

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 „hengelscheuren”, 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