

UIT DE PRACTYK

WAAROM Zouden WIJ OOK IN NEDERLAND IN DE TANDHEELKUNDE LACHGAS GAAN GEBRUIKEN?

door

RENÉ HAMER

616.314 085.782

Het feit, dat een patient, na een vluchtige inspectie van mijn instrumentarium, mij verwonderd vroeg: „Hebt u nog geen lachgas-apparaat?“, was aanleiding, dat ik geïnformeerd heb, bij de firma, die deze apparaten in den handel brengt, of er in Nederland tandartsen zijn, die hun patienten in de gewone particuliere praktijk met lachgas ongevoelig maken, alvorens hen onder behandeling te nemen? Deze vraag werd mij bevestigend beantwoord. Ieder weldenkend mensch zal een poging om het lijden te verminderen van harte toejuichen, maar het is mijn vaste overtuiging, dat lachgas in de tandheelkunde slechts bij zeer hooge uitzondering het geschikte middel is.

Al moet ik mij verontschuldigen, dat ik niet volkomen op de hoogte ben van de literatuur over plaatselijke en algemeene verdoovende middelen, heb ik toch wel eens wat gezien, gehoord en gelezen, zoodat mijn indruk is, dat de autoriteiten op dit gebied voor het grootste gedeelte het eens zijn, over het feit, dat, wanneer plaatselijke verdooving mogelijk is, dit verreweg de meest gewenschte methode is en dus vraag ik mij zelf af, is het nu niet een stap achteruit, wanneer wij tandartsen, die met zoo bij uitstek eenvoudige middelen een arbeidsveld voor langen tijd volkomen ongevoelig kunnen maken, als regel onze toevlucht gaan nemen tot een narcose-middel — al is dit dan ook nog zoo'n oppervlakkige bedwelming?

't Is mij natuurlijk niet onbekend, dat de Amerikaansche en Britsche wetgeving den tandartsen reeds lang het toedienen van een kortdurende lachgas-narcose toestaat, maar dat is een historisch gegroeide toestand, die reeds lang bestond, voordat de novo-

caïne-injectiemethode haar tegenwoordige perfectie bereikt had. Het is altijd zeer moeilijk zulk een gewoonterecht weer af te schaffen wegens het gevaar, oudere practici te dupeeren. Een heel andere kwestie is, moeten wij nu hier in Holland lachgas-verdooving in de tandheelkunde gaan invoeren?

Lachgas, stikstofmonoxyde N_2O (stikstofoxydule) is het oudst bekende verdoovende middel. Priestley ontdekte het gas in 1776, eerst in 1844 gebruikte de tandarts Horace Wells het te Hartford (Connecticut U.S.A.) om pijnloos te trekken. Iets nieuws is dit gasvormig narcoticum dus zeker niet. Wel is de apparatuur, die een constant mengsel van lachgas en lucht waarborgt en het bovendien mogelijk maakt het mengsel eventueel onder overdruk toe te dienen, gecompliceerd en waarschijnlijk is de verbetering van deze apparaten de oorzaak van de herleving der belangstelling.

Over de verdienste van lachgas op ander terrein, dan dat der tandheelkunde, heb ik geen meening, maar voor de tandheelkunde ontraad ik het om medische, tandheelkundige, anatomische en sociale redenen.

In mijn leerboeken vind ik: Een narcoticum is een verdoovend middel, een gift, dat dient om tijdelijk de functies van het centraal zenuwstelsel, die niet voor het leven noodzakelijk zijn, uit te schakelen, zoodat pijn en andere gewaarwordingen niet tot bewustzijn komen en ook reflex- en tonusfuncties van het centraal zenuwstelsel opgeheven worden. Onderbreekt men de bedwelming, dan moet de normale toestand spoedig volkomen terugkeeren. Ademhaling en hartswerking moeten zooveel mogelijk onveranderd blijven, dit maakt het dus noodzakelijk, dat degene, die het verdoovende middel toedient, de ademhaling en de hartswerking niet alleen „kan” controleeren, maar in een geordende staat is het wegens het uiterst gewichtige van deze organen gebruikelijk, dat men daartoe ook bevoegd zij. De opleiding voor tandarts in Nederland geeft die bevoegdheid voor alsnog niet en ik zou dus — als goed staatsburger — kunnen eindigen, maar er is zooveel meer, terwijl het natuurlijk alleszins geoorloofd is voor wetswijziging te ijveren, maar dan moet daarvoor ook een gegronde reden zijn.

