

# Kritiek op Sickesz

## ORTHOMANUELE MANUELE THERAPIE (II)

Aen J.H. Bruggeman, H.J. Kooke, R. Gruijs, R.V. Schüller

### INLEIDING

*De heren J.W.B. Albers, arts voor orthomanuele geneeskunde en E.D. Keizer, arts voor orthomanuele en manuele geneeskunde reageerden verbolgen op een parodie in dit tijdschrift, die wij meenden te moeten maken i.v.m. hun promotie aan de economische faculteit van de Erasmus universiteit. Van de universiteiten komt zeer veel goeds, maar ook regelmatig iets kwaads, iets met een hoog onnut of zelfs schadelijk gehalte als het aan de patiënt wordt toegepast zoals de promotoren het voorstaan. Zoals wij in het redactioneel van het vorige tijdschrift al aangaven is het beschouwen met gezond verstand van (wetenschappelijke) onderzoeken en hun feiten en conclusies iets dat de (para)medicus aan zijn patiënt verplicht is. Klakkeloos overnemen van feiten en conclusies kan interessant lijken en het is gemakkelijk zich zonder nadenken te verschuilen achter al of niet gelezen onderzoek. Elke (para)medicus heeft de eigen verantwoordelijkheid voor de toepassing in de praktijk, deze kan hij niet afschuiven op de onderzoekers. Wat deze verantwoordelijkheid kan betekenen is op te maken uit het artikel **Gezondheidschade door (fysio- manuele)therapie?**, dat in het vorige nummer staat geschreven. Wij, (para)medici, moeten zeer oppassen ons iets wijs te laten maken, dat voor de patiënt zeer schadelijke gevolgen kan hebben. Wij hebben het idee dat dit met de orthomanuele therapie het geval is en zullen hieronder verder argumenteren waarom.*

### VOORAF

Keizer en Albers poneren in hun ingezonden brief een tiental stellingen en diverse vragen. Wij hebben hun brief, ook de volgorde, letterlijk intact gelaten, alleen voor de duidelijkheid hebben wij ons antwoord direct op de geponeerde stelling of vraag laten volgen. De kopjes boven stelling, vraag en antwoord zijn van de redactie. In het vorige nummer van FYSIO/THERAPIE 2000, vol. 2, nr. 4, gingen wij in op de eerste vijf punten uit de brief van Keizer en Albers. In dit nummer beantwoorden wij de volgende, laatste vijf punten uit hun ingezonden brief. Voor de goede orde zij nog vermeld dat de redactie geen enkele persoonlijke rancune tegen de heren Keizer en Albers heeft of kan hebben, wij mochten hen tot op heden nooit persoonlijk ontmoeten. Uitgangspunt voor de redactie is louter de theorie van de orthomanuele artsen, een theorie, die op geen enkele wijze aan het rationaliteitsprincipe voldoet. Wij beschouwen het als onze morele plicht hier tegen te ageren, het is al erg genoeg dat patiënten met allerlei idioterie vanuit meer of minder leekering worden lastiggevallen. Als medici hier ook al mee beginnen kan er niet duidelijk genoeg afstand van worden genomen. Teleurstellend, bevreedend is het dat het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde, het bolwerk van het rationaliteitsprincipe, de

irrationele Sickesz cultus op haar redactionele pagina's duldde (15). Voor ons was dit een reden temeer om Sickesz manuele therapie kritisch onder de loupe te nemen, schijnbaar is het kritisch vermogen van medici verminderd als het om collega's gaat in plaats van hier juist extra kritisch te zijn en de eisen hoger te stellen.

### 6. SCOLIOSE JA OF NEE

#### KEIZER EN ALBERS

Uw artikel stelt dat een scoliose net zo natuurlijk is als een kyfose of een lordose. Dit is een onbegrijpelijke opmerking gezien de grote aandacht die in de vakliteratuur aan de opsporing, preventie en behandeling ervan gegeven wordt. Ook in Nederland is door de jeugdgezondheidszorg de laatste jaren erg veel geïnvesteerd in een goed opsporingsprogramma voor scoliose.

