

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

worden aangevuld, die in het lesrooster zijn ingepast. De mogelijkheden voor demonstraties van klinische en poliklinische patiënten zijn onbeperkt. De cursist komt in contact met acute ziekten en chronische toestanden, met recente en late gevolgen van ongevallen, met patiënten vóór en na operaties. Alle tot verschillende specialistische gebieden behorende afwijkingen krijgt hij zo te zien. Hij leert te onderscheiden waar, hoe en in hoeverre de fysiotherapie daarbij doelmatig kan worden toegepast. Er is een dagelijkse ontmoeting mogelijk met de artsen, die de verschillende vormen van fysiotherapie voorschrijven of wijzigen. Zij kunnen de bedoeling, die zij ermee hebben, verduidelijken en de discussie mogelijk maken over de motivering van hun voorschriften. Er is een rechtstreekse medische begeleiding aanwezig van de patiënt. De verrichtingen van de fysiotherapeut zijn daarop afgestemd, terwijl zijn werk op een bepaald doel gericht kan zijn, doordat het vaak wisselend aspect van de pathologische afwijkingen voor hem wordt vertaald.

Zowel de cursist als degene die een stage volgt, zijn betrokken bij dit overleg tussen artsen en fysiotherapeuten. Het is duidelijk welke voordelen dit biedt aan hun opleiding en aan de behandeling van de patiënten. De confrontatie van de fysiotherapie met het werk van de medici in de ziekenhuizen heeft daarenboven tot gevolg, dat de fysiotherapeuten leren zich beter op te stellen tegenover nieuwe theorieën en behandelmethoden inzake de fysiotherapie, die nu nog weerloos en kritiekloos worden aanvaard. Het is om deze redenen niet goed te begrijpen, dat particuliere opleidingen voor fysiotherapie met onvoldoende of geen contact met de ziekenhuizen, in deze vorm nog kunnen bestaan. Ze zouden toch kunnen opgaan in een Stichting, bestaande uit een groep samenwerkende instituten, waaronder ziekenhuizen, een revalidatie-centrum, verpleegtehuizen met reactivering enz.

In 1967 speelden zich rondom het voorexamen A voor fysiotherapie gebeurtenissen af, welke aanleiding gaven tot het instellen van een Onderzoekcommissie door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In het rapport, dat deze commissie deed verschijnen, staat op bl. 18: „Zij (de Commissie) is van oordeel, dat het inderdaad ongewenst is, dat deze opleidingen door particulieren worden gedreven en dat het van belang zou zijn, indien deze vorm van opleiding op den duur zou verdwijnen. Het gevaar, dat financieel belang en het laten gelden van concurrentie-overwegingen bij de uitslag van de examens een rol gaan spelen, mag naar de mening van de Commissie niet worden onderschat. Daarnaast bestaat de mogelijkheid, dat ten gevolge van het feit, dat een deel der opleiding bestaat uit het volgen van stages, de leiders der particuliere instituten financieel voordeel trekken uit het volgen van stages door hun leerlingen.”

Op bl. 19 staat: „In het belang van een goede opleiding is de Commissie verder van mening, dat het aanbeveling verdient, dat de opleidingsinstituten op enigerlei wijze zijn verbonden aan bestaande Ziekenhuizen of medische centra. Deze affiliatie aan bestaande Ziekenhuizen of medische centra biedt het voordeel, dat door de grotere deskundigheid in deze Ziekenhuizen en medische centra de stages in het belang der leerlingen van beter gehalte zijn.”

Collega VAN SETTEN van zijn kant schrijft: „Indien men bovendien weet, dat ziekenhuizen dergelijke opleidingen voldoende en vooral goedkope hulpmiddelen voor revalidatie, dan kan men zich terecht afvragen of de vorming van fysiotherapeuten niet beter kan geschieden aan onafhankelijke, particuliere inrichtingen.”

Collega VAN SETTEN werd door de Commissie van Onder-

zoek gehoord; het rapport, door de Commissie uitgebracht, is hem bekend. Indien hij als particulier een andere mening erop na wil houden, is dit geheel voor zijn eigen verantwoording. Hij ondertekent zijn stuk echter als voorzitter College van Advies inzake het beroep van fysiotherapeut.

Ik vraag mij af, of dit Advies-college van de Minister daar blij mee is.

*Literatuur:* SCHOUTEN, J. en J. TH. R. SCHREUDER (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1337. — SETTEN, P. H. VAN (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1710.

Hoensbroek, 7 oktober 1968

J. H. J. MARTENS

Uiteraard stemt het ons tot voldoening, dat ons standpunt inzake de opleiding van fysiotherapeuten door een deskundige als collega MARTENS gesteund wordt.

Amsterdam, 11 oktober 1968

J. SCHOUTEN

## HYPEROSMOLAIR COMA

In het artikel „Hyperosmolair coma” van W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL c.s. (1968) wordt een literatuuroverzicht betreffende dit onderwerp gegeven en vermeld, dat EHRlich en BAIN (1967) het eerste geval van dien aard bij een kind hebben beschreven.

Het lijkt me nogal ontmoedigend voor de in het Nederlands schrijvende auteur, te moeten vaststellen, dat zijn artikelen ook in het eigen taalgebied niet de verdiende aandacht krijgen.

In 1966 namelijk beschreef DE VAAN reeds een geval van hyperosmolair hyperglykemisch coma bij een 7-jarig meisje. Blijkbaar is dit aan de aandacht van bovengenoemde auteur ontsnapt. Voorts lijkt het mij beter te spreken van hyperosmolair, hyperglykemisch coma, omdat subcomateuze toestanden en andere neurologische stoornissen ten gevolge van hyperosmolariteit op de zuigelingenleeftijd vrij veelvuldig worden gezien als complicatie van acute gastroenteritis of — gelukkig zelden — accidenteel door voedingsfouten. Deze toestanden vallen toch alleszins onder de door de auteurs gebezigde titel „Hyperosmolair coma”.

*Literatuur:* Editorial (1968) *Lancet* I, 186. — EHRlich, R. M. en H. W. BAIN (1967) *New Engl. J. Med.* **276**, 683. — MEULENBELT-GROENENDAAL, W. J., D. E. TEERINK, H. J. VERMEULEN en S. A. TEN BOKKEL HUINIK (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1731. — MORRIS-JONES, P. H., I. B. HOUSTON en R. C. EVANS (1967) *Lancet* II, 1385. — SIMPSON, H. en J. O. DUFFY (1967) *Brit. med. J.* III, 536. — VAAN, G. A. M. DE (1966) *Maandschr. Kindergeneesk.* **34**, 279.

Maastricht, 7 oktober 1968

TH. M. VAN DER KLEY

In antwoord op het ingezonden stuk van collega VAN DER KLEY merken wij gaarne het volgende op:

1. Bij het opsporen van de bestaande literatuur over het hyperosmolair coma hebben wij als leidraad genomen de *Index Medicus*. Toen wij eind 1967 ons literatuuronderzoek ten behoeve van ons te schrijven artikel afsloten, was het artikel van collega DE VAAN nog niet in de ons ter beschikking staande delen opgenomen. Weliswaar verscheen zijn artikel in augustus 1966, maar het werd pas november 1967 in de *Index Medicus* vermeld. En het nummer van november 1967 kwam pas aanvang 1968 ter beschikking. (Elk maandnummer komt met een vertraging van enkele weken in de Nederlandse bibliotheken aan.) Naderhand, bij het periodiek volgen van de recent verschenen literatuur over dit onderwerp, kwamen wij via de *Cumulated Index Medicus* op de hoogte van het bestaan van het artikel van collega DE