

# VEREENIGING VAN NED. TANDARTSEN.

VERGADERING VAN ZONDAG 20 NOVEMBER,  
AANVANG 9 UUR V.M.

## DISCUSSIES VOORDRACHTEN.

### 1. L. M. WILLEMSE.

Anaesthesie van boven- en onderkaak (met demonstratie).

De Voorzitter opent de discussies.

De heer De Groot: M. d. V.! Ik zou gaarne een enkel woord naar aanleiding van de rede van den heer Willemse willen zeggen.

Aux grands maux les grands remèdes. De anesthesie die wij gebruiken, hangt af van den aard van de operatie. Een chirurg, die een groote operatie heeft te verrichten, gebruikt met voorliefde de narcose. Kan hij de narcose, waaraan ook zekere gevaren en moeilijkheden verbonden zijn, omzeilen, dan gaat hij over tot lokale anaesthesie. Ook bij kleinere ingrepen gebruikt hij lokale anaesthesie, maar dan eene die gemakkelijk is uit te voeren en die slechts geringe bezwaren oplevert. Nu komt het mij voor dat de operaties, waarvoor de tandarts lokale anaesthesie gebruikt, in het algemeen niet zoodanig zijn dat het gemotiveerd is, daarvoor een grootere geleidingsanaesthesie toe te passen. Er zijn enkele gevallen, waarin de leidingsanaesthesie ons buitengewoon nuttig is, maar in vele andere gevallen kunnen wij volstaan met een eenvoudige slijmvliesanaesthesie. Wil men spreken van plexus-anaesthesie, het is mij wel, maar ik ben het eens met den heer Stehouwer, dat die naam eenigszins eigenaardig aandoet in verband met hetgeen de chirurg onder plexus-anaesthesie verstaat; maar dat doet er minder toe, als wij maar begrijpen wat

wij er mede bedoelen. In vele gevallen zullen wij dus met slijmvlies-anaesthesie kunnen volstaan en is het niet noodig, de leidingsanaesthesie te hulp te roepen. Ik weet wel dat de leidingsanaesthesie veel meer gevoelloos maakt, maar er zijn gevaren aan verbonden. De heer Willemse heeft zelf daarop al de aandacht gevestigd, maar ik zou die toch nog met een paar woorden willen memoreeren.

Voorzoover ik de voordracht heb bijgewoond, was de heer Willemse straks aan de bespreking van de nervus alveolaris superior posterioris. Hij doet daarbij de tuber anaesthesie en hij deelt mede, dat men daarbij kan teweegbrengen thrombose van de vena ophthalmica en van andere venae, die liggen in de nabijheid van de fossa sphenopalatina.

Alleen de mogelijkheid dat zoo iets kan gebeuren is voor mij al voldoende om te zeggen: ik pas die leidingsanaesthesie voor tandheilkundige behandeling, zooals ik hier straks hoorde noemen pulpa-behandeling, niet toe. Wij hebben de gewone druk-anaesthesie, de gewone slijmvlies-anaesthesie, waarmede wij goed uitkomen, en dan is het niet gemotiveerd, een leidingsanaesthesie toe te passen waarbij men het gevaar heeft van thrombose en eventueel van het loslaten der thrombi met alle complicaties van dien, in venae die met de hersenen in verband staan.

Dan besprak de heer Willemse de nervus alveolaris inferior. Hij steekt de naald in het kanaal met de kans, dat ook daar bloeding optreedt. Die bloeding van de arteria alveolaris superior is niet gering. Ik heb daarvan zelf eens een geval medegemaakt. Daarbij kan de patiënt weken lang last hebben van het oog, doordat in het canalis orbitalis het ontbreken van been voorkomt. De zenuwschede ligt dan dus tegen de buitenrand van de orbita. Het resultaat van de bloeding is, dat het bloed niet rustig in het kanaal blijft, maar dat er uit spuit in de oogbol, zoodat de patiënt een geweldig bloed onderloopen oog heeft. Wanneer U een pulpa in de bovenkaak hebt te behandelen en U spuit den patiënt op een dergelijke wijze in, dan zal hij U absoluut niet dankbaar zijn voor de anaesthesie die U hem bezorgd hebt, vooral niet waar U die anaesthesie op andere wijze zonder die gevaren had kunnen bereiken.

De anaesthesie van de nervus palatinus major heeft minder bezwaar, maar de heer Willemse zegt terecht, ook daarbij heeft men kans de arterie aan te steken. Het zou bij mij niet opkomen, die kans te loopen, terwijl ik kan uitkomen met een andere anaesthesie, waarbij dat gevaar niet bestaat.