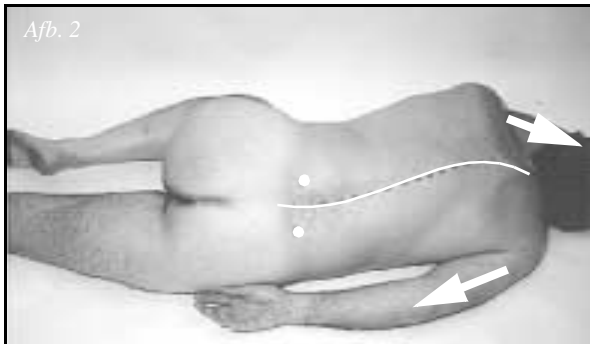
#### ANTWOORD HOOFDREDACTIE

Wij bemerken enige geïrriteerdheid over onze onschuldige opmerking met betrekking tot de scoliose. Wij begrijpen dat na enig nadenken, immers dit conflicteert sterk met de basis-, symmetrie hypothese van Sickesz, Keizer en Albers. Zou onze opmerking enige juistheid in zich hebben, dan valt het Sickesz kaartenhuis nog verder ineen. Wij zullen nader verduidelijken hoe wankel deze symmetriebasis is en hoe natuurlijk scolioses kunnen zijn.

Scolioses kunnen net als kyfoses en lordoses binnen een norm vallen, net als bij lordose en kyfose is er pas sprake van een afwijking als de norm duidelijk wordt overschreden. Wij lezen slechts in de vakliteratuur dat beenlengteverschillen van  $\pm 1,5$  cm fysiologisch zijn en niet tot rugklachten leiden (16, 18). Dit impliceert dat de daarbij behorende mini-, functionele scolioses dit eveneens zijn. De scolioses die U meent vast te stellen op basis van bekkenverwringingen zullen zich in ieder geval duidelijk binnen deze marges bevinden, meer dan 1 mm translatie is er immers niet (17). De maximale bekkenverwringing die u zo treft met uw vingers weet te diagnostiseren is dus **2 mm**. U kunt van ons aannemen dat de hierop gesuperponeerde scoliose geen enkel kwaad kan en in ieder geval geen onderwerp van zorg is voor de jeugdgezondheidszorg of de internationale Scolioses Research Society. Aan een rechte wervelkolom is in het frontale vlak - om dezelfde schokabsorberende redenen - net zo weinig behoefte als in het sagittale vlak. Functie vormt orgaan en een bij de betreffende individu passende natuurlijke scoliose en kyfose, beiden moeten en kunnen niet rechtgedrukt of gedreveld worden, alleen al om dit te durven veronderstellen moet men wel flink beneveld zijn of in het bezit zijn van een van nature weinig heldere geest. Wij zullen deze natuurlijke scoliosevorming op basis van het gewone dagelijkse leven hieronder nader voor u verduidelijken. Aan de afbeeldingen 1, 2 kan men goed zien dat scoliösering van de wervelkolom normaal en functioneel is. Rotatie gaat altijd met duidelijke scoliösering gepaard. De wervelkolom vertoont uit oogpunt van evenwichtshandhaving een automatisch rotatiecompensatie principe,



Afb. 1. Natuurlijke scoliosesvorming bij rotatie in stand. Dezelfde rotatie en alternerende lateroflexie.



Afb. 2. Natuurlijke scoliosesvorming in zijlig. Bij rotatie alleen van het hoofd naar links maakt de nek een lateroflexie naar links en de thoracale wk. een lateroflexie naar rechts (let op de arm houding (pijlen), die nodig is om de lateroflexie naar rechts thoracaal te bewerkstelligen).

d.w.z dat bij een algehele lichaamsrotatie een alternerende lateroflexie in de wervelkolom moet ontstaan om het zwaartepunt binnen het steunpunt te houden. Bij bijvoorbeeld een algehele lichaamsrotatie linksom (afb. 1) ontstaat:

- cervicaal een lateroflexie naar **links**
- thoracaal een lateroflexie naar **rechts**
- lumbaal een lateroflexie naar **links**

De wisselende koppeling van lateroflexie aan rotatie in de verschillende delen van de wervelkolom wordt door wetenschappers bevestigd (19).

De alternerende lateroflexie zorgt er dus voor dat het zwaartepunt binnen het steunvlak blijft. Zou in de gehele wervelkolom bij rotatie linksom dezelfde lateroflexie naar links optreden, dan was omvallen onvermijdelijk.

