nesteld. Meestal zal dat ook wel zo zijn, maar wanneer de patiënte een onregelmatige menstruatiecyclus heeft is het vaak moeilijk te bepalen of zij werkelijk over tijd is. Helaas is het praktisch niet te bewijzen dat men in een dergelijk geval een abortus zou kunnen veroorzaken, daar deze zich als een echte „withdrawal-bleeding" zou voordoen.
Een tweede bezwaar is het feit dat toediening van progestatieve stoffen kan leiden tot virilisatie van de vrucht. Er zijn verschillende gevallen beschreven van pseudo-hermaphroditisme na toediening hiervan tijdens de zwangerschap. Het ging dan wel om grote doses, gedurende lange tijd toegediend, maar het is nog niet bekend welke de minimum dosis is, die dergelijke afwijkingen kan veroorzaken. Nog minder is bekend over de mogelijkheid van functionele schade aan de genitalia, ook wanneer geen pseudo-hermaphroditisme zichtbaar is.
Het is voor ons als huisartsen helaas onmogelijk deze twee bezwaren met steekhoudende tegenargumenten weg te nemen. Men komt er niet door te zeggen: „Het zal wel meevallen".
De conclusie is dus dat theoretisch de mogelijkheid aanwezig is dat met de orale test schade aan de vrucht wordt toegebracht. De betrouwbaarheid van de test is niet groter dan die van de gecombineerde test volgens Konsuloff en Galli Mainini. Het klinische voordeel van de orale test is zeer gering. De lagere prijs is eigenlijk het enige tastbare voordeel. Maar dit kan toch geen motief zijn voor de patiënte zelfs het allerkleinste risico te nemen.
Voorlopig is het woord aan gynaecologen en endocrinologen de bestaande vragen op te lossen. Zolang dezen het hierover nog niet eens zijn, zullen wij ons als huisartsen op de achtergrond moeten houden. Dit is dan de reden, waarom de Studiegroep voor Obstetrie en Gynaecologie besloten heeft het onderzoek niet door te laten gaan. P. A. Roorda

Literatuur:
Caffier, P., (1947), Zbl. Gynäk. *69,* 10.
Schwarz, H. A., (1950), Med. Monatschr. *4,* 705.
Mishad, M. E., e.a. (1952), Lancet *6641,* 768.
Hady Gediz, M. A .,(1951), Zbl. Gynäk. *73,* 436.
Matthew, D en Hobson, (1953), J. Obstr. Gyn. Brit. Emp. *69,* 363.
Schumacher, L., (1954), Zbl. Gynäk. *76, 1022.*
Dienz, H. en E. Risse, (1956), Medizinische *9,* 328.
Dietze, B., (1952), Münch. Med. Wschr. *94,* 959.
Matthew, G. D., Brit. Med. J., *4999,* 978.
Pots, P., (1952), Zbl. Gynäk. *74,* 544.
Hayden, G. E., (1958), Am. J. Obst. *76,* 271.
Mighorst, J. C. A., (1951), Ned. T. Geneesk. *95,* 3755.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (6)

Dreigende afsluiting van de luchtwegen

DOOR DR. P. BELGRAVER, KEEL-, NEUS- EN OORARTS TE GOUDA

Bij de behandeling van het onderwerp: dreigende afsluiting van de luchtwegen, zou ik mij willen beperken tot aandoeningen van de luchtwegen ongeveer tussen de oropharynx en de vertakkingen van de bronchiaalboom naar de diverse longkwabben.
Deze beperking lijkt mij noodzakelijk, daar dit onderwerp een plaats kreeg in de rij „spoedeisende gevallen". De bovenste delen van de luchtwegen, waartoe zowel de neus als de nasopharynx en de mond zijn te rekenen, kennen wel spoedeisende aandoeningen, maar deze zijn niet typisch spoedeisend in de zin van een dreigende afsluiting, waardoor het leven wordt bedreigd. Immers een afsluiting van de neus, hetzij acuut, hetzij chronisch, behoeft in het geheel geen dreiging voor het leven in te houden, daar de mondweg open blijft. Pas daar, waar geen dubbele weg bestaat, gaat met dreigende afsluiting een dreigend levensgevaar gepaard.
De onderste delen van de luchtweg — de fijnere vertakkingen van de bronchi — zou ik evenmin in dit bestek willen betrekken, daar hier doorgaans geheel andere aandoeningen een rol spelen in het kader van levensgevaarlijke toestanden, aandoeningen, die veel meer op het gebied van de kinderarts of internist liggen.
Ik stel mij dus voor hier te behandelen luchtwegvernauwingen, die een zodanige graad hebben bereikt, dat gevaar voor het leven bestaat of geacht mag worden bij de minste of geringste toename van de vernauwing te zullen ontstaan.
Deze vernauwingen, deze partiële afsluitingen kunnen snel of langzaam ontstaan. Wij behandelen eerst de acute aandoeningen.
Peracuut kunnen partiële afsluitingen ontstaan bij het aspireren van corpora aliena. Vanzelfsprekend hangt het van de grootte van het corpus alienum af in hoeverre de afsluiting direct al een bedreiging voor het leven zal vormen. Ik wil hier niet al te diep ingaan op die gevallen, waarin het corpus alienum zo groot is, dat er onmiddellijk een totale afsluiting ontstaat. Dit kan bijvoorbeeld zijn een brok vlees, althans een min of meer homogene massa, die in of boven de ingang van de larynx direct een totale afsluiting geeft. Slechts onmiddellijke hulp kan hier levensreddend zijn, maar het spreekt wel vanzelf, dat hulp in deze gevallen nogal eens te laat komt, zoals onlangs nog weer in de dagbladen te lezen was: „kind stikt in korst brood".
Apparatuur en instrumenten om een dergelijk corpus alienum snel te verwijderen zullen vrijwel nooit

