

## FEUILLETON

## UIT HET VERRE VERLEDEN XII

## ENDODONTISCHE PROBLEMEN (slot)

Trefwoorden: Historie – Endodontologie

*Extirpatie contra amputatie: discussie*

De door Oidtmann in de Genootschapsvergadering van 15 oktober 1915 bepleite toenadering tussen de standpunten van voor- en tegenstanders van mortaal-amputatie, bracht natuurlijk de tongen wel in beweging. De volledige weergave van de discussie over dit fel omstreden onderwerp in aflevering 1 van het Tijdschrift van 1916 beslaat maar liefst 13 pagina's. Het was ook niet mis wat onze Rotterdamse collega allemaal overhoop had gehaald: kritiek op de als wetenschappelijk geldende eisen, gesteld door leidende (vooral Amerikaanse) practici, die naar zijn mening een voor zeer velen onbereikbare ivoren toren-tandheelkunde hadden gecreëerd, en op basis van die kritiek een pleidooi voor methoden, die ook minder bevoorrecht ten goede zouden kunnen komen. Een aarzelend begin van sociale tandheelkunde, zou men kunnen zeggen.

*Tweelachtigheid der discussie*

Inhoud en strekking van des inleiders betoog hielden natuurlijk een goede kans in, dat de gedachtenwisseling een wat tweelachtig karakter zou krijgen, afhankelijk van temperament en levensopvattingen der discussianten. Maatschappelijk bewogenen zouden stellig de spreker bijvalen, wellicht in de gloedvolle bewoordingen, dat tijdperk nog eigen. Anderzijds kon men zien aankomen dat – juist in een beroep waar altijd zo sterk het accent op accuratesse en handvaardigheid werd gelegd – een aantal beoefenaars weinig waardering zou kunnen opbrengen voor een, eigenlijk alleen op sociale gronden berustend, streven naar vereenvoudiging van voorheen altijd als juist bevonden werkwijzen. In Amerika werd bovendien die vereenvoudiging (met op de achtergrond de dreiging van haardinfectie) als rondweg inferieur afgewezen. Waar bleef dan het profijt? Moest men het heil van enkelingen in de waagschaal stellen ter wille van een bijzonder twijfelachtige winst voor 'de massa'? Men ziet: beide partijen hadden ethische wapens in handen en men zou kunnen zeggen dat de discussie tot op zekere hoogte een strijd beloofde tussen de belijders van een maatschappelijke en die van een individuele ethiek. Was de wetenschap al ver genoeg gevorderd om de discussianten in staat te stellen, redelijke bijdragen tot de

oplossing van dit moeilijke probleem te leveren?

*Sociale motieven*

Laten wij voorlopig de vertegenwoordigers van eerstgenoemde groep aan het woord. Daar is in de eerste plaats collega Schutte die zich 'aangenaam gefrappeerd' toont, omdat een te goeder naam en faam bekend staand practicus eindelijk de moed heeft gehad, de koe bij de horens te vatten. Iedere tandarts wordt – zo zegt hij – de extirpatiemethode met de paplepel ingegoten, zonder dat wetenschappelijk vaststaat waar die voorkeur op berust. Tegenover de mening van veel prominenten, die de extirpatiemethode als de enig betrouwbare propageren, staat die van tandartsen van even grote reputatie, welke mortaalamputatie in beginsel ook heel aanvaardbaar vinden. Daarom is Oidtmann's accent op de sociale aspecten hem zeer welkom. Hoe vaak komt men in de praktijk niet te staan tegenover patiënten, die best bereid zouden zijn redelijke bedragen voor hun gebitsrestauratie te besteden, zo ze het geld er maar voor hadden. Maar omdat dit niet het geval is, treft hun vaak op relatief jeugdige leeftijd al het lot van totaal gebitsverlies: een weinig verheffende zaak.

