

2. Murphy, A. J. (1926): J. Inst. Metals 35: 107.
3. Peyton, F. A. (1968): Restorative dental materials. 3rd edition. The C. V. Mosby Co.
4. Tekenbroek, J. N.: Tandheelkundige materiaalkennis. Deel II. G. J. & D. Tholen, Utrecht.
5. Rijge, G., Fairhurst, C. W., Fisher, C. H. (1961): Internat. D. J. 11: 181.
6. Murphy, A. G., Preston, G. D. (1931): J. Inst. Metals 46: 507.
7. Gayler, M. L. V. (1937): J. Inst. Metals. 60: 379.
8. Fairhurst, C. W., Cohen, J. B.: Crystallography of dental amalgam. Abstracted I.A.D.R. Reprinted abstract.
9. Pihl, C. E., Beasley, W. M. (1968): J. Dent. Res. 47: 418.
10. Schoonover, J. C., Souder, W., Beall, J. R. (1942): J.A.D.A. 29: 1852.
11. Skinner, E. W., Phillips, R. W. (1969): The science of dental materials. 6th edition. W. B. Saunders Company.
12. Crowell, W. S., Phillips, R. W. (1951): J. Dent. Res. 30: 845.
13. Greener, E. H., Yang, J. K., Grant, A. A., Meshii, M. (1968): Aust. Dent. J. 13: 363.
14. Farrell, J. H. (1958): Brit. Dent. J. 104: 128.
15. Johnson, L. B., Lawless, K. R. (1968): J. Dent. Res. 47: 1194.
16. Jorgensen, K. D. (1965): Acta Odont. Scand. 23: 347.
17. Wilkinson, E., Haack, D. (1958): J. Dent. Res. 37: 136.
18. Taylor, D. F., Burnham, J. B. (1967): I.A.D.R. Annual meeting.
19. Wing, G., Rijge, G. (1965): J. Dent. Res. 44: 1325.
20. Nagai, K., Ohashi, M., Habu, H. (1968): J. Nihon Univ. Sch. Dent. 10: 1.
21. Koran, N., Asgar, K. (1967): J.A.D.A. 75: 912.
22. Nagai, N., Masayoshi, O. (1967): J. Nihon Univ. Sch. Dent. 9: 143.
23. Smith, D. L., Caul, H. J. (1956): J.A.D.A. 53: 315.
24. Smith, D. L., Caul, H. J., Sweeney, W. T. (1956): J.A.D.A. 53: 667.
25. Waterstrat, R. M., Longton, R. W. (1964): Publ. Hth. Repts. 79: 638.
26. Waterstrat, R. M. (1969): J.A.D.A. 78: 536.
27. Mueller, H. J., Greener, E. H., Crimmins, D. S. (1968): J. Biomed. Mater. Res. 2: 95.
28. Nagai, K., Ohashi, M., Miyazu, H. (1966): J. Nihon Univ. Sch. Dent. 8: 149.
29. Anderson, J. N. (1969): Brit. Dent. J. 1: 313.
30. Gruber, R. G., Skinner, E. W., Greener, E. H. (1967): J. Dent. Res. 46: 497.
31. Mateer, R. S., Reitz, D. (1970): J. Dent. Res. 49: 399.
32. Suftin, L. V., O'Gilvie, R. E. (1970): J. Dent. Res. 49: 1011.
33. Viohl, J. von (1968): D.Z.Z. 23: 1432.
34. Fusayama, T., Hosada, H., Hayashi, K., Okuda, K., Matono, R. (1967): J. Dent. Res. 46: 1019.
35. Charbeneau, G. T. (1965): J. Mich. Dent. Ass. 47: 320.
36. Fusayama, T., Hayashi, K. (1970): J. Dent. Res. 49: 733.
37. Probst, R. L., Karp, P. I., Sayre, C. H., Beebe, A. R. (1961): U.S. Patent No. 2,968,062, Januari 17.

Adres: Dr. W. P. F. A. M. Omloo,  
Antillenstraat 11-13,  
Groningen.

