

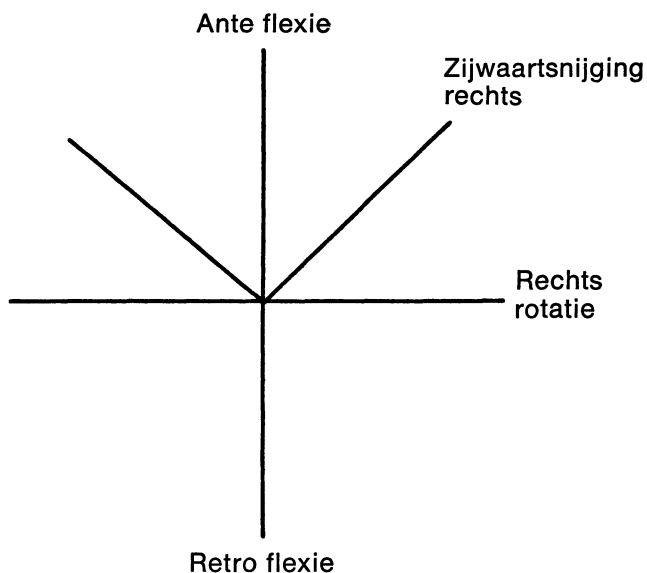
Waarover gaat het bij de manuele therapie van de wervelkolom?

DOOR F. H. C. GAYMANS, HUISARTS TE MADE

Geschiedenis. Manipulatie wil volgens medisch spraakgebruik zeggen: een gestoorde gewrichtsfunctie normaliseren door een zekere handgreep toe te passen. Een geluxeerd schoudergewricht kan door manipulatie worden gereponeerd. Ook het manipuleren aan niet-geluxeerde gewrichten is een zeer oude handelwijze; dit bestond zeker reeds ten tijde van Hippocrates. Dat het sindsdien nooit geheel in onbruik is geraakt blijkt uit het historische overzicht van *Geiger en Gross*. Door de grondlegger van de osteopathie Still kreeg deze therapie in het midden van de vorige eeuw een nieuwe impuls.

Het grondbeginsel waarom het bij de osteopaten en later bij de chiropractoren gaat is, dat het mogelijk is gewrichten die een éézijdige bewegingsbeperking hebben, door manipulatie weer een volledige beweeglijkheid te geven, dat wil zeggen dat indien bijvoorbeeld een gewricht vrij is in flexie, maar beperkt en al dan niet pijnlijk is in retroflexie, het door manipulatie mogelijk is de beperking in de retroflexie op te heffen en de beweging pijnloos te doen verlopen. Mutatis mutandis geldt dit natuurlijk ook voor zijwaartsflexie en endo- en exorotatie. Bij elke gewrichtsaandoening kan men een schema van de beweeglijkheid opstellen bijvoorbeeld door gebruik te maken van het schema van *Maigne*.

Figuur 1. Schema van beweeglijkheid bij elke gewrichtsaandoening volgens Maigne.



Samenvatting. Zeer in het kort wordt de geschiedenis van de osteopathie en de chiropraxis behandeld. In het algemeen spreekt men van manuele therapie. Er wordt gewezen op het feit dat er twee grote groepen van gewrichtsafwijkingen zijn: ten gevolge van „processen”, zoals ontstekingen en tumoren, waarbij men een pijnlijke bewegingsbeperking in alle richtingen vindt en ten gevolge van geblokkeerde gewrichten. Hierbij ontstaat een éézijdige bewegingsbeperking. Laatstgenoemde afwijkingen kunnen met succes met manuele therapie worden behandeld. Indien één of meer blokkeringen in de wervelkolom aanwezig zijn, vertoont de patiënt een rotatie-scheefstand, die na behandeling behoort te zijn verdwenen. De meting van de rotatie-scheefstand wordt beschreven, terwijl tevens een verklaring wordt gegeven hoe deze rotatie-scheefstand ontstaat. Met manuele therapie kan men dan ook niet meer, maar ook niet minder dan een rotatie-scheefstand opheffen.

Vervolgens wordt op de gevaren van de manuele therapie gewezen. Deze kunnen ernstig zijn; zij komen voor in een frequentie van 1 op 10^5 tot 10^6 . Speciale aandacht wordt gevraagd voor meer moderne technieken, die praktisch gevaarloos zijn en veel gemakkelijker zijn aan te leren, namelijk de „impact therapy” en de idiomusculaire mobilisatie. Van laatstgenoemde technieken kan de huisarts in zijn praktijk nuttige resultaten verwachten.

Globaal kan men aldus de gewrichtsaandoeningen verdelen in twee grote groepen:

1 Waarbij „processen” in het spel zijn en waarbij een pijnlijke bewegingsbeperking bestaat in alle richtingen zoals bij ontstekingen: tuberculose of andere microbiële aandoeningen; tumoren, al dan niet metastatisch; reumatoïde arthritis, Bechterew; fracturen, haemarthros en ernstige vormen van artrose met totaal of bijna totaal verlies van de gewrichtsfunctie.

2 Aandoeningen, waarbij een éézijdige bewegingsbeperking bestaat. Het gewricht ziet er röntgenologisch normaal uit of het vertoont een lichte tot matige artrose. Bezinkingssnelheid der erythrocyten en reuma-reacties zijn normaal. Voor deze vorm van gewrichtsaandoeningen wordt de term blokkeringen (*Zukschwerdt en medewerkers*) of „dérangement interne mineur” (*Maigne*) gebruikt.

Het grondbeginsel dat het mogelijk is geblokkeerde perifere gewrichten zoals voet-, knie- en heupgewricht, weer beweeglijk te maken, geldt eveneens voor de intervertebrale gewrichten van

de wervelkolom. Schematisch kan men zich de wervelkolom voorstellen als een elastische staaf: wervellichamen met daartussen de elastische discus intervertebralis. De intervertebrale gewrichten vormen de glijgewrichten, die al te excessieve bewegingen van de elastische staaf afremmen.

