

## FEUILLETON

## UIT HET VERRE VERLEDEN XI

## ENDODONTISCHE PROBLEMEN (2)

Trefwoorden: *Historie – Endodontologie*

*Extirpatie contra amputatie: inleidende voordracht op de Genootschapsvergadering van 10 oktober 1915.*

Na te hebben vastgesteld dat beide partijen hun standpunten nogal star handhaven, vraagt *Oidtmann* zich in zijn inleidende voordracht af of dit nu wel nodig is. Zou een compromis niet tot de mogelijkheden behoren? In het bijzonder vraagt hij een zekere mate van toegeeflijkheid van de voorstanders der extirpatiemethode (tot welke categorie hij zich voorheen ook altijd heeft gerekend), want – zo zegt hij – van hun theoretische principes komt in de praktijk vaak niet zoveel terecht. Voor deze stelling heeft hij een doorslaggevend argument: de vermeende extirpatie is veelal

'niets anders dan eene partiële amputatie, waaraan dan geen bijzondere aandacht gewijd wordt, en de vereischte therapeutische middelen voor amputatie achterwege worden gelaten.'

Met andere woorden: voor die bewust of onbewust achtergelaten pulparesten doen de voorstanders van extirpatie, ondanks hun overtuigingen, grif een oogje dicht. Deze in wezen juiste stelling ontleent spreker aan een eenvoudig onderzoek: het openknippen van een aantal premolaren en molaren, waaruit op overtuigende wijze blijkt, dat de grillige vormen van veel wortelkanalen, met eventueel dentikelvorming, de veelgeprezen totale extirpatie tot een vrome wens maakt:

'al is de patiënt nog zoo geduldig, in het openhouden van den mond, in het beschikbaar stellen van zijn tijd, en in het betalen der grootste honoraria, die voor tijdverlies dan terecht mogen in rekening gebracht worden.'

*Oidtmann* heeft dus een zekere mate van onoprechtheid ontwaard en dat brengt hem tevens tot een vraag, die veel practici zich in de loop der jaren niet zonder reden hebben gesteld, nl. waarom er in de desbetreffende leerboeken en wetenschappelijke verhandelingen moedwillig wordt gezwegen of lichtvaardig heengepraat over al die factoren die de practicus vaak zo tegenzitten: niet alleen de reeds genoemde morfologische anomalieën, maar ook b.v. de veel voorkomende onrust van de patiënt, zich o.a. uitend in braakneigingen.

Hinderlijk is ook een te kleine mondopening

'zodat ge haast geen winkelstuk distaal der 1ste molaren kunt inbrengen, om niet te noemen de onmogelijkheid om met de vingers en Kerrbroach de wortelkanalen te bewerken en te verbreden; de gevallen van Asthma, verkoudheid . . . enz. enz.'

En spreker verzucht:

'Als ik alleen het ongeluk gehad heb, dergelijke patiënten in mijn practijk aan te treffen, dan noem ik mij een unicum pechvogel onder de tandartsen en zou ik wel eens graag van practijk willen ruilen.'

#### *Eenzijdige voorkeur in het onderwijs*

Aangezien hij zowel amputatie als extirpatie in beginsel wetenschappelijk verantwoord acht, betreurt spreker het dan ook zeer 'dat van de amputatie- en mummificatiemethoden niets aan onze tandheelkundige school onderwezen wordt'.

Want al acht hij het zinvol dat de student ter meerdere oefening in de eerste plaats onderricht ontvangt in de moeilijke extirpatie (wat tevens kan voorkómen dat hij later in de practijk al te vlug tot amputatie zijn toevlucht neemt), het gaat toch niet aan, hem het onderwijs in die andere methode zo maar te onthouden. Want dan gaat de jonge tandarts haar later uit eigen beweging tóch toepassen, maar dan onvoorbereid. Dan komen er mislukkingen en de consequentie is dat er wordt gezegd: 'zie je wel, dat is het gevolg van de amputatie'. Maar dat is een onjuiste wijze van beoordeling:

'Men moet zich houden aan de resultaten en gegevens van conscientieuze aanhangers der amputatie en niet aan de resultaten van een onwetend beginneling (buiten zijn schuld) of van knoeters. Mijns inziens leidt de impregneringstechniek bij conscientieuze werkers niet tot oppervlakkigheid. Ook zij verlangt . . . een zuivere techniek volgens vaste gegevens.'