De aanvankelijke symmetrische basisvorm van de facetgewrichten links en rechts zal zich in de verschillende delen van de wervelkolom door dit automatische rotatiecompensatie principe aanpassen en de veel voorkomende en in het vorige tijdschrift besproken facetasymmetrie zal ontstaan.

Dus, aangezien elk individu zijn eigen voorkeursrotaties heeft, rechtshandigen vaak meer linksom en linkshandigen meer rechtsom, zal er steeds van een natuurlijke, functionele, lichte scolioses sprake zijn, evenals kleine beenlengteverschillen hieraan toe te schrijven zijn. Onze stelling dat scolioses even natuurlijk als lordoses en kyfoses zijn kan derhalve ten volle

overeind blijven.

## 7. S.I. - GEWRICHT EN BEWEEGLIJKHEID

### KEIZER EN ALBERS

Als u schrijft dat het SI-gewicht slechts 1 graad beweegt, vergeet u de onderzoeken die andere waarden gevonden hebben. In de OMG wordt geen diagnostiek bedreven naar de beweeglijkheid van de SI-gewrichten. Noch in het leerboek "Orthomanipulatie" van M. Sickness, noch in ons proefschrift is dit te lezen.

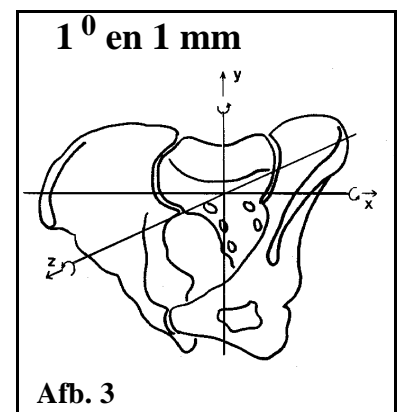
### ANTWOORD HOOFDREDACTIE

Opvallend is de vaagheid waarin Keizer en Albers zich hullen, geen enkele bronvermeldingen en geen enkele waarde wordt aangegeven (over anonieme en onjuiste verwijzingen gesproken !!). Wij stelden ons in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (3) al eens met duidelijke argumenten teweer tegen de dubieuze Sickness S.I. - opvattingen. Mevr. Sickness bleef toen het antwoord in het NTG schuldig. Voor de lezers, die ons ingezonden in het NTG misten drukken wij het hieronder nog eens af:

Het sacro-iliacale virus (S.I.V.) heeft met Sickness en haar volgers ook de geneeskunde besmet, getuige het artikel Orthomaneuele Geneeskunde (15).

Lange tijd leek de risico groep voor het S.I.V. alleen de paramedische wereld (fysiotherapeuten, manuele therapeuten, chiropractoren e.v.a.). De tijdgeest van onlogica, natte vingerwerk (Fingerspitzengefühl) empirie en fantasie in combinatie met een arbeidsplaatsenprobleem lijkt nu ook de geneeskunde ontvankelijk te maken voor het zogenaamde S.I. - syndroom, waarvoor een zekere rechtlijnigheid pathognomisch lijkt. Heel duidelijk en letterlijk lijkt dit wel met het Sickness orthomaneuele systeem het geval; rechtlijnigheid van de wervelkolom en S.I. - beweeglijkheid c.q. blokkering zijn hier immers de basis van (15). En dit terwijl volgens de S.I.V. "bestrijders" S.I. - gewrichten nog geen "millimeter" bewegen, bijna "muurvast" zitten, blokkeringen niet voorkomen en zij zelden aanleiding tot lokale klachten

zijn, laat staan tot klachten op afstand ( t/m C5 ) zouden kunnen leiden. Onomstotelijk werd de "onbeweeglijkheid" recentelijk vastgesteld door gelukkig nog kritische onderzoekers uit Zweden (17). De feitelijke "beweeglijkheid" van het S.I. - gewricht - onderzocht met tantalum kogels in sacrum en in beide illië aangebracht en



