

een storing in de energie-opname-energieverbruik-verhouding, op welke manier dan ook. M.a.w., gegeven de biochemische, fysiologische en psychologische constellatie van de vetzuchtige in die periode, eet of at hij te veel. Wegens het nagenoeg volslagen onbekend zijn van etiologische factoren is het uiteraard niet mogelijk hierop een therapie te baseren. Wat wel mogelijk is, is de energie-opname te beperken en (of) de energie-afgifte te verhogen.

Dat dit niet het uiteindelijke antwoord is, daarvan zijn de schrijvers ook overtuigd. Men hoeve slechts te letten op de vele recidieven bij obesitas. Helaas zijn er echter op het ogenblik geen andere therapieën die een rationele basis hebben.

Wageningen, december 1977

J. G. A. J. HAUTVAST  
C. W. GEERTS-VAN DER WEIJ  
T. J. J. M. THEUNISSEN

### *Stijgende frequentie van orchidopexie*

Naar aanleiding van het commentaar op mijn ingezonden stukje door de collegae HOOGENDOORN (1977) en VISSER (1977) zou ik graag nog enkele opmerkingen maken. Wanneer op grond van gegevens van de Stichting Medische Registratie een bepaald vermoeden ontstaat, zal uit een hierop gericht, zo mogelijk prospectief, onderzoek moeten blijken of dit vermoeden al dan niet juist is. Voordien kunnen aan een vermoeden geen consequenties worden verbonden. Als collega HOOGENDOORN mij uitnodigt om argumenten tegen zijn vermoeden naar voren te brengen keert hij de bewijslast om. De criteria die bij een (overigens te prijzen) „Medical Audit” gehanteerd worden, moeten berusten op feiten en niet op vermoedens.

De vraag van collega VISSER waarom ik het niet met hem eens ben de behandeling van retentio testis te concentreren in centra met full-time kinderchirurgen, wil ik graag beantwoorden. In het algemeen beschikken deze centra over de mogelijkheden om ernstig zieke patiënten zo goed mogelijk te behandelen (bv. baby- en kindercare). Ook patiënten die een intensieve voor- en nabehandeling in multidisciplinair verband vereisen, kunnen beter in een ziekenhuis met centrumfunctie behandeld worden. De capaciteit van het centrum moet echter niet gebruikt worden voor relatief eenvoudige behandelingen. De kans op beschadiging van de funiculus spermaticus tijdens herniotomie bij jongetjes is even groot als tijdens een orchidopexie. Beide operaties staan mijns inziens onderaan de lijst van behandelingen die om concentratie vragen.

Dat nieuwe technieken als een bedreiging worden gezien ben ik met collega VISSER niet eens. Juist in de geneeskunde wordt van nieuwe technieken gretig gebruik gemaakt. Veelal is het zelfs zo dat naarmate de ervaring met een bepaalde techniek toeneemt het indicatiegebied hiervoor beperkter blijkt te zijn dan aanvankelijk werd verondersteld. Met de computer leven doen wij al geruime tijd maar op de vraag hoe de geproduceerde gegevens gehanteerd moeten worden is nog lang niet altijd het juiste antwoord gevonden.

*Literatuur:* HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1978. — VISSER, H. K. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979.

Alkmaar, december 1977

H. R. HIEMSTRA

Het is mij zeer wel bekend dat het in de praktijk bijzonder moeilijk kan zijn cryptorchisme en-retractiele testes van elkaar te onderscheiden. In de door collega HIEMSTRA zo bekritiseerde mededeling heb ik op grond van beschikbaar gekomen cijfermateriaal getracht waarschijnlijk te maken dat hierbij soms fouten worden gemaakt. Vervolgens hebben de ingezonden stukken van de collegae BORGHANS-DELVAUX c.s. (1976, 1977) sterke steun gegeven aan mijn interpretatie van dat cijfermateriaal.

Het komt mij voor dat het een taak van de medische registratie is om ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg op dergelijke zaken te attenderen. Vanzelfsprekend staat het collega HIEMSTRA volkomen vrij te twijfelen aan de validiteit van elk van de tot dusverre aangevoerde argumenten en ik ben gaarne bereid hierover met hem te discussiëren. Collega HIEMSTRA zal dan echter moeten meedelen op welke gronden zijn twijfel berust. Het lijkt in elk geval onjuist een uitnodiging tot het bekend maken van deze gronden uit te leggen als een poging de bewijslast om te keren.

*Literatuur:* BORGHANS-DELVAUX, J. M., J. K. GEERAERDTS-FEUERBERG en L. I. NJO-TAN (1976) *T. Soc. Geneesk.* 54, 386; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979 — HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1625.

Wijhe, december 1977

D. HOOGENDOORN

### *Zeer vroege abortus provocatus*

Gaarne zou ik collega WIBAUT enkele vragen stellen n.a.v. het caput selectum (1977).

Collega WIBAUT stelt, dat vooral bij vrouwen bóven de 40 jaar, die medisch minder in aanmerking komen voor de combinatiepil, bij mislukken van traditionelere vormen van anticonceptie de „overtijdbehandeling” een bruikbare oplossing kan zijn.

Juist bij deze groep vrouwen komt echter een langere en onregelmatige cyclus veel voor. Mijns inziens kan propagieren van de „overtijdbehandeling” bij deze groep vrouwen dan ook leiden tot een enorme polypragmasie, of veel vroege zuigcuretages of een toenemende reeks van zwangerschapstests bij vermeend over tijd zijn. Bovendien is wel beschreven dat in het late climacterium, door het refractair worden van het ovarium, de hypofysaire gonadotrofinen een zodanige titer kunnen vertonen dat de zwangerschapstest hierdoor positief wordt. Ik hier geen eigen ervaring mee. Als dit zo is, is het uiterst gevaarlijk op een zwangerschapstest te varen, voordat klinisch tekenen van een zwangerschap aanwezig zijn.

Collega WIBAUT noemt behalve de oestrogenen bevattende orale anticonceptiva slechts het IUD en de sterilisatie. Wat is zijn mening over en ervaring met lynestrenol (Exluton) en medroxyprogesteron (Depo-Provera) bij vrouwen boven de 40 jaar, die verschillende risicofactoren t.a.v. de toediening van oestrogenen hebben?

*Literatuur:* WIBAUT, F. P. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1847.

Amsterdam, November 1977

J. KLOMP

Uit onderzoekingen van TIETZE (1963) bij condoomgebruikers en van MARSHALL e.a. (1972) bij oudere echtparen die periodieke onthouding toepasten is gebleken, dat misluk-