

De sociale kant van het vraagstuk der tandheelkundige opleiding

door C. H. Witthaus.

Bij den enormen technischen en wetenschappelijken vooruitgang, dien de tandheelkunde in de laatste decennien heeft gemaakt, is *de omvang van haar toepassing beschamend gering* gebleven. Misschien tien van de duizend zullen in Nederland van de weldaden der moderne tandheelkunde genieten, terwijl misschien veertig van de duizend op den duur gezonde gebitten behouden, zonder de hulp van den tandarts; de rest, dus ca. 95 %, laat zijne tanden gaandeweg ten gronde gaan, verliest ze door caries, alveolair pyorrhoe en door de tang van den kiezentrekker.

Van de voornaamste oorzaken van dezen toestand, de onkunde, de vrees voor tandheelkundige behandeling, en de hooge kosten, is de laatste de belangrijkste en het meest beschamende voor onze professie. De tandheelkunde zal haren plicht tegenover de maatschappij niet vervuld hebben, zoolang zij er niet in geslaagd is, hare diensten in het bereik van alle tandlijders te brengen, zoolang zij *het privilegium der goeuden* blijft.

Niemand zal kunnen ontkennen, dat de aan de gemeenschap verleende dienst, door een algemeene toepassing der tandheelkunde, een ontzaglijk groote zal zijn. Lijden er niet meer dan 75 van de 100 aan tandcaries, worden er niet tienduizenden van tanden los, die bij behoorlijk onderhoud vast en gezond waren gebleven, en zijn er van de duizend

tanden, die uitgetrokken worden, niet minstens 500, die behoud- en herstelbaar waren, mits een bekwaam tandarts ze behoorlijk onder handen nam? En zouden er van de 10.000 tanden, die aan caries, alveolairpyorrhoe en aan de tang ten offer vallen, niet 9900 behouden zijn gebleven, als zij vroegtijdig onder goede tandheelkundige behandeling waren gekomen? Geen werkelijk tandheelkundige kan op deze vragen ontkennend antwoorden!

Daarbij *worden de noodlottige gevolgen der tandziekten* voor de gezondheid hoe langer hoe duidelijker. Wij weten nu, dat met het verlies van tanden en kiezen niet alleen de schoonheid van het gelaat ontsierd, de spraak belemmerd, de kauw- en maalfunctie gestoord wordt, dat door gebrekkig kauwen de afscheiding van speeksel vermindert en de spijsvertering gevoelig moet lijden, maar wij zijn ook gaan inzien, hoe de infectiekiemen en bacteriëngiften uit een carieuze holte, uit een tandfistel, van een alveolus met pyorrhoe en van ontstoken tandvleesch met de spijzen in maag en darmkanaal geraken, waar zij de spijsvertering storen en tot maag en darmcatarrhen aanleiding geven. Wij kennen de acute en de chronische bloedvergiftiging, door de periodontitis, ostitis en acute vormen van alveolair pyorrhoe in het organisme opgewekt. Wij weten dat menige anaemie, menige neurose, menig empyeem van het antrum, menige klierzwellling gemakkelijk te voorkomen ware geweest door tijdige verzorging van de zieke tanden, die er de oorzaak van zijn, en dat deze ziekten, waar zij door zieke tanden worden veroorzaakt, met zekerheid door behandeling dier tanden genezen worden. Het is nu bekend, dat een slecht onderhouden mond aan vele ziektekiemen den toegang tot het lichaam opent, om er zich te nestelen, te vermenigvuldigen en van hier uit het een of ander orgaan te infecteeren; ik noem maar de verwekkers van diphterie, croup, pneumonie, actinomycose. Alle het lichaam uitputtende ziekten en toestanden zijn beter te bestrijden, als niet door zieke tanden de spijsvertering wordt belemmerd

en het bloed wordt vergiftigd. Dit geldt voornamelijk voor de tuberculose in elken vorm.

Terwijl het dus bekend geworden is, tot welke schadelijke gevolgen voor de gezondheid de tandcaries leidt, blijven de verwoestingen der tanden bij meer dan negen tienden der bevolking voortwoekeren, ofschoon niets ontbreekt dan behoorlijk onderhoud en regelmatige tandheelkundige behandeling, om het euvel met al zijn kwade gevolgen met zekerheid af te wenden.