tijdens verschillende flexie- en extensiebewegingen radiologisch gevolgd - bleek voor de translatie en rotatie  $\pm 1$  mm resp.  $\pm 1$  graad te zijn (afb. 3). Bovendien bleek er geen enkel verschil in de beweeglijkheid tussen de lijders aan een zogenaamd S.I. - syndroom (volgens de criteria van de pleitbezorgers) en mensen zonder klachten. De illusie om stands- of beweeglijk-

heidsafwijkingen van het S.I. - gewricht met Fingerspitzen of timmermansogen te kunnen vaststellen is hiermee tot een doorgeprikte luchtballon geworden, evenals het in dit tijdschrift opgelaten ballonnetje van het Sickness ortho-manipulatie systeem. Immers het ortho-manipulatie systeem van Sickness heeft als basis het gewrongen bekken door al of niet gefixeerde S.I. gewrichten die leiden tot schijnbare bekkenscheefstanden en beenlengteverschillen met daarop gesuperponeerde scheve standen, "formules" van de wervelkolom, tot en met C<sub>5</sub> nog wel en de correcties daarvan met manuele druk. Deze basis blijkt dus feitelijk te zijn (17); de invloed van minder dan **1 mm** bekkenscheefstand op de wervelkolom tot en met C<sub>5</sub> en de driedimensionale vaststelling en correctie daarvan met de **toppen der vingers**.

### LUST U NOG PEULTJES ?

Tot zover onze replek op het artikel Orthomanele Geneeskunde in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (3).

Hierop nog aanvullend het volgende:

- Voor de spinae iliaca posteriora en anteriora geldt hetzelfde als voor processus spinosi en facetgewrichten, ze kunnen scheef staan terwijl de SI-gewrichten symmetrisch zijn. Ze kunnen ook scheef staan, omdat de SI-gewrichten ossaal asymmetrisch zijn, om dezelfde functionele reden en net als dat bij facetten het geval is. Hier valt dan niets te corrigeren en moet niets gecorrigeerd worden.
- Het klopt dat de OMT artsen niet de beweeglijkheid van het SI-gewricht vast stellen, net zo min als zij dat bij de bewegingssegmenten van de wervelkolom doen. Zij stellen de gevolgen van beweging vast, een "gefixeerde" scheefstand of asymmetrie. Zij doen, heel deftig, niet aan functiediagnostiek maar aan positie- cq. vormdiagnostiek en dito therapie. Het zal nu duidelijk zijn, dat met asymmetrie als regel vorm- cq. positiediagnostiek onzinnig is. Misschien dan toch maar de beweeglijkheid proberen vast te stellen, niet dat dit nu zoveel beter is, maar als men toch zo graag wil blijven manipuleren, dan rest er niet veel anders.

## 8. PROMOTIE, HOE

### KEIZER EN ALBERS

U schrijft dat aan de faculteit der economie promotoren bereid gevonden werden de heren Keizer en Albers een Doctors titel te verlenen. U geeft er blijk van niet te weten hoe een promotie tot stand komt. Gezien de kwaliteit van uw bespreking van ons wetenschappelijk onderzoek zult u dat in de praktijk ook nooit te weten komen. Het onderhavige onderzoek kende twee promotoren; Prof. dr. A.P.J. Abrahamse, hoogleraar statistiek aan de Erasmus Universiteit en prof. dr. E. Meijer, hoogleraar neurochirurgie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In de promotiecommissie, ingesteld door de Rector magnificus, hadden zitting twee hoogleraren statistiek, twee hoogleraren psychologie en drie medische hoogleraren. Afkomstig van de universiteiten in Amsterdam, Utrecht, Groningen, Nijmegen en Rotterdam. Van een "onderonsje" kan dus onmogelijk sprake zijn.

### ANTWOORD HOOFDREDACTIE

U vergist zich, om te weten hoe een promotie tot stand komt, is toch niet zo moeilijk en als er al enige relatie tussen de kwaliteit van onze bespreking van uw "wetenschappelijk onder-

zoek" en onze kennis van promoties zou bestaan, dan is het duidelijk dat wij zeer goede insiders in de promotie-materie zijn. Na lezing van deze discussie zult u dit beslist met ons eens zijn. U had dit ook kunnen weten, immers degene die tot parodie in staat is, weet meestal aardig van de hoed en de rand. Voor ons was het niet moeilijk om uw "wetenschappelijk onderzoek" tot een slecht uitgevoerde enquête te bestempelen, die net zoveel wetenschap bevat als de kruideniersgeneeskunde van Palmer, geen kruidnagel. De medici, die lof aan uw zothed hebben gegeven, maakten hiermee een slechte beurt en konden waarschijnlijk onvoldoende weerstand bieden tegen uw vermetele vleierei.

