

Nog iets over de afasie. Het blijkt, dat dit symptoom niet altijd, of eerst laat wordt begrepen. In het begin wordt het nog wel eens beschouwd als een mentale stoornis, met het gevolg dat in het bijzijn van de patiënt voor hem zeer ongeschikte dingen worden gezegd. Zich dan juist niet te kunnen uiten, moet voor de patiënt haast ondraaglijk zijn. Voor de motorische afasie zijn langdurige spraaklessen nodig, die ook goed resultaat schijnen te geven. Het geven van een leetje met een griffel is in wezen fout, maar niet altijd te vermijden. Wat betreft de fysische therapie mag nog worden

opgemerkt, dat elektrisatie gecontraïndiceerd is. Hiermee stimuleert men te veel de nog goede spieren, waardoor men contracturen in de hand werkt. Zelfs het alleen te gebruiken om de patiënt het spiergevoel terug te geven moet worden ontraden. De warmte, massage en oefentherapie zijn reeds ter sprake gekomen.

Met een behoorlijke medewerking van de familie, de wijkzuster en eventueel een masseur die men goed instrueert, kan men op deze wijze zeer veel revalideren aan hemiplegiepatiënten, en dat wel met betrekkelijk eenvoudige middelen.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (2)

Keel-, neus- en oorafwijkingen

DOOR PROF. DR. L. B. W. JONGKEES TE AMSTERDAM

Het begrip spoed kan op verschillende wijze beschouwd worden. Ziekelijke aandoeningen die grote spoed vereisen zijn uiteraard de (acute) afsluitingen van de luchtweg, waarbij de spoed zo dringend kan zijn dat men zelfs met het modernste vervoermiddel het ziekenhuis niet meer halen kan en wellicht zelfs wel ter plaatse met een geïmproviseerd instrumentarium (zakmes) een urgente operatie (luchtpijpsnede of te wel tracheotomie) zal moeten doen. Doch, hoewel dergelijke snelle beslissingen eigenlijk bij andere afwijkingen in het gebied van de keel-neus-oorheelkunde zelden nodig zijn, is er toch wel een groep ziekten die men als spoedvereisende kwalen moet beschouwen. Het zij mij vergund, aangezien dit later in dit blad zal worden behandeld, aan de afwijkingen die leiden tot een plotselinge afsluiting van de luchtpijp en het drinken van caustische stoffen, voorbij te gaan. Om een duidelijk overzicht te krijgen zij het mij tevens vergund het door mij te beschrijven gebied in zijn drie onderdelen uiteen te spreiden.

Afwijkingen van de neus

Een zeer indrukwekkende aandoening voor patiënt en omgeving is altijd de *neusbloeding*. Het is verbluffend te constateren hoe met een betrekkelijk matige neusbloeding een nerveuze patiënt in een ommezien zijn bed of zelfs de gehele kamer tot een slagveld weet te maken en zo de hele omgeving in een soort paniek weet te brengen. Het eerste wat de medicus dan ook zal moeten doen bij een neusbloeding van enige importantie is de rust te herstellen door allen weg te zenden, die met de beste bedoelingen gewapend van de wal in de sloot helpen en slechts zoveel hulp bij zich toe te laten als werkelijk van nut is. Een bak water en een paar schone doe-

ken om de afschrikwekkende bloedplekken weg te nemen en een paar rustgevende woorden tot de patiënt doen soms al wonderen om de hele sfeer van de ziekenkamer te veranderen.

Het eerst noodzakelijke is thans de patiënt flink de neus te laten snuiten en hem te laten trachten door de keel te schrapen de stolsels die zich gevormd hebben en die door retractie de bloedende vaten open houden, te verwijderen. Niet zo zelden zal dit voldoende zijn om de bloeding tot staan te brengen en anders maakt het het in ieder geval mogelijk de neus te inspecteren en de bloedende plaats te vinden. Deze bevindt zich bij jonge mensen meestal voor in de neus op de locus Kieselbachi, de plaats waar de verschillende bloed toevoerende vaten van de neus tot een netwerk samenvloeien. De oorzaak van de bloeding is dan veelal een infectieziekte, een trauma of een afwijking in de bloedsamenstelling; doch de diagnose is van later zorg, eerst dient de bloeding gestopt te worden.