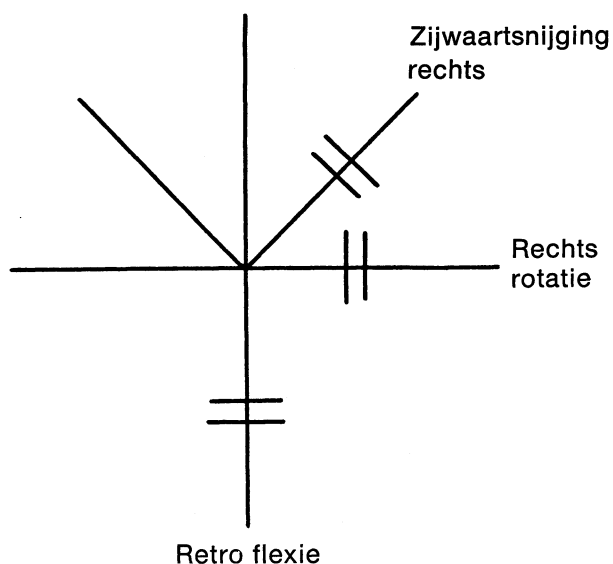
Indien een blokkering bestaat van één of van verschillende intervertebrale gewrichten — wat meestal het geval is — dan kan ook hiervan een bewegingsdiagram worden gemaakt. Wordt bijvoorbeeld bij een cervicaal syndroom het volgende vignet volgens Maigne gevonden (figuur 2), dan wil dat zeggen dat een stoornis bestaat in de retroflexie, in de rechtsrotatie en in de zijwaarts-nijging naar rechts, terwijl de tegenovergestelde bewegingen vrij zijn. Indien röntgenologisch slechts een lichte of matige artrose bestaat, dan wordt van een bewegingsblokkering gesproken. Deze is dan door manipulatieve therapie op te heffen.

Twee vragen dringen zich thans op, namelijk 1 Wat is er in het gewricht gaande en 2 Waarom is dit toch zo eenvoudige gegeven niet algemeen als therapeutisch principe erkend?

Andrew Taylor Still, de grondlegger van de osteopathie, sprak van een „subluxation”. Toen bleek dat dit wel een heel ongelukkige vondst was, hebben de osteopathen deze term vervangen door „ostheopathic lesion”. Wat een dergelijke „ostheopathic lesion” precies was, wisten zij echter ook niet. De chiropractoren spreken nog steeds van een „subluxation”. Beide scholen waren het in zoverre erover eens, dat de stoornis door manipulatie met een klikkend geluid kan worden opgeheven.

Zukschwerdt, een Duits orthopedisch chirurg, getroffen door de soms toch wel zeer merkwaardige therapeutische resultaten van sommige chiropractoren, stelde zich ook de vraag: Wat is hier in het gewricht gaande? Dank zij het herhaaldelijk

Figuur 2. Schema van beweeglijkheid volgens Maigne bij een cervicaal syndroom.



bekijken van anatomische preparaten en door anatomische studie, kon hij de aandacht op het feit vestigen dat in alle intervertebrale gewrichten menisci aanwezig zijn. Naar analogie van wat bij de knie is te zien, zou door een verkeerde beweging of door een extern trauma (bijvoorbeeld het Whiplash trauma van de halswervelkolom), een inklemming van de meniscus kunnen optreden. Hij voerde de term „Gelenkblockierung” in. Zukschwerdt is de man die in Duitsland de manuele therapie „salonfähig” heeft gemaakt. Of zijn hypothese juist is, is tot nu toe nog niet bewezen. De vraag wat in het geblokkeerde gewricht gaande is, kunnen wij dus nog steeds niet met zekerheid beantwoorden, maar Zukschwerdt heeft ons wel een bruikbare werkhypothese gegeven.

Waarom wordt het eenvoudige feit, dat het mogelijk is een pijnlijk, in beweging beperkt gewricht, weer vrij beweeglijk en pijnloos te maken, niet erkend en waarom wordt dit principe niet algemeen therapeutisch toegepast?

Het antwoord hierop is niet zo eenvoudig omdat behalve wetenschappelijke ook emotionele factoren een rol spelen. Om te beginnen kan worden gesteld dat de osteopathen en chiropractoren hun toch zo eenvoudige waarheid wel op een zeer merkwaardige manier aan de man hebben trachten te brengen. Hun geschriften waren volstrekt onleesbaar door een bijzonder ingewikkelde en verwarrende nomenclatuur. Bovendien kondigden zij hun therapie aan als een soort heilsgebeuren, een panacee, waarmede alle moeilijkheden in de geneeskunde zouden zijn op te lossen. Een slechtere basis om een gesprek te openen bestaat welhaast niet. De discussie moet dan wel eindigen met het uitmaken van elkander voor domoor, falsaris, magisch denker en wat dies meer zij.

Grondbeginselen. Hoewel wij nog wel enigszins achteropkomen, wordt thans ook in Nederland de vraag gesteld: Wat is hier gaande? Dat inderdaad van achterstand kan worden gesproken moge blijken uit het feit dat bijvoorbeeld in Noorwegen de manipulatieve therapie is ingebouwd in het opleidingsprogramma van de huisarts. In Engeland en Australië is zulks facultatief. In Amerika is er ongeveer één manipulator op de 10 000 zielen, maar daar is de emotionele strijd tussen artsen en manipulatoren nog volop aan de gang.

Er werd gesteld dat het grondbeginsel van de manipulatieve therapie is: de mogelijkheid van déblokking van een geblokkeerd gewricht. Met de term geblokkeerd wordt aangeduid dat er een éénzijdige bewegingsbeperking bestaat.

Maar er is nog een tweede basisgegeven waarop de manipulatoren hebben gewezen, namelijk: indien in de wervelkolom één of meer blokkeringen aanwezig zijn van de intervertebrale gewrichten, ontstaat er een scheefstand, in die zin dat:

- 1 de patiënt uit het lood staat;
- 2 er een links- of rechtszijdige schouderhoogstand is en

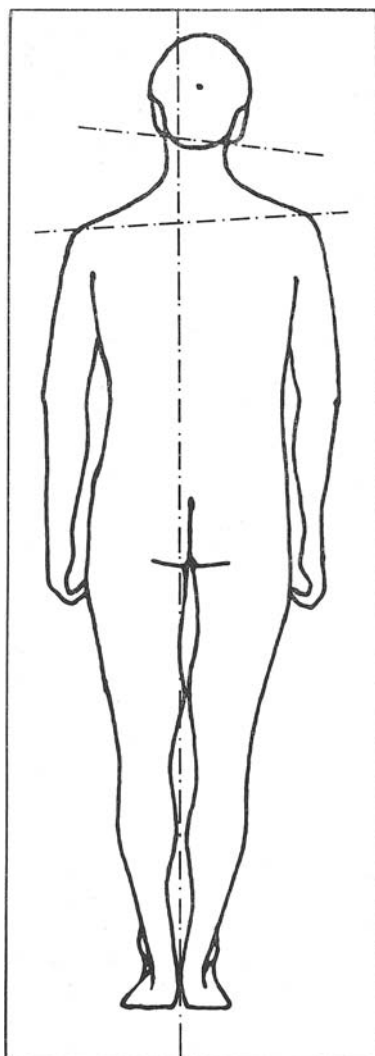
3 het gehele lichaam in rotatie staat (figuur 3).