Wij waren zeer verheugd in het tijdschrift tegen de kwakzalverij te mogen lezen, dat de medische faculteit van de Erasmus Faculteit geen medewerking wilde verlenen aan de promotie van de alternatieven Keizer en Albers. Niet om hen persoonlijk, maar om het feit dat de Sickness manuele therapie op geen enkele wijze voldoet aan het rationaliteitsprincipe der geneeskunde, maar meer aan de onlogica van een kruidenier, die voor dokter speelt.

Wij citeren nogmaals het voornoemde actieblad tegen de kwakzalverij (11):

- Het proefschrift bleek geheel buiten de medische faculteit bewerkt en geaccepteerd te zijn".
- De promotiecommissie bestond hoofdzakelijk uit economen".
- Prof. Dr. B. van Linge orthopaedisch chirurg aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam (EUR) kritiseerde het proefschrift in een brief aan het college van Decanen in de volgende bewoordingen: "ernstige tekortkomingen" en "dwaze veronderstellingen".
- In het weekblad Quad Novum van de Erasmusuniversiteit sprak Prof. van Linge van "orthomanele geneeskunde is kermisgeneeskunde" en "de patiënten worden er bedonderd, net als op de kermis".
- De hoogleraar medische statistiek R. Van Strik distantiëert zich krachtig van het koekoeksei dat in de Economische faculteit wordt uitgebroed.

Kortom geen enkele steun aan de medische faculteit, maar terecht weezin tegen promoveren op irrationele onzin.

De zin "alleen aan de economische faculteit werden promotoren bereid gevonden om Keizer en Albers de Doctors titel te verlenen" kan als samenvattende, parodiërende zin volledig overeind blijven. Wij besluiten deze promotie-discussie graag met een gezegde van Erasmus, die een **zeer ver** vooruitziende blik bezat.

**"En toch is de geneeskunde, vooral zoals zij nu (anno 1508) door verscheidenen wordt uitgeoefend, zeker niets anders dan een vleierij, evengoed als de redeneerkunst".**

Met Keizer en Albers is er in **485** jaar **GEEN ENKELE** vooruitgang geboekt, slecht van lekenbedriegerij is sprake.

## 9. WAT IS WERKING

### KEIZER EN ALBERS

In het proefschrift wordt niet gesproken over een "werking". Ik vraag u aan te tonen hoe u aan de conclusie komt dat de behandelde patiënten zich "iets beter" voelden dan de wacht m

lijstpatiënten. Wij raden u aan Tabel XV.6 in het proefschrift toch "iets beter" te bestuderen.

### ANTWOORD HOOFDREDACTIE

Er is voor ons geen enkele reden om het "proefschrift" iets beter te bestuderen, niet voor iets beter en niet voor bestuderen. Het is onze gewoonte eerst na een gedegen voorbereiding oordelen te vellen. Voor een gedegen, bestuderende voorbereiding was geen aanleiding, rustige lezing was slechts nodig om de Sickness enquête (door u proefschrift genoemd) als opgeklopte onzin te doorgronden, van de banaliteit van de Sickness blokkeerings- en symmetrietheorie waren wij al op de hoogte.

Ter verduidelijking drukken wij, het belangrijkste, meest positieve gegeven van tabel XV.6 uit het "proefschrift" hieronder af. De lezers kunnen dan een goed oordeel vellen over opgekloptheid, iets, niets en placebo.

De volgende sterk suggestieve vraag, letterlijk uit proefschrift overgenomen, werd aan het eind van de behandeling gesteld.

Als u uw lichamelijke gesteldheid van de afgelopen 2 maanden vergelijkt met die van 2 maanden voor de orthomanele behandeling, hoe voelt u zich dan nu ten opzichte van toen ?	0 nu veel beter dan toen
	0 nu beter dan toen
	0 nu (min of meer) hetzelfde als toen
	0 nu slechter dan toen
	0 nu veel slechter dan toen

De uitkomst was dat **63 %** van de behandelde patiënten zich (wat) beter voelde. Van de onbehandelde wachtlijstpatiënten voelde **22 %** zich (wat) beter.

