

de keuze, die men maakt in de groepsstijl, bepaalt ook de behandelingsstijl in de praktijk. Het ene uiterste is: de psychiater weet het, hij doceert psychotherapeutische indicaties en technieken, verschafft de huismedicus een handleiding zoals hij die zelf heeft ontvangen van andere specialisten. Het andere uiterste is: de psychiater doceert in het geheel niet, luistert met de huisartsen mee naar hun gevallen, hij laat ze zwemmen en laat liever de groep correcties maken dan het zelf te doen.

Het is de grote verdienste van Balint geweest de revolutionaire methodiek van het luisteren in extremis door te denken en toe te passen. De specialist vervalt zo gemakkelijk tot het doceren en de huisarts tot het werken met een schema en een recept.

Persoonlijk voel ik het meest voor een combinatie van beiden. Ik ben begonnen met anderhalf jaar te doceren en daarna twee jaar te luisteren en de laatste maanden doe ik beide, afhankelijk van de situatie in de groep. Ik heb dus geen bezwaar tegen het

geven van een instructie over de biografische anamnese; meer positief gezegd, ik zou in de komende jaren met de huisartsen gaarne samen eens systematisch aan een onderwerp willen werken, bijvoorbeeld de kwestie van de indicaties voor diverse psychotherapie-vormen en vooral over die psychotherapie-vormen, die voor de huisarts het meest adequaat zijn. Dit wordt ten dele een spel van vraag en antwoord; tegelijkertijd zou ik echter het vrije spel van het luisteren niet willen loslaten. Wij mogen niet vergeten, dat wij ten dele zijn overgeleverd aan identificatie-processen die van vader op zoon en zo ook van specialist op huisarts en van huisarts op patiënt overgaan. Ze betalen ons met gelijke munt terug!

Ik wil eindigen door dit te illustreren met de historische anecdote van een van onze huisartsen: „Ik had een patiënt die naar de psychiater ging en eigenlijk het belangrijkste had verzwegen; toen vroeg ik hem: „Maar waarom heb je dat dan niet aan de dokter verteld?“, waarop de patiënt antwoordde: „Ja, daar vroeg hij niet naar.””

## *Chirurgische behandeling van traumatische hersenletsels; enkele nieuwe aspecten\**

DOOR R. C. KRUYT, NEUROCHIRURG, MEDE NAMENS S. A. DE LANGE, NEUROCHIRURG\*\*

Wanneer we ons trachten te realiseren welke vorderingen de laatste jaren zijn gemaakt bij de behandeling van schedeltraumata, dan is het goed eerst een ogenblik aandacht te schenken aan de organisatie, die een rol speelt bij de eerste hulp aan de gewonden. De wijze waarop deze organisatie werkt is namelijk van zeer groot belang voor de behandeling van de acute epi- en subdurale-hematomen. De ervaringen van de neurochirurg waren niet steeds bemoedigend wat betreft deze gewonden. Vaak was het aantal in consult geroepen specialisten, voordat de juiste diagnose werd gesteld, zo groot, dat operatieve therapie geen zin meer had daar zich inmiddels irreversibele afwijkingen hadden gevormd. Niet altijd realiseerde men zich voldoende dat een patiënt, die eerst nog aanspreekbaar was en hoogstens de verschijnselen van een commotio cerebri vertoonde, doch na een vrij interval in snel tempo comateus raakte, met de grootste spoed diende te worden geopereerd. Uitgebreide diagnostische handelingen van röntgenologische aard, het vervaardigen van electroëncefalogrammen en dergelijke verkleinen dikwijls de kansen van de patiënt, omdat de tijds marge, waarin hij geholpen kan worden, zo gering is.

Het is dan ook een gelukkige omstandigheid, dat

\* Voordracht gehouden op de studiedag traumatologie, ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, 28 april 1962.

\*\* Afdeling neurochirurgie, ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.

men zich bij de huidige organisatie van de traumatologie in het Dijkzigt-ziekenhuis rekenschap heeft gegeven van deze dingen. Ook patiënten met schijnbaar onschuldige schedelletsels worden enige tijd geobserveerd en bij bewustzijnsdaling wordt de neurochirurg direct gewaarschuwd, zodat zeer snel kan worden ingegrepen. Deze samenwerking heeft goede resultaten gehad voor de patiënten.

Wat moet er gebeuren met patiënten met dergelijke afwijkingen die niet binnenkomen in een ziekenhuis met een neurochirurgische afdeling? Het antwoord hierop is dit: iedere algemene chirurg moet in staat zijn bij patiënten, die verdacht worden van acute intracranieële hematomen, boorgaten aan te leggen; deze operatieve handeling is technisch eenvoudig. Door het ontlasten van het hematoom wordt zoveel tijd gewonnen, dat een naburig neurochirurg kan worden gewaarschuwd die de ingreep met het opzoeken en onderbinden van het bloedende vat kan afmaken. Zelfs transport van een patiënt met een gedraineerde hematoomholte is zeer goed mogelijk.

Samenvattend kan men dus zeggen, dat het scheppen van een juiste organisatie levensreddend kan werken.

Een ander punt van groot belang voor de patiënt met een schedelverwonding is het voorkómen van

longcomplicaties. Tot betrekkelijk kort geleden werd bij de comateuze en subcomateuze patiënten weinig aandacht aan de longen besteed. Heden weten wij, dat een groot deel van de patiënten met zware schedeltraumata overlijdt aan longcomplicaties. Hoe komt dit?