Bij ouderen is de oorzaak meestal arteriosclerose of hypertensie en de bloedende plaats bevindt zich bijna steeds hoog achter in de neus. Indien zich de bloeding voor in de neus bevindt kan zij veelal tot staan worden gebracht door de neusvleugels krachtig door de patiënt samen te laten knijpen. Men moet de druk dan wel enige minuten (gecontroleerd op het horloge) onafgebroken laten aanwenden. Lukt dit niet dan kan men trachten met sol. adrenalin 1/1000 de bloedende plaats te bedekken. Een watje in deze oplossing gedrenkt legge men daartoe gedurende enige minuten op de bloedende plaats. Indien ook dit niet gelukt, kan men trachten het bloedende vat dicht te schroeien met trichloorazijnzuur in verzadigde oplossing. Een watje op een sonde in de vloeistof gedrenkt, plaatse men zo precies

mogelijk op het bloedende vat. Dit alles dient uiteraard à vue met goede verlichting en een voorhoofdspeigel of met een rhinoscopie-apparaat te geschieden. Men late zich niet verleiden chroomzuur of helse steen te appliceren. Zolang de neus bloedt heeft dit geen effect. De werkzame stof wordt in het stromende bloed opgelost en werkt op vele plaatsen caustisch behalve waar het de bedoeling is. Veel beter is het thermisch het bloedende vat te lijf te gaan. Een elektrocauter is hiervoor uiteraard ideaal, maar dit instrument heeft niet iedere huisarts tot zijn beschikking. Een rood gloeiende sonde doet het werk echter even goed, doch het vereist enige handigheid om niet de neusingang te verbranden.

Mocht het met dit alles niet gelukken de bloeding tot staan te brengen, dan dient de neus getamponneerd te worden. Dit betekent echter niet dat men een klein stukje tampon ergens in de neus legt. In dat geval kan men beter helemaal niets in de neus brengen. Goed tamponneren is niet ieders werk en als men niet in staat is de tampon zó in te brengen dat op de plaats van de bloeding een stevige druk wordt uitgeoefend, kan men het beter aan een specialist overlaten. Bij bloedingen hoog achter in de neus, vooral als er een septumdeviatie bestaat, zal het ook de specialist nog lang niet altijd gemakkelijk vallen. Bij bloedingen voor in de neus vooral is het gebruik van spongostan of een dergelijk preparaat soms gemakkelijker dan het gebruik van een gaastampon.

Als dit alles dus niet gelukt, maakt een stevige doelmatige tamponnade of een tamponnade volgens Bellocq, waarbij de choane en de neusingang met een stevige prop worden afgesloten en de neus getamponneerd wordt, meestal wel een eind aan de bloeding; meestal is dan echter opnemings in een ziekenhuis ook nodig, waar men bloedtransfusie en operatieve vaatonderbindingen gemakkelijk kan toepassen.

Indien de huisarts volgens het hier gegeven schema te werk gaat zal hij vele, ook ernstige bloedingen zelf kunnen stoppen. Wacht echter niet tot de patiënt te veel bloed verloren heeft. Het moge waar zijn dat een krachtige jonge man eigenlijk nooit aan zijn eerste neusbloeding te gronde gaat, voor oude mensen en bij herhaalde bloedingen is dit gevaar zeker niet denkbeeldig en bij hemangiomen of vaatafwijkingen als aneurysmata kan een bloeding enorm zijn.

Is men er in geslaagd de bloeding tot staan te brengen dan vergeet men niet, doch dit is geen spoedgeval meer, nauwkeurig naar de oorzaak te zoeken en deze te behandelen.

Neustraumata, een toenemend euvel in deze bromfietsrijke tijd, vereisen ook zorg met enige spoed. Het is zaak om bij ieder neustrauma ook het inwendige van de neus te inspecteren om te zien of er wellicht een dislocatie van gebroken neusskeletdelen bestaat. De uitwendige neus is dan door zwelling en bloeding vaak zo misvormd en pijnlijk dat

van buiten af eigenlijk niet meer te constateren valt of er dislocatie of zelfs maar een fractuur bestaat. Rhinoscopia anterior daarentegen toont dit meestal veel gemakkelijker. Is het inwendige van de neus onverstoorde, beletten geen zwellingen de inspectie en de ademhaling en staat het neustussenschot op zijn plaats, dan is er vrijwel zeker geen neusfractuur met dislocatie. Zijn er echter afwijkingen van het bovenstaande dan is de zorg van een neusarts terstond vereist. Op dit ogenblik is het zeer gemakkelijk om met een groot neusspeculum de neus in de oorspronkelijke vorm terug te brengen en door tamponnade in de goede vorm te houden. Wacht men zelfs maar enkele dagen dan wordt repositie op zo eenvoudige wijze onmogelijk en zijn vaak zelfs grote plastische ingrepen onvoldoende om een goede neusvorm en -functie te herstellen.

