

LUPUS VAN HET STROTTENHOOFD.

LUPUS VAN HET STROTTENHOOFD.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

Doctor in de Geneeskunde

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

Dr. C. BELLAAR SPRUYT,

Hoogleeraar in de Faculteit der Letteren en Wijsbegeerte,

in het openbaar te verdedigen

op Dinsdag 27 Juni, des namiddags ten 4 ure,

in de AULA der UNIVERSITEIT.

DOOR

GERARD BRAT,

geboren te Oostzaan.

*Aan mijn Vader
en aan de nagedachtenis mijner Moeder.*

INHOUD.

INLEIDING	3
HOOFDSTUK I. DE TUBERCULEUZE ZIEKTEN DER HUID.	5
HOOFDSTUK II. LUPUS VAN HET STROTTENHOOFD	14
AFDEELING I. EIGEN WAARNEMINGEN.	14
AFDEELING II. SECUNDAIRE LARYNXLUPUS	29
a. Statistisch voorkomen	29
b. Makroskopische pathologische anatomie	32
c. Onderzoek met den keelspiegel	33
d. Subjectieve en functioneele symptomen	42
1. Van den larynxlupus	42
2. Van lupus der naburige slijmvliezen.	45
e. Verloop. Prognosis	47
f. Mikrosopisch onderzoek	48
g. Aetiologie en Pathogenesis	51
AFDEELING III. PRIMAIRE LARYNXLUPUS	55
HOOFDSTUK III. DE OVERIGE TUBERCULEUZE ZIEKTEN VAN DEN LARYNX	60
AFDEELING I. VERGELIJKING DER TUBERCULEUZE LA- RYNXZIEKTEN ONDERLING	62
AFDEELING II. VERGELIJKING DER TUBERCULEUZE LA- RYNX MET DE TUBERCULEUZE HUID- ZIEKTEN	65
HOOFDSTUK IV. DIAGNOSIS	69
HOOFDSTUK V. BEHANDELING	73

Het is mij aangenaam, den verschillenden hoogleeraren in de Faculteiten der Geneeskunde en der Wis- en Natuurkunde mijn warmen dank te kunnen betuigen voor het van hen genoten onderwijs.

U vooral, Hoog Geleerde Promotor MENDES DA COSTA, ben ik erkentelijk voor de vele gewichtige raadgevingen, in zoo vriendelijken vorm mij bij het bewerken van mijn proefschrift geschonken.

Onder uwe leiding, Zeer Geleerde BURGER en POSTHUMUS MEYJES, zijn de uren, op uwe poliklinieken doorgebracht, voor mij zeer leerrijk en zeer aangenaam geweest.

Het is van harte gemeend, Zeer Geleerde BURGER, zoo ik U hier mijn innigen dank zeg voor de nuttige wenken, voor uwe aanhoudende aansporing tot verderen arbeid, voor de talrijke bronnen, mij bij het samenstellen van dit werkje verschaft en voor uwe vriendschap, die ik zoo gaarne wensch, dat gij mij ook later niet zult onthouden.

INLEIDING.

In gevallen van huidlupus, voornamelijk wanneer deze in het gelaat zetelt, vindt men vaak tevens tuberculeuze aandoeningen der slijmvliezen van neus-, mond- en keelholten, die als analoga der huidaandoening opgevat en met den naam van slijmvlieslupus bestempeld worden. In vele gevallen begint de aandoening in de huid en daarop volgt dan slijmvlieslupus, in andere gevallen begint lupus in het slijmvlies en kan zich huidlupus daarbij aansluiten.

In dit proefschrift zal ik de kenmerken der slijmvliesaandoening, met name die van den larynx nagaan en onderzoeken in hoeverre bij het zoo veelvuldig voorkomen van larynxtuberculose larynxlupus als afzonderlijk klinisch ziektebeeld recht van bestaan heeft.

Over larynxlupus zijn reeds vele proefschriften geschreven, echter vindt men, voor zoover mij bekend is, nergens eene volledige vergelijking met lupus der huid.

Daar lupus op de huid en op de slijmvliezen hetzelfde proces is, dat zich in eenigszins anders gebouwd weefsel afspeelt, zullen wij nagaan in hoeverre deze verschillende zetel invloed heeft op den vorm der aandoening. Daartoe is het echter noodig, dat wij zoowel huid- als slijmvlieslupus bestudeeren.

Bij tuberculosis laryngis ulcerativa daarentegen zijn de bekende larynxklachten in den regel in hooge mate aanwezig. Zetelt ze aan de epiglottis, dan is de slikstoornis steeds zeer heftig, het lijden vaak ondragelijk. Ze zetelt bij voorkeur in de regio interarytaenoldea en slechts zelden aan de epiglottis. Hier zijn papillaire uitwassen nauwelijks aanwezig of ontbreken en treedt littekenvorming op den achtergrond. Tuberculeuze zweren in de hooger gelegen slijmvliezen en in de huid zijn hierbij hooge uitzondering of verschijnen eerst aan het einde des levens. Deze aandoening neigt veel sterker tot zweervorming en tot secretie. Ze is meest secundair aan longtuberculosis en verloopt veel sneller dan larynxlupus.

De tuberculeuze tumor treedt klinisch gansch anders op; hij gelijkt op een stembandpapilloom en stembandfibroom, waarmee hij dan ook in den aanvang meestal verward wordt.

Ik meen, dat al deze momenten ons er toe dringen, vast te houden aan de verdeeling der tuberculeuze larynxziekten in de genoemde drie vormen. Met name heeft larynxlupus naast de andere tuberculeuze larynx-aandoeningen als zelfstandig ziektebeeld recht van bestaan.

Toch wil ik niet beweren, dat deze vormen steeds streng uit elkaar te houden zijn. Zoo herinner ik den lezer aan ziektegeschiedenis No. III bl. 17. Het aldaar beschreven geval biedt een overgangsvorm aan tusschen lupus en tuberculosis ulcerativa, die echter mijns inziens overhelt naar den kant van lupus.

Patiënt deelt nl.-mede een sjanker gehad te hebben. Differentieel-diagnostisch zou in dit geval aan lupus, tuberculosis ulcerativa, ook aan LEWIN's papillair syphiliëd kunnen worden gedacht.

Tegen het laatste pleiten hier het uiterst chronisch verloop,

HOOFDSTUK I.

De tuberculeuze ziekten der huid.

Ze worden veroorzaakt door aantasting van de huid en het onderhuidsche bindweefsel door den tuberkelbacil.

Men verdeelt ze klinisch in drie vormen: *lupus vulgaris*, *scrophuloderma* en *tuberculosis cutis ulcerativa*, welke vormen pathologisch-anatomisch het best worden aangeduid door de namen *tuberculosis plastica*, *tuberculosis colliquativa* en *tuberculosis ulcerativa*.

Naast deze tuberculeuze huidziekten bestaan een aantal huidaandoeningen, zeer uiteenlopend in uitwendig voorkomen en verloop, die eensdeels afhankelijk zijn van tuberculose van andere organen, anderdeels zoozeer met de tuberculeuze huidziekten overeenkomen, dat zij door sommigen ook er toe gerekend worden, ondanks het strikte bewijs hiervoor ontbreekt.

Tot de eerste categorie behooren o. a. *lichen scrophulosorum*, *acne kachecticorum*, tuberculiden van Hallopeau, geagmineerde folliculitides enz. Echter wenschen wij hierop niet in te gaan, daar zij van geen belang zijn voor ons onderwerp.

Tot de tweede categorie behoort *lupus erythematosus*, die wij als aanhangsel tot de tuberculeuze huidziekten in het kort zullen behandelen.

1. LUPUS VULGARIS. TUBERCULOSIS PLASTICA.

Deze vormt 95 pCt. van alle tuberculeuze huidaandoeningen. Klinisch doet hij zich voor in den vorm van knobbeltjes en van grootere infiltraten. In het eerste geval breidt de aandoening zich uit, doordat het knobbeltje grooter wordt en doordat het nieuwe knobbeltjes in de omgeving uitzaait; in het tweede geval schrijdt de aandoening radiaal in de omgeving voort. Den eersten vorm kenmerken kleine speldekop- tot hennepkorrelgrootte, roodbruine knobbeltjes, gelegen in de huid. Zij zijn overtrokken door eene gladde gespannen glanzende epidermis. Bij druk met den diascoop verdwijnt de hyperaemie en blijft de kleur van appelgelei over. De consistentie is iets grooter dan die van de omgevende huid, de groote knobbeltjes voelen vaster aan dan de kleine. Lupus kan slechts onder litteekenvorming genezen. Echter in den regel gaat lupus, vóór geheele genezing intreedt, over in een litteekenachtig infiltraat, dat op een gewoon litteeken gelijk, maar dat evenals lupus op tuberculine blijft reageeren en dat ook mikroskopisch nog resten van tuberculeus weefsel blijkt te bezitten. In dit stadium kan het ziekteproces plaatselijk exacerbeeren en noemt men dit klinisch „recidief in het litteeken”, welke benaming dus minder juist is. Eerst zeer langzaam, dikwijls eerst na jaren, gaan zulke harde anaemische infiltraten van zelf in echte litteekens over.

De ziekte zetelt meestal in het gelaat, dan aan de handen, in het algemeen aan de onbedekte lichaamsdeelen. Ze is opvallend zeldzaam aan het behaarde hoofd.

Men onderscheidt drie typen: lupus exfoliativus, hypertrophicus en exulcerans. Bij lupus exfoliativus bestaat eene oppervlakkige afschilfering, het infiltraat is doorgaans matig ontwikkeld. Centraal vormt zich somtijds bij oudere plekken een litteekenachtig weefsel, terwijl aan de peripherie de hoogroode verheven schilferende rand in de omgeving voort-

schrijdt. *Lupus hypertrophicus* ontstaat, als om de talrijke kleine ziektehaarden de bindweefselcellen levendig woekeren en oedemateuze zwelling intreedt. Dan ziet men verschillend groote maar sterk promineerende bruinroode verhevenheden, overtrokken met gladde opperhuid. Bij sterkere papillaire woekering en epitheelverdikking krijgen de verhevenheden een meer wratachtig karakter. Bij *lupus exulcerans* geneest het infiltraat niet door resorptie en littekenvorming, maar wordt het nekrotische weefsel afgestooten. Daarna wordt een litteken gevormd, door dunne epidermis bedekt en in den omtrek vormen zich weer nieuwe knobbeltjes.

