

beenderen wel een half duim van elkander; ik tragte het kind te keeren, en, onder de poogingen, die ik daar toe aanwendde, wierd ik met verwondering gewaar de verdere verwijdering der schaambeenderen, dat, hadden er weeen gekomen, zo had mogelyk het kind van zelfs kunnen geboren worden; maar ik vond, door de droogte en zaamtrekking der Baarmoeder, zoo veel tegenstand en moeite, dat ik, in plaats van het kind te keeren, het zelve met de kromme Tang van SMELLIE zeer gemakkelyk en spoedig verlostte; hebbende de Operatie en afhaaling van het kind in den tyd van 12 à 13 Minuuten verricht, en bevonden dat de grootste afstand der schaambeenderen, onder het afhaalen van 't kind, niet boven de 2 duimen geweest is, zonder dat ik eenig gekraak van 't Bekken gehoord heb." (Opusc. XII, bl. 68.)

Het kind was (uiteraard) dood. Binnen een kwartier was dus de gehele ingreep afgelopen. De vrouw had geen mictieklachten. Op de vierde dag na de operatie kon ze zich op de zijde wentelen, op de zestiende dag kon ze staan, en op de 25ste dag „ging de vrouw zoo regt en zonder ongemak als voor haar zwangerheid". (Opusc. XII, bl. 67-69.)

Tussen 1778 en 1831 is de symfyiotomie, naar de literatuurberichten te oordelen, in ons land minstens 20 maal verricht. Daar drie vrouwen na de operatie overleden, bedroeg de mortaliteit 15%. Waarschijnlijk zal deze in werkelijkheid lager geweest zijn. Want van de zes schaambeensneden, welke de Haagse dokter JOHANNES CHRISTIAAN DAMEN heeft verricht, zijn er slechts twee door CAMPER in de literatuur gebracht en in het tabellarisch overzicht van DE FEYFER opgenomen. De waarneming van vele oudere verloskundigen, dat de bekkenbeenderen op het einde der graviditeit een zekere mate van beweeglijkheid ten opzichte van elkaar gaan vertonen, werd door ANDREAS BONN (1738-1818) op de lijken van enkele overleden kraamvrouwen nader bestudeerd en ook voor de schaambeenderen bevestigd. In 1835 verscheen te Groningen een proefschrift van de hand van L. A. DE ROCHEFORT over de *Synchondrotomia pubis*.

Na dit tijdstip verhief zich de kritiek en begon men bij bekkenvernaauwing de kunstmatige vroeggeboorte aan te bevelen. Lettende op het feit, dat in de Leidse verloskundige kliniek van SIMON THOMAS (1820-86) vrouwen, bij wie de keizersnede was verricht, „in serie stierven" en de mortaliteit van de kunstmatige vroeggeboorte 12,5% was (5 van de 40 moeders), vraagt DE FEYFER zich af, waarom men in die periode zo kritisch tegenover de schaambeensnede heeft gestaan.

Het lijkt mij aardig in dit verband het verhaal weer te geven van de spontaan tijdens een bevalling opgetreden en pas na maanden spontaan weer genezen symfyiotomie, zoals de moeder van CORNELIS SOLINGEN (1641-87) die aan eigen lichaam ervaren heeft en mededeelde aan haar zoon naar aanleiding van de ontvangst van zijn boek *Embryulcia*:

„CORNELIS VAN DER KAA, mijn Moeder, als ik haer seker boekje, by forme van een voorloopertje, geintituleert *Embryulcia*, ofte afhalinge van een doode Vrucht, &c toegesonden hadde, welck boekje als sy dat doorlesen hadde, my den dertigsten October 1673. in haer Brief dit volgende toeschreef.

Dat ghy schrijft van 't Schaem en Ysbeen, heb ick selver bevonden, doen ick van onse FRANCOIS verlost zijnde, na de kraem, en ruym een vierendeel jaers continueel niet als buckende gaan konde, en dat nog met applicatie van mijn Hand op 't Schaambeene; onder welck mijn Lendenen benedenwaerts na 't Staertbeen toe soo pijnlijck kraeckten, dat somtijds de gang staken moeste."

