

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

## Het diabetesdieet: Niet anders dan voeding voor gezonde mensen

In het uitstekende artikel van Heine en Schouten over het dieet bij suikerziekte vond ook ik, tussen servet van doctoraal en tafellaken van artsexamen, nog wel wat nieuws.<sup>1</sup> Of ook in de rekenkunde inzichten elkaar even snel opvolgen als in de geneeskunde betwijfel ik. Vandaar mijn verwondering over de genoemde berekeningswijze van de glykemische index, te weten deling van de oppervlakte onder de 2-uursbloedglucosecurve na een proefmaaltijd door de oppervlakte na 25 g glucose „en door dit uit te drukken als percentage van de teller”. Een quotiënt uitgedrukt als percentage van zijn eigen teller geeft als resultaat 100 gedeeld door noemer; het resultaat is daarmee onafhankelijk van de beproefde substantie, hetgeen nauwelijks bedoeld kan zijn.

Is niet voldoende het quotiënt met honderd te vermenigvuldigen, dat wil zeggen de teller als percentage van de noemer uit te drukken? In nagedachtenis van jarenlang wiskundeonderwijs graag opheldering over deze onduidelijkheid in het overigens zo heldere artikel.

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Heine RJ, Schouten JA. Het diabetesdieet: Niet anders dan voeding voor gezonde mensen. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1524-8.

Amsterdam, augustus 1984

J.M. VAN DANTZIG

Voor de berekening van de glykemische index is inderdaad geen hogere wiskunde vereist. Zoals terecht door Van Dantzig wordt gesteld, kan de berekening plaatsvinden door de oppervlakte onder de 2-uursbloedglucosecurve na een proefmaaltijd door de oppervlakte na 25 g glucose worden gedeeld en vervolgens worden vermenigvuldigd met 100. Wij zijn Van Dantzig erkentelijk voor deze wiskundige correctie.

Amsterdam, augustus 1984

R.J. HEINE  
J.A. SCHOUTEN

## Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting

De vooral ook voor obstetrici interessante en leerzame klinische les van de collegae Visser en Nielsen bevat naar mijn mening een discutabel advies ten aanzien van de behandeling van pasgeborenen met verdenking op congenitale heupluxatie.<sup>1</sup> De auteurs verwijzen naar het onderzoek van Barlow betreffende 9289 pasgeborenen. Zij wijzen erop dat bij 1:60 pasgeborenen een verdenking op congenitale heupluxatie wordt gevonden direct na de geboorte, maar dat na een week 60% van hen deze „afwijking” niet meer had. Niettemin pleiten de auteurs ervoor alle pasgeborenen te behandelen bij wie na de geboorte een positieve proef van Ortolani of Barlow wordt vastgesteld.

Is het op grond van de resultaten van het onderzoek van Barlow niet juister om de proef na een week te herhalen en alleen behandeling in te stellen bij die kinderen die dan nog een positieve test hebben? Bij dit beleid zou dan niet 90%

van de kinderen overbehandeld worden, zoals de auteurs voorstellen, maar „slechts” 30%.

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Visser JD, Nielsen HKL. Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1217-20.

Tilburg, augustus 1984

J.M.W.M. MERKUS

De meningen over het tijdstip van behandelen van pasgeborenen met een positieve Ortolani/Barlow-proef zijn verdeeld. Sommigen behandelen dan consequent alle pasgeborenen,<sup>1,4</sup> anderen wachten een week af en behandelen alleen als de heupjes op dat tijdstip nog een positieve Ortolani/Barlow-proef tonen.<sup>5,6</sup> Doet men dit laatste, dan moet men een ruime ervaring hebben met het heuponderzoek bij pasgeborenen, want de diagnose kan bij het tweede onderzoek, een week na de geboorte, gemist worden door onervarenheid of door een moeilijk onderzoek bij een huilend, tegenspartelend kind.

Ons beleid is dat bij een positieve Ortolani/Barlow-proef, zelfs door een andere onderzoeker vastgesteld maar door ons niet bevestigd, onmiddellijk behandeling voor 6 tot 12 weken in abductiebeugel volgt.<sup>7</sup>

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Palmén K. Prevaliation of congenital dislocation of the hip. Acta Orthop Scand 1984; Suppl 208: 32.  
<sup>2</sup> Rosen S von. Diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip in the newborn. J Bone Joint Surg 1962; 44B: 284-91.  
<sup>3</sup> Cyvin KB. A follow-up study of children with instability of the hip joint at birth. Acta Orthop Scand 1977; Suppl 166: 1-62.  
<sup>4</sup> Smith MGH. The results of neonatal treatment of congenital hip dislocation. A personal series. J Pediatr Orthop 1984; 4: 311-7.  
<sup>5</sup> Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1962; 44B: 292-301.  
<sup>6</sup> Smail GB. Congenital dislocation of the hip in the newborn. J Bone Joint Surg 1968; 50B: 524-36.  
<sup>7</sup> Emnéus H. A note on the Ortolani- von Rosen- Palmén-treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1968; 50B: 537.

Groningen, augustus 1984

J.D. VISSER  
H.K.L. NIELSEN

## Moerman, Muntendam en het meten met verschillende maten in de geneeskunde

Naar aanleiding van de bijdrage van Lubsen,<sup>1</sup> plaats ik als projectleider van het onderzoek naar de Moerman-therapie graag enkele kanttekeningen.

1. Wanneer Lubsen direct al stelt dat naar zijn mening de Moerman-methode te typeren is als een „welhaast onvermijdelijk deel van het verwerkingsproces voor kankerpatiënten bij wie chirurgie, cytostatica en de bestraling ogenschijnlijk (let wel: ogenschijnlijk; A.) gefaald hebben”, dan doet hij daarmee een voor-wetenschappelijke uitspraak en zet hij deze therapie reeds in de hoek van de suggestieve behandelingsvormen, alvorens daarnaar enig onderzoek is gedaan.

2. De weergave van het protocol is op een aantal punten onzorgvuldig, bijv. waar de indruk wordt gewekt dat de Moerman-arts kan knoeien met de toelating van geschikt geachte patiënten, of dat achteraf gesjoemeld zou gaan worden met te beoordelen en niet te beoordelen patiënten.