

een tracheotomie te verrichten of een bronchoscoopie uit te voeren.

Volgens sommige auteurs is het gewenst een patiënt met een hemoptoë te behandelen met een sedativum in de vorm van morfine, doch dit middel heeft één groot gevaar, met name dat het trilhaarepitheel van de bronchiaalboom hierdoor wordt verlamd. Aan de andere kant is het van het grootste belang dat de patiënt, door de hemoptoë vaak zeer onrustig en angstig, wordt gesedeerd. In deze gevallen kan men dus een sedativum in de vorm van broom of fenobarbital geven.

Vele medicamenten zijn genoemd als therapeuticum bij een grote of kleine longbloeding (intraveneus calcium, vitamine K, emetine, et cetera). Of hiermede een causule therapie bedreven, is, respectievelijk wordt, valt te betwijfelen. De laatste jaren is het geneesmiddel Adrenoxyl veel gebruikt, ook bij kleine hemoptoë's. Volgens sommige auteurs zou dit geneesmiddel wel succes hebben, doch met zekerheid kan hierover niet worden geoordeeld. Wij hebben de indruk dat er veelal wel een lichte verbetering optreedt. Adrenoxyl zou een speciale werking hebben op de vaatwand.

In zeer speciale gevallen, waarbij de oorzaak van de bloeding zeer duidelijk is, bijvoorbeeld daar waar een trombopenie bestaat, kan een bloedtransfusie heilzaam werken. In vroegere jaren, toen de oorzaak van de hemoptoë vaak werd gevonden in de tuberculose, kan het aanleggen van een pneumothorax soms succes hebben.

Het is vanzelfsprekend dat in die gevallen, waarin de oorzaak van de hemoptoë is gevonden, zo vlug mogelijk getracht dient te worden de oorzaak van

de bloeding te elimineren. Dit is daarom van het grootste belang, omdat nooit kan worden gezegd hoe groot een volgende hemoptoë zal zijn, hetgeen dus inhoudt dat elke hemoptoë dodelijk kan zijn. Dit is speciaal het geval bij bloedingen bij bronchiectasieën, bronchusadenomen, fibrotische tuberculose en bronchuscysten. In deze gevallen is resectie-therapie van het aangedane longgedeelte aangewezen. Zelfs bij een actieve tuberculose dient resectie-therapie na een grote hemoptoë serieus te worden overwogen, terwijl bijvoorbeeld bij hartafwijkingen de cardioloog zo spoedig mogelijk een causale therapie dient in te stellen.

*Conclusie.* De oorzaak van een hemoptoë kan velerlei zijn. Er is getracht een overzicht te geven van de meest voorkomende oorzaken, waarbij het duidelijk is geworden, dat de oorzaak van de ernstige hemoptoë moet worden gezocht bij organische bronchus- en longparenchymafwijkingen, respectievelijk bij cardiologische afwijkingen.

De therapie van de longbloeding is afhankelijk van de grootte hiervan. Bij kleine longbloedingen kan de bloeding door middel van een hoeststillend middel vaak zeer spoedig tot staan worden gebracht. Bij grote bloedingen moet men er speciaal op letten, in verband met het uitvallen van longweefsel en het verbreiden van een ontstekingsproces, dat de patiënt zo weinig mogelijk bloed aspireert.

Wanneer de oorzaak van een longbloeding bekend is, is het noodzakelijk zo vlug mogelijk een causale therapie in te stellen, omdat elke volgende hemoptoë zo groot kan zijn, dat deze de dood ten gevolge heeft.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *Twee kinderen met koorts\**

DOOR A. D. MOLENDIJK, HUISARTS TE ROTTERDAM

Het jongetje A kreeg de eerste symptomen van de ziekte, waarvan het stellen van de diagnose nogal moeilijkheden gaf, in februari 1958. Deze kleuter was toen drie jaar oud. Het gezin, waarin hij werd geboren en opgroeide, kende ik al jaren; het leefde in goede harmonie, terwijl de huisvesting niets te wensen overliet. De zwangerschap was, evenals de partus, volkomen ongestoord verlopen. Het geboortegewicht van de voldragen baby bedroeg 3200 gram.