bij de hand zijn. Wat men zou kunnen doen in deze gevallen, is het kind (meestal zijn het kleine kinderen) bij de benen vast te houden en zo met afhangend hoofd de thorax te comprimeren om te trachten met wat er aan lucht in de longen aanwezig is, de prop uit te drijven. Wanneer men zeker weet, dat het corpus alienum in of boven de larynxingang zit, komt natuurlijk eveneens tracheotomie in aanmerking, maar dit is ook weer niet een behandeling, die als routinebehandeling door de huisarts in huiskamer of slaapkamer zal kunnen geschieden! Tijd om zo'n patiëntje naar een ziekenhuis te vervoeren, waar alles klaar zou moeten staan voor onmiddellijke hulp, zal er ook slechts zelden zijn.
Bij iets minder grote corpora aliena kan bij de aspiratie de glottis worden gepasseerd, afhankelijk van de grootte van het corpus alienum.
De verschijnselen bij aspiratie van een corpus alienum zijn altijd alarmerend. Er treden enorme hoestbuien op, die in de volksmond worden betiteld met „stikkingsaanvallen". Is het corpus alienum klein, kan het verder afzakken naar de bronchustakken voorbij de bifurcatie en komt het daar dan klem te zitten, dan bedaren de hoestaanvallen, omdat bij een niet meer bewegend voorwerp de hoestprikkel direct veel minder wordt. Vaak mankeert het kind dan ogenschijnlijk niets meer en helaas wordt dan lang niet altijd de huisarts geconsulteerd. Wordt de huisarts wél geroepen, dan zal het bij een dergelijke anamnese zaak zijn het kind degelijk te onderzoeken, daar niet zonder meer aangenomen mag worden, dat een eventueel geaspireerd corpus alienum werd uitgehoest. Dit komt namelijk slechts in een klein percentage van de gevallen voor; door de enorme prikkelhoest bestaat er een glottiskramp (vandaar de vaak gierende inspiraties) en ook bij de hoeststoten opent de glottis zich niet voldoende om het corpus alienum te laten passeren.
Wat kan de huisarts in zo'n geval vinden? Wanneer het corpus alienum zo groot is, dat het nog in de trachea zit, zal er zeker een meer of minder sterke benauwdheid zijn. Verzwakt ademen boven beide longen zal meestal moeilijk te horen zijn door het grove lawaai van de passerende lucht langs het corpus alienum. Dit is natuurlijk het best te horen boven de trachea zelf, maar het plant zich voort naar beneden en is vooral op de rug te beluisteren boven de hoofdvertakkingen van de bronchiaalboom.
Wanneer het corpus alienum in een van de hoofdbronchi is blijven steken (vanwege de anatomische bouw vaker rechts dan links) en sluit het deze tak af, dan is er natuurlijk aan die kant een opgeheven ademgeluid. Is de afsluiting niet helemaal totaal, dan ontstaat er een zogenaamde ventielstenose, dat wil zeggen bij uitademing, waarbij het lumen van de bronchus kleiner is, is de afsluiting volkomen, maar bij inademing, meestal op het einde van de inspiratie, komt er nog wat lucht langs. Gevolg is, dat de luchtvulling aan de aangedane zijde groter is dan aan de andere kant, wat bij percussie kan worden aangetoond. Maar niet alleen dit — dat passeren van de lucht langs het corpus alienum op het einde van de inspiratie gaat heel vaak gepaard met een duidelijk waarneembaar piepend of fluitend geluid; van Amerikaanse zijde is dit betiteld met de naam „asthmatic wheeze". Wanneer men met de stethoscoop op de rug luisterend de hoofdvertakkingen van de bronchus volgt en men laat het patiëntje telkens rustig en diep inademen, dan kan men deze asthmatic wheeze vaak zeer duidelijk horen. Is dit het geval, dan weet men vrijwel zeker aan welke zijde het corpus alienum zich bevindt.
Behandeling in een ziekenhuis is noodzakelijk en wel liefst zo spoedig mogelijk. Dat hierbij de grootst mogelijke spoed betracht moet worden, is duidelijk in die gevallen, dat er een blijvende benauwdheid bestaat. Ook in andere gevallen is spoed vereist.
Het staat namelijk vast, dat, hoe langer een corpus alienum in een bronchustak zit, des te groter de kans is, dat er blijvende afwijkingen door ontstaan (nogal eens in de vorm van bronchiëctasieën; er zijn gevallen bekend van bronchiëctasieën ontstaan na aspiratie van een corpus alienum, bijvoorbeeld een apenoot, dat binnen een dag per bronchoscoop verwijderd werd).
Hoezeer corpora aliena in de luchtwegen tot de zeer spoedeisende gevallen kunnen behoren, leert het volgende geval, dat, hoewel jaren geleden voorgevallen, toch nog zeer vers in het geheugen ligt.

