

patoir onderzoek) de aard van de bewegingsstoring vast te stellen en vervolgens door middel van zacht uitgevoerde passieve bewegingen een bewegingsbeperking in een aantal gewrichten op te heffen, zoals de manuele thearapie als onderdeel van de fysiotherapie beoogt. Ook de klassieke fysiotherapie zou met mobiliserende en spierversterkende oefeningen van nut kunnen zijn, hoewel het te kort schieten van de voetmusculatuur veelal niet te wijten is aan ongeofendheid, doch aan verhoogde activiteit van deze spieren, noodzakelijk ten einde de mechanisch gestoorde boogconstructie toch te handhaven.

*Literatuur:* HERSCHEL, H. en P. J. VAN MEEL (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 265.

Amsterdam, februari 1976

G. VAN DER BIJL Jr.,  
*manueel therapeut*

De heer VAN DER BIJL heeft natuurlijk gelijk als hij stelt dat aan de fysiotherapie een rol toebedeeld kan worden bij de behandeling van voetklachten. Onze publikatie kwam deels tot stand vanuit één van de oudste en grootste instituten in Nederland op het gebied van de fysiotherapie. Het spreekt vanzelf dat fysiotherapie daar ruime aandacht heeft bij de behandeling van voetafwijkingen.

De heer VAN DER BIJL vermeldt het belang van de korte voetmusculatuur. De lange voetmusculatuur is echter zeker zo belangrijk. Wij willen dan ook niet ontkennen dat de klachten bij een insufficiëntia pedis, waarbij ook voorvoetpijn voorkomt, zich uiten als spierpijn, vooral in het onderbeen. Fysiotherapie is daarbij zeker van nut. Toch leek een bespreking van die fysiotherapie onzes inziens te vallen buiten het kader van deze klinische les. Wij beperkten ons duidelijk tot metatarsalgie en datgene wat de neventitel aangaf.

De beperkte mogelijkheden van de manipulatie-techniek werden reeds uitvoerig beschreven door MENNEL (JOHN McM. MENNEL (1969) *Footpain*). Het laatste woord over het belang van de manipulatie bij voorvoetklachten is zeker nog niet gesproken. Daarom heeft WILLIAM HAZLITT ook

gelijk als hij opmerkt: „Wanneer iets ophoudt een twistpunt te zijn, houdt het op belangwekkend te zijn.”

Amsterdam, maart 1976

H. HERSCHEL

### *Late radionecrose van de grote hersenen*

Met veel waardering las ik het artikel van M. TH. A. VAN DUINEN (1976). Ik ben alleen bang dat niet-radiologisch geschoolde artsen huiverig gaan worden voor bestralingen.

Als dermatoloog heb ik vroeger, voor de introductie van griseofulvine, favus-patiënten geëpileerd. Nu bestraal ik nog steeds patiënten met huidcarcinoom (basaliomen) en ik gebruik hiervoor een röntgen-contactapparaat van Philips. In de overzichtstabel in het artikel van VAN DUINEN staan 3 gevallen van favus en 13 gevallen van huidcarcinoom vermeld. Behalve bij de auteur DUGGER e.a. (1954) staat nergens iets over de kwaliteit van de röntgenstralen vermeld (kV, filter, half-waarde-diepte, afstand focus-huid, doorsnede bestraalde veld) waaruit enig inzicht in de dieptewerking wordt verkregen. Favus werd vroeger meestal geëpileerd met 60-100 kV, filter 0,5 — 1 Al en afstand 20 — 25 cm. Zijn deze drie gevallen, op de tienduizenden die vroeger met succes zijn behandeld, misschien met hardere stralen behandeld? Over de gegevens van DUGGER e.a. kan bv. worden opgemerkt dat op 5 cm diepte nog meer dan 50% van de huiddosis aanwezig was, terwijl bij een gangbare bestraling van huidcarcinomen (veldgrootte 15 cm doorsnee, 50 kV, filter 0,5 Al, focus-huidafstand 2 cm) slechts 1% van de huiddosis een diepte van 3,5 cm bereikt.

Het is jammer dat in deze tabel de kwaliteit van de stralen niet is vermeld c.q. dat deze niet bekend was.

*Literatuur:* DUINEN, M. TH. A. VAN (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 282.

Rotterdam, februari 1976

W. F. GERMERAAD

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### ALGEMEEN

*Drukke poliklinieken.* In Afrika worden vele bevolkingspoliklinieken zó druk bezocht — 200 en meer patiënten per dag — dat er slechts enkele ogenblikken of minuten per patiënt voor onderzoek beschikbaar zijn. Een aanzienlijke steun hierbij is een door B. J. ESSEX bedacht systeem van „problem-oriented flow charts” (*Diagnostic Pathways in Clinical Medicine*, Edinburg African Medical and Research Foundations in conjunction with Churchill Livingstone, 1975). Het systeem is vooral bedoeld voor getrainde helpers van de arts, maar ook artsen kunnen er met vrucht gebruik van maken. Als uitgangspunt wordt de klacht genomen, waarvoor de patiënt hulp komt vragen; daarna wordt verder gedifferentieerd. In Tanzania is het systeem reeds met veel succes toegepast. ESSEX constateerde dat slechts 6 pct van de gestelde diagnoses fout waren, wanneer de kaarten door een onervaren medisch student werden ge-

bruikt. Het foutenpercentage van een in normale omstandigheden werkende arts is onbekend; het zal voor een arts die 200 patiënten op één dag moet beoordelen, ongetwijfeld ook hoog liggen. Misschien is de belangrijkste kant van het boek van ESSEX, dat het de aandacht vestigt op de moeilijkheden die zich in de ontwikkelingslanden voordoen bij het medische werk op de bevolkingspoliklinieken. Een dagelijkse toeloop van zo veel patiënten is alleen op te vangen door de patiënten over meer poliklinieken te spreiden, en dat kost geld. (Editorial, *Brit. med. J.*, 28 febr. bl. 482).

#### AUSTRALIË

*Verdrinking en alcohol.* In het gebied van de havenplaats Geelong — met een eigen bevolking van 150.000 zielen en 50.000 in de omgeving wonenden — hebben zich in de jaren 1959-74 in totaal 144 verdrinkingsgevallen voorgedaan. Op 142 van de slachtoffers is een volledige sectie uitgevoerd. Een analyse van de bevindingen wordt door V. D. PLUECKHAHN beschreven in het *Medical Journal of*