Literatuur: FEYFER, F. M. G. DE (1914) Zur Geschichte des Schamfugenschnittes in Holland (bis 1840). *Janus* 19,

312. — HAAN, M. G. F. en J. F. W. M. MOLKENBOER (1972) Ervaringen met symfyiotomie. *Ned. T. Geneesk.* 116, 331. — LINDEN, A. J. VAN DER (1961) *Symphysiotomie en pubiotomie*. Proefschrift Utrecht. — SOLINGEN, CORNELIS (1698) *Alle de Medicinale en Chirurgicale Werken, etc.* Jan ten Hoorn, Amsterdam; *Embryulcia Vera ofte Waare Afhalinge Eenes Dooden Vrucht*, bl. 412. — *Varii auctores de Symphysiotomia* (1934) *Opuscula Selecta Neerlandicorum de arte medica*, vol. XII, Amsterdam. Met een inleiding van DE FEYFER (bl. VII-XXXII).

Amsterdam, maart 1972

G. A. LINDEBOOM

Ervaringen met symfyiotomie

„The value of symphyiotomy has been obscured by the uncritical enthusiasm of its advocates." (LAWSON 1970). MOLKENBOER en HAAN (1972) zijn m.i. behept met een dergelyk enthousiasme.

In hun literatuurlijst komen de namen van SEEDAT en CRICHTON niet voor, die in 1962 en 1963 hun ervaringen met 1200 symfyiotomieën publiceerden, „and have exhaustively evaluated symphyiotomy and have perfected a safe technique". (LAWSON 1970). Wel wordt LAMMES genoemd, die in 1969 in dit Tijdschrift over dit onderwerp publiceerde, maar uit weinig blijkt, dat dit artikel inderdaad gelezen is. Immers, op de indicatiestelling, die als moeilijk te boek staat en door LAMMES uitvoerig besproken wordt, wordt niet ingegaan. Wel schrijven zij, dat bij de door hen beschreven patiënten „een matige, absolute dan wel relatieve bekkenvernaauwing" bestond. Wat zij hiermee precies bedoelen, is mij niet duidelijk.

Door de verschillende auteurs wordt gesteld, dat slechts bij een matige disproportie een symfyiotomie geïndiceerd is.

De grote moeilijkheid is echter om te schatten wat een matige disproportie is. Bij een ernstige disproportie komt in het gunstigste geval het kind er wel uit, maar dit alleen ten koste van te grote separatie van de symphysis (meer dan 2½ cm), veelal met blijvende laederig van het blaashals-urethragebied en overrekking van het sacro-iliacale gewricht ten gevolge.

Bij 3 van de 6 patiënten wordt door de schrijvers een symfyiotomie verricht, waar volgens de meeste auteurs een contra-indicatie bestond, namelijk een aangezichtsligging (patiënte B) (alleen LAWSON beschouwt de aangezichtsligging niet altijd als een contra-indicatie), en bij een litteken in de uterus (patiënten D en E).

Bij patiënte D bestond er een dubbele contra-indicatie, want behalve van een litteken in de uterus was er bovendien sprake van een groot kind in combinatie met een vernauwd bekken.

Wat de techniek betreft, deze wordt door de schrijvers als een simpele aangelegenheid voorgesteld. Zij spreken van „een zachte, doch hoorbare knal", waarmee het uiteenwijken van de ossa pubis vaak gepaard zou gaan. Ik prijs mij gelukkig deze knal nooit gehoord te hebben, maar heb gespeurd of anderen een dergelyk geluid wel eens opmerkten. Het volgende citaat doet er wat aan denken: „The alternative method of achieving further separation (namelijk van de symphysis) by forceful abduction of the tighs tends to permit uncontrolled springing open of the joint space with possible attendant damage to the soft tissues and an unpleasant cracking noise". (SEEDAT en CRICHTON, 1963).

