

kwam ook bij mannen en bij niet-zwangere vrouwen voor. In 1965 verscheen hierover in dit tijdschrift een referaat naar aanleiding van drie artikelen. Nadat de methode (lange duur, hoge doses) ook wegens andere bezwaren in onbruik kwam, raakte deze complicatie in vergetelheid, naar nu blijkt ten onrechte.

Literatuur: Referaat (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 2252. – Referaat (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1658. – SPAERRING, G., I. FRASER, G. TURNER e.a. (1978) *Brit. med. J.* 1, 1457. – SQUIRRES, J. W. en L. W. PINCH (1979) *J. Amer. med. Ass.* 241, 2417. – Vraag 8 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 532.

J. H. J. M. MEUWISSEN

Menstruatiestoornissen en sportprestaties

Steeds meer vrouwen gaan deelnemen aan sporten die een grote inspanning en een goede conditie vereisen. De uitwerking van deze inspanningen op het menstruatiep patroon is betrekkelijk weinig onderzocht en de bevindingen waren soms tegenstrijdig. De aard van de sport, de intensiteit waarmee deze wordt beoefend, de leeftijd van de vrouw en andere factoren schijnen van invloed te zijn.

DALE e.a. (1979) deden een vergelijkend onderzoek bij 168 vrouwen van 18 tot 48 jaar, die in drie groepen werden verdeeld: 90 lange-afstandloopsters die meer dan 30 mijl per week trainden, 24 „joggers” die 5 tot 30 mijl per week liepen en een controlegroep van 54 vrouwen, behorende tot het ziekenhuispersoneel, die niet aan trimmen deden. De drie groepen waren vergelijkbaar naar o.a. leeftijd, lengte, opvoeding en sociale klasse. De lange-afstandloopsters

wogen minder, verloren meer gewicht bij de training en hadden minder lichaamsvet dan de „joggers”; vergeleken met de controlegroep waren deze verschillen nog groter. Dit kon niet worden verklaard door andere contraceptie-methoden. De lange-afstandloopsters hadden significant vaker (34%) menstruatiestoornissen zoals anovulatie, oligomenorroe of secundaire amenorroe dan de „joggers” (23%) of de vrouwen uit de controlegroep (4%). Uit hormonaal onderzoek bleek dat slechts 50% van de lange-afstandloopsters ovuleerden tegen 67% van de „joggers” en 83% van de controlegroep. Opmerkelijk was dat het testosterongehalte van het serum steeg naarmate de training intensiever werd. Dit hogere testosterongehalte werd, gezien het anabole effect, bevorderlijk geacht voor de atletische prestaties. Het zou kunnen worden verklaard uit een verhoogde productie in ovaria en (of) bijniere als reactie op de stress van trainingen of wedstrijden. Ook kan men denken aan een verminderde aromatisatie van androgenen tot oestrogenen in het perifere vetweefsel door het aanzienlijke vetverlies bij de lange-afstandloopsters. De auteurs zien veel overeenkomsten met de menstruatiestoornissen van vrouwen met anorexia nervosa. Bij dit syndroom ontstaat door het vermageren een hypothalamische dysfunctie. Als zulke vrouwen weer in gewicht aankomen, volgt meestal een spontaan herstel van de cyclus. Ook bij de lange-afstandloopsters verbeterde het menstruatiep patroon na verminderen of staken van de intensieve training.

Literatuur: DALE, P. L., G. J. FORRESTER en G. AMSTRONG (1979) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 135, 142.

P. G. HART

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Gevallen vrouwen; pertrochantere femur- en collumfracturen

De klinische lessen van het Tijdschrift vormen een belangrijk deel van het na- en bijscholingspakket dat wij als artsen jaarlijks krijgen aangeboden. De schrijvers besteden er ongetwijfeld veel tijd en zorg aan; derhalve dient er zoveel mogelijk lering uit te worden getrokken. Ik meen daarom te moeten wijzen op een belangrijke les die wij allen moeten trekken uit het artikel van VAN PROOSDIJ (1979) waarop door de schrijver niet wordt gewezen. Hij beschrijft hoe hij met zijn diagnostisch probleem te rade gaat bij de orthopeed, gewapend met röntgenfoto's, maar zonder patiënt. De orthopeed stelt een diagnose en geeft een behandelingsadvies, zonder de patiënt zelf te hebben onderzocht. Diagnose en het advies blijken beide onjuist te zijn. De voor de hand liggende les die wij hier op een presentieerblaadje krijgen aangeboden is de volgende: laat u nimmer verleiden tot het geven van een advies over een patiënt die u niet zelf onderzocht hebt. Juist nu wij steeds meer geconfronteerd gaan worden met diagnostische centra lijkt mij ook deze les van groot belang.

