

SOCIALE TANDHEELKUNDE

Hieronder treft de lezer het reeds in de juni-aflevering in het vooruitzicht gestelde wederwoord van collega Nord aan. Hij beantwoordt daarin de bijdrage van collega Lincklaen Arriëns in de rubriek „Ingezonden” (N.T.v.T. 76: 6, pag. 523–525, 1969) en gaat tevens in op de artikelen van de collegae Bijlstra en Weil onder deze rubriek in de juli-aflevering (pag. 597–602 en 603–609).

Voorts haakt ook Prof. R. W. Broekman in op dit kennelijk controversiële onderwerp. Eens te meer blijkt hoe moeilijk het is het algemene verlangen naar de ideale (orthodontische) behandeling van de gemeenschap te verwezenlijken.

Juist op dit algemene verlangen heeft Prof. Broekman in zijn bijdrage willen wijzen en hij besluit zijn artikel met het poneren van een aantal vragen.

Men kan slechts hopen dat velen zich op de beantwoording van deze vragen zullen bezinnen, ook in geschrifte.

Redactie

MONDORTHOPEDIE*) EN ORTHODONTIE

Dr. CH. F. L. NORD

„L'homme que vous avez tué se porte assez bien.”

Corneille

Dat er reacties zouden komen op mijn publikatie in de april-aflevering over Sociale orthodontie was te verwachten en er kwamen er dan ook drie.

De eerste was een ingezonden stuk in de juni-aflevering en was ondertekend: H. F. A. Lincklaen Arriëns, die meent „de geïnteresseerde buitenstaanders” (wie zijn dat? – N.) te moeten waarschuwen tegen diverse onjuistheden in feitenmateriaal en conclusies.

Hij doet dit door die geïnteresseerden mede te delen „dat polikliniek-behandeling (centrum) een bejaard stokpaardje van Nord is; dat „Frühbehandlung” en myofunctionele therapie in hun algemeenheid verlaten zijn en dat er kennelijk in de laatste 20 jaar niets veranderd is. In „de moderne therapie” (wat is dat? – N.) heeft het verouderde geval wel een heel andere betekenis dan voor Nord. De stelling dat een afwijking behandeld moet worden zodra deze is ontdekt, kan gevoeglijk als verouderd bestempeld worden. Wat stelling 8 en 9 betreft: ieder die bekend is met de beginselen van de orthodontie zal de onhoudbaarheid van deze beweringen inzien. Wee degene die wordt behandeld door practici die stelling 12 huldigen. Sociale tandheelkunde à la Nord is een uitstervend begrip”.

Het is duidelijk dat discussie op een dergelijk niveau, waarbij de tegen-

*) De benaming „Mondorthopedie” werd al eerder gebezigd, nl. door C. C. Bertram in zijn boek „Geklassificeerde Mondorthopaedie” (1940). – N.

stander als non-valeur wordt bestempeld, niet mogelijk is. Ik ga deze in-zender dus voorbij.

In juli echter kwamen beschouwingen van de hand van Prof. Bijlstra en collega Weil, waarbij de eerste begint met – zeer terecht – vast te stellen „dat bijzonder hartelijke persoonlijke betrekkingen geen reden mogen zijn om te zwijgen waar spreken noodzaak wordt”.

Hij gaat dan over tot de frontaanval, daarbij gesteund door Weil, wiens inzichten met die van Bijlstra vrijwel overeenstemmen en die resulteren in de mededeling dat de verouderde opvattingen van Nord in de huidige orthodontie geen plaats meer hebben, hetgeen klaarblijkelijk door deze eenling niet wordt begrepen.

Nu zijn deze klanken mij niet onbekend. In het Tijdschrift voor Tandheelkunde van maart 1936 schrijft A. M. Schwartz (Wenen): „Während alle Welt im Banne der nicht abnehmbare Behilfe stand, wagte – dieses Wort ist hier keine Übertreibung – Nord, als verschrobene Einzelgänger, auf die Gefahr hin von allen führenden Schulen in Grund und Boden verdonnert zu werden, die kühne Behauptung, dasz den Platten die Zukunft gehöre”.

Thans schrijft Bijlstra onder meer: „Zo was de simplistische opvatting van de orthodontie van Nord in 1915 en zo is deze nu nog. Hij wordt in binnen- en buitenland gezien als een van de „terribles simplificateurs”.

En voorts leest men:

„Het is gelukkig dat het begrip polikliniek in het algemeen langzamerhand heeft afgedaan. Het mag inderdaad onethisch worden genoemd algemeen practici onder het mom van het specialisme te laten werken. „Centra” volgens Nord, zou opnieuw de vooruitgang van de orthodontie in Nederland belemmeren.”

