jaren ook allerlei ongelijkheid in kleur tussen de onderscheidene elementen, passend bij een uiterlijk, dat eveneens de sporen vertoont van verwelking tot vertering. In het kunstgebit wordt die kleurgelijkheid veelal nog aangevuld met een krampachtige symmetrie, een recht incisaal verloop en het ontbreken van labiaal reliëf.

In hun publicaties hebben FRUSH en FISHER (1955)¹¹ erop gewezen dat voor het vervaardigen van een „dentogene” tandvervanging rekening moet worden gehouden met de sekse, de leeftijd en de persoonlijkheid van de patiënt waarbij de laatste, zich voordoend als krachtige, middelmatig, dan wel zwak, schakeringen vertoont van de doorsnee opgewekte figuur naar enerzijds de forse, anderzijds de meer genuanceerde gebieden van het persoonlijkheidsspectrum.

Wanneer in het voorafgegane inzake de volledige tandvervanging is weergegeven op welke wijze ernaar moet worden gestreefd deze zo goed mogelijk te doen beantwoorden aan haar fysiologische functie teneinde

de gebitsinvaliditeit te verbergen, dan doet zich tevens de vraag voor of en in hoeverre het inderdaad mogelijk is de schijn van „echtheid” te wekken en in stand te doen blijven. Het kan hier als genoegzaam bekend worden verondersteld door welke biologische factoren en in welke omvang de tandeloze kaken aan een continu afbraakproces zijn onderworpen. Als gevolg daarvan vertonen deze een voortdurende vormverandering, d.w.z. – verkleining. De meer genoemde „Academy” stelt dan ook in haar Progress Report dat alle protheses slechts een tijdelijke rehabilitatie van het kauworgaan vertegenwoordigen omdat kaakresorptie zich bij alle tandelozen in wisselende graad voordoet. Aangezien dit substantieverlies onder volledige protheses tot occlusieverstoring leidt, wordt daardoor de resorptie versterkt. Een en ander vereist periodieke „relining” waarbij de duurzaamheid deze aanpassing afhankelijk is van de snelheid van de wefelselafbraak die – zo verklaart zij – door vele factoren wordt beheerst.

Dit alles en nog veel meer van hetgeen in druk is vastgelegd bevat uiteraard niets nieuws of onbekends. Ook in oudere schrifturen is heel veel van hetgeen in recente publicaties naar voren wordt gebracht, reeds te boek gesteld. Wat echter in alle studies en standaardwerken op prothetisch gebied onveranderlijk gehandhaafd blijft is de onbewogenheid waarmee het dramatisch verschijnsel der ononderbroken kaakverschrompeling, inherent aan het biologische functieverlies, als klinische gegevenheid simpelweg wordt aanvaard. Men doet het voorkomen alsof met de totale prothese onder alle omstandigheden, naast herstel van de kauwfunctie, ook een fysionomische rehabilitatie integraal kan worden bewerkstelligd. In de literatuur plaatst men zich a.h.w. op een gelijk plan met het grote publiek, hetwelk op basis van volslagen onwetendheid de tandvervanging als een volwaardig remplaçant van het natuurlijke gebit beschouwt. De beter wetende auteurs blijven echter in gebreke de grenzen aan te geven waarbuiten de prothetiek niet bij machte is de illusie van de camouflage te verwezenlijken en ronduit te bekennen wat tenslotte hoogstens kan worden bereikt.

Dit gebrek aan werkelijkheidszin of oprechtheid zo men wil, kan wellicht verklaard worden uit de belangrijke plaats die de prothetiek in het kader der tandheelkundige activiteiten inneemt en waarvan men de van ouds gesuggereerde aureool vooral niet wil doen verbleken.