Het zij mij vergund nog een tweede opmerking te maken. Vrijwel ongemerkt, tussen haakjes, doet de schrijver de uitspraak dat in de door hem beschreven problematiek de voorkeur dient uit te gaan naar een consult van een

orthopedisch chirurg. Lezers zouden hieruit de indruk kunnen krijgen dat deze specialisten op dit terrein de meeste ervaring hebben. De volgende getallen afkomstig van het Centraal Bureau voor de Administratie der Specialistenhonorering wijzen hier niet op. In 1977 werd van de patiënten met een fractuur van het collum femoris 77% geopereerd door algemene chirurgen, 23% door orthopeden; voor de per- en intertrochantere fracturen gold de volgende verhouding: 82% algemene chirurgen, 18% orthopedisch chirurgen. De uitspraak van collega VAN PROOSDIJ moge gelden voor zijn persoonlijke situatie, in zijn algemeenheid is ze onjuist.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2129.

Arnhem, december 1979

M. N. VAN DER HEYDE

De klinische les van VAN PROOSDIJ (1979) geeft mij aanleiding tot enige opmerkingen. Er wordt bij de beschrijving van de eerste patiënt gesuggereerd dat de 16e druk van *Spalteholz' Handatlas der Anatomie* de functie van de M. tensor fasciae latae beschrijft als exorotatie, abductie en extensie van het been. Dat is niet het geval. Op bl. 183 wordt deze werking als volgt beschreven: „beugt und abduziert den Oberschenkel und rollt ihn etwas nach innen.”

Verder is de gepresenteerde verklaring voor de pijnklachten van deze patiënte niet erg plausibel. Er wordt verondersteld dat zij een periostletsel heeft opgelopen, waardoor het been een dwangstand aannam. Het is echter niet in te zien hoe een bepaalde stand van het heupgewricht de prikkeling van periostreceptoren ten gevolge van de kwetsuren zou verminderen. Als de oorzaak echter in de spier (spierscheur, spierhematoom) gelegen was, zoals door de zinsnede „deed zoveel pijn, dat zij haar been enigszins optrok” min of meer wordt gesuggereerd, is een dwangstand wél aannemelijk. Een dergelijke gekwetste spier wordt altijd gefixeerd in verkorte toestand, en passieve verlenging doet pijn. Een bekend voorbeeld hiervan is de coup de fouet (scheur in de M. triceps surae), waarbij de voet gefixeerd wordt in plantaire flexie, en passieve dorsale flexie van de voet de pijn verergert.

Aangezien de belangrijkste functie van de M. tensor fasciae latae abductie van het bovenbeen is, had het bovenbeen bij de beschreven patiënte in abductie gefixeerd moeten worden, hetgeen bij haar niet het geval was.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2129.

Amsterdam, januari 1980

G. J. LANKHORST

In zijn klinische les beschrijft collega VAN PROOSDIJ (1979) op verfrissende wijze hoe een aantal collega's in een „medische valkuil” gestort zijn. VAN PROOSDIJ toont – met de nodige zelfkritiek – voor de collega's op allerm minst kwetsende wijze aan dat collega-specialisten, zelfs in hun eigen specialisme, fouten kunnen maken én dat paramedici in hun specifieke kennis van een bepaald „deelgebied” van het menselijk functioneren nogal eens onderschat worden. Duidelijk blijkt ook uit deze les dat een goede anamnese en lichamelijk onderzoek te zamen (!) met specialistisch röntgenonderzoek – waarbij elk van beide onderzoekers de resultaten van zowel klinisch als röntgenologisch onderzoek bij zijn (differentiële) diagnostiek moet betrekken – (denk)fouten kunnen voorkómen zodat de patiënt(e) sneller adequaat geholpen kan worden.

Een goede intercollegiale communicatie c.q. berichtgeving is in dit medisch diagnostisch proces onontbeerlijk; dit laatste laat zowel binnen het eerste en het tweede échelon als tussen de beide échelons nogal eens te wensen over. Wanneer deze intercollegiale communicatie verbeterd zou worden, zou dit een verbetering van de medische hulpverlening kunnen betekenen voor de patiënt; bovendien heeft deze communicatie een „lerende” waarde (vergelijkt u de uitspraak van de huisarts, G. G. en G. D.-arts, internist-geriater, neuroloog en fysiotherapeut maar eens!).

