

behandling er så relativt lille. I modsætning hertil ville praktisk talt ingen patient tillade selv meget små kirurgiske indgreb uden nogen analgesi).

De behandlinger, som har vist sig særligt egnet til universel analgesi (2.), er indgreb i dentinen, for eksempel cavitetspræparation, kronepræparation og tilsvarende behandlinger. Universel analgesi kan med fordel desuden anvendes ved smertefuld tandstensfjernelse og incisioner i bløddelene. Vitalamputation af pulpa vil man almindeligvis ikke kunne foretage, idet man oftest vil finde, at patienten reagerer på dette indgreb selv i dyb analgesi. Med hensyn til mælketandsekstraktioner og lettere ekstraktioner gælder det samme som for pulpa amputation. Derimod kan tandekstraktioner i almindelighed, rodspidsresektion, gingivectomi og lignende næsten aldrig gennemføres i universel analgesi. Her ville det vel nok have været hensigtsmæssigt at øge anæsthesidybden, så at patienten var kommet ned i det egentlige anæsthesistadium. Men selvom tandlæger ifølge lovforslaget ikke får tilladelse til at administrere universel *anæsthesi*, kan man udnytte universel *analgesi* til at gøre patienterne bedre psykisk egnede til disse indgreb. Der er nemlig ikke noget til hinder for at supplere *universel* analgesi med *lokal* analgesi i de tilfælde, hvor en effektiv universel analgesi ikke kan opnås. Til frembringelse af den universelle analgesitilstand kan man anvende praktisk talt alle anæsthetika. For at give indtryk af analgesiteknikken indenfor tandlægepraksis skal der her omtales analgesi med kvælstofforilte, der er det hyppigst anvendte anæsthesimiddel til dette brug. Det opfylder de fleste af de krav, man kan stille til et ideelt, universelt virkende analgetikum (3.). Når det inhaleres med mindst 20 pct. ilt, kan man regne med, at det er så ufarligt, at det, rigtig anvendelse forudsat, kan benyttes til alle patienter, som før administrationen ikke trænger til højere iltprocent. Det er ikke irriterende ved indånding, har næppe nogen lugt, kan ved 1 atmosfæres tryk i forbindelse med 20 pct. ilt (og iøvrigt usuppleret) ikke frembringe dyb anæsthesi (4.). Det kan under disse forhold slet ikke frembringe en lammelse af medulla oblongata (5.). Det virker ikke toksisk på organismens organer eller væv (6.). Man har for eksempel kunnet holde

en patient under uafbrudt kvælstofforilte-påvirkning i ca. 2 uger, uden at man herunder, eller efter at patienten blev vågen, kunne påvise nogen som helst organbeskadigelse (8.). Overhovedet har alle beskadigelser, som man har kunnet finde i forbindelse med kvælstofforilteanæsthesier, kunnet henføres til en ledsagende iltmangel (6., 7.). Kvælstofforilte påvirker heller ikke kredsløbet eller respirationen uheldigt (6.). Den eneste virkning på organismen er i virkeligheden den i denne forbindelse tilsluttede depression af nervesystemet. Af særlig betydning er det, at de beskyttende reflekser er tilstede ved dens anvendelse til analgesi i tandlægepraksis (6.). Her tænkes specielt på hoste og synkereflekserne. Aspirationsfaren er derfor ikke forøget under analgesien. Endelig har denne gas endnu en god egenskab, at den ikke er brændbar eller eksplosiv.

I modsætning til ved universel *anæsthesi* er enhver forberedelse af patienten til universel *analgesi* unødvendig (9.). For eksempel har det i praksis vist sig unødvendigt at pålægge patienterne nogen restriktion med hensyn til tidspunktet for sidste måltid (9.), som patienten udmærket kan have indtaget kort tid før behandlingen. Patienten skal heller ikke præmedicineres, blandt andet fordi han efter behandlingen skal være fuldstændig upåvirket af analgesien, hvilket ikke ville være tilfældet, hvis man gav patienten et barbiturat, morfin, scopolamin eller lignende. Desuden ville der efter indgift af morfin eller andre centralt deprimerende stoffer være øget mulighed for, at man med den anvendte kvælstofforilte-iltblanding nåede dybere end tilstræbt og ønskeligt (6.).

Medens man indtil for et par år siden betragtede analgesiteknikken som meget vanskelig, idet man havde det indtryk, at patienternes påvirkelighed med hensyn til kvælstofforilteanalgesi varierede meget stærkt, så har man nu erkendt, at det ikke var patienterne så meget som de anvendte anæsthesiapparater, der varierede stærkt. Dette skyldtes måske hovedsageligt, at man anvendte anæsthesiapparater af „intermittent flow“ typen også ved analgesier. En nærmere undersøgelse af disse apparater har vist, at de ved *de* kvælstofforilteprocenter, der er tale om i analgesiteknikken, er meget