

- | | |
|--|--------|
| 2. Heeft u last van een droge mond? | ja/nee |
| Heeft u een overmatige speekselvloed? | ja/nee |
| 3. Heeft u last van een brandende tong? | ja/nee |
| 4. Heeft u afwijkingen aan tong, lippen, wangen of tandvles vastgesteld, zoals blaren, aften, verkleuringen? | ja/nee |
| 5. Heeft u moeite met het slikken? | ja/nee |
| 6. Zijn uw lymfklieren wel eens gezwollen? | ja/nee |
| 7. Heeft u vaak hoofdpijn, nekpijn en/of schouderpijn? | ja/nee |
| 8. Heeft u last van aangezichtspijn? | ja/nee |

J. Dieet:

Een onvoldoende voeding (b.v. tekorten aan vitaminen, eiwitten, mineralen, enz.) kan de

algemene gezondheid negatief beïnvloeden; de tekorten kunnen overal in het lichaam tot uiting komen, o.a. ook in de mondholte. Goed functioneren van een volledige prothese hangt onder andere af van gezond tandvles en gezond onderliggend bot. Met het oog op het vervaardigen van een volledige prothese wordt u verzocht de volgende vragen betreffende uw voedingsgewoonten zorgvuldig te beantwoorden:

- | | |
|---|--------|
| 1. Drinkt u iedere dag melk? | ja/nee |
| Eet u regelmatig zuivelproducten? | ja/nee |
| 2. Eet u iedere dag fruit en/of groenten? | ja/nee |
| Eet u ook iedere dag rauwkost? | ja/nee |
| Eet u iedere dag vlees en/of vis? | ja/nee |

Boekbesprekingen

A. VAN DEN HOOFF. Kankergroei: bindweefsel in een ongewone rol. 12 pag. Afscheidscollege d.d. 20 februari 1987. Universiteit van Amsterdam.

De Redactie ontving een exemplaar van de in druk verschenen tekst van bovengenoemd afscheidscollege en ontleent daarvan het onderstaande.

In het normale, gezonde lichaam vormen de weefsels een harmonisch geheel: elk weefsel kent zijn plaats en houdt zich binnen nauwkeurig afgepaalde grenzen. Het respecteert de afbakening ten opzichte van aangrenzende weefsels. Maar op een kwade dag kan blijken dat er iets is misgegaan. Een weefsel, meestal een bedekkend weefsel (epitheel) van maag of darm, van lucht- of urinewegen, klierweefsel van borst of prostaat, heeft zich niet binnen zijn grenzen gehouden. Het is kwaadaardig gaan woekeren. Het lijkt de aangrenzende weefsels aan te vreten. Men spreekt van invasieve of infiltratieve groei. Op het eerste gezicht is bindweefsel op een eenvoudige en overzichtelijke manier bij invasieve kankergroei betrokken. De naaste omgeving van het woekerend dekweefsel is altijd de uit bindweefsel bestaande, steunende en verzorgende onderlaag, het stroma. De woekerende cellen tasten niet alleen het bindweefsel maar ook de bloedvaten in hun buurt aan, cellen worden met de bloedstroom versleept, zetten zich elders vast en groeien dan tot woekeringen uit: uitzaaiingen of metastasen.

Normaal is dat cellen zich precies binnen de hen toegewezen grenzen houden, omdat ze stuk voor stuk in hun kern infor-

matie in codevorm bevatten, die correct wordt afgelezen en waardoor de cel doet wat zijn speciale taak is en zich ten opzichte van andere cellen fatsoenlijk gedraagt. Deze informatie kan blijkbaar verminkt worden, meestal door schadelijke inwerking van buitenaf. Het komt dan tot een ontregeling, zodat de cellen bij voorbeeld wat hun groei-eigenschappen betreft van geen ophouden meer weten. Het resultaat is dan kwaadaardige woekering. Hoe speelt het bindweefsel bij zo'n woekering een rol? Zoals gezegd: het lijkt eenvoudig. De naaste omgeving van het gezwel bestaat uit bindweefsel, het vezelrijke weefsel dat vorm, stevigte en samenhang van de organen bepaalt. Het woekerende gezwel, de tumor – zo zou men denken – tast actief dit bindweefsel als willoos slachtoffer aan. Veel onbetwistbare gegevens lijken hierop te wijzen. Het kwaadaardige proces gaat namelijk gepaard met de activiteit van substanties die het bindweefsel, vooral het collageen, aantasten. We spreken van collagenolytische enzymen. Ze worden veelal door de tumor zelf geproduceerd. Maar vaak gaat het anders. De tumor scheidt dan geen afbraakfermenten af maar signaalstoffen. Deze brengen het bindweefsel ertoe zijn eigen normale afbraakprocessen te intensiveren, zodat het normale evenwicht synthese – afbraak wordt doorbroken.