'Dat is een zoo vicieus beginsel, dat wij met alle kracht moeten zoeken naar een methode, die minder kost. Dat is geen achteruitgang, maar dat is vooruitgang, en daarnaar moeten wij streven, ons werk zoodanig te vereenvoudigen dat het valt binnen het bereik van de menschen die ervoor in aanmerking komen. Het klinkt wel heel aardig, te zeggen: brengt de tandheelkunde tot het volk, maar dat is ondenkbaar, zoo men niet meer dan 5 of 6 menschen per dag kan behandelen en een honorarium moet vragen voor de behandeling, waarvoor men een élite-praktijk moet hebben, en die kan niet iedereen hebben.'

Aanvaarding van de mortaalamputatie zou dus ook kunnen helpen voor het opvullen van onbezette uren van jonge collega's die nog geen kans hebben gezien, de élite tot zich te trekken. Maar afgezien daarvan, het buitensluiten van de 'mid-denstand' is onrechtvaardig en dat wordt nog eens onderstreept door B. R. Bakker, de latere lector in de *Materia technica*, in zijn jongere jaren een overtuigd socialist (hij was in de jaren twintig een tijdlang gemeenteraadslid voor de S.D.A.P. te Utrecht). Wegens het ontbreken van een wetenschappelijk *judicium* over de waarde van beide methoden moet deze gedachtenwisseling naar zijn mening een sociale discussie zijn. Zelfs als kwam vast te staan dat de amputatie 'in percentage van gelukke gevallen' de mindere is van de extirpatie, dan nog heeft zij een onbetwistbaar recht van bestaan. Tand-

artsen zijn dikwijls geneigd, een parallel te trekken met de medische wetenschap. Welnu, aan die neiging wil hij ook eens toegeven en hij schetst het geval van een arm dorpskleermakertje met tuberculose (toen de meest gevreesde ziekte). Genezing zou nog best mogelijk zijn door een verblijf in een gunstig klimaat en een passende voeding, maar dat kan die man natuurlijk niet betalen. Wat moet de behandelende arts dan doen?

'Moet hij dan tot dien man zeggen: Ga maar naar huis, ik kan je niet helpen, of, ga naar een ander, die er zich gemakkelijker van afmaakt? Of moet hij alle middelen aan de hand doen, die in dat geval wel zijn toe te passen? Mij wil het voorkomen, dat het laatste het geval is.'

Analoge situaties zijn in de tandheelkunde mogelijk: de extirpatiemethode is maar voor een kleine groep uitverkorenen weggelegd

'en dan zouden wij haast wel een bordje voor onze deur kunnen zetten: Hier wordt alleen geëxtirpeerd, inkomens boven de f 6000,— (destijds een lang niet onaardig bedrag, – ref.). Dat is de vraag waarom het gaat, en door en door transcendentalen extirpator zou ik willen vragen: wat doet gij dan met die andere menschen?'

Hofkamp, de zaken nuchter bekijkend, heeft daar een antwoord op:

'De vergelijking, die de heer Bakker maakt, is in zooverre verkeerd . . . omdat het niet gaat om het leven van den patiënt, maar om het leven van een tand en dan is het beter, een tand goed te trekken dan slecht op te vullen.'

Ook Van den Berg vindt het betoog van Bakker niet geheel juist, zij het uit andere hoofde, want bij financieel onvermogen van de tuberculeuze kleermaker moet de medicus naar een goedkoper alternatief omzien, maar

'dan kan (hij) onmogelijk daarbij zeggen: ik zal je voor half geld naar Zwitserland sturen, maar de tandarts kan wel zeggen: Ik zal je een beetje goedkoper behandelen, en toch de volgens hem beste methode toepassen. De vraag is ook niet: is de extirpatiemethode beter, maar de vraag is: is de amputatiemethode voldoende, zou zij in de praktijk ook in aanmerking kunnen komen om voor ieder toegepast te worden.'

De suggestie omtrent het 'goedkoper behandelen' snijdt echter niet veel hout, want bij de massale toepassing, die, gezien de toestanden van die dagen, mocht worden verwacht, zou de onbaatzuchtigheid van de tandartsen wel op een zware proef zijn gesteld. De tariefsverlaging zou nl. wel fors moeten uitvallen om de



vele 'arme kleermakertjes' in voldoende mate tegemoet te komen. Met enigerlei vorm van particuliere liefdadigheid kwam men er stellig niet uit.