De punten 1 en 2 zijn gemakkelijk met het blote oog te zien. Wanneer men echter over rotatie wil spreken, moet eerst duidelijk worden gesteld wat ten opzichte van wat staat geroteerd. Men spreekt van lichaamsrotatie wanneer het bekken- of de schoudergordel of beide, geroteerd staan ten opzichte van de hiellijn. Wanneer wij de patiënt op een speciaal daarvoor geconstrueerd plankje* laten staan, dusdanig dat de voetstand is gefixeerd, dan kunnen wij door hem van boven naar beneden te bekijken vaststellen of er een rotatie van het bekken of van de schoudergordel bestaat (figuur 4, 5, 6 en 7).

Een mogelijke verklaring, waarom een patiënt met een blokkering uit het lood gaat staan en een rotatiescheefstand vertoont, is de volgende: Indien iemand een rotatiebeperking in de halswervelkolom heeft, waardoor hij bijvoorbeeld zijn hoofd minder

*) Het rotatieplankje kan worden vervaardigd door de meubelfabriek Exoma, Kloosterstraat 22, Made.

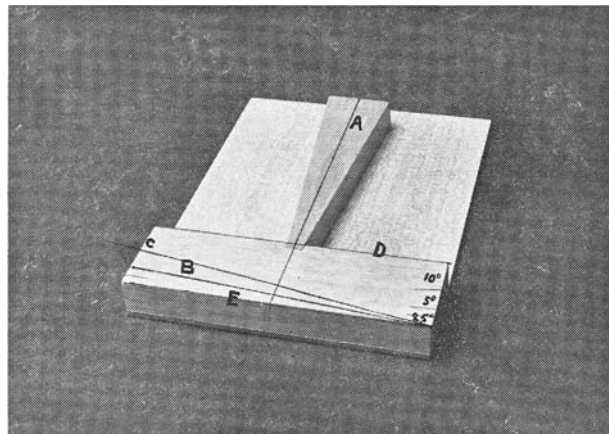
Figuur 3. Verschijnselen bij scheefstand.



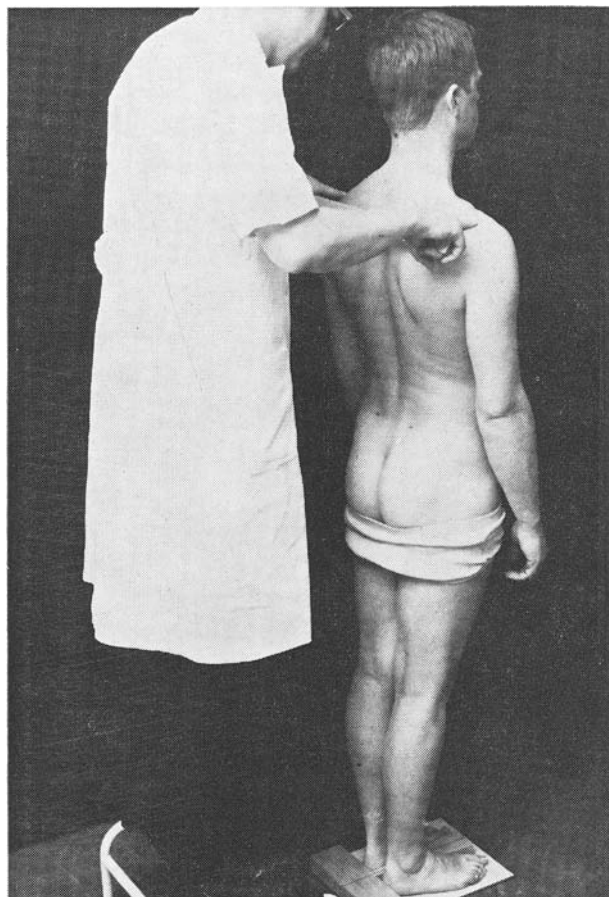
naar links dan naar rechts kan draaien, zal zijn blikveld naar links geringer zijn dan naar rechts.

Om deze onaangename situatie te compenseren, gaat hij met het gehele lichaam in linksrotatie staan. Hij heeft dan weer een symmetrisch, zij het ook wat beperkter blikveld (figuur 8 en 9).

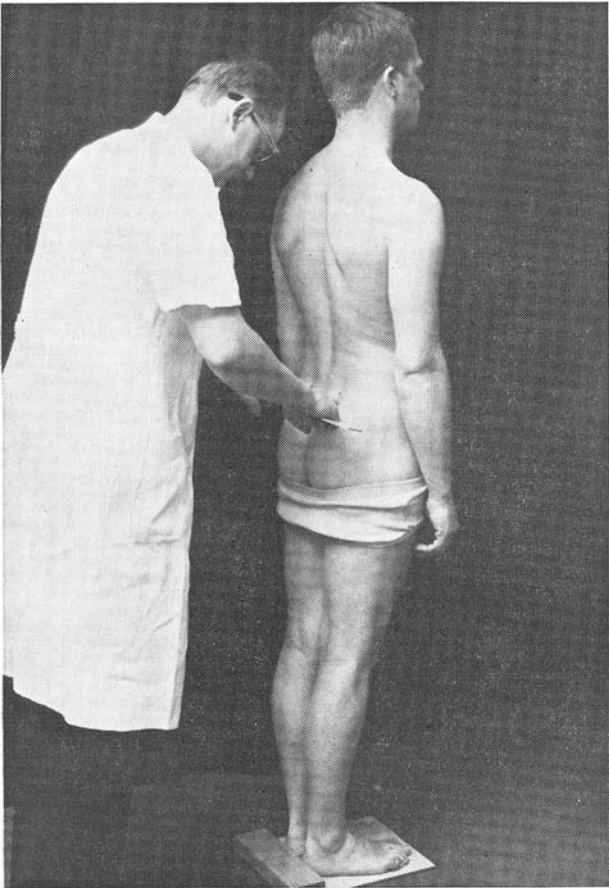
Figuur 4. Rotatieplankje.



