

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-

eenkompstige gevallen in deze familie; er wordt ook geen trauma vermeld; ik meen echter te begrijpen, dat hij de stuipen op kleuterleeftijd als trauma aanneemt. Wat gebeurt hierbij dan histologisch-pathologisch? Ontstaat er misschien een laesie in het hersenweefsel door hypoxie? Is het dus strikt genomen zó, dat potentieel iedere stuipenaanval op zuigelingsleeftijd een epilepsie na zich kan slepen?

Mijn tweede vraag: is het mogelijk, dat het bij het door Prof. STAM beschreven geval, niet gaat om een „onmiskenaar antagonistische relatie tussen de epileptische activiteit (in het elektro-encefalogram! niet klinisch!) en het beloop der psychische stoornissen”, maar om een onmiskenaar averse werking van het medicament fenobarbital (3 maal daags 50 mg)? Het is bij mijn weten enige keren in de *Lancet* en andere tijdschriften beschreven, dat o.a. de barbituraten een averse werking kunnen uitoefenen en ik heb dat zelf vaker in mijn praktijk beleefd (óok met psychopharmaca), o.a. op Saba, waar veel interfamiliale huwelijken plaatsvinden en de blanke bevolking een nogal psychoneurotische inslag heeft. Ik herinner mij nog levendig een tot dan toe zachttaardige man, die na slechts een paar dagen fenobarbital te hebben genomen, de boel thuis kort en klein sloeg en daarop zijn vrouw met een mes te lijf ging. Na staking der medicatie herleefde de dociele man.

Mijn derde vraag: waarom werd nu bij deze jongen niet een ander medicament gebruikt, bv. een hydantoïne-derivaat? Ik zelf heb bij een paar epilepsie-patiënten (traumatische genese) buitengewoon goede resultaten behaald met de toediening van hoog gedoseerde combinaties van vitamine B₁, B₆ en B₁₂ (Princi-B, Neurobion), zowel oraal als parenteraal, waarmee men hoog begint en dan na enige tijd een individueel vastgestelde onderhoudsdosis kan handhaven, die vaak zeer laag ligt (bv. driemaal daags een tablet Princi-B met 1 of 2 maal wekelijks een ampul Neurobion), eventueel gecombineerd met een lage dosis diazepam (Valium) of triflupromazine (Siquil).

Voor de volgende „leken”-vraag verzoek ik Prof. STAM om clementie:

Mijn vierde vraag: is het niet mogelijk, dat het bij het beschreven piek-golf elektro-encefalogram gaat om een hyperactieve carotis-sinusreflex bij een overigens psychisch emotionele („high-strung”) jongen, mede misschien in samenhang met een psychisch trauma of (en) erotisch-hormonale stoornissen? Er was géén aura bij de aanvallen, echter wél een verhoogde temperatuur, die toch door vasomotorische stoornissen kan ontstaan.

Overigens ken ik een geval van pseudo-pseudohypoparathyroidisme met geheel normale bloedserumwaarden terwijl er typische grand-mal-aanvallen ontstonden. Hoe is echter hierbij het elektro-encefalogram? Tenslotte moet mij van het hart, dat het mij toch wel zéér lijkt te verkiezen, van rein menselijk standpunt, de jongen zijn „goede karakter” te laten, al heeft hij daarbij dan soms een grand-mal-aanval, die zeker met een niet-barbituurhoudend geneesmiddel kan worden gecoupeerd, dan hem als redeloze rabbiaat in een gesloten inrichting te houden, waarbij de toekomst van dit jonge menskind al a priori is geruïneerd.

Literatuur: STAM, F. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 305.