Ook in de geciteerde publicaties wordt het voorgesteld alsof met de aanbevolen middelen als „relining”, „rebasings” en periodieke controle van de prothese op de pasvorm, alle opkomende wolkjes aan de prothetische hemel kunnen worden verdreven. Herhaaldelijk herstel van de oorspronkelijke beethoogte leidt, afgezien van de daarmee gehandhaafde

drukresorptie tot een vergroot kantelmoment en een hernieuwd appèl aan de adaptatie. Daarbij wordt nog buiten beschouwing gelaten het bij veel prothesedragers met de jaren verminderende weerstandsvermogen van het belaste slijmvlies en periost, hetwelk in sommige gevallen tot eindeloze klachten over drukgevoeligheid aanleiding geeft.

Wat de fysionomische functie betreft is bij de voortschrijdende driedimensionele vormreductie van de tandeloze kaken, met de genoemde middelen niet te vermijden dat de prothese te groot in omvang wordt voor de steeds smaller wordende basis waar buiten zij a.h.w. gaat uitsteken. Het kanteffect noopt tot het vervaardigen van een minder uitgebouwde vervanging met overeenkomstige gevolgen voor het uiterlijk. Maar het gelaat blijkt uiterst gevoelig voor zelfs geringe veranderingen in de contouren en met name een verstoring van de verticale proportie, als gevolg van geleidelijke beetverlaging, geeft opvallend ouwelijke trekken. Maar het is bovenal de ingrijpende verandering in de natuurlijke harde onderlaag van tandkronen en vooral tandkassen, die in de loop der jaren niet kan worden gecompenseerd. Men behoeft er zijn prothesedragende medemensen slechts op aan te zien in welke mate de „denture look” in al zijn verschijningsvormen het produkt is van deze tak van tandheelkundige bedrijvigheid. Dat het merendeel der tandeloozen zich van de ontoereikendheid van hun camouflage niet bewust is kan deels worden gesteld op rekening van de geleidelijke toename, voor het overige worden toegeschreven aan het gebrekkige waarnemingsvermogen, de volslagen onwetendheid en het gemis aan elke voorlichting. Deze laatste houden de valse reputatie van het kunstgebit als volwaardig substituut voor het natuurlijke „kauw”apparaat in stand.

Men kan natuurlijk opmerken dat, gegeven de beperkte bestaansduur van het gebit, tandeloosheid het onafwendbare lot is van de ouderdom, vooral in het licht van de toenemende gemiddelde levensduur. Het wordt in vrijwel alle publikaties voorgesteld alsof (of aangenomen dat) er zich in het leven op een bepaald tijdstip de situatie voordoet waarin het gebit op tandheelkundige gronden niet langer kan worden gehandhaafd en in zijn geheel moet worden opgeofferd. Gezondheidsoverwegingen spelen dan daarbij een zwaarwichtige rol. Welke dat zijn blijft gemeenlijk in het duister. Maar het is niet aan te nemen dat in een gebit, hetwelk tot het moment van deze indicatiestelling conserverend is verzorgd, plotseling alle elementen niet meer voor voortgezet behoud in aanmerking zouden komen. In de ervaring van schrijver dezes heeft zich die situatie vrijwel nimmer voorgedaan. Ook de daarbij aangevoerde parodontose treft als regel slechts afzonderlijke elementen en dan nog heeft het proces een

verloop dat zich vaak over jaren uitstrekt, voorop gesteld dat de tang er niet tussentijds in gemoeid wordt. Een partiële prothese kan in die gevallen de levensduur van het restgebit alleen maar ten goede komen.

Ook in alle andere situaties kan de handhaving van een restgebit niet hoog genoeg worden gewaardeerd. Het verhindert de continue verschrompeling van de kaken door de functionele prikkels die er van in de naaste omgeving der solitaire elementen op het kaakbot uitgaan en het houdt de omvang van de kaken tevens in stand. Hierbij kan de partiële prothese harmonisch worden aangepast en aldus in de fysiologische functie tevredenstellend worden voorzien. Want belangrijk is vooral dat het restgebit ook de natuurlijke verticale proportie in stand houdt, die voor de uiterlijke persoonlijkheid juist van zo grote betekenis is.