#### Wetenschappelijke motieven

Aangezien het sociale facet van de discussie voorlopig weinig uitzicht bood, wenden wij ons maar tot die discussianten, welke hun aandacht meer op de wetenschappelijk aspecten van de zaak hadden gericht. Daarbij was te voorzien dat de overtuigde aanhangers van extirpatie al helemaal niet bereid zouden zijn, concessies te doen voor de grote groep mensen, die tegenwoordig met de delicate term 'economisch zwakkeren' worden aangeduid en die omstreeks 1916 restauratief-tandheelkundig nog geenszins door een ziekenfondssysteem werden beschermd. Niets daarvan: als zulks zou leiden tot de toepassing van methoden, waarvan de mindere kostbaarheid moest worden gekocht met de vernederende gedachte, malpraxis te moeten bedrijven, dan kon zulk een compromis zelfs niet worden overwogen. Het naar voren brengen van het sociale aspect had dan ook menig Genootschapslid zeer teleurgesteld: men had een wetenschappelijk debat over het probleem extirpatie versus amputatie verwacht en achtte in dit stadium de behandeling van maatschappelijke aspecten voorbarig. *Da Costa* verwoordt dit standpunt als volgt:

'Een van tweeën: of de amputatiemethode is goed en dan verdient zij met het oog op verscheidene andere voordeelen, de voorkeur boven de extirpatie-methode, of de amputatiemethode is niet goed en dan kunnen noch maatschappelijke voordeelen, noch kosten-, noch tijdsbesparing voor die methode spreken. Daarom spijt het mij, dat de voordracht (van *Oidtmann*, -ref.) eigenlijk iets anders gaf, dan ik verwacht had. Wij kunnen niet gaan beslissen over maatschappelijke toestanden, voor wij er zeker van zijn dat wij iets doen dat goed is.'

En *Da Costa*, die geen principiële voor- of tegenstander van pulpa-amputatie is, toont zich reëel genoeg om eraan toe te voegen dat meer onderzoek omtrent haar deugdelijkheid gewenst is, want zekerheid dienaangaande is er noch voor de ene, noch voor de andere methode. Dit is dus een geheel ander geluid dan *Bakker* liet horen met zijn pleidooi voor het sociale aspect. *Bölger*, zich noemend 'de geestelijke vader van de twistappel, die in ons genootschap is geworpen', is het geheel met *Da Costa* eens. Hij meent dat het nu al reserveren van de amputatiemethode voor de categorie van financieel minder draagkrachtigen, bij de heersende onzekerheden omtrent haar waarde, zou neerkomen op discriminatie. Immers dan

zou men onwillekeurig terechtkomen in de situatie van een eerste- en tweede-klas tandheelkunde, resp. voor 'de elite' en voor 'de gewone man' en die gedachte vindt hij verwerpelijk. Maar anderzijds erkent hij dat het moeilijk is,

'een evenwichtstoestand te vinden tusschen de hooge eischen die de tandheelkunde stelt aan haar beoefenaars en de menschen, die hulp inroepen. Daartusschen is een voortdurende schommeling, en ieder die in de practijk staat, tracht 'to meet both ends'; probeert de billijkheid te betrachten en den menschen het beste te geven voor het geld, dat zij kunnen betalen; (...) wij moeten eens en voor altijd uitmaken, wat het beste is.'

Op zichzelf natuurlijk gezonde standpunten, die beide discussianten huldigen, maar toch is te bespeuren dat zij uitgaan van een zwart-wit-opvatting: of extirpatie, of amputatie, en deze dan beperkt tot meerwortelige elementen. Echter niet de vraag voor welke gevallen amputatie wellicht de voorkeur zou verdienen boven extirpatie, of omgekeerd. De relatief nog geringe kennis van de pathologie van de pulpa bood in die dagen nog niet veel mogelijkheden voor een gerechtvaardigde keuze.

