

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