Het discussyndroom

DOOR J. G. ANTVELINK, HUISARTS TE SCHOONHOVEN*

Een van de problemen, waarvoor de huisarts zich vrijwel dagelijks geplaatst ziet, is dat van de patiënten met rugklachten of „ischias". Van de 2217 patiënten, die ik in 1957 zag, klaagden 104 (4,2%) over pijn in de rug en/of in een been. Wanneer men de kinderen onder zestien jaar niet meetelt, was dit percentage 7,2. Hierbij waren 59 mannen (op 627 = 9,6%), 53 vrouwen (op 818 = 6,5%) en twee kinderen. Ook uit de statistieken van de sociale verzekeringsinstellingen leert men van hoe groot belang deze klachten zijn. Zo kwam volgens *Bruck* in 1940 12,6% van de ziektedagen bij het personeel van de Zwitserse spoorwegen voor rekening van lumbago en „perifeer reumatisme" *(Brocher,* 1957). Bovendien krijgt men de indruk, dat deze klachten de laatste jaren meer voorkomen dan vroeger. Van de eerste duizend patiënten, die ik in 1957 zag, hadden 41 als enige of voornaamste klacht rugpijn of ischialgie. In 1947 waren het er 22 op duizend en in 1937 zeven op 260. Of deze toename reëel is, en wat daar dan de oorzaak van is, zal door uitgebreider onderzoek moeten worden uitgemaakt.

Hoewel de anatomische basis van deze klachten meestal moeilijk is vast te stellen, is het wel zeker, dat in een belangrijk deel der gevallen een afwijking aan de tussenwervelschijven de oorzaak is.

De eerste beschrijving van het ziektebeeld „ischias" stamt van de Italiaan *Cotugno* („De Ischiade Nervosa Commentarius", 1764). In de oudere literatuur wordt vaak de naam „Malum Cotunnii" gebruikt. Honderd jaar later verschijnt een uitvoerige studie van de Fransman *Lasègue,* waarin hij onder meer het naar hem genoemde teken beschrijft. In het eerste kwart van de twintigste eeuw werden de meeste gevallen van ischias beschouwd als een idiopathische neuritis; men maakte onderscheid tussen neuralgie en neuritis, waarbij de laatste dan gepaard ging met reflexafwijkingen en sensibiliteitsstoringen. Hiervoor stelde men meestal algemene ziekten als diabetes of lues aansprakelijk. In andere gevallen nam men allerlei afwijkingen van de wervels, als artritis van de intervertebrale gewrichten, vernauwing van de foramina intervertebralia door zwelling van de banden en dergelijke, als oorzaak aan. Ook artritis van het sacro-iliacale gewricht werd als een belangrijke etiologische factor beschouwd. Omstreeks 1930 werd de betekenis van de tussenwervelschijf en de hernia nuclei pulposi ontdekt en al spoedig werd, vooral in Amerika, op grote schaal geopereerd.

De eerste beschrijving van de discus intervertebralis is van *Vesalius* (1555), terwijl *Virchow* en *Luschka* haar uitvoerig bestudeerden. In 1858 beschreef *Luschka* voor het eerst een hernia nuclei pulposi, die hij als een chondroom beschouwde. Uitvoerige bestudering van de fysiologie en pathologie van de nucleus pulposus werd verricht in het instituut van *Schmorl.*

Voor een goed begrip van de functie en vooral van de pathologie van de nucleus pulposus is een inzicht in de anatomische verhoudingen van de wervelkolom en de haar omringende structuren noodzakelijk. De tussenwervelschijf bestaat uit fibreus kraakbeen, dat door een meer hyaliene laag van de wervellichamen gescheiden wordt. In de tussenwervelschijf, voor het grootste gedeelte in de dorsale helft gelegen, bevindt zich de nucleus pulposus. Deze is opgebouwd uit een zeer visceus, celarm weefsel en omgeven door een soort bindweefselkapsel, die het mogelijk maakt, haar in haar geheel uit te prepareren. Het watergehalte van de nucleus pulposus, dat bij de pasgeborene 90% bedraagt, neemt in de loop van het leven af en is bij een man van 70 jaar nog ongeveer 70%. De door dit hoge vochtgehalte veroorzaakte hydrostatische druk maakt dat de nucleus pulposus de neiging heeft de bolvorm aan te nemen, hetgeen fraai gedemonstreerd wordt wanneer, bij een gezonde tussenwervelschijf, door een of andere oorzaak ontkalking van de wervellichamen optreedt; men ziet dan de werveloppervlakken hol worden (zgn. viswervels). Men kan de nucleus pulposus beschouwen als een elastisch stootkussen tussen de wervels, dat bij verschillende standen van de wervelkolom de druk steeds gelijkmatig over de werveloppervlakken verdeelt.