Bijlstra stelt vast dat men in de Scandinavische landen even vóór en vlak ná de tweede wereldoorlog al heeft ingezien dat een revaluatie van het begrip „vroege behandeling” noodzakelijk was. Als enig bewijs haalt hij een opmerking van Kjellgren aan van 20 jaar geleden als deze wijst op de vele gevallen van erfelijkheid, wat de mogelijkheid van vroege behandeling zou beperken.

De waarheid is, dat juist in de Scandinavische landen sinds vele jaren een voortreffelijke schooltandverzorging bestaat, waarbij de kinderen ook orthodontisch worden gecontroleerd. Na een studiereis naar Oslo heb ik hier destijds over bericht (T.v.T. 1950).

Men zal eindelijk moeten begrijpen dat wanneer in dit verband van vroegtijdige behandeling (early treatment) wordt gesproken, dit niet betekent dat men het kind onmiddellijk met apparaten te lijf gaat, maar dat – na het vaststellen van een afwijking – dié maatregelen getroffen worden welke op dat moment nodig zijn en waarbij de patiënt gedurende de schooljaren onder voortdurende controle blijft.

In Zweden herdacht dezer dagen de „Vereniging voor Kindertandheelkunde en Orthodontie” haar tienjarig bestaan in Malmö, waar de orthodontist Volmer Lind een uitvoerige rede hield, waarin de werkwijze in de Zweedse schooltandverzorging werd uiteengezet.

Daaruit blijkt dat men provinciale orthodontisten kent, die zorgen voor de orthodontische begeleiding (zoals b.v. ook in het Zwitserse kanton Wallis het geval is) en waarbij men momenteel reeds over vijftig orthodontische klinieken (centra) beschikt! Het motto is: vroegtijdige diagnose, maatregelen waar nodig, blijvende controle en zo kort mogelijk actieve behandeling (apparaten). Het ideaal is, de gebitselementen zo min mogelijk in andere standen te dwingen, in tegenstelling tot de opvattingen van de „traditionele tandregelaars”. Er wordt dan voorts onder meer gewezen op het feit dat men in de orthodontie, meer dan in andere specialismen, bijzonder afhankelijk is van *klinische ervaring*, men zijn gezond verstand moet gebruiken en zich dient te verzetten tegen de vaktirannie, die de Heilige Koe van de Orthodontie belangrijker vindt dan het welzijn van de patiënt. Uitermate verwarrend, ja volkomen irrelevant is de onderlinge verdeeldheid in de zgn. „scholen” met speciale apparatuur, die in apparaten denken en er ook nog hun eigen „Filosofie” op nahouden”.

Ik kan deze voordracht met klem aan Bijlstra en Weil ter lezing aanbevelen.

Zowel Bijlstra als Weil zijn van mening dat Nord in zijn betoog een halve eeuw achter is, maar delen helaas niet mede waarom en nog veel minder welke „de grote sprongen” zijn waarmede de laatste jaren *klinisch* (want daar gaat het over) de orthodontie zou zijn vooruitgegaan.

De werkelijkheid is deze:

In 1915 werd door mij gewezen op het belang van de biologie voor de tandheelkunde. Eén van de conclusies was, dat de stelling van de School van Angle dat in de orthodontie extracties te allen tijde uit den boze waren, biologisch onhoudbaar was.

Met vroegtijdige behandeling en apparatuur had dit hoegenaamd niets te maken. Iedereen (ook ik) was toen nog in de ban van de vaste apparatuur van Angle.

In 1929, tijdens een vergadering van de European Orthodontic Society in Heidelberg heb ik een pleidooi gehouden voor afneembare apparaten (toen sinds een vijftal jaren door mij gebruikt) en vanaf die tijd begon de opmars van deze methode, tegelijk met de in die zelfde tijd vanuit Kopenhagen door Viggo Andresen gepropageerde activator.

In 1936, tijdens het Congres te Wenen, werd door mij een voordracht gehouden waarin ik wees op de noodzaak van de scheiding tussen behandeling van verwaarloosde (verouderde) gevallen en vroegtijdige behandeling.

Dit waren de meningen van een algemeen practicus met belangstelling voor de orthodontie.

Eerst in 1946 werd in Amsterdam een orthodontische polikliniek begonnen, die als zodanig bij mijn weten de eerste was in Europa en waarbij werd uitgegaan van het standpunt dat het mogelijk moest zijn – mits goed georganiseerd – om voor een gering honorarium (f 5,- per maand) ook de kinderen van de groep der minder vermogenden goede orthodontische hulp te verschaffen, waaronder wordt verstaan het verkrijgen van een verantwoord functioneel en esthetisch resultaat.

