

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

dat het zeer (te?) rustig lag en ten derde dat het klaaglijk schreide. Er waren echter geen meningeale prikkelingsverschijnselen en ook geen bomberende fontanel te vinden. De temperatuur bedroeg $36,4^{\circ}$ C. De baby was niet uitgedroogd. De ademhaling was snel en oppervlakkig. Auscultatie bracht een zeer snelle hartfrequentie aan het licht, die niet goed te tellen bleek. Ik vond geen afwijkingen in de buik. Klinisch was het meisje duidelijk ziek en de kinderarts was op mijn verzoek direct bereid haar op te nemen.

Tijdens het vervoer, dat door de vader met zijn eigen auto werd verzorgd, werd het kind duidelijk zieker en bij aankomst in het ziekenhuis, ongeveer een uur later, bestonden dezelfde verschijnselen, maar de temperatuur was tot onder 35° C. gezakt. De kinderarts voelde een vergrote, gestuwde lever; bij auscultatie aan cor en pulmonen werden geen afwijkingen vastgesteld. De diagnose werd gesteld op decompensatio cordis met mogelijk een vitium cordis.

Op de behandeling met zuurstof, intraveneus digoxine en warmte trad een kortdurende verbetering op, maar weldra werd het kind grauwer en werd overplaatsing naar de afdeling kindercardiologie van het Binnengasthuis te Amsterdam werkstellig. Aldaar is de diagnose gesteld op primaire supraventriculaire tachycardie, hoogstwaarschijnlijk zonder een aangeboren hartgebrek.

De behandeling is erg moeilijk geweest, maar ten slotte werd met digitalis, propranolol, difanthoïne en een vijftal cardioversies een steeds langduriger periode van sinusritme verkregen. Toen de baby op de leeftijd van acht weken zou worden ontslagen, trad 's ochtends weer een aanval op met een frequentie van 280-300 slagen per minuut; deze aanval duurde achttien uur en het ontslag volgde de volgende dag met digitalis als medicatie.

Het gaat hier om een vrij zeldzame aandoening, die in dit geval ongebruikelijk verliep, omdat het meisje aanvankelijk noch op digitalis noch op cardioversie reageerde. De ouders werden gerustgesteld omdat de prognose gunstig is: na enige jaren hou-

den de recidieven vanzelf op; de kinderen verdragen de aanvallen goed en hulp hoeft pas gezocht te worden bij aanvallen, die langer dan 24 uur duren of bij optredende decompensatieverschijnselen.

De ouders werden geïnstrueerd regelmatig de polsfrequentie te controleren. Toen ik een paar dagen na ontslag een bezoek bracht, vond ik bij onderzoek een veel te snelle hartslag, die door de ouders nog niet was waargenomen. Ik sprak met de moeder af dat de assistente later op de dag een electrocardiogram zou maken. We hadden dan een electrocardiogram waar we bij de controle van konden uitgaan. Het bleek echter dat de frequentie weer 300 was, terwijl het kind de fles goed leegdronk, niet bleek zag en geen decompensatieverschijnselen had.

In overleg met de cardioloog in Amsterdam werd de volgende dag het electrocardiogram herhaald en de frequentie schommelde nu tussen 120 en 180 slagen per minuut. Twaalf dagen later deed zich weer een aanval voor, die door de ouders 's avonds om 23 uur werd vermoed en op het electrocardiogram, dat de assistente de volgende morgen om acht uur maakte, werd bevestigd; om 17 uur die dag was de frequentie weer normaal (ongeveer 150).

De aanwezigheid van de electrocardiograaf in de huisartspraktijk en de aanwezigheid van een assistente, die een electrocardiogram kan opnemen, hebben in dit geval de ouders zeker een heleboel angst bespaard en ook de anders veel frequenter, noodzakelijke reizen naar en consulten in Amsterdam. Afgezien van deze — ook door de ouders gevonden — voordelen, is door de electrocardiografiefaciliteiten de praktijk veel interessanter geworden en de begeleiding van de gezinnen meer integraal dan voorheen.

Naschrift: de perioden tussen de aanvallen zijn inderdaad steeds langer geworden en de baby maakt het nu uitstekend.