Een meisje van een jaar of 4 à 5 aspireerde een hele bruine boon. Behalve de zeer sterke hoestprikkel bestond er en bleef er bestaan een sterke dyspnoe. De huisarts, die in allerijl werd geroepen, waardeerde de ernst van de toestand onmiddellijk op juiste waarde en liet mij opbellen, dat hij met dit patiëntje op weg ging uit een van de buitengemeenten naar een van de ziekenhuizen hier en of ik maar zo goed wilde zijn klaar te staan met mijn bronchoscopie-instrumenten, want er was periculum in mora. Een dergelijke boodschap was niet mis te verstaan en daar de huisarts met het patiëntje ongeveer 12 km te rijden had en hij wel zeer snel zou rijden, werd de grootst mogelijke spoed betracht: ik stond klaar met de bronchoscoop in de hand toen hij met het kind op de arm de operatiekamer binnenholde. De eerste indruk was, dat het al te laat was. Het kind was sterk cyanotisch, ademde niet meer en hing als een slap bundeltje in zijn armen. Op zijn gezag nam ik graag aan, dat deze toestand pas sinds enkele minuten bestond, zodat er nog een kans moest bestaan en hoewel ik de indruk had bronchoscopie bij een cadaver te doen, heb ik het gedaan en vond de boon, die de trachea voor een groot deel opvulde, terwijl de rest van het lumen nog verkleind werd door slijmmassa's. Van de nood werd een deugd gemaakt; de boon, die onmogelijk snel te verwijderen leek, werd in de ingang van de rechter hoofdbronchus geduwd en toen werd begonnen met kunstmatige ademhaling en toediening van zuurstof via de bronchoscoopbuis, die in situ werd gelaten. En het duurde niet eens zo heel lang voor het kind weer ging ademen. Toen het kind in redelijke conditie was, werd het werk afgemaakt en de boon in stukken verwijderd.

Ook traumata kunnen verantwoordelijk zijn voor acuut optredende luchtwegvernauwingen, waardoor het leven gevaar kan lopen. Het zijn speciaal de stompe traumata, die de larynx en in engere zin het larynxskelet treffen, die hierbij een rol spelen. Hoewel het kraakbeen soepel is en dus sterk meegeeft, kan, wanneer het stomp geweld hard genoeg aankomt, er toch een breuk in het kraakbeen optreden. Deze breuk zelf is het meestal niet, die het directe gevaar oplevert, maar wel de subperichondrale

bloedingen, die ermee gepaard kunnen gaan, speciaal wanneer deze optreden binnen het larynxskelet. Dit soort traumata zijn nogal eens beschreven door het breken van de voorvork van een fiets, waardoor het slachtoffer, voorover schietend met de larynx op het stuur van de fiets terecht komt.
Wanneer dan ook na een dergelijk trauma heesheid gaat optreden en vooral wanneer deze heesheid gepaard gaat met een stridoreuze ademhaling (en deze stridoreuze ademhaling zal vooral duidelijk zijn bij de inspiratie, daar de stenose hoog zit!), zal de huisarts wijs doen de patiënt naar de laryngoloog te verwijzen, die, nadat de larynx met de larynxspiegel bekeken is, zal kunnen beoordelen of klinische observatie gewenst of zelfs noodzakelijk geacht moet worden. Vanzelfsprekend speelt de snelheid waarmede de symptomen ontstaan en toenemen, bij de beoordeling daarvan een grote rol.
Wanneer er duidelijk submukeuze of subperichondrale bloedingen aanwezig zijn, zal bovendien ernstig moeten worden overwogen of er profylactisch antibiotica zullen moeten worden gegeven. En ook daarmede is alle gevaar niet te bezweren, want een subperichondrale bloeding, die zowel binnen als buiten het larynxskelet zit, kan de voeding van het kraakbeen dusdanig in gevaar brengen, dat er later een sequestratie op gaat treden. Deze kraakbeennecroses kunnen oorzaak worden van secundaire stenoses van de larynx.