Deze polikliniek werd snel populair – na enige jaren werden ongeveer 200 patiënten per dag behandeld – en bleek selfsupporting. Alle belangstellende collegae waren daar welkom. Daarvan werd een zéér veelvuldig gebruik gemaakt, met name door de leidende orthodontisten uit alle delen van de wereld.

Als gevolg kreeg ik het verzoek om in die landen voordrachten en demonstraties te houden en zodoende heb ik in de loop der jaren de gelegenheid gehad in bijna alle landen van West-Europa en in de overige continenten de door ons toegepaste methoden bekendheid te geven. Uiteraard werd daar met de vooraanstaande orthodontisten uitvoerig van gedachten gewisseld en ik koester de illusie dat die discussies niet onvruchtbaar zijn geweest en dat met name bv. in Amerika men sindsdien althans met het begrip „Interceptive Orthodontics” vertrouwd is geraakt. Voor een en ander werd in ieder geval veel begrip opgebracht en de blijken van waardering in de loop der jaren tot op heden ontvangen, wijzen mijns inziens niet in de richting, door Bijlstra en Weil zo duidelijk aangegeven.

Wanneer nu mijn opposenten het trachten voor te stellen dat ik wederom „ein verschrobener Einzelgänger” ben geworden, dan vraag ik mij met verbazing af of zij ook kennis nemen van de recente, internationale orthodontische literatuur, die steeds meer blijk geeft van belangstelling voor het principe van de vroegtijdige behandeling. In het in maart 1969 nieuw verschenen tijdschrift „Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie” schrijft de Redactie in haar voorwoord:

„Wir haben die Bezeichnung „Orthopädie und Kieferorthopädie” nebeneinander gesetzt, obwohl es sich im Grunde um synonyme Begriffe handelt. Es hat sich aber im deutschen zahnärztlichen Sprachgebrauch eingebürgert, zwischen Kieferorthopädie und Orthodontie zu differenzieren.”

En voorts:

„Die festsitzende Multiband-Geräte bieten darüber hinaus völlig neue und wesentlich erweiterte Möglichkeiten der Behandlung von Spätfällen (cursive-ring N.) und, in Zusammenarbeit mit dem Prothetiker in der präprothetischen Orthodontie.”

Dit lijkt angstig veel op Wenen 1936 en op mijn achtste stelling.

Prof. T. M. Gräber (Chicago) die onlangs een tweedelig werk over „Current Orthodontic Concepts and Techniques” publiceerde, schrijft d.d. 9 mei jl.:

„Thank you so much for your reprint on Social Orthodontics. I enjoyed the reading and can say that I agree with you in the largest extent. Certainly your opinions should have profound effect on the future orthodontic service.”

Prof. R. Fränkel (Zwickau) 30-5-'69:

„Dieser Artikel (Sociale orthodontie) hat mir sehr gut gefallen. Was die frühzeitige Behandlung anbelangt: in unserem Kreise werden die Kinder schon ein Jahr vor Schulbeginn von Aerzten und Kinderstomatologen untersucht. Auf diese Weise bekommen wir die Kinder sehr frühzeitig und fast vollzählig unter Kontrolle und können sie so sehr frühzeitig in Behandlung nehmen.

Eine Arbeit über diese frühzeitige Behandlung ist im März-Heft der American Journal of Orthodontics erschienen. Es hat mich gewundert, dass ich so viele interessierte Zuschriften auf diesem Artikel hin, auch aus dem Lande der klassischen Orthodontie, bekam.”

Prof. Gordon Agnew (San Francisco), die mij enige maanden geleden verzocht om een artikel voor zijn tijdschrift, over mijn orthodontische inzichten, schrijft 12-5-'69:

„Thanks for your splendid article incorporating your views on the Status of Orthodontics. I am very much pleased with the way in which you represented your material. Your listing of 14 theses is most arresting and thought-provoking. I am sure, for example, that readers will be impressed with the warning in section VIII that treatment with full-band appliances can – as a rule – only be carried out after the age of twelve and should therefore not be called „Orthodontics” but „treatment of neglected cases”.

Het bovenstaande is wel ietwat in tegenspraak met de mening van Weil als hij constateert dat mijn opvattingen „wellicht een vijftigtal jaren geleden weerklank vonden, maar nu anachronismen zijn”.

Hij verwijt mij voorts dat ik wel spreek over „Sociale orthodontie” maar het begrip niet definieer. Dat is juist, doch ik had de illusie dat dit niet meer nodig was. Sociale orthodontie is een onderdeel van Sociale tandheelkunde en deze is weer een onderdeel van Sociale geneeskunde, alles te zamen vallend onder het begrip „Volksgezondheid”. Voor wat de tandheelkunde betreft, wil het zeggen: het pogen „to make the nation dentally fit”. Daarbij behoort vanzelfsprekend ook de orthodontie, of liever de mondorthopedie.