De anaesthesie van de nervus naso palatinus is lang niet onschuldig. Ook daarbij loopt men het gevaar van bloeding. Men ziet die gevallen zeer zelden, ik heb er drie van medegemaakt. Wanneer ik in die buurt moet opereeren, al is het een eenvoudige alveotomie, dan neem ik den patiënt in een ziekenhuis. Wenscht de patiënt zich niet te laten opnemen, dan weiger ik te opereeren. Ik heb bloedingen gezien die met hulp van verpleegsters onmiddellijk door druk konden worden gestelpt, maar bloedingen die ik beschouw als levensgevaarlijk. Maar ook afgezien daarvan, een patiënt die een flinke bloeding heeft gehad, ligt weken lang ellendig in bed, tengevolge van de anaemie. Ook de anaesthesie van de nervus naso palatinus moet ik wegens het gevaar van bloeding veroordeelen.

Nu de anaesthesie van de nervus alveolaris inferior, dus de mandibularis. Die beschouw ik als de onschuldigste. In de kliniek passen de studenten deze zenuwverdooving niet toe, omdat de student de verantwoordelijkheid voor zijn daden nog niet zoodanig voelt als de gediplomeerde tandarts, maar de jonge tandartsen die hier komen en die de alveolair-anaesthesie willen leeren, worden met veel genoegen ontvangen. Na een of twee voormiddagen gaan zij naar huis en zijn zij in staat, die anaesthesie goed te doen.

Vroeger zijn tegen deze wijze van aestheseeren veel bezwaren opgeworpen, bijv. kaakklem. Ik heb daarnaar eens een onderzoek ingesteld en in 500 gevallen, waarin ik zelf had geïnjecteerd, heb ik de patiënten na een paar dagen terugbesteld om keelafwijkingen, kaakklem enz. te controleeren. Ik heb niets bijzonders gevonden, en de patiënten hadden ook niets gemerkt. Ik beschouw deze dus als de onschuldigste van de leidingsanaesthesiën, en dat is maar goed ook, want wij kunnen daarmee onze patiënten juist buitengewoon groote weldaden bewijzen. In de bovenkaak toch komen wij altijd uit met de onschuldige slijmvlies-anaesthesie, maar in de onderkaak niet. Ik weet wel dat men het daarmee niet algemeen eens is, maar naar mijn meening is de compacta zoo dik dat de patiënt, dat is tenminste mijn ervaring, toch pijn houdt. Vandaar dat ik in de onderkaak altijd leidingsanaesthesie toepas.

Nu zal de heer Willemse mij toevoegen: maar bij irritatie van het periost kunt gij de slijmvlies-anaesthesie niet gebruiken. Gij zoudt dan infectueus weefsel naar binnen brengen en den patiënt een groote ontsteking bezorgen. Daarmede ben ik het volkomen eens en daaruit volgt dus, dat wanneer een dergelijk groot proces in de kaak aan-

wezig is en wij willen gevoelloos behandelen, wij tot een andere wijze van anaesthesie moeten overgaan. Maar waarvoor hebben wij de anaesthesie noodig? Voor extractie? Wanneer een dergelijk ontstekingsproces in gang is, staan de elementen gewoonlijk los en zijn zij zoo gemakkelijk te extraheeren, dat anaesthesie onnoodig is. Wanneer dat niet het geval is, dan kunnen wij chlooraethyl toepassen, wat juist voor die gevallen een pracht van een methode is. Wanneer wij willen extraheeren bij een ernstige ontsteking in de bovenkaak en de patiënt is zoo gevoelig dat wij moeten overgaan tot mandibulairanaesthesie, dan is het altijd de vraag of de ontsteking de zenuwen niet al heeft aangetast. Maar waarom zouden wij dan niet de narcose gebruiken? U vraagt een narcotiseur, U laat de chlooraethyl-narcose toepassen, U vermijdt alle gevaar en de patiënt merkt er niets van.

Maar er is nog een ander, ernstig bezwaar. Mij is al eens een aanmerking gemaakt van den kant van de neurologen, die ik volkomen gemotiveerd acht, en wel deze: Krijgt gij met Uw leidingsanaesthesie later geen afwijking van de zenuwen, geen neuralgieën? Bij ons krijgen de patiënten dat in het algemeen niet, omdat wij niet inspuiten in de zenuw. Wij leggen ons dépôt zoo mogelijk in de buurt van de zenuw. Ik schrik, wanneer ik een patiënt krijg die onmiddellijk na de inspuiting zegt: mijn lip wordt al dik, want dan denk ik: ik heb in de zenuw ingespoten, wat zal er nu gebeuren? Nu steekt Sicher de dikke naald van een record spuit gewoon in het zenuwweefsel van de infra orbitalis en daarin spuit hij dan de spuit vol vloeistof leeg. Dat moet toch aanleiding geven tot een geweldige destructie in de zenuw en het zou heel interessant zijn te weten, of dat later nog gevolgen heeft. Ik zou collega Willemse willen vragen, of hem ook iets bekend is van ervaring in dit opzicht. Want wanneer het gaat om behandeling, althans om iets ernstigs te doen (en leidingsanaesthesie noem ik iets ernstigs) dan sta ik altijd op het standpunt: hoe zoudt gij wenschen dat het gedaan werd als het U zelf betrof? En dan antwoord ik onmiddellijk: aan mijn hoofd geen leidingsanaesthesie, behalve mandibulair-anaesthesie. (*Applaus*).