Veel belangrijke details der techniek blijven ongenoemd, zoals bij voorbeeld de obligate episiotomie, die gezet moet worden om de druk van het hoofd op de onbeschermde urinewegstructuren zo gering mogelijk te maken.

De resultaten van de 6 door de schrijvers genoemde gevallen vind ik na een ingreep, die „in technisch opzicht uitermate eenvoudig is” teleurstellend. Tweemaal ontstaat een vesico (urethro?) abdominale fistel (hetgeen m.i. eenvoudig betekent, dat blaas of urethra aangesneden zijn) en eenmaal heeft een patiënte 1 maand post partum ernstige loopstoornissen.

In tegenstelling tot de schrijvers is naar mijn mening de symfyiotomie voor de niet ervarenen een makkelijk te onderschatten, maar moeilijke ingreep omdat het operatieterrein niet à vue is en de punt van het mes ook bij juiste techniek zeer dicht bij vitale urinewegstructuren komt. Een juiste indicatiestelling eist wellicht nog meer ervaring.

Deze reactie is niet zo zeer geschreven voor de heren HAAN en MOLKENBOER (zij zijn weer terug en zullen in Nederland nooit een symphysis doorklieven naar ik hoop) als wel voor de toekomstige arts in de ontwikkelingslanden.

Naar ik hoop zal deze zich kritischer dan genoemde auteurs opstellen tegenover deze moeilijke, maar soms zeer nuttige ingreep.

Literatuur: CRICHTON, D. en E. K. SEEDAT (1963) The technique of symphysiotomy. *S. Afr. med. J.* 37, 227. — HAAN, M. G. F. en J. F. W. M. MOLKENBOER (1972) Ervaringen met symfyiotomie. *Ned. T. Geneesk.* 116, 331. — LAMMES, F. B. (1969) Symfyiotomie in ontwikkelingsgebieden. *Ned. T. Geneesk.* 113, 1017. — LAWSON, J. B. en E. K. STEWART (1970) *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*, bl. 191 en 192. Arnold, Londen. — SEEDAT, E. K. en D. CRICHTON (1962) Symphysiotomy: Technique, indications and limitations. *Lancet I*, 554.

Deventer, 8 maart 1972

E. R. TE VELDE

Met hun recent artikel willen HAAN en MOLKENBOER (1972) een bijdrage leveren tot herwaardering van de symfyiotomie.

Met de beschrijving van een zestal patiënten — waarvan de selectiecriteria ons niet geheel duidelijk werden — geven de auteurs inderdaad een goed beeld van de aard en omvang van de in minder ontwikkelde landen bestaande verloskundige problematiek.

Het in deze klein groep voorkomende aantal urologische en orthopedische complicaties lijkt ons echter te hoog om obstetrisch Nederland enthousiast te maken voor de symfyiotomie, integendeel. Op grond van gegevens uit de literatuur (SEEDAT en CRICHTON (1962), HASPELS (1965) en LAMMES (1969)) en op grond van eigen obstetrische ervaringen zowel in Oost-Afrika als in Nederland, zijn wij van mening dat er in ontwikkelde landen geen indicatie tot het verrichten van symfyiotomie (meer) bestaat. HAAN en MOLKENBOER willen achter de in Nederland heersende opvatting dat „bij elke bekkenvernauwing van zodanige aard dat vaginale baring onmogelijk blijkt, de keizersnede de veiligste oplossing zou zijn” een vraagteken plaatsen. Onzes inziens dient dit vraagteken door een uitroepteken te worden vervangen.

Literatuur: HAAN, M. F. G. en J. F. W. M. MOLKENBOER (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 331. — HASPELS, A. A. (1965) *Obstet. Gynec.* 26, 282. — LAMMES, F. B. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1017. — SEEDAT, E. K. en D. CRICHTON (1962) *Lancet I*, 554.

