

deze bespreking heeft deelgenomen. Zulks lag inderdaad in de bedoeling, doch helaas hebben zijn bezigheden hem verhinderd hierbij aanwezig te zijn. Wij hebben echter het voorrecht gehad hem bij een vroegere bespreking geruime tijd in ons midden te hebben en namens hem mag ik mededelen, dat hij zich met de visie, welke wij hebben gepresenteerd, geheel kan verenigen.

Berg, B. J. van den (1959) Ongevallensterfte in Nederland,

in het bijzonder bij kinderen. Batteljee en Terpstra, Leiden.

Gelderens, H. H. van (1955) Preschool mortality in the Netherlands. *Stenfort Kroese*, Leiden.

Gelderens, H. H. van (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 1363.

Kruijt, C. S. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 73.

Moeschlin, S. (1959) *Klinik und Therapie der Vergiftungen*. Thieme, Stuttgart.

Ringel, E. (1953) *Der Selbstmord*. Maudrich, Wenen.

Speyer, N. (1935) *Energetisch-psychologische grondslagen van de zelfmoord*. De Voorpost, Rotterdam.

Speyer, N. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 112.

Hoofdpijn in de keel-, neus- en oorheelkunde

DOOR B. N. REYDON JR, ARTS TE AMSTERDAM*

Onder de talloze patiënten, die over hoofdpijn klagen, vormen diegenen, bij wie de oorzaak der hoofdpijn op het terrein van de keel-neus-oorarts ligt, slechts een kleine groep. Zelfs wanneer men bij een hoofdpijnlijder een chronische sinusitis maxillaris vindt, wil dat nog niet zeggen, dat het causale verband tussen de ontsteking en de hoofdpijn vaststaat. Niettemin kan een systematische behandeling van dit onderwerp voor de huisarts van nut zijn.

Het oor. Bij de meeste ziekten van het oor (otitis externa, otitis media) is de pijn geen echte hoofdpijn; het is meer oorpijn, dus temporale pijn. Wanneer echter bij deze oorpijn óók algemene hoofdpijn ontstaat, is dit zeer verdacht voor dreigende of reeds opgetreden complicaties, zoals labyrinthitis, sinus-trombose, otogene meningitis of encefalitis. In geval van hoofdpijn bij een bestaand oorlijden zal men dus bijzondere aandacht moeten schenken aan verschijnselen als nystagmus, nekstijfheid, misselijkheid, braken of een positief fistelsymptoom.

De neus. Men kan rustig zeggen dat elke obstructie in de neus, of deze nu wordt veroorzaakt door een corpus alienum, adenoid, neuspoliepen, septum-deviatie, cristae, te sterk gezwollen conchae, maligne tumoren, allergische of vasolabiele factoren, hoofdpijn kan veroorzaken. Deze hoofdpijn is voornamelijk gelokaliseerd tussen en boven de ogen en heeft een dof en niet zeer hevig karakter. Een eenvoudige en veelzeggende proef is de patiënt beurtelings door het rechter en linker neusgat te laten blazen en na te gaan, of er een goede, gelijke luchtpassage is. Verder kan men vragen hoeveel zakdoeken de patiënt per dag gebruikt en of de afscheiding rechts even groot is als links. De therapie is gericht op het wegnemen van de oorzaak.

De bijholten. Volgens Proetz is het aandeel van de sinussen in het veroorzaken van hoofdpijn op

circa 5 procent te schatten. Toch is het belangrijk bij hoofdpijn altijd de bijholten te onderzoeken. Anders bestaat het gevaar dat een hoofdpijn als functioneel wordt gediagnostiseerd, terwijl er wel degelijk een organisch sinuslijden aan ten grondslag ligt.

Wanneer men over een sinusitis zonder meer spreekt, bedoelt men de chronische. De hoofdpijn veroorzakende acute sinusitis is veel zeldzamer en gaat gepaard met ernstig algemeen ziek zijn, hoge koorts, hevige lokale hoofdpijn, drukpijn en veelal roodheid en oedeemvorming van het boven de sinus liggende weefsel.

De chronische sinusitis-patiënt echter heeft diffuse hoofdpijn, die minder hevig van karakter is. Vaak wordt deze pijn alleen als een band- of drukgevoel ervaren. Zodra echter het natuurlijke ostium afgesloten raakt en de bijholte tengevolge van de voortgaande etterproductie onder druk komt, ontstaat er werkelijke hoofdpijn.

Hoe komt men tot de diagnose (chronische) sinusitis?

