

niet of niet tijdig gelegd, waarmee de patiënt onrecht wordt aangedaan en een correctieve behandeling pas laat wordt toegepast.

Literatuur: CORNET, A., J. PH. BARBIER, B. DEBESSE e.a. (1976) *Sem. Hôp. Paris* 52, 1965.

KATOLINA PAPE

Verloskunde en vrouwenziekten

Fertiliteit na door clomifeen geïnduceerde zwangerschappen

TSCHERNE (1976) onderzocht bij 29 vrouwen die na een clomifeen-behandeling zwanger waren geworden, of nadien een verbetering van de cyclus of een „spontane” graviditeit tot de mogelijkheden behoorde. Aan 96 vrouwen met kindrewens en een gestoorde cyclus werd clomifeen voorgeschreven. Bij 72 vrouwen leidde dit tot een ovulatie en 39 werden zwanger. Deze getallen stemmen overeen met de bevindingen van andere auteurs, mits de selectie voor deze vorm van inductie-therapie nauwkeurig plaatsvindt. Bij 29 vrouwen die een levend kind ter wereld brachten, was een „follow-up”-onderzoek mogelijk. Het bleek dat de cyclus bij 12 vrouwen na de partus duidelijk verbeterde en dat 16 vrouwen opnieuw zwanger werden zonder clomifeenmedicatie. Men

moet voorzichtig zijn met de interpretatie van deze gunstige cijfers. Clomifeen is alleen werkzaam gebleken bij vrouwen met cyclusstoornissen en een normale oestrogeenuitscheiding. Juist in deze groep wordt ook vaak spontaan herstel waargenomen. PENNINGTON en ATLAY (1972) stelden vast dat 12 van de 40 vrouwen na een geïnduceerde zwangerschap, zonder clomifeen opnieuw concipieerden. Uit een onbehandelde controlegroep van vrouwen met anovulatoire cycli en kindrewens was na 2 jaar een niet veel kleiner percentage zwanger geworden dan uit de stimulatiegroep. Ook MATTHEWS en COX (1973) constateerden dat 80 van de 136 vrouwen na ovulatie-inductie of geïnduceerde zwangerschap een verbetering van de cyclus opmerkten. Van deze 80 vrouwen werden er 46 binnen een jaar zwanger. Het is duidelijk dat bij normo-oestrogene cyclusanomalieën met clomifeen goede resultaten zijn te behalen. Na een geïnduceerde zwangerschap mag in de helft der gevallen op een verbetering van de cyclus worden gerekend. Maar welke vrouwen wel en welke niet spontaan zullen gaan ovuleren, is niet te voorspellen.

Literatuur: MATTHEWS, C. D. en L. W. COX (1973) *Fertil. and Steril.* 24, 758. — PENNINGTON, G. W. en R. D. ATLAY (1972) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth* 79, 651. — TSCHERNE, G. (1976) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 36, 852.

P. G. HART

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Epidurale analgesie voor een pijnloze bevalling

Het artikel van DE BOER, TUSHUIZEN en SCHELLEKENS (1976) en het „ingezonden” van EZINGA en EZINGA-SCHOTTEN (1976) roept bij mij reacties op. Om te beginnen: De psychoprofylactische methode is onder die naam niet door READ geformuleerd en toegepast, maar het is de naam voor de methode van voorbereiding van a.s. ouders (moeders én vaders) zoals die door LAMAZE van Russische gynaecologen is overgenomen, in 1951 in Parijs is geënt, van waaruit verspreiding over West-Europa en de V.S. heeft plaatsgevonden; meestal aangeduid als: accouchement sans douleur. Ook in Nederland is een vereniging die deze vorm van psychoprofylaxe tot pijnloze baring verbreedt en begeleidt. DE BOER c.s. spreekt van pijn alsof het een kwalitatief of kwantitatief te hanteren begrip zou zijn. Dat is met pijn niet het geval.

Korthedshalve illustreer ik dit met enkele kernachtige uitspraken: ADMIRAAL (Delft): Pijn is alleen pijn als er pijn op staat. CHEYNIER (Parijs): Pijn vertegenwoordigt een affectief coloriet van een specifieke sensatie. Het elkaar opvolgen van pijntheorieën laat ons gebrekkig weten duidelijk zien. Ook een moderne pijntheorie (MELZACK) vervolgt de pijnprikkel tot dichtbij maar zeker niet tot en met de bewustwording van het verschijnsel pijn. Belangrijk is vooral het werk van METZ (1975) over pijn.

