

## EEN KLEIN HOERA VOOR MAMMON

Bij de waardering die ik heb voor de research van de farmaceutische industrie en voor de daaruit resulterende vergroting van de farmacotherapeutische mogelijkheden, word ik toch geplaagd door enkele vragen betreffende bepaalde aspecten van het farmaceutisch bedrijf. Eén ervan zou ik nu naar aanleiding van het ontwapenende artikel van DUKES (1968) als volgt willen formuleren:

Kan de medicus aan gene zijde van de Rubicon, die volgens DUKES meebouwt „aan de totstandkoming van het beleid” van het farmaceutisch bedrijf, nu werkelijk de volgende punten met zijn wetenschappelijke verantwoordelijkheid dekken?

1. Het gebruik van „een vergezuiverd leverextract met hoog gehalte natuurlijk vitamine B<sub>12</sub> (10 mcg/ml)” bij pernicieuze anemie, waarbij alleen vitamine B<sub>12</sub> is vereist en waarvoor ter beschikking staan ampullen zuiver B<sub>12</sub> (cyanocobalamine) met 15, 20, 30, 50 en zelfs 1000 mcg/ml!

2. Het gebruik van leverpoeder, ontvet pyloruspoeder en kopercarbonaat in een ijzerpreparaat voor ijzergebreekemie, waarbij een ferrozout voldoende is.

3. Het gebruik van een anabool steroïd bij de reconvalescentie van kinderen.

4. Het gebruik van 10 vitamines „ter completering van de dagelijkse voeding”, terwijl een goede afwisselende voeding, zoals in ons land regel is, voldoende vitamines bevat om aan de behoefte te voldoen en het lichaam over een grote voorraad beschikt, zodat een tijdelijk geringe toevoer kan worden opgevangen.

5. Het gebruik van zeer kleine hoeveelheden prednison in een tablet met bronchospasmodica en een sedativum voor astma (1 mg/tablet) en in een tablet met o.a. vitamines en kaliumchloride voor bejaarden (0,25 mg/tablet).

6. Het gebruik van vitamines, anabole steroïden, mineralen, ijzer, sporenelementen, B<sub>12</sub> (oraal!) al of niet in combinatie, als roborans, als „geriatriesch supplement”, voor „nieuwe kracht en energie, levenslust en vitaliteit”. Is er ooit door middel van een goed klinisch onderzoek, dat werkelijk voldoet aan de eisen, die men tegenwoordig mag stellen, de werkzaamheid hiervan aangetoond voor deze „indicaties”?

*Literatuur:* DUKES, M. N. G. (1968) Een klein hoera voor Mammon. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1743.

Den Haag, 29 september 1968

F. KALSBEK

In mijn artikel heb ik gewezen op het bestaan van sterk uiteenlopende opvattingen onder medici ten aanzien van nagenoeg ieder soort geneesmiddel. De bedenkingen die collega KALSBEK hier aanvoert, gericht vooral tegen een aantal aanbevolen indicaties en oudere „combinatie-preparaten” zijn voldoende bekend; met dergelijke bedenkingen wordt wel degelijk rekening gehouden bij de „totstandkoming van het beleid”, vooral met betrekking tot wijzigingen in preparaten die reeds vele jaren in de handel zijn. Dat zulke bedenkingen echter niet altijd doorslaggevend zullen zijn is evident. Even evident is het dat, indien de industriearts zich, na de beide kanten van de wetenschappelijke medaille te hebben bestudeerd, uitspreekt tegen een wijziging, hij zich in feite bij de vele praktizerende artsen schaart die op grote schaal gebruik maken van het bestaande preparaat of de onderhavige indicatie.

Het zou te ver voeren om op deze plaats uitgebreid te gaan debatteren over de voorbeelden die collega KALSBEK opnoemt. Het zou de discussie ook op een zijspoor voeren; mijn hoofdbetoog in dezen is geweest dat de huidige procedure voor de beoordeling van dergelijke kwesties binnen en buiten

de industrie een gezonde procedure is, waarbij de medicus een essentiële functie heeft. De veronderstelde juistheid of onjuistheid van het resulterend beleid in enkele geselecteerde gevallen doet hier weinig ter zake.

Oss, 8 oktober 1968

M. N. G. DUKES

## MENSTRUATIESTOORNISSEN NA HET GEBRUIK VAN ORALE OVULATIEREMMERS

In zijn klinische les stelt professor PLATE (1968): „Hoewel het natuurlijk niet geheel vaststaat, mag men aannemen, dat bij de beschreven patiënten het gebruik van de ovulatieremmers de oorzaak van de menstruatiestoornissen is geweest.”

Het komt mij voor dat als in een wetenschappelijke voordracht iets „natuurlijk niet geheel vast staat”, men niets mag aannemen. Ter illustratie bespreek ik kort het gepresenteerde patiëntenmateriaal:

Patiënte A: aanvankelijk onregelmatige menstruaties, na de tweede bevalling normaal (?); patiënte gebruikte na deze partus echter een oraal anti-conceptivum.

Patiënte B: oorspronkelijk steeds onregelmatige menstruaties.

