

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

63-42. Role of hypotension in the genesis of transient focal cerebral ischaemia attacks. *Kendell, R. E. en J. Marshall (1963) Brit. med. J. II, 344.*

Wat is de juiste behandeling van patiënten, lijdende aan snel voorbijgaande aanvallen van hersenischemie met haardverschijnselen? Meestal vindt men dergelijke verschijnselen bij oudere mensen, wier vaatstelsel reeds duidelijk door arteriosklerose is aangetast. De bloeddruk is dan ook meestal verhoogd en hoewel bij deze mensen het gevaar voor het optreden van een apoplexie niet denkbeeldig is, durft men meestal niet de verhoogde tensie met bloeddrukverlagende middelen te behandelen. Men gaat hierbij uit van de theorie, dat de bij deze patiënten reeds opgetreden cerebrale aanvallen, die zich uiten in haardverschijnselen, het gevolg zijn van locale anemie in sommige delen der hersenen. Het zou op grond van deze vrij algemeen aanvaarde theorie juist logisch zijn te trachten de bloeddruk hoger te krijgen en niet lager.

Er wordt door de auteurs een patiënt beschreven, bij wie, vijf jaren na een infarct, eerst een voorbijgaand eenzijdig gezichtsvelddefect ontstond en enige tijd later kortdurende perioden van paresen, afwisselend in één of beide armen of een been optredend. De bloeddruk was 190/120 mm Hg. Begonnen werd met een bloeddrukverlagend middel; zes weken later ontstonden, aanvalsgewijs, spraakstoornissen, slikbezwaren en coördinatiestoornissen in alle ledematen. De aanvallen duurden ongeveer vijf minuten. Uitgaande van de veronderstelling dat het ischemische aanvallen waren, staakte men de bloeddrukverlagende therapie. Het bleek evenwel bij nauwkeurig waarnemen, dat tijdens de aanvallen de bloeddruk juist steeg om direct daarna weer te gaan dalen. Op grond van deze waarnemingen hervatte men de therapie met hypotensiva. Toen de systolische druk van ongeveer 200 tot ongeveer 170 mm Hg was gezakt en de diastolische bloeddruk die tijdens aanvallen ongeveer 150 bedroeg tot ongeveer 115 mm Hg was teruggebracht, hielden de aanvallen op en keerden ook niet terug.

De gevaren, die het leven van een patiënt met hoge bloeddruk bedreigen zijn genoegzaam bekend. De gevaren, die aan te lage bloeddruk zijn verbonden zijn echter nooit uitvoerig statistisch bewerkt. Evenwel is de ervaring van anesthesisten, die vaak tijdens operaties met gecontroleerde kunstmatige hypotensie werken, dat de gevaren daarvan met het oog op cerebrovasculaire accidenten zijn te verwaarlozen.

Om dit te bewijzen deden schrijvers proeven bij 37 patiënten (22 mannen en 15 vrouwen) met aanvallen van ischemische aard. De ischemieaanvallen konden optreden in het gebied van de arteria carotis interna of in dat van de arteria basilaris. De patiënten hadden over het algemeen kortdurende aanvallen, maar er waren er, die naast kortdurende ook ernstige aanvallen hadden, waarvan zij zich slechts langzaam herstelden. De patiënten werden ingelicht over de bedoeling en de aard van de proefnemingen. Deze verliepen als volgt: Nadat de patiënten een tijd horizontaal hadden gelegen, werd de onderlaag schuin gezet, zodanig dat de patiënten nu op een hellend vlak — hoofd boven — lagen, dat een hoek van 70° met het horizontale vlak maakte. Tevens werd hexamethonium intraveneus ingespoten met een snelheid van 1 mg per minuut, totdat de bloeddruk begon te dalen, waarna de dosering zodanig werd geregeld dat de verdere daling zo gelijkmatig mogelijk was. Ging dit te snel dan werd de helling van de onderlaag direct minder sterk gemaakt. De totale dosis hexamethonium varieerde van vijf tot vijfenveertig mg. De patiënt moest alles wat hij voelde of waarnam direct meedelen en hij werd herhaaldelijk onderzocht. De functies, die men dan speciaal naging waren voornamelijk eventuele reflexafwijkingen, gezichtsveld- of visusstoornissen, de aan-

spreekbaarheid, oogbewegingen, de fijnere spierbewegingen en de sensibiliteit. De bloeddruk liet men geleidelijk gedurende 10 tot 40 minuten dalen, totdat de patiënt klachten kreeg van haardverschijnselen of de kenmerken van algemene hersenischemie of zelfs bewusteloosheid. Zodra zulke zich voordeden werd de onderlaag waarop de patiënt lag weer horizontaal gezet. De bloeddruk was dan meestal weer snel op peil. Soms moest men een bloeddrukverhogend middel toedienen. Men kon de bloeddruk met gemiddeld 58 procent laten dalen, voordat hetzij haardverschijnselen, hetzij verschijnselen van algemene hersenanemie dwongen tot afbreken van de proef.