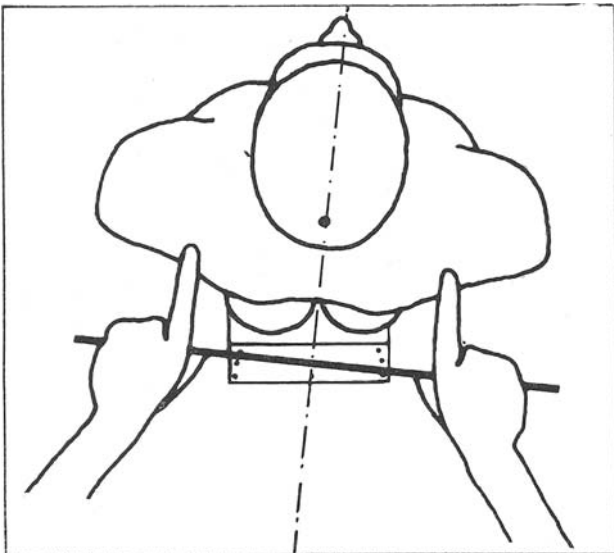
Figuur 5. Onderzoek van de mate van rotatie van de schoudergordel ten opzichte van de hiellijn. Vergeleken wordt met welke lijn op het plankje de richting van de lat, door de onderzoeker tegen de schoudergordel gehouden, correspondeert.



Figuur 6. Dito van bekkengordel ten opzichte van hiellijn.



Figuur 7. Schematische tekening van wat de onderzoeker ziet.



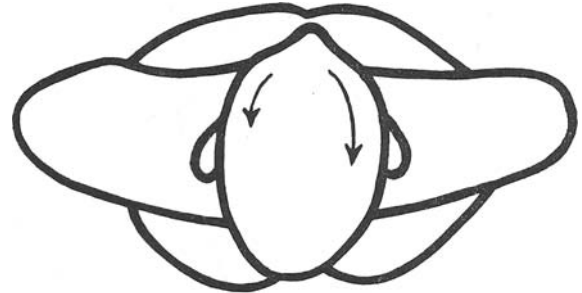
Het merkwaardige is nu, dat onmiddellijk na déblokkering de rotatie-scheefstand is verdwenen (figuur 10 en 11).

De verklaring van deze reflexmatige instelling van de lichaamshouding moet worden gezocht in de stelreflexen van Magnus en De Kleyn. Mc. Cough, Deering en Jung (zie Geiger en Gross) konden aantonen, dat deze reflexen uitgaan van de kapsels van de intervertebrale gewrichten en wel speciaal van de eerste drie halswervels. Het is aannemelijk dat bij iemand die uit het lood staat, een éézijdige overbelastingsstoornis optreedt in de intervertebrale gewrichten en in de tussenwervelschijven, waardoor klachten kunnen optreden.

Men moet dus aannemen, dat de mens zich primair door een symmetrisch blikveld in de ruimte wil oriënteren, maar dat hij daarbij een rotatie-scheefstand, met als gevolg slijtageverschijnselen aan intervertebrale gewrichten en disci, op de koop toe neemt.

Men kan zich echter afvragen of vrijwel niet iedereen in een rotatie-scheefstand staat. Volgens mijn schatting komt, gemeten naar weliswaar betrekkelijk kleine groepen, deze afwijking bij ongeveer 20 procent van onze bevolking voor. Bij lijdens aan rugklachten is dit in 95 procent het geval. Iets dergelijks is ook reeds het geval bij kinderen in de kleuterleeftijd en wel in een even grote frequentie. Dit is misschien belangrijk te weten wegens de pro-

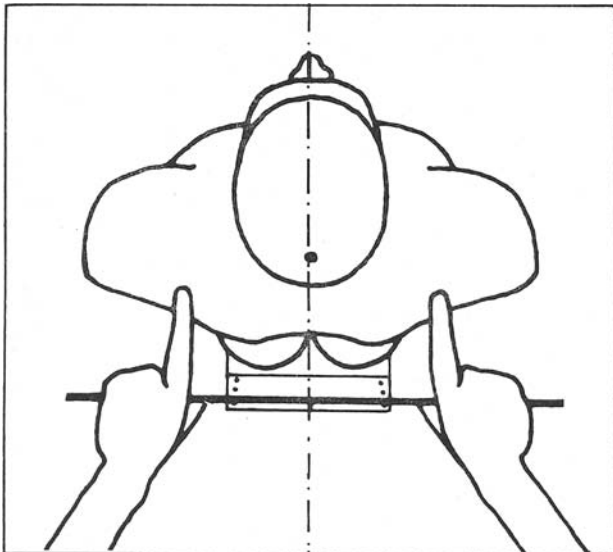
Figuur 8. Patiënt van bovenaf gezien. Er bestaat een rotatiestoornis van het hoofd naar links.



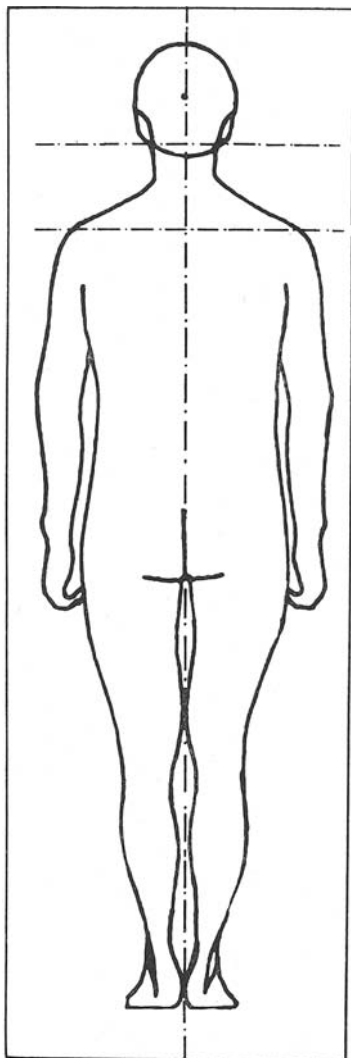
Figuur 9. Door met het lichaam in rotatie te gaan heeft de patiënt weer een symmetrisch blikveld gemaakt.



