

chirurgische ingrepen. Zij namen waar dat het adhesieve materiaal de wondvlakken gedurende een week onveranderd kon bedekken. De epithelisering volgde gemiddeld 4 dagen vroeger dan onder de conventionele verbanden. Bovendien werd profijt getrokken van het hemostatisch effect van het middel.

In de afdeling Conserverende tandheelkunde en Parodontologie van de universiteit van Zürich gebruiken de auteurs sinds circa anderhalf jaar butyl-cyanoacrylaat (Histoacryl N, van de firma Braun, Melsingen), o.a. na gingivectomie. Zij vermelden goede resultaten. Ook voor de behandeling van overgevoelige tandhalzen schijnt Histoacryl veel te beloven. Volgens Japanse onderzoeken (Asai c.s., 1966) zou het middel de pulpa nauwelijks schaden. (Cf. Sectie III, no. 1093-1095, pag. 76.)

In een volgende publikatie hopen de schrijvers nader op de klinische resultaten in te gaan.

Visser - Hilversum

523. Tissue conditioner for free tissue grafts.

M. P. Levin, J. Frisch, S. N. Bhaskar. J. Periodont.-Periodontics 40: 271, 1969.

Sinds geruime tijd wordt getransplanteerd materiaal gebruikt om de zone van aangehechte gingiva te vergroten. Butyl-cyanoacrylaat is in geroutineerde handen het beste middel om het transplantaat op zijn plaats te fixeren. Het gebruik van dit middel is evenwel beperkt toegestaan. Schrijvers gebruiken een middel (J. Periodontology 39: 359, 1968) dat overal verkrijgbaar is en ook gebruikt wordt onder protheses. Het is een weekblijvende kunststof op basis van een co-polymer van metacrylaten. Behalve met eenvoudige hechtingen wordt soms met behulp van dit middel de kunsthars op zijn plaats gehouden. Gedurende 16 maanden werden 27 gevallen gecontroleerd; alle konden als geslaagd worden beschouwd.

Coppes - Amsterdam

Sectie IX Materia technica

815. Vacuum-mixing of silicate cement.

K. Dreyer-Jørgensen, M. Iwaku, S. Wakumoto. Acta Odont. Scand. 27: 453, 1969.

Wanneer silicaatcement volgens de gangbare methode op een glasplaat wordt aangemengd, bevat het luchtballen van verschillende afmetingen, meestal circa 50 micron in doorsnede, zelden meer dan 100 micron. Dit nadeel kan men voor een groot deel ondervangen door het cement onder vacuüm te mengen: niet alleen ontstaan dan minder luchtballen, maar zij zijn stuk voor stuk ook kleiner.

Doel van het hier beschreven onderzoek was, de invloed van deze maatregel op de porositeit van het materiaal te bestuderen: bij een met de hand aangemaakt silicaatcement bedraagt deze 3,5 %. Bij mechanische menging onder vacuüm bleek het mogelijk de porositeit tot ongeveer een derde te reduceren. Voorwaarde daartoe was echter dat de lucht uit het poeder moest zijn geëlimineerd alvo-

rens het aan de vloeistof werd toegevoegd. De porositeit bleek echter weer te stijgen naarmate vertraging in de procedure van het aanbrengen in de caviteit optrad.

Verder melden de auteurs dat de sterkte van het silicaatcement door mengen onder vacuüm enigszins toeneemt; andere eigenschappen, zoals hardingstijd, doorschijnendheid en oplosbaarheid blijven dezelfde. Over het geheel genomen betwijfelen zij of de methode een wezenlijke verbetering van de kwaliteit der restauratie teweegbrengt, dit tot op zekere hoogte in tegenstelling tot de bevindingen van Lyon en Cosca (1967, 1968).

Visser - Hilversum

REDACTIONELE COMMENTAAR

„WORDT ER OP DE UNIVERSITEIT MALPRAXIS BEDREVEN?“

Onder deze pakkende titel spreekt een redacteur van het Nederlands Tandartsenblad zijn ongenoegen uit over een zekere hooghartige mentaliteit die wetenschappelijke medewerkers van de universiteiten eigen zou zijn.* Nu zijn pakkende titels erg in de mode: de dagbladpers geeft er menigmaal saillante voorbeelden van. Zij hebben bij goed gebruik ook een functie: de lezer is meteen middenin het onderwerp. Er is echter ook een gevaar, nl. de suggestie die er bij minder goed gebruik van uitgaat, zodat op voorhand al een stemming wordt gekweekt.