Wanneer men uitgaat van de hemodynamische theorie, welke voorbijgaande aanvallen van cerebrale haardverschijnselen het gevolg acht van hersenischemie door relatieve hypotensie, dan kan men bij de beschreven proefnemingen verwachten dat die aanvallen zullen optreden bij een bloeddruk, die hoger ligt dan die, waarbij verschijnselen van algemene hersenanemie optreden (gapen, een gevoel van warmte, moeheid, duizeligheid en een gevoel als of men dronken is, later bleekheid, zweten, algemene hypotonie, licht in de war zijn, traag antwoorden op vragen en tenslotte bewustzijnsverlies met retrograde amnesie). Immers, patiënten, die lijdten aan aanvallen met verschijnselen van focale oorsprong, hebben die verschijnselen op zichzelfstaand en nog voordat symptomen van algemene hersenanemie optreden. Het optreden van haardverschijnselen wanneer reeds algemene hersenischemie bestaat, wijst er op dat een bepaald deel van de hersenen een minder goede bloedvoorziening heeft dan de hersenstammen, die het bewustzijn in stand houden. Het was in dit experiment dus bijzonder belangrijk het punt te herkennen, waarbij algemene hersenischemie optrad.

Het blijkt nu, dat bij 20 (54 procent) van de patiënten geen enkel haardverschijnsel kon worden opgewekt en dat bij 12 (32 procent) de haardverschijnselen vooraf werden gegaan door de verschijnselen van algemene hersenischemie, terwijl slechts bij 1 (3 procent) het omgekeerde gebeurde. Bij 4 (11 procent) patiënten traden tijdens het experiment haardverschijnselen op in andere gebieden dan tijdens de spontane aanvallen.

De conclusie uit dit experiment is dat men bij zulke patiënten niet behoeft terug te schrikken voor therapie met bloeddrukverlagende middelen, omdat bij hen de ischemische cerebrale aanvallen niet door relatieve hypotensie worden veroorzaakt. Integendeel, het gevaar voor ernstige cerebrale accidenten dwingt juist tot het toepassen van hypotensiva.

Het artikel wordt besloten met theoretische speculaties over de oorzaak van de aanvallen van focale aard nu de hemodynamische verklaring geen stand bleek te houden.

L. J. Bastiaans

64-22. New viral exanthems. *Lerner, A. M., J. O. Klein, J. D. Sherry en M. Finland (1963) Nw. England J Med. 269, 678; idem 269, 736.*

Geschraagd door een literatuurlijst van meer dan 150 nummers, doen de auteurs een poging epidemiologie en kliniek te beschrijven van een aantal met exantheem gepaard gaande nieuwe virusinfecties. Het betreft een aantal typen uit de groepen Cocksackie-, ECHO-, REO- en Adeno-virussen, welke gemeen hebben dat zij alle uit de ontlasting op apeniercellen zijn te kweken.

Tezamen met het poliovirus (dat slechts zelden gevallen met exantheem veroorzaakt) vormen de ECHO- en Cocksackie-virussen de groep der enterovirussen. Uit de ontlasting kunnen de enterovirussen gedurende enkele weken tot vele

maanden worden geïsoleerd, uit de keel gedurende ongeveer één week en verder is isolering gelukt uit vrijwel alle organen en lichaamsvloeistoffen. Enterovirussen worden het frequentst gevonden van de vroege zomermaanden tot laat in de herfst. Een doorgemaakte infectie laat als regel tot op hoge leeftijd haar sporen na in de vorm van in het bloed aantoonbare neutraliserende antilichamen. Epidemieën van exanthematische aandoeningen van deze etiologie zijn dan ook in de zomer bij jonge kinderen te observeren. Bewezen, of in hoge mate aannemelijk gemaakt, is het exantheem tengevolge van ECHO-9 en 16, Cocksackie-A-9, -A-16 en -B-5. Van zeventien andere typen uit de Entero-, REO- en Adeno-virussen is het verband tussen virus en exantheem twijfelachtig, doch mogelijk.