Een niet ernstige afwijking, die toch wel enige spoed vereist in de behandeling, om te maken dat de therapie gemakkelijk blijft en niet door reactieve zwellingen van het slijmvlies en pijnlijke bloedingen een vervelende zaak wordt, is het *corpus alienum* in de neus. Kinderen, maar ook sommige grote mensen, hebben bij tijden een merkwaardige gewoonte om dingen in de neus te stoppen: erwten, bonen, knikkers, propjes papier, keisteentjes, komen veel voor. Vaak gelukt het het voorwerp uit te laten snuiten, maar veelal zit het hiervoor te vast en moet de medicus te hulp komen. Deze late zich niet verleiden om gladde voorwerpen met een pincet te lijf te gaan. Door zijn vorm zal de pincet bij het sluiten juist het voorwerp verder naar binnen duwen. Het gebruik van een haakje of omgebogen sonde of van een lepelje in de vorm van een miniaturgeboortetang is aangewezen. Een zekere handigheid en het vermogen angstige kinderen te kalmeren, is echter bij het gebruik wel zeer aan te bevelen, anders verwijst men deze kinderen beter naar een specialist, die ervaring, lachgas en goede hulp tot zijn beschikking heeft.

In het algemeen zijn neusverkoudheid en haar complicaties geen ziekten die men kan rekenen tot de groep der spoedeisende gevallen. Er is echter één uitzondering en dat is de *acute sinusitis frontalis*, daar deze, onvoldoende behandeld of niet op tijd herkend, aanleiding kan geven tot ernstige complicaties, meningitis, encefalitis, hersenabces, osteomyelitis van het schedeldak, allemaal afwijkingen die zelfs in ons tijdperk van antibiotica geenszins een volkomen gunstige prognose hebben en die door de roofofbouw, die wij sinds jaren op deze hulpmiddelen plegen, binnenkort vrees ik nog wel weer veel ernstiger prognose zullen krijgen naarmate het aantal infecties met „geïmmuniseerde” microorganismen toeneemt. Een patiënt met een acute sinusitis met retentievervalsingen behoort mijns inziens in een ziekenhuis thuis, opdat tijdig alle maatregelen genomen kunnen worden om de retentie op te heffen; maatregelen die variëren van een ijsblaas op het voorhoofd, vasoconstrictoren in de neus, tot trepanatie van de sinus toe. Aan de huisarts om de afwijking op tijd te herkennen. In uitgesproken ge-

vallen is dat gemakkelijk genoeg. Zwelling en roodheid ter plaatse van de voorhoofdsholte; heftige pijn boven het oog en in de slaapstreek, samen met echte diep gezetelde hoofdpijn; drukpijn op de nervus supraorbitalis; kloppijn op het voorhoofd en neusverstopping. Daarbij slechter oplichten van de aangedane helft bij doorlichting en het beeld is compleet. Helaas voor de diagnost is het beeld zelden zó volledig. Wel is in het algemeen de hoofdpijn bij sinusitis frontalis meer algemeen dan bij sinusitis maxillaris, terwijl ook vaak pijn gevoeld wordt achter het oog. Het algemene ziektegevoel is ook meestal sterker. Vaak ook doen zich ware crises voor, die vrijwel ondraaglijk kunnen zijn. De druk in de voorhoofdsholte neemt toe totdat door die druk de inhoud de toegang tot de neus via de ductus frontalis forceert, waardoor de pijn plotseling vermindert. Op dat moment kan dan vaak pus onder de middelste neusschelp worden gevonden. Zeer vaak ontstaan deze crises op ongeveer hetzelfde ogenblik, namelijk aan het eind van de morgen. Doorlichting kan, zoals gezegd, soms terstond de oplossing van het diagnostisch probleem brengen, doch soms zijn beide sinus ziek, of is de ene sinus frontalis veel groter dan de andere, waardoor de vergelijking van het lichtdoorlatend vermogen van beide holten ons niet verder brengt. Zelfs een röntgenfoto kan ons een enkele maal voor grote diagnostische problemen stellen. De hoofdzaak is echter dat men verdacht is op de mogelijkheid van het bestaan van een acute sinusitis frontalis. Is de arts dat, dan zal hij, geleid door het samen voorkomen van vele kleine op zich zelf niet typische symptomen de diagnose sinusitis frontalis in het algemeen juist kunnen stellen en ook kunnen vaststellen wanneer er retentie ontstaat die spoedig handelen nodig maakt. Om retentie te voorkomen zijn bedrust, neusdruppels met vasoconstrictie verwekkende stoffen en eventueel een ijsblaas van nut. Met opzet noem ik hierbij niet de antibiotica. Het gebruik hiervan is zinloos zolang men de verwekker niet kent, die veelvuldig niet voor penicilline gevoelig is en vaak niet dezelfde als in de neus wordt aangetroffen. Het gebruik van zogenaamde „breed spectrum antibiotica” schijnt mij volkomen verwerpelijk toe. Als de toestand zo ernstig is, dient allereerst een trepanatie te geschieden en dan kan men kweken en adequate antibiotica geven.