De vaatverzorging van de tussenwervelschijf is zeer spaarzaam — slechts enkele vaatjes doorboren de annulus fibrosus — terwijl in de nucleus pulposus geen vaten aangetoond zijn. In de annulus fibrosus en in de wervelbanden zijn sensibele zenuwvezels aangetoond.

De spinale wortels — vooral in de lendenstreek — lopen vlak langs de disci en staan ermee in nauw contact, waardoor veranderingen in de tussenwervelschijf zich al spoedig verraden door verschijnselen in de periferie.

In de loop van het leven ondergaat de nucleus pulposus een aantal veranderingen, waarvan het verlies van water en het vervangen van het typische nucleus pulposus-weefsel door vezelig bindweefsel de

---

* Naar een inleiding, gehouden voor de studiekring Gouda en Omstreken.

belangrijkste zijn. Deze veranderingen beginnen al vroeg op te treden. Familiaire factoren spelen bovendien een rol, hetgeen ook blijkt uit het vaak familiair voorkomen van discussymptomen.

Tijdens hevig persen bij haar derde bevalling voelde een vrouw van dertig jaar plotseling een „knap" in de rug. Drie maanden later kwam ze bij me wegens hevige pijn onder in de rug, uitstralend in beide bovenbenen. Röntgenologisch bleek er een sterke retropositie te bestaan van L-5 ten opzichte van S-1. Ze vertelt, dat haar vader enkele malen wegens „hernia" op een plank heeft gelegen.

Op den duur verandert de tussenwervelschijf in een stugge, weinig veerkrachtige kraakbeenplaat (chondrose), die röntgenologisch het beeld van een versmalde tussenwervelspleet geeft. Vaak neemt men ook de vorming waar van osteofyten (osteochondrose), die als reactieve woekeringen moeten worden beschouwd. Deze veranderingen zijn dus min of meer fysiologisch en behoeven niet altijd tot klachten te leiden, terwijl men bij rugklachten deze niet zonder meer in verband mag brengen met de gevonden röntgenafwijkingen. Volgens *Lewin* mag men van het röntgenonderzoek alleen verwachten, dat het met de diagnose overeenkomt, („conform, not confirm"). *Colcher* en *Hurst* vonden bij 1500 sollicitanten voor een betrekking bij een spoorwegmaatschappij slechts 55% röntgenologisch „normale" ruggen *(Brocher,* 1957). *Hussar* en *Guller* (1958) konden geen statistische correlatie aantonen tussen de klachten en het röntgenbeeld bij de door hen onderzochte groep, terwijl wel een duidelijk positieve correlatie tussen de leeftijd en het röntgenbeeld was aan te tonen. Wervelafwijkingen bevorderen het degeneratieproces.

Schmorl toonde aan dat de nucleus in staat is door defecten van de annulus fibrosus uit te puilen en zo „herniae" of „prolapsen" te vormen. Doorbreekt deze prolaps de dekplaten der wervels, dan dringt ze in het wervellichaam door en vormt daar de zgn. „Knorpelknötchen", die door secundaire verkalking (zeer zelden) of het ontstaan van een hyperostotische zone in de wervel soms op de foto zichtbaar kunnen worden. Klinische verschijnselen geven ze niet of zeer zelden. Herniatie naar voren wordt verhinderd door het zeer straffe ligamentum longitudinale anterior en komt zeer weinig voor. Bij uitpuiling naar achter ontstaat het beeld dat men hernia nuclei pulposi pleegt te noemen.