De vijf bewezen exanthematische enterovirussen kunnen in epidemisch verband een aantal karakteristika tonen, die voor de virussen afzonderlijk niet zo erg veel verschillen. De temperatuur is licht verhoogd tot hoog en houdt één tot maximaal vijf dagen aan. Het exantheem is maculopapuleus; bij enkele der infecties confluërend, bij Cocks A-16 alleen aan handen en voeten, bij de overigen aan hoofd en romp en soms gegeneraliseerd. De occipitale en postauriculaire lymfklieren zijn vaak, de cervicale bijna steeds palpabel. Hoest en verkoudheid zijn bij Cocks A-9, A-16 en ECHO-9 weinig frequent en bij de andere twee niet aanwezig.

Deze gegevens zijn ontleend aan een aantal goed geobserveerde epidemieën, waarvan die van het „Boston-exantheem” (ECHO-16) de bekendste is. Het merkwaardige geval doet zich voor, dat van dit virus in hetzelfde jaar twee epidemieën zijn gesignaleerd: de ene als exantheemziekte, de andere verscheen onder het beeld van aseptische (sereuze) meningitis zonder exantheem. Van de andere hier beschreven typen zijn, met uitzondering van Cocks A-16, eveneens aseptische meningitiden bekend. Van dit laatste virus zijn enige epidemieën bekend met exantheem (aan handen en voeten) en niet-jeukende vesiculae, exantheem en ulcera op de tong, palatum molle, mucosa buccalis en gingiva. Een en ander is goed te onderscheiden van herpangina (komt niet voor op tong en gingiva) en herpes simplex, dat ook aan de ogen en perioraal verschijnt.

De vesiculae, die wel eens bij Cocks A-9 ontstaan, zijn van varicella te onderscheiden doordat eerstgenoemde snel genezen zonder pustels of crustae te vormen. Ook de incubatietijd (2-12 dagen) geeft een goed houvast. Het Boston-exantheem (ECHO-16) kan gelijken op roseola infantum — (1964) huisarts en wetenschap 7, 320, referaat 64-13 — evenals het exantheem door Cocks B-5 veroorzaakt. Van dit laatste virus is bovendien een epidemie bekend, waarbij de oudere kinderen het beeld van een pleurodynie vertoonden en de jongeren hepato- en/of spleno-megalie, lymfadenopathie, pharyngitis, conjunctivitis, anorexie, misselijkheid, braken, koorts en soms een morbilliform exantheem. Het artikel demonstreert voldoende de fragmentarische kennis, die nog over het gehele gebied der enterovirussen bestaat, zodat het vooralsnog onmogelijk is de beschreven epidemieën in een inzichtelijk geheel te plaatsen (ref).

A. J. M. Daniëls.

64-23. Virus enteritis. Annotation. (1963) Lancet II, 1154.

Nu het niet meer in de mode is een acute gastro-enteritis zonder belangrijke stoornis in de algemene toestand toe te schrijven aan bier of groene appels, doet de slogan opgeld: omne ignotum est e viris. Epidemische explosies van ongecompliceerde gastro-enteritiden zijn bekend en in de regel duren de bezwaren niet langer dan twee etmalen. ECHO- en Cocksackie-virussen komen zeer veel voor en isolering daarvan uit de ontlasting bij enkele patiënten bewijst slechts de coïncidentie, niet de causaliteit. Van enkele typen uit de reeks van meer dan zestig ECHO- en Cocksackie-virussen is het oorzakelijk verband met diarree aangetoond, ook experimenteel.

De in deze „Annotation” geciteerde Reimann beschrijft een epidemie van gastro-enteritis met koorts, zware hoofdpijn en parethesiën. In de spaarzaam onderzochte ontlasting werden geen virologische aanknopingspunten gevonden, wat weinig zegt, temeer omdat de epidemie meer de indruk maakte van een infectie van het centrale zenuwstelsel met een secundaire darmstoornis.

Diarree (en obstipatie) zijn vaak een symptoom van ziekten, die niet in eerste instantie aangrijpen op het maagdarmkanaal. En de virologie — op straffe van degradatie tot een onbelangrijke tak der beschrijvende botanie — moet aan specifieke virussen specifieke ziektebeelden zien te verbinden: „diarree en braken” zijn daartoe onvoldoende.

De redactionele schrijver vergelijkt deze toestand met de oudtijds vigerende urinoscopie. Een betere differentiëring door beschouwing van aard en verschijningsvormen van diarree is noodzakelijk, zoals dikkedarm- en dunnedarmdiarree.