Keelziekten

Het merendeel der keelziekten die een behandeling met spoed vereisen, zijn diegene die aanleiding gegeven hebben of kunnen geven tot afsluiting van de luchtweg. Het is wellicht goed nog even op enkele ziekten te wijzen in dit gebied, die er om berucht zijn dat zij op een onverwacht moment aanleiding kunnen geven tot een dergelijke afsluiting. Al is de difterie op het ogenblik niet frequent en in het algemeen niet van een ernstig karakter, de wisselingen die deze ziekte telkens vertoont, moeten ons er van doordringen dat wij steeds op ons qui vive moeten blijven. Het typische grijze beslag dat de randen

van de tonsil overschrijdt en de kenmerkende mui-zengeur heeft, zal voor iemand die het ooit gezien heeft geen moeilijkheden bieden, maar niet zo zelden is het beeld veel minder kenmerkend of bevinden de beslagen zich juist buiten ons directe gezichtsveld zodat we een keelspiegel moeten gebruiken.

Aan de *acute laryngotracheobronchitis* heb ik zó kort geleden een klinische les in het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde gewijd, dat het mij toegestaan zij hiernaar te verwijzen.

Iemand die als gevolg van een strumectomie een *verlamming van de beide nervi recurrentes* heeft, waardoor zijn stemspleet zeer nauw is, kan bij iedere geringe verkoudheid plotseling tot stikkens toe benauwd worden en evenzo kan een patiënt, die kokende vloeistoffen heeft binnen gekregen, tengevolge van een oedemateuse reactie van de ingang van de glottis ademnood krijgen. Laat ons echter niet verder toeven bij deze reeds elders besproken zaken en evenmin bij de afsluiting van de luchtweg door vreemde voorwerpen.

Er resten in het gebied van keel en strottenhoofd eigenlijk slechts enkele ziektebeelden waarbij een spoedbeslissing van belang is. Zo zij men bij zeer heftige reacties in de streek van de amandelen er steeds op bedacht dat hier wellicht een bloedziekte als oorzaak van de afwijking achter steekt. Vooral in gevallen van agranulocytose kan bij spoedige herkenning de daardoor mogelijke toepassing van een adequate therapie vaak het leven van de patiënt redden.

Bij *keelabcessen* neme men, uit menselijkheid, ook een spoedbeslissing. Afwachten tot het abces rijp is, is een wreed tijdverdrijf als het tenminste geen uiting van onvermogen is om het abces vast te stellen. Indien er een duidelijk oedeem van de voorste tonsilboog en trismus bestaat, terwijl de aangedane verhemelteboog bij foneren stil staat, is er een abces en is openen geboden, ondanks alle reeds gevonden of nog ongebooren antibiotica en ondanks alle legenden over rijpen. De bijna steeds schier ondraaglijke pijn en malaise verdwijnen als bij toverslag op het moment dat aan de pus de mogelijkheid tot afvloeien wordt gegeven. Dit openen is een handeling die de huisarts zeker zelf kan verrichten. Als hij hiertoe een lange slanke Kocher of een neustampon-tang tussen de tonsil en de gezwollen verhemelteboog juist halverwege tussen de derde molaar en de basis van de huid naar boven achter buiten in brengt tot op een diepte van 1 à 2 cm en dan het instrument opent, komen de pus en de verlichting terstond; de trismus verdwijnt evenals de zo kenmerkende lichte dwangstand van het hoofd, waaraan de ervaren deze patiënten reeds van verre herkent, terwijl de typerende dikke spraak al gauw normaal wordt. Deze methode van openen is beslist minder gevaarlijk dan het gebruik van een mes, dat ik liever niet aan huisartsen zou aanbevelen voor het openen van peritonsillaire abcessen.