Vaak tast *lupus* het onderliggende kraakbeen, maar zelden het been aan. Meestal zijn ééne of enkele, zelden een grooter aantal *lupus*plekken op het lichaam aanwezig. *Lupus* begint bijna altijd op jeugdigen leeftijd en verloopt zeer langzaam, maar sneller naarmate de lijders jeugdiger zijn. Vrouwen worden in tweemaal grooter aantal aangetast dan mannen. De aandoening veroorzaakt geen pijn, echter soms eenige gevoeligheid bij druk.

Tuberculosis verrucosa cutis en *verruca nekrogenica* worden tegenwoordig veelal onder *lupus* gerangschikt.

HISTOPATHOLOGIE.

Zooals bij alle granulomen treedt ook hier celophooping op den voorgrond. Deze vinden we om een bloedvat heen en dan meest streepvormig of midden in het bindweefsel gelegen en dan meer als een groepje cellen. Door de vergrooting van dit elementaire celgroepje worden bindweefsel en vaten naar de omgeving verdrongen, slechts een zeer fijn reticulum van bindweefsel blijft hier en daar tusschen de grootre celnesten over. *UNNA* spreekt van *lupus circumscriptus* of *nodularis* in het geval, dat de celgroep den vorm van een knobbeltje aanneemt en zich concentrisch in de peripherie

tot eene bepaalde afmeting vergroot, terwijl zich dan nieuwe knobbeltjes in de omgeving vormen, terwijl hij lupus diffusus of radians noemt den lupus, die meer strengvormig optreedt en zich langs de vaten van den primairen haard uit straalswijs in de omgeving voortzet. Bij lupus circumscriptus vindt men scherp begrensde alleen staande elementaire knobbeltjes, waarin het elastisch weefsel volkomen is geresorbeerd. Nooit vinden we in de knobbeltjes bloed- of lymphevaten. Als deze elementaire knobbeltjes zich vergrooten, treden centraal veranderingen op. Het sterk korrelige sterk kleurbare protoplasma der cellen midden in het elementaire knobbelje zwelt op, de korreling verdwijnt en de cellen krijgen een homogeen uiterlijk. Aan de groote cellen overvalt deze homogene zwelling slechts deelen der cel, terwijl de rest van het cellijf korrelig en kleurbaar blijft en zelfs kan uitgroeien. Aan de homogenisatie bieden de kernen meer weerstand, dan het protoplasma. Zulke gehomogeniseerde protoplasmamassa's met vele kernen noemt men bij lupus reuzencellen. Rondom de gedegenerende celgroep worden de cellen samengedrukt en scharen zich er omheen. Kenmerkend voor lupus circumscriptus is dus de reuzencelgroep met haar omgevend dicht infiltraat, want deze vorm is te verklaren, doordat zich de omgeving verzet tegen de volumsvermeerdering der degenererende cellen. Dikwijls zijn in de zeer groote reuzencellen binnen de homogene zone minder gehomogeniseerde cellen met kernen.

Lupus diffusus vormt meer uitgebreide maar minder dichte celophooping en dan de vorige vorm. Dit is een gevolg van de ontwikkeling der aandoening. Lupus circumscriptus n.l. verdringt het omgevende weefsel tangentiaal, lupus diffusus schrijdt er radiaal in voort. Voor zoover degeneratiesymptomen optreden, verlopen ze als bij lupus circumscriptus, maar de gezwollen cellen blijven in grootte, de geprolifereerde kernen in aantal en de reuzencellen in groei achter.

Slechts wanneer het lupusknobbeltje of het infiltraat tegen de epidermis aanligt, is zij op die plaats verdund; waar het verder er vandaan ligt, treedt epitheelhypertrophie op, waarbij de opperhuid zich verdikt en vele uitloopers in de diepte zendt. Deze neiging tot epitheelhypertrophie in verband met de diepe epitheeluitloopers verklaart, waarom met den scherpen lepel of de curette behandelde lupusvlakten zich weer snel met epitheel bedekken.

Etterige ontsteking zien wij bij lupus zelden. Hiermee komt overeen, dat tuberculinum vetus van Koch, het toxine van den tuberkelbacil, in lueus weefsel ook slechts serofibrineuze ontsteking of bij nog sterker inwerking nekrosis geeft, maar etterige ontsteking ziet men niet. Op de beteekenis der niet specifieke ettering bij lupus wees vooral Leloir. Hij meent talrijke gevallen van lupus exulcerans te mogen wijten aan gemengde infectie met pyogene mikro organismen, speciaal met staphylococcus pyogenes aureus, die hij dikwijls in grooten getale mikrosopisch en door cultuurproeven heeft aangetoond. Unna heeft een tegenovergesteld standpunt, hij beschouwt de lueuze huid immuun tegen ettercoccen, hij heeft deze coccen ook bij sterke secretie enz. gemist en dus vindt hij het zeer twijfelachtig, of zulke gemengde infectie ooit voorkomt. Vermoedelijk ligt wel de waarheid in het midden. Gemengde infectie bestaat, maar is niet menigvuldig.

Bij serofibrineuze ontsteking wordt het oppervlakkige epitheel nekrotisch, terwijl de diep indringende epitheelsprietten vrijwel onveranderd blijven. Bij wegneming der pseudomenbranen komt het corium slechts op puntvormige plaatsen bloot.

Hoewel men gewoonlijk bij lupus eene celgroep om een bloed- of lymfhevat of midden in het bindweefsel ziet en men hier en daar tusschen de celgroepen slechts eenige bindweefselvezels vindt, zijn er gevallen, waarin het bindweefsel sterkere septa vormt, soms zelfs heeft men het recht van bindweefselwoekering te spreken.

2. SCROPHULODERMA, TUBERCULOSIS COLLIQUATIVA, COMMES SCROFULEUSES.

In of vlak onder de huid vormt zich door de aanwezigheid van tuberkelbacillen een groot infiltraat. Zulk een infiltraat is scherp begrensd, heeft den vorm van een knobbel, is verschuifbaar over de onderlaag en verwekt geen of weinig pijn. Door centrale verweeking ontstaat een koud abces. Later doorbreekt de verweekte massa de huid. Dan ontstaat eene meer of minder diepe, tamelijk onpijnlijke zweer met regelmatig dunnen ondermijnden slappen blauwrooden huidrand. De bodem is meer of minder met eene visceuze zelfstandigheid bedekt. Verwijdert men die, dan komt het nog niet verweekte infiltraat glad glanzend vochtig voor den dag. Eerst als de zweer in genezing overgaat, bedekt de bodem zich met granulaties.

In zeldzame gevallen gaat het infiltraat spontaan terug.

Vaak treden de infiltraten multipel op. Wanneer twee infiltraten dicht bij elkaar gelegen zijn, zullen zij bij verdere vergrooting conflueeren. Na centrale verweeking ontstaan dan twee zweren met ondermijnde huidranden. Aan de naar elkander toegekeerde zijden der zweren kan men dan eene sonde onder den huidrand door van de eene zweer naar de andere voeren. Bij de genezing krullen de wondranden om, zonder met den bodem van de zweer te vergroeien, zoodat boven het litteken niet zelden een rolvormige huidbrug blijft bestaan.

In vergelijking met het kleine infiltraat bij het lupusknobbeltje is het infiltraat bij den knobbel van scrophuloderma zeer groot. Het laatste ontwikkelt zich relatief sneller en verdwijnt ook weer spoediger, doordat het in korten tijd bijna volkomen verweekt.

Een scrophuleus gumma laat zich dus gemakkelijk en meestal zonder recidief uitpellen. Bij lupus is dit niet zoo

volkomen te doen, want het door bindweefsel resistente lupeuze weefsel biedt den scherpen lepel te grooten weerstand. Bovendien groeit zelfs na exstirpatie van lupus in het schijnbaar gezonde weefsel dikwijls opnieuw lupus uit, omdat de kleinste infiltraten der omgeving dikwijls aan de waarneming ontsnappen.

Scrophuloderma kan zijn primair en secundair. Het is primair zoo het infiltraat direct opfreedt in de huid, secundair zoo het infiltraat zich vormt onder de huid en bij vergrooing zich op de huid uitbreidt. Het secundaire gaat meestal uit van onder de huid gelegen tuberculeuze aandoeningen der lymphevaten, lympheklieren of beenderen. Het primaire verdeelt men in subcutaan en cutaan scrophuloderma. Soms ontstaat dadelijk een cutaan scrophuloderma. Dan verdikt zich de huid en vormen zich zwamachtige, niet scherp omschreven, platte tumoren, die vlak roodbruin en week zijn en slechts in geringe mate verweeken.

Bij subcutaan scrophuloderma ziet men klinisch knobbels en strengen in het verloop van een lymphevat.

Enkele schrijvers verdoelen scrophuloderma bovendien nog in knobbels of nodeus en verweekend of gummeus. Echter heeft deze verdeeling voor onlogisch, want het zijn opvolgende stadiën.

Scrophuloderma zetelt voornamelijk in het gelaat, op den hals en op de ledematen, distaal van elleboog en knie. Vooral jeugdige individuen worden aangetast. Het verloop is zeer chronisch.

Zelden ontwikkelen zich uit scrophuloderma lupus vulgaris en tuberculosis cutis ulcerativa.

3. TUBERCULOSIS CUTIS ULCERATIVA.

Ze komt zelden voor, meestal in aansluiting aan ver voortgeschreden long- en darmtuberculose. Bijna regelmatig

zetelt ze dicht bij de apertura cutis. Zonder voorafgaande opvallende infiltratie treden snel eerst oppervlakkige, later spoedig in de diepte woekerende huidzweren op met onregelmatigen fijntandig uitgeknaagden rand. De zweerbodem is glad en bleekrood of met kleine gerstekorrelgroote slappe glanslooze tuberculeuze granulaties bedekt, ook in de omgeving ziet men kleine miliaire knobbeltjes (*tuberculosis cutis miliaris*), door wier verval de zweer zich vergroot en de fijntandig uitgeknaagde vorm ontstaat.

Terwijl bij lupus en scrophuloderma weinig tuberkelbacillen voorkomen, zijn ze hier soms, echter niet altijd, in grooten getale aanwezig.