## UITEN VOOR DE PRAKTIJK

*Uit de afdeling Tandheelkundige Röntgenologie  
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
Hoofd: A. C. M. van de Poel.*

### „EEN NIEUWE WANDARM”

A. C. M. VAN DE POEL

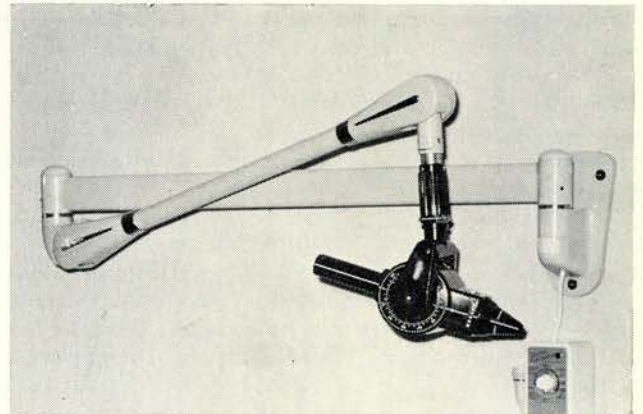
Bij het inrichten van een praktijkkamer voor zittend werken zal men momenteel – ten einde deze ruimte zo ruim, rustig en eenvoudig mogelijk te houden – het liefst géén of anders een zo eenvoudig en compact mogelijke unit opstellen.

Waarmee dan tevens het probleem ontstaat hoe nu het röntgenapparaat moet worden opgehangen, want dit type units zijn hiervoor over het algemeen niet geschikt.

Het werkt het prettigst wanneer de patiënt voor een aanvullende röntgenfoto (bijv. een lengtebepaling) tijdens de behandeling in de stoel kan blijven zitten. Ook het pla-fondstatief is, afgezien nog van het feit dat deze oplossing

weinig fraai is, hiervoor niet te gebruiken. Om het toestel goed te kunnen hanteren moet het betrekkelijk laag worden opgehangen met als gevolg dat het in en uit de stoel stappen er ernstig door wordt bemoeilijkt.

Een oplossing zou kunnen zijn het röntgenapparaat aan de wand achter het hoofdeinde van de behandelstoel te monteren, maar hier zal men veelal weer een kastenwand



De eenvoudige arm van Philips N.V.

boven het werkblad willen hebben. Rest dus de zijwand; helaas zijn echter al de normaal verkrijgbare (standaard) wandarmen hiervoor te kort. Zij moeten dan minimaal een bereik van 1.70 m hebben. De afstand zijwand hartlijn behandelstoel bedraagt bij een dergelijke opstelling immers al 1.50 m.

Sinds enige tijd is er van Philips N.V. een nieuwe wandarm (de zgn. eenvoudige arm) op de markt die deze afstand

ruim haalt. De lengte van de arm is namelijk 2 meter (zie afb.). De constructie is betrekkelijk eenvoudig met als prettige bijkomstigheid dat de prijs ervan beneden die van de „oude” (de zgn. draagarm) ligt.

Om beschadigen van de wand en de arm te voorkomen kan ter hoogte van het einde van de horizontale arm een rubber of plastic stootop op de wand worden aangebracht.

Philips van Leydenlaan 25,  
Nijmegen.

## BIJZONDERE ONDERWERPEN

### HET ONDERWIJS IN DE TANDHEELKUNDE III

#### *Inleiding*

In beide vorige artikelen (Ned. T. Tandheelk. 77: 434, dec. 1970 en 78: 22, jan. 1971) werd aandacht gevraagd voor zekere herzieningen in het tandheelkundig onderwijs in de Verenigde Staten. Daarbij bleek dat de gesignaleerde drang naar vernieuwing, waarbij uit de aard der zaak ook het ter beschikking komen van nieuwere onderwijsmethoden (bv. audio-visuele hulpmiddelen) van invloed is, werd gevoed uit verschillende bronnen, die ruwweg als volgt zijn te verdelven:

1. de veranderde behoeften van de student;
2. de veranderde behoeften van de patiënt, resp. de gemeenschap.

Hoewel deze facetten tot op zekere hoogte los van elkaar staan, hebben zij gemeen, dat zij beide de noodzaak tot integratie van de studie doen gevoelen.