Overigens ziet ook *Bölger* wel in, dat de voorvechters van beide methoden niet altijd even consequent zijn:

'... de amputatie-menschen... amputeeren partieel en zij extirpeeren sommige dingen; en de extirpatie-menschen extirpeeren vaak partieel (daarin heeft collega *Oidtmann* gelijk) en passen, bewust of onbewust, amputatie toe.'

Waarmee hij maar wil zeggen dat in de praktijk de soep niet steeds zo heet wordt gegeten als zij soms wel wordt opgediend en dat ook de 'preciezen' wel eens een oogje dicht doen voor de werkelijkheid. Dit motief neemt *Klinkhamer*, zich geestdriftig betonend over de moed van *Oidtmann*, dit wat netelige onderwerp- als bezitter van een Amerikaans D.D.S.-diploma nog wel - te hebben aangesneden, grif over. Zelf is hij een enthousiast beoefenaar van de amputatie en citeert naar aanleiding daarvan uit een vroeger artikel van *Sanders* (voorzitter van extirpatie), waarin deze zegt:

'Ik beweer natuurlijk niet, dat in alle gevallen het mij gelukt, alle kanalen tot den apex te ontruimen, nog veel minder tot den apex te vullen. Het komt zelfs meermalen voor, dat ik van dat niet gelukken overtuigd ben, maar ook dat baart mij niet veel zorg, omdat de praktische ervaring mij geleerd heeft, dat deze pulparesten, let wel, in den punt van den wortel den patiënt geen last veroorzaken.'

*Klinkhamer* vervolgt dan:

'Nu is mijn vraag: wanneer deze pulparesten in den punt van den wortel aan collega *Sanders* geen zorgen baren, welke pulparesten baren hem dan wel zorg? Komt het hier aan op de hoeveelheid, op het gewicht van de massa, die in de wortelkanalen achtergebleven is?' (*Stemmen*: Ja!)

Hij stemt ook niet in met het in het vorenstaande genoemde oordeel van *Da Costa*, dat eerst moet worden onderzocht, welke methode de beste is. Er is z.i. geen sprake van 'de beste':

'Ik beweer: beide methoden zijn goed als zij goed worden toegepast, beide methoden zijn slecht als zij slecht worden toegepast, en welke van de beide methoden wij moeten toepassen, hangt af van de omstandigheden (...) wij hebben rekening te houden met de financieele draagkracht, met alle mogelijke omstandigheden in den mond, die ons doen zeggen: in dit geval is de amputatiemethode beter, en waarom zouden wij dan die methode niet toepassen, als de gevolgen in vele gevallen (ik durf niet zeggen, in alle gevallen, maar voor mijn gevoel is het, in alle gevallen) schitterend zijn, en niet bij extirpatie achterstaan?'

Men ziet het: een krachtig standpunt, zij het natuurlijk niet tot in alle bijzonderheden wetenschappelijk verantwoord. Het is de taal van de enthousiaste practicus (en dat was *Klinkhamer* zeker) die nog geen ondubbelzinnige verklaring kan geven van zijn opvattingen omtrent de merites van beide methoden. Hij laat er zich ook niet over uit welke de omstandigheden zijn (behalve dan de financiële) die hem tot amputatie doen besluiten. 'Alle mogelijke omstandigheden in den mond', dat is nogal rekbaar en men zou graag nadere gegevens willen horen. Hij is zich echter wel bewust dat hoeveelheid en toestand van het achtergebleven weefsel van belang zijn; hij acht het een plicht een antiseptische massa daarop aan te brengen, ten einde te zorgen dat het niet tot bederf kan overgaan. Alsof die 'antiseptische massa' daar automatisch voor zou zorgen. Nogmaals, hier is echt de practicus aan het woord, die nog geheel afgaat op wat de ervaring hem heeft geleerd. En zijn ervaringen zijn niet kinderachtig, zoals blijkt uit het volgende citaat:

'Voor degenen die D.D.S. zijn is zeker moed noodig, om zich te onttrekken aan de richting van alleen te extirpeeren, maar zich ook te gaan wijden aan de beoefening van de amputatiemethode. Ik heb het gezien van een collega, die op het oogenblik bij mij in de practijk is en die zijn opleiding ook in Amerika heeft gehad, en die in het begin, ik zou zeggen een diepe minachting voor mij had, als ik de amputatiemethode toepaste, een man, die op het oogenblik ook van opinie veranderd is (misschien is het zijn jeugd, die hem nog niet de noodige



vastheid heeft gegeven) maar in ieder geval, de verachting waarmee hij mij aanschouwde, is langzamerhand veranderd in, laat ik zeggen een lichte bewondering, door de voordeelen van mijn methode, die hij gezien heeft, en de patiënten die hij gezien heeft, en die ik al jaren lang behandeld heb en die in al die jaren nog nooit een klacht van periostitis gehad hebben. Ik heb het den vorigen keer gezegd, een 1500 gevallen, dat is niet iets waar men licht overheen stapt.'

Neen, inderdaad: 1500 amputaties zonder één klinische mislukking, dat is een knap staaltje van endodontisch kunnen, maar het is natuurlijk wel een subjectieve ervaring. Dat onlokt dan ook *De Vries* (extirpist) de wat ironische vraag, waarom Klinkhamer überhaupt nog extirpeert. *Sanders*, eveneens aanhanger van de extirpatiemethode, repliceert op de van hem bekende hoffelijke wijze en zegt alle respect te hebben voor hen die de amputatiemethode beoefenen, omdat zij daarin een volkomen betrouwbare werkwijze menen te zien. Zelf heeft hij dat vertrouwen nog niet en acht zich derhalve niet gerechtvaardigd er mee te – wat hij noemt – experimenteren in de praktijk. Want in de enkele gevallen dat hij om enigerlei reden van extirpatie afzag en amputatie toepaste, werd hij soms onaangenaam verrast door klachten, die een hernieuwde behandeling of zelfs extractie noodzakelijk maakten. Als hij ooit heeft beweerd dat voor hem geen mislukte pulpa-extirpatie bestond, heeft hij bedoeld te zeggen:

'Van eene behandeling, die zoo goed mogelijk gedaan is volgens de extirpatiemethode, heb ik, volgens mijn ervaring, de aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid, dat ze niet achteraf een mislukking blijken zal, terwijl ik van een behandeling, volgens de amputatiemethode verricht, deze zekerheid te eenenmale mis.'

Oudere collega's die dit lezen, zullen ongetwijfeld de woordkeus herkennen en waarderen, die zo kenmerkend was voor deze voortreffelijke tandarts, en 'voortreffelijk' dan bedoeld in zeer brede zin. Doch, hoewel hij erkent dat het hem ook niet altijd gelukt de pulpa volledig te extirperen, komt hij in het verloop van zijn betoog toch niet terug op Klinkhamer's vraag welke pulparesten hem geen zorgen baren en welke wel. Dat zij echter de gemoederen blijft bezighouden, blijkt uit een opmerking van *Van der Hoeven*:

'Het doet er mijns inziens veel toe, hoeveel en welke soort van massa wij laten zitten. Wanneer wij laten zitten een vrij vleezige pulpa, dan zal die moeilijker te steriliseeren zijn dan wanneer wij laten zitten een klein gedeelte aan den apex, dat, wanneer wij geëxtraheerd heb-

ben, dikwijls eerst met heel veel moeite te zien is als een klein zenuwstukje, waar bijna geen vleesch meer inzit; dat te steriliseeren zal gemakkelijker zijn. Daarom is het mijn opinie, dat men met het vullen van het wortelkanaal daarop moet rekenen en de point met een antisepticum moet wapenen, om dat kleine gedeelte te steriliseeren. Dan zullen wij meer kans op succes hebben dan wanneer wij een vleezige punt achterlaten.'