Deze vorm heeft eene slechtere prognosis dan de beide vorige, daar hij met veel verval van weefsel verloopt, waarschijnlijk ten gevolge van den veelal kachectischen toestand van den lijder.

Als aanhangsel behandelen wij nog *lupus erythematosus*. Dikwijls gelijkende op diffusen lupus met veel hyperaemie en diep indringende epitheelsprietten, zoodat een vorm van lupus, met name lupus vulgaris erythematoïdes, klinisch niet van lupus erythematosus kan onderscheiden worden, zijn de infiltraten bij lupus erythematosus glad als een litteeken of bedekt met eene dunne schub, stevig vastzittend door uitloopers. Deze uitloopers dringen de huid in ter plaatse van de dikwijls verwijde follikels, maar ook op andere plekken. Soms ziet men in de omgeving der plekken talrijke zwarte punten van comedonen of talrijke verwijde en gapende klieropeningen.

In tegenstelling met lupus vulgaris, waarbij de infiltraten door verweeking en verzwering of resorptie verdwijnen, maken de infiltraten bij lupus erythematosus plaats voor een atrophischen toestand en gelijken dan op een litteeken.

De zetel stemt vrijwel overeen met dien van lupus vulgaris, ook worden, als bij lupus, vrouwen in tweemaal grooter aantal aangetast dan mannen. Het verloop is zeer chronisch.

Over de vraag, of lupus erythematosus behoort tot de huidtuberculosen, is men het nog niet eens. Zij, die meenen, dat ook lupus erythematosus door den tuberkelbacil wordt veroorzaakt, steunen op de volgende argumenten: 1°. Vaak zijn lijders aan lupus erythematosus voor tuberculosis hereditair belast, zij lijden reeds aan tuberculosis of krijgen deze ziekte later. 2°. Klinisch hebben de ziektebeelden van lupus erythematosus en lupus vulgaris groote overeenkomst, zoowel wat betreft den vorm en den zetel, als wat de ontwikkeling der aandoening aangaat. 3°. Er bestaan gevallen, waarin de eene vorm overgaat in den anderen.

De tegenstanders beroepen zich op de volgende feiten: 1°. Nog nooit heeft men met zekerheid noch direct, noch indirect bij deze aandoening tuberkelbacillen gevonden. Slechts AUDRY vond vóór een paar jaren in een volgens hem typisch geval van lupus erythematosus bij een patiënt met uitgebreide longtuberculosis in de diepte van twee haarden een breed typisch tuberculeus infiltraat met reuzencellen. Echter betwijfelt JADASSOHN op grond van AUDRY's beschrijving de diagnosis lupus erythematosus. 2°. De histologische bouw is geheel verschillend van dien bij lupus, makroscopisch ziet men dan ook nooit lupusknobbeltjes. 3°. Lupus erythematosus zweert niet. 4°. Het weefsel is resistenter, dan bij lupus vulgaris. 5°. Ofschoon de zetel meestal overeenstemt, komt, in tegenstelling met lupus erythematosus, lupus vulgaris uiterst zeldzaam op het behaarde hoofd voor. 6°. Eene inspuiting met tuberculine doet bij lupus erythematosus niet zoo constant, als bij lupus vulgaris de bekende reactie van tuberculeus weefsel ontstaan. 7°. Lupus erythematosus tast den mensch gewoonlijk op iets hooger en leeftijd aan.

HOOFDSTUK II.

Lupus van het strottenhoofd.

Lupus der huid kan zich gaandeweg langs neus-, mond- en pharynx- op het larynx-slijmvlies uitbreiden. In de tweede plaats kan larynxlupus zich als eene nieuwe infectie aansluiten aan huid- en slijmvlieslupus, terwijl eene groote strook van gezond weefsel hen scheidt. Eindelijk kan lupus in den larynx beginnen en eventueel later lupus in de naburige slijmvliesen en de huid volgen.

Men is gewoon de gevallen, waarin aan larynxlupus elders lupus voorafging, samen te vatten onder den naam van secundairen larynxlupus en zoo lupus direct in den larynx begint, te spreken van primaire larynxlupus.

Vindt men bij het eerste onderzoek lupus in den larynx en ook elders, dan rekent men gewoonlijk zulk een geval mee bij secundairen larynxlupus, omdat in de groote meerderheid der gevallen larynxlupus secundair is.

AFDEELING I. EIGEN WAARNEMINGEN.

- I. Primaire lupus laryngis, lupus oris. Scrophuloderma van den hals en linker arm. (Polikliniek Dr. BURGER, Boek 23, No. 275).

CORNELIS K., 20 jaar, ongehuwd, boerenarbeider.

Anamnesis: 19. 3. '98. Patiënt was tot vóór 5 jaar steeds gezond. Toen stelde hij zich wegens heeschheid onder behan-

deling van Dr. BURGER, die hem in 1894 voorstelde in de Neus, Keel-, Oorheelkundige Vereeniging ¹⁾ als een geval van primairen larynxlupus. Er was toen nog alleen eene aandoening van den larynx: nl. eene sterke verdikking van den geheelen larynxingang met een belangrijk defect der epiglottis. Onder melkzuur-behandeling was het proces merkwaardig verbeterd, zoodat pat. „zoo goed als genezen“, natuurlijk met defecte epiglottis werd voorgesteld. In 1895 ontwikkelden zich knobbels in den hals, die verweekten en doorbraken naar buiten, waarvoor pat. geen geneeskundige hulp inriep.

P. is geruimen tijd buiten behandeling geweest en vervoegt zich heden in de polikliniek van Dr. BURGER. Sedert eenige maanden is de stem weer achteruitgegaan. P. heeft nooit pijn bij het slikken noch in de keel, hoest weinig, geeft nooit op en is niet kortademig.

Status Praesens. P. heeft scrophuloderma van den hals, zich uitstrekkende naar rechts tot boven het akromiom, naar links tot over de middellijn. De lupeuze strook is gedeeltelijk met schilfers bedekt. Nergen lympheklierzwellings.

De neus is uit- en inwendig normaal. Het slijmvlies op het harde verhemelte is rood, korrelig, met grijswitte vlekjes bedekt. Op het weeke verhemelte boven de huig zijn eenige heuveltjes, waartusschen duidelijk litteekenweefsel zichtbaar is.

Larynx. Pat. is zeer heesch. Dyspnoe ontbreekt. De epiglottis is voor een groot gedeelte afwezig. De rest is sterk verdikt, ingekorven, bleek en in litteekenweefsel veranderd. De plicae ary-epiglotticae zijn verdikt en litteekenachtig. De membranae quadrangulares en de plicae ventriculares zijn ietwat rooder dan normaal en hobbelig, de plicae

¹⁾ Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894, II, bl. 309.

ventriculares zijn verdikt en bedekken bij rustige ademhaling de plicae vocales. Deze komen echter bij phonatie duidelijk voor den dag als roode oneffen banden. De regio interarytaenoldea is vooral aan den rechter kant hobbelig. De regio subglottica, voor zoover zichtbaar, is normaal. Men ziet geen spoor van secreet.

De pulmonen zijn normaal.

Behandeling: In den larynx aansmeringen met 30 pCt. phenolsulforicinol, in den mond cauterisatie met geconcentreerde chroomzuuroplossing.

Juni '98: P. is ondanks onzen dringenden raad slechts eens in de maand verschenen. Heden vinden wij een koud absces aan den rechter benedenarm, beweeglijk over de onderlaag.

Januari '99: Het koude absces is na eenige weken doorbroken en in het verloop van maanden genezen. De lupus van het verhemelte heeft zich uitgebreid op de gingiva. In den larynx is de epiglottis eenigszins rooder, overigens is het beeld hier onveranderd. P. voelt zich volkomen wel en is niet tot menigvuldiger bezoek of tot opneming in het gasthuis te bewegen.

II. Lupus tot den larynx beperkt. Beginnende tuberculosis pulmonum. (Polikliniek Dr. Burger Boek 24 No. 158).

MARTINUS W., 27 jaar, diamantversteller, gehuwd.

Anamnesis: 1. 10. '98. P. was vroeger steeds gezond. Hij is sinds 6 maanden heesch. In den aanvang had hij ook eene maand pijn bij het slikken, later bleef deze pijn voor goed weg. De heeschheid is langzamerhand toegenomen. Hij hoest weinig en geeft weinig op. Soms expectoreert hij

helder vocht onder den invloed van zenuwachtigheid of na veel arbeid. Soms verslikt hij zich. Hij merkt nooit iets van kortademigheid, van koorts, van nachtzweet en van vermagering. Hij heeft nooit venerische ziekten gehad. Zijne vrouw is steeds gezond evenals zijn eenig kind. Zij heeft nooit abortus gehad.

De vader overleed aan phthisis pulmonum.

Status Praesens: Wij zien vóór ons een oogenschijnlijk gezonden man. Zijne huid vertoont niéts afwijkends. Lymfeklierzwellings ontbreekt. Neus, mond en pharynx zijn normaal.

Larynx. De epiglottis is rood, sterk verdikt, met papillaire uitwassen bezet. De plicae ary-epiglotticae en het slijmvlies over de cartilagine arytaenolidae zijn bleek en gezwollen, vooral links. Het binnenste van den larynx is moeilijk te zien door de zwelling van den larynxingang en door secreet.

Het borstonderzoek toont eene beginnende verdichting van den linker longtop aan.

Behandeling: In den larynx aanstippen met onverdund melkzuur, aanvankelijk na den larynx met cocaine gevoelloos te hebben gemaakt.

7 Jan. 1899. P. heeft zich zeer zelden vertoond. De epiglottis is onveranderd. Kleine knobbeltjes breiden zich uit op de plicae ary-epiglotticae, bovenste en onderste stembanden, ook de regio interarytaenolidea is gezwollen.

III. Lupus laryngis, tuberculosis pulmonum.

(Polikliniek Dr. BURGER Boek 23 N°. 198).

B. W. J., 29 jaar, kapper, gehuwd.

Anamnesis: 1. 3. '98. P. had als kind dikwijls oorpijn en zwelling in de buurt der ooren, later verdwenen deze klach-

ten voor goed. Op 19jarigen leeftijd kreeg hij een sjanker, die niet door de bekende syphilisverschijnselen gevolgd werd. De behandeling was niet eene antiluëtische, zijne vrouw had nooit abortus en zijne kinderen zijn volmaakt gezond.

