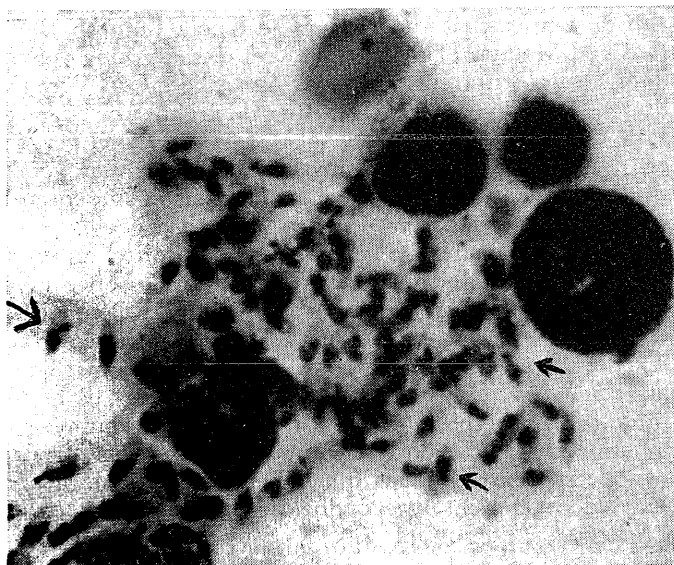


daald tot 600 per mm^3), trombocyten 46000-90000, sterke hypergammaglobulinemie (3 g/100 ml) en sterk verhoogd IgG. De diagnose kala-azar werd begin december gesteld door Dr. M. C. VERLOOP, doordat in het beenmerg zeer veel Leishman-Donovanlichaampjes (zie figuur) werden aangetroffen.



Op advies van Prof. Dr. P. J. ZUIDEMA werd patiënt behandeld met natrium antimoon gluconaat (Pentostam); in totaal werd 120 ml ingespoten. Reeds na enkele injecties daalde de temperatuur en voelde patiënt zich veel beter. Op 7 februari 1969 werd hij zonder klachten ontslagen. Ik zag de patiënt enkele malen poliklinisch terug voor controle. Op 4 juli 1969 gaf het bloedonderzoek de volgende waarden: Hemoglobine 14 g/100 ml, erythrocyten 4.060.000, leukocyten 4500 per mm^3 . Bloedbezinking 37 mm na 1 uur, 69 mm na 2 uur. Het totale eiwitgehalte van het serum bedroeg 77,8 g/l, waarvan 52,7 pct albumine (= 4,1 g/100 ml) en 25,0 pct gamma-globuline (= 1,95 g/100 ml). De patiënt voelt zich uitstekend, weegt thans weer 83 kg en heeft geen enkele klacht meer.

De ziektegeschiedenis van deze patiënt werd uitvoerig medegedeeld door Prof. P. J. ZUIDEMA op de vergadering van 25 april 1969 van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde; in dit *Tijdschrift* zal hierover een verslag worden opgenomen.

Literatuur: LINDE, D. L. VAN DER, O. J. A. TH. MEUWISSEN en L. H. M. VAN GORP (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1413.

Eindhoven, 18 augustus 1969

G. H. W. JORDANS

SYMFYSIOTOMIE IN ONTWIKKELINGSLANDEN

Het is een goede gedachte geweest van collega LAMMES (1969) zijn ervaringen met symfyiotomie op schrift te stellen. Ondergetekende is een van de waarschijnlijk velen die, met betrekkelijk geringe obstetrische ervaring werkzaam in een ontwikkelingsland, geconfronteerd worden met deze ingreep die hun in het vaderland in het gunstigste geval alleen maar theoretisch werd geïnstrueerd.