Zo ook hier. Hoewel de auteur (v. K.) soms behartigenswaardige dingen zegt, is de titel suggestief, om niet te zeggen insinuerend. De vragende vorm waarin zij is gesteld, wekt meteen de indruk dat de auteur geneigd is de vraag in bevestigende zin te beantwoorden. Dit is jammer, want er wordt op de universiteiten beslist geen malpraxis bedreven. Wel wordt er voortdurend naar gestreefd de studenten goed onderwijs te geven: dit betekent dat de universiteit zich moet bedienen van het beste dat de wetenschap en techniek voor het ogenblik te bieden hebben. Zij kan daar niet omheen, zelfs niet wanneer de te volgen methoden tot hogere kosten leiden.

De universiteit mag alleen letten op het na te streven doel: de best mogelijke verzorging, resp. vervanging van het gebit naar wetenschappelijke en maatschappelijke criteria. Wanneer - om bij de conserverende tandheelkunde te blijven - uit wetenschappelijk onderzoek is komen vast te staan dat voor endodontische behandeling de toepassing van cofferdam essentieel is, omdat alleen dan duurzame resultaten, zonder gevaar voor peri-apicale afwijkingen en voor de mogelijke schadelijke gevolgen daarvan, zijn te be-

*) Ned. Tandartsenblad 24: no. 20, 372, 8 nov. 1969.

reiken, dan is elke afwijking van deze regel in feite malpraxis, hoe gangbaar die afwijking ook mag zijn.

De universiteit kan niet de ogen sluiten voor het onverbidelijke feit dat alleen de grootst mogelijke zorgvuldigheid bij de behandeling aan het doel beantwoordt, hoe weinig restauraties ter wereld daaraan ook mogen voldoen. Voor een amalgaamrestauratie houdt zulks in dat – gegeven het door de fabrikant geleverde en onder zijn verantwoordelijkheid vervaardigde hoogwaardig vijlsel – de tandarts tot de best mogelijke verwerking in en buiten de mond is verplicht. Nog altijd geldt onverminderd Black's adagium: „The manufacturer makes the alloy, the dentist makes the amalgam”. De voorwaarde daartoe zijn o.a. standaardisering van de aanmaaktechniek ter wille van een goede dosering en het best mogelijke mengsel. Het aanbrennen van dit mengsel eist alle voorzorgen (ontzien van pulpa en parodontium, vrijwaring tegen vocht, matrijzen en wigjes e.d.) die volgens de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek verplicht zijn. Wie aan deze eisen niet voldoet, geeft zich onvoldoende rekenschap van het kwaad dat hij kan stichten. Hij bedrijft in feite malpraxis ook al bedoelt hij het ook nog zo goed en al ontkomt geen enkele practicus aan fouten. Röntgenstatussen spreken in dit opzicht zeer duidelijke taal.

Over röntgenonderzoek gesproken: eigenlijk zou iedere practicus hiervan gebruik moeten maken, niet alleen ter controle van eigen en anderer verrichtingen, maar ook als een – in wezen onontbeerlijk – hulpmiddel voor het stellen van de juiste indicatie. De veelal geconstateerde ontoereikendheid van verrichtingen wordt altijd graag toegeschreven aan het feit dat de tandarts – en zeker de medewerker aan een ziekenfonds – zoveel (restauratieve) verrichtingen per dag moet doen, dat hij aan de benodigde nauwgezetheid per geval eenvoudig niet kan toekomen, mede door de onderhonorering van de verrichtingen. Hij moet wel, zo zegt men.