Figuur 10. Toestand na déblokkering, schematisch weergegeven. Aanzicht van boven.



Figuur 11. Dito, aanzicht van achteren.



fylactische en therapeutische consequenties. Als slotconclusie kan worden gesteld: met manuele therapie kan een éézijdig geblokkeerde gewrichtsfunctie worden genormaliseerd. Daardoor wordt de compensatoire rotatie-scheefstand van het lichaam overbodig gemaakt, waardoor deze zichzelf opheft. Met deze therapie kan niet meer, maar ook niet minder worden verzevenlijkt.

Nagegaan werd hoe een rotatie-scheefstand kan ontstaan door een stoornis in het bovenste gedeelte van de halswervelkolom. Wat hierover is gezegd, geldt mutatis mutandis voor de sacro-ilio-lumbale gewrichten. De praktische consequentie hiervan is, dat het nu eenmaal niet gelukt om een patiënt uit een rotatie-scheefstand te krijgen, indien niet zowel de occipitale als de lumbosacrale streek worden behandeld, ongeacht of de klacht cervicaal, thoracaal of lumbaal is gelokaliseerd. De algemene stelregel bij de manuele therapie is dan ook, dat niet alleen de plaatselijke stoornis wordt behandeld, maar de gehele wervelkolom, omdat deze als een in haar geheel functionerende eenheid wordt gezien.

Hiermede is een wel zeer summiere schets gegeven van de theoretische grondslagen van de manipulatieve therapie. De indruk kan worden gewekt, dat het nu verder geen probleem meer is om ischialgie, lage rugpijn, een cervicaal syndroom of cervicale hoofdpijn te genezen. Maar zo is het niet. Men dient voor alles te bedenken, dat deze syndromen multiconditioneel zijn, waarbij vooral emotionele psycho-sociale factoren een grote rol spelen.

Men zou het ongeveer zo kunnen zien: een chirurg krijgt van de internist een patiënt met buikpijn, bij wie galstenen worden gevonden. De chirurg verwijdert de galblaas, maar de patiënt blijft klagen. In de methodiek van de chirurg zit niet meer, maar ook niet minder dan het verwijderen van de galblaas. Zo zit in de manipulatieve therapie niet meer, maar ook niet minder dan dat daarmee een rotatie-scheefstand kan worden opgeheven. Deze therapie zal dan ook dikwijls moeten worden ingeweven in een veel groter therapeutisch schema van psychotherapie en revalidatie.

Uitvoering. Aangezien er aangaande de manuele therapie verschillende scholen en richtingen bestaan, is het niet moeilijk vast te stellen dat er wel een paar honderd technieken in omloop zijn. Al deze technieken hebben echter het volgende gemeen. Het gewricht dat men wil behandelen, wordt passief in zijn uiterste stand gebracht. Door de patiënt rustig te laten in- en uitademen wordt getracht een verdere spierrelaxatie te verkrijgen. Op dat moment wordt door een zeer snelle, maar lichte beweging het te behandelen gewricht overstrekt. Hierbij is meestal een knak te horen, ook wel de „vacuüm snap” genoemd. Het is hetzelfde geluid dat men kan horen wanneer men met een licht rukje aan een vinger trekt. *Maigne* stelt een en ander als volgt grafisch voor (*figuur 12*).

Het zal duidelijk zijn dat, indien men deze therapie zonder risico voor de patiënt wil toepassen, men over een grote technische vaardigheid en „Fingerspitzengefühl” moet beschikken en dat men tevoren zoveel diagnostiek moet bedrijven, dat men zeker ervan is dat er geen ongelukken kunnen gebeuren. Met behulp van de *figuren 13 en 14* kan worden gedemonstreerd hoe een en ander wordt uitgevoerd.

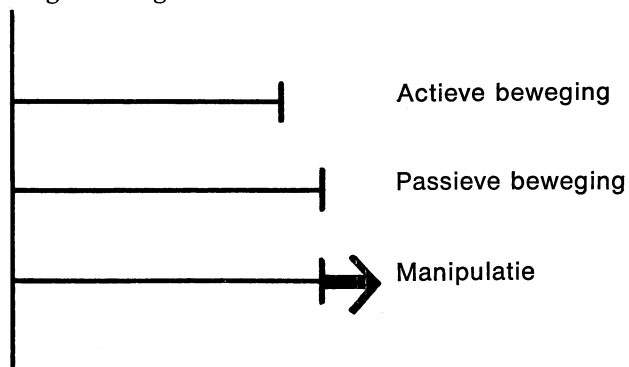
Het merkwaardige is, dat het niets ertoe doet in welke richting de manipulatie-stoot wordt gegeven. De chiropractor en de osteopaat werken tegen de bewegingsbeperking in. Bij *figuur 13* werd ervan uitgegaan, dat er een beperking van de zijwaartsflexie naar links was, tussen C2 en C3. De halswervelkolom wordt tegen de bewegingsbeperking in, in maximale zijwaartsflexie naar links gebracht. Op het moment van maximale ontspanning wordt met de duim een lichtsnelde stoot van links naar rechts gegeven. *Maigne* zou dit net andersom hebben gedaan. Hij zou een maximale flexie naar rechts hebben gegeven en een manipulatie-stoot van rechts naar links. Beide methoden leiden echter tot goede resultaten.

Gezamenlijke contra-indicaties. Elk medisch handelen brengt gevaren met zich mee. Een totaal ongevaarlijk medicament bestaat eigenlijk niet. Zelfs de kleinste chirurgische ingreep brengt zijn gevaren mee. Het aantal ongelukken dat bij de manipulatie kan optreden, behoort niet groter te zijn dan één op 10^5 tot 10^6 . Welke ongelukken kunnen er nu gebeuren?

1 Indien een wervel dermate osteoporotisch is, dat elk ogenblik een spontane fractuur kan optreden is natuurlijk een manipulatie gecontraïndiceerd. Als oorzaken van de osteoporose kunnen worden genoemd tumoren, ontstekingsprocessen of interne afwijkingen.

2 Een hernia nucleii pulposi kan spontaan ruptureren met een dwarslaesie als gevolg. *Verbiest* beschrijft in zijn klinische les deze gang van zaken bij twee patiënten, die tevoren nooit rugpijn hadden gehad. Hij vermeldt ook twee gevallen, die na manipulatie waren ontstaan.