In de maanden december 1968 tot en met juni 1969 vonden in het Villa Maria Hospitaal te Masaka 239 bevallingen plaats, waarvan 6 met een keizersnede en 7 met symfyiotomieën. Dit aantal ligt procentueel ver boven dat van collega LAMMES; ik wijt dat aan twee oorzaken. Vooreerst zal mijn

gemis aan obstetrische vooropleiding en derhalve mijn onervarenheid met keizersneden er de oorzaak van zijn dat ik in het algemeen eerder mijn toevlucht neem tot de symfyiotomie dan tot de technisch veel moeilijker keizersnede. Tot op heden ben ik gelukkig nog niet geconfronteerd met de inderdaad weinig aantrekkelijke situatie dat na symfyiotomie een vaginale baring onmogelijk bleek, en dus alsnog tot keizersnede moest worden overgegaan.

Een tweede reden voor mijn veel hoger percentage ligt mijns inziens ook in een verschil van mening ten aanzien van de indicatiestelling. Collega LAMMES noemt bij zijn opsomming van de contra-indicaties ook het geval dat er zich een litteken in de uterus bevindt. Ik beschouw een dergelijke toestand juist als een indicatie tot symfyiotomie omdat naar mijn mening juist bij deze patiënten een overrekking van het onderste uterussegment en daarmee de kans op een uterusruptuur zoveel mogelijk vermeden moet worden. Is er bij volledige ontsluiting bij een vrouw met een litteken-uterus, in de uitdrijvingsfase ook maar de indruk dat de partus niet vlot en in redelijk korte tijd zal geschieden, dan ga ik over tot symfyiotomie met tot nu toe altijd nog het verwachte gevolg: binnen enkele seconden tot minuten de geboorte van het kind.

Voorts mis ik bij collega LAMMES' opsomming van de indicaties de situatie dat bij een stuitbevalling het nakomend hoofd moeilijkheden biedt of dreigt te bieden. Het komt hier niet zelden voor dat een vrouw op een dusdanig tijdstip van de partus op de verloskamer arriveert dat ampele overwegingen (op grond van bekkenmaten en geschatte grootte van het kind) of het kind langs vaginale dan wel langs abdominale weg geboren moet worden onmogelijk zijn. Men heeft de stuit als zodanig te accepteren of men wil of niet. In zulke gevallen kan men zich voorstellen dat het op voorhand toedienen van een lokaal anaestheticum en het klaar hebben van de symfyiotomiebehoeftigheden, levensreddend kunnen zijn voor het kind. Mij dunkt dat deze indicatie niet uitsluitend voor de ontwikkelingsgebieden geldt, maar in voorkomende gevallen ook in Nederland van toepassing zal zijn!

Literatuur: LAMMES, F. B. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1017.

Masaka (Uganda), 28 juli 1969

M. F. G. HAAN

De combinatie sectiolitteken en vernauwd bekken moet worden beschouwd als een contra-indicatie voor symfyiotomie. Indien er nog geen volkomen ontsluiting is, zal men het litteken niet mogen beproeven wegens het grote gevaar van een uterusruptuur. Als de patiënte wordt opgenomen met volkomen ontsluiting is de kans groot dat er reeds een ruptuur is ontstaan. Wanneer nog geen symptomen daarvan aanwezig zijn, is daarmee de ruptuur zeker niet uitgesloten. Het hoofd tamponneert de ruptuur, doch zodra het kind geboren is raakt de vrouw snel in shock. Daarom zal ook bij volkomen ontsluiting en een dergelijke anamnese de veiligste weg toch een sectio caesarea zijn. Ik ben mij er echter goed van bewust dat in de omstandigheden waarin collega HAAN werkt, bij het afwegen van de verschillende risico's tot een andere beslissing wordt gekomen.

Ook CRIGHTON beveelt de symfyiotomie aan als een oplossing voor problemen bij het nakomende hoofd. Zelf heb ik geen ervaring met deze indicatie. Meestal is toch nog te beoordelen of vaginale baring van de stuitligging acceptabel is. Of de symfyiotomie op tijd soelaas kan bieden als de gebruikelijke handgrepen falen is voor mij nog een open vraag.

Leiden, 21 augustus 1969

F. B. LAMMES