Bij een nieuwe regeling van de opleiding tot tandmeester moet m.i. met deze verhouding zeer ernstig worden rekening gehouden, en in aanmerking genomen, *in hoeverre de opleiding er toe kan bijdragen, de tandheelkundige hulp meer algemeen bereikbaar te maken.*

Nu behoeft het wel geen betoog, dat hoe langer de tijd van voorbereiding en hoe grooter de kosten der studie zijn, des te grooter ook de remuneratie zal moeten zijn, die de patiënten aan den tandarts voor zijne behandelingen moeten offeren. *Het belang van de gemeenschap eischt dus, dat de studietijd zoo kort zij, als een degelijke opleiding tot het vak toelaat. En zulks eischt ook het belang van den tandheelkundige zelf, die op deze wijze zelfstandig wordt in zijne beste jaren, die den krachtigsten tijd van zijn leven aan het verwerven en uitoefenen van zijn praktijk kan besteden.*

Aan de vereischte schoolstudie, eindexamen H. B. S. met 5j. cursus of Gymnasium, zal wel niemand willen tornen; de strijd gaat om den aard en den duur der academische studie, waarvoor in Nederland tot dusverre geen bepalingen bestonden. In de landen, die een speciale opleiding en bevoegdheid tot tandarts bezitten, varieert de vereischte studietijd van 3—4 jaren. Noord-Amerika, dat in de laatste decenniën ongetwijfeld de beste tandheelkundigen heeft geproduceerd, en aan welk land ons vak den grootsten vooruitgang op haast elk gebied heeft te danken, stelt, wat de Vereenigde Staten betreft, geen wettelijken studietijd vast. De tot een bond vereenigde tandheelkundige hooge-

scholen (dental colleges) houden aan een studietijd van drie jaren vast, nadat een proef, om er een vierde jaar bij te voegen, mislukt en spoedig opgegeven is.

Het door het *Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap* voorgestelde plan van studie en examens is berekend op een *vierjarige studie*. Daar een verandering in den aard en den tijd der medische studie en examens niet in voorbereiding is en dus in afzienbaren tijd buiten beschouwing moet blijven, zou, *als de medische studie voor tandheelkundigen verplichtend werd gesteld*, de tijd 6—8 jaren plus 2 jaren voor speciaal tandheelkundige opleiding bedragen. Laatstgenoemde tijd, die tegenwoordig algemeen als noodig wordt beschouwd, zou waarschijnlijk in de toekomst onvoldoende blijken, als de technische eischen in gelijke mate toenemen, als zulks in de laatste jaren het geval is geweest. *De studietijd zou dus 8—10 jaren bedragen*, en de candidaat, die gelukkig is met het afleggen van zijn examens, zou met het 28-30ste jaar kunnen beginnen zich te vestigen en op patiënten te wachten, waarbij het gewoonlijk wel 2—4 jaren zal duren, voordat hij door middel van de praktijk in zijn onderhoud kan voorzien; wil hij echter, wat zeer raadzaam is, eerst een paar jaren als adsistent onder leiding van een ervaren tandarts werkzaam zijn, dan zal hij op zijn 35ste jaar net zoo ver zijn van zijn praktijk te kunnen leven en een gezin te kunnen onderhouden.

Stelt men het candidaat-arts examen verplichtend, dan zal hierop zeker een driejarige tandheelkundige opleiding moeten volgen, *de studietijd wordt dan 6—7 jaar*, als alles goed gaat. Hierbij gerekend 2 jaren voor adsistentenschap en 3 voor het vormen van een praktijk, zal den jongen tandheelkundige *reeds* op zijn 32ste jaar een onafhankelijke positie bezorgen. Bij het door het Tandheelkundig Genootschap voorgestelde plan zou de candidaat met 24 jaren tandmeester, na twee jaren adsistent geweest en 3 jaren gewerkt te hebben, om zich een praktijk te verwerven, met ca. 29 jaren een voldoende bestaan hebben.

Het spreekt van zelf, dat het curriculum zich maar bij uitzondering precies volgens een der beschreven schemata zal afspelen. Er zullen studenten zijn, die vóór hun twintigste, anderen die later met de studie beginnen. De studietijd zal voor enkelen zeer ijverigen korter, voor velen door niet slagen bij de examens, langer zijn. Door zich met een ouderen collega te associeeren, zal menig tandarts al spoedig na zijn examen in zijn eigen onderhoud kunnen voorzien, velen zullen zich direct na het examen vestigen en in de eerste jaren der praktijk veel leergeld moeten offeren. Maar ook zal een zeker percentage in het buitenland (Amerika) nog zijn opleiding voltooien. Voor ons doel kunnen wij maar met de gemiddelde cijfers rekening houden en ik meen deze juist aangegeven te hebben.

