

vermelden. De enthousiaste reacties van mijn patiënten en ook van meegekomen huisartsen bij spoedgevallen doen het mij alleen maar betreuren, dat lumbale anesthesie niet bij alle gevallen van kunstverlossingen kan worden toegepast en dat er altijd moeders zullen zijn, die het vroege moment van de geboorte van haar kind moeten missen. Afgezien van de reeds eerder genoemde voordelen van de lumbale anesthesie acht ik namelijk het niet geringe gunstige psychologische effect bij de aanstaande moeder het voornaamste argument voor de toepassing van lumbale anesthesie. Immers, de geboorte van een kind is een van de belangrijkste gebeurtenissen in een huwelijk, en kan — anders dan bij de algehele narcose — bij gebruik van deze anesthesie door de moeder, na alle doorgemaakte spanningen, toch bewust worden beleefd, terwijl ook de „kraamheer” in vrijwel alle gevallen hiervan getuige kan zijn.

Hoewel ik met genoegen vernam, dat ook collega L. A. G. M. CREMERS te Hoogeveen (die de techniek, naar hij mij mededeelde, in Graz leerde) en collega Dr. J. H. A. DE LEEUW te Roermond lumbale anesthesie in hun praktijk toepassen, vrees ik toch, dat deze voortreffelijke methode voor ons land tot het verleden zal gaan behoren. De uitspraak van een Franse hoogleraar op het Wereldcongres dat hij het ernstig betreurde, dat er in zijn omgeving niemand meer te vinden was die deze techniek nog beheerste, zodat er geen sprake kon zijn van overdracht aan een nieuwe generatie artsen, geldt ook hier te lande.

Aan hen die de lumbale anesthesie toch willen gaan toepassen, zou ik willen adviseren zich grondig in de materie te verdiepen en voor het aanleren van de techniek te gaan naar een van de vele landen (bv. Amerika) waar deze anesthesie, m.i. terecht, een onderdeel van de opleiding is. Dit geldt met name voor de jongeren die het voornemen hebben in de ontwikkelingslanden te gaan werken. In het boek van LAWSON en STEWART *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries* beschrijft SCOTT de lumbale anesthesie als een zeer waardevolle methode. Hij legt er echter de nadruk op, dat deze anesthesie evenveel vakmanschap vereist als elke andere. Bovendien adviseert hij, zo mogelijk, assistentie van een collega dan wel van een gekwalificeerde verpleegster. Hieruit blijkt, dat men — vooral bij geringe ervaring — ook onder primitieve omstandigheden moet trachten zo min mogelijk „single-handed” te zijn.

Het bovenstaande geeft mij aanleiding tot de conclusie, dat de lumbale anesthesie in moderne landen eigenlijk thuis hoort bij de narcotiseurs. Daarmee is enerzijds de „single-handed” obstetricus als verleden tijd aangemerkt; anderzijds kan door de narcotiseur, die bij een aantal obstetrici assisteert, snel de noodzakelijke ervaring worden verkregen.

Literatuur: HASPELS, A. A. en M. E. SMORENBERG-SCHOORL (1967) *Ned. T. Geneesk.* **48**, 2166. — LAWSON, J. B. en D. B. STEWART (1967) *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*, bl. 233.

Groningen, 8 december 1967

F. ROEST

Naar aanleiding van het artikel van Dr. A. A. HASPELS en mevr. M. E. SMORENBERG-SCHOORL (1967) over lumbale anesthesie, wil ik enige opmerkingen maken.

In de eerste plaats zou ik willen stellen, dat bij elk middel de veiligheid afhangt van de man die het toedient.

Alvorens een vergelijking te kunnen maken tussen twee methoden, in dit geval de algehele anesthesie en spinale anesthesie, moet men eerst nagaan wat de oorzaken zijn van maternale sterfte en ook van foetale sterfte als gevolg van de toegepaste anesthesie.