Dan is er nog een aandoening waarvoor ik de aandacht zou willen vragen en dat is de zogenaamde dubbelzijdige „posticus verlamming", een aandoening die ontstaan kan door vele oorzaken, maar het meest gezien wordt na strumaoperatie.
In zekere zin speelt hier de operatie de rol van „trauma", maar een trauma alleen is waarschijnlijk niet voldoende om de „posticus verlamming" te verklaren. We vinden hier namelijk een abductie verlamming, terwijl de adductie voor zover nog mogelijk, intact is. Hierdoor kunnen de stembanden bij inspiratie niet verder naar buiten bewegen dan tot in paramediane stand, terwijl foneren mogelijk is met heldere stem, daar vanuit deze paramediane stand adductie, dus sluiten van de stembanden, mogelijk is. Men neemt aan, dat behalve enige laesie van de nervus recurrens voor het ontstaan tevens een rol speelt de mate van functie van de glandulae parathyreoideae. Functioneren deze onvoldoende, hetzij door een hypofunctie, hetzij doordat een teveel van deze glandulae bij de operatie werd weggenomen (soms noodzakelijk en dus bewust verricht, zoals bij operatie van een maligne tumor) en er dus een latente of manifeste tetanie bestaat, dan zou dit het ontstaan van de spastische paralyse veroorzaken of althans bevorderen. Deze toestand, waardoor dus de beweeglijkheid van de arytenoiden tot een minimum wordt beperkt, behoeft niet zo heel lang te bestaan om irreversibel te worden. De gewrichtjes van de arytenoiden verdragen blijkbaar slechts zeer kort deze immobilisatie en een niet meer op te heffen verstijving is het gevolg.
De patiënt die deze aandoening vertoont, ligt bij het ontstaan ervan te bed, de stem is helder, enige dyspnoe kan gemakkelijk op rekening geschreven worden van vermoeidheid door de operatie en zodoende wordt de diagnose niet steeds onmiddellijk gesteld. Deze wordt echter spoedig duidelijk bij het opstaan, daar elke inspanning een dyspnoe veroorzaakt met stridoreuze ademhaling (weer in hoofdzaak inspiratoir).
In een groot deel van de gevallen zal de patiënt daarom wel bij de huisarts terugkomen, nadat de diagnose reeds werd gesteld. De huisarts krijgt dan dus de zorg voor deze patiënt en dat is eensdeels gemakkelijk, want er is zo heel weinig aan te doen voor hem, anderzijds zeer moeilijk, want deze mensen zijn, hoewel lichamelijk gezond, toch eigenlijk invalide. Doorgaans betekent zelfs het beklimmen van een trap een zeer grote inspanning, die gepaard gaat met sterk stridoreuze ademhaling. Er treedt natuurlijk op den duur een zekere gewenning van het lichaam op aan de minder aangeboden zuurstofhoeveelheid, zodat een bepaald evenwicht ontstaat, ook al omdat de patiënt zijn leven instelt op het niveau, dat de toegemeten zuurstofhoeveelheid hem toestaat. Niet altijd wordt dit psychisch even goed verdragen en daarom zal de hulp van de huisarts voor een groot deel een psychische moeten zijn.
Daarnaast echter is het begrijpelijk, dat alle aandoeningen, die gepaard gaan met slijmvlieszwellingen in de larynx, voor deze patiënten een reëel gevaar betekenen, zodat een laryngitis veel eerder en veel intensiever behandeling vereist dan normaal en de specialist eerder dan anders zal moeten worden ingeschakeld.
Blijkt het, dat het leven met deze aandoening te veel een vita minima voor de patiënt zou zijn, dan dient operatie te worden overwogen. Operatie betekent echter opoffering van de heldere stem, maar belangrijk meer lucht. Deze moeilijke beslissing kan door de huisarts veel beter worden beoordeeld, dan door de specialist, zodat in zekere zin hij het is met de patiënt samen, die de indicatie voor de operatie stelt. Bij de operatie, die hiervoor wordt verricht, wordt een van de arytenoiden, nadat de spierverbindingen met het andere arytenoid zijn losgemaakt, in uiterste lateropositie gefixeerd aan het thyreoidkraakbeen.