Evenwel behalve de bevoegdheid zijn er nog andere vereischten bij een narcose, die deze wijze van behandeling in de gewone particuliere tandartsenpraktijk ongewenscht maken en waarbij de tandarts nu eenmaal tekort schiet, zooals: aan een narcose behoort onderzoek van den patient vooraf te gaan (b.v. het hart moet gezond zijn), de patient moet in zekere mate voorbereid

worden en bij de ontwaking vraagt de patient verzorging (langzaam terugkeeren van het bewustzijn — braken — kouvatten) en dit te meer naarmate de patient *langeren tijd* onder invloed van het gas is geweest en dat is in de tandheelkunde — althans in de conserveerende tandheelkunde — regel, al is bij lachgasnarcose de duur van de narcose niet van zoo'n groote beteekenis als bij andere narcotica.

Extractie zonder verdooving, zonder de uitdrukkelijke toestemming van den patient, is een ongepaste wreedheid, al zouden vele elementen heel best zonder verdooving te verwijderen zijn, indien de patienten er toe te bewegen waren; in dergelijke gevallen zou men dus, indien men geen novocaïne-injectie wenscht te geven, om de patienten tegemoet te komen een *kort-durende* lachgas-narcose kunnen toedienen, maar men vergete dan niet de gevaren.

Ik weet wel, dat gevallen van narcosedood — asphyxie (bloedprop in de keel), hartstilstand — met dit middel zeldzaam zijn, maar men verlieze niet uit het oog, dat in de operatiekamer in een ziekenhuis de patient als 't ware omringd is met deskundigen, die eventueel noodige redmiddelen bij de hand hebben en geheel ingesteld zijn op het direct afweren van gevaar. Of dit gevaar met het aangeboden lachgasapparaat in de tandheelkundige operatiekamer bestaat, zal eerst over eenige tientallen jaren, wanneer vele personen dit middel hebben toegepast, met overtuigingskracht beoordeeld kunnen worden. Wij tandartsen hebben geleerd, niet te veel waarde te hechten aan een vaak herhaalde uitspraak: „Men merkt niets van de nadeelige gevolgen voor de gezondheid!”

Dit is van de onbevoegde uitoefening van de tandheelkunde ook zoo dikwijls gezegd, terwijl wij toch wel beter weten. Een tweede ernstig bezwaar is, dat men geheel onnoodig de kans op aspiratie (afwezigheid van reflexen) met besmettingsgevaar voor de longen vergroot.

Ik heb de volgende proef genomen: een patient was met een zeer modern lachgasapparaat ongevoelig gemaakt. Ik heb een klein beetje lauwwater in zijn mond gespoten, de gastoevoer afgesloten, een bakje onder zijn kin gehouden en gevraagd het water uit te spuwen. Dit is mij ondanks alle moeite niet gelukt. Hij hield eerst zijn mond stijf dicht. Toen hij de contrôle over zijn ledematen volkomen terugkreeg, trachtte hij te gaan spoelen; noch mijn assistente, noch ik kon hem er toe bewegen, het water in het gereedgehouden bakje te spuwen. Hij begreep ons niet. Nu vraag ik mij af, wat gaat men met zoo'n hulpeloozen patient beginnen, wanneer een stukje gangraeneuze kies achter op zijn

tong gesprongen is, terwijl het spoedig verwijderen van zoo'n stukje een kwestie van leven of dood kan zijn? Men mist de medewerking van den patient.