Maar er is meer. Ook het tegengestelde komt voor: het zijn dan niet de afbraakprocessen die gaan overheersen, maar veeleer de opbouwprocessen. Het bindweefsel vermeerdert zich. En dan komen we in een begripsmoeilijkheid. Blijkbaar kan een weefsel kwaadaardig in het aangrenzende

weefsel uitgroeien zonder dat dit aantoonbaar door afbraakprocessen wordt aangetaast. Integendeel, er treedt nieuwvorming op. Onze voorstelling van kwaadaardige groei als in hoofdzaak een aanretingsproces lijkt – op zijn minst genomen – onvolledig.

Maar er is nog meer. Ook in nog een ander – onverwacht – opzicht is het bindweefsel actiever bij het kankerproces betrokken dan men op het eerste gezicht zou vermoeden. In het begin van deze eeuw verscheen een boek dat de titel droeg 'Karcinom des Menschen'. De schrijver was de Duitse patholoog-anatoom Ribbert. Hij ontwikkelde een voorstelling omtrent het ontstaan van kwaadaardige gezwellen, de zgn. carcinogenese, die indruisde tegen de ideeën die toen en ook nu nog gangbaar zijn. De gangbare visie komt erop neer, dat een bepaald weefsel op een bepaalde plaats in het lichaam zich agressief tegenover de aangrenzende weefsels gaat gedragen en dat het deze omringende weefsels zijn, die in eerste instantie het slachtoffer worden van de woekering van het kwaadaardig ontaarde weefsel. Dit ontaarde weefsel is meestal van epitheliale aard, dat wil zeggen het is een dekweefsel dat de oppervlakken van de huid, het darmkanaal, de luchtwegen of geslachtsorganen bekleedt. Het weefsel dat in eerste instantie passief ten offer valt is het onderliggende bindweefsel, het stroma. Aldus de gebruikelijke opvatting. Ribbert schreef echter: 'Het epitheel kan niet uitsluitend van zichzelf uit de kanker vormen, niettegenstaande het feit dat het later, als het losgekomen is van zijn relaties met de omgeving, het enige bestanddeel van de kanker

vormt.' Een volgend citaat: 'Het verlies van differentiëring van het epitheel is een belangrijk proces, dat aan de woekering in de diepte voorafgaat. Dit alleen leidt evenwel niet tot kankervorming. Absoluut noodzakelijk is de onderliggende verandering in het bindweefselstroma.' Dit lijkt zó te moeten worden gelezen, dat het proces dat uiteindelijk tot de ontarding leidt, alle plaatselijke weefsels omvat, maar dat slechts één van die weefsels ten slotte uit het gareel springt en zich manifest kwaadaardig gaat gedragen. Het bindweefsel levert – aldus Ribbert – een bijdrage middels een wisselwerking met het epitheel.

Het integrale systeemkarakter zij nog eens met twee voorbeelden geïllustreerd. Leukemieën, ook als bloedkanker aangeduid, komen voort uit stoomnissen in het beenmerg, de produktieplaats van de bloedcellen. Normaal zijn de cellen van het bloed naar aard en aantal nauwkeurig binnen zeer nauwe grenzen gereguleerd. Bij leukemieën komen de cellen niet tot rijping en hun aantallen zijn buiten proporties. Recent nu is duidelijk geworden dat cellen van het beenmergstroma, een fijn netwerk van bindweefselvezels, signalen geven die essentieel zijn voor de normale regeling van de bloedcelvorming. Het zijn de stromacellen die bij leukemie ontregeld zijn, zodat ze verkeerde signalen geven. Het tweede voorbeeld betreft die gezwellen, waarbij ontregeling van het hormoonstelsel een rol speelt: borstkanker bij de vrouw, prostaatkanker bij de man. Steeds vaker stuit men op aanwijzingen dat het niet alleen de epitheelcellen zelf, maar ook de bindweefselcellen zijn waarop de hormonen aangrijpen, dat ook hier sprake is van een geïntegreerd systeem dat epitheel en bindweefsel omvat, dat dus aan kwaadaardige woekering van het epitheel een stoornis in het bindweefsel mede ten grondslag ligt.