Vóór drie jaar vervoege hij zich bij Prof. STOKVIS wegens koorts, hoest en opgeven van licht bloederig gekleurde fluimen. Deze gaf hem levertraan en kreosoot. Sinds dien kreeg patiënt nog koude abscessen aan de onderste ledematen, die, na langen tijd te hebben bestaan, doorbraken en genazen.

P. vervoege zich heden aan de polikliniek van Dr. BURGER, omdat hij sinds 3 jaar een hinderlijk gevoel in de keel heeft, lichtelijk heesch is, hoest, slijm opgeeft en eene dikte vóór de keel heeft. Hij heeft nooit pijn, noch bij het slikken, noch bij het spreken en is nooit kortademig. Den laatsten tijd is hij een weinig vermagerd, zweet 's nachts, maar bemerkt niets meer van koorts. Tuberculeuze erfelijkheid ontbreekt.

Status Praesens: P. maakt den indruk van gezond te zijn. Behalve aan de beenen, waar litteekens zijn overgebleven van koude abscessen, welke litteekens beweegbaar zijn over de onderlaag, is de huid normaal. Even boven het jugulum ligt vóór de trachea onder de huid en daarmee vergroeid een nootgroot absces, dat geen teekenen van acute ontsteking vertoont. Dit absces hangt samen met de cartilago thyreoidea, zooals wij dat kunnen voelen en zooals blijkt uit het meebewegen met den larynx bij slikbewegingen. Aan het membrum virile ontbreken litteekens. De lymfeklieren in de rechter lies zijn voelbaar. Eveneens voelen wij een klein lymfhekliertje rechts tusschen de cartilago hyoidea en cricoidea; overigens is nergens lymfheklierzwellling aantoonbaar.

Neus, mond en pharynx zijn normaal.

Larynx: De epiglottis is rood en bezet met kleine hobbeljes. De plicae ary-epiglotticae en de regio interarytaenoldea zijn normaal. De membranae quadrangulares en plicae ventriculares zijn iets rooder dan normaal, hun oppervlak is hobbelig. De plicae vocales zijn rood en ruw. Larynxsecretie ontbreekt.

Borstonderzoek, verricht door Dr. VAN RIEMSDIJK: De borstkas is aan den voorkant links ingezonken en blijft achter bij adembaling. De linker longtop staat eene vingerbreedte lager dan rechts. De percussietoon is links supra- en infraclaviculair en in de regio supraspinata duidelijk verkort. Het ademhalingsgeruisch is over dit gebied verzwakt. Rhonchi worden niet gehoord. Rechts worden geen afwijkingen gevonden.

Behandeling: P. krijgt driemaal daags aanvankelijk tien, later vijftien druppels ichthyol met water aa op melk. Plaatselijk wordt onverdund melkzuur aangewend.

Verloop. P. is eerst tweemaal, later eens in de week ter behandeling gekomen. Het koude absces uitgaande van de cartilago thyreoidea is op de chirurgische polikliniek van Prof. ROTGANS snel verbeterd na punctie en jodoforminjectie. Op de plaats van het koude absces ziet men nu een litteken, dat duidelijk bij slikbewegingen blijkt samen te hangen met de cartilago thyreoidea.

De epiglottis is aan weerskanten dikker geworden, vertoont overigens hetzelfde beeld als vroeger. Midden op den rechter stemband ontwikkelde zich in den aanvang van October 1898 een papillair uitwas. Bij phonatie legde het zich boven den linker stemband. Het bleef kleiner dan eene kleine erwt, viel toen centraal in en scheen zich in de vlakte over den rechter stemband uit te breiden. Na vier maanden eerst is die plaats genezen.

Het longonderzoek gaf in December 1898 vrijwel denzelfden uitslag als indertijd, alleen waren in de linker bovenkwab vochtige en klinkende reutelgeruischen te hooren. Algemeene verschijnselen van tuberculosis ontbraken.

Sinds vier maanden wordt de larynx met 30 % phenolsulforicinol behandeld.

IV. Lupus faciei et laryngis. (Polikliniek Dr. BURGER Boek 23 N°. 213).

JACOB M., 35 jaar, werkman, ongehuwd, uit Zeeland.

Anamnesis 4 Maart 1898: P. is vóór 8 jaar door Prof. VAN HAREN NOMAN behandeld voor lupus van het gelaat. Toen was de larynx door Dr. BURGER onderzocht en normaal bevonden. Als kind was hij steeds gezond, nooit klierachtig. De lupus was op den neus begonnen en had zich later op het gelaat uitgebreid. Vóór 4 jaar kwam P. die, na een jaar behandeld te zijn, met genezen neus ontslagen was, opnieuw naar Amsterdam. De aangezichtslupus was gerecidiveerd; heescheid bestond sedert een paar jaar. Hij had toen eene uitgebreide lupeuze aandoening van den larynxingang. Door Dr. BURGER zijn toen eenige sterk woekerende korrelige gedeelten der epiglottis met de dubbelcuret verwijderd en is de larynx langdurig plaatselijk nabehandeld met melkzuur.

Sinds eenigen tijd behandelt Dr. VAN HOORN hem met tuberculinum T R, gedurende welken tijd het proces aan den neus echter verergerd is.

P. is heesch, had nooit pijn in de keel, hoest niet, geeft niet op, is niet kortademig. Neusklachten ontbreken. Geen tuberculeuze erfelijkheid.

Status Praesens: P. heeft uitgebreiden lupus van den uitwendigen neus en van het gelaat.

Retro- en submaxillaire lympheklieren zijn voelbaar.

Beiderzijds vinden we lupus in den ingang van den neus.

Overigens zijn de slijmvliezen van neus, mond en pharynx normaal.

Larynx: Epiglottis ontbreekt grootendeels. De rand, die vroeger zwoor en meer dan vingerdik was, is veel dunner geworden en geheel in littekenweefsel overgegaan; eveneens zijn de plicae ary-epiglotticae, die ook vingerdik waren, nu bleek en geschrompeld. Het binnenste van den larynx, dat bezaaid geweest is met papillaire uitwassen, is vrij normaal, mat van kleur, hier en daar oneffen. De rechter stemband is nog wat verdikt. De regio interarytænoïdea is volkomen vrij.

Secreet ontbreekt volkomen.

Behandeling: Dr. VAN HOORN zet zijne tuberculine-inspuitingen voort. Het lupeuze larynxslijmvlies wordt met onverdund melkzuur bestreken.

29. 4. '98. P. is elke week eens gekomen. Vermoedelijk ten gevolge van de tuberculine-inspuitingen is de lupus zoowel van de huid als van den larynx belangrijk verergerd. De lupus der huid heeft zich uitgebreid, in z.g.n. littekens ontstonden weer infiltraten. Beiderzijds vlak vóór de ooren hebben zich kleine weeke scherp begrensde tumoren ontwikkeld. Deze zijn met de huid vergroeid.

Larynx: De linker stemband is zeer ruw en hobbelig en staat nu gefixeerd bij de mediane lijn.

7. 1. 99. Dr. VAN HOORN heeft zijne tuberculine-inspuitingen sinds geruimen tijd gestaakt en behandelt den lupus der huid met kreosootpleister. De weeke tumoren vóór beide ooren zijn eenige weken na hun optreden uit zich zelf verdwenen.

Sinds enkele maanden treden sterk woekerende papillaire uitwassen op rondom den linker processus vocalis, die zich in de regio subglottica uitbreiden. Herhaaldelijk zijn door Dr. BURGER woekerings onder den processus vocalis ver-

wijdeid en mij voor mikroskopisch onderzoek afgestaan. P. heeft ook enkele woekeringen van die streek spontaan opgehoest.

6. 5. 99. P. komt ondanks onzen raad slechts zelden. Sinds een drietal weken ontwikkelt zich weer een infiltraat vóór het rechter oor. Het is scherp begrensd, voelt week aan en is met de huid vergroeid.

Overigens status quo.

V. Lupus oris, laryngis. (Polikliniek Dr. BURGER, Boek 23, N°. 317).

Jansje V., 24 jaar, dienstbode.

Anamnesis: 29.3.'98. P. klaagt, dat zij sinds 7 jaar heesch is. Vóór dien tijd was zij altijd gezond, nooit klierachtig. In het begin van haar lijden werd zij behandeld met melkzuur en andere middelen, maar onderwierp zich nooit geregeld aan deze behandeling. Zij had nooit pijn bij het slikken, nooit pijn in de keel, hoest niet en geeft niet op.

De menstruatie begon op 17-jarigen leeftijd en was sinds dien geregeld.

Een broeder stierf aan longtuberculosis. Overigens is er geen tuberculosis in de familie.

Status Praesens: P. ziet er vrij gezond uit. Hare huid is normaal, nergens vinden wij lymfeklierzwellings.

De inwendige neus is normaal. In den mond zien wij hier en daar op de gingiva enkele knobbeltjes. In het slijmvlies van het harde en weke verhemelte verloopt sagittaal eene smalle zweer, overigens merken wij aan het verhemelte veel litteekenweefsel op.

De fauces zijn belangrijk vernauwd.

Larynx: De epiglottis ontbreekt gedeeltelijk, de rest vertoont inkervingen, is bleeker dan normaal en litteekenachtig. De plicae ary-epiglotticae zijn ook ietwat bleek en litteeken-

achtig geschrompeld. Door de vernauwing in den pharynx, minder ook door de schrompeling van den larynxingang is het binnenste van den larynx moeielijk te zien.

Behandeling: In den larynx, op het verhemelte en op het tandvleesch wordt 30 pCt. phenolsulforicinol aangewend.

18 Jan. 1899. P. is vrij geregeld, eens in de week, ter polikliniek gekomen. De sagittaal verloopende smalle zweer in het verhemelte heeft zich eerst naar voren tot bij de tanden, later weer naar achteren uitgebreid. Nooit werd ontbloot been gezien of met de sonde gevoeld. Na maanden is de zweer genezen.

Merkwaardig was bij deze lijdere, dat wij herhaaldelijk op het slijmvlies van het weeke en harde verhemelte blazen waarnamen. Zulk eene blaas begon telkens met eene roode ietwat gevoelige plek, die dan belangrijk opzwol tot eene blaas met rooden rand. De blaas brak door en weldra verdween de roode rand. Het geheele proces liep telkens in vier dagen af.