Bij het eerste onderzoek na de geboorte viel een sterk ingetrokken sternum op; overigens vertoonde het kind geen afwijkingen. De eerste maanden kreeg het borstvoeding. Omstreeks het begin van de tweede levensmaand ontwikkelde zich een derma-

\* Naar een voordracht, gehouden in een studiegroep van het N.H.G.

titis seborroica, die na zes weken weer was verdwenen. Van de ontwikkeling gedurende het eerste levensjaar kan niet veel kwaads worden gezegd; wel viel op, dat het overschakelen van de ene soort voeding op de andere moeilijkheden gaf. Het kind accepteerde dit niet zonder meer en neigde dan een korte periode tot spugen. Het spierstelsel was gering ontwikkeld; de spieren waren hypotoon. De ontwikkeling van de motiliteit was traag; pas aan het einde van het eerste levensjaar ging het kind zelfstandig zitten. Ook de dentitie zette laat in. Het jongetje was als zuigeling nogal eens verkouden, wat met enige temperatuurverhoging gepaard ging, maar dat genas zonder therapie. Hij had bij herhaling een adenoiditis met soms een lichte bronchitis. Vaak was hij wat bleek en het bloedonderzoek gaf dan als resultaat een lichte anemie. In de

nek, langs de mm sternocleidomastoidii en op andere plaatsen waren talloze, kleine, lymfkliertjes palpabel. Kortom, het typische beeld van een kind met een exsudatieve diathese.

Op de kleuterleeftijd hetzelfde beeld. Vrij heftige reacties op injecties, met in die periode hoge koorts. De symptomen waren echter steeds van dien aard, dat met eenvoudige therapie kon worden volstaan; sulfapreparaten en antibiotica waren nooit nodig. De moeder was met deze gang van zaken al vertrouwd geraakt; enkele dagen koorts verontrustten haar niet.

Begin februari 1958 kreeg de jongen weer koorts zonder dat hij een zieke indruk maakte. Nadat de temperatuurverhoging vier dagen had bestaan — de temperatuur schommelde tussen 38,5° C 's morgens en 39,5° C 's avonds — verzocht de moeder mij te komen. Het kind maakte geen zieke indruk en zat in bed te spelen. Bij onderzoek vond ik geen enkele afwijking, afgezien van de temperatuurverhoging; deze bedroeg op de eerste morgen van het onderzoek 38,5° C. De urine, de volgende morgen gebracht, vertoonde geen enkele afwijking. Het volgende huisbezoek leverde ook geen aanknopingspunten voor een verklaring van de koorts, met name waren de trommelvliezen normaal. Toch was de voorgaande avond de temperatuur opgelopen tot 39,8° C.

De volgende morgen werd de urine nogmaals nagekeken, eiwit: afwezig, glucose: afwezig, urobiline: een spoor en in het sediment: geen afwijkingen. Het nogmaals herhaalde lichamelijke onderzoek leverde geen enkele afwijking op, toch was de temperatuur 38,7° C!

Deze toestand was toch wel onbevredigend; het kind had reeds een week lang flinke koorts zonder dat de oorzaak bekend was. Opvallend was, het zij nogmaals vermeld, dat het kind in 't geheel geen zieke indruk maakte.

Bij een koorts, die niet direct kan worden verklaard, moet, zoals algemeen bekend, in de eerste plaats worden gedacht aan een kinderziekte die zich aan het ontwikkelen is, verder aan een otitis media en aan een infect van de urinewegen. Deze ziekten konden hier zo goed als zeker worden uitgesloten; er mede in tegenspraak was ook, dat in al deze gevallen het kind toch wel ziek is, zeker wanneer de afwijking zeven dagen bestaat. Pas de derde dag herinnerde ik mij van de collegebanken dat ook, naast nog tal van andere oorzaken, gedacht moet worden aan een tuberculeuze infectie van de longen.

De reactie van von Piquet was na een etmaal duidelijk positief. Het snel ingestelde röntgenonderzoek van de thorax leverde het toen wel zeer waarschijnlijk geworden beeld van een primair complex.