Inderdaad is de kwaliteit van het achtergebleven pulpaweefsel van belang voor het welslagen van deszelfs conservering, zoals uit later onderzoek wel is gebleken. Maar in 1915 was dat nog niet bekend en de tegenwoordige lezer vraagt zich af op welke argumenten de beweringen van *Van der Hoeven* zijn gegrond. Waarschijnlijk alleen op eigen klinische indrukken: die golden destijds nogal eens als doorslaggevend. Het lijkt natuurlijk ook wel wat naïef, te verwachten dat men door het 'wapenen van een point met een' (niet nader genoemd) 'antisepticum' het achtergebleven weefsel wel eens even zal steriliseren. Geen geringe opgave: als dat met zulke eenvoudige middelen lukt, is dat toch eigenlijk weer een pleidooi voor amputatie, zij het dan wel een zeer diepe. Daar gingen uit de aard der zaak ook stemmen tegen op. Zo betwijfelt *Salomons* de resultaten van die wijze van 'sterilisatie', daarbij wijzend op de onverzichtelijkheid van het werkterrein in zulke gevallen:

'Wanneer ik amputeer' (en hij is naar zijn zeggen al sinds jaren de amputatiemethode gaan toepassen, tot zijn grote tevredenheid) 'werk ik op een terrein dat gemakkelijk te overzien is, dat betrekkelijk groot is en waarop ik een hoeveelheid antiseptische massa kan aanbrengen, terwijl, wanneer ik aan den apex ergens aan het einde van een gebogen kanaal een kleine rest heb, de sterilisatie veel moeilijker is.'

Hij vestigt er echter de aandacht op dat hij bij het toepassen van de amputatiemethode selectief te werk gaat:

'een amputator extirpeert, waar hij meent dat dit gelukken zal en . . . amputeert wanneer hij daaraan twijfelt.'

Niet duidelijk wordt echter welke wegen hij bewandelt om tijdig tot de juiste keuze tussen beide methoden te komen. De steun van het röntgenbeeld diende vermoedelijk nog maar heel weinig pratici. Maar al met al is het niet verwonderlijk dat volgende sprekers, zoals *Roeloffs* en *Boerma*, gehoord de discussies, tot de conclusie komen dat de standpunten van beide partijen eigenlijk verdacht dicht bij elkander komen, vooropgesteld natuurlijk dat hun vertegenwoordigers nauwge-

zet te werk gaan. Is dat wel altijd het geval? *Boerma* geeft onverbloemd uiting aan zijn twijfels dienaangaande:

'Ik zie dus niet in waar al die discussies telkens heen moeten leiden. Mij dunkt, wij zijn het in hoofdzaak eens: zorg, de doode massa er uit te halen, zoover wij kunnen. Maar, die schermers voor de amputatie maken zich er heel dikwijls (niet altijd) te gemakkelijk af, en daarin zit voor mij een groot gevaar, bij de verdediging van de pulpa-amputatie. Zij maken er maar wat van, zij laten den boel maar zitten, en er wordt maar overheen gesmeerd, maar een goed amputator en een goed extirpator, geloof ik, zullen beiden dicht aan de wortelpunt komen, maar die niet bereiken.'

*Boerma*'s vertrouwen in het gros van de amputatoren is, gezien zijn commentaar, niet overdreven groot. En nog altijd geldt het betrekkelijke gemak, waarmee amputatie kan worden uitgevoerd als een zeker bezwaar tegen deze methode. Juist omdat bij de behandeling bovendien de patiënt meer wordt gespaard, bestaat het gevaar dat men uit gemakzucht te licht tot deze werkwijze besluit en haar bovendien te weinig nauwgezet verricht.

*De Vries* ten slotte, geeft nog het meest blijk, open oog te hebben voor de thans geldende wetenschappelijke criteria. Zijn betoog zal de tegenwoordige tandarts dan ook sterk aanspreken:

'Ik geloof niet, dat wij alleen door te beweren: ik heb goede resultaten, er komen. Wij kunnen er alleen komen door wetenschappelijk onderzoek, door Röntgen-onderzoek, jaren lang, en dan moeten wij niet alleen de opnamen tonen, die correct zijn, maar ook de opnamen van gevallen, die mislukt zijn en alleen wanneer wij dan de ervaring hebben over zooveel jaren, hier mislukte en daar gelukte gevallen, alleen dan kunnen wij komen tot een goede methode.'