De moeielijk zichtbare membranae quadrangulares, plicae ventriculares en vocales zijn licht rood en hobbelig. De regio inter-arytaenoldea is vrij.

VI. Lupus faciei, lupus nasi interni en waarschijnlijk lupus laryngis. (Polikliniek Dr. POSTHUMUS MEYJES 1898 N°. 582).

Aagje B., 23 jaar, ongehuwd, zonder beroep.

Anamnese. Juni 1898: P. had in hare jeugd oogaandoeningen en is daarvan volkomen hersteld. In hare kinderjaren was zij nooit ziek, in het bijzonder nooit klierachtig. Volgens den behandelenden medicus lijdt zij vele jaren aan lupus faciei. Sinds geruimen tijd was haar neus vaak verstopt, vooral rechts. In den laatsten tijd komen er veel korsten

uit. In Juli 1897 kreeg zij pijn in de keel, pijn bij het slikken, begon zij te hoesten en eenig slijm op te geven. Terwijl langzamerhand de pijn verdween, werd de patiënte heesch, welke heeschheid mettertijd toenam. Tuberculeuze voorbeschiktheid ontbreekt.

Status Praesens. P. ziet er gezond uit. Op beide wangen, vooral links ziet men talrijke op zich zelf staande of door littekenweefsel gescheiden lupusinfiltraten. Lympheklierzwellings ontbreekt. Op het neusslijmvlies treffen ons papillaire uitwassen, rechts vooral in den ingang, links het meest op de onderste schelp. Mond en pharynx zijn normaal.

Larynx: Epiglottis, plicae ary-epiglotticae en de geheele rechter larynxhelft zijn volkomen normaal. In de linker larynxhelft vertoonen zich op de membrana quadrangularis, bovenste en onderste stembanden, regio interarytaenoides en regio subglottica in de omgeving van den processus vocalis papillaire uitwassen, die de geheele streek iets doen uitpuilen. Hunne kleur is vrijwel gelijk aan die van het overige larynx slijmvlies. De beweging der stembanden is in geringe mate gestoord, bij phonatie sluit zich het achterste gedeelte der glottis niet volkomen.

Slechts zelden zien wij eenige afscheiding in den larynx.

Door Dr. VAN RIEMSDIJK werd eene verdichting van den rechter longtop aangetoond.

Behandeling: P. spuit zich 's ochtends en 's avonds den neus door met eene slappe zoutoplossing en wordt poliklinisch met 40 pCt. melkzuur in den neus en in den larynx aangestipt.

Verloop: P. heeft in Oct. 1898 links een loopend oor gekregen, waarvan zij verder geen last heeft. Het is de

aanvang eener otitis media chronica sinistra. Het loopend oor wordt behandeld met resorcinespiritus.

In Nov. wordt de behandeling van den inwendigen neus en den larynx in zooverre gewijzigd, dat voortaan 30 pCt. phenolsulforicinol plaatselijk wordt aangewend.

11 April 1899. P. heeft den lupus faciei eerst de laatste 3 maanden laten behandelen. Ook nadat ze hiervoor in behandeling was, zijn de lupusinfiltraten in de wangen langzaam grooter geworden. De lupus nasi interni et laryngis is belangrijk verbeterd. Echter is de regio interarytaenoides verdikt gebleven en in verband hiermee de heeschheid iets, maar weinig verbeterd.

VII. Lupus nasi, oris, pharyngis, laryngis. Tuberculosis pulmonum. (Polikliniek Dr. BÜRGER, Boek 23 No. 762).

Neeltje D., oud 16 jaar, zonder beroep, van Krommenie.

Anamnesis. 30 Juli 1898. P. was in hare jeugd kierachtig. Op haren 9^{de} jaar begon de neus te zweren. Sinds geruimen tijd is de neusademhaling gestoord en spreekt zij met een neusklank. Sinds 2 jaar kwam er heeschheid bij, hoest zij en geeft soms, vooral des morgens, bloedig slijm op. Sinds dezen zomer is zij bij eenigen arbeid, vooral bij trappenloopen, kortademig. Zij heeft weinig afscheiding uit den neus. Zij had nooit pijn.

P. merkt niets van koorts, is niet vermagerd en zweet niet opvallend. Een zusje stierf aan hersenziekte. Overigens wijst niets op tuberculosis in de familie.

Status Praesens. P. is tenger en ziet er matig gezond uit. Aan den onderkant van den neus en wel aan den rand van het septum en van den rechter neusvleugel bevindt zich eene erosie met zeer weinig infiltraat er om heen. De neuspassage is volkomen opgeheven. Men ziet het neusslijmvlies

beiderzijds zeer bleek. Op den bodem ligt eenig slijm. Het verhemelte is zeer hoog, in zijn geheel hobbelig, zijn epitheel schilfert af. Dit beeld vertoonen ook de verhemeltebogen, die evenals het verhemelte volkomen met den achtersten pharynxwand zijn vergroeid.

De pharynx en larynx zijn litteekenachtig en geïnfilteerd, hier en daar hobbelig. De epiglottis is eenigszins rood, verdikt, hobbelig. Zoo ook de plicae ary-epiglotticae, die sterk geschrompeld zijn. En de pharynx en de larynx zijn belangrijk vernauwd, zoodat het binnenste van den larynx moeilijk zichtbaar is.

Nergens op het slijmvlies van den larynx is secreet zichtbaar.

Behandeling: de larynx wordt bestreken met melkzuur en de mond met geconcentreerde chroomzuuroplossing.

Van de zieke epiglottis wordt in enkele zittingen een vrij groot deel met de dubbelcuret weggenomen.

Januari 1899. P. is geregeld tweemaal in de week volgens bovenstaande therapie behandeld. De slijmvliesziekte is eenigszins verbeterd.

In de laatste maanden heeft P. een voortdurenden stridor laryngis. En de pharynx en de aditus laryngis zijn door nieuw gevormde infiltraten en schrompeling van het litteekenweefsel in sterkere mate vernauwd, dan toen P. zich voor het eerst op de polikliniek vertoonde.

25 April '99 was ik in de gelegenheid, patiënte te haren huize te bezoeken. P. is snel achteruitgegaan. Het meest valt de dyspnoe op. Met behulp van hoofdkussens is ze in een halfliggenden, halfzittenden toestand. De stridor laryngis is belangrijk toegenomen. De larynx beweegt zich bij de ademhaling sterk op en neer. De slijmvliesen zijn licht cyanotisch. Bij inspiratie trekt het jugulum in, echter weinig

of niet de zijanten van den thorax en het epigastrium. Laryngoscopisch zien wij den aditus laryngis sterk vernauwd.

In de laatste maanden is de longtuberculosis snel voortgeschreden.

VIII. Lupus nasi, faciei, laryngis. (Polikliniek Dr. POSTHUMUS MEYJES 1898 N°. 582).

ALIDA O., 27 j., ongehuwd, zonder beroep.

Anamnesis: 21 April 1899. P. was in hare jeugd klierachtig. In Mei 1898 werd zij heesch, begon te hoesten en op te geven. De heeschheid nam toe, zoodat zij eenigen tijd lang hare stem volkomen kwijt was. In Sept. '98 kreeg zij eene haemoptoe, zij hoestte een half glas bloed op. Toen verminde de heeschheid, maar zij werd kortademig. In Oct. 1898 werd de uitwendige neus dik en vormden zich daarop korsten. Voor den neus liet zij zich in het Buitengasthuis opnemen en werd de zieke plek op den neus herhaaldelijk behandeld met uitkrabben en opvolgende etsing. De toestand van den zieken neus verbeterde belangrijk, maar zij raakte hare stem weer volkomen kwijt. Vóór enkele weken werd zij aldaar ontslagen.

P. vervoegt zich nu weer op de polikliniek hier wegens moeilijkheid bij het slikken. Zij moet wel tweemaal de slikbeweging maken, om het voedsel door de keel te brengen. Zij verslikt zich echter nooit.

Nog steeds is zij zeer heesch. Nog steeds hoest zij een weinig en geeft eenig slijm op. Zij heeft nooit koorts, is niet vermagerd en zweet zelden, ook niet 's nachts.

Hare beide ouders stierven aan phthisis.

Status Praesens: De neustop ontbreekt. Ook het onderste gedeelte der neusvleugels is defect, zoodat het septum cartilagineum nasi uitpuilt. Wij zien ook eene plek op de linkerwang,

waarin te midden van overwegend littekenweefsel eenige lupusknobbeltjes te vinden zijn.

De lympheklieren zijn sub- en retromaxillair vergroot. Inwendige neus, mond en pharynx zijn normaal.

Larynx: De epiglottis is verdikt, met papillaire uitwassen bezet, zoo ook de membranae quadrangulares en plicae ventriculares. Hare kleur is iets rooder, dan normaal. De regio interarytaenoidea is verdikt. De plicae vocales zijn een weinig rood, echter niet verdikt, zij bewegen zich normaal.

Behandeling: De larynx wordt gepenseeld met 30 pCt. phenolsulforicinol.

16 Mei. Ondanks onzen raad komt P. eerst heden terug.

In de rechterhelft van den achtersten pharynxwand zien wij eene zwelling, die zich van den bovenrand van den epistropheus tot den onderrand van den derden halswervel uitstrekt. Het pharynxslimvlies over de zwelling heen is strak gespannen, beweegt zich niet, als P. de vocalen uitsprekt en is overigens vrij normaal van kleur. Bij palpatie blijkt de zwelling te fluctueeren. Overigens status quo.

Behandeling: Punctie van het koude absces. Twee Pravaz'sche spuitjes, met etter gevuld, worden geaspireerd.

IX. Lupus pharyngis et laryngis. (Polikliniek Dr. BURGER Boek 25 No. 75.)

CORNELIA V., 31 j., naaister.