De fysiologisch vaak rampzalige gevolgen van de algehele tandeloosheid en tandeloosmaking geen aandacht waardig te keuren, deze met stilzwijgen voorbij te gaan, is een ernstig verwijt dat men de tandheelkunde en nog minder de tandheelkunst behoeft te onthouden. Zulks vooral omdat de indicatiestelling inzake totale extractie niet aan objectieve criteria is gebonden en voor een groot deel wordt beheerst door het subjectieve oordeel van de practicus, hetgeen grotendeels onder invloed staat van zijn tandheelkundige mentaliteit.

Wanneer aan het slot van deze beschouwing nog eenmaal het ontvouwde tafereel wordt overzien, dan is het lijdzame gebit aan velerlei insulden en daarop afgestemde bewerkingen onderworpen. Enerzijds het tandbederf en de parodontopathieën, die beide door tijdige en ook wel minder tijdige behandeling zijn te stuiten, althans in hun uitwerking belangrijk te vertragen, aan de andere kant een indicatiestelling of „therapie”, die als deus ex machina een radicale oplossing in zich sluit. Deze radicale oplossing is steeds dezelfde: verwijdering van een, meer of alle gebitselementen en vervanging door meer of minder gecompliceerde constructies. De tandheelkunde heeft in de loop van haar ontwikkeling de weg tot herstel en behoud voldoende gebaad om bij wijze van spreken het meeste tandheelkundige verkeer tot zich te kunnen trekken. In welke mate en omvang dit echter geschiedt hangt samen met omstandigheden en factoren, die met de tandheelkunde als bron van kennis slechts een betrekkelijk verband houden.

De tandvervanging beschikt daarnaast over een niet geringe aantrekkingskracht omdat zij geacht wordt van de radicale „therapie” de zichtbare gevolgen te verhullen. Als uitvloeisel van deze illusie wordt daaraan de voorkeur gegeven boven de vaak moeizame conserveringstechniek.

Algehele tandeloosheid is echter een vorm van kaak- en gebitsvermindering die door de tandvervanging niet dan op vaak gebrekkige wijze wordt en op de lange duur niet anders dan op ontoereikende wijze kan worden gecompenseerd. De bewijzen hiervan zijn overal waar te nemen waar mensen zich vertonen: op straat, in middelen van vervoer, de schouwburg en in restaurants (zelfs de slijkste). Waarmee slechts gezegd wil zijn dat zij een opvallend verschijnsel vormt in de huidige samenleving, hetwelk aan de tandheelkunde noch aan de tandheelkunst redenen laat ontlenen voor prothetische voldoening over wat kennis en kunnen op dit gebied vermogen, althans uiterlijk waarneembaar tot stand brengen.

Literatuur:

1. B. ORBAN; c.s. Periodontics. 1958.
2. Lippincott's Handbook of dental practice. 1948.
3. H. GOLDMAN and D. COHEN: Periodontics. 1957.
4. G. DEKKER: Sociaal perspectief der parodontologie. T.v.T. 1963 6.
5. M. SPRENG: Die künstliche Zahnreihe beim Zahnlosen. 1960.
6. J. H. LEE: Dental aesthetics. 1962.
7. D. D. CRAJICEK: Simulation of natural appearance. J. Prosth. Dent. 1962.
8. Progress Report III: Principles, concepts and practices in Prosthodontics. The Academy of Denture Prosthetics, Salt Lake City, Utah J. Prosth. Dent. 1963 Nr. 2.
9. K. AUSTIN and S. LIDGE: Partial dentures. 1957.
10. J. P. FRUSH and R. D. FISHER: Introduction to dentogenic restorations J. Prosth. Dent. 1955 Nr. 5.
J. P. FRUSH and R. D. FISHER: The dynesthetic interpretation of the dentogenic concept. J. Prosth. Dent. 1958 Nr. 4.
11. D. D. CRAJICEK: Achieving realism with complete dentures. J. Prosth. Dent. 1963 Nr. 2.
12. L. G. TERKLA and W. R. LANEY: Partial dentures. 1963.
13. W.H.O.-Rapport: Les parodontopathies. 1961.