

zaakt door een scheur in een tak van een der intercostaalarteriën. De bloedstolsels worden uit de pleuraholte verwijderd, de bloedende plek wordt opgezocht en de bloeding plaatselijk tot staan gebracht.

Onlangs hebben wij hiervan het volgende geval gezien:

Een 25-jarige jongeman krijgt medio mei 1959 's ochtends bij het opstaan plotseling pijn in de linker zij. Hij gaat toch naar zijn werk, maar moet dit in de namiddag staken. Onder verdenking van een hartinfarct wordt een cardioloog geraadpleegd, die de diagnose stelt op spontane pneumothorax. De patiënt, die intussen meer kortademig is geworden, wordt met spoed op onze afdeling opgenomen. Hij maakt een zieke indruk, is licht dyspnoeïsch, niet cyanotisch; de pols is 70 per minuut, de bloeddruk 115-80; de linker borsthelft is enigszins uitgezet met verstreken intercostaalruimten en blijft achter bij inademing; het hart is een weinig naar rechts verplaatst; boven de linker thoraxhelft is de percussie hypersonoor en het ademgeruis vrijwel opgeheven, er zijn metallische verschijnselen waar te nemen; er lijkt enig vocht in de pneumothorax aanwezig te zijn. De volgende dag, 's morgens te 7 uur, wordt patiënt vrij hevig benauwd en licht cyanotisch; de pols is 144 per minuut en de tensie 100-80. Met het pneumothorax-apparaat blijkt de expiratoire druk in de pleuraholte + 11 cm water te zijn; er wordt lucht afgezogen, waarna de patiënt minder dyspnoeïsch is en de expiratoire druk + 4 cm bedraagt. Na de afzuiging komt uit de naald wat bloed. Bij röntgenologisch onderzoek (coll. Semmelink) wordt in de rechter long geen afwijking waargenomen; de linker long is geheel gecollabeerd en er bestaat een vloeistofniveau van vier vingerbreedten; het mediastinum is iets naar rechts verplaatst. Patiënt krijgt een bloedtransfusie, maar in de namiddag tre-

den opnieuw verschijnselen van shock op. De demping links achter onder is toegenomen en het is duidelijk, dat de bloeding niet is opgehouden. De bloedtransfusie wordt voortgezet (totaal 1,5 l) en door prof. Moeys wordt thoracotomie verricht: de linker thoraxhelft is minstens voor de helft gevuld met vers bloed en grote stolsels; de long is totaal gecollabeerd; de bloeding blijkt te zijn veroorzaakt door losgescheurde adhesies van het apicodorsale segment van de bovenkwab; de bloeding wordt door coagulatie tot staan gebracht; als oorzaak van de pneumothorax worden gebarsten erwtgrote bullae gevonden in de top van de onderkwab; dit topje wordt gereceerd en overhecht, waarna de long fraai kan worden opgeblazen. Het post-operatieve verloop is ongestoord, de linker long blijft goed ontplooid en na zestien dagen opgenomen te zijn geweest wordt de patiënt met normaal bloedbeeld en een tensie van 130-90 hersteld ontslagen.

Uit de verscheidenheid van het ziektebeloop is het duidelijk, dat een patiënt met een spontane pneumothorax in de eerste ziektedagen goed moet worden geobserveerd. Treedt in de meeste gevallen spontane genezing op zoals bij de eerste hierboven beschreven patiënt, bij een uitblijven van de longontplooiing kan het raadzaam zijn op de bovenvermelde wijze een deel der lucht af te zuigen, terwijl bij een spannings- en hematopneumothorax soms direct moet worden ingegrepen. Als de patiënt tijdig in een ziekenhuis is opgenomen, waar direct afdoende hulp kan worden geboden, zal vrijwel steeds een fatale afloop van deze schijnbaar niet ernstige aandoening kunnen worden voorkomen.

Van de redactiecommissie

## Casuïstiek

In dit nummer van „huisarts en wetenschap” treft de lezer een nieuwe rubriek aan: „Casuïstiek.” Aangezien aan het ontstaan van deze rubriek enkele overwegingen van algemene aard zijn vooraf gegaan, wil de redactiecommissie hiervan gaarne getuigen.

Van verschillende kanten bereikte haar in de afgelopen twee jaren het verzoek in „huisarts en wetenschap” toch vooral ook casuïstiek te brengen. Het is genoegzaam bekend, dat casuïstische mededelingen altoos grote aandacht trekken; het veelvuldig houden van en de grote belangstelling voor door specialisten gehouden klinische demonstraties, getuigt hiervan onder meer. Ook in de lokale studiegroepen van het Nederlands Huisartsen Genootschap levert een vrij groot aantal huisartsen casuïstische bijdragen.

Het is niet de bedoeling in deze redactionele aantekening dieper op de psychologische achtergronden van dit fenomeen in te gaan, maar wel de lezer in overweging te geven of het in geschrift vastleggen van casuïstiek uit de huisartsenpraktijk er ook toe kan bijdragen onze kennis van de huisartsengeneeskunde te verdiepen.

Hogerzeil — (1959) huisarts en wetenschap 3, 67 — leverde een bijdrage, die men desgewenst ook in deze rubriek zou kunnen onderbrengen. Vooralsnog

wenst de redactiecommissie een onderscheid te maken tussen „notities uit de praktijk van de huisarts” en „casuïstiek”. In deze laatste rubriek stelt zij zich voor casuïstische bijdragen van huisartsen anoniem op te nemen — de auteurs zijn uiteraard wel bij de redactiecommissie bekend. De anonimiteit waarborgt het in acht nemen van het beroepsgeheim en opent de mogelijkheden zonder bezwaar alle ter zake doende details uit de psycho-sociale sfeer te vermelden; het beschrijven van de casuïstische mededeling wordt er misschien door bevorderd, terwijl het geven van een kritische analyse van de eigen overwegingen en handelingen eventueel kan worden vergemakkelijkt.

Het is haar bekend, dat in sommige lokale studiegroepen van het N.H.G. het regelmatig bespreken van de sterfgevallen uit de praktijk (een pendant hiervan zijn de klinisch-pathologische conferenties, welke sedert enkele jaren in Deventer en Rotterdam regelmatig worden gehouden), als een bijzonder leerzame bijdrage wordt gekarakteriseerd. Zij stelt zich voor, dat een dergelijke bespreking ook zou kunnen dienen tot onderwerp voor een casuïstische mededeling.

De redactiecommissie vertrouwt erop, dat deze rubriek „Casuïstiek” de huisarts lezer zowel receptief als actief zal weten te stimuleren. H.