Anamnesis: 25 Maart '99. P. was als kind klierachtig. Op 25 jarigen leeftijd begon zij te hoesten, had zij vaak binnenkoorts en werd zij spoedig vermoeid. Vóór 3 jaar kreeg zij eenige pijn in de keel en bij het slikken en ging het slikken met moeite gepaard. De pijn ging spoedig voor goed weg, maar het slikken bleef moeielijk. Zij werd langzamerhand

heesch en deze heeschheid nam zoo toe, dat zij vóór 2 jaar hare stem volledig kwijtraakte. Deze heeschheid is weer gedeeltelijk verbeterd. P. hoest steeds een weinig en expectoreert eenig slijm, waaraan soms streepjes bloed te zien zijn. Zij heeft nooit zuiver bloed opgehoest. Zij wordt bij beweging kortademig. Het slikken gaat moeilijk doch zonder pijn. Zij is sinds 2 jaar belangrijk vermagerd, zweet sterk vooral 's nachts en koortst vaak. Tuberculeuze erfelijkheid ontbreekt.

Status Praesens: P. ziet er lijdende uit. Hare huid is normaal. Aan den hals zijn enkele klieren gezwollen.

De inwendige neus en de mond zijn normaal. Op de beide voorste verhemeltebogen zijn enkele witte puntjes te zien. De uvula is verdikt, onregelmatig van oppervlak en met den linker verhemelteboog vergroeid.

Larynx: De epiglottis is grootendeels vernield. Slechts aan weerskanten zien wij nog twee verdikte resten, die in de eveneens verdikte plicae ary-epiglotticae overgaan. De rest der epiglottis, plicae ary-epiglotticae, regio interarytaenoldea, membranae quadrangulares en plicae ventriculares zijn verdikt en met papillaire uitwassen bezet. De ware stembanden zijn gekomen intact, ook hunne beweging is normaal. De subglottische streek is niet scherp te zien.

Borstonderzoek geeft beginnende tuberculosis der beide longtoppen.

Behandeling: Het lupeuze slijmvlies wordt met 30 pCt. phenolsulforicinol bestreken.

AFDEELING II. SECUNDAIRE LARYNXLUPUS.

a. Statistisch voorkomen.

Zooals later zal besproken worden, kan larynxlupus zonder subjectieve en functioneele stoornissen verlopen. Om te

kunnen vaststellen, hoevaak deze aandoening bij lijders aan lupus voorkomt, is dus een stelselmatig laryngoscopisch onderzoek dezer lijders noodzakelijk. Zulk een onderzoek is herhaaldelijk verricht. Men schijnt het eerst in het Commune-Hospitaal te Kopenhagen regelmatig elken lupuslijder te hebben gekeelspiegeld. Den uitslag over enkele jaren daarvan deelde NICOLAI HOLM ¹⁾ in 1877 in een proefschrift mee. Hij onderzocht 106 gevallen en vond 6 maal (1 m. + 5 vr.) larynxlupus, dus in $5\frac{1}{2}$ pCt. der gevallen.

CHIARI onderzocht 68 lupuslijders (26 m. + 42 vr.). Daaronder leden 66 aan lupus der huid, waarvan 4 ook aan lupus van den larynx. Twee vrouwen hadden lupus van den larynx en de slijmvliezen elders, terwijl de huid vrij was. Dus vond CHIARI op 68 lupuspatiënten 6 zekere gevallen (6 vr.) van larynxlupus of 8.8 pCt.

HASLUND ²⁾ kon op 109 lupuslijders 10 maal (1 m. + 9 vr.) larynxlupus aantoonen, dus in 9,1 pCt. der gevallen.

MARTY ³⁾ onderzocht 89 gevallen van lupus, 8 maal (2 m. + 6 vr.) vond hij larynxlupus dus in 9,1 pCt.

BENDER ⁴⁾ vond bij 380 (118 m. + 262 vr.) patiënten slechts 13 (2 m. + 11 vr.), dus 3,4 pCt.

Ik zelf ben in de gelegenheid geweest, dank zij der welwillendheid der heeren Prof. MENDES DA COSTA (14), Dr. POSTHUMUS MEYJES (4), Dr. BURGER, VAN HOORN, VAN DER LEE en VAN DER SPEK (elk 3), 30 patiënten (10 m. + 20 vr.) met huidlupus te onderzoeken en vond 4 maal (1 m. + 3 vr.) larynxlupus.

Vereenigen wij deze gegevens, dan werd in 783 gevallen

¹⁾ Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1882. CHIARI und KIEHL: Lupus vulgaris laryngis.

²⁾ Viert. f. D. u. S. 1883. HASLUND: Zur Statistik des Lupus Laryngis.

³⁾ L. J. B. MARTY. Le lupus du larynx. Thèse de Paris 1888.

⁴⁾ Viert. f. D. u. S. 1888. BENDER. Ueber Lupus der Schleimhäute.

van lupus 47 maal de larynx lupeus gevonden, dus in 6 pCt. Berekent men uit bovenstaande statistiek, hoe menigvuldig lupus in het algemeen en larynxlupus in het bijzonder percentsgewijze bij vrouwen voorkwamen, dan krijgt men de volgende getallen: lupus 66 pCt. en larynxlupus 75 pCt. Deze getallen wijzen dus op eene bijzondere voorbeschiktheid der vrouw voor lupus in het algemeen en in verhoogde mate voor larynxlupus

Het is mij gelukt, uit de mij ten dienste staande literatuur 114 voldoende beschreven gevallen van secundairen larynxlupus te verzamelen. Ik heb gemeend op deze wijze het best te kunnen nagaan, in hoeverre en in welke frequentie verschillende verschijnselen zich bij larynxlupus voordoen. Volgaarne erken ik, dat het getal 114 veel te klein is, om daarop een eindoordeel te kunnen gronden

In mijne verzameling vind ik den larynxlupus in 71 pCt. der gevallen bij de vrouw. Vergelijken wij met dit cijfer het uit de vorige statistiek gevonden percentsgewijze getal voor larynxlupus bij de vrouw (75 pCt.), dan zien wij, dat het iets meer nadert tot de verhouding van huid- en slijmvlieslupus bij de vrouw (66 pCt.). Dus zoo bij de vrouw de larynx iets meer voorbeschikt is voor lupus, dan de andere slijmvliezen en de huid, is dit verschil toch gering.

De leeftijd, waarop larynxlupus voorkomt, is zeer verschillend. In de groote meerderheid der gevallen wordt hij in de puberteitsperiode aangetroffen. Dat hij ook in de kinderjaren en op hoogen leeftijd kan optreden, bewijzen de volgende gevallen. GROSSMANN¹⁾ en MASSEI²⁾ zagen hem reeds op 9-jarigen leeftijd. In MASSEI's geval bestonden de larynxklachten 2 maanden, GROSSMANN geeft den duur niet

¹⁾ Ref. van CHIARI und RIEHL.

²⁾ Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften, 1891, pg. 263.

op. OBERTUSCHEN ¹⁾ zag primairen larynxlupus bij eene 90-jarige vrouw, bij wie slechts $\frac{1}{2}$ jaar larynxklachten bestonden. Hiermede zijn de tot dusverre waargenomen uitersten aangegeven.

b. Makroscopische pathologische anatomie.

Het schijnt, dat de eerste beschrijving van larynxlupus stamt van TARDIEU ²⁾ uit het jaar 1845. Hij deelt mee, dat in een geval van ozaena scrofulosa, vernieling van de conchae, palatum molle en epiglottis bij een 13-jarig meisje de epiglottis vernield was tot op eene roode onregelmatig bochtige stomp. Hij gebruikte niet den naam lupus, echter wijst zijne beschrijving met groote waarschijnlijkheid op het bestaan van lupus van het neusslijmvlies, van den pharynx en larynx.

VIRCHOW ³⁾ vermeldt, dat uitbreiding op de slijmvliezen meestal per continuitatem geschiedt, maar zelfs uitgebreide larynxzweren kunnen voorkomen, die niet per continuitatem met de neusaandoening samenhangen. Verder beschrijft hij een praeparaat, dat op den tongrug een zeer uitgebreid litteeken en dikke knollige tot erwtgroote hobbels te zien geeft. Op doorsnede gaat het litteeken tot in het spierweefsel der tong; mikroskopisch is echter het litteekenweefsel nog vol granulatiehaarden, waarvan een klein deel vettig veranderd is. De epiglottis is zeer verdikt, hard, hare randen hobbelig. Vaste knobbels breiden zich van de epiglottis uit tot in de trachea. Diepe zweren vertoonen zich op de processus vocales, die omgeven zijn door harde papillaire uitwassen.

EPPINGER ⁴⁾ wijst op den onregelmatig verdikten, met uit-

¹⁾ Viert. f. D. u. S. 1883, pg. 630.

²⁾ Ref. van MARTY pg. 164.

³⁾ RUDOLF VIRCHOW. Die krankhaften Geschwülste. 1864 - 1865. Bd. II pag. 482.

⁴⁾ Ref. van CHIARI u. RIEHL.

wassen bezetten rand en den korreligen drogen bodem der lupeuze zweren tegenover de luetische. Het ontbreken van opgaven over kenmerkende verschijnselen van larynxlupus verklaart hij door het ontbreken van waarnemingen over jongere vormen.

THOMA ¹⁾ beschrijft bij een geval den aditus laryngis als eene ovale spleet, wier vooreinde wordt begrensd door een dikken knobbel, het overblijfsel der epiglottis. De plicae ary-epiglotticae zijn zeer opgeworpen, geven gedeeltelijk den indruk van vastheid, gedeeltelijk dien van oedeem. Ook het achtereinde dezer spleet is verdikt en de slijmvliesplooien zijn verstreken. De verdikking en zwelling zetten zich in den larynx voort, zoodat de plicae ventriculares (de z. g. n. valsche stembanden) en de plicae vocales niet meer zijn te onderscheiden.

c. Onderzoek met den keelspiegel.

TÜRCK ²⁾ was de eerste, die vier gevallen van larynxlupus in vivo beschreef. Later volgden andere mededeelingen, o. a. vier van ISAMBERT ³⁾ en zes van HOLM. In 1882 verscheen van CHIARI's hand eene uitstekende klinische studie: „Lupus vulgaris laryngis”. Hij zag in twee gevallen den larynxlupus beginnen en kon hem geruimen tijd volgen. Voeg ik hieraan toe HASLUND's: „Zur Statistik des Lupus Laryngis” en MARTY's proefschrift: „Le Lupus du Larynx”, dan heb ik de beste bronnen voor dit hoofdstuk vermeld.

Bij den eersten blik lijkt slijmvlieslupus niet bijster op lupus der uitwendige huid.

Te moeilijker is de vergelijking, daar tengevolge van het

¹⁾ THOMA. Anatomische Untersuchungen über Lupus. Virch. Archiv. Bd. 65.