* * *

Van de traumata stappen we over op de ontstekingen. Van oudsher staat hierbij de difterie in het centrum van de belangstelling en hoewel het door de massale inentingen hiertegen leek dat men met het voorkomen van ernstige vormen nauwelijks meer rekening behoefde te houden, hebben de gevallen van difterie, die de laatste maanden voorkwamen, ons geleerd dat nog steeds met de mogelijkheid hiervan ernstig rekening dient te worden gehouden.
Larynxdifterie is altijd een ernstige aandoening, niet alleen vanwege de mogelijke toxische complicaties, maar ook door de gevaren verbonden aan de toenemende vernauwing van de luchtweg. Tracheotomie is dan ook nogal eens nodig en met het oog daarop hoort een patiëntje, bij wie de noodzaak hiertoe lijkt

te gaan ontstaan, in een ziekenhuis, waar alles voor tracheotomie steeds klaar staat.
Wat de verschijnselen betreft lijkt de larynxdifterie veel op de laryngitis subglottica of pseudokroep, hoewel er enkele duidelijke verschillen zijn en bacteriologisch onderzoek een zekere diagnose mogelijk maakt.
Bij difterie gaat de stridor steeds gepaard met sterke heesheid, bij de laryngitis subglottica, waarbij er een sterke zwelling bestaat van de subglottische delen, is de stem helder of vrijwel helder. De stridor van de laryngitis subglottica heeft bovendien de eigenaardigheid vrijwel steeds speciaal in de late avonduren op te treden.
Ook de laryngitis subglottica is een aandoening, die een zeer aanmerkelijke vernauwing in de luchtweg kan veroorzaken. Zodra dan ook naast de (inspiratoire) stridor, gepaard gaande met typische blafhoest, een duidelijke dyspnoe gaat optreden, behoort een dergelijk kind in een ziekenhuis onder voortdurend deskundig toezicht. Het is immers niet eens zo zeldzaam, dat bij kinderen met deze aandoening toch tracheotomie moet worden verricht.

Het is mij eenmaal overkomen, dat ik bij een dergelijke patiënt, die ik op verzoek van de huisarts thuis bezocht, in allerijl tracheotomie moest doen.
De patiënte, een alleenwonende dame van omstreeks 55 jaar, had een sterke inspiratoire stridor en de huisarts verzocht me haar te bezoeken en te kijken of anti-difterie-serum noodzakelijk zou zijn, daar hij een larynx-difterie vermoedde. Toen ik aanbelde wist patiënte, die voor het raam in bed lag, me te beduiden binnen te komen, daar de deur open was. Toen ik binnenkwam was verder contact al niet meer mogelijk. Het oprichten in bed was bij deze benauwde en sterk cyanotische vrouw waarschijnlijk de druppel geweest, die de emmer deed overlopen en voor mijn ogen verloor ze het bewustzijn. Het was in de tijd, dat we de zegeningen van de abces-tonsillectomie nog niet hadden ervaren en daardoor had ik toevallig in mijn tas het mesje bij me waarmede ik vroeger peritonsillaire abcessen placht te incideren.
Tijd om te steriliseren was er niet. De trachea werd snel geopend en het mes werd dwars in de wond gezet. Kunstmatige ademhaling was niet nodig; patiënte ging vrij vlot weer ademen. Ze heeft, toen ze goed bij was, het mes zelf even vastgehouden in de wond, zodat ik bij de buren hulp kon halen.
Per ziekenauto werd patiënte naar het ziekenhuis vervoerd, waar de tracheotomie werd beëindigd.
In zulke gevallen is het raadzaam een verticale incisie te maken, omdat men dan gemakkelijker op de trachea komt, die men tussen de vingers van de andere hand min of meer vast kan houden, zodat deze niet wegglipt en het mes er langs zou glijden.
Men moet zich van te voren wel even goed oriënteren, opdat de trachea geopend wordt beneden het cricoid. Er zijn gevallen bekend, waarbij het ribkraakbeen bij een tracheotomie werd doorgesneden, waardoor een blijvende stenose in de luchtweg optrad.
Heeft men nog wat tijd, dan kan de huid met eau de cologne min of meer gedesinfecteerd worden, terwijl het mes eveneens daarmee afgepoetst kan worden of liever nog in de gasvlam geflambeerd.
Een tracheacanule zal wel nooit bij de hand zijn, zodat men zal moeten grijpen naar het hulpmiddel, dat ook ik alleen bij de hand had: het mes dwars in de tracheawond.

Tijdens een influenza epidemie zien we soms laryngitiden, die het beeld kunnen vertonen van de perichondritis laryngis: een laryngitis gepaard gaande met enorme zwellingen, zowel van epiglottis, plica aryepiglottica als van arytenoidstreek. Heesheid en dyspnoe staan op de voorgrond. Daarnaast zijn deze patiënten zeer ziek met hoge temperaturen en ze klagen vaak over heftige pijn. Ook hierbij kan een tracheotomie noodzakelijk worden.

Over oedemen in het gebied van de larynx moet ook wel iets gezegd worden, temeer daar deze in meer of minder ernstige vorm vaak voorkomen.