Waarom nu deze 80 jaar oude visie ter sprake gebracht? Om drie redenen. Ten eerste omdat dit idee sindsdien als een alternatieve onderstroom, als een rode draad, door de jaren heen tot op de huidige dag in de literatuur is te vervolgen. In de tweede plaats omdat deze onderstroom illustratief is voor de evolutie van onze conceptie van het bindweefsel, een evolutie van statisch-passief tot dynamisch-vitaal. En in de derde plaats omdat hier in het denken van de histologie een perspectief opdoemt, dat wellicht de toekomstige signatuur van de discipline bepaalt.

Ondergetekende was in de gelegenheid het afscheidscollege bij te wonen. Zoals de lezer zal begrijpen, was het een bijzonder interessant college, dat bovendien op een innemende wijze werd gegeven.

I. van der Waal, Amsterdam

C. E. STUART. Gnathologic tooth preparation. 164 pag., 315 afb. Quintessence Publishing Co., Inc., Chicago, London, Berlin, Rio de Janeiro, Tokyo 1985. Prijs \$ 68,—. ISBN 0 86715 121 8.

Voor wie niet bekend is met het bestaan van het genootschap Delta-Sigma-Delta (een genootschap van 'excellente tandartsen met veel idealisme, ethische normen en discipline'), is het wellicht wel aardig te vermelden dat de basis voor dit boek reeds gelegd werd in 1920 door zijn toenmalige, befaamde voorzitter B. B. MacCollum. Hierop werd door Charles E. Stuart (1900-1982) en zijn tijdgenoten voortgebouwd en zo kon het gebeuren dat drie jaren na Stuarts dood het hierna te bespreken boek werd uitgegeven. Typerend voor dit werk is, dat het niet begint – zoals heden ten dage wel gebruikelijk – met het vooraf formuleren van doelstellingen waar vervolgens naar wordt toe gewerkt, maar concluderend eindigt (in hoofdstuk 7) met het opsommen van de kenmerken waaraan het 'gnathologisch' behandelde gebit moet voldoen.

In hoofdstuk 1 ('Nauwkeurige diagnose en behandelingsplan') wordt een mechanische analyse van occlusie en articulatie in een volledig instelbare articulator beschreven. De nagestreefde perfectie blijkt daar onder meer uit de vermelding dat de afstand tussen de linker en rechter tweede ondermolaren meer dan 1 mm kan afnemen als de afdruk bij een te grote mondopening wordt gemaakt. De auteur is ook zo zeker van zijn bepaling van de plaats van de rotatie-as van de onderkaak, dat hij deze punten op de huid van zijn patiënten met tatoeage-inkt onuitwisbaar maakt. Hoofdstuk 2 toont welke factoren de occlusie en articulatie bepalen. Dit gebeurt met behulp van afbeeldingen van plastic tweedimensionale schaalmodellen. Daarmee kunnen onder meer de invloed van de intercondylaire afstand en die van de afstand van de condyli tot de afzonderlijke gebitselementen op de occlusale morfologie worden aangegeven. In hoofdstuk 3 wordt gesteld dat de Retruded Contact Position ('Centric') en de maximale occlusie dienen samen te vallen en dat daarbij een afstand tussen onder- en bovenfront dient te bestaan van 10 micrometer. Bij de geringst mogelijke bewegingen van de onderkaak dient de front- of hoektandgeleiding te zorgen voor disclusie van minimaal eveneens 10 micrometer. In hoofdstuk 4 wordt het kauwstelsel met een vijzel en een schaar vergeleken. De auteur stelt dat een vijzel slijt door het sterke contact tussen de vijzel en de stamper. Maar een schaar snijdt nog voor er contact tussen de beide bladen is ontstaan en blijft dus scherp. Om occlusale slijtage tegen te gaan, streeft hij naar een 'multi-bladed incisor mechanism'. Daarom maakt hij

scherpe knobbels en richels op het kauwvlak, die nauwkeurig passen in nauwe fossae en groeven. Soortgelijke vormen bepleit hij ook voor de palatinale vlakken van de bovenincisieven (randlijsten, fossae en cingulum). Als doel van de in hoofdstuk 1 reeds genoemde disclusie in de premolaar-molaarstreek bij reeds buitengewoon kleine excentrische bewegingen van de onderkaak, noemt Stuart het vrijheid geven aan de onderkaak om 'iedere beweging te maken die de spieren, zenuwen en kaakgewrichten wensen' (blz. 73). De articulatie mag dit niet bemoeilijken. Vandaar zijn analyses van de occlusale morfologie bij grensbewegingen van de onderkaak.