Voor het ontstaan van een hernia zijn de volgende factoren van belang: ten eerste een defect in de annulus fibrosus, ten tweede een voldoende plastische vervormbaarheid van de nucleus pulposus en ten derde een kracht, die in staat is het kernweefsel naar buiten te persen. Wat de eerste betreft, bij de degeneratie van de discus ontstaan soms spleten in de annulus fibrosus waardoor het weefsel van de nucleus pulposus kan prolaberen. Ook traumatisch zouden deze defecten in de annulus kunnen ontstaan. Een trauma dat in de literatuur enkele malen als oorzaak van een hernia nuclei pulposi is beschreven is een lumbaalpunctie, waarbij te diep geprikt werd.

Een van mijn patiënten had een lumbaalpunctie in de anamnese, twaalf jaar voor het ontstaan van de herniaklachten.

De jonge nucleus pulposus heeft nog zoveel spanning, dat ze zich niet laat samenpersen, de oude is geheel stug geworden en daardoor niet meer vervormbaar. Dit verklaart, dat de hernia vooral voor en op middelbare leeftijd optreedt.

Friberg (1941) heeft geprobeerd bij uitgeprepareerde wervelkolommen prolapsen te maken. Bij gezonde wervelkolommen lukte dit praktisch niet, bij reeds gedegenereerde tussenwervelschijven daarentegen vrij makkelijk. Dit maakt duidelijk, dat, gezien de enorme krachten, die dagelijks op de wervelkolom werken, „spontaan" ontstaan van een hernia nuclei pulposi geen uitzondering, maar eerder regel is.

In alle tussenwervelschijven kan een prolaps ontstaan, maar ruim 90% van alle herniae vindt men tussen L-4, L-5 en S-1, verder nogal eens in de halswervelkolom en zeer zelden thoracaal. De lumbaalstreek is ook de plaats waar de meeste verschijnselen zijn te verwachten omdat hier, door het lange intraspinale verloop van de wortels, deze als vioolsnaren over de kam, over de uitpuilende nucleus pulposus zijn gespannen en gemakkelijk geledeerd worden.

Multipele herniae nuclei pulposi komen voor. De prolaps kan allerlei grillige vormen aannemen, waardoor de symptomatologie vertroebeld wordt. Regel is dat de uitpuiling rechts of links van de middenlijn ligt, waardoor de spinale wortel samengedrukt wordt. Prolapsen in de mediaanlijn kunnen de oorzaak van atypische klachten zijn. Ischias is een typisch gevolg van een lumbale hernia nuclei pulposi, maar „all disc prolapses do not give symptoms of sciatica and all sciatic troubles are not the result of a herniation" *(Friberg).*

Herniaklachten komen twee- à driemaal zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen en beginnen meestal in het vierde decennium. De jongste geopereerde patiënt van *Ernsting* (1948) was een meisje van dertien jaar. Zij zouden vooral voorkomen bij mensen, die zwaar werk verrichten, maar ik zag toch ook verscheidene gevallen bij huisvrouwen en bij mannen, die een administratieve functie hebben.

De symptomatologie van de hernia nuclei pulposi in de lendenwervelkolom wordt gekenmerkt door aanvalsgewijs optredende, recidiverende rugpijn (lumbago) en in het been uitstralende pijn (ischias) met prikkelings- en uitvalsverschijnselen van de lumbale en sacrale wortels. Hoewel de pijnaanvallen periodiek optreden, blijkt echter dat de patiënten al langer vage pijn onder in de rug hadden, vooral bij het overeind komen uit een gebukte houding. Deze lage rugpijn dient toegeschreven te worden aan prikkeling van de zenuwuiteinden in de discus en de wervelbanden. Soms heeft ze het karakter van een echte spit.

Soms vindt men als aanleiding tot de hernia-aanval een min of meer duidelijk trauma in de anamnese, of een heftige inspanning of een of andere plotselinge beweging.

Daar de klachten de resultante zijn van de prikkeling van de lumbale wortels enerzijds en van de

lokale en algemene gevoeligheid anderzijds, is het duidelijk, dat ook de psyche hierbij een rol speelt. Men ziet dan ook niet zelden dat de aanvallen optreden in tijden van spanning en zorgen.

Zo kreeg een 46-jarige ambtenaar een hevige spitaanval toen hij in zijn werk ernstige moeilijkheden kreeg. Psychosomatisch zou men hier aan een vluchtreactie kunnen denken.
Een vrouw, wier man als chauffeur van een touringcar vaak grote reizen in het buitenland maakte, kreeg enkele jaren achtereen tegen het eind van het reisseizoen een hevige ischias.

