

## EUTHANASIE ALS TAALPROBLEEM

Naar aanleiding van de brief in Medisch Contact van 5 juli jl. (MC nr. 27/1985, blz. 797) inzake de discussie over euthanasie:

Dikwijls is het nodig één begrip te splitsen in verschillende begrippen, ieder met een eigen betekenis. Die nieuwe begrippen moeten namen krijgen. De gemakkelijkste manier om dit te bereiken is het oorspronkelijke begrip een nieuwe betekenis te geven. Dit leidt helaas tot langs elkaar heen praten met degenen die het oorspronkelijke begrip blijven gebruiken: men moet deze weg daarom niet bewandelen.

'Euthanasie' is en blijft: het geven van een goede dood – meer niet. Het is een handeling. Dikwijls wordt het begrip gekoppeld aan: 'vrijwillig' of 'onvrijwillig'. Deze toevoegingen slaan echter niet op de handeling zelf – dus of de arts al dan niet vrijwillig de handeling uitvoert – maar op degenen die de handeling ondergaat. Duidelijker lijkt mij daarom te spreken van 'euthanasie op verzoek' tegenover 'euthanasie zonder verzoek'.

's-Hertogenbosch, augustus 1985

Prof. Dr. M. C. Colenbrander

## MANUELE THERAPIE BIJ LAGE RUGPIJN

In MC nr. 25/1985, blz. 741, spreekt Vuurmans enigszins verwijtend zijn verbazing uit over het geen gehoor geven van 32 huisartsen aan de uitnodiging deel te nemen aan de informatie-bijeenkomst over manuele therapie. Het wegblijven van al deze 32 huisartsen lijkt ons echter begrijpelijk. Het door manueel therapeuten over het algemeen gebezigde spraakgebruik komt weinig overeen met de gebruikelijke medische terminologie en werkt voor de artsen afstotend, zoals ook door een praktijkperikel in Medisch Contact (zeer toepasselijk onder het artikel van Bouter over manuele therapie geplaatst) treffend werd geïllustreerd<sup>1</sup>. Een andere remmende factor op de opkomst van de 32 huisartsen is hoogstwaarschijnlijk het feit dat het voor hen ondoenlijk is zich in de vele stromingen en opvattingen in de manuele therapie te verdiepen.

Verder zijn wij het met Bouter eens, dat het van belang is dat de discussie omtrent de mogelijkheden en vooral onmogelijkheden van manuele therapie in de kolommen van Medisch Contact op gang komt. Wij leveren hieraan dan ook graag onze bijdrage, zoals wij dat ook al eerder deden in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie<sup>2</sup>.

Wij onderstrepen ook het belang van het therapeutisch experiment in Nederland, zoals door Bouter is aangegeven, hoewel de aanwijzingen die uit het buitenland tot ons komen wat ons betreft al duidelijk genoeg in de richting wijzen van de betrekkelijke waarde van manuele therapie, van het beperkte indicatiegebied voor manuele therapie bij lage rug-

## BRIEVEN

klachten. Vuurmans en de zijnen hebben hier nogal tegenovergestelde opvattingen over, tegen beter weten in lijkt het wel. Hoewel er best een aantal indicaties voor manuele therapie zal zijn en deze als onderdeel van het behandelplan fysiotherapie zinnig kan worden aangewend, zetten wij bij Vuurmans en de zijnen (v/d Bijl) en ook bij de diverse andere stromingen (Sickesz en dergelijke) die manuele therapie als alleenstaande therapie bij patiënten met lage rugklachten in het algemeen aanwenden, grote vraagtekens, en wel om de volgende redenen:

1. De meeste rugklachten (ongeveer 90%) zijn van discogene aard<sup>3, 4</sup>. Junghanns maakte reeds in de jaren zestig voor de discogene aandoeningen de volgende indeling<sup>5</sup>: instabiliteit graad I, instabilitas graad II en instabilitas graad III. Ook Rens heeft in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie gewezen op de met discogene aandoeningen gepaard gaande instabiliteit<sup>6</sup>. Het is dan toch niet zo irrationeel gesteld dat bij de grootste groep rugklachten: de discogene aandoeningen, manipulatie niet de aangewezen therapie zal zijn, sterker, veelal gecontraïndiceerd zal zijn. Immers, manipuleren (mobiliseren) bij instabiliteit lijkt een weinig voor de hand liggende therapie, zoals ook door Krämer is aangegeven<sup>4</sup>. Zou dit wel zo zijn, dan zou dit tevens een heel nieuw licht werpen op de behandeling van instabiele enkels en knieën.