In de hoofdstukken 5 en 6 worden de principes van de inlay- en kroonpreparatie behandeld, gebaseerd op de uitgangspunten van Black. Daarnaast komen de te vervaardigen driepuntscontacten van de restauraties uitgebreid aan de orde. Opmerkelijk is de stelling dat alleen knobbel-fossacontacten acceptabel zouden zijn omdat knobbel-cristacontacten tot een instabiele occlusie zouden leiden (blz. 125). Deze uitspraak is aanleiding als belangrijk bezwaar tegen dit boek te vermelden dat het beschrevene niet berust op wetenschappelijk onderzoek maar op opvattingen van de auteur en diens 60-jarige ervaring als tandarts. Het boek bevat dan ook geen enkele literatuurverwijzing. Wel wordt een beroep gedaan op een buitengewoon grote handvaardigheid en op zowel persoonlijke als professionele hoge ethische normen. Daardoor ontstaat de indruk dat slechts één behandelingsmethode de juiste zou zijn, nl. die van de auteur. Dit maakt het boek reeds bij verschijnen gedaet.

A. S. H. Duinkerke, Eelde

C. E. STUART. Gnathologische Zahnpräparation. 164 pag., 315 afb. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, Chicago, London, São Paulo, Tokio 1986. Prijs DM 189.00. ISBN 3 87652 051 7.

Dit boek is een Duitse vertaling van de hierboven besproken Engelstalige versie. Slechts de nummering van de afbeeldingen is verschillend. In de Engelse uitgave begint de nummering van de afbeeldingen bij het begin van hoofdstuk 2 (blz. 33) en op bladzijde 41 weer opnieuw bij 1. En bij het begin van hoofdstuk 3 springt de nummering opeens van 18 naar 62. Gelukkig is dit in de Duitse vertaling gecorrigeerd.

A. S. H. Duinkerke, Eelde

R. J. M. GRUYTHUYSEN. Kiezen voor mondhygiënist. 246 pag., 6 bijlagen. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam. Rodopi, Amsterdam 1986.

Voor het onderzoek – tot stand gekomen onder begeleiding van de eerste promotor, Prof. Dr. C. O. Eggink – is gekozen voor een tweezijdige benadering: een uitvoerige literatuurstudie over de plaats van de mondhygiënist in de gezondheidszorg en een zgn. survey-onderzoek naar de onderscheiden opinies van tandartsen, patiënten, tandartsassistenten en de mondhygiënist zelf over de beroepsuitoefening.

De beschrijving van de resultaten van het literatuuronderzoek in het eerste deel is als het ware geprojecteerd op een bestaand model van de mens in zijn arbeid van de tweede promotor, Prof. P. A. Cornelis. Tegen deze achtergrond van mensactiviteit en -ontwikkeling, wordt in hoofdstuk 2 het beeld geschetst van de tandheelkundige gezondheidszorg in de jaren zestig en de hierop volgende ontwikkeling van de positie van de mondhygiënist in relatie tot de patiënten en hun zorgverleners, alsmede van het beroep zoals het uiteindelijk wordt uitgeoefend.

De resultaten van de in dit verband verschenen rapportages en gedane uitspraken worden systematisch en uiterst volledig op een goed leesbare wijze beschreven. De relationele aspecten van de beroepsuitoefening in engere zin komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Hoewel naar het oordeel van de patiënten de mondhygiënist ruimschoots aan de gestelde verwachtingen blijkt te voldoen, geven de problemen bij de samenwerking met de tandartsenstand toch grond aan de gedachte dat de positie van de mondhygiënist op de arbeidsmarkt op het spel staat. Aldus ontstaat bij de mondhygiënist een behoefte aan steun van de zijde van overheid en politieke partijen.