Wanneer in het onderwijs gesteld wordt dat aan de curatieve behandeling een grondig klinisch en röntgenologisch onderzoek vooraf moet gaan en dat daarna eerst kan worden overgegaan tot het opstellen van een verantwoord behandelingsplan dan betekent dit zeker geen verlichting van de taak van de tandarts. Het tegendeel is waar. Hij vindt meer cariës, meer apicale en parodontale afwijkingen enz. Wanneer hij daarna nog tijd beschikbaar moet stellen voor preventieve maatregelen, afgestemd op de noden van de individuele patiënt, raakt hij in tijdnood. Dan komt één conclusie glashelder naar voren: het gaat hier om essentiële zaken, die niet voor discussie vatbaar zijn. Van alle curatieve taken dient hij zich bovendien met grote zorgvuldigheid te kwijten. Het betreft nu eenmaal veelal irreversibele handelingen die, indien gebrekkig uitgevoerd, de patiënt blijvend schade kunnen berokkenen. Dit heeft niets te maken met een „ivoren torenmentaliteit” of „vak-idiotie”.*)

Natuurlijk kan met recht worden gesteld, dat het onthouden aan de patiënt van de eenvoudige doch goede be-

handelwijzen, ten einde uit materiële oogmerken bewerklijker en dus kostbaarder methoden toe te passen, te verwerpen is. Het omgekeerde is echter evenzeer waar! Men zou deze patiënt evenmin de bewerklijker behandeling mogen onthouden, omdat deze meer tijd eist of kostbaar is. Hoe uit deze problematiek te komen is niet eenvoudig.

De opvoeding tot dentalmindedness speelt onder alle omstandigheden een overwegende rol. Zou bij herhaaldelijk gebleken gebrek aan hygiënische medewerking van de zijde van de patiënt niet veel vaker tot uitsluiting van verdere restauratieve zorg moeten worden besloten, om aldus te komen tot een redelijke selectie? Dan kan tenminste de vereiste zorg worden besteed aan hen wier gebitten onze tijdrovende behandeling – ongeacht de inkomenklasse – waard zijn.

Selectie is hoe langer hoe meer een noodzaak. Zij spreekt ook uit het plan voor de 13-jarigen. Uit educatieve overweging wordt zij noodgedwongen ook in de universitaire klinieken toegepast. Het is een schijnbaar harde maatregel, maar hij is, als het erop aankomt, eerder dan die waarbij men in principe iedereen restauratieve behandeling wil geven, terwijl in feite niemand werkelijk goed wordt gesaneerd. De toestand waarin veel gebitten zich door verregaande verwaarlozing van de zijde van de patiënt bevinden, maakt dat men wel wat voorzichtig dient om te gaan met het begrip „gemeenschapstandheekunde”.

Dat de methoden die tot betere verrichtingen leiden, de kosten in het algemeen eerder verhogen dan verlagen, is een betreurenswaardige omstandigheid. Zij doet meer dan ooit de noodzaak tot preventie op elk gebied der tandheekunde gevoelen. Maar zij mag nooit aanleiding geven tot afwijzing dezer methoden en evenmin tot de beschuldiging van een hooghartige mentaliteit van wetenschappelijke medewerkers aan de universiteitsopleiding.

Wat men de universiteit zou kunnen verwijten is haar terughoudendheid om zich uit te spreken over de noden van de practicus die geen aansluiting vindt tussen zijn opleiding en zijn arbeid in de samenleving. De universiteit die het merendeel van haar studenten in de tandheekunde opleidt voor de praktijk, zou in dit opzicht juist een duidelijk standpunt in moeten nemen. Ook deze problematiek moet wetenschappelijk worden aangepakt. Zie bij de artsen de zgn. „huisartsenopleiding” en de „huisartsengeneeskunde”. Doch de samenleving, met name de overheid, zal de mogelijkheden moeten openen om voor het immorele breekpunt tussen tandheekkundig onderwijs en de praktijk een aanvaardbare oplossing te zoeken.

Een ieder weet dat veel practici, ook in de ziekenfondspraktijk, enorm hun best doen. Het is evenwel geoorloofd, ja noodzakelijk, dat ernstige bezwaren worden geuit ten aanzien van een stelsel dat de massale uitvoering van quasi-restauratieve verrichtingen bevordert, die miljoenen verslinden zonder een wezenlijke bijdrage tot de gebitsanering en dus tot de volksgezondheid te leveren. Dat zijn dan de „malle praktijken” waarvan v. K. in zijn slotzin gewaagt. Maar hij bedoelt waarschijnlijk iets anders.

*) Ned. Tandartsenblad 24: no. 21, 391, 22 nov. 1969.