Voor de vraag, *in hoeverre de tandarts zelf belang heeft bij een korteren studietijd*, moeten wij nog *den aard van het werk en de levenskansen* in aanmerking nemen. Ongetwijfeld is het consciëntieuze conserveeren der tanden een uiterst vermoeiende en inspannende bezigheid. Door het langdurige staan wordt het lichaam, door het scherpe zien het oog, door het nauwkeurig en subtiel werken onder ongunstige omstandigheden en afweerbewegingen wordt het zenuwstelsel sterk ingespannen. Het gevaar voor noodlottige infectie van de handen is voor den tandarts volstrekt niet denkbeeldig gebleken. Vele tandartsen moeten dan ook door ziekten van het zenuwstelsel, de oogen, de handen of door infectie het werk opgeven, voor hun vijftigste jaar, weinigen zullen de elasticiteit bezitten, om na hun 55ste zich ernstig met het conserveeren der tanden bezig te houden. Hoeveel gunstiger zijn daarmede vergeleken, de levens- en arbeidskansen van andere hooge beroepen met betrekkelijk korten studietijd, als rechtsgeleerde, geestelijke, ambtenaar enz.! Bij gebrek aan pensioen moet de tandarts voor zijn ouden dag en zijne familie zorgen in de jaren, waarin hem een goede praktijk en een flink werkvermogen ter beschikking staan.

De jaren van het 25ste tot het 35ste zijn die, waarin de mensch over de beste krachten beschikt. Is het raadzaam, deze met het aanleeren van *onnoodige* theoretische kennis te belasten?

Men moet zich ter beoordeeling van deze vraag duidelijk voor oogen houden, *van welken aard de tegenwoordige tandheelkundige praktijk is*, welke de behandelingen zijn, die de tandarts voornamelijk heeft uit te voeren, en bedenken, welke moeilijkheden te overwinnen zijn, om die behandeling aan te leeren.

Om het hier nog eens duidelijk uit te spreken :

De extractie is letterlijk beschouwd geen tandheelkundige operatie, het kiezentrekken is het tegendeel van tandheelkunde, het is het opofferen, het vernietigen van de organen, voor wier behoud ons vak dient. In Amerika (en ook in de *praxis aurea* in Europa), wordt door vele tandartsen de extractie geweigerd en aan de hiervoor bestaande specialiteiten of chirurgen overgelaten, en het zijn juist de beste tandartsen, op wier naamkaarten wij het „no extractions” lezen. Nochtans moet de tandarts hier te lande, waar geen specialiteiten voor extractie bestaan, deze operatie noode verrichten, om in moeilijke gevallen, in de medische praktijk voorgevallen fracturen enz., dank zijn betere anatomische kennis van tanden en kaakbeenderen, en dank zijn ervaring de operatie tot een goed einde te brengen. Maar eigenlijk behoort de tang uitsluitend gereserveerd voor het verwijderen van losstaande melktanden of bij seniele necrose der tanden. *Extractie als middel tegen kiespijn is bijna altijd een kunstfout.*

Het behandelen van ziekten van het mondslijmvlies of der kaakbeenderen, die niet met tandziekten in verband staan, valt geheel buiten het arbeidsveld van den tandarts. De kinderarts, de huisarts, de chirurg of de specialist, zij zullen naar gelang van het geval de behandeling moeten op zich nemen. Zij zullen ook bijna altijd het eerst hiervoor geraadpleegd worden. Evenwel moet de tandarts met de

diagnose dezer ziekten bekend zijn, om ze naar den deskundige te verwijzen. De differentiaal-diagnosé tegenover aandoeningen door zieke tanden veroorzaakt, is bijna altijd gemakkelijk en zeker te stellen, daar deze aandoeningen gering in aantal, zeer typisch en door de aanwezigheid van de causa movens, den zieken tand, gemakkelijk te constateeren zijn.