De anamnese geeft vaak al aanwijzingen. Is de hoofdpijn ontstaan na verkoudheid, na een vliegreis (aerosinusitis) of na zwemmen, vooral duiken? Is er sterke, veelal tot één zijde beperkte neusafscheiding? Is deze afscheiding foetide (dikwijls bij dentogene sinusitis maxillaris)? Is er allergie, die afsluiting van de natuurlijke bijholte-ostia bevordert? Heeft de patiënt last van neuspoliepen of andere vernauwingen in de neus, die de natuurlijke afvoer belemmeren?

Inspectie (rhinoscopia anterior en eventueel posterior) van de neus is van groot belang. Ziet men een duidelijke etterafvoer onder de concha media vandaan komen, dan is het zeker dat er een sinusitis maxillaris, frontalis of ethmoidalis anterior in het spel is, deze sinussen hebben onder de concha media hun natuurlijke ostium. Ziet men dus bóven de concha media aflopen, dan is er een sinusitis sphenoidalis of ethmoidalis posterior. Anderzijds mag men niet zeggen: geen pus in de neus is gelijk aan geen sinusitis. Er kan immers een sinusitis met afgesloten ostium zijn, zodat de etter niet in de neus

* Uit de Universiteitskliniek voor keel-neus-oorheelkunde, Wilhelminagasthuis, Amsterdam; hoofd: Prof. Dr L. B. W. Jongkees.

kan komen. Ook kan er een vacuüm-sinusitis zijn; daarbij raakt, door welke oorzaak dan ook (allergie, vliegen bij verkouden zijn), het ostium verstopt en vervolgens wordt de in de sinus aanwezige lucht geresorbeerd, hetgeen resulteert in pijn tengevolge van onderdruk.

Ook de lokalisatie van de pijn geeft vaak aanwijzingen.

Sinusitis maxillaris geeft geringe drukpijn over de bovenkaak en wang, soms ook frontale hoofdpijn. Gemakkelijk vindt hier een verwisseling plaats met pijn tengevolge van een slecht bovenkaakselement. Ook is het mogelijk, dat het carieuze element secundair een (dus dentogene) sinusitis maxillaris veroorzaakte. Doorlichten van de bijholten, röntgenopname of spoelen van de betreffende kaakholte geeft nadere inlichtingen. Een slecht gebitselement ver raadt zich door anamnese, kloppijn en eventueel een tandfoto.

Sinusitis frontalis geeft in het algemeen pijn tussen en boven de ogen. Het verhaal is meestal dat de pijn er bij het ontwaken nog niet is, in de loop van de ochtend optreedt om in het begin van de middag weer af te zakken (dit in tegenstelling tot hypertensie, die vaak in de vroege ochtend en bij het ontwaken hevige frontale hoofdpijn geeft, welke in de loop van de morgen weer verdwijnt of vermindert).

Diagnostisch belangrijk is de vaak voorkomende lokale druk- en kloppijn. Vooral als er geen pus in de neus is te zien, is de differentiële diagnose dikwijls moeilijk. Ook een trigeminusneuralgie, een refractieafwijking of een algemene aandoening (nierziekte, arteriosclerose, hypertensie, anemie, migraine) kan de oorzaak van de hoofdpijn zijn. Indien doorlichten geen duidelijk verschil geeft tussen rechts en links, zal een röntgenfoto nodig zijn.

Sinusitis ethmoidalis geeft pijn, welke van de neuswortel uitstraalt, mediaal naar het voorhoofd. Ook hier bestaat veelal een lokale druk- en kloppijn en zijn doorlichting en röntgenfoto van zeer veel waarde.

Bij de (zeldzame) sinusitis sphenoidalis is de hoofdpijn voornamelijk gelokaliseerd in het achterhoofd, in de nek en soms boven op het hoofd. Differentieel-diagnostisch moet hier worden gedacht aan tumoren van de schedel, nekpijn tengevolge van veel bukkend werk of artrosis van de nekwerfels. Een röntgenopname met geopende mond laat de parige sinus sphenoidalis mooi zien.