\* \* \*

Enkele maanden later verzocht een moeder mij te komen bij haar zes maanden oude baby. De vrouw behoorde niet tot mijn praktijk; zij logeerde bij haar ouders, van wie ik huisarts was. Ziek was het kind

niet, maar omdat het warm aanvoelde had zij drie dagen achtereen 's morgens en 's avonds de temperatuur opgenomen, die duidelijk verhoogd bleek te zijn, variërend van ca 38° C 's morgens tot 39° C 's avonds. Het kind was niet neusverkouden, hoestte niet, at goed, had een normale defaecatie.

Toen ik het kind zag maakte het in 't geheel geen zieke indruk, integendeel, het was een baby in blakende welstand. Bij algemeen onderzoek vond ik als enige afwijking een temperatuur van 38,2° C. De trommelvliezen, die gelukkig goed in het vizier waren te krijgen, bleken normaal.

De moeder werd gerust gesteld en gevraagd een plas op te vangen; prompt de volgende morgen verscheen zij met de urine, met de mededeling dat de ochtendtemperatuur 38° C was; de temperatuur van de vorige avond was opgelopen tot 39,5° C. Overigens was er niets bijzonders; het kind had uitstekend geslapen.

Herhaald onderzoek leverde geen nieuwe gezichtspunten. De urine bevatte geen afwijkingen. Geheel onverwacht kwam de moeder met de vraag of het kind geen t.b.c. zou kunnen hebben, want haar man had jaren geleden gekuurd wegens longtuberculose. Het kind was niet met B.C.G. gevaccineerd. Inderdaad moest toen wel de reactie van von Piquet volgen, die ook bij dit kind positief uitviel. Röntgenonderzoek van de thorax bevestigde de diagnose: primair complex. De vader was de besmettingsbron; hij bleek een caveerne te hebben en positief sputum op te geven.

\* \* \*

De ouders van het eerstbeschreven kind, evenals het zusje van één jaar, leden niet aan tuberculose. Vele contacten zijn onderzocht, zonder resultaat. Vele kinderen, buurmeisjes en jongens van het slachtoffer, van wie de ouders waren opgeschrikt bij het horen van de diagnose, zijn gepirquetteerd. Bij geen van deze kinderen viel de reactie positief uit. Enkele maanden later is het waarschijnlijk geworden dat een „oom” bij wie deze jongen af en toe eens kwam, de laatste maal, omstreeks kerstmis 1957, de besmettingsbron is geweest in dit geval. De man bleek namelijk aan een open longtuberculose te lijden.

Beide kinderen leden dus aan een zeer ernstige ziekte, die zorgvuldige en langdurige behandeling behoeft. Vooral bij niet tijdig herkennen van het ziektebeeld kunnen voor deze kinderen vele gevaren dreigen; om de belangrijkste te noemen:

- a compressie van een tak van de bronchiaalboom door zwellende hilusklieren, met kans op een bronchitis tuberculosa;
- b volledige afsluiting van een tak van de bronchiaalboom met als gevolg atelectase van het achtergelegen longweefsel, de zogenaamde epituberculose;
- c meningitis tuberculosa, al of niet als onderdeel van een miliair tuberculose.

De laatste jaren wordt de tuberculose als bevolkingsziekte sterk teruggedrongen; er circuleren veel

minder tuberkelbacillen in de gemeenschap dan voorheen. Dit is uiteraard een verheugend verschijnsel, waarvan de schaduwzijde is, dat de weerstand, als partiële immuniteit, van de bevolking als geheel tegenover de tuberkelbacil, sterk is verminderd. Dit resulteert in het afnemen van de frequentie der positieve „Pirquets” en houdt tevens in, dat, zeker voor de jongere leeftijdsgroepen, het vinden van een positieve reactie van von Pirquet in de eerste plaats doet denken aan een actief tuberculeus proces.

## Stoornissen in de potentia coeundi

DOOR DR A. M. C. M. SCHELLEN, ARTS TE GRONINGEN

Het uitblijven van de erectie waardoor de immissio penis niet gelukt en de cohabitatie onmogelijk wordt, noemt men wel impotentia coeundi. Daarnaast kent men nog toestanden waarbij wel erectie optreedt, doch op onvoldoende wijze, zodat de coitus meestal niet of slechts met grote moeite kan worden volbracht.

