

het onderzoek over een aantal centra verdeeld moest worden, was standaardisatie van de operatietechniek vereist.

Het ethische probleem is bij een trial waarbij het om operatie gaat, nog neteliger dan anders. Terwijl sommige chirurgen niet voor een schijnoperatie aan de „andere” kant zouden terugschrikken, wilden anderen de indicatie niet van een „random”-papiertje laten afhangen. Reeds had men ondervonden dat een patiënt die met goed gevolg aan één zijde was geopereerd, zonder verwijl aan de andere zijde geopereerd wilde worden, en zich tot een andere chirurg wendde, toen men daar niet dadelijk op inging. In beide gevallen werd hij voor de trial onbruikbaar.

Het resultaat was dat op de laatste ochtend van dit synoviëctomie-symposion onder enige spanning met handopsteken werd gestemd over de wenselijkheid van een nieuw „controlled trial”. Met grote meerderheid werd hiertoe besloten. De Engelse en Amerikaanse opzet zullen als uitgangspunt worden aanvaard; de statisticus (die gedurende het gehele symposion zijn adviezen had gegeven) zal van de nodige gegevens worden voorzien ten einde het benodigde aantal patiënten te berekenen.

De ISRA zal blijven fungeren als centrum voor documentatie en organisatie voor reeds aangevangen en toekomstige onderzoekingen.

Amsterdam, januari 1968

Namens de symposion-  
commissie,  
W. H. D. DE HAAS

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### WEL OF GEEN OPERATIEVE THERAPIE

Het statistisch overzicht van collega HOOGENDOORN (1968) is belangwekkend omdat het misschien een vergelijking mogelijk maakt tussen het eigen operatie-percentages en de landelijke tendens. Dit geldt vooral ten aanzien van aandoeeningen, waarbij zowel conservatieve als operatieve behandeling mogelijk is, en dan eigenlijk alleen indien de meeste patiënten met zo'n aandoening klinisch behandeld worden.

Wat de traumatologie betreft, gaat dit vooral op voor de fracturen van de benen. Toch vragen de gegeven cijfers wel enig commentaar.

Allereerst het opmerkelijk lage percentage van 64 bij de collumfracturen. Dit zal wel berusten op het feit, dat de groep 820 behalve de „mediale” collum-fracturen ook de „laterale” (pertrochantere) bevat. Dit illustreert, dat het beter zou zijn deze (toch vrij grote) groep te splitsen, omdat het prognostisch en therapeutisch een geheel ander probleem vormt.

Bij de groep 813: fracturen van radius en ulna, zou de niet ingewijde kunnen denken aan de schachtfracturen, terwijl bedoeld is de gehele groep. Het vermelde percentage geeft nauwelijks enig inzicht. Dit geldt evenzo voor de verzamelgroep 812 (humerus) en 823 (tibia en fibula).

Ik meen dan ook dat de cijfers, verkregen door de Stichting Medische Registratie, niet zonder meer bruikbaar zijn voor dergelijke statistieken, en dit berust vooral op het niet ver genoeg uitsplitsen van de diagnoses. Het lijkt mij met name van belang erop te wijzen, dat de formulering van de diagnose-tabel niet dekt, wat de gemiddelde arts verstaat onder bv. een humerus-fractuur.

Voor een goed inzicht in de fractuur-behandeling is overigens een codering van zowel klinische als poliklinische patiënten onontbeerlijk.

*Literatuur:* HOOGENDOORN, D. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 389.

Assen, 26 februari 1968

H. VAN DER HOUWEN

Gaarne ga ik accoord met de opvatting, dat het in verschillende gevallen gevaarlijk is een laag of een hoog percentage van operatieve ingrepen zonder meer te beschouwen als het resultaat van een meer agressieve therapeutische instelling. De vijf laatste alinea's van de „epidemiologische mededeling” dienden om dit aan te tonen. Met enige nadruk werd daarbij meegedeeld, dat de waarde, die de behandelend arts aan operatieve therapie toekent slechts één van de factoren is, die invloed hebben uitgeoefend op de gevonden percentages. Een andere, in het stuk afzonderlijk genoemde factor is het opnamebeleid.

Terecht merkt collega VAN DER HOUWEN op, dat een beter inzicht zou zijn verkregen, indien gebruik kon worden gemaakt van een (nog) verder gedifferentieerde codelijst van diagnoses. Zolang dit niet het geval is, zullen wij ons moeten behelpen met één nummer voor zowel mediale als laterale collumfracturen. Deze fracturen zullen vrijwel altijd klinisch worden behandeld. Het percentage operatieve behandelingen liep uitéén van 21 (7 van 33) tot 94 (47 van 50). In dit geval lijkt het aannemelijk, dat tussen de betrokken specialisten verschil in inzicht bestaat over de meest wenselijke therapie. Men kan immers moeilijk aannemen, dat een dergelijk verschil wordt veroorzaakt door sterk uiteenlopende percentages mediale dan wel laterale fracturen.

Met betrekking tot de onderbeenfracturen gelden groten-deels dezelfde overwegingen. Het percentage operatieve ingrepen bij fracturen van de bovenste extremiteit daarentegen kan ongetwijfeld (mede) zijn beïnvloed door een bepaald opnamebeleid.

De bij de Stichting Medische Registratie aangesloten ziekenhuizen hebben de voor de eigen inrichting geldende gegevens ontvangen en kunnen nagaan in hoeverre deze van de landelijke gegevens afwijken. Plaatselijk kan men desgewenst trachten, de oorzaak van de eventueel gevonden verschillen op te sporen.

Wijhe, 7 maart 1968

D. HOOGENDOORN

### ONTSTEMMINGSTOESTANDEN EN PRODUKTIEVE PSYCHOTISCHE EPISODEN BIJ EEN JONGEN MET PRIMAIR GEGENERALISEERDE EPILEPSIE

Naar aanleiding van de klinische les van Prof. STAM (1968) zou ik de auteur een paar vragen willen stellen.

Het betreft in de klinische les een 12-jarige jongen, die behalve een aanval van stuipen als peuter (hoeveel malen ben ik als huisarts bij dergelijke gevallen geroepen, zonder dat hieruit ooit bij mijn weten een epilepsie resulteerde) geen opvallende ziekteverschijnselen had vertoond, behalve met 6 en 8 jaar een aanval van het grand-mal type (door wie gediagnostiseerd?), en nu plotseling in een tijdsbestek van 18 uur 5 grand-mal-aanvallen te doorstaan krijgt, zonder aura en met een daarop volgende lethargie en temperatuurverhoging tot 37,9°.

Mijn eerste vraag is nu: hoe luidt hier nu precies de diagnose? Is deze epilepsie genetisch overerfd of posttraumatisch? („primair gegeneraliseerd” zegt mij niets). Of bestaat er nog een andere genese? Prof. STAM beschrijft geen over-