Tot besluit wordt de „winter vomiting disease” gereleveerd, een goed omschreven en bijzonder weinig gevarieerd beeld van nachtelijk explosief braken op kostscholen: „ongelukkigerwijs heeft nog niemand een virus gevonden om het beeld aan op te hangen”.

A. J. M. Daniëls.

64-24. Der heutige Stand des Kampfes gegen die Poliomyelitis. Fanconi, G. (1964) Schweiz. med. Wschr. 94, 405.

Uit verschillende officiële mededelingen blijkt dat de kinderverlamming in vele landen zo goed als verdwenen is. Er zijn echter nog landen waar men aarzelt met het invoeren van een massale entcampagne. Daarnaast is er nog het probleem welke methode van immunisering de voorkeur verdient. In Zwitserland en de Oosteuropese landen werd systematisch volgens de orale methode van Sabin te werk gegaan. Het aantal poliogevallen daalde hierna duidelijk. In Tschechoslowakije werd tot 1959 het Salk-vaccin gebruikt. Ook daar zag men een duidelijke vermindering van het aantal gevallen van polio; de nazomertop bleef echter. Pas toen voor het eerst in 1960 elk voorjaar alle zuigelingen oraal werden behandeld is er de daarop volgende jaren geen enkel poliogeval meer geweest. In de Sovjet Unie werden tot 1963 91 miljoen entingen met het trivalente Sabin-vaccin uitgevoerd. De poliomyelitis is daar sindsdien zo goed als uitgeroeid.

Onder de landen die systematisch volgens de methode van Salk enten, neemt Zweden de eerste plaats in, zowel wegens de bijzonder goede kwaliteit van het vaccin, als het feit dat vrijwel zonder uitzondering iedereen, die na de grote poliopidemie in 1910 geboren is, zijn injecties ontvangen heeft. In 1962 was meer dan 95 procent van de leeftijdsgroep van 7 tot 20 jaar en 85 procent van de groep der sinds 1909 geboren engeënt. In 1962 bedroeg het aantal poliogevallen nog slechts één per twee miljoen inwoners. Ook in Finland werd tot dusverre met het Salk-vaccin geënt, met het gevolg dat de morbiditeit van 273 in het jaar 1960 tot twee in het jaar 1962 was teruggelopen. De enting werd pas in 1961 systematisch uitgevoerd. Ondanks dit goede resultaat overweegt men in Finland de orale methode in te voeren.

In Denemarken werden na de verschrikkelijke epidemie in 1952 (2450 gevallen = 56,6 per 100.000) reeds in de jaren 1955-'57 vrijwel alle inwoners tot 40 jaar met het Salk-vaccin behandeld. De poliomyelitis scheen in 1957 en 1960 uitgeroeid te zijn, maar vanaf 1961 namen de percentages weer toe. Dit duidt erop dat een injectie met het Salk-vaccin helaas slechts 1 tot 4 jaren bescherming geeft. Daarom ging men er in het voorjaar 1963 toe over stelselmatig met het Sabin-vaccin type I oraal te enten.

Dat het terugdringen van de poliomyelitis niet het gevolg is van een periodieke teruggang in het optreden van de ziekte, kan men zien aan het voortbestaan, ja zelfs de toename, van de polio in buurlanden waar onvoldoende is geënt. Dergelijke landen zijn bijvoorbeeld Italië, Spanje en West-Duitsland (totdat in 1963 op grote schaal oraal werd geënt).

Het probleem van het wanneer en het hoe der inenting is nog niet opgelost. Omdat de immuniteit na de inenting met het Salk-vaccin snel afneemt, adviseerde de American Academy of Pediatrics in 1963 op de zuigelingenleeftijd drie-maal een D.K.T.P.-injectie te geven en op de leeftijd van 15 maanden en vervolgens om de twee jaar tot het zestiende levensjaar een Salk-injectie.

Hoe lang de bescherming bij de Sabin-methode duurt is nog niet bekend. De titer van de polioantilichamen blijkt wel na vijf jaar slechts weinig afgenomen te zijn. Het advies van de American Academy of Pediatrics voor de orale Sabin-vaccinatie luidt: kinderen van respectievelijk 2, 3, 4 en 15 maanden krijgen achtereenvolgens Type I, Type III, Type II

en een trivalent vaccin, verder niets meer. De Oosteuropese landen kennen in het algemeen meer herineningen.