Deze afwijkingen geven vaak aanleiding tot de verstoring van een harmonieuze huwelijksverhouding, zelfs tot ernstige huwelijksconflicten en daarmee tot echtscheiding. Kortom, deze sexuele nood heeft zijn terugslag op het huwelijks-, respectievelijk gezinsleven, op de prestaties van de patiënt in zijn werkring en op zijn geestelijke en lichamelijke spankracht. Vaak is deze nood de oorzaak van een algemeen malaisegevoel van de patiënt en wordt hij niet herkend waardoor sedativa noch roborantia of tonica baten. Enkele juist gestelde vragen hieromtrent door de vertrouwensman van de patiënt, namelijk de huisarts, kunnen vaak afwijkingen aan het licht brengen als hier bedoeld, waarop een adequate behandeling kan worden ingesteld.

Bestaan deze afwijkingen reeds in het begin van het huwelijk dan hebben zij uiteraard een uitblijven van progenituur tot gevolg en kunnen zij bijvoorbeeld op een steriliteitspolikliniek aan het licht komen.

Hoewel ook op oudere leeftijd deze stoornis door de patiënt en zijn huwelijkspartner als zeer onaangenaam kan worden gevoeld, is het toch vooral in het nog slechts kort bestaande huwelijk een ernstig probleem.

Om een indruk te geven van de frequentie van deze stoornissen, kan de neventaande tabel dienen.

Het betrof hier steeds patiënten, die ons consulteerden in verband met primaire dan wel secundaire huwelijks-onvruchtbaarheid, terwijl de percentages alleen betrekking hebben op deze twee genoemde stoornissen bij de man; zouden wij alle sexuele stoornissen, zowel bij de man als de vrouw, geteld heb-

ben, dan zouden de percentages vele malen hoger zijn geweest. Opvallend zijn vooral de hoge percentages in groep IV. Men kan niet ontkomen aan de indruk, dat het vooral de sexuele nood geweest is, die de patiënt naar de polikliniek heeft gedreven. Immers, het is toch vaak de man, die bij uitblijven van progenituur, ondanks verzoek, niet voor onderzoek verschijnt. Uit deze cijfers blijkt wel dat genoemde stoornissen geenszins zeldzaam zijn. De oorzaken van deze stoornissen kunnen zowel organisch als psychisch zijn. Gelijk bekend ligt het erectiecentrum in het sacrale ruggemerg. Van hieruit gaan zenuwvezels, die zich verenigen tot de nervi erigentes en kunnen worden beschouwd als de rami viscerales van de plexus pudendus. Gewoonlijk hebben zij een verbinding met de ventrale tak-

ben, dan zouden de percentages vele malen hoger zijn geweest.

Opvallend zijn vooral de hoge percentages in groep IV. Men kan niet ontkomen aan de indruk, dat het vooral de sexuele nood geweest is, die de patiënt naar de polikliniek heeft gedreven. Immers, het is toch vaak de man, die bij uitblijven van progenituur, ondanks verzoek, niet voor onderzoek verschijnt. Uit deze cijfers blijkt wel dat genoemde stoornissen geenszins zeldzaam zijn.

De oorzaken van deze stoornissen kunnen zowel organisch als psychisch zijn. Gelijk bekend ligt het erectiecentrum in het sacrale ruggemerg. Van hieruit gaan zenuwvezels, die zich verenigen tot de nervi erigentes en kunnen worden beschouwd als de rami viscerales van de plexus pudendus. Gewoonlijk hebben zij een verbinding met de ventrale tak-

Groep	Erectie- stoornissen	Potentie- stoornissen
I (391 echtparen: beide partners onderzocht; beiden of één van beiden primair steriel)	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
II (98 echtparen: beide partners onderzocht; beiden of één van beiden secundair steriel)	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—
III (57 echtparen: beide partners onderzocht; waarbij na onderzoek en/of therapie zwangerschap optrad)	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
IV (22 mannen: primair onvruchtbaar; de vrouw verscheen niet voor onderzoek)	18 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Uit de Universiteitsvrouwenkliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr B. S. ten Berge.