Het is echter wel zo dat *De Vries* de uitvoering van dat onderzoek-op-lange-termijn enigszins anders ziet dan met de tegenwoordige gang van zaken overeenkomt, nl. als een zaak van ervaringen uitwisselende pratici, die dan wel zo eerlijk moeten zijn dat ze foto's van mislukte gevallen niet zullen achterhouden: een wat dubieuze zaak. Latere researchmethoden steunen dan ook op betrouwbaarder basis. Ook bestonden nog wel naïeve opvattingen over het bacterievrij maken van wortelkanalen.

Zo merkt *Oidtmann*, de verschillende sprekers beantwoordend, in zijn repliek o.a. op:

'Als er een kleine sectie microben in is (achtergebleven) . . . kunnen wij er een granaatkar-



tets van thymol in doen, waardoor de laatste vijand nog wordt vernietigd.'

Met deze op de krijgsverrichtingen van die dagen afgestemde beeldspraak moge de weergave van deze discussie – waarin ter wille van de overzichtelijkheid de volgorde der sprekers enig geweld werd aangedaan – worden besloten. Vermoedelijk was het debat door een stenograaf opgenomen: de letterlijke weergegeven teksten van de discussianten dragen hier en daar wel de sporen van het voor de vuist weg spreken; het geschiedde niet steeds in vlekkeloos Nederlands, doch dat is geen tijdgebonden verschijnsel. Het ging er maar om, de opvattingen van vooraanstaande collega's uit lang vervlogen dagen zo volledig mogelijk weer te geven, zodat de hedendaagse lezer voor zichzelf kan gaan uitmaken wat er in ruim 60 jaar nu eigenlijk is veranderd. Niet zo bar veel, zal hij of zij geneigd zijn te denken.

Ook thans staat men alom op het standpunt dat de endodontische behandeling een steriel kanaal tot gevolg moet hebben, maar men verkeert nog altijd in het ongewisse over wat de beste methode is om die toestand te bereiken. Het in de loop der jaren sterk toegenomen arsenaal van medicamenten tot dit doel heeft de keuze niet eenvoudiger gemaakt: het zijn ten slotte alle tot op zekere hoogte protoplasmagiffen en men heeft dus, behalve met de (niet-selectieve) bactericide werking eventueel te maken met ongewenste neveninvloeden, zoals schade aan het periapicale weefsel en overgevoelighedsreacties.

Verder lijken de tegenstellingen lang niet meer zo scherp als in de beschreven periode, toen men door gebrek aan exacte kennis en onder invloed van de uitspraken in 1910 van Hunter met betrekking tot het gevaar voor haardinfectie, veel meer geneigd was elkaar als voor- en tegenstanders in de haren te vliegen en emotionele argumenten vaak meer wogen dan wetenschappelijke. Tegenwoordig denkt men veel skeptischer, naar aanleiding van later bekend geworden onderzoekresultaten. Zo meent men thans met o.a. Castagnola (1950) enerzijds, dat de genezingspercentages – gebaseerd op de röntgenografische vaststelling van het ontbreken van periapicale afwijkingen – bij amputatie lager zijn dan bij extirpatie,

zeker wanneer men in aanmerking neemt dat het uitgangspunt voor de door Castagnola beschreven mortaalamputaties steeds de vitale pulpa was (Thoden van Velzen, 1973). Anderzijds is ook gebleken dat met mortaalamputatie wel degelijk goede resultaten zijn te bereiken. Daarom verdient de amputatie ook nu nog een plaats in de tandheelkunde, mits men de indicatie scherp stelt en de methode reserveert voor die gevallen waarin van extirpatie bijzondere moeilijkheden zijn te verwachten, b.v. lastig toegankelijke kanalen van meerwortelige elementen of elementen met nog niet volgroeide apices, waarbij vitaalamputatie niet meer is geïndiceerd (Thoden van Velzen, 1973; Makkes, 1974).