Men ziet: een, zeker voor 1915, alleszins redelijke opvatting, die overigens duidelijk maakt dat men zich voor de evaluatie der methoden nog niet op de objectieve uitkomsten van wetenschappelijke experimenten en 'clinical trials' kon beroepen: men had slechts de subjectieve opvattingen van de 'conscientieuze aanhangers' ter beschikking.

#### *Sociale aspecten*

Maar er is meer dat de spreker bezighoudt en dat is de maatschappelijke kant van de zaak. Extirpatie is vaak in hoge mate arbeidsintensief en dat is een betreurenswaardige bijkomstigheid.

Want dat maakt wortelkanaalbehandeling voor niet-plutocraten door de hoge kosten nagenoeg onbereikbaar. Dat is toch wel erg in strijd met sprekers rechtsgevoel. Hoor hoe hij lucht geeft aan zijn maatschappelijke beweging:

'De tandheelkundige hulp mag niet meer door ons noch door de patiënten als een luxe artikel beschouwd worden. Wie ons vak nog als dusdanig beschouwt, komt tekort aan zijne roeping. Ik besef volkomen wat ik hier zeg en zie er dan ook geen persoonlijke belediging voor wie dan ook in. Kunt ge van uwe welgestelde patiënten f 15,— tot f 50,— honorarium voor eene langdurige welgeslaagde wortelbehandeling eischen, (gevallen van f 100-200 zijn mij niet onbekend) extirpeer dan naar hartelust tot u het laatste stukje zenuw te pakken hebt en zoek dan in het 3e afgesproken uur naar den vierden dentikel die ge nog vermoedt in het mesiobuccale wortelkanaal van een tweede buccaalwaarts getipte bovenmolaar . . . Ik heb wel eens gelezen van musschen met kanonnen schieten in ons tijdschrift.'

Deze parodie op de super-perfectionist spreekt voor zichzelf. Het berekenen van exorbitant hoge tarieven is ook altijd een punt van zorg in het beroep geweest. *Oidtmann* denkt daarbij tevens aan de belangen van zijn nog niet 'gesettlede' beroepsgenoten. Hoe denken de oudere collega's, voorstanders van extirpatie en bezitters van een elitepraktijk, over de noden der jongeren, die zich in de meeste gevallen tevreden moeten – en ook willen – stellen met een honorarium van f 5,— voor een 'zenuwbehandeling'? Moeten die dan hun patiënten, die niet in aanmerking komen voor extirpatie, dan maar de mist insturen, zodat ze wellicht in de handen van een onbevoegde terecht komen? Bedenk – zegt spreker – dat de middenstander langzamerhand zo gemancipeerd is dat hij ook zonder extractie van zijn kiespijn afgeholpen wil worden en dat hij dus wortelbehandeling kan verlangen zonder opoffering van onevenredig veel tijd en geld. Daarom alleen al is voor veel gevallen amputatie (of zondig een combinatie van beide methoden) de aangewezen weg. De amputatiemethode heeft net zo goed recht van bestaan als b.v. de amalgaamvulling.

#### *Dilemma*

De spreker vestigt hier de aandacht op een vrijwel onuitroeibaar dilemma in de tandheelkunde, gevormd door het feit dat methoden en materialen, die als 'de beste' te boek staan, doorgaans zo veel meer kosten met zich meebrengen dan de andere (extirpatie contra amputatie, maar ook goud contra amalgaam). Daardoor ziet een belangrijke groep patiënten zich om financiële redenen van de eerstgenoemde categorie nagenoeg geheel verstoken. Dat



valt natuurlijk te betreuren, maar de zaak wordt nog gecompliceerd door de, vooral bij perfectionisten in het beroep veelal bestaande, neiging om de goedkopere oplossingen – soms terecht maar soms ook ongenueanceerd – als minderwaardig te beschouwen, waarbij men zich beroept op de omstandigheid dat in de tandheelkunde 'het beste' nog maar nauwelijks aan te stellen eisen kan voldoen. Het ongenueanceerde is dan hierin gelegen dat in feite niet wordt erkend dat alle aanvaardbare methoden en materialen een eigen indicatiegebied hebben. Daar komt dan nog bij, dat ook bij veel patiënten, hetzij van nature, hetzij door voorlichting, de gedachte leeft dat goedkopere voorzieningen uit een oogpunt van duurzaamheid het altijd moeten afleggen tegen de duurder. Dat schept weerstanden bij het publiek tegen de minder kostbare voorzieningen, terwijl in feite veel patiënten er zeer goed mee zouden zijn gediend. Als dan te dien aanzien ook in beroepskring verschil van opvatting bestaat – waarbij enerzijds gemakzucht, anderzijds de zucht tot het zich uitleven in technische hoogstandjes en zelfs ook commerciële motieven hun invloed (bewust of onbewust) kunnen doen gelden – dan kan men van een gecompliceerde materie spreken, waarin het uitspreken van een onbetwistbaar oordeel ook thans nog een uiterst moeilijke zaak is (zie ook Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 671 okt. 1961 en 73: 816 en 821, nov. 1966).