Als een introductie tot het eigen onderzoek valt in hoofdstuk 4 de gegeven analyse te beschouwen van de vanaf 1971 hoofdzakelijk in de V.S. en verder in Canada (1), Engeland (1) en Nederland (2) uitgevoerde survey-onderzoeken onder mondhygiënist. Als bijlage is een opsomming van de 26 hierover geraadpleegde literatuurbronnen toegevoegd met vermelding van de diverse achtergrondgegevens van deze survey-onderzoeken. De wederom systematisch weergegeven uitkomsten zijn bijzonder boeiend.

In het tweede gedeelte wordt het in 1982 en 1983 uitgevoerde onderzoek beschreven. Het bestaat uit een eigen survey-onderzoek waarbij uiteindelijk de antwoorden van tandartsen (86), patiënten (265), tandartsassistenten (82) en mondhygiënist, werkzaam in de huispraktijk (146) zijn verwerkt. De laatstgenoemden zijn exclusief

degenen die in de praktijk van hun levenspartner werken (36). Ook bij de tandartsen is deze selectie gemaakt. De vragenlijsten met de scores zijn in een separaat aan het boek toegevoegd aanhangsel opgenomen.

Alvorens tot zijn slotconclusies te komen, relativeert de auteur in een nabeschuiving de resultaten van de gevonden uitkomsten. De 'sociale methodologie' brengt met zich mee dat de interpretatie van de vele vergaarde gegevens wel aan tekortkomingen onderhevig móet zijn. Voor zoverre deze zich achteraf laten constateren, worden zij in een aparte beschouwing vermeld.

Zoals veelal met promotie-onderzoek het geval is, voeren de resp. analyses op hun beurt weer tot verscheidene nieuwe problemen, die aanleiding vormen voor verder onderzoek. Voorbeelden hiervan worden uitvoerig vermeld. Een groot aantal conclusies laat zich echter trekken. Als één der belangrijkste is naar voren gekomen dat de tandartsen in vele gevallen in meerdere opzichten goede ervaringen hebben opgedaan met de mondhygiënist en dat ook de patiënten zich positief over het optreden van de mondhygiënist uitspreken.

Iets minder goed komt het praktische gedeelte van de opleiding er vanaf en ten slotte ervaren de mondhygiënist wel voldoende erkenning op de werkplek, maar de algemene erkenning van het beroep wordt door hen te gering geacht en de wettelijke bescherming onvoldoende.

Veel patiënten blijken de voorkeur te geven aan een tandartspraktijk waarin een mondhygiënist werkzaam is.

Het onderzoek heeft geleid tot een beschrijving van de mondhygiënist die in veel opzichten vergelijkbaar is met het uit het uitvoerige literatuuronderzoek te construeren beeld. Dit is in het algemeen gunstig en met deze visie voor ogen besluit de auteur in de laatste zin met de titel van zijn dissertatie: '. . . met betrekking tot de tandheelkundige gezondheidszorg dient men meer dan tot nu toe het geval is (. . .) te kiezen voor mondhygiënist'.

G. Dekker, Utrecht

ONDER REDACTIE VAN E. W. ROS-CAM ABBING. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Tweede, herziene druk. 535 pag. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, Antwerpen 1983. Prijs f 85,—. ISBN 90 313 0597 9.

Dit boek bespreekt de structuur en werkwijze van de Nederlandse gezondheidszorg. De tweede druk is aanzienlijk gewijzigd vergeleken met de eerste druk.

Het boek bestaat uit drie delen. De titel van deel I is 'Beginselen en algemene onderwerpen'. Met behulp van begrippen uit

de systeemkunde wordt in hoofdstuk 2, dat volgt op de inleiding, de gezondheidszorg omschreven als een systeem. Dit hoofdstuk wordt gevolgd door een omschrijving van de betekenis van gezondheid en gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op wat het recht op gezondheidszorg inhoudt. In aansluiting daarop komt de functie van het gezondheidsrecht aan de orde en de relatie van gezondheidsrecht met de ontwikkeling van feitelijke en normatieve factoren. Kosten en financiering van de gezondheidszorg in macro-economisch perspectief vormen de onderwerpen van hoofdstuk 6. Deel I wordt afgesloten met een bespreking van de verschillende aspecten van de internationale samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg.