Als oorzaken van moederlijke sterfte noem ik in de eerste

plaats aspiratie van braaksel. Dit is in 60 pct van de gevallen de oorzaak, gevolgd door hypotensie (34 pct). Dan volgen hartstilstand en daarna convulsies en cerebro-vasculaire aandoeningen.

Als oorzaken van foetale afsterving noem ik hypoxie van de moeder, hypotensie van de moeder, demping van het ademhalingscentrum bij de foetus en niet op de laatste plaats bemoeilijkte kunstverlossing als gevolg van de vorm van de anesthesie. Door de maag vooraf leeg te hevelen, kan men aspiratie van braaksel tegengaan. Door middel van de endotracheale tube kan op een ideale manier zuurstof worden toegediend, waardoor hypoxie van de moeder voorkomen kan worden. Hypotensie kan bij narcose in het algemeen gemakkelijk opgeheven worden door substitutie-therapie via een infusie. Depressie van het ademhalingscentrum van het kind echter vindt wél plaats. Dat is een gevolg van het barbituraat dat toegediend wordt als inleiding voor de narcose en ook als basis-narcoticum. Het is een bekend feit, dat binnen een minuut de maximale concentratie in het kind is bereikt, waarna de concentratie langzaam afneemt. Verder is het bekend, dat kinderen die binnen 7 minuten na het begin van de narcose worden geboren in een aanmerkelijk hoger percentage binnen een $\frac{1}{2}$ minuut goed doorademen, dan kinderen die na 7 minuten geboren zijn.

Het nadeel van narcose is dat de weeën ophouden en de vrouw uiteraard ook niet kan meepersen; bovendien verslapt de bekkenbodem niet goed. Verder nadeel is de noodzaak van snel werken, wat moeder en kind lang niet altijd ten goede komt. Het nadeel van de spinale anesthesie is ongetwijfeld de bloeddruk daling. Het probleem van de hypoxie is er natuurlijk niet. Er is ook geen demping van het ademhalingscentrum van het kind, verder gaan de weeën door en de vrouw kan bij een tangverlossing tijdens een wee meepersen en er ontstaat geen atonie van de uterus. Voorts is de bekkenbodem goed verslapt en de operateur kan langzaam werken, hetgeen moeder en kind alleen maar ten goede kan komen. Bij goede voorzorgen en ook goede controle tijdens en na de spinale anesthesie kan daling van de tensie worden tegengegaan. Patiënten met bloedverlies tijdens de baring en ook oudere gravidæ komen voor deze methode niet in aanmerking. Om hypotensie tegen te gaan, dient men aan een patiënte met een normale of een licht verhoogde bloeddruk 50 mg efedrine toe, 5 minuten vóór de spinale anesthesie. Daalt tijdens de spinale anesthesie de bloeddruk, dan moet opnieuw efedrine worden toegediend. Bij een verlostang wordt de spinale anesthesie verricht, met de patiënte in zittende houding. Na de toediening van het anaestheticum blijft de patiënte nog een minuut rechtop zitten, waarna zij langzaam wordt neergelegd. Bij een sectio caesarea kan men door variëren van de ligging van de patiënte craniaal-caudaal, de verplaatsing van het anaestheticum in het lumbale vocht reguleren. Om bloeddruk daling tegen te gaan, kan men behalve efedrine ook meer vocht per infusie toedienen en bovendien de benen van de patiënte loodrecht naar boven laten houden, waardoor de bloeddruk weer duidelijk stijgt. Bij tangextractie, waarbij wij de patiënte in steensnedeliggings houding, heb ik nimmer een bloeddruk daling gezien.

Het spreekt voor zich dat ook bij een tangextractie de infusie aangebracht moet zijn.