Aan de opmerking die onlangs door collega AULBERS (1979) werd gemaakt over de teneur van de artikelen in „ons artsenvakblad” – waarbij specialisten van diverse pluimage vertellen hoe goed hun specialistische resultaten wel zijn – zou door het plaatsen van meer artikelen in deze voor algemene artsen en artsen van ieder specialisme goed leesbare stijl tegemoet gekomen kunnen worden (vooral de klinische les, de referaten, vraag-en-antwoordrubriek en klinisch-pathologische conferenties lenen zich hier goed voor). Bovendien zouden – om meer inzicht in elkaanders werkterrein te krijgen – ook de verenigingsverslagen van andere dan klinisch specialistische verenigingen geplaatst kunnen worden in het Tijdschrift; ik denk daarbij met name aan de huisartsen, sociaal-geneeskundigen, revalidatieartsen en verpleeghuisartsen. Het Tijdschrift zal m.i. hier-

door aan leesbaarheid winnen, ook voor de jongere collega's (het Tijdschrift is immers voor alle artsen bestemd, of niet soms?). Bij vervreemding tussen specialisten onderling en tussen specialisten en artsen werkzaam in andere medische vakgebieden is niemand gebaat.

Met dank aan collega VAN PROOSDIJ voor deze wijze (klinische) les.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2129. – AULBERS, B. J. M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1349.

Geleen, januari 1980

J. VAN KEMPEN

Een klinische les dient belerend (in de zin van onderrichtend), boeiend en beknopt te zijn. Laatstgenoemd deel van deze opdracht is het moeilijkst. Doorgaans is het gemakkelijker een lang artikel te schrijven dan een kort.

Met VAN DER HEYDE's (1979) eerste opmerking ben ik het volledig eens. Er zullen weinig artsen zijn die nooit bezwijken voor de verleiding een patiënt „op afstand”, bijvoorbeeld telefonisch of tijdens mondeling contact met familieleden of kennissen, te „behandelen”. Bijna altijd is dat verkeerd. In het onderhavige geval is zo iets overigens niet gebeurd. Al mijn patiënten met orthopedisch-chirurgische aspecten worden of door het hoofd van onze orthopedische afdeling of door een van zijn medewerkers mede onderzocht en (of) behandeld. In mijn werksituatie in de geriatrische afdeling van „Zonnestraal” is dat sinds jaar en dag zo vanzelfsprekend, dat ik het, korthedshalve, niet heb vermeld. Ten onrechte, dat ene zinnetje had er, om misverstand te voorkomen, best bij gekund. Het is ook dom dat ik in de tekst liet staan exorotatie in plaats van endorotatie (bl. 2130, linker kolom, regel 4 van boven).

Volledig eens ben ik het met de strekking van de tweede opmerking welke VAN DER HEYDE maakt. Hij wil, gestaafd met cijfermateriaal, graag aantonen dat algemene chirurgen even goed als orthopedisch chirurgen fracturen van dijbeenhals en bovenbeen kunnen repareren. De verstrekte cijfers bewijzen maar één ding: er zijn in Nederland veel meer algemene dan orthopedische chirurgen werkzaam. De Specialisten Registratie Commissie noch de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde beschikt over recente en exacte aantallen. Maar de heer MEEGDES, medewerker van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, kon mij mededelen, dat op 1 januari 1978 703 algemene en 198 orthopedische chirurgen officieel in ons land als zodanig werkzaam waren. Het ligt dus in de rede, dat veel meer fractuurpatiënten bij een algemeen chirurg dan bij een orthopedisch chirurg onder behandeling komen. De zaak waarom het echter gaat – en waar ik voorzichtig even op doelde – is: welke chirurg bereikt doorgaans de beste resultaten. Welnu, in het algemeen zal een bejaarde met één van eerder genoemde fracturen, die bij voorkeur niet conservatief dienen te worden behandeld, het beste kunnen worden geopereerd door een orthopedisch chirurg. Naar mijn stellige overtuiging is die uitspraak in zijn algemeenheid niet onjuist, maar juist zeer juist.

Gedurende de jaren vijftig van deze eeuw, toen de afdeling voor geriatrie en reactivering in „Zonnestraal” in een steeds groter wordende behoefte bleek te voorzien, werden talrijke bejaarde patiënten met collumfracturen die in een ziekenhuis elders waren „gepend”, voor verdere behandeling bij ons opgenomen. De betreffende chirurgen waren voortreffelijke „buikchirurgen”, maar hun osteosyntheses mislukten. Ik heb in die tijd van verschillende (meer dan vijf!) ter plaatse gevestigde huisartsen persoonlijk verno-