²⁾ Ref. van CHIARI u. RIEHL.

³⁾ Ref. van MARTY pag. 166—171.

pijnloos verloop der ziekte de aandoening laat ontdekt wordt en men de aanvangsverschijnselen dus zelden waarneemt.

De lupusknobbeltjes der uitwendige huid ziet men in het slijmvlies zelden, hier treden papillaire uitwassen op den voorgrond. CHIARI meent, dat ze hunne verklaring vinden in den bouw van het slijmvlies en vooral in den geringen weerstand, dien het dunne weeke epitheel aan het lupusinfiltraat biedt. Hij beschouwt de papillaire uitwassen als de primaire efflorescentiën van den slijmvlieslupus. Ze zijn speldekop- tot hennepkorrelgroot, schieten te voorschijn uit het overigens onveranderde of licht hyperaemische slijmvlies en toonen aan hunne oppervlakte eene witte troebeling, door het verdikte epitheel teweeggebracht. Ze blijven afzonderlijk of vormen, dicht opeengehoopt, onregelmatig gevormde plekken, wier opbouw uit papillaire uitwassen duidelijk zichtbaar is. Hun epitheel is verdikt, verdund of zelfs verloren gegaan. Die plekken breiden zich uit in de vlakke en in de hoogte, zoodat ze nu eens diffuse vlakke infiltraten met onregelmatige begrenzing, dan weer poliepvormige producten vormen. De papillaire uitwassen zijn helder- tot bruinrood gekleurd en dikwijls bleeker, dan het omgevende slijmvlies. De roode kleur vindt men in den aanvang bij compliceerende katarrhen. Later wordt de kleur opvallend bleek, vooral als litteekenweefsel sterk overweegt.

Op twee wijzen is regressie mogelijk. Vooreerst kunnen na maanden de aanvankelijk promineerende papillaire uitwassen geresorbeerd worden en inzinken. Het epitheel schilfert af, krijgt eene zilvergrijze kleur en een wit glanzend litteeken blijft achter. Ten tweede kan het infiltraat in ulceratie overgaan. De zweren zijn vlak, met weinig geïnfilteerde randen en bodem, met etterig beslag.

Herhaaldelijk optredende recidieven bemoeielijken de genezing dezer zweren zeer. Gewoonlijk eerst na langen tijd

komen witte straalswijze litteekens tot stand, die door diepe intrekkingen der oppervlakte de naburige verhevenheden des te meer doen uitkomen. Het proces spaart ook de reeds gevormde litteekens niet en tast ze dikwijls na lange pauzen weer aan. Zoo althans leert de klinische waarneming. Echter weten wij van huidlupus en uit VIRCHOW's beschrijving van een litteeken van lupus linguae, dat wij niet te doen hebben met een werkelijk recidief, maar met eene verheffing van een nog bestaand lijden.

CHIARI wees het eerst er op, dat de recidieven in de litteekens zich niet meer als papillaire uitwassen voordoen, maar volkomen overeenstemmen met de lupusknobbeltjes der huid. Ze ontstaan, doordat litteekenweefsel het slijmvlies heeft verdikt en verhard. Volgens CHIARI is deze waarneming pathognomonisch.

In iedere beschrijving van lupus laryngis is deze waarneming van CHIARI vermeld. Het is mij echter niet bekend, dat ooit de diagnosis op dit symptoom gesteld is. Zelden hebben latere waarnemers makroscopisch duidelijk zulk een volkomen op een lupusknobbeltje der huid gelijkend product opgemerkt.

Belangrijk is de volkomen afwezigheid van secreet in vele gevallen van larynxlupus, niet alleen tijdelijk, maar ook bij langdurige waarneming. In enkele gevallen echter zien wij eene geringe afscheiding, zoo aanwezig, dikwijls sereus.

Zeer kenmerkend voor larynxlupus is de zetel. Hij begint bijna steeds aan den aditus laryngis, om eerst later over te gaan op de glottis. Zelfs kan hij zich uitbreiden in de regio subglottica en in de trachea.

Epiglottis.

Larynxlupus tast bijna altijd de epiglottis aan, zoodat het vrij zijn der epiglottis tegen lupus laryngis pleit. In de door mij verzamelde gevallen is ze in 89½ pCt. aangetast. Be-

schouwen wij echter de gevallen, als larynxlupus beschreven, waarin de epiglottis niet aangedaan was, dan blijken enkele vatbaar te zijn voor twijfel aan de diagnosis. Zoo beschreef PAUL ¹⁾ in 1871. eene 43 jarige vrouw, die sinds 5 jaar leed aan scrophuloderma van de voorarmen en de knieën en sinds ruim 1 jaar zeer heesch was geworden en slikpijn had. Eene harer dochters stierf aan tuberculosis pulmonum. Van syphilis was niets te ontdekken. „Het palatum molle zweert en vertoont een rond gat, dat grenst aan het palatum durum. In den larynx wordt slechts aan den achterwand eene bleeke zweer gevonden. Hare bodem is niet spekachtig, hare randen zijn niet steil.” Deze beschrijving doet vanwege het vrij snel verloop en de zitplaats van de zweer aan den achterwand van den larynx meer denken aan tuberculosis mucosæ ulcerativa dan aan lupus.

Koch ²⁾ beschrijft in 1873 bij eene 25-jarige vrouw met scrophuloderma en lupus pharyngis den larynxtoestand aldus: „Sinds 6 maanden bestaan heeschheid en sterke ademhalingsbezwaren. Pijn ontbreekt volkomen. In den larynx bestaat slechts oedeem der arytaenoidstreek en zijn de stembanden rood en dof. In de longen wordt als afwijking eene geringe demping in den rechter top gevonden. Tonica inwendig en acidum chronicum plaatselijk verbeteren den toestand. Na 3½ maand is de dyspnoe weer toegenomen ten gevolge van eene bronchitis. Weer vindt men de arytaenoidstreek oedemateus en nu cavernen in den linker longtop. Met dezelfde behandeling treedt weer tijdelijke verbetering in.”

Deze larynxverschijnselen zijn onvoldoende, om lupus laryngis aan te nemen, daar van papillaire uitwassen en littekenweefsel geen sprake is en oedeem op den voorgrond wordt gesteld.

¹⁾ Ref. van MARTY pg. 163.

²⁾ Ref. van MARTY, p. 171.

HOLM (1877) deelt een geval mee van eene 24-jarige vrouw, die sinds 9 jaar lupus faciei heeft en sinds 2 jaar zeer heesch is. „De slijmvliezen worden volkomen normaal bevonden, slechts de plicae ventriculares zijn sterk verdikt.”

Misschien is dit laryngitis chronica, maar in elk geval steunt hier de diagnosis lupus laryngis alleen op het feit, dat eene larynxfwijking bestaat bij huidlupus.

SHIELD's patiënt, 1885 ¹⁾, was een 50-jarige man met huidlupus, die eenigen tijd klaagde over heeschheid, kortademigheid en slikstoornis. „Op de plaats der rechter stembanden werd eene nieuwvorming met onregelmatige verhevenheden en zweren gevonden. Wegens dreigende verstikking werd tot tracheotomie overgegaan en verbeterde het larynxlijden belangrijk. Overigens werden noch in den larynx, noch op een slijmvlies elders afwijkingen gevonden.” De zetel, de tumorvorming, het ontbreken van littekenweefsel, de belangrijke verbetering pleiten meer voor den tuberculeuzen tumor, dan voor lupus.

ROSALIE IDELSON ²⁾ gaf in 1879 eene pathologisch-anatomische beschrijving van 3 gevallen van lupus laryngis. Van het 2^{de} geval vermeldde ze slechts, dat de achterste pharynxwand verdikt was en zwoor en dat van de stembanden tot in de trachea zich ulcera en defecten uitbreidden.

Ook ik heb een geval van larynxlupus kunnen waarnemen, waarbij de epiglottis volkomen vrij is. (Zie waarneming No. VI bl. 23). De diagnosis is in dit geval op lupus laryngis gesteld wegens het gelijktijdig bestaan van lupus op de huid en in den neus, wegens de papillaire uitwassen in den larynx en wegens het chronisch verloop. De zetel, het ontbreken van zichtbare vernieling en van littekenvorming

¹⁾ Int. Centr. bl. f. Lar., 1887, bl. 15.

²⁾ Ref. van CHIARI und RIEHL.

steunen echter de diagnosis niet. Men zou in dit geval hebben kunnen denken aan LEWIN's papillair syphiliëd, doch hiertegen pleiten het chronisch verloop, de afwezigheid van zweren, de lupus elders en de longtuberculose, terwijl nergens iets van lues te vinden is. Veel moeilijker is de differentiëel-diagnosis met tuberculosis laryngis ulceratiya. Vóór lupus pleit de lupus elders, vóór tbc. ulc. de longtuberculosis. Wij hellen echter over tot de diagnosis lupus, omdat deze aan-doening zoo langzaam verloopt, omdat papillaire uitwassen overwogen, terwijl ulceratie volkomen ontbreekt en omdat patiënte van haar larynxlijden weinig last meer heeft, dan eenige heeschheid. Tegen eenvoudige laryngitides pleit het langdurig op een klein gedeelte van den larynx beperkt zijn van het ziekteproces. Hier zou mikroskopische contrôle zeer gewenscht zijn geweest, maar onze herhaalde pogingen, om bij deze patiënte een stukje van het zieke larynxweefsel te exstirpeeren, mislukten.

KOSCHIER ¹⁾ beschreef een 26-jarigen man met lupus faciei et laryngis. De geheele aditus laryngis was vrij, slechts zag hij rondom de processus vocales aan weerskanten papillaire uitwassen. Dit geval gelijkt dus veel op het onze.

Wij komen dus tot de slotsom, dat bij larynxlupus de epiglottis bijna constant is aangedaan.

Zooals in het slijmvlies in het algemeen begint lupus ook in de epiglottis met het optreden van enkele gerste- tot hennepkorrelgroote, meer of minder promineerende papillaire uitwassen. Ze kunnen elk op zich zelf blijven of zich aaneensluiten. In het laatste geval wordt de epiglottis dikker en daardoor haar normaal dunne scherpe rand rond. De normaal gladde epiglottis wordt hobbelig, meer tepel-

¹⁾ Wiener klinische Wochenschrift 1895. HANS KOSCHIER. Ueber Nasentuberculose No. 36-42.

vormig, zoodat ze herhaaldelijk is vergeleken met eene moerbezie of framboos. Meer door resorptie dan door verzwering gaan gedeelten van het lupusinfiltraat verloren, terwijl daarnaast weer nieuwe papillaire excrescentiën optreden.