De pijn tijdens de aanval is vrij constant, maar wordt verergerd door hoesten, niezen, persen en dergelijke. De drukverhoging, die hierbij in de liquor optreedt, veroorzaakt versterkte tractie door de dura aan de zenuwwortels.
Het periodieke optreden van de klachten is moeilijk te verklaren. *Reischauer* (1949) meent dat de prolaps zich spontaan terugtrekt. Anderen denken aan een oedemateuze zwelling van het geprolabeerde nucleus-materiaal. Verder is het mogelijk, dat een wisselende gevoeligheid van de zenuw een rol speelt (dit kan alleen bij kleine herniae) of dat de prolaps verschuift, waardoor de druk op de zenuw opgeheven wordt. Op den duur zullen de zenuwvezels totaal verwoest worden waardoor uitvalsverschijnselen zullen optreden. Wanneer de discus tenslotte geheel gescleroseerd is of gefixeerd door exostosen en vergroeiingen is er geen kans meer op nieuwe aanvallen.
Bij het onderzoek kan de uitstraling van de spontane pijn, zoals die door de patiënt aangegeven wordt, een aanwijzing geven voor de lokalisatie van het aangedane segment.
De patiënt tracht reflectorisch de aangedane tussenwervelschijf te ontlasten door het aannemen van een bepaalde houding. De lendenlordose wordt min of meer opgeheven en meestal vindt men een scoliose waarvan de convexe zijde driemaal zo vaak naar de zieke zijde als naar de gezonde zijde is gericht. De kramp in de rugspieren kan de oorzaak zijn van de vage rugpijn van de herniapatiënt. Vaak vindt men myogelosen in de spieren van rug en bekken. Bewegingen van de wervelkolom verergeren de pijn, vooral achteroverbuigen met axiale druk op de wervelkolom (teken van Spurling). Hyperextensie gecombineerd met overhellen naar de zieke kant *(Kemp,* 1950) veroorzaakt uitstralende pijn. Hierbij wordt de hernia nog meer naar buiten geperst en bovendien treedt vernauwing van het foramen intervertebrale op. Er bestaat klop- of drukpijn op een processus spinosus, die veroorzaakt wordt door directe druk op de tussenwervelschijf. Vooral wanneer hierbij uitstralende pijn ontstaat, kan dit helpen bij het bepalen van het aangedane segment.
Heffing van het gestrekte been wordt belemmerd door optredende pijn (teken van Lasègue). Hierbij moet er op gelet worden dat het bekken goed gefixeerd is om bewegingen van de wervelkolom te voorkomen. Het teken van Lasègue wordt waardevoller door de modificatie, die door *Bragard* is aangegeven. Hierbij wordt het been (met gestrekte knie) geheven tot de pijngrens, dorsaalflexie van de voet geeft dan verergering van de pijn. De Lasègue kan ook gekruist voorkomen, dus ook — of zelfs wel alleen — bij heffen van het gestrekte been aan de gezonde kant, waarbij dan pijn optreedt in de rug en eventueel in het been aan de zieke kant.
Drukpijn in het verloop van de nervus ischiadicus en op de typische drukpunten berust waarschijnlijk meer op een gevoeligheid van de spieren dan op prikkeling van de zenuw.
Bij langer durende druk op de wortels kunnen uitvalsverschijnselen optreden. Deze kunnen ook als restverschijnselen na een doorstane aanval van hernia nuclei pulposi achterblijven.
Hiertoe behoren in de eerste plaats reflexafwijkingen; ontbreken van de achillespeesreflex, waarvan de reflexbaan door S-1 en L-5 loopt, wijst meestal op een discussieaandoening van de laatste of voorlaatste tussenwervelschijf (L-5—S-1 of L-4—L-5). Het eenzijdig ontbreken van de achillespeesreflex wijst bijna altijd op een doorstane hernia. Afwijkingen van de kniepeesreflex komen minder vaak voor en wijzen op een uitvallen van L-4 of L-3.
Motorische uitvalsverschijnselen zijn alleen door nauwkeurig onderzoek te vinden. Dit is een gevolg van het feit dat de beenspieren door meer dan één wortel geïnnerveerd worden. Uitvallen van S-1 veroorzaakt een zwakte van de kuitspieren, die het gemakkelijkst is vast te stellen door de patiënt op de tenen te laten lopen. Uitvallen van L-5 geeft een extensorenzwakte, waarbij de patiënt moeite heeft met het op de hielen lopen. De spierkracht beoordeelt men het best aan de kracht van de grote teen.
Sensibiliteitsstoornissen zijn bij nauwkeurig onderzoek bijna altijd te vinden, maar zijn niet altijd gemakkelijk te duiden doordat de sensibele innervatie van het been vrij ingewikkeld is en de verschillende segmenten elkaar overlappen. De hypesthetische zone van S-1 (in de regel dus een prolaps L-5—S-1) ligt aan de dorso-laterale kant van het been en langs de laterale voetrand en de laterale tenen. L-5 geeft een hypesthesie lateraal van de tibia, de mediale voetrand en de grote teen.
De symptomen van de lumbale discusprolaps zijn dus als volgt samen te vatten:

Intermitterende lumbago en/of ischiasaanvallen.
In rustige fase low backpain.
Tijdens aanval verergering door hoesten en persen.
Verminderde lendenlordose, scoliose.
Positieve Lasègue en Bragard.
Sensibele, motorische en reflexafwijkingen.
Positieve Spurling en Kemp.

Deze symptomen behoeven niet altijd tegelijk voor te komen. In de regel is de diagnose hernia nuclei pulposi en meestal ook de lokalisatie wel door het lichamelijk onderzoek te stellen.
De röntgenologisch vast te stellen verschijnselen (versmalling van de tussenwervelspleet, geringe dis-

lokaties van de wervels ten opzichte van elkaar en osteofyten) komen niet alleen bij een hernia voor en kunnen de diagnose hoogstens waarschijnlijk maken. Door myelografie is het soms mogelijk de prolaps zichtbaar te maken, maar vooral bij kleine herniae zijn de beelden moeilijk te duiden.
In de liquor vindt men in meer dan de helft der gevallen een verhoogd eiwitgehalte.
Differentaaldiagnostisch komen vrijwel alle aandoeningen van de wervelkolom en de haar omringende weefsels in aanmerking. Vooral afwijkingen van het typische beeld en een verhoogde bezinkingssnelheid moeten aan de diagnose hernia nuclei pulposi doen twijfelen en tot een uitvoeriger onderzoek leiden.
Dubbelzijdige ischias is niet typisch voor een hernia en moet dus goed geanalyseerd worden. Verrekking van spieren treedt ook acuut op, bijv. na zwaar tillen. De patiënt heeft het gevoel of er wat knapt in zijn rug en kan niet meer uit zijn gebogen houding overeind komen. Binnen een week is de pijn in de regel over. Bij fibrositis of myositis heeft de patiënt meestal ook pijn in andere spiergroepen en er bestaat een neiging tot bilaterale uitbreiding.
Zeer heftige, acuut optredende rugpijn kan op een beginnende werveltuberculose of op een inzakken van een wervel door een tumor berusten.
Van de meeste andere oorzaken van lumbago en ischias geldt dat ze eigenlijk nooit tot spontane remissies leiden. Caudatumoren, waarbij ook spinale wortels in de klem kunnen komen, geven ook stoornissen van de lagere sacrale wortels (sensibiliteitsstoringen aan het perineum en mictie- en defecatiestoringen). Hierbij is de pijn ook aanwezig tijdens rust en wordt door liggen soms erger.
Aangeboren wervelafwijkingen komen zoveel voor, dat ze niet zonder meer als oorzaak van lumbago en ischias mogen gelden; wel predisponeren ze vaak tot discusafwijkingen.
Arachnoidale adhesies door een oud trauma of ontsteking kunnen door compressie van spinale wortels dezelfde verschijnselen geven als een hernia nuclei pulposi.
Andere vernauwingen van de foramina intervertebralia bijvoorbeeld door artritis van de intervertebrale gewrichtjes of door verdikking van de banden zijn vroeger vaak als oorzaak van ischias beschouwd, maar meestal zal er wel een echte prolaps bij zijn. Direct trauma van de nervus ischiadicus geeft ook hevige pijn, maar hierbij ontbreken de lendenpijnen.