2. De (inter)nationale wetenschappelijke wereld geeft ook een geheel andere richting aan bij het behandelen van lage rugklachten dan manuele therapie<sup>4, 6, 7</sup>. De richting die wordt aangegeven is die van de rugscholing, een scholing die de patiënt leert zichzelf te helpen<sup>7</sup>, in plaats van therapieën aan te wenden die de patiënt passief laten en waarbij de therapeut c.q. arts de patiënt het wonder der genezing suggereert (manuele therapie, acupunctuur, medicijnen en vele andere therapievormen).

Resumerend: in feite is anno 1985 de alleen toegepaste manuele therapie bij rugklachten in het algemeen een dubieus handelen. Immers: zij mobiliseert daar waar over het algemeen gestabiliseerd zou moeten worden en zij suggereert genezing te kunnen brengen, terwijl de patiënt dit alleen zelf kan realiseren op geleide van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, die hem door middel van rugscholing deze zelfhulp bewust maakt en leert. Het lijkt, dit vaststellend, zonder denigrerend te willen zijn, dat manuele therapie, als op zichzelf staande therapie bij rugklachten in het algemeen, anno 1985 kan worden omschreven als een beroepsmatig handelen in relatie tot de gezondheids-toestand van mens of dier dat niet gefundeerd is op toetsbare en voor de tijd logische dan wel

empirisch houdbare hypothesen en theorieën en hiermee voldoet aan de definitie van Mellenberg inzake kwakzalverij<sup>8</sup>.

Hengelo (O), augustus 1985

A. en J. H. Bruggeman

### Literatuur

1. Termen en normen. Praktijkperikel Medisch Contact 1985; 40:360.
2. Bruggeman A, Bruggeman JH. Fysiotherapie in discussie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1984, vol. 94, nr. 8.
3. Cyriax J. Textbook of Orthopaedic Medicine, volume one, Diagnosis of Soft Tissue Lesions, 7th ed. London: Baillière Tindall, 1978.
4. Krämer J von. Bandscheibenbedingter Erkrankungen. Stuttgart: George Thieme Verlag, 1978.
5. Junghanns H. Die gesunde und die kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik. Stuttgart: George Thieme Verlag, 1968.
6. Rens ThJG van. Lage rugklachten en lumbosacrale instabiliteit. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1980, vol. 89, nr. 3.
7. Nachemson A. A critical look at the conservative treatment for low back pain. Scand J Rehab Med 1979; 11: 143-7.
8. Mellenberg GJ. Wetenschapsovattingen en alternatieve geneeswijzen. Medisch Contact 1982; 37:1629-32.

## MELKKOE

Naar aanleiding van het praktijkperikel 'Melkkoek' in Medisch Contact van 7 juni jl. (MC nr. 23/1985, blz. 694) hebben enkele leden van de Nederlandse Vereniging voor Urologie zich tot het bestuur gewend om te attenderen op de misleidende tendens die uit de titel van dit praktijkperikel spreekt.

Ook naar de mening van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Urologie geeft de ontslagbrief een volkomen normale gang van zaken weer. Een patiënt met koliekpijnen, veroorzaakt wellicht door een uretersteen, die zich op een EHBO-polikliniek presenteert (of gepresenteerd wordt) vormt in vele gevallen een indicatie tot klinische behandeling. Deze behandeling zal zich in eerste instantie beperken tot het geven van spasmolytica analgetica. In vele gevallen komt het tot spontane steenpassage. De klachten nemen dan snel af. Een IVP toont dan geen of nauwelijks afwijkingen meer.

Deze voor het bestuur herkenbare gang van zaken wordt ook geschetst in bovengenoemd praktijkperikel. Er kan geen sprake van zijn dat de EHBO-polikliniek een potentiële melkkoek gaat vormen van dit soort opnames.

Utrecht, augustus 1985

Namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Urologie,  
S. Rep, secretaris

### Naschrift redactie

Bij nader inzien kan het onderhavige praktijkperikel ook worden gelezen zoals inzenders van bovenstaande brief hebben gedaan. De redactie zag als *pointe*, dat door een *gebrek aan onderling verstaan* een huisarts tot een dergelijke beoordeling van een routineprocedure komt.