Op allergische basis kennen we in de larynx sterke zwellingen als Quincke's oedeem, bijvoorbeeld door overgevoeligheid voor medicamenten. Vroeger heette dit een glottis oedeem, maar deze benaming wekt verwarring. Het is namelijk niet een oedeem van de glottis, maar een oedeem van de larynxingang: van epiglottis, aryepiglottische plooien en arytenoidstreek. In zeer ernstige gevallen doet het weefsel van de sinus Morgagni ook nog mee en verergert zo de stenose in dit gebied, maar ook dan is het nog geen glottisoedeem.
Deze oedemen kunnen zeer snel ontstaan, zij vormen een zeer reële bedreiging voor het leven. Wanneer middelen als calciuminjecties, rhinostopinjecties, eventueel adrenalinespray niet spoedig helpen, kan ook hierbij een tracheotomie noodzakelijk worden.
Vrijwel identieke zwellingen kunnen ook nog door geheel andere oorzaken ontstaan, namelijk als oedemen in de omgeving van ontstekingen (perifocaal oedeem). We kennen deze oedemen vooral bij mondbodem-flegmone, peritonsillair abces en tongabces. Behandeling van de aandoening is tevens behandeling van de complicerende aandoening in de larynxingang, hoewel deze vaak nog wel iets extra's vraagt, bijvoorbeeld in de vorm van adrenalinespray.
Er zijn natuurlijk nog andere oorzaken, nog andere ontstekingen, die deze beelden kunnen veroorzaken (ik zag eens een larynxingangoedeem bij een miltvuurpatiënt), maar in de algemene praktijk zal het er wel niet van komen dit tot in finesses uit te zoeken. Een patiënt, bij wie men een complicerend oedeem van de larynxingang met stridoreuze ademhaling en dyspnoe, vaak ook nog met slikklachten, treft, zal men graag met de nodige spoed doorzenden naar een kliniek waar alles klaar staat voor een eventuele tracheotomie. Vaak lukt het gelukkig wel deze te voorkomen, maar men mag er toch niet op rekenen.
Dat deze oedemen ook bij traumata, bijvoorbeeld perforerende traumata kunnen voorkomen, spreekt wel vanzelf.
Uitermate belangrijk zijn deze oedemen bij nog een andere groep aandoeningen, die we kortweg kunnen samenvatten onder de naam verbrandingen.
Gezien het onderwerp zullen we het niet hebben over de eventuele toxische factoren of de symptomen van de kant van de oesophagus, maar ons uitsluitend bepalen tot de complicerende zwellingen in de luchtweg, zoals we die kennen door drinken van chemicaliën of hete vloeistoffen.
Oedemen van de larynxingang zien we meer en sterker wanneer het patiëntje een loog, dan wanneer het een zuur gedronken heeft, maar het sterkst wan-

neer er hete vloeistoffen gedronken zijn, zoals kokende thee uit de tuit van een theepot.
Waarschijnlijk moeten we hierbij aannemen, dat het oedeem in de larynx ontstaat door inwerking van „stoom". De zwellingen treffen we hierbij ook wel nog lager in de luchtweg aan.
Onnodig te zeggen, dat elke „verbranding" gewantrouwd moet worden en dient te worden doorgestuurd. Ook al ziet men in de mond niet zo veel, de inwerking van het schadelijke agens in de diepte is vaak veel groter dan men gezien de verschijnselen in de mond of aan de lippen zou verwachten en de oedemen van de larynxingang kunnen snel ontstaan! Deze verbrandingen zien we dan ook maar graag steeds in het ziekenhuis.