De mogelijke risico's van een polio-enting werden in Zwitserland in 1960 nagegaan door bij een enting van 43.000 personen altemeerend Sabin-vaccin of fysiologisch zout te geven. Het aantal gemelde entcomplicaties was voor beide groepen gelijk. De ziekteverschijnselen welke op poliomyelitis gelijken en tussen de 5e en 42e dag na de enting optreden, verdienen wel aandacht.

Van de 63 bekende typen Enterovirussen zijn het langst bekend de drie poliovirussen, waarvan type I de grootste neurogene pathogeniteit heeft. Maar ook enkele van de 30 typen Coxsackie-virussen en van de 30 typen ECHO-virussen kunnen neurotroop worden en behalve een lichte virusmeningitis, lichte voorbijgaande paresen veroorzaken. Gelukkig komt dit zelden voor, zijn de verschijnselen niet ernstig en is de genezing volkomen.

Het neuropathogeen werken van het poliovirus hangt, behalve van de virulentie en concentratie, af van de toestand van de besmette. Men weet nog niet of een te hoge concentratie der entdosis een gevaarlijke intestinale virusvermeerdering kan geven. Het verdient aanbeveling de orale polio-enting niet te combineren met entingen die met levend en soms neurotroop werkend virus geschieden. Men moet minstens één maand tussenruimte nemen van de pokken- of mazelenenting. De toestand van de geënten wordt bepaald door de reeds bereikte graad van immunisatie, oververmoeidheid, andere stress toestanden en de voedingstoestand. Onderzoekingen bij muizen toonden aan dat bij zeer eiwitrijke voeding de weerstand tegen bacteriën toeneemt en die tegen virussen afneemt.

In West-Duitsland werden in 1962 22 miljoen entingen verlicht met het Sabin-vaccin type I. Tussen de 5e en 42e dag na de enting werden 22 gevallen van verlamming aangemeld, waarvan bericht werd dat drie niet volledig genazen. Dat deze verlammingen door het gebruikte virustype I zijn veroorzaakt, staat niet vast. De dagbladpers bracht in de zomer van 1962 het bericht dat enting met het Sabin-vaccin type III een polio-epidemie in de V.S. had veroorzaakt. Het „Report of the Committee on the Control of Infectious Diseases 1964” bericht daarover dat slechts volwassenen een op poliomyelitis gelijkend beeld ontwikkelden en wel één op de miljoen geënten. Er kon in geen enkel geval worden aangetoond dat het vaccin de veroorzaker was.

De verontreiniging van zowel het Salk- als het Sabin-vaccin met het levende apevirus SV 40 vormt de laatste jaren geen technisch probleem meer. Neuro-allergische reacties, bij het orale vaccin veel onwaarschijnlijker, zijn volgens sommigen niet geheel uitgesloten, maar, gezien het enorme aantal entingen, vrijwel nihil. Een voordeel van het levende vaccin is het niet alleen aankweken van een neurale, maar ook van een enterale immuniteit. Bovendien kunnen contactpersonen via besmette faeces tevens worden geïmmuniseerd. Hoe ver deze contactimmunisatie werkzaam is, weten wij niet.

De conclusie van de American Academy of Pediatrics in augustus 1963 was: zowel het Salk- als het Sabin-vaccin zijn werkzaam. Het laatste vaccin verdient echter duidelijk de voorkeur, in het bijzonder bij massa-ientingen, maar ook bij zuigelingen, gezien de eenvoudige toediening, het immunogene resultaat, beschermende werking en mogelijkheid van uitroeiing van de poliomyelitis. Het Sabin-vaccin is korter houdbaar dan het Salk-vaccin, hoewel reeds is gebleken dat door toevoeging van magnesiumchloride de houdbaarheid kan worden verlengd. Gewaarschuwd wordt voor individuele entingen, in het bijzonder met levend vaccin afkomstig van kleine firma's. Het is gevaarlijk de eerste twee entingen met het tripelvaccin te verrichten, omdat tengevolge van interferentie bijvoorbeeld slechts twee typen zich vermeerderen en immuniseren terwijl de bescherming tegen het veel gevaarlijkere type I uitblijft.

Vanaf welke leeftijd men zal enten staat nog niet vast. De V.S. en de Oosteuropese landen nemen als onderste grens twee maanden aan. Volgens Sabin kan men ook de pasgeborene oraal enten, echter met hogere doseringen in verband met de nog aanwezige moederlijke antilichamen. G. Dick

(Belfast) meent dat men het beste D.K.T.P.-injecties kan geven en zo een hogere antilichamentiter in het bloed verkrijgt. Op het congres over de poliomyelitisbestrijding te Stockholm in september 1963, is nog geen beslissing genomen of men voor de entingen van zuigelingen het Salk- dan wel het Sabin-vaccin moet verkiezen.