Het eigenlijke arbeidsveld van den tandarts is het conserveeren van carieuze tanden. Hieraan besteedt hij negen tienden van zijnen tijd, en op het aanleeren van dit werk behoort bij zijne opleiding in de allereerste plaats gerekend te worden. Het bestaat in het vullen van carieuze holten, in het behandelen van de pulpa, het desinfecteeren van zieke wortels, het behandelen van abscessen, fistels en kaakontstekingen, en in het plaatsen van nieuwe kronen op afgebroken tanden. De anatomie, physiologie en pathologie van deze organen maakt zeker minder dan $\frac{1}{30}$ uit van die van het geheele organisme, en is dus in verhouding snel aan te leeren. De therapie theoretisch ook. Maar als het tot de praktische toepassing der therapie komt, dan beginnen de grootste moeilijkheden. Het excaveeren van de carieuze caviteit met de geschikte instrumenten uit honderdtallen van verschillende boren en excavatoren, het vormen van de caviteit met betrekking tot de pulpa, ondersteuning van zwak glazuur, extension for prevention, zichtbaarheid, masticalen druk, de keuze en de manipulatie van het geschikte materiaal, de contour, het afwerken en polijsten, alles wil eerst geoefend en geleerd zijn. Het cauteriseeren en extirpeeren van de pulpa, de desinfectie van de wortelkanalen, het doorpersen van medicijnen door een fistelkanaal, zijn gemakkelijker begrepen dan gedaan. En welke kracht en beheersching van de vingers vereischt het praepareeren van een wortelstomp voor een kroonring, welke ondervinding en oefening de prognose voor een brugwerk en zijne uitvoering. En heeft de candidaat dit alles op het phantoom goed aangeleerd, welke moeilijkheden wachten hem dan bij de toepassing in den mond! De

reflex- en afweerbewegingen van den patiënt, de tartende sensibiliteit, de overstroming door speeksel, slijm en bloed, de hinderlijke bewegingen van de tong, braakbewegingen, hoesten, enz.

Deze moeilijkheden worden alleen overwonnen door *tandheelkundige studie, groote oefening en routine, de medische opleiding baat hier niets.*

Hetzelfde geldt voor de genezing van de tweede voornaamste tandziekte, *de alveolair-pyorrhoe*. Het constateeren van het al of niet bestaan van een constitutioneële voorpyorrhoe dispooneerende ziekte is met hulp van den huisarts niet moeilijk. Maar het voorzichtige verwijderen van den subgingivalen tandsteen en het fixeeren door metaalverbanden, stellen weer eischen aan zijn technisch kunnen.

Voor een steeds uitgebreider en moeilijker taak wordt de tandarts geplaatst, nu met den enormen vooruitgang der orthodontia niet alleen het *reguleeren van tanden*, maar ook *het veranderen, ruimer en nauwer maken van kaakbeenderen en de verandering van derzelver verhouding tot elkaar*, geëischt wordt. De herkenning van de oorzaken, zoowel als de prognose en de bepaling en uitvoering van de therapie liggen *bijna geheel op tandheelkundig gebied: de algemeene medische studie leert hieromtrent zoo goed als niets*, en de uitvoering van de therapie, het vervaardigen, plaatsen en controleeren der regulatietoestellen, stelt weer grootere eischen aan zijne technische kennis en bekwaamheid. De ondervinding op dit gebied stelt hem ook in staat, bij kaakfracturen door geschikte verbanden de genezing met behoud der physiologische functie van het kauwapparaat mogelijk te maken.

De laatste taak van den tandarts, die vroeger wel als een der voornaamsten werd beschouwd, is het maken, passen en plaatsen van op platen gemonteerde *kunsttanden en gebitten*. Om niet afhankelijk te zijn van zijnen werkman, moet de tandarts met alle technische details bekend zijn en bovendien moet hij met de eischen der aethetica en kunst

bij het uitzoeken en monteeren van de voor elk geval passende tanden goed op de hoogte zijn. Ook op dit gebied *kan de algemeene medische studie van weinig nut zijn, technische metallurgische, chemische en physische kennis vormen hier de basis.* Men is overigens gaan inzien, dat de tandheerkundige waarde van op het tandvleesch rustende platen met kunsttanden betrekkelijk gering is, daar zij maar een drukking van 20—40 pond toelaten, terwijl men met natuurlijke tanden resp. met op natuurlijke wortels geplaatste kunstkronen en bruggen een mastikalen druk van 100—300 pond kan uitoefenen. Daarbij doen de platen veel kwaad aan de overgebleven natuurlijke tanden en stellen deze zelfs niet zelden buiten functie. Het behoud van de natuurlijke tanden blijft voor den modernen tandarts steeds de hoofdzaak, hiervoor moet hij voornamelijk worden opgeleid.

