

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 symfyσιotomie 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 symfyσιotomie. *Ned. T. Geneesk.* 116, 331. — LAMMES, F. B. (1969) Symfyσιotomie 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 symfyσιotomie.

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 symfyσιotomie, 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 symfyσιotomie (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 uitroep 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 symfyσιotomie 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 symfyσιotomie 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 symfyσιotomie 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 symfyσιotomy.” 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 symfyσιotomie 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 symfyσιotomie te overwegen. Uiteraard alleen zolang er geen duidelijke tekenen van (dreigende) uterusruptuur bestaan.

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

En dan „de knal”. Wanneer de symfyσιotomie 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 symfyσιotomie in landen met een hoog ontwikkelde levensstandaard, blijft de discussie over de vraag of er een indicatiegebied in ons land bestaat vrij vruchteloos, ofschoon

wij toch menen dat er tenminste twee situaties bestaan waarbij het toepassen van de symfyiotomie geïndiceerd kan zijn. Daar is in de eerste plaats de situatie dat het nakomend hoofd bij een stuitbevalling niet spontaan en ook niet met de daartoe geëigende handgrepen geboren kan worden. Symfyiotomie is hierbij levenreddend voor het kind. Hetzelfde geldt voor extreme foetale nood in geval van matige bekkenvernaauwing, waarbij ieder uitstel van de geboorte fataal is voor het kind. De snelheid waarmee een bedreven beoefenaar van de symfyiotomie in zulke gevallen het kind ter wereld kan doen komen, staat in schrille tegenstelling tot de langdurige tijdsperiode die nu eenmaal noodzakelijkerwijze ligt tussen het moment waarop tot keizersnede besloten wordt en de geboorte per laparotomie. Mutatis mutandis voor het geval er tot forcipale extractie dan wel vacuumextractie besloten zou worden.

Ons eigen werk is uiteraard niet maatgevend voor het antwoord op de vraag of eventuele vroege en late complicaties de toepassing van de symfyiotomie in Nederland toelaatbaar maken. Het werk van SEEDAT en CRICHTON (1962) bewijst dat de symfyiotomie, uitgevoerd in relatief gunstige omstandigheden, bijzonder weinig vroege complicaties te zien geeft.

Het laatste woord over symfyiotomie zal hier wel niet gesproken zijn. De discussies zullen waarschijnlijk goeddeels buiten de Nederlandse literatuur gevoerd worden. Of er nu wel of niet een indicatiegebied in Nederland is: „It is now widely appreciated that symfyiotomy has a definite place in obstetric practice in Africa” (GEBBIE 1966). En dat is iets wat de toekomstige arts in een ontwikkelingsgebied maar al te goed moet weten en waaruit hij de conclusie moet trekken zich ter plaatse, zodra zich daartoe de gelegenheid voordoet, te laten instrueren door ervaren vakbroeders.

*Literatuur:* GEBBIE, DONALD A. M. (1966) Vacuum-extraction and symfyiotomy in difficult vaginal delivery in a developing community. *Brit. med. J.* II, 1490. — HAAN, M. F. G. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1563. — HAAN, M. F. G. en J. F. W. M. MOLKENBOER (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 331. — LAMMES, F. B. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1017, 1563. — LINDEN, A. J. VAN DER (1961) Proefschrift Utrecht. — SEEDAT, E. K. en D. CRICHTON (1962) Symfyiotomy technique, indications, and limitations. *Lancet* I, 554. — TRUSSEL, RICHARD M. (1966) In: *Medical care in developing countries*. Nairobi.

Wehl (Gld.),  
Tilburg, 29 maart 1972

M. F. G. HAAN  
J. F. W. M. MOLKENBOER

### *Penis en cervixcarcinoom*

Naar aanleiding van de opmerking van collega HEMMES (1972) in zijn artikel dat het peniscarcinoom bij joden niet voorkomt, wil ik het volgende opmerken:

a. De opmerking dat peniscarcinoom bij joden niet voorkomt is niet geheel juist. REITMAN (1953) maakt melding van een peniscarcinoom bij een 73-jarige joodse man die op de 8e dag na de geboorte de voor de gelovige joden gebruikelijke besnijdenis onderging. Ook LENOWITZ en GRAHAM (1946) beschrijven een dergelijk geval.