* * *

Chronische aandoeningen, die gepaard gaan met vernauwingen in de luchtwegen of die deze vernauwingen veroorzaken, zullen in het begin niet zo gauw spoedeisende hulp vragen. Toch is het zeker niet tot de zeldzaamheden te rekenen, dat uitgesproken chronische aandoeningen in een later stadium „spoedgeval" worden.
Tuberculose en lues, die tegenwoordig wel tot de zeldzame aandoeningen op dit terrein gerekend mogen worden, kennen we nog van vroeger als ziekten, die door woekeringen in de larynx, door oedeem in dit gebied, door stembandverlammingen, vernauwingen in de luchtweg kunnen veroorzaken, die belangrijke afmetingen kunnen aannemen.
Behalve de kenmerkende symptomen voor deze ziekten, vinden we de gewone symptomen, die we steeds weer zagen bij ruimtebeperkende aandoeningen in dit gebied: heesheid, stridoreuze ademhaling, dyspnoe, eventueel slikbezwaren of pijn.
Behalve in de larynx kan tuberculose ook lager in de luchtwegen vernauwingen veroorzaken, die ingrijpen noodzakelijk maken. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de in het lumen van een van de hoofdbronchi doorbrekende verkaasde tuberculeuze lymfklieren, waardoor op het moment van de doorbraak zeer zeker een spoedbehandeling nodig kan zijn, daar de soms grote massa's „kaas" het lumen van een bronchus geheel of vrijwel geheel kunnen afsluiten en dit „corpus alienum" vraagt evengoed snelle bronchoscopische hulp als een geaspireerd corpus alienum.
Ook herinner ik mij het geval van een meisje van 17 jaar, die alle verschijnselen vertoonde van de aanwezigheid van een corpus alienum in de rechter hoofdbronchus, dat praktisch moest afsluiten, daar er een ventielstenose was en een typisch „asthmatic wheeze". Bij haar werd bronchoscopie verricht. Bij deze bronchoscopie werd een bijna kersgrote gesteelde tumor gevonden, die in toto werd verwijderd en die bij pathologisch anatomisch onderzoek een solitaire tuberkel bleek te zijn. Sindsdien (ze is nu 28 jaar) heeft dit meisje nooit meer longklachten gehad.
Dan is er de grote groep tumoren van welke aard ook, die van buiten af door druk het lumen van de luchtwegen kunnen vernauwen of door ingroei in de wand en/of ingroei in het lumen van de luchtweg zeer aanzienlijke vernauwingen kunnen veroorzaken. Een volledig overzicht hierover heeft weinig zin en is in een kort bestek ook niet te geven. Ik zal enkele voorbeelden noemen.
Een vergroting van de glandula thyreoidea kan van buiten af de trachea vernauwen en alleen al deze mechanische vernauwing kan een ingrijpen noodzakelijk maken. Door operatie van de glandula thyreoidea kan worden voorkomen, dat de mechanische druk op de luchtweg zo groot wordt, dat een tracheotomie nodig zou zijn. Dit spreekt natuurlijk het sterkst in die gevallen waar een duidelijke progressie van de symptomen te verwachten is, zoals bij maligne tumoren, uitgaande van de glandula thyreoidea.
Andere tumoren in de hals, die druk uitoefenen op de luchtweg, kunnen soortgelijke toestanden in het leven roepen. Wanneer men niets doet, ontwikkelen er zich op den duur toestanden, die zonder enige twijfel tot de spoedeisende gevallen te rekenen zijn. Tijdige herkenning, tijdig doorsturen naar de specialist kan hier begrijpelijkerwijs voor de patiënt veel narigheid voorkomen.
Bovendien geldt ook voor deze tumoren, als voor alle andere tumoren: de kans, dat er operatief een radicale genezing te bereiken zal zijn, is des te groter naarmate de tumor eerder onder behandeling komt. Niet afwachten dus tot er zich van de kant van de luchtweg spoedeisende toestanden voordoen, want dan is de operabiliteit doorgaans zeer gering en kan er alleen nog iets gedaan worden om het onmiddellijke levensgevaar te bezweren.
Van de tumoren, die door voorwelving in het lumen de luchtweg dermate vernauwen, dat er een dyspnoe optreedt, staat het larynxcarcinoom wel op de voorgrond. Natuurlijk komen er ook andere tumoren in dit orgaan voor. Wanneer ik dan ook hier spreek van larynxcarcinoom, doe ik dit als specimen van een tumor in de larynx. Niet alleen de tumor zelf, ook de door de tumor veroorzaakte zwellingen en de met ulceraties van een dergelijke tumor samengaande ontstekingen, kunnen ieder afzonderlijk of alle tezamen luchtwegvernauwingen veroorzaken, die een acuut ingrijpen noodzakelijk maken.
Vroege diagnose van een larynxcarcinoom is voor de behandeling ook hier van zeer groot belang. Hoe vroeger de patiënt onder behandeling komt, des te groter is de kans, dat de in te stellen therapie (hetzij deze chirurgisch, hetzij deze radiologisch is) een radicale genezing zal kunnen bewerkstelligen. Te vaak zien we nog mensen met larynxtumoren eerst in een laat stadium; nogal eens is tracheotomie dan het eerste begin van de behandeling.
Bij patiënten, die bestraald werden voor een tumor laryngis, zien we soms weken na het einde van de bestraling zwellingen optreden door kraakbeenbeschadiging ten gevolge van de bestraling.
Snel toenemende zwelling en sterke pijnlijkheid kunnen een spoedtracheotomie noodzakelijk maken. De huisarts, die weet, dat zijn patiënt bestraald werd voor een tumor in de larynx, moet dus ook

weten dat deze bestraling in enkele gevallen weken na het einde van de bestraling deze reactieve zwellingen kan geven, die een spoedbehandeling noodzakelijk kunnen maken. Hij moet ook weten, dat bij het optreden daarvan niet direct een somber gezicht gezet behoeft te worden uit angst voor een recidief. En ook als hierbij en hiervoor een tracheotomie verricht moet worden, behoeft men niet al te somber te zijn, daar de uitgeschakelde larynx hierdoor de nodige rust krijgt, die met de te geven antibiotica samen vaak verrassend snel een verheugend resultaat oplevert.
Het is wel duidelijk, dat bij de behandeling van dit onderwerp volledigheid te enen male tot de onmogelijkheden moest worden gerekend. Slechts grepen konden worden gedaan, waarbij hier en daar wat dieper op het onderwerp werd ingegaan.
Wat de verschijnselen betreft, die tot ingrijpen nopen, zal eveneens duidelijk zijn dat enige eentonigheid in de opsomming en een steeds weer herhalen niet geheel te vermijden was, zodat een samenvatting daarvan eigenlijk kort zou kunnen zijn: Elke patiënt met een stridoreuze ademhaling, waarbij in meer of mindere mate ademnood optreedt, behoort in een ziekenhuis onder voortdurend deskundig toezicht, opdat tracheotomie of andere hulp, zoals bronchoscopie, indien nodig, tijdig zal kunnen geschieden.
Voorkomen is echter beter dan genezen en tijdig herkennen en (doen) behandelen van de oorzakelijke momenten, kan in meer gevallen dan men zou denken, het ontstaan van levensgevaarlijke toestanden voorkomen.