De conclusie van Professor Fanconi is dat het meest ideale momenteel zou zijn, een door de overheid gevoerde massale entcampagne met het levende Sabin-vaccin dat alle drie typen bevat, gedurende enkele wintermaanden, wanneer er het minst interfererende enterovirussen zijn.

M. Sanders.

64-26. Psychosomatische Aspecte bei Hyperthyreose. Staehelin, B. (1964) *Schweiz. med. Wschr.* 94, 1054.

Anamnesticch blijkt een hyperthyreoidie vaak na een psychisch trauma te zijn ontstaan. Dit is ook uit het dierexperiment bekend: konijnen, welke door andere dieren achterna zijn gezeten, kunnen een hyperthyreoidie ontwikkelen welke vaak niet meer verdwijnt. Deze dieren sterven vaak aan de irreversibele gevolgen van deze psychisch verkregen hyperthyreoidie.

Alexander beschrijft een specifiek persoonlijkheidsprofiel dat bij de thyreotoxicose behoort. Bleuler meent bij hyperthyreoidie-patiënten vaak een ongeveer identieke conflictsituatie te vinden, welke dikwijls tot een psychotrauma op zeer jeugdige leeftijd is terug te voeren. De schrijver hecht daarentegen niet zoveel waarde aan een zeer bepaalde persoonlijkheidsstructuur en conflictsituatie. Volgens hem is er waarschijnlijk slechts een bepaalde primaire stemmingsspecifiteit; hij adstrueert dit aan een patiënte met een klassieke, in korte tijd ontstane, hyperthyreoidie. Zij blijkt emotioneel reeds lang onder grote druk te leven. Haar vader, een door iedereen geacht man, was door haar op een buitenechtelijke relatie betrappt. De levenswandel van haar echtgenoot is een herhaling van die van haar overleden vader. Evenals haar moeder houdt zij tegenover haar kinderen de schijn van een goed huwelijk hoog. Hoewel zij het buitengewoon moeilijk heeft lijkt zij gezond. Pas wanneer zij zelf een buitenechtelijke relatie aanknoopt, openbaart zich in een half jaar tijds een zware thyreotoxicose. Gedurende tien dagen werd zij klinisch behandeld met radioactief jodium. Na tweemaal een gesprek gehad te hebben op het psychosomatische spreekuur, werd zij naar haar huisarts terugverwezen. De twee uitvoerig beschreven psychodiagnostische gesprekken waarin patiënte zich in de juiste patiënt-arts-relatie kon uitspreken en kracht verzamelen, zouden in elke huisartspraktijk mogelijk moeten kunnen zijn. M. Bleuler, die de literatuur over de resultaten van de psychotherapie bij hyperthyreoidie heeft samengevat, schrijft dan ook dat eenvoudige psychotherapie door de niet-psychiater een noodzakelijk bestanddeel vormt van de therapie der hyperthyreoidie.

M. Sanders.

64-33. Circumcision. Jolly, H. (1964) *Practitioner* 192, 257.

Een ingezonden vraag is de aanleiding van dit korte artikel. Vroeger werd circumcisie veel vaker uitgevoerd, omdat men meende dat het preputium bij de pasgeborene reeds terug te schuiven moest zijn. Door onderzoek heeft men geleerd dat voorhuid en glans tot het vierde jaar verbonden kunnen zijn. Geforceerd terugtrekken op jonge leeftijd geeft fibrosis. Aangeboren fimosis is zeer zeldzaam, zelfs wanneer slechts urine uit de opening druppelt en geen straal kan worden geproduceerd is er eerder een klep in de urethra dan een fimosis.

Alleen de zeldzame peniskanker kan in verband worden gebracht met de niet verrichte circumcisie. Het risico van kanker wordt echter opgeheven door voldoende hygiëne van de terugschuifbare voorhuid.

De belangrijkste indicatie voor circumcisie is dan ook het niet terugschuifbaar zijn vanaf het vierde jaar of na een balanoposthitis. Sommige gevallen van balanitis worden echter verward met de ammoniakdermatitis van de voorhuid, waarbij circumcisie is gecontraïndiceerd. Deze operatie dient, zoals trouwens elke andere, alleen op strenge indicatie te geschieden (in Engeland overleven per jaar zestien baby's de ingreep niet).

G. Faber