Het is ook volstrekt niet voldoende, dat de tandarts wete, hoe er in een gegeven geval gehandeld moet worden en dat hij wel eens iets analoogs hebbe beproefd. Alleen al op het gebied der preparatie van carieuze caviteiten, doen zich zoo veel verschillende gevallen voor, wier détails zijn bijzondere aandacht eischen, en staat de beginner zoo dikwijls voor nieuwe problemen en moeilijkheden, dat *alleen een honderdvoudig herhaalde oefening* hem in staat stelt, zijne patiënten behoorlijk en niet als proefdieren te behandelen. En welk eene enorme verscheidenheid bestaat er niet in den vorm der wortelkanalen en in de methoden om daarin te opereeren! Wie zich de kennis en handigheid hieromtrent eerst in zijn praktijk wil eigen maken, zal groote teleurstellingen ondervinden.

Hij die goed en methodisch onderwezen is en zich jarenlang op het phantoom en op klinische patiënten onder toezicht heeft geoefend, zal daarvoor zichzelf en zijne patiënten sparen. Hij kan de moeilijkheden in elk bijzonder geval *voorzien* en door geschikte maatregelen overwinnen, en hierin ligt het succes.

Nu zou het alleen in het nadeel van den tandarts zelf

zijn, als hij door onhandigheid en het herhalen van mislukte pogingen 4—8 uur noodig heeft om een tand met pulpitis of periodontitis te behandelen en te vullen, waarvoor een geoefend tandarts 1—2½ uur gebruikt, ware het niet dat de uitslag bij mindere ervaring op den duur minder gunstig pleegt te zijn, en dat het honorarium voor het conserveeren het drievoudige moet zijn. Het resultaat is duidelijk en wordt dagelijks in de praktijk bevestigd. De ongeoefende, door de moeilijkheden en mislukkingen van de pulpa en wortelbehandeling teleurgesteld, geeft deze op en *gaat tot extractie over*. De patiënt, vertrouwend op de bevoegdheid resp. den titel van den operateur, kan zich moeilijk tegen dit besluit verzetten, en op het vonnis is, na de executie, geen beroep. Ieder consciëntieus tandarts moet dikwijls met verontwaardiging van nieuwe patiënten hooren, dat deze of gene tandarts of „stomatoloog!” een tand of k'es tot de tang veroordeeld heeft, die met een chronische pulpitis, een periodontitis, een tandvleeschfistel, maar tevens met een nog herstelbare kroon of kroonbaren wortel was voorzien. De patiënt is geneigd, voor het conserveeren een redelijken prijs te betalen, maar is *door het dreigen met de tang of met exorbitante kosten afgeschrikt*, omdat de operateur tegen de moeilijkheid van de behandeling opzag. En toch geldt ook hier het:

„*Wenn man's kann, ist's nicht schwer*”.

Resumeerende komen wij tot de conclusie, dat voor bijna al het werk van den tandarts de technische moeilijkheden zeer groot, maar door langdurige systematische oefening te overwinnen zijn, en dat *het volkomen beheerschen van de technische details onmisbaar is*. Bij het tegenwoordig standpunt der tandheelkunde is hiervoor een tweejarige opleiding nauwelijks voldoende.

De mogelijke uitbreiding van de theoretische geneeskundige technische, physische en metallurgische voorbereiding is feitelijk onbegrensd, daar geen menschenleven lang genoeg duurt, om de geheele geneeskunde in al haar onderdeelen,

volgens den tegenwoordigen stand der wetenschap, en tevens de hedendaagsche scheikunde en natuurkunde in haren geheelen omvang ook maar theoretisch te leeren. Er moet dus eene beperking plaats hebben, en het is de vraag, *moeten wij in dit opzicht den traditioneeelen studiegang van de geneeskunde overnemen, of moeten wij de grenzen van de genoemde wetenschappen voor ons vak zelfstandig bepalen.*