De verklaring is eenvoudig: de traumatische situatie treedt immers meestal overdag op, de maag is dan bijna steeds in meerdere of mindere mate gevuld; bovendien bloedt een patiënt met een schedelbasisfractuur vaak flink in de nasopharynx. We weten voorts dat braken een van de typische symptomen is van de contusio cerebri. Dit braken heeft geen verdere consequenties als de pharynxreflexen voldoende werken waardoor aspiratie van de maaginhoud wordt voorkomen. Bij flink gedaald bewustzijn is dit echter niet meer het geval en het gevolg is dan ook, dat vrij veel patiënten met een flinke contusie binnenkomen met niet meer schone longen. In verband hiermee transporteert de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst de patiënten reeds vaak in zij- of buikligging.

Het aspireren kan echter ook op de röntgentafel of zelfs op de afdeling voorkomen. Daarom worden deze patiënten snel geïntubeerd om, indien nodig, na circa een etmaal de tube te verwijderen en een tracheotomie te verrichten. Wanneer de tracheacanule de trachea door middel van een cuff voldoende afsluit, kunnen we dan bovendien de patiënten van vocht voorzien via een maagslang, hetgeen grote voordelen heeft boven de parenterale methode. De fysio-therapeut wordt vanaf het begin ingeschakeld; deze kan door clapottage en dergelijke vastzittend slijm verwijderen, dat anders aanleiding zou kunnen zijn tot het ontstaan van atelectasis met alle gevolgen van dien.

Het zal dan ook niet verbazen te vernemen, dat wij tot het inzicht zijn gekomen dat lang niet alle koorts, die posttraumatisch ontstaat, cerebrale koorts zijn, maar dat een groot deel moet worden geschoven op longcomplicaties, die overigens lang niet altijd gemakkelijk zijn op te sporen.

De tracheotomie heeft dus, indien vroeg genoeg toegepast, grote voordelen. Nadelen zijn er echter ook; in de eerste plaats treedt een uitdroging van de trachea- en bronchusslijmvliezen op, waarvoor speciale maatregelen moeten worden genomen. Het belangrijkste is dat de door de canule ingeademde lucht zo vochtig mogelijk moet zijn en de enige effectieve methode om dit te bereiken is een tent met een goed functionerend stoomapparaat. Wij hebben tweemaal een patiënt verloren omdat de uitgedroogde bovenste luchtwegen membranen gingen afstoten, die op den duur de ademhaling, ondanks bronchoscopische verwijdering, zo gingen bemlemmen dat de patiënt stikte. In een later stadium treedt daarentegen juist vaak een hypersecretie op, die het verwijderen van de canule, ook als dit ten

aanzien van het bewustzijn goed mogelijk zou zijn, onmogelijk maakt. Het wordt dan vaak een langdurig geschipper voordat de fysiologische toestand kan worden hersteld.

Alles bijeen echter is de vroege tracheotomie voor veel patiënten levensreddend geweest. Ik zou nog willen opmerken, dat de tracheotomie soms het begin is van een echte „beademing” met alle daaraan verbonden medische en ethische problemen.

Een zeer grote dienst is aan de neurochirurgie bewezen door de Amerikaan Javid, die het reeds in 1927 geprobeerde ureum als middel beproefde om de intracraniale druk tot dalen te brengen. Inder tijd had men er mee geëxperimenteerd bij katten, maar pas in 1956 werden de eerste klinische proeven genomen. Het bleek toen mogelijk met een oplossing van 30 gram ureum in 70 ml 10 procent invertsuiker een aanzienlijke en lang aanhoudende daling van de intracraniale druk te verkrijgen, waarschijnlijk zowel door vermindering van hersenvolume als door afname van het liquor volume. De diurese na het toedienen van de oplossing is aanzienlijk; toch is de diuretische werking niet aansprakelijk voor het effect, want ook bij apen, waarbij de nieren waren verwijderd, trad een volkomen adequate werking op. Waarschijnlijk is het effect vooral te wijten aan osmose; het bloedvolume neemt namelijk de eerste twintig minuten na toedienen sterk toe.

Het is begrijpelijk dat de bovenbeschreven werking van groot nut is bij allerlei intracraniale ingrepen, voorts ook bij het bestrijden van het soms zo gevaarlijke post-operatieve oedeem. Wanneer bij een patiënt met schedelletsel inklemming dreigt door een sterke oedeemvorming van het cerebrum, kan toedienen van een invert-ureumoplossing van groot nut zijn. Men moet echter wel bedenken dat de osmotische werking slechts kan plaatsvinden als de semipermeabele membraan intact is. Als het ureum molecuul uit de bloedbaan kan treden, mist het zijn werking en zal mogelijk zelfs bijdragen tot de oedeemvorming.

Bij patiënten met een hoge bloeddruk zal men natuurlijk voorzichtig moeten zijn in verband met de acute vermeerdering van het totale bloedvolume. Van belang is voorts dat de oplossing vers moet zijn, zodat er in het ureum geen ammoniakvorming heeft plaatsgevonden. Dit zou dan immers tot ernstige verschijnselen aanleiding kunnen geven.

Samenvattend zou ik willen zeggen dat de vooruitgang bij de chirurgische behandeling van schedeltraumata is te danken aan:

- 1 een verbeterde organisatie, waardoor sneller hulp mogelijk is;
- 2 de tracheotomie als profylaxe en behandeling van longcomplicaties;
- 3 het ureuminfuus ter vermindering van de hersendruk.