

(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.

3. Lubsens verwijt dat niet is gekozen voor een controlegroep-opzet dient zich te richten op degenen die vanuit de reguliere oncologie vanaf het begin hebben gesteld dat zulk onderzoek pas zou kunnen plaatsvinden indien uit een zg. fase II-onderzoek op zijn minst enige aanwijzing zou komen dat deze therapie een werking zou kunnen hebben. Zijn suggestie om met een „historical controlled trial” te werken, kan slechts worden uitgevoerd indien, na stratificatie voor ten minste 5 aspecten, voldoende vergelijkbare kankerpatiënten overblijven. Dit vooronderstelt de aanwezigheid van een goede kankerregistratie en Lubsen zal ongetwijfeld weten hoe het daarmee in Nederland is gesteld.

4. Een vrij groot deel van het artikel van Lubsen gaat over algemene bezwaren in het alternatieve veld tegen wetenschappelijk onderzoek. Deze lijken mij grotendeels verzonnen. Dat neemt niet weg dat men erover zou kunnen discussiëren (bijv. over de mogelijkheid om in het wetenschappelijk onderzoek te individualiseren, de onderzoekbaarheid van alternatieve geneeswijzen, of over de ethische aanvaardbaarheid/verwerpelijkheid van de dubbelblindmethode), maar de mij hier toegemeten ruimte is te beperkt om dat nu serieus te kunnen doen.

5. De opmerkingen die Lubsen maakt over de „grondregels” voor wetenschappelijk onderzoek, zijn mijns inziens niet helder. Men kan eruit opmaken dat Lubsen pleit voor onderzoek van de alternatieve geneeswijzen met de gangbare reguliere methoden. Dat lijkt mij een voor-wetenschappelijke keuze. Bovendien leest men nergens welke die grondregels van Lubsen dan zouden zijn. Maar wanneer dit het begin is van een serieuze discussie tussen regulier en alternatief, zou ik er vrede mee kunnen hebben.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Lubsen J. Moerman, Muntendam en het meten met verschillende maten in de geneeskunde. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1244-7.

Groningen, juli 1984

C.W. AAKSTER

Op deze wijze kan de onderhavige discussie nog lang doorgaan en daarom beperk ik mij tot enkele punten:

1. Uiteraard is het onmogelijk om in dit tijdschrift het protocol in zijn geheel op te nemen; ik heb mij moeten beperken tot een selectie uit de kenmerken die voor mijn betoog het meest van belang waren. Het is mij totaal onduidelijk waarom Aakster tot de conclusie komt dat ik de betrokkenen zou verwijten dat zij „sjoemelen” met het protocol. Waar het om gaat, is dat zelfs bij de meest punctuele toepassing van de criteria nog geen patiëntengroep is samen te stellen met een voorspelbaar ziektegedrag in de toekomst. Dit komt niet omdat artsen of andere werkers in de gezondheidszorg sjoemelen, maar om de eenvoudige reden dat het beloop van ziekten nu eenmaal niet is te voorspellen.

2. Ik heb geen poging gedaan om in deze bijdrage een uiteenzetting te geven van mijn „grondregels”. Hiervoor kan worden verwezen naar de uitgebreide literatuur op dit punt. Ik wil er wel met nadruk op wijzen dat ik er in genedele bijzondere persoonlijke grondregels op na houd. Integendeel, ik beschouw mij slechts als een gedwee uitvoerder van het algemeen aanvaarde dogma dat op dit terrein bestaat.

Rotterdam, augustus 1984

J. LUBSEN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Infectie met Coccidioides immitis bij reizigers uit de zuidwestelijke Verenigde Staten.* – Bij twee patiënten met een infectie met *Coccidioides immitis* werd de diagnose te laat gesteld. De eerste patiënt, een man van 58 jaar, overleed aan een algemene infectie door deze schimmel tijdens een behandeling met corticosteroiden wegens een fibroserende alveolitis. Bij de tweede patiënt, een kind van 14 maanden, dat een pre-auriculair zwelling had, had men weliswaar een infectie met een schimmel vastgesteld, maar deze schimmel gehouden voor een dermatofyt. Door onzorgvuldige omgang met de schimmelkweek moesten 8 laboratoriumwerkers profylactisch worden behandeld met ketoconazol gedurende 10 dagen.

De eerste patiënt had 8 maanden te voren een bezoek gebracht aan Californië. De schimmelkweek van de tweede patiënt was ingezonden vanaf een luchtmachtbasis waar zowel Engels als Amerikaans personeel werkzaam was. Men wijst op de noodzaak laboratoria in te lichten over buitenlandse reizen of herkomst van patiënten van wie materiaal voor onderzoek wordt ingezonden. (Comm Dis Rep 1984; 28: 3.)

#### VERENIGDE STATEN

*Toeneming van de sterfte aan kanker berust op grotere sterfte aan longkanker.* – De Environmental Protection Agency en het National Cancer Institute analyseerden de

cijfers van sterfte aan kanker in de V.S. over de periode 1950-1979 (*The Nation's Health*, april 1984; ISSN: 0028-0496). De totale kankersterfte was bij blanke mannen met 16% en bij niet-blanke mannen met 39% gestegen. Er was een geringe daling bij de blanke vrouwen, terwijl de cijfers voor de niet-blanke vrouwen weinig waren veranderd. Indien men de sterfte aan longkanker buiten beschouwing liet, was er sprake van een daling van 5% bij de blanke mannen en was de stijging bij de niet-blanke mannen 15%; bij de vrouwen een daling van 12 respectievelijk 13%.

De sterfte aan longkanker steeg voor mannen met 116 resp. 185% en voor vrouwen met 199 resp. 188%. De verhouding van de sterfte aan de verscheidene vormen van kanker toonde geografische verschillen: men hoopt door individueel gericht epidemiologisch onderzoek deze verschillen te kunnen gebruiken voor het opsporen van de oorzaken van de oversterfte.

Opvallend was de daling van de sterfte aan maagkanker (mannen 56 resp. 44%, vrouwen 60 resp. 48%) en de toeneming van de sterfte aan melanomen (88 resp. 49% bij de mannen en 51 resp. 15% bij de vrouwen).

De toeneming van de sterfte aan longkanker roept twijfel op over het succes van de bestrijding van het roken. In een ingezonden brief in hetzelfde tijdschrift wijst Buxton van het Healthy People Project in Maryland erop dat alleen verspreiding van de kennis dat roken ongezond is, onvoldoende is. In 1975 bleek dat reeds 90% van de volwassenen wist dat sigaretten roken ongezond was. Hij merkt op dat gezondheidsredenen vaak niet de voornaamste zijn om het roken te