Figuur 12. Grafische voorstelling manuele therapie volgens Maigne.

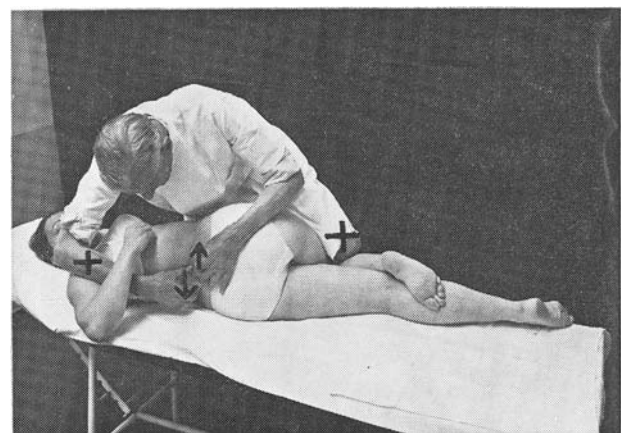


3 Er zijn enkele gevallen van mors subita beschreven na manipulatie van de halswervelkolom. Meestal bestond er dan een trombose van de arteria vertebralis. In enkele gevallen was er een uitgesproken arteriosclerose van zowel de arteriae vertebrales als van de carotiden. Bij een maximale rotatie van het hoofd naar links wordt bij een normale proefpersoon de linker arteria vertebralis dichtgeknepen. In normale omstandigheden heeft dit geen gevolgen, omdat dan de andere vertebralis en de beide carotiden voor voldoende bloedtoevoer naar de hersenen zorgen. Maar indien de enige nog goed functionerende arterie wordt dichtgedrukt, kan dat uiteraard ernstige gevolgen hebben.

Figuur 13. Manipulatie halswervelkolom. Zodra patiënte in maximale zijwaarts-nijging is gebracht, wordt met de duim van de linkerhand een snelle stoot tegen de processus spinosus van C2 gegeven.



Figuur 14. Manipulatie lumbale wervelkolom tussen L3 en L4. De therapeut brengt de patiënte in maximale rotatie door druk met zijn onderarm op de linkerschouder en door de druk van zijn knie op het gebogen onderbeen van patiënte. Vervolgens beweegt hij met een snelle beweging de processus spinosus van L4 naar boven en met de andere hand de processus spinosus van L3 naar beneden.



Uit het voorgaande spreekt wel vanzelf, dat elke manipulatie dient te worden voorafgegaan door een behoorlijk onderzoek. Vooral belangrijk zijn: een goede anamnese, een algemeen onderzoek, het nagaan van de bezinkingsnelheid der erythrocyten en röntgenonderzoek. Vanzelfsprekend behoort de „behandelaar” een goede opleiding te hebben gekregen. Een zeer slechte roep hebben in Duitsland de „Heilpraktiker” en in Frankrijk de „Heilgymnasten”. Verscheidene van deze herei. hebben bij een ander de behandeling gezien, waarna zij thuisgekomen maar meteen zelf beginnen. In Amerika hoorde ik van een geval van een vrachtwagenchauffeur, die een schriftelijke cursus had gevolgd en daarna bij een vriend een paar maal was gaan kijken. Hij zette een levensgroot bord „Chiropractor” op zijn deur en ging in de avonduren aan de slag. Een en ander heeft in Frankrijk geleid tot een wettelijke regeling, die aan fysiotherapeuten verbiedt te manipuleren.

Concluderend kan het volgende worden gesteld. Er bestaan een aantal zeer goed uitgekende technieken om elk intervertebraal gewricht afzonderlijk te behandelen, waardoor volledige bewegingsvrijheid wordt bewerkstelligd. Zoals reeds eerder werd uiteengezet, wordt daarmee een normalisering van de statische verhoudingen verkregen. In handen van iemand die over voldoende diagnostische kennis beschikt en die daarenboven een goede technische vaardigheid heeft, zijn de risico's verbonden aan de toepassing van dergelijke technieken zeer klein, ongeveer in de orde van grootte van die verbonden aan de Aspirine- of de penicilline-therapie.

Maar al zijn de risico's nog zo gering, indien zij voorkomen zijn zij dermate ernstig, dat alles in het werk moet worden gesteld dat zij niet kunnen optreden. Dit kan op twee manieren gebeuren, namelijk door een zo uitgebreid mogelijke diagnose en door het ontwikkelen van technieken, die minder gevaarlijk zijn.

Nieuwe methoden. In de laatste jaren zijn twee methoden ontwikkeld die mijns inziens een grote vooruitgang betekenen. Het betreft de „impact therapy” volgens Tracey en de idiomusculaire mobilisatie. Alvorens nader hierop in te gaan moet eerst opnieuw worden stilgestaan bij het principe van de manipulatie. Het tracé van de manipulatie wordt in *figuur 15* voor de duidelijkheid sterk vergroot weergegeven.

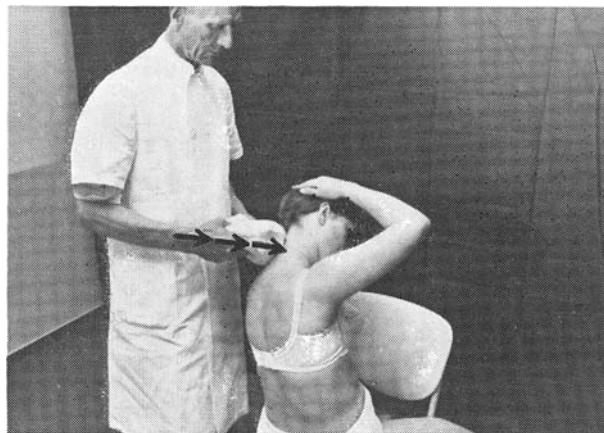
Het principe van de „impact therapy” is, dat

Figuur 15. Het traject van de manipulatie is sterk vergroot. De snelle beweging is als een flits voorgesteld.