Nijmegen, 13 maart 1972

C. D. VAN DER DOES
J. B. MAATHUIS

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 18, 1972

Ofschoon de reactie van collega TE VELDE, naar hij opmerkt, niet zozeer voor ons bedoeld is, wagen wij ons toch aan een weerwoord. Zeer terecht stelt hij dat de toekomstige arts in een ontwikkelingsland de symfyiotomie zeer kritisch zal moeten hanteren. Dit klemt temeer daar het grootste deel van hen — evenals wijzelf — niet als gynaecoloog/obstetricus zal zijn opgeleid. Toch zullen zij met uiterst gecompliceerde obstetrische casus worden geconfronteerd, die zij alléén en met bepaald onvoldoende kennis en ervaring tot een goed einde zullen moeten brengen. Niet voor niets meenden wij aan het einde van ons artikel een paragraaf te moeten toevoegen waarin de werkomstandigheden van de „ontwikkelingsarts” worden geschetst.

Wij schreven ons artikel juist naar aanleiding van dat van LAMMES (1969), dat de indicatiestelling breedvoerig behandelde en waarover wij (bij monde van de eerstondergetekende) destijds met hem in de kolommen van dit Tijdschrift discussieerden, een discussie die TE VELDE kennelijk ontgaan is. Het leek ons instructief eens een willekeurig aantal gevallen van symfyiotomie te beschrijven, waarbij wij de in onze — uiteraard veel grotere — serie voorkomende complicaties niet uit de weg zijn gegaan.

Zowel de grootte van het kind alsook de mate van disproportie is een bijzonder lastig te schatten grootheid; collega TE VELDE heeft het grootste gelijk van de wereld als hij dit stelt. Het welslagen van de symfyiotomie is er desniettemin nauw mee betrokken. Het begrip „matige disproportie” is niet in getallen uit te drukken. TRUSSEL (1968) gaat echter nog een stap verder dan „matige” disproportie: „Careful selection of cases is vital for succes (...) experience will enable an increasing number of patients with fairly severe disproportion to be delivered with help of symfyiotomy.” Dat de beginner zich evenwel maar beter aan de veilige kant houdt spreekt vanzelf.

Een inderdaad ernstige omissie onzerzijds is het niet vermelden van de obligate episiotomie bij de beschrijving van de techniek. De vanzelfsprekendheid hiervan kan hoogstens als verzachtende omstandigheid gelden.

Over de contra-indicaties zijn, zoals TE VELDE zelf al aangeeft, de meningen niet eensluidend. Een aangezichtsligging is onzes inziens geen absolute contra-indicatie. Een littekenuterus is uiteraard een veel problematischer zaak. Indien men als regel elke vrouw die ooit een sectio heeft ondergaan, bij iedere volgende zwangerschap weer per keizersnede laat bevallen is voor symfyiotomie uiteraard geen plaats. Indien men deze stelling niet aanhangt (en dat zal in ontwikkelingslanden veelal nolens volens zijn) lijkt het zelfs zeer consequent bij elke obstructie in het uitdrijvingsstadium de mogelijkheid van symfyiotomie te overwegen. Uiteraard alleen zolang er geen duidelijke tekenen van (dreigende) uterusruptuur bestaan.

Wij noemden de symfyiotomie „technisch eenvoudig” en bedoelden daarmee, zoals ook uit de context moge blijken, in vergelijking met de keizersnede.

En dan „de knal”. Wanneer de symfyiotomie bijna voltooid is en de laatste vezels door de druk van het voorliggend hoofd opeens uitelkaarspringen, kan dat „gepaard gaan met een knappend geluid”. Deze omschrijving is van ZARATE, geciteerd bij VAN DER LINDEN (1961). Wij hebben dit geluid in een aantal gevallen duidelijk gehoord. De veronderstelling van TE VELDE dat dit zou zijn geweest in geval van „forceful abduction of the tighs”, vinden wij niet ter zake.

Ons antwoord aan de collegae VAN DER DOES en MAATHUIS kan kort zijn. Zolang er geen gegevens beschikbaar zijn over de symfyiotomie in landen met een hoog ontwikkelde levensstandaard, blijft de discussie over de vraag of er een indicatiegebied in ons land bestaat vrij vruchteloos, ofschoon