Zoals de schrijvers terecht opmerken, moet natuurlijk voordat tot spinale anesthesie wordt overgegaan, goed worden gelet op de mogelijkheid dat zich een „supine hypotensive syndrome” voordoet. Bovendien adviseer ik, vóór de spinale anesthesie eerst $\frac{2}{10}$ ml van het anaestheticum subcutaan toe te dienen om een eventuele overgevoeligheid op dit middel tijdig te kunnen constateren.

Maar met de meeste nadruk wil ik de eis stellen, dat degene die spinale anesthesie toepast, eerst de oogfundus moet onderzoeken.

Na de ingreep moet de patiënte nog 12 uur in anti-trendelenburghouding worden neergelegd.

Hoogeveen, 12 december 1967

L. CREMERS

Het doet ons genoegen, dat de collegae CREMERS en ROEST op ons artikel hebben gereageerd. Zij die gewend zijn, lumbale anesthesie te geven, delen hun enthousiasme. Nog onlangs tijdens een korte werkperiode in de tropen, paste ik (A.A.H.) deze 66 maal toe. Echter bij vier zwangeren die een sectio caesarea ondergingen, prefereerde ik algemene anesthesie.

Een aantal algemene aanwijzingen voor lumbale anesthesie die de inzenders noemen, zijn in elk boek over dit onderwerp te vinden; men zou ze nog kunnen aanvullen met bv. voorschriften voor het gebruik van „lichte” en „zwarte” lumbale anesthesie.

In ons artikel staat „Bij één van de 12 was de doodsoorzaak uitsluitend het gevolg van de lumbale anesthesie”. Collega ROEST maakt hiervan: „maar liefst 12 van de 841 patiënten het leven hebben gelaten ten gevolge van behandeling met lumbale anesthesie bij keizersnede”. Nooit gaven wij lumbale anesthesie bij placenta praevia.

Een „fervent” voorstander zijn, houdt het risico in, dat men niet voldoende kritisch meer denkt. Zelfs een ervaring bij meer dan 2000 patiënten blijft in het geheel van de literatuur casuïstiek. Statistisch gezien kan collega ROEST binnenkort een geval van moederlijke sterfte ten gevolge van de lumbale anesthesie verwachten. CHASSAR MOIR (1964) schrijft: „the surgeon who routinely uses spinal anaesthesia in obstetrics, starts his operation with a 1 pct. mortality rate”.

Gezien de literatuur en onze eigen ervaring is dit wat sterk gezegd, maar een extra waarschuwing leek ons op haar plaats en het verband met het „supine hypotensive syndrome” het vermelden waard.

Collega CREMERS schrijft: „Het nadeel van de spinale anesthesie is ongetwijfeld de bloeddrukdaling. Het probleem van de hypoxie is er natuurlijk niet”. Wij schreven integendeel, dat het negatieve base-overschot (als een maat voor de zuurstofvoorziening van het kind te beschouwen) significant lager was in de lumbale-anesthesiegroep.

Het doet ons dus genoegen dat de collegae ROEST en CREMERS een zelfde waarschuwing als wij naar voren brengen, nl. dat lumbale anesthesie alleen toegediend mag worden indien men de risico's en hun behandeling kent, en men over ervaren medewerkers beschikt.

Literatuur: CHASSAR MOIR, J. (1964) MUNRO KERR's *Operative Obstetrics*, bl. 60. Baillière, Tindall en Cox, Londen.

Amsterdam, 3 januari 1968

A. A. HASPELS

M. E. SMORENBERG-SCHOORL

BERICHTEN BUITENLAND

België

Bijleum van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde. — Ter gelegenheid van haar 125e verjaring organiseerde de Franstalige academie van 12 tot 16 oktober 1966 openbare zittingen en een symposium: „Aux avant-postes de la médecine”. Tal van buitenlandse leden, afkomstig uit Engeland, Frankrijk, Nederland, Polen, Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland, namen aan de handelingen deel. Het geheel der verslagen is thans in de *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* (Tome VI, IIe série, 1967) verschenen.