De heer Willemse: Ik kan niet anders zeggen dan dat ik U zeer dankbaar ben voor Uw opmerkingen. Wanneer ik mij misschien wat te optimistisch uitgelaten heb over alle mogelijke leidingsanaesthesiën, dan wil ik direct verklaren dat dit mijn bedoeling abso-



Iuut niet is geweest. Daarom ben ik U des te meer dankbaar voor de waarschuwendende stem die U hebt doen hooren. Het heeft in mijn bedoeling gelegen, de collega's wel te animeeren voor de leidings-anaesthesie in de onderkaak, maar vooral voorzichtig te zijn in de bovenkaak. Ik herinner er aan, dat ik speciaal bij de tuber anaesthesie daarop gewezen heb. De bezwaren die U aangevoerd hebt erken ik volkomen, alleen zullen wij in de praktijk, wanneer een patiënt zich niet leenen wil voor de narcose en voor de moeilijkheden die daaraan verbonden zijn, een beetje vlugger tot leidingsanaesthesie overgaan dan misschien voor den patiënt wel wenschelijk is.

Ik moet echter even iets recht zetten wat de nervus infra orbitalis betreft. Sicher zou het mij hoogst kwalijk nemen als ik den indruk had gevestigd, als zou hij met een dikke naald inspuiten in de nervus infra orbitalis. Ik heb alleen willen te kennen geven, dat wij weten dat wij in de buurt zijn van het foramen infra orbitalis wanneer de patiënt reageert, de zenuw heeft dan een klein prikje gekregen. Dan schuif ik de naald voorzichtig in het kanaal, maar zonder den minsten weerstand. Ik moet dus voelen dat ik niet in de nervus infra orbitalis ben, maar dat ik langs een wand glijd en zoo in het kanaal ben. Uit den aard der zaak is het voor ieder duidelijk, dat het niet in de bedoeling van de anaesthesiologie ligt, een scheur te maken.

De heer De Groot: Ik wil allerminst het laatste woord hebben, maar wat U mededeelt maakt het juist noodzakelijk, een dubbele waarschuwing te richten tot de collega's om toch vooral voorzichtig te zijn. Persoonlijk heb ik veel met leidingsanaesthesie te maken en ik vind het buitengewoon moeilijk het kanaal te vinden. In de tweede plaats, wanneer U het canalis infra orbitalis bekijkt, en U neemt een recordspuit, die tamelijk dik is (en dat is goed, want de naald gaat direct overal doorheen) en U brengt die in het kanaal, dan zoodanig te manoeuvreeren dat ik overtuigd ben, dat ik niet in de zenuw ben, ik geloof dat dit tot de onmogelijkheden behoort.

De heer Willemse: Dat voelt U aan den weerstand dien U ondervindt.

De heer De Groot: Ik blijf maar liever in de omgeving van het kanaal.

De heer Willemsse: U herinnert U, uit het vroegere maken van preparaten, dat de zenuw niet is een dun, los kabeltje, maar dat voor het doorsnijden van een zenuw een zekere kracht noodig is. Wanneer wij dat weten, kunnen wij het gevaar dus wel vermijden. Ik zou echter niemand aanraden deze injectie te doen in een geval, waarin het niet absoluut noodzakelijk is. En voor het geval men het moet doen, heb ik den weg willen wijzen hoe het gedaan moet worden.

De heer Speckman: M. d. V.! Ik meen dat wij collega Willemsse dankbaar mogen wezen voor zijn zeer mooie voordracht, waarmede ik het in de praktijk volkomen eens ben; met de beperking van Dr. de Groot, dat ik de infra orbitaal anaesthesie weinig of niet toepas, want daarin vind ik bezwaar. Overigens gevoel ik in deze debatten over anaesthesie een waarschuwend toon, waartegen ik meen te moeten opkomen. Ik heb tienduizenden gevallen behandeld, ik heb iederen dag geanaestheiseerd en ik heb nooit eenig nadeel er van gezien. Ik heb ook wel in de arterie gestoken. Geen week ging soms voorbij of ik kreeg die groote anaemische plekken, naar gelang ik de arterie geraakt had, maar ook daarvan heb ik nooit eenig nadeel gezien. Ik heb nooit kaakklem waargenomen bij leidingsanaesthesie en in zeven jaar heb ik die zeker 7000 keer gedaan. Men behoeft dus niet al te bang te zijn en voor den patiënt is het een groot voordeel dat wij pijnloos opereeren, dat wij die kleine kans, die de literatuur noemt, gerust kunnen dragen.