Wat de therapie betreft: bij elke vorm van sinusitis geldt dat herstel van de natuurlijke druk in de sinus en ventilatie van de sinus met de neus dient te worden bevorderd. Veelal zullen neusdruppels (ephedrini hydrochloridum 1 procent in waterige oplossing, solutio adrenalini 1/4000) door hun vasoconstrictore werking het natuurlijke ostium openen en zowel bij vacuüm- als purulente sinusitis verlichting van de hoofdpijn geven. Ook kan men trachten watjes met deze vloeistoffen in de buurt van de ostia te brengen. Er zijn echter gevallen waarin deze behandelingen falen, hetzij doordat het

ostium niet wordt bereikt, hetzij doordat mechanische oorzaken (poliepen, tumoren, septum-deviaties, conchahypertrofieën) het ostium gesloten houden. In deze gevallen kan men, althans bij de sinus maxillaris, punctie verrichten, wat zowel diagnostisch als therapeutisch nut heeft. De sinus frontalis is in een aantal gevallen te sonderen, zij het met enig risico. De sinus ethmoidalis, die te beschouwen is als een complex van grillig gevormde gepneumatiseerde celletjes, is het beste te „Proetzen”. Bij deze procedure wordt de lucht (en eventueel de etter) door middel van een luchtpomp uit de bijholten gezogen en vervangen door vaatvernauwende vloeistoffen, die later weer worden uitgesnoten. Wanneer bovenvermelde behandelingen ook na vele herhalingen niet tot een gunstig resultaat leiden, is operatie van de bijholte vaak de enig mogelijke therapie.

Tenslotte nog een korte opmerking over sinusitis bij kinderen. In tegenstelling tot wat vroeger werd gedacht, komt bij kinderen wel degelijk sinusitis voor, welke algemene malaise, chronische rhinitis, hoofdpijn, otitides en infecties van de bovenste luchtwegen kan veroorzaken. Hierbij kunnen alle sinussen zijn betrokken; de sinus frontalis echter pas vanaf het tiende tot twaalfde jaar, daar deze vóór die tijd nog niet tot wasdom is gekomen. Een vergroot adenoid, zoals dit zo vaak bij kinderen wordt aangetroffen, begunstigt via een rhinitis het ontstaan van een sinusitis. Adenotomie doet in het algemeen de rhinitis en de sinusitis verdwijnen. Verder zijn diagnose en therapie hier als bij volwassenen, al maakt het ontbreken van lokale klachten de diagnostiek vaak moeilijk.

De keel. Keelaandoeningen geven hun belangrijkste verschijnselen ter plaatse; zij geven geen typische hoofdpijn. Als de keelpijn uitstraalt, is de lokalisatie hiervan voornamelijk om het oor. Dit laat zich verklaren door de innervatie van het oor door de vijfde, zevende, negende en tiende hersenzenuw. Oorpijn kan dus een „referred pain” zijn als gevolg van een aandoening elders in het verzorgingsgebied van deze zenuwen, zoals aandoeningen van de tanden, acute tonsillitis, kort na adeno- of tonsillectomie, ontstekingen of tumoren in de nasopharynx en kaakgewrichtsaandoeningen.

Neuralgie van het ganglion sphenopalatinum. Het ganglion sphenopalatinum is een sympathisch ganglion dat onder andere vezels ontvangt uit de nervus facialis en het neusslijmvlies; verder ligt het vlak bij het ethmoid, het sfenoid en het achterste deel van de concha media. Prikkeling van dit ganglion wordt verantwoordelijk gesteld voor een typische hoofdpijn, welke tot één zijde is beperkt en nooit boven het niveau van het oor uitkomt. Het is dus meer een aangezichtspijn, waarvan het centrum wordt aangegeven rondom neuswortel en orbita en achter het oor. Bij een aanval is het neusslijmvlies aan de aangedane zijde steeds gezwollen. Duur en intensiteit van de pijn wisselen sterk. De voornaamste oorzaak

van deze neuralgie is waarschijnlijk een prikkeling van de concha media, veroorzaakt door een septumdeviatie, een grote crista of een concha media die tegen het septum aanligt. Ook kan de prikkeling van het ganglion worden veroorzaakt door een ethmoiditis of sphenoiditis.

Als therapeuticum en als zeker diagnosticum geldt, dat een wat met pantocaine, onder de concha media door naar achteren geschoven, dus bij het ganglion sphenopalatinum gelegen, de pijn doet verdwijnen. Een definitieve therapie zal de oorzaak van de ganglionprikkeling dienen op te heffen, door middel van sanering van ethmoid of sfenoid, conchacaustiek, cristatomie of septumresectie. Differentieel-diagnostisch komt, naast oogafwijkingen, vooral trigeminusneuralgie in aanmerking en wel van de maxillaristak. Daarbij is de pijn echter veel heviger van karakter, zij is korter van duur en kan worden opgewekt door aanraking van de zogenaamde „triggerpoints” (zoals bij het scheren en bij het leggen van het gezicht op het kussen).