Aangezien dento-maxillo-faciale orthopedie een hele „mondvol” is, waar-

bij dan nog de wervelkolom niet is betrokken, lijkt het logisch en praktisch om voortaan te spreken van *mondorthopedie*!

Die staat dan min of meer naast orthodontie: de therapie toegepast bij oudere patiënten en waarbij mentaal en therapeutisch nog te veel wordt gedacht aan het recht zetten van tanden, tot in onderdelen van graden en millimeters.

Wie iets meer wil weten over dit belangrijke onderwerp leze het voortreffelijke artikel: „Sociale tandheelkunde en gemeenschaps tandheelkunde” van de hand van collega Kuipéri in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde van 6 juni jl.

Wanneer gejuicht wordt over de vooruitgang van de wetenschap, onder meer door gepubliceerde dissertaties, wordt veelal niet ingezien dat wetenschappelijke arbeid – hoe noodzakelijk ook – niet behoeft te betekenen dat daarmee ook de *kliniek* was gediend.

Interessant zijn twee artikelen in de juni-aflevering 1969 van dit Tijdschrift:

Dr. H. Boersma, docent in de orthodontie te Nijmegen, beschrijft de voordelen van de zgn. „set up” en stelt voorop „dat het algemeen bekend is dat na orthodontische behandelingen dikwijls recidieven optreden (cursivering N.). Dus ook de „edgewise arch” heeft hierin geen verbetering gebracht!

Dr. Sims, de luitenant-generaal van Prof. Begg, betoogt in het zelfde nummer, dat *vanwege het grote aantal recidieven* (cursivering N.) de nadruk moet worden gelegd op de stelling dat een orthodontische behandeling moet worden beëindigd met een juiste mate van overcorrectie (wat is dat? – N.), omdat dit de beste waarborg is tegen een recidief, zodat de „artistic finishing” van Tweed als minder fysiologisch verworpen dient te worden. Beschreven wordt een geval, waarbij de diepe beet wordt beëindigd met een open beet, hetgeen dan tenslotte – toegelicht met modellen – een ideaal eindresultaat geeft.

Het wil mij voorkomen dat deze stelling en de daaruit voortvloeiende therapie voor 100% empirisch is en alleen dan waarde zou hebben, wanneer aan een groot aantal gevallen het klinische succes kan worden aangetoond, verscheidene jaren nadat deze zijn beëindigd. Bij mijn bezoek aan Adelaide (Australië) in 1963 heeft men mij die gevallen niet getoond.

Waar blijft „de wetenschap van de grote sprongen” met het bewijs dat hier de „artistic finishing” van Tweed is verbeterd?

De orthodontie heeft in de loop der jaren afdoende bewezen dat het mogelijk is om met gebruik van velerlei apparaturen in de stand van tanden en kaken de gewenste veranderingen aan te brengen. Het probleem zit in het *behouden* van die gewenste stand! Maar als nu blijkt dat ook de gecompliceerde en kostbare „full-band” apparatuur hierin geen verandering brengt, dan vraagt men zich toch wel af of het dan niet meer dan ooit tijd wordt – indien maar enigszins mogelijk – te beginnen op het tijdstip dat

de groei nog een zeer aanzienlijk hulpmiddel is en dat is dus: zo vroeg mogelijk!

De beweringen „dat het begrip orthodontische polikliniek (centrum) langzamerhand wel heeft afgedaan”; dat Nederland „niet langer een achtergebleven orthodontisch gebied is” en dat wij „met sprongen zijn vooruitgegaan” kan men moeilijk anders bestempelen dan – om vooral bij de tijd te blijven – als „loze kreten”!

In een centrum als door mij bedoeld, is de leiding in handen van de specialisten en behandelen eventueel niet gespecialiseerde tandartsen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van de specialist, die de diagnose stelt en de therapie bepaalt en controleert. De patiënt wordt dus wel degelijk door de specialist behandeld en er is derhalve niet alleen geen sprake van onethisch handelen, maar het is ook volstrekt ongeoorloofd dit te willen verbieden! Het moet eenvoudig zijn hiervoor een aanvaardbare regeling te vinden.

Prof. Björk (Kopenhagen) bericht in 1967 dat hij op grond van een onderzoek bij 6000 schoolkinderen niet minder dan 75% orthodontische anomalieën vond.

Als dit ook voor Nederland zou gelden en mijn informatie van 160.000 jaarlijks geboren kinderen, naar Weil mededeelt, in werkelijkheid 225.000 tot 230.000 zou bedragen, dan wordt het aantal patiëntjes dat hulp heeft nog beduidend groter, daarmee het sociale probleem nog ernstiger en centra nog noodzakelijker!