Wij noemden de **63 %** en het verschil tussen wel of niet behan-

delen (41 %) iets en schreven dit toe aan het placebo-effect, niet domweg, maar met aan wetenschappelijk onderzoek ontleende redenen, die wij graag nader verduidelijken. Keizer meldt ons dus dat **63 %** van de patiënten zich lichamelijk (wat) beter voelt na de orthomanele therapie. De vraag betrof de verbetering van de algemene lichamelijke toestand bij patiënten met diverse klachten. Voor de verbetering bij chronische rug- en nekklachten wordt een vergelijkbaar percentage van  $\pm 67 %$  genoemd.

Uit het gerandomiseerde, geblindeerde onderzoek van Koes e.a naar manuele therapie, fysiotherapie en placebo bij patiënten met vergelijkbare chronische rug- en nekklachten (7) blijkt nu dat na 6 weken  $\pm 62 %$  van de met een placebo (**apparaten die uitstonden zonder dat de patiënt dit wist**) behandelde patiënten zich (wat) beter voelt. Na 12 weken blijkt dit zelfs  $\pm 80 %$  te zijn. Voor manuele therapie en fysiotherapie worden door Koes identieke percentages genoemd. Hieruit valt af te leiden dat er geen enkele specifieke werking van (ortho)manuele therapie uitgaat, niets meer en niets minder dan de werking van een uitstaand apparaat, niets dus, uitsluitend een placebo-werking. Voor een nauwelijks gestudeerd iemand is het al overduidelijk, als je het hem tenminste uitlegt, dat de invloed van welke therapie dan ook marginaal is in vergelijking met andere veel sterkere krachten die echt de genezing bepalen (afb. 4 en 5). Deze afbeeldingen rustig overziend lijkt het ons toch dat ook de heren Keizer en Albers zichzelf en Mevr. Sickness kunnen overtuigen dat (orthomanele)therapie inderdaad niet meer kan uithalen dan een uitstaand apparaat en in feite gevaarlijk is. Immers door de suggestie van de genezer ziet de patiënt zijn eigen mogelijkheden niet om vooral de belasting in A.D.L. te verminderen door beter met zijn lichaam om te gaan en zo de natuur in staat te stellen de genezing te realiseren. Met de (orthomanele) the-

Afb. 4

## (ORTHOMANUELE)THERAPIE

NATUUR



KWALITEIT  
VAN DE  
GENEZING

A.D.L.



PSYCHE, PLACEBO

# (ORTHOMANUELE)THERAPIE

5 MINUTEN



rapeutische suggestie worden hem zijn eigen mogelijkheden en zijn eigen verantwoordelijkheid ontnomen. Zoveel inzicht zal hen door de universitaire studie toch wel zijn bijgebleven.

## 10. DUUR PLACEBO-EFFECT

### KEIZER EN ALBERS

Uw artikel stelt domweg dat met "een geweldig placebo nog vrij weinig bereikt wordt, nauwelijks meer dan niets". Elk therapeutisch handelen kent een placebo-effect; ook dat van de STEP- docenten. Nog steeds is er geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar dat inzicht kan geven in de duurzaamheid van zo'n placebo-effect. De nameting vond plaats gemiddeld twee maanden na de laatste behandeling. De resultaten van de groep met een nameting vier tot vijf maanden na de laatste behandeling verschillen niet met de gemiddelde nameting. Als u ons de gegevens kunt toesturen, waarop u zo duidelijk kunt vaststellen dat de in het proefschrift beschreven verbetering van de alge-

mene lichamelijke toestand bij 80% van de patiënten met 1 jaar of korter klachten en 67% verbetering bij langer dan 5 jaar klachten op placebo berusten, dan zijn wij u daar zeer erkentelijk voor.