Rijpwetering, 21 februari 1968

E. H. RENSINK

De diagnose primair gegeneraliseerde epileptiforme aanvallen berust op het elektro-encefalogram. Voor deze aanvallen wordt ook wel de naam centrencefale epilepsie gebruikt. Het grootste deel van deze aanvallen valt onder het oude begrip genuïne epilepsie. Dit houdt in dat er niet aan een traumatische genese wordt gedacht. Bij een deel van deze gevallen

vindt men bij de broertjes en zusjes van de patiënt dezelfde elektro-encefalografische afwijkingen, zonder dat er zich aanvallen voordoen. Gewoonlijk verdwijnen deze afwijkingen in het elektro-encefalogram na de puberteit. In deze gevallen is er derhalve een genetische factor in het spel.

Primair gegeneraliseerde insulpen bij kinderen kunnen voorts een symptoom zijn van lipidosen en ontmergingsziekten.

Aan de primair gegeneraliseerde insulpen kunnen dus verschillende oorzaken ten grondslag liggen. In het door mij beschreven geval is er geen duidelijke oorzaak. Een traumatische genese is er niet, en de stuipen in de eerste levensjaren kunnen niet als oorzaak worden aangemerkt.

Bij traumatische epilepsieën gaat het overigens om focale, eventueel secundair generaliserende epileptische ontladingen. Bij deze vorm ontstaat er — in tegenstelling tot de primair gegeneraliseerde vormen — gewoonlijk een aura. Als vuistregel geldt, dat bij primair gegeneraliseerde vormen fenobarbital en primidon (Mysolone) de aangewezen middelen zijn en bij de focale de hydantoïne-derivaten, die in geval van secundaire generalisatie worden aangevuld met fenobarbital.

Sinds de publikatie van LANDOLT is onze aandacht gevestigd op het feit dat sommige gedragsstoornissen verergeren of pas ontstaan wanneer de epileptische activiteit in de hersenen wordt onderdrukt. In ons geval was er sprake van een dergelijk antagonisme. In principe kan elk medicament dat de aanvallen onderdrukt, de gedragsstoornissen oproepen. Van fenobarbital, heptobarbital (Rutonal) en primidon is dit bekend.

Het was in mijn klinische les slechts mijn bedoeling, de aandacht te vestigen op het bestaan van dit antagonisme en niet, een verslag te geven van de behandeling van een geval van primair gegeneraliseerde epileptische aanvallen. Aangezien de patiënt slechts nu en dan aanvallen had in de loop van de jaren, en in de kliniek aanvalsvrij was, leek het ons gewenst, eerst eens aan te zien hoe het verdere beloop zou zijn.

De vraag of de elektro-encefalografische veranderingen misschien op een hyperactieve carotissinusreflex berusten, moet ik ontkennend beantwoorden. Het ontbreken van een aura is typisch voor primair gegeneraliseerde insulpen, en lichte temperatuurverhoging na een aantal insulpen is niet ongewoon. Bij pseudo-hypoparathyroidie komen soms evenals bij echte hypoparathyroidie bilaterale synchrone paroxysmen in het elektro-encefalogram voor. Bij normocalciëmie toestandsbeelden is dit uitzondering.

Amsterdam, 6 maart 1968

F. C. STAM

BERICHTEN BUITENLAND

Duitsland

Aantallen medische studenten en artsen. — Volgens een bericht in het *Deutsches Ärzteblatt* (24 febr. bl. 422) telde West-Duitsland in de zomer van 1967 in totaal 249.343 Duitse studenten, van wie 11,8 procent geneeskunde studeerden. Het aantal buitenlandse studenten bedroeg 21.839; van hen studeerden 17,3 procent geneeskunde. Het aantal artsen en arts-assistenten bedroeg in 1966 te zamen 97.774, het jaar daarop 100.762. Dit laatste getal betekent dat er één arts op de 593 inwoners was. De bevolkingsaanwas bedroeg van 1958 tot 1967 11 pct, het aantal artsen nam in die periode toe met 27 pct. Vermoedelijk zal de toeneming in de komende jaren nog sneller gaan, en zullen er jaarlijks 4000 à 5000 artsen afstuderen.