#### In de kou

Onze Rotterdamse collega kampt in 1915 met soortgelijke problemen, maar hij ziet tegen de achtergrond van de toen heersende maatschappelijke toestanden het sociale aspect als het belangrijkste. Hij neemt het dus onvervaard op voor de economisch minder bedeeden en ter illustratie van zijn stelling dat men bij zijn voorkeur voor kostbaarder voorzieningen een groot aantal patiënten in de kou laat staan, haalt hij enkele voorbeelden aan, waarvan er één moge worden geciteerd, als zijnde tekenend voor de toenmalige situatie:

'Een 35-jarig heer komt ten mijnt met een chronische pulpitis 2e molaar rechts beneden, verlangt extractie waartegen ik mij verzet, hij ziet op tegen de kosten, verdient  $\pm f$  1400,— (per jaar! – ref.) is getrouwd en heeft vrouw en kind; eenige jaren geleden heeft hij zijn mond laten in orde brengen; 3 zenuwbehandelingen, 3 amalgaam-vullingen, 1 Asher-vulling, Pitgoud-vulling, rekening  $f$  95,— (volgens ons Rotterdamsch tarief  $f$  39,—). Met zijn motieven rekening houdend heb ik de kies behandeld en er  $\pm 2\frac{1}{2}$  uur aan gewerkt, (amputeerde toen ter tijd nog niet en had nog vrijen tijd genoeg) en heb ons minimum Rotterdamsch tarief  $f$  9,— ( $f$  5,— +  $f$  4,—) in rekening ge-

bracht; niet om te willen concurreren met mijn alleszins geachte collega (waar hij trouwens toch niet meer heen wilde), maar om dat gebit te bewaren; hem nieuwen moet te geven in conserveerende tandheelkundige hulp en om zeker te zijn, dat hij niet elders ging om die kies te laten trekken.'

Deze vorm van particuliere liefdadigheid komt de moderne lezer, die gewend is aan een tijd, waarin wordt gegrossierd in collectieve voorzieningen, waarschijnlijk wel wat zonderling voor, maar zestig jaar geleden had men in zulke gevallen nog het verheffende gevoel een bijdrage te hebben geleverd voor het welzijn der mensheid. Het is echter wel een teken des tijds dat de spreker, een lans brekend voor de rechten van de 'kleine man', zijn goede gaven aan een 'heer' spendeert. Ook verder geeft hij een paar maal uitdrukkelijk te kennen dat hij in het bijzonder de 'gewone middenstandspatiënt' op het oog heeft. Wat daar ook onder mag worden verstaan, zeker niet de 'arbeider'. Zo ver reikte blijkbaar het sociaal gevoel in die dagen ook weer niet: die categorie kon destijds nog van geen enkele vorm van restauratief-tandheelkundige hulp dromen. Daaraan gaat de spreker dan ook geheel voorbij. Hij is al tevreden dat hij deze behoeftige middenstander uit de klauwen van winzuchtigen en onbevoegden heeft gered.

#### Buitenlandse invloeden

Zo zou spreker tientallen voorbeelden kunnen aanhalen, waaruit blijkt dat diverse collega's zich overgeven aan perfectionistische idealen ten koste van de financiële draagkracht van de vertegenwoordigers van de bovenbeschreven middengroep. Hij schrijft dat o.a. toe aan het willekeurig navolgen van wat in veel buitenlandse tijdschriften als ideale praktijkvoering wordt gepropageerd. Daarin wordt volgens hem vaak te veel 'geschermt' met mooie ideeën en principes, niet ten voordele, maar *ten koste* van den patiënt'. Bovendien is men daarmee ook niet voor mislukkingen vrijwaard, als men tenminste deze principes niet tot in hun uiterste consequenties kan ver-  
volgen.