Bijlstra merkt verder op dat door de ziekenfondsorganisaties te veel geulusterd wordt naar dié ouderen die een goede regeling willen wijzigen. Wat hij hiermede bedoelt ontgaat mij; mij althans is niets bekend van adviezen aan ziekenfondsorganisaties verstrekt.

Dat Nederland een achtergebleven orthodontisch gebied was, is wel een bijzonder verrassende bewering. Zou Bijlstra werkelijk niet weten dat wij het eerste land waren (1912) waar een fulltime docent in de orthodontie werd benoemd en dit onderdeel van de tandheelkunde examenvak werd? Is het hem niet bekend dat het die docent – Dr. J. A. W. van Loon – was, die met de publikaties over zijn Craniophoor (1915) de grondslag heeft gelegd voor de wetenschappelijke ontwikkeling van de orthodontie in de 20ste eeuw en die daarmee wereldfaam verwierf?

Weet hij niet dat het in 1922, 1926, 1934 en 1952 Nederlandse tandartsen waren die het presidium van de European Orthodontic Society bezetten en dat in Den Haag in 1934 en 1952 zeer succesvolle internationale orthodontische congressen werden gehouden?

Is ons land thans een orthodontisch Mekka omdat in Groningen geslaagde cursussen in de „light wire” techniek worden gegeven? Is dan Nij-

megen waar de „edgewise arch” triomfeert, het Medina? En zou dan Amsterdam, waar met succes een nog grotere cursus werd gegeven, waar vroegtijdige behandeling en afneembare apparatuur hoogtij vieren, niet „het Paradijs” moeten worden genoemd?

Bijlstra constateert ten slotte „dat ook de Sociale tandheelkunde zal profiteren van de opvattingen door de meeste en goedwillende (? – N.) jongeren uitgedragen” door het propageren van de „headgear” bij klasse II-afwijkingen, voortgekomen uit de „full-band technique” (cursivering N.).

Maar ik vond de „headgear” voor die zelfde afwijkingen, geïllustreerd en wel bij Farrar (1886), Kingsley (1892), Guilford (1893), Angle, Case (1895), Goddard (1897) om er maar enigen te noemen van vóór 190.

Angle schrijft in zijn „Malocclusion of the Teeth” (1907):

„The value of the occipital bandage, as a means of anchorage, I believe is becoming more and more appreciated, and is especially applicable in this class of cases (maxillary protrusion).”

En in een in 1968 verschenen werk van Dr. Paul Meyer: „Headgear Orthodontics” van 560 bladzijden met 850 illustraties leest men in het voorwoord:

„We are having a craze lately in America about a light wire technique which was exported from abroad. This is supposed to be a panace for all malocclusions. There is no such animal. The pendulum is now swinging in another direction.”

Het wordt wel heel moeilijk Bijlstra te volgen wanneer men in het standaardwerk van Begg (Orthodontic Theory and Technique, 1965) in het voorwoord van Dr. Kesling leest:

„By understanding and using Dr. Begg's differential force principles, it is possible to move teeth quickly to desired positions over supporting bone without abusing the patient with headgear or a bite plane.” (Cursivering N.)

Begg zelf over de „edgewise arch”:

„These appliances exert such excessive force that they cause pain to the patient and damage tooth roots and investing tissue.”

En wie ooit Jarabak gehoord heeft over zijn waardering van de „Begg”-methode vindt het bovenstaande nog zacht uitgedrukt.

Van Weil leest men in 1955 (T.v.T., blz. 502):

„Subjectivisme, inherent aan de kritiek, parfumeert iedere beoordeling.

Het kan, mits van exquise kwaliteit en met mate gebruikt, de charme der kritiek zeer ten goede komen. Maar op die kwaliteit en dat gebruik komt het dan ook aan."

Thans begint hij zijn artikel met het aanhalen van een zinsnede uit de inaugurale rede van Van der Linden (Nijmegen, 1964):

„Te vaak zijn in de orthodontie eigen meningen en wetenschappelijk onvoldoend gefundeerde opvattingen als waar geaccepteerd, omdat ze naar voren werden gebracht door personen, die als autoriteiten in hun vak werden beschouwd. Helaas legde daarbij hun persoonlijkheidsstructuur en wijze van optreden dikwijls meer gewicht in de schaal dan de wetenschappelijke onderzoeken waarop zij hun uitspraken – in zoverre zij dat tenminste deden – fundeerden”.

Mèt Weil ben ik het volkomen eens, dat het zijn nut kan hebben bovenbedoelde uitspraak ook in 1969 ernstig in gedachten te houden!