Deel II heeft als titel 'Bouw en werking van de gezondheidszorg'. Allereerst komt de basisgezondheidszorg aan bod, met de basisgezondheidsdiensten en het kruiswerk. Daarop volgt een bespreking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hierbij worden de functies van de verschillende eerstelijnsverleners besproken. Heel summier wordt ook aandacht besteed aan de tandarts en diens medewerkers. De volgende drie hoofdstukken zijn achtereenvolgens gewijd aan de maatschappelijke dienstverlening, de verschillende voorzieningen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg en de intramurale voorzieningen. Vervolgens wordt aandacht geschonken aan organisaties van patiënten en vrijwilligers. Deel II wordt afgesloten met een overzicht van de werking van de gezondheidszorg als geheel en zijn onderdelen.

Deel III heeft als titel 'Sturing en beleid'. Hierin worden de sturingsinstrumenten besproken en de wijze waarop sturing ondersteund kan worden met informatieverwerking en onderzoek. Hoofdstukken zijn achtereenvolgens gewijd aan het planingsproces, de financiering en de wettelijke regelingen met betrekking tot de gezondheidszorg. Voorts komen het verwerken van informatie en de verschillende vormen van gezondheidsonderzoek aan bod. In de laatste drie hoofdstukken worden achtereenvolgens besproken het functioneren van het Ministerie van WVC, adviesorganen op het terrein van de gezondheidszorg en beleidsomgevingen op het terrein van de gezondheidszorg.

In totaal hebben 18 auteurs een bijdrage geleverd aan het boek. De verschillende hoofdstukken vormen afgeronde eenheden. Het boek hoeft daarom niet als één geheel te worden gelezen. Het is heel goed mogelijk lezing te beperken tot de onderdelen waarvoor belangstelling bestaat. De informatie is over het algemeen compact en gericht op belangrijke aspecten. Het boek laat zich gemakkelijk lezen. Hier en daar vormt de beschrijving wel eens een korte opsomming van een aantal zaken. Bij

ieder hoofdstuk is een meer of minder uitgebreid literatuuroverzicht opgenomen. Een register aan het eind van het boek maakt het opzoeken van onderwerpen eenvoudig. Het boek kan worden aanbevolen aan allen die door functie of belangstelling zich richten op algemene aspecten van de gezondheidszorg.

O. Hokwerda, Eelde

G. SIEBERT. Zahnärztliche Funktionsdiagnostik – mit und ohne Hilfsmittel. 2e druk, 273 pag., 248 afb. Carl Hanser Verlag, München, Wien 1987. ISBN 3 446 14910 4.

Deze tweede, herziene druk is uitgebreid met 49 pagina's en vijf afbeeldingen. Zij zijn resp. besteed aan hoofdstuk 3: 'Het kaakgewricht en zijn functies' en aan hoofdstuk 4: 'Diagnostiek'. Bovendien is een aantal voorbeelden van onderzoeksformulieren toegevoegd. Kortom, dit in 1984 al positief beoordeelde boek is nog wat vollediger geworden.

A. C. M. van de Poel, Winsum

R. B. GREEBE. Stabiliteit en recidief na chirurgische verplaatsing van de onderkaak. 119 pag. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1987. ISBN 90 6256 533 6.

In dit proefschrift wordt de nadruk gelegd

op de resultaten van de verlengingsosteotomie van de onderkaak. Op de verkorting wordt slechts in het eerste hoofdstuk ingegaan, terwijl bewegingen van de onderkaak in verband met open beet en asymmetrie buiten beschouwing worden gelaten.

In hoofdstuk 2 worden voor de behandeling van de mandibulaire retrognathie, de C-osteotomie en de sagittale splijting vergeleken. Daarbij wordt geconcludeerd dat tussen die twee technieken geen significant verschil qua resultaat bestaat, maar dat bij beide het recidief afhankelijk is van de pre-operatieve verhouding tussen posterioere en anteriore gezichtshoogte. Is de verhouding meer dan 72%, dan zijn de resultaten stabiel. Nadat in een volgend hoofdstuk wordt bewezen dat de verlengingsosteotomie door middel van sagittale splijting betrouwbaar is wanneer de mandibulair vlak is – zodat het bij de verlenging tot een 'clockwise rotation' komt –, wordt aangetoond, dat na het omhoogverplaatsen van de maxilla met stabiliteit kan worden gerekend.

De volgende groep, die wordt beoordeeld, is de combinatie van bovenkaak- en onderkaakverschuiving, waarbij opnieuw te zien is dat de 'counter clockwise rotation' van de onderkaak en een bewuste overcorrectie tijdens de operatie het resultaat negatief beïnvloeden.