Wat wordt er b.v. niet geëist om steriliteit van het wortelkanaal te bereiken? Spreker verwijst daartoe naar beroemde Amerikaanse tijdschriften van die jaren, zoals 'Dental Cosmos' en 'Dental Items of Interest', beide voorlopers van de JADA. In verschillende afleveringen van 1915 zijn daarover aanbevelingen gepubliceerd, waarvan spreker zegt dat het mooi klinkende poëzie is, die haast niet in proza is om te zetten. En wat blijft daar in de praktijk van over? Om een voorbeeld te noemen: 'hoe stelt men zich de steriele

naald en wattentampon voor, door onze hoogst onsteriele vingers zoojuist geprepareerd?'

Bij de signalering van deze misstanden moet men wel bedenken dat in die jaren bepaalde hulpmiddelen die thans tot de standaard-uitrusting van iedere tandarts behoren, eenvoudig niet bestonden (b.v. de kogelsterilisator). Het instrumentarium kwam op verschillende punten nog niet tegemoet aan de idealen die men voor ogen had. Men ontkwam dus niet aan het bestaan van zwakke schakels in de keten van eisen en men moest dus wel eens een oogje daarvoor dicht doen, zoals uit het voorbeeld van de met watten omwikkelde naalden blijkt. Wie daarom lacht, moge zich bewust zijn dat het in die jaren van nog schaarse wetenschappelijke zekerheden veel gemakkelijker gelukte zichzelf een beetje voor de gek te houden dan thans. De tegenwoordige opvattingen berusten op een zee van wetenschappelijke gegevens, die vooral na de Tweede Wereldoorlog beschikbaar zijn gekomen. Daardoor zijn de eisen, b.v. ten aanzien van steriliteit van het wortelkanaal, de tegenwoordige generatie veel duidelijker voor ogen komen te staan.

Men is ook veel sceptischer ten opzichte van de verwezenlijking van ideale omstandigheden in de praktijkvoering dan zestig jaar geleden, toen het veel gemakkelijker viel een als ideaal gepropageerde methode aanstonds maar als ideaal te omhelzen, zeker als die door een der groten in het beroep was aangeprezen. Dat die aanprijzing niet gesteund werd door met veel waarborgen omgeven 'clinical trials', deerde nog vrijwel niemand. Hier is men onwillekeurig geneigd een parallel te trekken met het aanvaarden van allerlei onbewezen theorieën op ander gebied, zoals de in vorige afleveringen besproken hypothese van Bolk. Men had het 'vooruitgangsideaal' van het begin dezer eeuw immers nog niet afgelegd en dat maakte het gemakkelijker geestdrift op te brengen voor allerlei twijfelachtige zaken, die door later onderzoek zijn achterhaald.

Daarom doet thans dat eenzijdige enthousiasme, dat soms in fanatisme ontaardde – ook wat bepaalde vormen van tandheelkundige behandeling betreft – soms bijna kinderlijk aan. In dat licht moet men Oidtmann's inleiding ook beschouwen.

#### Protest

Zelf bekijkt hij als nuchtere Nederlander alle onbewezen theorieën, die leiden tot een perfectionisme ten bate van een kleine groep financieel bevoorrecht, met een tamelijk wantrouwend oog. Er wordt volgens hem te veel getheoretiseerd en



gegeneraliseerd, zonder dat er voldoende rekening wordt gehouden met de eisen van de dagelijkse praktijk. Hij protesteert dan ook met klem tegen de afbrekende kritiek der perfectionisten op wat zij noemen inferieure werkwijzen. Daar behoort dan ook de mortaalamputatie toe. Zijn eigen gunstige – maar natuurlijk eveneens subjectieve – ervaringen daarmee hebben hem geleerd, dat men heel goed kan dansen, al is het dan niet met de bruid. Zelf drukt hij zich aldus uit:

'Ik individualiseer, zoals ik zulks ook doe in de keuze der vullingsmaterialen, brugwerk en orthodontie. Een idealist in ons vak moge een uitstekend werker zijn maar een slecht practicus tegenover het grootste deel van de tandheelkundige hulpbehoevende menscheid.'