Patiënte C: late menarche, onregelmatige menstruele cyclus, na medicijnen (welke?) regelmatig.

Patiënte D: normaal menstruatie-patroon.

Patiënte E: gedurende 4 jaar spontaan onregelmatige menstruaties.

Patiënte F: menstruaties bleven ieder jaar tweemaal weg.

Resteert één patiënte met een oorspronkelijk normaal menstruatiepatroon, die na het gebruik van een ovulatieremmend middel geen normale menstruaties terug kreeg, echter wel ovuleerde. De overige vijf van deze wel zeer kleine serie van zes patiënten vertoonden al vóór het gebruik van ovulatieremmers een niet geheel normaal menstruatiepatroon.

Samenvattend: Wij mogen (natuurlijk) niet aannemen, dat bij de beschreven patiënten het gebruik van ovulatieremmers de oorzaak van de menstruatiestoornissen is geweest, aangezien er vóór het gebruik van de ovulatieremmers al menstruatiestoornissen waren. De titel van de klinische les is dan ook onvolledig: Besproken werden enige patiënten met menstruatiestoornissen vóór en na het gebruik van orale ovulatieremmers.

*Literatuur:* PLATE, W. P. (1968) Menstruatiestoornissen na het gebruik van orale ovulatieremmers. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1721.

Wormerveer, 29 september 1968

G. VAN GELDORP

Collega VAN GELDORP noopt mij de ziektegeschiedenissen van mijn patiënten nog eens te vermelden, waarbij ik de nadruk moet leggen op de menstruatiestoornis die door mij bedoeld wordt. Een onregelmatige menstruatiecycclus behoeft niet te betekenen dat er geen ovulaties zijn; patiënte A werd ondanks een onregelmatige cyclus tweemaal zwanger. Het gebruik van de ovulatieremmers werd bij mijn patiënten gevolgd door een anovulatie, die tot uiting komt in amenorroe of in anovulatore bloedingen.

Patiënte A: laatste bevalling in juli 1963, daarna regelmatige menstruatie. In november 1963 orale anticonceptie, daarna 7 maanden amenorroe.

Patiënte B: na Lyndiol-gebruik amenorroe van 9 maanden, daarna anovulatore bloeding.

Patiënte C: menstruatie op jonge leeftijd gereguleerd door medicijnen (geen ovulatieremmers). Na gebruik van Lyndiol amenorroe van 10 maanden, daarna minstens één anovula-

tore bloeding en tenslotte weer een twee maanden durende amenorroe.

Patiënte E: 2 zwangerschappen, daarna 4 jaar regelmatige en 4 jaar onregelmatige menstruatie-cyclus. Na gebruik van Lyndiol amenorroe van 8 maanden.

Patiënte F: menstruaties bleven elk jaar tweemaal weg. Na gebruik van ovulatiereemers amenorroe die 18 maanden duurde.

Ik geef toe, dat de titel van mijn les beter had kunnen luiden: Anovulatie na het gebruik van orale ovulatiereemers". Waarom collega VAN GELDORP mij verwijt, dat ik dit verschijnsel signaleer en daarbij voorzichtig meedeel, dat het verband tussen een en ander niet geheel vaststaat, is mij niet duidelijk. Misschien wil hij, omdat mijn serie patiënten klein is, meer gegevens; hij leze dan onderstaande literatuur.

*Literatuur:* DODEK, O. I. en H. L. KOTZ (1967) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **98**, 1065. — HOROWITZ, B. J., M. SOLOMKIN en S. W. EDELSTEIN (1968) *Obstet. and Gynec.* **31**, 387. — RICE WRAY, E., S. CORREN, J. GORODOVSKY, J. ESQUIVEL en J. W. GOLDZIEHER (1967) *Fertil. and Steril.* **18**, 212. — SHEARMAN, R. P. (1966) *Lancet* II, 1110; (1968) *Lancet* I, 325. — WHITELAW, M. J., V. E. NOLA en C. F. KALMAN (1966) *J. Amer. med. Ass.* **195**, 780.

Utrecht, 7 oktober 1968

W. P. PLATE

### ARTROGRAFIE BIJ MENISCUSLETSELS

Met veel belangstelling heb ik het verslag van collega THIJN (1968) over zijn ervaringen met 400 knie-artrografieën gelezen. In het artikel komt niet duidelijk tot uiting of bij de gehele serie geopereerde patiënten artrografie is verricht. Indien dit wel zo is, dan is het betrouwbaarheidspercentage van 93 wel wat geflatteerd, omdat er toch een zeer groot aantal patiënten is met duidelijke slotverschijnselen, waarbij het artrogram niet nodig is voor de diagnose.

Wij hebben eerst enkele jaren veel artrografieën gemaakt, maar daarna alleen in twijfelgevallen en het is juist die groep, waarin relatief veel artrografieën met een twijfelachtige uitslag voorkomen.