Joh. Vermeerplein 9,
Amsterdam.

PRIMAIRE VRAGEN IN DE SOCIALE ORTHODONTIE

Prof. R. W. BROEKMAN

Men zal begrijpen, dat ik de ontwikkeling van het vak blijf volgen dat gedurende een lange reeks van jaren mijn volle belangstelling heeft gehad. Men zal, naar ik hoop, ook begrijpen dat ik moeilijk kan blijven zwijgen wanneer een discussie bij tegengestelde opvattingen onttaardt in het uitstoten van ongemotiveerde kreten, in hoogst denigrerende uitlatingen van persoonlijke aard en door haar geïrriteerd karakter zelfs de grenzen van het ethisch toelaatbare overschrijdt. Daarbij doet zich bovendien nog het verontrustende feit voor, dat men pretendeert „personen van zaken te scheiden” (Bijlstra) terwijl men juist de tegenovergestelde weg inslaat.

Wanneer men generaliserend stelt, dat het geen wonder is, „dat Nord in binnen- en buitenland als behorende tot de groep der terribles simplificateurs” (Bijlstra) wordt gerekend dan kan men met een dergelijke beschuldiging moeilijk volhouden, dat men personen van zaken scheidt. Temeer wanneer men weet, dat degene van wie deze term afkomstig is zelf geen orthodontist is in de Nederlandse betekenis van dit beroep. Hetzelfde geldt als men hem „ongenuanceerd denken” en „bagatelliseren” verwijt. Ik heb er juist de grootste bewondering voor dat hij op zijn hoge leeftijd niet alleen nog steeds een onverflauwde belangstelling heeft voor de ontwikkeling der orthodontie maar ook de buitenlandse literatuur tot op de huidige dag met aandacht volgt. Het is dan ook bepaald grof, wanneer men in twijfel trekt

of Nord „zich inderdaad verheugt in de wetenschappelijke en technische vorderingen” (Bijlstra).

Het is mij niet helemaal duidelijk, waarom deze aanval zo emotioneel geladen moest zijn. Het wordt voor mij altijd een beetje verdacht wanneer opponenten een dergelijke toon aanslaan. Vooral omdat de afstand tussen hun opvattingen en die van Nord in bepaalde opzichten niet eens zo erg groot blijkt te zijn. Duidelijk blijkt dit wanneer gesteld wordt dat „Tal van afwijkingen door algemeen-practici... bijtijds behandeld kunnen worden” (Bijlstra) en dat „de keuze van de aan te wenden hulpmiddelen niet van wezenlijke betekenis is” (Weil). Wanneer men hiervan uitgaat, is er geen enkele reden om met een felheid te opponeren die de grenzen van wetenschappelijke ethiek te boven gaat.

Aan de andere kant geeft men Nord bepaald te veel eer wanneer men opmerkt twintig jaar geleden „nog volledig in de ban van de ideeën van Nord te zijn geweest” (Bijlstra). Het komt mij voor, dat men in dit verband beter Van Loon had kunnen noemen. Want met alle waardering voor hem was hij het die er in zijn tijd op hamerde, dat het veilig was om zich als algemeen-practicus maar liever van de behandeling van orthodontische afwijkingen te distantiëren. Men krijgt de indruk, dat de opponenten van Nord zowaar nog steeds of weer opnieuw in de ban van deze ideeën van Van Loon leven.

Dit alles neemt niet weg, dat ik me toch wel kan voorstellen dat de opvattingen van Nord prikkelend hebben gewerkt op de gemoedsrust van een aantal orthodontisten. Zij troosten zich met de gedachte „dat Nederland niet langer als een achtergebleven orthodontisch gebied wordt beschouwd” (Bijlstra), vinden het „vleiend en verheugend dat ons land het Mekka van de Europese orthodontie wordt genoemd” (Bijlstra) en dat „er ook van oostelijke zijde grote belangstelling bestaat voor de door Nederlandse orthodontisten georganiseerde cursussen” (Weil). Men had daar nog wel aan toe kunnen voegen, dat een niet onbelangrijk deel van onze dagbladpers het nieuws verkondigde dat een Nederlandse hoogleraar in de orthodontie een jaar naar Amerika zou gaan o.a. om daar de studenten de nieuwste inzichten in de orthodontie bij te brengen. Of ging dat nou juist een stapje te ver? Ik gun Bijlstra en Weil deze troostvolle aanhalingen van ganser harte maar ben ervan overtuigd, dat zij er zich wel degelijk van bewust zijn, dat er aan de uitoefening der orthodontie in ons landje nog wel het een en ander hapert. Ik kom daar nader op terug.