Een man van 59 jaar viel met zijn rechterbil op een paaltje, kreeg onmiddellijk hevige uitstralende pijn in het been en kon niet meer opstaan. Hij had een positieve Lasègue, maar geen pijn in de rug. Er was heftige drukpijn in het verloop van de nervus ischiadicus in de bil en het bovenbeen, geen reflexafwijkingen. Na een maand rust met veel analgetica was hij weer beter en heeft daarna nooit meer last gehad.

Een beginnende herpes zoster kan even aan een hernia nuclei pulposi doen denken, maar het uitbreken van de huiderupties maakt het beeld al gauw duidelijk.

Bij aandoeningen van het heupgewricht zijn de exorotatie en de abductie van het bovenbeen pijnlijk, wat nooit het geval is bij ischias, omdat door deze bewegingen de zenuw niet gerekt wordt.
De behandeling van de hernia nuclei pulposi levert vele moeilijkheden op. Tijdens het acute stadium blijft de patiënt uiteraard in bed, omdat hij zich praktisch niet bewegen kan. Het is aan te bevelen te zorgen voor een harde onderlaag door middel van een plank onder de matras. Verder zij men niet zuinig met analgetica. Men hoopt dat de hernia zich dan redresseren zal. Hoe dit door rust gebeuren moet is niet duidelijk. Wel mag men verwachten, dat door rust en warmte spierspasmen kunnen verdwijnen en dat secundaire ontstekingsverschijnselen in en om de zenuwwortels kunnen teruggaan.
Men tracht ook wel door tractie aan de wervelkolom of door geforceerde bewegingen (in narcose) de inklemming van de hernia op te heffen. *Reischauer* bijvoorbeeld laat zijn patiënten gewoon hun werk doen onder bescherming van grote hoeveelheden irgapyrine en omspuiting van de zenuwwortels met novocaïne. Toevoeging van cortisonacetaat aan de injectievloeistof lijkt, door zijn ontstekingswerende werking, rationeel. Ook geeft men wel epidurale injecties.
In de regel ziet men de acute aanval op een van deze behandelingen na korte of langere tijd wel verdwijnen.
Conservatieve orthopedische maatregelen als een

VOORLICHTINGSBUREAU VOOR ARTSEN

FINANCIERING
PRAKTIJKOVERDRACHT
ASSOCIATIE EN VESTIGING
VERZEKERINGSAANGELEGENHEDEN

BILTHOVEN - LASSUSLAAN 101 – 105
TELEFOON 03402 – 4241 (3 LIJNEN)
(8 – 23 UUR)

AMSTERDAM - HERENGRACHT 573
(TUSSEN VIJZELSTR. EN UTR. STR.)
TELEFOON 020 – 63796 (9 – 17 UUR)

steuncorset hebben meestal weinig effect en vereisen aparte indicatie.
Een afdoende conservatieve behandeling bestaat dus niet, hetgeen bij een ziekte, die hoofdzakelijk constitutioneel is ook niet te verwachten is.
Wanneer de conservatieve behandeling faalt, komt operatie in aanmerking. Hierbij wordt het wervelkanaal blootgelegd en het geprolabeerde nucleus pulposus-weefsel zoveel mogelijk verwijderd. Hiervoor zijn tal van operatietechnieken aangegeven. Of men na de operatie de wervelkolom al of niet fixeren zal door een Albeespaan of een van de modificaties hiervan, hangt voornamelijk van de voorkeur van de chirurg af.
De prognose van de hernia nuclei pulposi wordt vooral bepaald door het feit dat het lijden neigt tot spontane remissies en dat op den duur, door de voortschrijdende discusdegeneratie, geen nieuwe hernia meer kunnen ontstaan en de kwaal op oudere leeftijd dus vanzelf ophoudt. Natuurlijk kunnen restverschijnselen overblijven.
De prognose van de operatieve behandeling (60 tot 85% „goed") en de talrijke naweeën van de operatie zijn ook zodanig, dat men niet zonder meer mag zeggen, dat elke hernia geopereerd moet worden.
Hoe de resultaten van de conservatieve behandeling zijn is niet makkelijk vast te stellen, omdat deze meestal door de huisarts geschiedt en hierover geen statistieken bestaan.