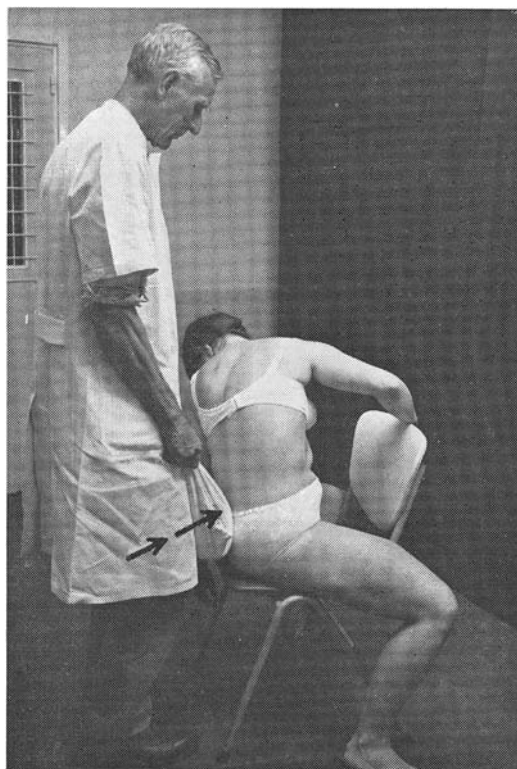


wij in plaats van de zeer snelle beweging, tien zachte fibratiestootjes geven met een zandzak. Van te voren wordt de patiënt gevraagd bij de geringste

Figuur 16. „Impact therapy” van de halswervelkolom bij C2. Patiënte brengt zichzelf zover mogelijk in zijwaarts-nijging naar links. De therapeut geeft tien lichte stootjes tegen de processus spinosus van C2.



Figuur 17. „Impact therapy” van de lumbale wervelkolom. Patiënte brengt zichzelf zoveel mogelijk in links-rotatie. De therapeut houdt de zandzak met zijn licht gebogen knieën tegen het sacrum, waarna tien lichte stootjes tegen de zandzak worden gegeven.



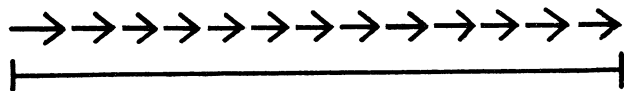
pijnlijkheid onmiddellijk te waarschuwen, zodat de behandeling dan kan worden beëindigd (*figuur 16 en 17*).

Schematisch kan deze handelwijze als volgt worden weergegeven (*figuur 18*).

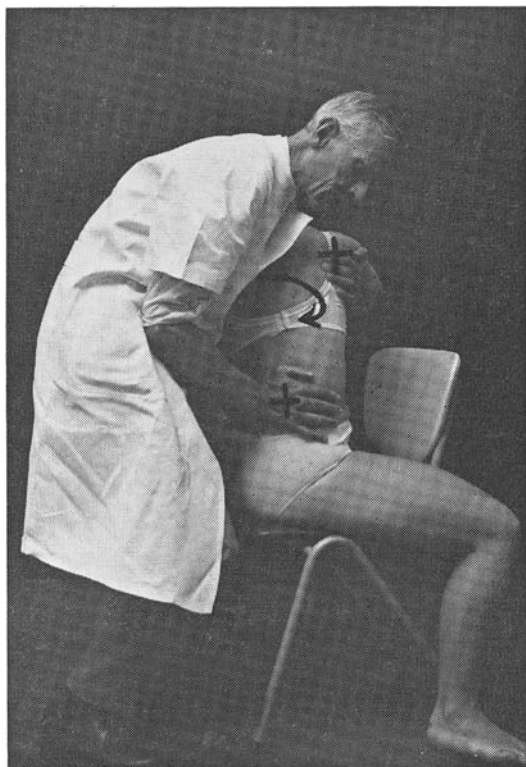
Het grote voordeel van deze methode is, dat zij gewoonlijk geheel pijnloos is en dat men wanneer ook maar de geringste pijn optreedt, onmiddellijk kan ophouden. Eventueel kan de procedure dan in een andere positie worden geprobeerd. Bovendien eist deze handelwijze een veel geringere technische vaardigheid van de therapeut, waardoor zij veel gemakkelijker valt aan te leren. Verder kan men hiermede alle perifere pijnlijk-stijve gewrichten eveneens behandelen. Een nadeel is, dat de „impact therapy” niet geheel gelijkwaardig is aan de manipulatieve therapie. Bij vijf tot tien procent van de patiënten zal men op deze wijze het gewricht niet volledig vrij krijgen, zodat alsnog manipulatie nodig is.

De idiomusculaire mobilisatietechnieken zijn

Figuur 18. Het traject, dat bij de manipulatie in een flits wordt afgelegd, wordt bij de „impact” in kleine stukjes doorlopen, via tien tot twintig stootjes tegen de zandzak.



Figuur 19. Patiënte brengt zichzelf zover mogelijk in linksrotatie, met zijwaartsflexie naar links.



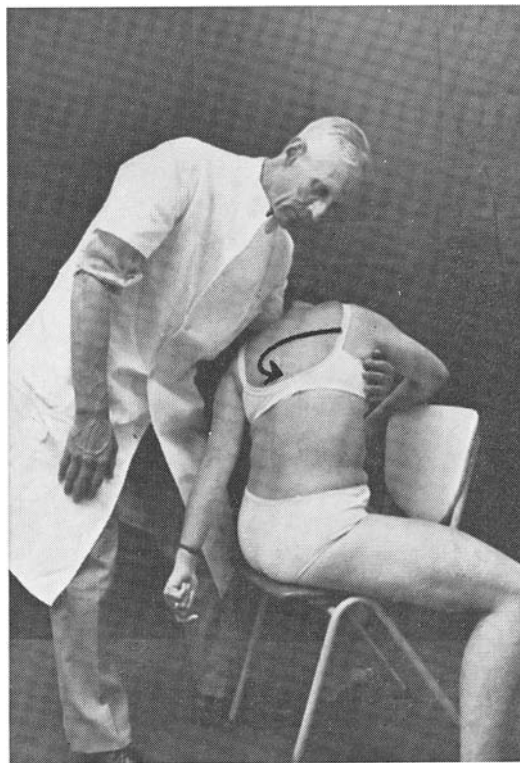
door mijzelf ontwikkeld. Later bleek mij dat *Ruddy* reeds in 1964 ongeveer gelijke technieken had gepubliceerd. Het wezen van deze technieken is dat de patiënt zelf de energie levert voor de mobilisatie. De taak van de therapeut beperkt zich ertoe de manier aan te geven waarop de patiënt zijn kracht moet aanwenden. Het grote voordeel is, dat de patiënt zelf in handen heeft de behandeling te beëindigen, wanneer het pijnlijk wordt. De gang van zaken bij een blokkering van L2 is dan als volgt, weergegeven in *figuur 19 en 20*.

