

VERWIJDERING VAN EEN GERETINEERDE DERDE
MOLAAR MET BEHULP VAN DE AIROTOR

DOOR DR. A. SCHMITZ DU MOULIN

Dat een boormachine met hoge omwentelingssnelheden ook bij mondheelkundige ingrepen van nut kan zijn, moge uit deze korte mededeling blijken:

Patiënte, J. H., 26 jaar oud, klaagde al dagen lang over hevige pijn in de rechter onderkaak, met uitstralingen naar de slaapstreek en het achterhoofd. Bij inspectie bleek de tweede molaar aan die zijde carieus te zijn, doch daar de caviteit niet diep was, leek het niet zeer waarschijnlijk, dat hierdoor de neuralgische pijnen werden veroorzaakt. Voor alle zekerheid besloot ik een röntgenfoto te maken: deze toonde een horizontaal gelegen, geretineerde derde molaar (fig. 1). Die moest dus in elk geval verwijderd worden.



fig. 1

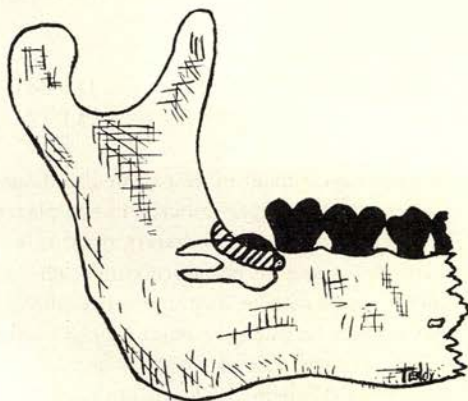


fig. 2

Behandeling:

Na een haakse incisie te hebben gemaakt, kon ik de mucosa en het periost ter plaatse opschuiven. Met het raspatorium in de linkerhand was het mogelijk, het operatieveld vrij te houden, zodat het bot dorsaal en buccaal met behulp van een fissuurboor in de Airotor kon worden weggenomen. (fig. 2, gearceerde deel). Het spreekt vanzelf dat hierbij een sterke speekselzuiger nodig was. Daarna verliep de luxatie van de molaar vlot. Na verzorging van de wond en applicatie van marbacilletten besloot ik de ingreep met het aanbrengen van een situatienaad.

Bij controle na drie dagen bleek dat patiënte geen napijn van enig belang had gehad; alleen was een lichte trismus merkbaar. Op de zesde dag werd de hechting verwijderd; er deden zich verder geen bijzonderheden voor.

Dit geval leerde enkele voordelen van de toepassing van hoge omwentelingssnelheden:

- a. de kwellingen van hamer en beitel bleven de patiënte bespaard;
- b. het operatieterrein was steeds overzichtelijk omdat de spray van de Airotor het bloed wegspoelde;
- c. de linkerhand had ik beschikbaar om met het raspatorium het operatieterrein vrij te houden. Zodoende kon ik de hulp van een assistente ontberen.

De behandeling duurde vanaf het begin van de anesthesie tot en met het aanbrengen van de hechting 20 minuten.

Breda, april 1960

BEROEPSBELANGEN

DE POSITIE VAN DE MONDHEELKUNDIGE SPECIALIST IN AMERIKA

Het ligt nu eenmaal in de natuur der dingen, dat de tandheelkunde zich in de medische wereld maar moeizaam een plaats kan veroveren. Dat dit niet alleen het beroep in engere zin betreft, maar ook de uit haar voortgekomen specialismen, met name de mondheelkunde, en dat dit zelfs geldt voor de Verenigde Staten, waar men te dien aanzien wellicht wat meer progressieve opvattingen zou kunnen verwachten, blijkt uit een voordracht, die door een prominent vertegenwoordiger van dit specialisme: JAMES R. CAMERON in okt. 1959 voor de New York Academy of Medicine werd gehouden, en die onder de titel: „Oral Surgery at the crossroads – which direction?” in het jongste februari-nummer van *Or. Surg. Or. Med. Or. Pathol.* is afgedrukt.

In deze uiteenzetting roert CAMERON openhartig enkele netelige problemen aan, die wellicht ook de Nederlandse lezer interesseren. Vooraf stelt hij zich daarbij op het standpunt, dat er in de tandheelkunde maar twee takken zijn aan te wijzen, die onbetwistbare aanspraken op de titel „specialisme” kunnen doen gelden, nl. de mondheelkunde en de orthodontie. De tegenwoordig niet te miskennen zucht tot overspecialisatie leidt z.i. tot een heilloze verbrokkeling, want veel van deze afsplitsingen bestrijken een gebied, dat behoort tot het arbeidsveld van de algemene practicus. Anders is het met beide genoemde specialisaties, want weliswaar mag menige tandarts met algemene praktijk in