Wel zij men danig op zijn hoede voor schijnbare

keelabcessen zonder trismus. De zwelling en het gehele beeld lijken op een peritonsillair abces doch de mond kan normaal geopend worden. De kans is zeer groot dat er dan geen pus zit doch dat men te maken heeft met een toxische difterie. De pijn is bij deze patiënten meestal minder doch de algemene ziekteindruk vaak veel ernstiger. Men zij vooral daarom op zijn hoede, omdat lokale agressie veelal de toch reeds dubieuze prognose geheel infaust maakt. Het inroepen van zeer deskundige hulp is in geval van twijfel dan ook aangewezen.

Een enkele maal wordt de huisdokter ook wel eens met de moeilijkheid geconfronteerd dat zijn patiënt *plotseling hees* geworden is, terwijl hij diezelfde dag moet zingen, voordragen of een spreekbeurt vervullen. Indien, zoals vaak gebeurt, de heesheid het gevolg is van nervositeit is een geruststellend woord of een suggestief middelje natuurlijk op zijn plaats, maar indien er een objectieve reden voor de dysfonie, bijvoorbeeld een acute laryngitis, bestaat en zeker als dit het geval is bij iemand voor wie het gebruik van zijn stem essentieel is (zangers, predikers, toneelspelers etc.) dan is een optreedverbod in het algemeen op zijn plaats. Men neme dan ook in deze gevallen geen beslissing zonder inspectie van de stembanden. Indien men er niet in slaagt om deze goed te zien te krijgen of het beeld goed te interpreteren dan onthoude men zich van advies en verwijze de patiënt naar een specialist. Er kan voor zijn toekomst zeer veel van afhangen.

Oorzakten

Evenals de neus wordt ook de uitwendige gehoorgang vaak als bergplaats voor *vreemde voorwerpen* gebruikt: steentjes, kralen, knikkers enzovoort. Hier geldt nog sterker dan voor de neus: geen pincet gebruiken. Meestal kan men met water gemakkelijk het corpus alienum verwijderen op dezelfde wijze als men dit met een cerumenprop doet. Bestaat er een droge perforatie van het trommelvlies of gelukt het niet met lavage het voorwerp te verwijderen, dan is ook hier het gebruik van een klein haakje of tangetje aan te bevelen. Bij het oor is het „naar binnen schieten” van een dergelijk voorwerp veel gevaarlijker dan in de neus. Beschadiging van het trommelvlies, ja zelfs doordringen tot in het binnenoor met alle gevolgen van dien, kunnen zich voordoen en ook als het niet zo erg is, dan nog zal veelal een in het benig deel van de uitwendige gehoorgang geperst corpus alienum slechts per operatie verwijderd kunnen worden.

Een bijzonder soort vreemde voorwerpen in het oor zijn de torretjes, vliegen of muggen, die in de gehoorgang doordringen en die voor het slachtoffer een ontzettende marteling betekenen. Het bewegen van het diertje roept gehoors- en gevoelsreacties op, die meer aan een olifant doen denken dan aan het minuscule wezentje, dat zich in werkelijkheid in het oor bevindt. Het is zaak deze marteling zo snel mogelijk te beëindigen, hetgeen met een druppel ether, brandspiritus, eau de cologne of zoete olie heel makkelijk gebeuren kan. Beweegt het dier eenmaal niet

meer, dan kan men het verder als een willekeurig vreemd voorwerp uitspuiten. U kunt er van overtuigd zijn dat u zich een voor het leven dankbare patiënt heeft verworven, want zo ooit dan zult u op dit moment in de geest van de patiënt overeenkomen met het beeld van de ideale medicijnman, die met één gebaar onmiddellijke en blijvende genezing schenkt van een ontzettende kwaal.