Komende tot de meer speciaal tandheelkundige bezwaren, wil ik er op wijzen, dat in de conserveerende tandheekunde ook het kleinste apparaat op den neus van den patient ons bij ons moeilijke werk hindert, verder is het openhouden van de mond verre van ideaal; en eindelijk is het niet zoo gemakkelijk ons werk te onderbreken om den patient gelegenheid te geven even te spoelen (tandsteenverwijderen) en de caviteit te reinigen. Wij zijn niet op de eerste plaats kiezentrekkers, al kan dit een zeer noodzakelijke en nuttige operatie zijn, maar onze dure plicht is, de tanden, waar mogelijk, te behouden. Ieder die conserveerende tandheekunde beoefent, kent teleurstellingen, wij moeten dus alles doen om de kans op mislukking zoo klein mogelijk te maken en ons dus niet haasten. Welke internationaal bekende goud- of porceleinwerker heeft ooit aanbevolen: caviteit praeparatie onder lachgas? Voldoende tijd voor een caviteits-paerparatie is onze eenige redding. Slordig, vlug werk leidt persé tot mislukking en schade voor den patient. Het strijd met de gangbare opinie, dat men ongestraft een onvoorbereiden patient een half uur, drie kwartier of langer... onder lachgas-verdooving brengt en hem daarna de straat op stuurt.

Beoefent men chirurgische tandheekunde onder lachgasverdooving, dan is de bloedtoevoer na de extractie niet geremd, het arbeidsveld is door het vele bloed en slijm voor een tweede extractie of het verwijderen van een afgebroken wortel weinig overzichtelijk. Telkens komen wij natuurlijk voor het dilemma: òf de afgebroken wortel laten zitten, òf de narcose veel langer voortzetten dan men oorspronkelijk van plan was. 't Is mij persoonlijk al meerdere malen overkomen, dat ik ook geheel onverwacht meer dan een uur noodig had om een geheele kies met de apices te verwijderen. Mijn ervaringen met ernstige abscessen rondom achtergebleven wortels zijn legio; nog dezer dagen verbleef een vrouw van 61 jaren een week of drie in een ziekenhuis wegens kaakabsces. Veertien jaar geleden maakte iemand haar een volledig boven- en ondergebit en liet twee wortels in den onderkaak achter.

Ook voor een zeer oppervlakkige narcose moet men om verschillende redenen *minstens* met zijn tweeën zijn, de narcotiseur en de operateur. Het is onmogelijk zijn aandacht voortdurend te verdeelen tusschen het gewone tandheekundige werk en de contrôle van den toestand van den patient. De toevoer van het stikstof-

monoxyde en de lucht moet al naar de omstandigheden dit eischen, voortdurend worden gewijzigd. Ook bij het gebruik van lachgas met het meest moderne apparaat, verliezen toch sommige patienten na den lastigen dronkemanstoestand (excitatie-stadium) — zij worden dan vervelende lachebekken — het bewustzijn volkomen en vragen verzorging.

Tenslotte: de mogelijkheid om onder lachgas boven en onder, links en rechts gedurende dezelfde zitting extracties te verrichten noem ik zeker geen voordeel.

Ik heb in den loop van mijn tandheelkundig bestaan gelegenheid gehad werk te verrichten bij patienten, die onder allerlei soort van narcose verkeerden; namelijk:

1) inhallatie-narcose en wel als volgt toegediend: aether gedruppeld op een masker, dat het gelaat van den patient bedekte, al of niet voorafgegaan door chlooraethyl roesje; aetherdamp met canules in de trachea gebracht; chlooraethyl (5 à 6 c.c.) op een gaasje onder den neus; lachgas onder overdruk (ouderwetsche en moderne apparaten);

2) rectale narcose met avertine;

3) narcose per os met alcohol.

Intraveneuse narcose met magnesium-sulfaat heb ik nog niet meegemaakt.

Ik zie voor ons werk in geen van deze methodes eenig voordeel, integendeel en ik heb bij herhaling ondervonden, dat een genarcotiseerde patient voor ons werk een lastige patient is. Het werd dan ook uitsluitend toegepast onder den dwang van de omstandigheden. In al deze zeer speciale gevallen, die men in de particuliere praktijk zelden of nooit krijgt — zware uitwendige verwondingen met kaakfracturen of ernstige infecties — was injectie onmogelijk.