Het in het juli-nummer opgenomen artikel „Serum- en allergische reacties" van Dr. A. C. Brandwijk en Dr. H. H. Cohen behoorde tot de serie „Spoedeisende gevallen in de algemene praktijk". Verzuimd werd dit aan te geven en daarmee, dat genoemd artikel het vijfde was in deze cyclus. Dit ter verklaring dat het hierbij afgedrukte artikel als het zesde in deze serie is genummerd.

Hypnokatharsis en narcoanalyse

DOOR BERTHOLD STOKVIS*

Tussen de be-dekkende en ont-dekkende psychotherapeutische methoden in staat de *hypnokatharsis*. Hieronder verstaat men dat gebruik van de hypnose, waarbij er onder invloed van bewustzijnsverlaging een toestand ontstaat, waarin de patiënt gemakkelijker dan dat in waaktoestand mogelijk is, ertoe komt alles te vertellen. Met behulp van de hypnokatharsis deelt hij dus zijn voorgeschiedenis vollediger mede dan hij dit in waaktoestand kon doen. Ook in de Leidse Kliniek wordt van de hypnokatharsis gebruik gemaakt om aldus meer materiaal van de patiënt te verzamelen, teneinde dit later in de loop van de behandeling aan te wenden. Men spreekt in dat geval van een kathartisch-analytische behandeling, omdat daarbij niet alleen gebruik wordt gemaakt van een katharsis, doch tevens van analytische gezichtspunten, om de patiënt de samenhang duidelijk te maken. Onder „katharsis" verstaat men de reiniging van de geest. **
Met de hypnokatharsis echter streeft de arts nog een ander doel na. Hij wil in de toestand van bewustzijnsverlaging de patiënt laten „afreageren": hem weer de reeksen van gedachten en voorstellingen, die met sterke affecten zijn beladen, laten beleven (zogenaamd affectief herbeleven). Daarbij moet men zich voorstellen, dat de patiënt van zijn affecten, die „ingeklemd" zaten, wordt bevrijd. Bij de bespreking van de narcoanalyse komen wij hierop nog even terug. Van belang is, dat de emotionele gedachteninhouden, gedurende de kathartische toestand door de zieke ook werkelijk op affectieve wijze worden herbeleefd. Daartoe moet de patiënt worden aangespoord zich ongebreideld te laten gaan en zich niet door remmingen van conventie, van gêne of anderszins te laten belemmeren. De patiënt mag dus brullen en schreeuwen, slaan en trappen, zoveel als hij wil, opdat de affecten inderdaad „loskomen". Wanneer de katharsis geslaagd is, bevindt de zieke zich in een toestand, die veel op een collaps lijkt: hij is volkomen uitgeput. Wanneer een dergelijke (ingrijpende) behandeling in een hypnotische toestand plaats vindt, is de patiënt zich van de gang van zaken niet bewust. Wanneer hij gewekt is, pleegt de arts in een epikritische beschouwing alles met de patiënt te bespreken. Deze laatste is een belangrijk onderdeel van de hypnokatharsis. Voor de juiste doorvoering van dit alles is een bepaalde techniek nodig, die aanstonds bij de narcoanalyse ter sprake komt.
De hypnokathartische behandelingsmethode is destijds door *Breuer* en *Freud* geïnaugureerd (1895). Later heeft *Freud* de hypnose bij zijn techniek laten vallen, hij heeft volstaan met toepassing van de zuiver psychoanalytische behandelingsmethode. In het kader van een orthodoxe psychoanalyse behoort dus een hypnokatharsis per se niet thuis. Als afzonderlijke behandelingsmethode echter wordt de hypnokatharsis toegepast in gevallen, waarbij de conflictsituatie, die tot de neurotische stoornis heeft geleid, bij de patiënt nog actueel werkzaam is.

De psychokatharsis

Deze bestaat, evenals de narcoanalyse, tot de ontdekkende methoden: het blootleggen van de conflictsituaties, maar het geldt hier alleen conflicten uit het latere leven. De vroegkinderlijke conflicten kan men er niet mee benaderen.

* Uit het Psychosomatisch Centrum van de Rijksuniversiteit te Leiden.

** *Καθαρσις* = reiniging