b. De opmerking dat de besnijdenis volledig beschermt tegen het ontstaan van peniscarcinoom kan derhalve ook als niet geheel juist worden beschouwd. MARSHALL (1953), KAUFMAN en STERNBERG (1963) en de JONG (1971) maken melding van het voorkomen van peniscarcinoom na circumcisie. Dat na besnijdenis toch een peniscarcinoom kan ont-

staan berust niet zo zeer op het feit dat deze operatie op latere leeftijd is verricht, maar dat hij niet adaequaat is uitgevoerd. Hierdoor kunnen achter de resten van het praeputium nog smegmaretentie en plaatselijke balanitis ontstaan; DE JONG (1971) ziet dan ook een mogelijk verband tussen de circumcisie en het ontstaan van peniscarcinoom.

Dat bij besnedenen de frequentie van het ontstaan van peniscarcinoom zeer sterk afneemt staat echter onomstotelijk vast. De zorg voor een goede lokale hygiëne moet echter ook als een belangrijke preventieve maatregel worden beschouwd.

*Literatuur:* JONG, W. DE (1971) Besnijdenis als oorzakelijke factor van peniskanker. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1709. — KAUFMAN, J. J. en T. H. STERNBERG (1963) Carcinoma of the penis in a circumcised man. *J. Urol. (Baltimore)* 90, 449. — LENOWITZ, H. en A. P. GRAHAM (1946) Carcinoma of the penis. *J. Urol. (Baltimore)* 56, 462. — MARSHALL, V. F. (1953) Typical carcinoma of the penis in a male circumcised in infancy. *Cancer* 6, 1044. — REITMAN, P. H. (1953) An unusual case of penile carcinoma. *J. Urol. (Baltimore)* 69, 547.

Groningen, 2 maart 1972

J. J. DOEVEN

Van de door collega DOEVEN aangehaalde auteurs, maakt P. H. REITMAN de stellige indruk, uit eigen ervaring peniscarcinoom te beschrijven bij een op de achtste levensdag besneden jood. Anderen evenwel nemen in hun uiteenzetting reserves in acht, waardoor twijfel gerechtvaardigd is. Van sommigen houdt het betoog geen verband met mijn artikel. De door collega DOEVEN genoemde preventieve maatregel hangt slechts zijdelings met mijn beschouwing samen.

Voorshands acht ik het verantwoord, BOYDS opvatting te blijven volgen en gebeurlijk niet daarmee te rijmen bevindingen grondig te onderzoeken.

Amersfoort, 21 maart 1972

G. D. HEMMES

### *Een hypertensie, veel hypertensiva en 'n patiënt*

In hun antwoord op het ingezonden verzoeken de collegae WIJDEVELD en TIGGELER (1972) de lezer slechts figuur 3a te bezien om daaruit te concluderen dat *achtereenvolgens* een drietal hypotensiva gegeven zijn. Wanneer echter ook de gegevens uit figuur 2 in aanmerking genomen worden, blijkt dat sprake is van toedienen van reserpine *naast* relatief hoge doseringen van methyldopa en hydralazine, gevolgd door de combinatie methyldopa, hydralazine en trimethafaan en de combinatie van trimethafaan en pentoliniumtartraat; dit laatste overigens niet zoals opgegeven gedurende 2 uur, maar gedurende 2 dagen. Aan deze combinaties waren o.a. voorafgegaan een combinatie van methyldopa, reserpine en clonidine, als regel in relatief hoge doseringen. Het begrip cocktail voor dit uitgebreide type geneesmiddelcombinaties is geïntroduceerd door de clinicus LABORIT; men denke o.a. aan de cocktail lythique. De verwijzing door de auteurs naar de in GOODMAN and GILMAN's *Pharmacological basis of therapeutics* voorgestelde *volgorde* van toedienen van hypotensiva doet, daar het in het commentaar gaat om *gelijktijdige* toediening van een diversiteit van hypotensiva, hier niet ter zake.

De opmerking dat, in aanmerking genomen de voortgeschreden nierinsufficiëntie, van de thiaziderivaten geen effect meer verwacht mag worden, gaat voorbij aan het feit dat de hypotensieve werking van deze groep verbindingen goeddeels los staat van de saluretische werking en, voor zover bekend, tot stand komt door een directe inwerking van deze