Dit zo discutabele verschijnsel pijn verleidt DE BOER c.s. tot een ingreep die de barendende vrouw tot intensive-care patiënte maakt. Dit monitoriseren van een normaal gebeu-

ren acht ik ontmenselijkend. De geboorte als blij gebeuren in een gezin, waar vader en moeder actief bij betrokken konden zijn, wordt een soort operatie. De barendende is geen barendende meer, maar wordt verlost van een kind, terwijl ze alles passief ondergaat. Al blijft dan de motoriek intact, wat doet zij met motoriek die niet door sensibiliteit gestuurd wordt?

In diverse klinieken in Frankrijk waar de psychoprofylaxe wordt toegepast, benut men de epidurale anesthesie voor een sectio caesarea. Maar tijdens de ontsluiting en uitdrijving bij een normaal verlopende baring is een goede voorbereiding van het a.s. ouderpaar toereikend om het affectief coloriet van de voorwaar wel intensieve sensaties uit de cervix en vagina zo te corrigeren dat deze niet als pijn worden beleefd, in die zin dat de vrouw eraan ten prooi is.

Goede coaching tijdens de baring is uiteraard van groot belang. Zonder de dreiging van enige nare complicatie kan men dan zich verheugen over „une promotion de la femme à une nouvelle dignité” (HERSILIE, Parijs). Deze voorbereiding en begeleiding staan ver af van de helaas veld winnende gemonitoriseerde verloskunde. Deze voorbereiding maakt juist ook de ontsluitingsfase tot een voor de vrouw zeer actieve periode. Zoals EZINGA en EZINGA opmerken, is behalve de bestrijding van onkunde, angst en onzekerheid, deze activiteit een belangrijke factor in de pijnbestrijding tijdens de baring. Met het uitwisselen, vermeerderen en verbreiden van ervaring en kennis omtrent deze voorbereiding stelt de Nederlandse Vereniging voor Psychoprofylaxe bij zwangerschap en bevalling zich teweer tegen methoden zoals door DE BOER c.s. worden beschreven. Dat de psychoprofylactische voorbereiding zoals die uit het initiatief van

LAMAZE is gegroeid, een gunstige invloed heeft op de duur van de baring, op het terugdringen van het aantal kunstverlossingen en op de Apgarscore, wordt in verschillende Franse en Amerikaanse onderzoeken statistisch duidelijk gemaakt. Als meer verloskundigen (in brede zin) zich met een voorbereiding als deze bezighouden, worden heroïsche ingrepen zoals de epidurale analgesie overbodig.

Literatuur: BOER, R. DE, P. B. TH. TUSHUIZEN en L. A. SCHELLEKENS (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1630. — EZINGA, G. en D. E. EZINGA-SCHOTTEN (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1963. — LAMAZE (1951) *Accouchement sans douleur*. Parijs. — METZ, W. (1975) *Pijn, een teer punt*.

Amersfoort, december 1976

G. J. BOMER

Het commentaar van collega BOMER geeft deels een welkome aanvulling op ons artikel door zijn uiteenzetting van de geschiedkundige achtergronden van de psychoprolactische methoden ter bestrijding van de baringspijn. Zoals reeds eerder werd vermeld, had ons artikel slechts de epidurale analgesie tot onderwerp.

Het was ons niet bekend dat in Nederland een vereniging bestaat die deze vorm van psychoprolaxe verbreedt en begeleidt. Het lijkt ons wenselijk dat uw vereniging zijn doelstellingen en werkmethoden kenbaar maakt langs de daartoe geëigende weg van publikaties of eventuele mededelingen, bv. op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

„Monitoriseren” van de bevallingen achten wij wenselijk bij iedere baring met een verhoogd risico, om het ouderpaar de maximale kans te bieden dat de zwangerschap en bevalling bekrond zullen worden met de geboorte van een gezond kind in optimale conditie. Aangezien wij pas retrospectief kunnen vaststellen dat zwangerschap en baring normaal zijn geweest, zijn wij in tegenstelling tot u van mening dat een controle van de toestand van moeder en kind langs elektronische weg tijdens de baring een zinvolle aanwinst is in de verloskunde. Het belang van een goede psychologische begeleiding tijdens de bevalling wordt hierdoor zeker niet minder. Naar onze mening en in onze handen is een „monitoriseren” dan ook geenszins onmenselijk.