Onder dergelijke omstandigheden kunnen „bizarre meningen” en „simplistische opvattingen” inderdaad een prikkelende uitwerking hebben. Hoewel hieraan moet worden toegevoegd, dat bizar van het Spaanse woord *bizarro* is afgeleid hetgeen ook ridderlijk en prachtig betekent terwijl simpliciteit zelfs ongekunsteldheid en oprechtheid inhoudt.

Het is natuurlijk volkomen waar, dat er „aan de universiteiten een streven is naar een beter geprogrammeerde opleiding en een meer doelmatige

opzet van het onderwijs voor de algemeen-practici". Het is prachtig, dat er in het studieprogramma der tandheekkundige studenten zoveel plaats is ingeruimd voor de orthodontie. Wat dat betreft mogen wij ons inderdaad het Mekka van de Europese orthodontie noemen. Persoonlijk ben ik er altijd dankbaar voor geweest dat juist Nord hiertoe in de eerste jaren na de oorlog zoveel heeft bijgedragen. Ik vrees, dat Bijlstra en Weil hier niet aan hebben gedacht.

Vreemd heb ik het vervolgens gevonden dat men Nord het vasthouden aan opvattingen verwijt die vóór 1915 golden. Vreemd in de eerste plaats omdat Bijlstra zijn artikel zelf besluit met het advies om „het goede te behouden". Men zou overigens met evenveel recht de opvattingen van Nord modern als verouderd kunnen noemen. Hij doet immers, op de van hem bekende methode, een poging om tegemoet te komen aan de door Bijlstra gestelde eis „tot een voortdurende herwaardering van het inzicht van *bestaande* opvattingen". Wanneer in deze herwaardering oudere opvattingen weer opnieuw naar voren komen, is het onjuist om ze a priori als verouderd te bestempelen. Hij die werkelijk vooruit wil, vreest geen bepakking met erkende waarden uit het verleden. Het verwijt om vast te houden aan „verouderde" opvattingen is echter bovenal vreemd omdat zowel Bijlstra als Weil precies hetzelfde doen. Ik mag hen daarbij wijzen op de hardnekkigheid waarmee zij bij een uitgesproken dento-maxillaire en -faciale afwijking vasthouden aan de orthodontische benaming klasse II-afwijking die reeds van Angle afkomstig is. Wanneer zij thans, volkomen terecht, wijzen op het erfelijke karakter van een aantal afwijkingen dan moet ik hen er wel op attenderen, dat het Nord was die hierop voor het eerst heeft gewezen. En dat was nog wel in dat zelfde jaar 1915 dat hem nu zo zwaar wordt aangerekend. (T.v.T. 1915, blz. 702). Daar komt nog bij, dat ik het ook niet helemaal eerlijk vind als Nord verouderde opvattingen worden verweten terwijl Bijlstra er niet voor terugdeinst om uitvoerig aan te halen wat Kjellgren twintig jaar geleden beweerde. En dat nog wel terwijl hij zijn eigen uitspraken uit diezelfde tijd „niet graag meer wil onderschrijven".

Ik vraag mij vervolgens af, waaraan men het recht ontleent om zo lichtvaardig over „de alleen-zaligmakende methode der functionele therapie" en een uitspraak van Fränkel te oordelen. Deze auteur doet mededeling van verrassende resultaten met activatoren bij kinderen van omstreeks zes jaar. Wie deze collega éénmaal heeft ontmoet en beluisterd moet onder de indruk zijn gekomen van zijn oprechtheid en objectiviteit. Wanneer men bij herhaling en zelfs te pas en te onpas de begrippen groei en groeibeïnvloeding hanteert moet een mededeling als die van Fränkel toch als muziek in de oren klinken. Bovendien is mij uit geen enkele publikatie van Bijlstra gebleken, dat hij een onderzoek heeft verricht over de resultaten van F.K.O.-behandelingen bij zeer jeugdige patiëntjes. Het is voor mij dan ook een raadsel op welke publikaties of ervaringen de uitspraak van

Lincklaen Arriëns berust dat „vroegtijdige behandeling en myo-functionele therapie in hun algemeenheid verlaten” zijn.