Doch al stelt de toegenomen kennis van o.a. de histologie en de pathologie van de pulpa, benevens het beschikbaar komen van diverse voor het doel geschikte medicamenten de tandarts van heden in staat, de zaken niet meer zo eenzijdig zwart-wit te zien, toch blijft men in wetenschappelijke kring nog op zijn hoede. De diagnose van pulpa-aandoeningen levert nu eenmaal veel moeilijkheden op: klinische en röntgenologische waarnemingen zijn meestal onvoldoende om het histopathologische beeld op zijn juiste waarde te schatten. Dat heeft ongetwijfeld zijn weerslag op de therapie. Zo berust het succes van mortaalamputatie in de eerste plaats hierop dat het pulpaweefsel door medicamenten (b.v. formaldehyde) zonder noemenswaardige schrompeling wordt gefixeerd. Het aldus gefixeerde weefsel kan daardoor met goed gevolg dienst doen als wortelkanaalvulling. Maar die mogelijkheid is aanstonds verdwenen, als na de devitalisatie de samenhang van het pulpaweefsel in de wortel door enigerlei oorzaak (een vergevorderd ontstekingsproces b.v.) wordt verbroken en b.v. autolyse optreedt. Wanneer men een zodanige ontwikkeling niet exact kan vaststellen, blijft amputatie natuurlijk een waagstuk. Daar komt dan nog bij dat men vaak te licht geneigd is het (voorlopig) uitblijven van pijn of zwelling na de behandeling als een teken van 'succes' aan te merken.

Het is het lot van vrijwel elke restauratief-tandheelkundige behandeling dat men zowel technisch als biologisch een schaaft met vijf poten moet verlangen.

Men moet bovendien veelal eisen stellen die niet goed te controleren zijn. Dit maakt dat ook bij de meest nauwgezette uitoefening van het beroep onaangename verrassingen niet zijn uit te sluiten, verrassingen bovendien die een behandelingsplan lelijk kunnen doorkruisen. En wat de sociale aspecten betreft, ach, iedere beroepsgenoot is er in de loop der jaren wel van doordrongen geraakt dat gebitssanering voor de grote massa der bevolking met grotendeels restauratieve behandeling niet meer dan een vromewens kan zijn, zelfs al zou men geen rekening behoeven te houden met endodontische complicaties. En over amputatie als werkzaam 'sociaal alternatief' voor extirpatie praat thans niemand meer. Dat kon 60 jaar geleden nog wel, toen sommigen de kleine groep financieel draagkrachtigen, die zich regelmatige restauratieve behandeling konden veroorloven, wensten te zien uitgebreid met vertegenwoordigers van de 'middenstand', wat men daar ook onder wenste te verstaan. De amputatie zou daartoe mede de weg moeten helpen effenen. Maar over de sociaal laagste klasse, de grote groep der 'werklieden' werd niet gesproken. Voor die categorie gold als enige behandelingsmogelijkheid de extractie.

De beroepsgenoten van 1916 maakten zich dus nog om heel andere zaken en bevolkingsgroepen druk dan die van 1978. Zowel de wetenschappelijke als de sociale problemen, de tandheelkunde betreffend, zijn in de loop van 60 jaar sterk verschoven en voor een discussie als in het vorenstaande beschreven, zou heden geen plaats meer zijn. Die is er echter wel voor een gepaste bewondering ten aanzien van de beroepsgenoten van meer dan twee generaties terug, omdat zij, met de nog geringe middelen die hun ten dienste stonden, dikwijls van in beginsel zeer gezonde inzichten blijk gaven.

V.

#### Literatuur:

1. *Handelingen van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap* (1916): Tijdschr Tandheelkd 23: 5-27
2. Makkes, P. Ch. (1974): Is er nog plaats voor mortaalamputatie? Ned Tijdschr Tandheelkd 81: 221.
3. Thoden van Velzen, S. K. (1973): Een inleiding tot de endodontie. Stafleu & Tholen B.V., Leiden.