In de afsluitende hoofdstukken wordt geconcludeerd, dat bimaxillaire chirurgie een recidiefbeperkende maatregel is bij de correctie van een mandibulaire retrognathie en dat bij een steile mandibulaire lijn de osteotomieën zo gelegd dienen te worden, dat de onderkaak zich met een 'clock-

wise rotation' moet verplaatsen.

Het is verdienenlijk dat het recidief van de verlengingsosteotomie van de onderkaak bestudeerd wordt en dat op basis van naonderzoek van verschillende patiëntengroepen voorstellen naar voren komen, hoe dit recidief beperkt c.q. voorkomen kan worden. Mijns inziens komt echter de Europese literatuur in deze studie te weinig tot haar recht en helaas worden niet alle factoren besproken, die in verband met het recidief van belang zouden kunnen zijn.

De in de verschillende hoofdstukken getrokken conclusies leiden stapsgewijs tot een behandelvoorstel voor het voorkómen van recidieven van de verlengingsosteotomie van de onderkaak. Hierbij was echter een opmerking op zijn plaats geweest, dat dit voorstel een uitgebreide chirurgische therapie behelst, die afgezet dient te worden enerzijds tegen het mogelijke deelrecidief van de verlengingsosteotomie alleen en anderzijds tegen de mogelijke voor- resp. nadelen van andere benaderingen, die in sommige gevallen wezenlijk minder ingrijpend zouden kunnen zijn.

Het boek is voorzien van overzichtelijke tekeningen en tabellen alsmede een aantal beschrijvingen van klinische gevallen. Het is makkelijk te lezen en geeft een goed overzicht over een deel van de behandelingsmogelijkheden van klasse II-afwijkingen en hun problemen.

H. P. M. Freihofer, Nijmegen

Correspondentie deze rubriek betreffende te richten aan:
Dr. A. S. H. Duinkerke, Otto Eerelmanweg 2, 9761 HZ Eelde.

Excerpta odontologica

SECTIE III CONSERVERENDE TANDHEELKUNDE

1858. Adaptatie van amalgaam

In de literatuur over tekortkomingen van amalgaamrestauraties neemt corrosie en de daarmee verband houdende randbreuk een overheersende plaats in. Toch is het heel goed mogelijk dat mislukkingen, voor zover die althans het gevolg zijn van secundaire cariës, eerder voortvloeien uit slechte adaptatie dan uit randbreuk. Factoren die op de adaptatie van invloed zijn vormen het onderwerp van twee publicaties van Symons en zijn medewerkers. Het eerste onderzoek betreft de invloed van het type legering, de condensatiedruk en de grootte van de amalgaamparties op de

adaptatie aan de bodem en de wanden van klasse I-preparaties in geëxtraheerde premolaren. In dit onderzoek werden acht legeringen gebruikt, waaronder alle bekende typen: conventionele en koperrijke, verspaande, sferische en gemengde. Condenseren gebeurde met een stopper met een diameter van 1 mm die met veel kracht (27-36 N) of weinig kracht (9-12 N) werd gehanteerd. Het amalgaam werd in grote porties (cilinders van 1,5×3 mm) of kleine porties (1,5×0,75 mm) ingebracht. Na een week werden de elementen voor de helft afgeslepen (zie afbeelding) en werd de spleetwijdte tussen amalgaam en tandweefsel microscopisch gemeten. De verschillen in adaptatie tussen de legeringen bleken niet significant. Bij alle legeringen was de adaptatie aan de wanden beter dan

aan de bodem. Zoals te verwachten viel, werd de beste adaptatie bereikt door het condenseren van kleine porties met veel kracht. Dat resulteerde in een randspleet van 1,9 tot 4,7 μm langs de wanden en van 4,1 tot 8,9 μm langs de bodem.

In het tweede onderzoek werden factoren bestudeerd die van invloed zijn op de randaansluiting. Daartoe werd een deel van de preparaties overvuld en werden de overige gevuld tot aan de caviteitsrand. Voor het afwerken werden de elementen in vier groepen verdeeld. Een deel werd niet afgewerkt, een deel werd alleen gebruikt, een deel werd alleen gepolijst en de rest werd gebruneerd en gepolijst. De elementen werden daarna op dezelfde manier bewerkt als in het eerste onderzoek. Op de slijppreparaten werden de amalgaamhoe-