### ANTWOORD HOOFDREDACTIE

Wij verwijzen u naar ons antwoord onder punt 9, waarin u kunt opmaken dat de duur van het placebo-effect voor patiënten met chronische rug- en nekklachten tenminste 12 weken is, zeer goed vergelijkbaar met de door U genoemde controletijd van 8 weken na de laatste behandeling. Er is dus alle aanleiding om uw patiënten en collega's mede te delen dat er van Sickness manuele therapie geen specifiek soelaas is te verwachten. Het lijkt ook niet gerechtvaardigd nog langer zulke absurde hoge tarieven te bedingen voor slechts uw suggestieve, veelal kortduurende aanwezigheid, zo duur is zo'n drevel nu ook weer niet.

Dat STEP (STICHTING ERGONOMIE EN PREVENTIE) docenten en (para)medici onderhevig zijn aan het placebo-effect lijkt voor zich te spreken. Geheel voor zich is dit echter niet. De STEP (para)medicus reikt namelijk in principe geen therapie aan, hij deelt zijn patiënten steeds mede dat zij zich van (manuele)therapie **NIETS** moeten voorstellen. De werking van het placebo-effect - de werking, die alleen al uitgaat van het aanreiken van therapie - wordt dus bewust genivelleerd. De STEP- (para)medicus zal zijn patiënten leren - met het scholende STEP-beleid - hoe zij zelf hun klachten kunnen doen genezen cq. ten positieve kunnen beïnvloeden. Het aangereikte vertrouwen is dan reëel vertrouwen dat de STEP- (para)medicus de patiënten in **ZICH ZELF** tracht te geven. Het (placebo)effect van zelfvertrouwen dus en niet van misplaatst vertrouwen in de één of andere zich als wonderdokter voordoende (para)medicus of alterneut, al of niet in combinatie. Hopelijk hebben wij duidelijk gemaakt dat een manuele therapie met zulke dubieuze, weerlegbare uitgangspunten, (symmetrie, overdreven SI-beweeglijkheid en bekkenverwringingen, rechtlijnigheid van de wervelkolom, geen scoliose, gevaarlijke tilinstructies) onze parodie meer dan verdiende. Ons antwoord is vrij uitvoerig geweest, zeer bewust. Wij achten het van groot belang voor patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat dat er een halt toe wordt geroepen aan allerlei obscure manuele therapie ontwikkelingen. Wij geven graag redelijke instrumenten, handvaten aan de lezers om zich teweer te stellen tegen de manuele prietpraat van collega's en vooral ook van artsen die het rationaliteitsprincipe ondermijnen en daarmee patiënten tekort doen.

## Literatuurlijst (zie ook vorige tijdschrift)

2. Albers J.W.B. en Keizer E.D..  
Een onderzoek naar de waarde van Orthomanuele Geneeskunde.  
Eburon, Delft, 1990.
3. Bruggeman A. en J.H.  
Orthomanuele Geneeskunde, Ingezonden.  
Ned. Tijdschrift Geneeskunde, vol. 133, nr. 26, 1989.
7. Koes B.W. e.a..  
The Effectiveness of Manual Therapy, Physiotherapy and Treatment by the General Practitioner for Nonspecific Back and Neck Complaints: A Randomized Clinical Trial.  
Spine, vol. 17, nr. 1, 1992.
11. Renckens C.R..  
Lof der zotheid: een alternatief proefschrift uit de Erasmus Universiteit.  
Actieblad Tegen de Kwakzalverij, vol. 101, nr. 3, 1991.
14. Siczek M..  
Mijn rug. Goed reiken, bukken, tillen.  
4e Druk 1983. Ankh-Hermes b.v. Deventer.
15. Siczek M. e.a..  
Orthomanuele geneeskunde.  
Ned. Tijdschrift Geneeskunde vol. 133, nr 18, 928-930, 1989.
16. Soukka A. e.a..  
Leg-length Inequality in People of Working Age.  
The Association Between Mild Inequality and Low-Back Pain Is Questionable.  
Spine, volume 16, nr. 4, 1991.
17. Stureson B. e.a..  
Movements of the Sacroiliac Joints.  
Spine, vol.14, nr.2, 162-165, 1989.
18. Visser J.D..  
Kinderorthopaedie: Pluis of niet pluis  
STYX PUBLICATIONS, 1991, Groningen
19. White A.A. e.a..  
Clinical Biomechanics of the Spine.  
J.B. Lippincott Company, Philadelphia/Toronto, 1987