Acute otitis media purulenta vereist ook heden ten dage nog steeds een spoedige behandeling. Indien zich pus achter het trommelvlies bevindt, moet aan deze pus afvloed gegeven worden door middel van een paracentese. Ook de paracentese is een ingreep die volgens mij de huisarts in het algemeen zeer wel kan verrichten. Het is hiervoor uiteraard noodzakelijk dat hij zich het oorspiegelen goed eigen heeft gemaakt en dus het trommelvlies heeft leren zien. Met de paracentesenaald snijdt men van beneden naar boven met een ruime boogvormige snede het trommelvlies in de achterste helft open zodat aan de etter ruime mogelijkheid tot afstromen wordt gegeven. De snede moet van onder naar boven worden gelegd aangezien het trommelvlies aan de onderzijde meer binnenwaarts staat dan aan de bovenzijde. Indien men boven zou insteken en de naald naar beneden zou bewegen, is de kans groot dat de opening te klein wordt daar de naald dan reeds spoedig niet meer het trommelvlies raakt doch er buiten komt. Snijdt men omhoog dan zal de snedevervoering juist dieper ten opzichte van het trommelvlies komen en dan zeker tot een grote opening leiden. Gevaar heeft de paracentese eigenlijk niet. Hoogstens kan men, indien men het beeld niet goed interpreteert, in de huid van de uitwendige gehoorgang snijden in plaats van in het trommelvlies. Er komt dan geen etter, alleen bloed en verlichting van pijn zal uitblijven, terwijl de temperatuur hoog blijft en geen loopoor ontstaat. De paracentese is zeer pijnlijk en verdoving is dan ook in het algemeen wel aangewezen. Lachgas of een dergelijke lichte roes is hiervoor zeer geschikt, doch plaatselijke gevoelloosmaking met een druppel vloeistof van Bonain* werkt meestal ook voortreffelijk, terwijl bij rustige patiënten, die men te voren waarschuwt voor „het ene moment van heftige pijn dat nodig is om de oorpijn te doen verdwijnen”, ook het doen van paracentese zonder verdoving niet steeds verwerpelijk is.

Op welk ogenblik de paracentese aangewezen is, is altijd een moeilijke vraag. Als de pijn ernstig is, het trommelvlies sterk rood is of bombeert, is de beslissing niet moeilijk, doch als de lokale verschijnselen minder duidelijk zijn, is de toestand van het gehoor een waardevol hulpmiddel voor de indicatie tot trommelvliessnede. Als de fluisterspraak op minder dan één meter wordt verstaan is in het algemeen het moment om paracentese te doen aangebroken. Men zij er op bedacht dat bij ouden van dagen en bij baby's de verschijnselen van een otitis zeer mis-

* Hydrochloras cocaini, Phenol, Menthol aa part. aeq.

leidend kunnen zijn. Bij zuigelingen is vaak het enige verschijnsel een voedingsstoornis, terwijl het trommelvlies alleen wat dof kan zijn. Bij ouden van dagen is soms het enig verschijnsel plotseling ontstane hardhorendheid, terwijl pijn en duidelijke roodheid van het trommelvlies kunnen ontbreken. Als de verschijnselen van otitis media purulenta bestaan is het wreed en gevaarlijk aan de pus geen afvloed te verschaffen en te wachten op spontane doorbraak of op de werking van antibiotica. Het gebruik van antibiotica in dergelijke gevallen, zonder dat er een afvloedmogelijkheid aan de etter is verschaft, is naar mijn opvatting een kunstfout, want zelfs indien het zou gelukken op deze wijze het acute ontstekingsproces tot staan te brengen dan nog blijft de etter achter. En deze steriele etter wordt weliswaar vaak geresorbeerd, maar ook zeker in een aantal gevallen georganiseerd, hetgeen tot geleidingsdooftheid voert. Gevallen van deze aard vindt men te over in de literatuur en op onze doven- en hardhorendenscholen.

Spoedbehandeling eisen ook de *complicaties van acute* zowel als van *chronische otitiden*. Men zij hier extra op zijn hoede, omdat de artsen de laatste jaren wat in slaap gesust zijn door het besef te kunnen beschikken over antibiotica die velerlei vroeger vrijwel zeker dodelijke complicaties kunnen genezen.

De gunstige werking van antibiotica op dit gebied is onmiskenbaar, maar helaas neemt het aantal complicaties waarbij de antibiotische geneesmiddelen ons in de steek laten, voortdurend toe, naarmate er, zoals ik hierboven reeds betoogde, meer „geïmmuniseerde” microorganismen weerstand zullen bieden tegen elke poging hen te vernietigen.