Ik ben het op grond van eigen ervaring niet met collega THIJN eens, dat alle patiënten met knieklachten die een meniscuslaesie doen vermoeden, aan een artrografisch onderzoek moeten worden onderworpen; dit geldt zeker voor patiënten die een wat langer durende periode van inklemming hebben doorgemaakt, want dit zijn nagenoeg allemaal „hengselscheuren”, waarbij een artrogram alleen academische waarde heeft. Wat de 8 patiënten betreft met beiderzijdse meniscusletsels, vraagt men zich af of het artrogram aanleiding moet zijn beide menisci te verwijderen en wel op grond van het ervaringsfeit, dat een knie zonder meniscus vaak klachten blijft veroorzaken, misschien door vermindering van de stabiliteit. Ik zou geneigd zijn bij dergelijke patiënten eerst alleen die meniscus te verwijderen die de klachten veroorzaakt.

*Literatuur:* THIJN, C. J. P. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1625.

Assen, 30 september 1968

H. VAN DER HOUWEN

Het ingezonden stuk van collega VAN HOUWEN geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen. Bij de groep van 400 patiënten bij wie artrografie van het kniegewricht werd verricht, bevinden zich zowel patiënten bij wie ook reeds op klinische gronden een sterk vermoeden op meniscusafwijkingen bestond, als patiënten bij wie de uitslag van het klinisch onderzoek voor een meniscusletsel allerminst typisch was. Slechts in enkele gevallen werd een patiënt met de

typische klinische verschijnselen van een meniscusverscheuring niet voor artrografisch onderzoek verwezen. Dit aantal patiënten zal (zoals bleek bij navraag aan de betrokken chirurgen) hoogstens tien hebben bedragen. Het voor de in het artikel besproken groep patiënten gevonden betrouwbaarheidspercentage van 93 zou waarschijnlijk wel iets lager liggen bij een te onderzoeken groep van patiënten bij wie de klinische verschijnselen niet duidelijk waren voor een meniscusletsel.

Met de stelling dat bij patiënten met een duidelijke inklemming van het kniegewricht artrografie niet nodig is, ben ik het niet eens. Het lijkt mij voor de clinicus wel degelijk van belang, te weten of er een meniscusverscheuring bestaat dan wel een corpus liberum aanwezig is, en zo ja, te weten of dit letsel mediaal, lateraal dan wel beiderzijds is gelokaliseerd. De chirurg wordt hierdoor in staat gesteld tot een nog meer gerichte operatie over te gaan. De beoordeling of men beiderzijdse meniscusverscheuringen al of niet in één zitting moet opereren, valt buiten de directe competentie van de röntgenoloog; het is slechts zijn taak, op het bestaan van beide letsels te wijzen.

Ik moge erop wijzen dat de techniek van het artrografie-onderzoek plaatselijk zeer wisselt. Het gevolg hiervan is dat de kwaliteit van de artrogrammen een zeer wisselende is. Een accurate techniek door middel van dubbelcontrastartrografie (of alleen met positief contrastmiddel), fijn focus en serie-opnamen, gepaard met een nauwkeurige beoordeling is de enige methode om goede resultaten te verkrijgen. Indien aan deze voorwaarden is voldaan, kan artrografie vaak een exacte diagnose mogelijk maken waarbij ook in de bedoelde groep twijfelgevallen van collega VAN DER HOUWEN een hoog betrouwbaarheidspercentage kan worden bereikt. Zodoende kon ook de groep van bij röntgenonderzoek dubieuze meniscusletsels (tabellen I en IV) klein uitvallen. De berekening van een betrouwbaarheidspercentage in deze kleine groep heeft dan weinig zin.

Wat de indicatie tot het ondergaan van een artrografisch onderzoek betreft, wil ik nog opmerken dat inderdaad de grootste waarde van het onderzoek is gelegen in het diagnosticeren van klinisch dubieuze letsels, doch dat evenwel ook een exact kennen van de lokalisatie van het ook klinisch duidelijke letsel (mediaal, lateraal of beiderzijds) mij voor de chirurg van betekenis lijkt.

Emmen, 2 oktober 1968

C. J. P. THIJN

### GEVAREN VAN BEDRUST

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* verscheen een caput selectum geschreven door de internisten SCHOUTEN en SCHREUDER (1968). In de slotbeschouwing van dit artikel betreuren zij het feit, dat de opleiding van fysiotherapeuten in handen is gekomen van particulieren.

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 21 september jl. brak collega P. H. VAN SETTEN een lans voor deze particuliere opleidingsinstituten. De argumenten die hij aanvoerde zijn aanvechtbaar, en de erkenning van het feit, dat de opleiding voor fysiotherapeuten uit het initiatief van particuliere opleiders werd geboren, is geen reden om de tijd te doen stilstaan. Er zijn betere waarborgen voor een goede opleiding nu de fysiotherapie in de belangstelling is gekomen van de ziekenhuizen, revalidatie-centra en verpleegtehuizen. Een opleiding voor fysiotherapie moet haar basis vinden in een samenwerking met deze instituten in een streek. Hierdoor kan worden gezorgd voor een docentencorps op niveau en met verzekerde continuïteit. De lessen anatomie, fysiologie en pathologie kunnen door practica