De actieve draaiing naar links en het opwekken van de isometrische spanning naar rechts worden zo dikwijls herhaald, totdat de therapeut onder zijn rechterhand een duidelijke beweeglijkheid van de L2 voelt.

Het zou in het kader van dit artikel te ver voeren, om de wijze van toepassing van deze technieken op de borst- en halswervelkolom te bespreken. Met de idiomusculaire mobilisatie kunnen, evenals met de „impact therapy” aandoeningen van perifere gewrichten, zoals voeten, enkels, knieën, heupen, schouders, ellebogen (tennisarm) en handen met succes worden behandeld.

De bedoeling van deze betrekkelijk korte ver-

Figuur 20. Vervolgens wordt patiënte verzocht naar rechts te draaien. De therapeut houdt deze beweging tegen door druk van zijn linkerhand op haar schouder en door druk van het os pisiforme van zijn rechterhand tegen het processus transversus van L2. Er ontstaat dan een zogenaamde isometrische spanning, waardoor L1 over L2 wordt gedraaid.



handeling is niet om uit te leggen hoe men in elk concreet geval moet handelen. De opzet is alleen geweest om aan huisartsen duidelijk te maken, dat er betrekkelijk eenvoudige technieken zijn, waarmee zij in de dagelijkse praktijk enorm veel goed kunnen doen. Dit geldt ook voor fysiotherapeuten.

De vraag is nu, hoe en waar men een en ander kan leren. Er bestaan de volgende mogelijkheden:

- 1 De Stichting voor manuele therapie te Eindhoven organiseert cursussen. De deelnemers zullen drie of vier van dergelijke cursussen moeten volgen.
- 2 De „Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chirotherapie”, gevestigd te Hamm in Duitsland, organiseert sinds vele jaren cursussen van een week. Het is de bedoeling dat vier van dergelijke cursussen worden gevolgd.
- 3 In Frankrijk en Engeland zijn opleidingen, die ongeveer vijf maanden duren.
- 4 De heer Van der Bijl, fysiotherapeut, leidt sinds enkele jaren een cursus in Amsterdam, vooral bedoeld voor fysiotherapeuten. Artsen kunnen echter ook meedoen.
- 5 Op het congres van revalidatie-artsen in Den Haag, in juni van dit jaar, is besloten te trachten een opleiding te organiseren. Deze zal dan vermoedelijk onder Franse leiding komen. Verder kan nog worden vermeld dat het Nederlands Huisartsen Genootschap te Breda sinds twee jaar werkgroepen organiseert, samengesteld uit huisartsen en fysiotherapeuten. Eenmaal in de twee weken komt men bijeen. De „echte” manipulatie wordt daar echter niet bedreven, gezien het motto: „Wij zijn huisartsen. Als er technieken zijn die risico meebrengen, dan moeten deze worden gedaan door degenen, die zich daarin hebben gespecialiseerd.

Naar mijn mening is het organiseren van dergelijke werkgroepen een uiterst nuttig gebeuren. Op deze wijze ontstaat dan meteen de zo noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten.

Summary. What is involved in manual therapy of the spine? The history of osteopathy and chiropraxis is briefly reviewed. The term manual therapy is generally used. It is pointed out that arthropathies can be divided into two large groups: those due to „processes” such as inflammations and tumours, involving painful impairment of movement in all directions, and those due to blocking of joints, with unilateral impairment of movement. The latter conditions can be successfully treated by manual therapy. If one or several blocks are present in the vertebral column, then the patient shows a rotational malposition which should be amenable to therapy. The method of measuring the rotational malposition is described, and its pathogenesis is explained. In these cases manual therapy can abolish the malposition, no more and no less.

The possible risks of manual therapy are discussed. These risks can be very grave; the rate of complications is estimated to be 1:10³ to 1:10⁶. Special attention is focused on more modern techniques which are virtually without risk and can be easily learned: „impact therapy” and idiomuscular mobilisation. The latter techniques can be very helpful in general practice.

Geiger, Th. en D. Gross. Chirotherapie. Manuelle Therapie. Hippocrates Verlag, Stuttgart, 1968.

Maigne, R. Wirbelsäulen bedingte Schmerzen und ihre Behandlungen durch Manipulationen. Hippocrates Verlag, Stuttgart, 1970.

Ruddy, T. J. Rhythmic resistance therapy. Selected Osteopathic Papers. The academy of applied Osteopathy, 1961. Carmel, California.

Tracey, J. B. The handbook of impact therapy.*

Verbiest, H. (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 353.

Zukschwerdt, L. en anderen. Wirbelgelenk und Bandscheibe. Hippocrates Verlag, Stuttgart, 1955.

*Niet verkrijgbaar in de boekhandel; kan bij de auteur worden besteld: Gipsy Lane Gardens, Pinhoe, Exeter, England. Kosten: 10 sh.

Casuïstiek

DOOR G. FABER, HUISARTS TE KROMMENIE

De toenemende belangstelling voor de aanschaf van een electrocardiograaf in de huisartspraktijk en een recente ervaring, waarbij dit toestel zijn nut had, vormt de aanleiding deze casuïstiek te schrijven.

Op een maandagochtend wordt de visitelijst met de assistente besproken en blijkt er één visite voor direct na het spreekuur te zijn aangevraagd. Het betreft een patiënte met bloedverlies bij een zwangerschap van ongeveer twee maanden. Als regel worden deze verzoeken gehonoreerd en dus lag de route deze morgen direct min of meer vast. De derde visite betrof een jongen van vier jaar, die een duidelijke meningitis had; via de kinderarts werd ziekenhuisopname geregeld.

De vijfde visite was wederom aanleiding de kinderarts op te bellen en een opname aan te vragen. Het ging om een baby, die in mijn wintersportvakantie onder leiding van een plaatselijke collega veertien dagen te vroeg zonder moeite en vlot was geboren. Het geboortegewicht bedroeg 3250 gram. Ik had moeder en kind enige malen bezocht in de kraambedperiode en er waren geen moeilijkheden. In het weekend was het kind minder gaan drinken, had eenmaal gebrakt en vertoonde verder weinig bijzonderheden. Het is het derde kind van intelligente ouders, die de huisarts nooit nodeloos raadplegen.

Bij onderzoek viel direct op dat het kind veel bleker was dan bij het laatste bezoek, ten tweede