Voor een aantal gevallen, vooral van complicaties van acute otitiden, waarbij men geen ostitishaarden in het rotsbeen kan verwachten, is het antibiotisch arsenaal nog steeds onze beste bondgenoot, doch men geve het adequate antibioticum in voldoende dosis en lang genoeg. Op die wijze zijn een otogene meningitis, een labyrinthitis en sepsis van een sinustrombose uit en een facialisparalyse als complicatie van een acute otitis het best te bestrijden. Men verzekere er zich echter van dat er inderdaad een acute otitis media en geen opflikkering van een chronisch proces bestaat. Vooral koepelholte-etteringen met hun kleine perforaties in de membraan van Shrapnell en hun grote neiging complicaties te vormen, moeten zorgvuldig worden uitgesloten. Bij de geringste twijfel is röntgenonderzoek van het rotsbeen aangewezen. Als er chronische oorprocessen bestaan met ostitis of cholesteatoom moet de eerste stap zijn: het opruimen van de lokale haarden die de oorzaak zijn van de complicaties. Antibiotica kunnen anders zeer maskerend werken en schijngezelingen teweeg brengen, die plotseling doorbroken worden door ernstige opflikkeringen. Indien bij een patiënt al jaren een schijnbaar rustig loopoor bestaat, loopt men de kans bij het plotseling ontstaan van complicaties niet meer te denken aan de mogelijkheid dat zich een otogene verwik-

keling voordoet. Het is echter van groot belang ogenblikkelijk adequate behandeling toe te passen en geen tijd te verliezen met verkeerde therapie. Vooral als de chronische otitis door cholesteatoom van de koepelholte wordt veroorzaakt, is de kans groot dat een dergelijk proces aan de aandacht van de patiënt en van de medicus ontsnapt. Reeds vele malen heb ik otogene facialisverlammingen als een reumatische facialisverlamming zien behandelen, met desastreus gevolg voor de facialisfunctie; heb ik otogene sepsis of pyemie als de meest uiteenlopende kwalen zien beschouwen, tot zelfs als typhus abdominalis, alleen maar omdat het gevaarlijk karakter van iedere chronische otitis media niet voldoende tot de medicus was doorgedrongen en dus de juiste therapie te laat, althans later dan nodig was, werd ingesteld. Als ziekte van Ménière worden nog steeds zich langzaam ontwikkelende labyrinthitides geduid en niet zelden ook als werkschuwheid. Men zij bovendien bijzonder op zijn hoede voor het verschijnsel hoofdpijn bij patiënten met otitis media chronica. Het is vaak lang het enige verschijnsel dat duidt op intracranieële verwikkelingen, voordat andere symptomen wijzen op verhoogde hersendruk of plaatselijke aandoeningen in cerebro.

En in al deze gevallen is het spoedig herkennen van het ware karakter der afwijking van het grootste belang opdat de kansen op herstel zo groot mogelijk zijn. Het zijn spoedeisende gevallen, in alle opzichten, zo goed als de mastoiditis of het Bezold's abces waarvan het herkennen echter in het algemeen minder problemen blijkt op te leveren. Opneming in het ziekenhuis en operatie is in deze gevallen aangewezen.

Ik wil deze serie spoedeisende gevallen in de keel-neus-oorheelkunde beëindigen met een enkel woord over een dramatisch ziektebeeld, dat bekendheid heeft gekregen onder de naam *Ménière aanval*. Het symptomencomplex mag ik in grote lijnen bekend veronderstellen. De patiënt wordt plotseling overvallen door een aanval van hevige duizeligheid, de wereld draait om hem heen, hij is misselijk en braakt vaak hevig, kan niet op de benen blijven staan. Daarnaast heeft hij vaak last van heftig suizen in het hoofd en doofheid meestal op één oor. Hij vertoont een sterke oognystagmus van het horizontaal rotatoire type. Ik wil niet ingaan op de verdere diagnostiek die voor een causale behandeling uiteraard van essentieel belang is en er mee volstaan er op te wijzen dat een dergelijke Ménière aanval door een grote reeks oorzaken kan zijn verwekt, — ziekten van het midden- of binnenoor, van de achtste hersenzenuw en van het centrale zenuwstelsel, bloedziekten, hartziekten, ingewandswormen enzovoort. Laat mij er mee volstaan een enkel woord te wijden aan de eerste maatregelen die genomen kunnen worden. De patiënt zelf zal deze trouwens meestal al voor een deel hebben genomen. In het donker zal hij op zijn bed de houding opzoeken

waarin hij de minste last heeft en in die houding doodstil blijven liggen. De taak van de arts kan zich veelal beperken tot het spreken van geruststellende woorden, waarin duidelijk wordt gemaakt dat deze aanval eigenlijk steeds spoedig vanzelf overgaat.

Brometa of andere calmantia kunnen veel goed doen, doch een enkele keer blijven de duizeligheid en de misselijkheid lang bestaan. Men kan dan soms de aanval couperen door het goede oor uit te spuiten met water van een temperatuur die een nystag-

mus opwekt tegengesteld aan de bestaande spontane. Bij de op de rug liggende patiënt is dat meestal koud water dat een nystagmus verwekt naar het niet ingespoten zieke oor toe, aangezien de nystagmus spontaneus meestal in de richting van het gezonde oor slaat.