Histamine-hoofdpijn. Deze hoofdpijn (welke ook wel eens suicide-hoofdpijn wordt genoemd, omdat zij dermate hevig is, dat verschillende lijdens zelfmoord hebben overwogen) ontstaat waarschijnlijk door plotselinge vaatverwijding tengevolge van het vrijkomen van histamineachtige produkten door vaatwandbeschadiging. Voor het stellen van deze diagnose dient men aan te tonen, dat deze mensen overgevoelig zijn voor histamine. Bij deze patiënten wekt een subcutane inspuiting van 0,35 mg histamine onmiddellijk een aanval op, hetgeen bij niet-overgevoelige mensen nooit voorkomt. De karakteristieke verschijnselen zijn als volgt: De histamine-hoofdpijn komt voornamelijk voor bij mensen boven dertig jaar; de pijn is uiterst heftig en begint plotseling, vaak 's nachts, zodat de patiënt midden in zijn slaap ontwaakt (ook bij hypertensie komt nach-

telijke hoofdpijn voor, doch deze is lang niet zo hevig); de aanval duurt ten hoogste een uur; er is geen voorstadium, zoals meestal bij migraine, en veelal is de pijn tot één zijde beperkt (evenals bij migraine en trigeminusneuralgie).

De therapie bestaat uit het desensibiliseren voor histamine door middel van histamine-difosfaat in gefractioneerde doses. Eveneens een gunstige werking heeft het, ook bij migraine werkzame, ergotaminetartraat.

* * *

Schema voor keel-neus-oorheelkundig onderzoek bij hoofdpijnklachten

Oor

Oorschelp en tragus (tractie respectievelijk druk pijnlijk bij otitis externa).

Uitwendige gehoorgang (rood; gezwollen; cerumen; etter).

Trommelvlies (kleur; bomberend; perforatie).

Mastoid (zwellings; drukpijn).

Neus

Luchtpassage (vermindering; verschil tussen rechts en links).

Conchae (vergroting; aanliggend tegen septum).

Slijmvlies (livide kleur bij allergie).

Tussenschot (perforatie; bochtig; passagebelemmering).

Corpora aliena (losse voorwerpen; poliepen; tumoren).

Secretet (waterig bij allergische en vasomotore rhinitis; geel-purulent; diffuus; boven of onder concha media).

Bijholten

Drukken en kloppen (pijn).

Doorlichting van sinus maxillaris en frontalis (sluiering).

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-053. Zur Behandlung der Rippenbrueche. *Jonasch, E. (1961) Münch. med. Wschr. 103, 1026.*

Bij een ribfractuur of multipele ribfracturen (vier procent van alle ongevallen vertonen ribfracturen) is de pijnbestrijding wel haast het belangrijkste deel van de behandeling. De schrijver toetst verschillende behandelingsmogelijkheden.

Het enkelzijdige dakpanverband wijst hij als ondoelmatig van de hand, daar de borstkas een functionele eenheid is en niet aan één kant voldoende in zijn bewegelijkheid is te beperken. Een dubbelzijdig, circulair, dakpanverband heeft als bezwaar, de soms vrij heftige huidirritatie. Een circulair verband met elastische zwachtels verschuift spoedig. De sedert 1946 volgens Richter ontwikkelde ribfractuur-gordel heft een aantal bezwaren op. De gordel is negen cm breed, wordt over het hemd heen aangelegd en kan met gummibandjes al naar behoefte worden aangehaald.

Veel belang wordt gehecht aan plaatselijke verdooving van

de fractuurplaats, terwijl de eerste dagen morfine wordt gegeven met 30 mg amifenazol, dat de ongewenste bijwerkingen van morfine, zoals ademhalingsdepressie en obstipatie, uitschakelt.

M. Reyerse

61-055. Erkennung und Behandlung des vaginalen Fluors. *Martin, R. en K. H. Harrichhausen (1961) Münch. med. Wschr. 103, 1271.*

Fluor albus is op een gynaecologische polikliniek een van de meest — 50 procent der patiënten — voorkomende klachten. Het vaginaepitheel staat onder invloed van follikelhormoon, via glycogeen, suiker en melkzuurbacteriën van Doederlein, welke laatsten zich alleen in een zuur milieu van een bepaalde pH kunnen handhaven. Een stoornis in de normale toestand van de vagina, leidt al gauw tot vermindering van de zuurgraad en verdwijning van de melkzuurbacteriën. In de plaats hiervan komt een bonte mengflora, die leidt tot ex-