Literatuur:

Asher, R. (1957) Practitioner *179,* 158.
Bonnin, J. G. (1952) Brit. med. J. *1006,* 363.
Bradford, F. K. en G. Spurling: The intervertebral disc. Springfield (1956).
Brocher, J. E. W.: Die Prognose der Wirbelsäulenleiden. Stuttgart (1957).
Ernsting, W.: Ischias en hernia nuclei pulposi. Diss. Amsterdam (1946).
Friberg, S. (1941) Acta chir. Scand. Suplem. 64.
Heffner, F. en O. Moshammer (1956) Wien. med. Wschr. *68,* 901.
Hussar, A. E. en E. J. Guller (1956) Amer. J. med. Sc. *232,* 518.
Kemp, A. (1950) Ned. T. Geneesk. *94,* 1750.
(1953) Ned. T. Geneesk. *97,* 3051 en 3116.
Lewin, Ph.: The back and its disc syndroms. Philadelphia (1955).
Reischauer, F. (1953) Dtsch. med. Wschr. *78,* 1375.
Säher G. en A. Gaida (1957) Münch. med. Wschr. *99,* 420.
Schmorl, G. en H. Junghanns: Die gesunde und kranke Wirbelsäule im Röntgenbild. Stuttgart (1932).
de Sèze, S. en M. Maitre (1955) Rev. Pratic. *18,* 1908.
Stone, K. (1956) Practitioner *117,* 100.
de Vet (1947) Ned. T. Geneesk. *91,* 493.
William, D. (1957) Practitioner *179,* 141.
Young, H. H. (1952) J. Amer. med. Ass. *148,* 1101.

De prenatale zorg

De studiegroep „Practijkvoering" houdt zich de laatste maanden onder meer bezig met het ontwerpen van een kaart, waarop de gegevens over de prenatale zorg en het verloop van baring en kraambed op overzichtelijke wijze verzameld kunnen worden. Tijdens de voorbereiding tot dit werk bleek, dat op meer plaatsen in het land gelijkgerichte activiteiten bestaan.
Zo bleek uit een mededeling van de gynecoloog collega Verhage, dat in Zutphen en omgeving reeds een zwangerschapskaart in gebruik is. Verhage meent, dat de prenatale zorg door de huisarts op een beter peil kan worden gebracht door twee maatregelen: 1. het instellen van een apart spreekuur voor zwangeren; 2. het in gebruik nemen van een speciaal voor het prenatale onderzoek gemaakte kaart. Het werk van de huisarts is nu eenmaal veelomvattend, aldus Verhage, en het is slechts weinige huisartsen mogelijk, een nauwgezette prenatale zorg uit te oefenen tijdens het spreekuur, waar zij met even zovele problemen geconfronteerd worden als er patiënten het spreekuur bezoeken. De specialist heeft het in dit opzicht veel gemakkelijker en dat de prenatale zorg in het algemeen vollediger door de specialist wordt uitgeoefend dan door de huisarts, zou zeker niet slechts te danken zijn aan grotere kennis en ervaring, maar ook aan de „instelling" welke hij tegenover de patiënt ontwikkelt. Door het instellen van een apart spreekuur voor zwangeren kan de huisarts tijdens dit spreekuur een meer „specialistische instelling" verwerven, waardoor een volledige prenatale zorg gemakkelijker bereikt kan worden.
Het registreren van de gegevens op een speciaal voor dit doel gemaakte kaart, bevordert uiteraard ook de volledigheid en de nauwkeurigheid van het prenatale onderzoek.

Het is zonder meer duidelijk, dat coördinatie van de verschillende ontwerpen evenals bundeling van de ervaringen die bij het gebruik van de kaarten zijn opgedaan, van groot belang kunnen zijn.
De studiegroep „Practijkvoering" verzoekt in verband hiermede alle gegevens betreffende ontwerp en gebruik van zwangerschapskaarten mede te delen aan haar secretaris, H. J. Bekius te Lelystad.

de B van C

DE BEAUFORT - VAN CALCAR

voor bemiddeling bij

praktijkovername
beroepsfinanciering
fiscale adviezen

keizersgracht 325 amsterdam — hereweg 3 groningen