Na het einde van de aanval en de daarop volgende diepe en verkwikkende slaap verzuime men niet de oorzaak van de aanval op te sporen of op te laten sporen.

Psychiatrisch=psychologische aspecten van rugpijn

DOOR A. C. REGENSBURG, ZENUWARTS TE ROTTERDAM

Het dubbel-specialisme psychiatrie en neurologie geeft mij de mogelijkheid het onderwerp „rugpijn” zowel vanuit psychiatrisch als neurologisch standpunt te benaderen. Hierbij komt het mij gewent voor, vooral op de psychiatrische zijde van het probleem de aandacht te vestigen.

Wanneer een patiënt een arts consulteert, zal de arts zich hebben af te vragen of de door de patiënt naar voren gebrachte klachten en de door het onderzoek vastgestelde afwijkingen, ten volle kunnen worden verklaard door de gegevens, die de anatomie, fysiologie en pathologie de onderzoeker bieden. Al mogen in vele gevallen de door de anamnese en het lichamenlijk onderzoek verkregen gegevens ruim voldoende zijn om een volledig inzicht te verkrijgen in de ziekte van patiënt, niet in alle ziektegevallen kan men langs deze weg een bevredigende verklaring voor de verschijnselen geven.

Niet altijd is een lichamenlijk gevoeld lijden een uiting van een lichamenlijke ziekte, men zal zich derhalve moeten verdiepen in de vraag in hoeverre psychiatrisch-psychologische problemen een rol spelen in de door patiënt naar voren gebrachte bezwaren. Om de verhouding te bepalen van de mate waarin een organisch lijden door onbewust geestemateriaal wordt beïnvloed, zal men zich naast een uitvoerig objectief organisch onderzoek, moeten verdiepen in de psychologie van de patiënt. Men zal zich moeten afvragen:

- 1 Welke betekenis heeft het lichaamsdeel in de totale lichamenlijkheid van de patiënt?
- 2 Welke instelling heeft de patiënt tegenover zijn lijden?
- 3 Wat verlangt de patiënt van de arts:
 - a Wil hij inderdaad van zijn lijden worden bevrijd?
 - b Wil hij dit lijden liever behouden op grond van onbewuste neigingen, wensen en strevingen?

- 4 Welke onbewuste voorstellingen zijn er aan zijn lijden verbonden?

Het te bespreken onderwerp richt zich op een zeer bijzonder lichaamsdeel, de rug*. „Bijzonder” in dit opzicht, dat geen individu in staat is de eigen rug door directe waarneming te aanschouwen, terwijl het huidoppervlak van de rug ruim 1/10 deel van het totale lichaamsoppervlak uitmaakt. Men kan zijn rug alleen via het indirecte beeld, door middel van de spiegel waarnemen. Voor een juiste observatie heeft men zelfs twee spiegels nodig. Het betasten van de eigen rug met de handen geschiedt zeer gebrekkig en daardoor reeds kan men geen zuivere indruk van de structuur van de rug verkrijgen.

Ondanks de gebrekkige waarneming van de eigen rug, neemt dit lichaamsdeel een belangrijke plaats in het lichaamsschema in. Instinctief voelt ieder individu dat de rug een onbeschermd lichaamsdeel is en niet te verdedigen is, tenzij men door middel van vreemde objecten rugdekking zoekt. De wervelkolom neemt in de totale lichamenlijkheid van de mens in zoverre een bijzondere plaats in, doordat de mensheid door de ervaringen van eeuwen heeft geleerd hoe catastrofaal beschadigingen aan de wervelkolom kunnen zijn.

Ook in overdrachtelijke zin heeft de rug een bijzondere betekenis. Atlas draagt de wereldbol op de rug, hetgeen voortspruit uit de ervaring van de mens, dat de rug het sterkste deel is om iets te dragen. Zegt King Lear niet „I have years on my back forty eight”. Hoe vaak vertellen patiënten de arts niet, dat zij de zorgen en lasten van het leven niet meer kunnen torsen en hoe verlicht zij zich gevoelen als die last van hun schouders is genomen. Men kent ook het ziektebeeld van de neuroticus of psychoticus die zich achtervolgd waant en steeds achterom kijkt of hij achtervolgd wordt en of het

* O. Veraguth: Der Rücken des Menschen.