#### *1. Behoeften van de student*

Doel van de studie is de vorming van wetenschappelijk onderlegde tandartsen, die door hun opleiding in staat zijn, nieuwe ontwikkelingen te volgen en in hun handelingen te integreren. Het is echter moeilijk het juiste evenwicht te vinden. Door de ontstellende groei van de kennis in de medisch-biologische basisvakken dreigt een overaanbod van wetenschap, dat alleen van nut is voor de weinigen die zich in één dezer wetenschappen gaan specialiseren. Voor de algemeen-practicus is het echter niet nodig en door zijn veelheid wellicht eerder schadelijk. Dit nog temeer omdat zekere onderwerpen (bv. DNA-RNA) uiteraard de belangstelling hebben van zowel de cyto-histoloog als de geneticus, de biochemicus en de patholoog, om maar enkele basisvakken te noemen. De kans is dus groot – en het komt ook voor – dat diverse docenten in de basisvakken zulke hoofdstukken onafhankelijk van elkaar behandelen, blijkbaar omdat men vooraf niet voldoende overleg heeft gepleegd. Maar dit leidt tot ongewenste overlapping en dus tijdverlies voor de tandheelkundige student, die in een kandidaatsprogramma van 2 jaar tóch al met zijn tijd moet woekeren, gezien ook zijn specifiek-tandheelkundige practica.

Mede daarom wordt door Durocher c.s. voorgesteld, niet langer los van elkaar staande cursussen in de onder-

scheidene basisvakken te geven, maar een bepaald hoofdthema van de zijde van de anatoom, de histoloog, de biochemicus, etc. te laten belichten (zie Ned. T. Tandheelk. 77: 434, dec. 1970). Zo wordt volgens hen het omvangrijke onderwijspakket op de meest compacte, overzichtelijke en dus efficiënte wijze aangeboden. Deze integratie geldt dan met name de kandidaatsstudie, maar zij kan natuurlijk ook worden uitgebreid tot de klinische vakken. Dit hangt samen met:

#### *2. Behoeften van de patiënt resp. de gemeenschap*

Om onderwijstechnische redenen is aan de universiteiten altijd onderscheid gemaakt tussen vier grote klinische vakken: conserverende en prothetische tandheelkunde, mondheelkunde en orthodontie. Dit is een vaste traditie geworden. De belangrijkheid van deze vakken wordt geaccentueerd door het feit dat onveranderlijk aan het hoofd een hoogleraar staat. Aarzelend hebben zich in de loop der jaren nieuwere klinische vakken afgesplitst, waarvan in Nederland als eerste voorbeeld de parodontologie geldt. Zij heeft hier nog niet de erkenning gevonden, die de grote vier ten deel viel: het betreft voornamelijk een lectoraat. Eigenlijk weet men er ook altijd nog niet goed weg mee: de parodontologie leunt om zo te zeggen tegen de grote vier aan; iedere afdeling eist er voor zich een stukje van op, hetgeen overigens duidelijk het belang ervan illustreert. Want parodontologie ligt tot op zekere hoogte ten grondslag aan conserverende en prothetische tandheelkunde, maar ook aan orthodontie. Geen wonder: het vak houdt zich nu eenmaal bezig met het fundament van het gebit.

Maar dat accentueert nog de ontoereikendheid van de klassieke indeling in de bovengenoemde klinische categorieën en het is dus zeer de vraag of de patiënt, resp. de gemeenschap er nog langer mee gediend is, althans in de vorm waarin zij thans nog vigeert. De twijfel daaraan groeit nog als men in aanmerking neemt de veranderde opvattingen over hetgeen de patiëntenbehandeling – of liever: patiëntenzorg – feitelijk inhoudt en over wat daarbij voorrang dient te hebben (o.a. preventie). Dan blijkt die indeling in vier hoofdcategorieën + het „bijvak” parodontologie – waardoor de student onwillekeurig ook een onderscheid gaat maken tussen „prothetische”, „conserverende” etc. patiënten – niet langer te voldoen, want in feite heeft iedere patiënt al vroeg conserverende, orthodontische, parodontale en vaak ook prothetische problemen en dus komt de bestaande strakke indeling tijdens de opleiding