Vlaamse werkgroepen voor prospectieve tweelingstudie. — In 1964 werd op initiatief van de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen een werkgroep voor tweelingstudie in het leven geroepen met het doel materiaal voor een prospectieve studie bijeen te brengen. De werkgroep zal zich streng houden aan moderne criteria bij het vaststellen van de zygotie, nl. door de studie van de nageboorte en het navelstrengbloed, een taak die de obstetrische afdeling van de Universiteit te Gent op zich heeft genomen. Een tweede groep is verantwoordelijk voor het somatisch en psychologisch follow-up van de tweelingen, taken te vervullen door de Pediatrische afdeling en het Laboratorium voor kinderpsychologie van de universiteit te Gent. In januari en februari 1967 vond een Forum plaats voor alle medewerkers en geïnteresseerden (huisartsen, gynaecologen, pediaters, psychiaters, neurologen, specialisten in de menselijke erfelijkheidsleer, psychologen, vroedvrouwen, verpleegsters), ten einde de draagwijdte van de studie te onderstrepen en verslag uit te brengen over de eerste resultaten. Het tiental ter gelegenheid van het Forum gehouden lezingen zijn in het (Belgisch) *Tijdschrift voor Geneeskunde* (1 december 1967, bl. 1522) gebundeld.

Engeland

Families in flats. — Een wing commander van de Royal Air Force met medische opleiding rapporteert over bovengenoemd onderwerp. Met zijn gezin was hij te zamen met 557 andere gezinnen van militairen overgeplaatst naar Duitsland. Deze gemeenschap werd in „flats” en in „éengezinswoningen” gehuisvest. De ene groep, die 1163 vrouwen en kinderen omvatte, betrok 398 flats, behorende tot blokken van 3 of 4 verdiepingen, de andere groep met 445 vrouwen en kinderen betrok 160 huizen, elk van 2 verdiepingen. Tussen afmetingen en indeling van flats en van huizen bestond weinig verschil. Daarentegen was tussen de ziektecijfers van beide groepen groot verschil; de morbiditeit van de flatbewoners was 57 pct hoger. Ter verklaring van de hoge frequentie van de „respiratory infections” der kinderen wees de schrijver erop dat een flat als zodanig minder ruimte heeft dan een huis, en „this confinement” te zamen met de „resulting social isolement” deden de psychoneuroses van de vrouwen in de flats stijgen. Het rapport is op menig punt voor kritiek vatbaar. (*Lancet*, 18 nov. 1967, bl. 382.)

Massaal cytologisch cervixonderzoek. — In antwoord op een vraag uit het House of Lords deelde een der leden namens de regering mede dat blijkens de cijfers, ontvangen van de ziekenhuisbesturen, in het jaar 1 juli 1966-30 juni 1967 meer dan 1.400.000 vrouwen preventief op cervixcarcinoom zijn onderzocht, d.i. ruim 17 pct meer dan het vorige jaar. Het aantal cytologisch geschoolde „technicians” bedroeg in juni 1967 605, een toeneming van 32 pct vergeleken met het vorige jaar. De voorziening met deze deskundigen is nog niet geheel bevredigend geregeld. (*Brit. med. J.*, 25 nov. 1967, bl. 495.)

British Anti-smoking Education Society. — Een groep van artsen en anderen heeft zich gevormd om een „nation wide educational and research programme on Smoking and Health” op te stellen en bovengenoemde Society te stichten. De eerste daad van deze society zal zijn, in een brochure haar voornaamste doeleinden te omschrijven: de jeugd bereiken, de hardnekkige rokers van hun onverstand overtuigen, produktie van veiliger sigaretten bevorderen, een opvoedingsprogramma vaststellen, propageren van lager belasting op pijp- en sigarentabak, druk uitoefenen op regering en openbare lichamen om het roken in openbare gelegenheden te verbieden, elke vorm van sigarettenadvertenties verbieden. (*Med. Offr.*, 1 dec. 1967, bl. 278.)