De heer Willemsse zeide dat de napijn bij inspuiting onder het periost een gevolg is van de verscheuring van weefsel. Ik betwijfel dat. Ik beschouw alle napijn als een gevolg van infectie. Ik geef dus geen inspuiting voor een excavatie of voor een extractie, ik maak dus geen wond en ik heb nooit napijn gevonden. Als men een ondermolaar uitboort of een bovenmolaar en men geeft een ruime injectie, terwijl ik de laatste jaren ook de hooge steek toepas, dan komt men vaak onder het periost. Voor den patiënt is het onaangenaam dat hij het periost voelt opscheuren, maar de anaesthesie is prachtig en er treedt geen napijn op. Ik beschouw napijn dus als een gevolg van de extractie. In den regel ziet men dan ook een groen gekleurde etterige prop zitten.

Ik wil er op wijzen, dat men niet in het gingivale deel moet inspuiten, maar hooger op. Ik ben ook niet bang voor de leidingsanaesthesie



van de tuber. Ik ga met een lange Fischernaald boven de derde molaar 1 c.M. in de diepte. Ik doe dat bijna bij iedere extractie van een bovenmolaar, omdat men vaak meer periostitis vindt bij een pijnlijken patiënt dan men verwachtte. Ik vermijd dus op den wortel te komen maar ik ga om de tuber heen. Ik heb daarvan nooit eenig gevaar gezien. Ook de bloeding valt er mee, want als men een arterie aansteekt contraheert die zich geweldig, en geeft dus niet gauw bloed. Ook infectie treedt niet gauw op, als men de spuit maar goed steriliseert. Uit den mond krijgt men niet veel werking, omdat ieder in het algemeen immuun is voor eigen infectiekiemen. De hoofdzaak is dus, dat men niet met de naald vreemde infectiekiemen naar binnen brengt. Wanneer men de naald uitkookt na iedere behandeling, dan geloof ik dat de collega's de anaesthesie ruimer kunnen toepassen dan zij totnutoe doen.

De heer *Willems*e: Voor iedere injectie dient de spuit opnieuw uitgekookt te worden. Ik bewaar de spuit in een combinatie van 70 % alcohol en 30 % glycerine.

De heer *Sanders* raadt de dikkere 42 m.M. naalden te gebruiken, omdat daardoor het gevaar voor afbreken zeker kleiner wordt en vraagt nadere mededeelingen over de anaesthesie in het foramen mentale. Fischer spreekt ook nogal daarover, maar dat is juist een anaesthesie waarbij hij nogal bezwaren heeft ondervonden, terwijl hij er toch meer dan eens behoefte aan gevoeld heeft.

De heer *Willems*e: Ik moet wel excuus vragen dat ik dit vergeten heb, want het stond wel op mijn programma.

Het foramen mentale is niet een ingang of uitgang van het canalis mandibularis, maar van een afzonderlijk klein kanaaltje, dat niet in het verlengde ligt van het canalis mandibularis, maar dat er schuin op staat. Waarschijnlijk daardoor hebt U minder succes gehad.

Het canalis mandibularis gaat onder het foramen mentale door. De diepte van het kanaal is ongeveer 4 m.M. Wanneer U daar wilt injecteeren zult U de naald dus niet moeten houden op deze wijze, maar zult U moeten inprikken ter hoogte van de mesiale zijde van de eerste molaar, zoodat de spuit distaal ligt. De wang moet zoo ver mogelijk worden afgehouden van de kaak. U hebt daarbij het verschijnsel, wilt U, het gevaar, dat U de injectie endoneuraal doet

en dat U de zenuw kunt aanprikken. Ik beroep mij op Sicher en, evenals collega Speckman, op de literatuur, dat het aansteken van een zenuw totnutoe niet zulke verschrikkelijke bezwaren heeft opgeleverd, en zelfs niet het aansteken van verschillende bloedvaten. Ik herinner mij gelezen te hebben dat Bünte en Moral aan de universiteit van Rostock een statistiek hebben opgemaakt en dat bij goed gedane injecties slechts in 1% van duizenden en duizenden gevallen sprake is geweest van het doorboren van bloedvaten.

De Voorzitter dankt den heer Willemse voor zijn interessante doorwerkte voordracht.

---