

De mislukte invoering van de spinale anesthesie in 1908

Commissie Geschiedenis van de Anesthesiologie

M. van Wijhe, voorzitter

Stovaine

Deze tijd honderd jaar geleden lag een patiënt te wachten op zijn operatie in het Leids Academisch Ziekenhuis aan de Morssingel (nu het Museum voor Volkenkunde). Vanwege uitstralende pijn in het been zou een perifere zenuw onder narcose gerekt worden. De patiënt bofte echter: hij kon een nieuwe plaatselijke verdoving krijgen die de onprettige ethernarcose onnodig maakte. Prof. Korteweg had in Duitsland op een congres over deze nieuwe methode gehoord en was er erg enthousiast over. Er waren al meerdere patiënten mee geholpen, vooral bij liesbreukchirurgie.

Ditmaal verliep de operatie echter minder fortuinlijk. Een paar minuten nadat er 80 mg stovaine intratheaal gespoten was kreeg de patiënt plotseling een hartstilstand en anemie en haalde hij alleen adem op commando. Er werd kamfer intramusculair gespoten, amylnitraat en zuurstof ter inademing aangeboden en wijn om te drinken. Na dertig minuten trad er herstel op en de patiënt bleef daarna ook volledig gezond. De anesthesie voor de ingreep (die wel doorging...) was 'compleet'.

Kussen onder de rug

Het is onzeker wanneer de eerste spinale anesthesie werd gegeven in Leiden. De operatieboeken van 1904-1905 noemen het niet, die van 1907-1908 wel, maar de tusseliggende boeken zijn verloren gegaan. Na Kochs eerste publicatie in 1899 werd er 10-30 mg cocaïne gegeven, waardoor de patiënten naast verdoving van de onderste lichaamshelft, hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid, braken, zweten, slapeloosheid en koorts kregen. Een college schreef: 'Als dan ook collaps optreedt, met een kleine snelle pols, koud zweten en plotselinge bleekheid, dan dreigt er groot gevaar.'

In 1908 vond de Vereniging voor Heelkunde het tijd om een vergadering te wijden aan het thema spinale anesthesie. Na vijf sprekers die het hadden over collaps, onvoldoende verdoving, moeilijkheden en soms dood, kwam prof. Korteweg aan het woord. Zijn voornemen de veiligheid van de techniek aan te tonen vond geen doorgang, omdat 'een assistent nagelaten had de resultaten te verzamelen.' Hij schatte dat inmiddels tweehonderd patiënten in zijn kliniek spinale anesthesie hadden gehad. Aanvankelijk werd er volgens voorschrift van de fabrikant een hele ampul stovaine (80 mg) ingespoten, maar er waren zoveel problemen – zelfs een overlijden – dat voortaan de helft werd gegeven. De premedicatie was standaard '10 morfine en ¼ scopolamine'. Soms werd er toch wat chloroform bij gegeven. Postoperatieve hoofdpijn en collaps werden voorkomen door een kussen onder de rug van de patiënt te plaatsen en dunne naalden te gebruiken. Het jaarverslag van de heelkundige kliniek van 1914 noemt de spinale anesthesietechniek niet meer, zodat wij moeten concluderen dat de techniek na kortstondig gebruik verlaten is.

Anesthesist overbodig

In 1929 schreef C.F.A. Koch in de *Meededelingen van het Rijks Instituut voor Pharmacotherapeutisch onderzoek* dat spinale anesthesie alleen nog gebruikt diende te worden als algehele anesthesie gecontra-indiceerd was. Novocaïne verdiende de voorkeur boven cocaïne vanwege de grotere veiligheid. Koch vond novocaïne zelfs zo'n goed middel dat hij aangaf geen behoefte te hebben aan nieuwe lokale anesthetica. Een bijkomend voordeel van de spinale techniek vond hij ook dat deze de anesthesist overbodig maakte. En zo zou het tot de jaren vijftig duren voordat de spinale anesthesie opnieuw haar intrede deed, nu door de anesthesioloog uitgevoerd, met pols- en bloeddrukcontrole en een infuus.

We kunnen concluderen dat het gebrek aan inzicht in met name de autonome gevolgen van de spinale anesthesie uitgevoerd door de chirurg er de oorzaak van was dat er onacceptabele bijwerkingen optraden. Zonder bewaking of intraveneuze vulling is dat niet verwonderlijk. Het verhaal is een fraai historisch voorbeeld van de noodzaak van voldoende pathofysiologisch inzicht om goede therapie te waarborgen.