Daarentegen achten wij een nodeloos heftig beleven van de baringspijn wel onmenselijk voor de aanstaande moeder, die de geboorte van haar kind zonder pijnstillende hulp

dan vermoedelijk als een ernstig psychotrauma zou hebben ervaren. Wanneer collega BOMER een epidurale analgesie als een heroïsche ingreep beschrijft, blijkt hieruit dat hij de techniek van de ingreep en het effect hiervan op de barenden nooit van nabij heeft geobserveerd. Zijn desbetreffend commentaar berust dan ook niet op feitenkennis, doch op emotioneel gekleurde gronden.

Heerlen,
Weert, december 1976

R. DE BOER
L. A. SCHELLEKENS
P. B. TH. TUSHUIZEN

Whiplash

In het zeer lezenswaardige artikel van collega BRAAKMAN (1976) ontbreekt een duidelijk advies over de therapie. Hij stelt: „In ernstige gevallen kunnen kort durende bedrust en lokale warmte aangewezen zijn. Een eventueel ingeschakelde fysiotherapeut kan in de acute fase houdingsadviezen en ontspannende oefeningen voorschrijven.”

Dit is een ongebruikelijk advies, zeker voor een patiënt met een letsel van een lichaamsdeel dat ook nog zo'n belangrijke draagfunctie heeft. Het is ook niet raadzaam zulke patiënten in de acute fase onder behandeling te stellen van een fysiotherapeut. MACNAB (1972) geeft in het door BRAAKMAN aangehaalde artikel adviezen voor de therapie naar aanleiding van experimenteel opgewekte traumatische afwijkingen bij dieren. Hij vergelijkt daarbij het whiplashletsel met andere letsels en redeneert als volgt: De enige manier om de nek rust te geven is het gewicht er af te halen en dat is in bed. Fysische therapie, behalve de warmte van een kruik, wordt door MACNAB ontraden. Als de patiënt na 12 tot 24 uur relatief weinig symptomen meer heeft, mag hij op, anders adviseert MACNAB één week bedrust; zijn er daarna nog klachten, dan schrijft hij 6 weken bedrust voor.

Gelukkig wijst collega BRAAKMAN op het belang van goede medische begeleiding van patiënten met dit nog onbegrepen syndroom.

Literatuur: BRAAKMAN, R. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1634. — MACNAB, I. (1972) *Clin. Neurosurg.* 20, 232.

Rotterdam, november 1976

G. M. POOL

BERICHTEN

Buitenland

ALGEMEEN

Significant. Bij het lezen van Amerikaanse en Britse tijdschriften merkt men dat vele collega's de strijd hebben aangebonden tegen het onnodig of zelfs verkeerd gebruik van de term „significant”. Zij zijn het er allen over eens dat het woord uitsluitend voor het statistische begrip moet worden gebruikt, terwijl het vaak als een soort modewoord te pas en te onpas wordt gebezigd. In een ingezonden stuk in het *New England Journal of Medicine* wisselen de redactie van dit tijdschrift en die van de *Annals of Thoracic Surgery* hierover van gedachten. Beide zijn het erover eens dat men de term

uitsluitend in de statistische betekenis moet gebruiken, hoewel laatstgenoemde redactie wat toegeeflijker is: „after all, it was a legitimate English word long before the science of statistics embraced it.” Dan volgen een aantal woorden, waaruit de redactie bij het corrigeren van artikelen een keus kan doen indien significant niet echt significant is: „noticeable, noteworthy, of any note, major, important, real, relevant, genuine, actual, valuable, substantial, substantive, meaningful, weighty, consequential, characteristic, distinctive, indicative, suggestive”, al zijn deze woorden lang niet allemaal synoniemen. Het lijstje wordt daarna door de eerstgenoemde redactie nog aangevuld met: „appreciable, considerable, marked, remarkable, definite, useful, measurable, notable, impressive, perceptible, salient”.