Deze vraag is door de heldere opstellen van Dr. van der Hoeven en door de in het eerste nummer van dezen jaargang in dit tijdschrift afgedrukte voordracht van Prof. Miller ondubbelzinnig beantwoord. Ik sluit mij daar volkomen bij aan. De uitgebreide technische en praktische opleiding is *onmisbaar*, gelijk ik hier heb aange-toond. De theoretische voorbereiding is dit eveneens, maar alleen in zooverre, als ze met ons vak te maken heeft. Het aanleeren van al de anatomische, physiologische, pathologische détails van het geheele organisme, van de vele hulpwetenschappen der geneeskunde, gelijk zij bij de hedendaagsche medische studie worden vereischt, is niet alleen onnoodig, maar zelfs hoogst schadelijk voor den tandheelkundige. Het belast zijn geheugen met ontelbare dingen, waarvan hij weet, dat ze hem nimmer van eenig nut zullen zijn; het belet hem, zich op jeugdigen leeftijd behoorlijk aan de noodige praktische oefening te wijden, het dooft door den langen duur der studie zijn energie en elasticiteit uit, het levert hem te laat over aan zijn eigenlijken arbeid, aan de tandheelkundige praktijk, en het maakt hem later onmogelijk *goede en tevens goedkoope conserveerende behandel-ling* te leveren.

En hier komt het op aan. Wil men het conserveeren van tanden in het bereik brengen van allen, die er behoefte aan hebben, dan moet dit werk belangrijk goedkooper worden, zoodat de ziekenfondsen het in vollen omvang kunnen overnemen. Rekent men eene familie, de zuigelingen buiten gesloten, op vijf personen, dan zullen er, bij de tegenwoordige cariesfrequentie, per jaar gemiddeld minstens tien vullingen

voor het gezin te maken zijn, en een of twee wortel- en pulpabehandelingen. Het is zonder meer duidelijk, welk enorm verschil het voor het budget der familie resp. voor het fonds maakt, of aan den tandarts tien of veertig uren voor ditzelfde werk behooren vergoed te worden. Het onderscheid in den arbeidstijd tusschen den goed methodisch geoefenden tandarts en den theoretisch goed maar praktisch onvoldoenden opgeleiden, is zeker niet geringer, als eenzelfde resultaat bereikt moet worden. Voegt men hierbij een tijd voor de noodige periodieke inspecties, voor verwijdering van tandsteen, behandeling van alveolair pyorrhoe en desnoods de kosten voor kunsttanden, dan blijkt dat *alleen goedkoopere behandeling van vlugge goed geschoolde tandartsen de gebitten der bevolking in een gezonden toestand zullen kunnen brengen en houden*. Er moeten natuurlijk nog andere voorwaarden vervuld worden, om dit doel te bereiken. *Schooltandartsen moeten overal aangesteld, schoolklinieken voor tandheelkundige behandeling opgericht worden, om het euvel bij den wortel aan te pakken. De ziekenfondsen moeten wettelijk verplicht worden tot het verstrekken van conservatieve tandheelkundige hulp*. Het instrumentarium is al veel verbeterd en ook wat goedkooper geworden, ook de materialen zijn belangrijk verbeterd, zoodat wij met plastische vullingen thans duurzame resultaten bereiken. Maar ook *moet de bevolking gaan inzien, dat het consulteeren van den tandarts geen uitzondering, maar regel moet zijn*, dat zij behoefte heeft aan een aantal tandheelkundigen, haast even groot als dat der geneeskundigen. Hoe groot in Nederland feitelijk de behoefte is aan tandheelkundigen, leert een vergelijking met Noord-Amerika. Daar is er één tandarts op ca. 3000 zielen, in Nederland één op de 30.000. Daarbij stelt ook in de Vereenigde Staten zeker nog de meerderheid het zonder tandheelkundige hulp.

Het komt mij daarom voor, dat de wetgever, met deze feiten voor oogen, het niet kan verantwoorden, het aantal tandheelkundigen laag te houden door te rigoreuze bepa-

lingen betreffende de theoretische medische studie; dat hij niet het recht heeft, een tandarts zijn krachtigste werkjaren te ontnemen, om aan zoodanige studie te verspillen, ten koste nog wel van de praktische opleiding, en dat het publiek aanspraak heeft op goed geschoolde krachten, die door relatief korte studie de kosten van de conserveerende behandeling op een redelijk niveau kunnen houden. De vijf of zes jaren onderscheid tusschen de voorstellen van het Tandheelkundig Genootschap en die der stomatologen maken bijna een vierde uit van den geheelen waarschijnlijk duur der praktijk, en wel de jaren der grootste lichamelijke en geestelijke kracht. Mogen die jaren den tandarts voor zijn eigenlijk werk behouden blijven, en aldus aan het publiek ten goede komen.