Ik kan mij goed voorstellen, dat het begrip sociale orthodontie de geachte opposenten een beetje zwaar op de maag ligt. Wanneer Weil opmerkt „dat elke vorm van toegepaste orthodontie in feite sociale orthodontie is” dan moet een dergelijke uitspraak op een volkomen gemis aan sociaal verantwoordelijkheidsbesef berusten. Hij moge beseffen, dat een behandeling waarvoor een derde deel van het salaris der vader wordt gehonoreerd bepaald niet onder het begrip sociale orthodontie valt. Een dergelijke tekortkoming constateer ik bij Bijlstra wanneer hij vaststelt, dat „orthodontie en sociale orthodontie ... in wezen volkomen identieke begrippen” zijn. Ik noem het een goedkope dooddoener wanneer hij daaraan toevoegt: „Er is maar één soort orthodontie voor alle geledingen van de bevolking waarnaar gestreefd moet worden en dat is goede orthodontie”. Met evenveel recht zou men kunnen opmerken, dat een fiets en een auto volkomen identieke begrippen zijn. Ze hebben beide met voortbeweging op wielen te maken en het komt er alleen maar op aan dat ze van goede kwaliteit zijn. Zo redeneren de automobilisten maar de fietsers zijn het daar niet mee eens.

Tenslotte nog een enkele aantekening bij de opmerking „dat in het afgelopen decennium de uitoefening der orthodontie met sprongen vooruit” zou zijn gegaan (Weil). Ik teken hierbij aan dat het in deze uitspraak niet gaat om de vooruitgang in wetenschappelijke inzichten. Het gaat duidelijk om de *uitoefening* der orthodontie en in dat opzicht waag ik het om deze mening te betwijfelen. „Met sprongen vooruit” mag in dit verband niets anders betekenen dan dat een groter aantal kinderen met een blijvend gunstig eindresultaat behandeld zou zijn. Ik wil nog wel aannemen, dat het percentage goede behandelingen een stijging vertoont al moet hier direct aan worden toegevoegd, dat deze stelling niet op exacte gegevens berust. Dit zegt echter nog niets over een eventuele stijging van het totale aantal kinderen dat orthodontisch behandeld is. De gegevens die hierover bekend zijn maken in dit opzicht de „sprongen vooruit” zeer twijfelachtig „door het de laatste vijf jaren ongeveer constant blijvende aantal aanvragen voor ziekenfondsvergoeding” (Lincklaen Arriëns). Dit is een zéér verontrustend verschijnsel. Ik durf zelfs te poneren, dat ik bij een redelijk eindresultaat bij een zo groot mogelijk aantal kinderen eerder zou juichen over een orthodontie „die met sprongen vooruitgaat” dan bij een volledig (?) geslaagde behandeling van een veel kleiner aantal patiëntjes.

Vooruitgang in de uitoefening der orthodontie is zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve aangelegenheid. Wanneer men de kwantiteit veronachtzaamt moet men tot de jammerlijke stelling komen, dat de orthodontie eigenlijk zo belangrijk niet is want men legt er zich zorgeloos bij neer dat alleen de „happy few” ervan kunnen profiteren. Het zou bepaald beledigend zijn voor de opposenten van Nord wanneer ik de aanwezigheid van

een dergelijke zorgeloosheid bij hen zou constateren en dat is geenszins mijn bedoeling. Toch zou men hiertoe bijna geneigd zijn, wanneer men leest hoe Bijlstra en Weil over het begrip sociale orthodontie denken en zeker als Lincklaen Arriëns hieraan toevoegt, dat dit een „uitstervend begrip” is.

Ik moge hen erop attent maken, dat sociale orthodontie een klein stukje sociale geneeskunde is waarbij de aandacht gericht behoort te zijn op de bestrijding van volksziekten als tuberculose, reumatisme, geslachtsziekten, enz. Dit houdt in ons geval in de gerichtheid op de orthodontische behandeling van zoveel mogelijk kinderen. De essentiële problemen van de orthodontie liggen niet in onsympathiek redetwisten over de waarde van Schwartz, Andresen, Johnson, Begg of Jarabak, maar in de diep gewortelde vraag hoe op een zo eenvoudig mogelijke wijze zoveel mogelijk bereikt kan worden.

Sociale orthodontie is nog steeds – en zeker niet uitstervend – gericht op preventief werk, ook en vooral in de zin van het voorkomen van ernstige afwijkingen wanneer deze als minder erg vroegtijdig behandeld kunnen worden.

Ik heb de vaste overtuiging, dat Nord en zijn opposanten elkaar de hand der wetenschappelijke waardering kunnen drukken op het moment waarop eindelijk en ten leste is vastgesteld:

- a. welke afwijkingen met eenvoudige middelen behandeld kunnen worden;
- b. welke afwijkingen voor een vroegtijdige behandeling in aanmerking komen;
- c. waartoe de orthodontische behandeling van de algemeen-practicus zich zou moeten beperken;
- d. hoe men denkt over preventie en de daarmee verband houdende uitschakeling van etiologische factoren;
- e, f, g, h enz., enz., kortom de primaire vragen waarover Nord en ik ons terecht zorgen maken.

Poggenbeekstraat 28,
Arnhem.