Taalkundig is er op deze zinsnede wel het een en ander af te dingen en bovendien bevat zij een niet bepaald elegante vorm van kritiek: de arme idealist kan het er tenminste mee doen. Vermoedelijk zal sprekers aanval eerder die categorie van collega's hebben gegolden, wier 'idealen' in de eerste plaats dienden voor de opbouw van een praxis aurea. Hij bedoelde het in elk geval goed, alleen . . . hij beschikte al evenmin over gegevens, nodig om zijn betoog kracht bij te zetten. De kern daarvan is te vinden in een eenvoudig uitgangspunt, in zijn tekst cursief weergegeven.

'Ik extirpeer of amputeer waar mij zulks mogelijk, wenschelijk, noodzakelijk of logisch voorkomt.'

#### Voorwaarden

Dat wil dan zeggen: nooit 'met opzet' in

fronttanden en in premolaren (of het moest zijn een enkele maal bij oudere personen en/of sterke dentikelvorming); verder bij de molaren slechts in omschreven gevallen. Er moet dan bovendien zekerheid bestaan dat aan verschillende algemene eisen in voldoende mate is tegemoetgekomen, zoals een volkomen cauterisatie, totale zuivering van de pulpakamer en voldoende verruiming van de ingang der wortelkanalen, goede doordrenking met trikresol-formaline, goede uitdroging met behulp van 'zuivere thymol, alcohol of chloroform en zeer warme luchtblazer' en een cementvulling die de wortelkanalen bedekt en zeker op één punt de bodem van de pulpakamer raakt om druk op de pasta te voorkomen. Een serie voorwaarden dus die er wezen mag, maar het is tekenend voor de tijd dat deze eigenlijk alleen op de technische uitvoering betrekking hebben: eisen omtrent de nog aanwezige samenhang van het pulpaweefsel in de wortelkanalen worden niet gesteld. Empirie is troef omdat een wetenschappelijke onderbouw van de methode nog ontbreekt.

Maar erkend moet worden dat de spreker zich in goed gezelschap bevindt: hij brengt op sympathieke wijze hulde aan zijn collega en stadgenoot Witthaus, te recht, want dat is een naam in de tandheelkunde, die een kwarteeuw na zijn dood (1950) nog een onverminderd vertrouwenwekkende klank heeft (Tijdschr Tandheelkd 57:232, 1950). Spreker doet dus een goede keus, als hij uit Witthaus' 'praktisch leerboek vol van uitstekende wenken voor onze dagelijksche werkzaamheden' aan het slot van zijn inleiding nog diens antwoord op de vraag: 'extirpa-

tie of amputatie' citeert.

'Extirpatie zoo eenigszins mogelijk, amputatie en mummificatie waar de extirpatie onmogelijk is. De mummificatie inplaats van de extirpatie in een kunstfout en zoude door mij bij een juridische expertise als zoodanig worden gebrandmerkt, bij alle bovenfronttanden tot den tweeden praemolaar incl., bij de palatinale wortels van de bovenmolaren, bij de beneden-canini en praemolaren. Bij de molaren der bovenkaak moet de extirpatie beproefd worden ook in de buccale kanalen bij personen onder 18 jaren. Bij de molaren der onderkaak steeds in de distale kanalen bij kinderen, bij volwassenen hier alleen, als de extirpatie in de distale kanalen gemakkelijk gelukt is. De benedenvoortanden komen zelden voor pulpabehandeling in aanmerking, leeftijd, halscaries en andere omstandigheden bepalen den modus operandi.'

Men ziet: het indicatiegebied voor mortaal-amputatie was after all maar heel beperkt, ook bij serieuze voorstanders van deze methode. Men kan hen dus niet van gemakzucht verdenken!

Tot zover Oidtmann's inleiding. Zij werkte door haar sterk sociale inslag zeker provocerend op de 'preciezen' en zij was dus wel geschikt om in dit kamp van voor- en tegenstanders de tongen los te maken. Dat gebeurde dan ook. De discussie op die zondagmorgen de 15e oktober 1915 was uitvoerig en pittig. Wij hopen daar in de volgende aflevering op terug te komen.

(wordt vervolgd)

## BERICHTEN

### Binnenland

#### KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN TE NIJMEGEN

Aankondiging programma 6 april 1978

Op donderdag 6 april a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de collegezaal van het Gebouw klinische tandheelkunde, Philips

van Leydenlaan 25, Heyendaal te Nijmegen. Aanvang 20.00 uur precies.

Programma:

M. Simon: De wortelkanaalvulling.  
R. J. M. Henquet: Dento-alveolaire traumata.  
Dr. H. Boersma: Eenvoudige orthodontische therapie?

Datum volgende klinische avond: 1 juni 1978.