Wanneer de ziekte in de epiglottis tot stilstand komt en littekenvormig overweegt, wordt de epiglottis bleek, uitgetand, als van kanteelen voorzien.

Sterke verdikking doet ook haar gewicht toenemen en daardoor zou ze volgens de beschrijving van MARTY kunnen kantelen naar den aditus laryngis, zoodat zelfs in enkele gevallen ten gevolge hiervan ademhalingsstoot voorkwam.

Mijns inziens zal in die zeldzame gevallen meer de retractie der plicae ary-epiglotticae, dan de zwaartekracht de epiglottis omlaagtrekken.

Hare consistentie is aanvankelijk week, later wordt ze vast, doordien littekenweefsel overweegt. Omdat de eene plaats voor het eerst of opnieuw wordt aangetast, terwijl de andere plaats geneest, zal men de consistentie op allerlei plekken verschillend kunnen vinden.

Plicae ary-epiglotticae.

In de door mij verzamelde gevallen vind ik de plicae in 45 pCt. aangetast. In den aanvang zijn zij matig verdikt en met papillaire uitwassen bezet. Wanneer later littekenweefsel overweegt, worden ze bleek, vast en geschrompeld. En de verdikking en de schrompeling kunnen bijdragen tot eene belangrijke vernauwing van den aditus laryngis.

Membranae quadrangulares. Plicae ventriculares (borenste stembanden). Regio interarytaenoidea.

De meeste schrijvers bespreken niet afzonderlijk de membranae quadrangulares. In 37 gevallen vond ik lupeuze veranderingen der plicae ventriculares opgegeven, maar dikwijls wordt er niets van gezegd, zoodat ik ook hiervan niet een betrouwbaar percentgehalte kan opgeven. De regio

interarytaenoldea vond ik in 42 pCt aangetast. Het merkwaardige van dit getal is, dat het leert, dat deze streek *niet* de lievelingszetel van larynxlupus is.

Plicae vocales (ware stembanden.)

Ook deze vindt men in 42 pCt. der gevallen aangetast. Ze worden rood, later krijgen ze eene ruwe oppervlakte, die den bekenden vorm der papillaire excrescentiën aanneemt. In het begin is natuurlijk verwarring mogelijk met katarhale laryngitis. De meeste gevallen met lupeuze veranderingen der plicae vocales en regio interarytaenoldea komen hierin overeen, dat de veranderingen in den aditus van ouderen datum zijn, dan die rondom de glottis, zoodat in den aditus belangrijke defecten bestaan en littekenweefsel overweegt.

Soms bewegen zich de stembanden onvoldoende. De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in spierverslamming of spierverswakking en in functiestoornis van de articulatio crico-arytaenoldea, hetzij door gewrichtsontsteking of door verdichting der weefsels om het genoemde gewricht heen. Meestal is ze eenzijdig en onvolledig. BARATOUX ¹⁾ zag in een geval van lupus erythematosus discoides cutis en lupus laryngis den linker stemband volkomen stilstaan in phonatiestand. Ook in een mijner gevallen is de linker stemband volkomen gefixeerd in de mediane lijn. (Zie ziektegeschiedenis No. IV blz. 21) Overigens spreken 5 schrijvers van beperkte beweeglijkheid, alleen BALL ²⁾ vermeldt beperkte abductie.

Regio subglottica en trachea.

Het is hooge uitzondering, dat deze streek door lupus wordt aangetast. Slechts VIRCHOW en ROSALIE IDELSON troffen in de trachea lupeuze veranderingen aan en wel bij de sectie. Nagaande de door mij verzamelde gevallen, vind ik

¹⁾ Ref. van MARTY pag. 135.

²⁾ Laryngological Society of London 10. 4. 1895.

zelfs geen enkele maal subglottischen lupus, in vivo erkend, vermeld. Dit zeer opvallende feit laat zich verklaren, doordat larynxlupus begint aan de epiglottis en eerst veel later de glottis overschrijdt. Dan bestaan in den aditus laryngis luptenze veranderingen van ouden datum, verdikking en litteekenschrompeling, die het verdere larynxonderzoek belemmeren of zelfs beletten. Toch heb ik in 2 gevallen (zie ziektegeschiedenissen IV en VI) waarvan het eene (zie ziektegeschiedenis N°. VI) echter niet met zekerheid als lupus laryngis mag worden beschouwd), in vivo subglottischen lupus kunnen waarnemen.

Complicaties

Perichondritis komt het meest voor aan de epiglottis. In 44 pCt. mijner gevallen vind ik opgegeven, dat een groot deel der epiglottis is verloren gegaan. Bedenkt men, dat onder normale omstandigheden het vrije gedeelte der epiglottis geheel door kraakbeen wordt gevormd en slechts een dun slijmvliesbekleedsel draagt, dan zijn dus in 44 pCt. der gevallen, getuige de groote kraakbeendefecten, nog bestaande of afgeleopen perichondritis epiglottidea, waargenomen. De boven beschreven bleke uitgetande epiglottis, als van kanteelen voorzien, wijst op kraakbeendefecten, door lupus ontstaan.

Terwijl bij de gewone larynxtuberculosis ook andere kraakbeenderen en wel vooral de cartilaginee arytaenoidea vrij menigvuldig worden aangetast, is dit bij larynxlupus hooge uitzondering. ROSALIE IDELSON vond bij obductie in een uitgesproken geval van secundairen larynxlupus een defect in de cartilago thyreoidea. EPPINGER zag exfoliatie van de arykraakbeenderen. Ook bij een mijner patiënten (zie ziektegeschiedenis N°. III) is de cartilago thyreoidea aangetast, maar misschien moet dit geval als een overgangsvorm van lupus en ulceratieve tuberculosis worden beschouwd.

Larynxoedeem is zelden duidelijk aanwezig. Slechts in 3

gevallen is er sprake van, maar toch is volgens de beschrijving het oedeem zeer twijfelachtig.

d. Subjectieve en functioneele symptomen.

1 van den larynxlupus. CHIARI en HASLUND wezen er op, dat lupus laryngis vaak en vooral in den aanvang voor den lijder geen stoornissen verwekt. Het grootste bewijs hiervoor is, dat zij in staat waren, onder 18 gevallen van secundairen larynxlupus 10 te beschrijven, waarbij larynxstoornissen volledig ontbraken. Dan was de mededeeling, dat er ook aan de keel iets haperde, voor de lijders eene even onverwachte als onaangename verrassing. Zoo vond CHIARI in de verslagen van HEBRA's kliniek een geval van secundairen larynxlupus meegedeeld, waarin de lijder intra vitam niet over den larynx geklaagd had en men post mortem lupus laryngis vond. Zelfs waren in dit geval de epiglottis en de plicae ary-epiglotticae gedeeltelijk vernield.

Aan den anderen kant kunnen bij uitzondering, afhankelijk van den zetel, den vorm en de uitbreiding van den larynxlupus, vroegtijdig heftige, ja zelfs het leven bedreigende symptomen op het larynxlijden wijzen. Gewoonlijk troft men ze eerst later aan, als het proces zich in den larynx sterk verbreid heeft. Maar de regel is, het zij nog eens duidelijk gezegd, dat de larynxverschijnselen noch in den aanvang, noch later op den voorgrond treden.

Uit het bovenstaande volgt, dat men onmogelijk in een reeds ver gevorderd geval van lupus laryngis den aanvang van het keellijden kan vaststellen.

Wanneer ik de door mij verzamelde gevallen van secundairen larynxlupus naga, dan vind ik in 58 pCt. het bestaan van subjectieve en functioneele larynxsymptomen opgegeven. Dit getal geeft intusschen geenszins de juiste verhouding weer van de stoornissen bij larynxlupus. Het is daarvoor

veel te hoog, want behalve eenige weinigen hebben de meeste schrijvers slechts den larynx onderzocht, omdat er klachten bestonden, die op eene aandoening van dit orgaan wezen.

Stoornissen van de stem, vond ik onder de 114 bovengenoemde gevallen in 53 pCt. vermeld. MARTY zegt, dat de stem hare helderheid verliest, verzwakt, ruw wordt. Dit kan blijvend zijn en is altijd meer uitgesproken des morgens bij het opstaan of des avonds na de vermoeienissen van den dag. Soms treedt intermitterende of zelfs volledige blijvende aphonie in.

Ademhalingsstoornissen ontbreken meestal. Echter werden ze in 26 pCt. geconstateerd en bedreigden ze zelfs in 6 pCt. het leven. De ademhaling, aanvankelijk fluitend, werd steeds meer belemmerd, dan ontstond orthopnoe enz. — Maar in de meeste gevallen vindt men, zelfs in lang bestaande gevallen, niet het geringste teeken van laryngostenosis.

Slikstoornissen vond ik in 20 pCt. vermeld. In 3 gevallen waren ze zelfs in hooge mate aanwezig, nl. in gevallen beschreven door PAUL in 1871, GANGHOFNER¹⁾ 1880 en LEFFERTS¹⁾ 1884. Meestal was ook pharynxlupus aanwezig. Bijv. in PAUL's geval was het palatum molle geperforeerd en geheel zwerend, GANGHOFNER beschrijft op den achtersten pharynxwand litteekens en halfbolvormige woekeringen. LEFFERTS vermeldt hypertrophie en verzwering van den geheelen pharynx. Bij den primairen larynxlupus komt, gelijk wij zullen zien, deze voor den pharynx zoo typische klacht ternauwernood voor, zoodat men recht heeft, de dysphagie meer als een gevolg van het pharynxlijden te beschouwen en in het beeld van den larynxlupus onder de zeldzame symptomen te rangschikken.

Verslikken komt bijna nooit voor. Bedenkt men, dat het vrije deel der epiglottis bij deze ziekte zoo dikwijls is

¹⁾ Ref. van CHIARI und RIEHL.

teloorgegaan, dan stemt dit met de opvatting der physiologen overeen, dat bij de afsluiting van den larynx het vrije deel der epiglottis geen belangrijke rol heeft te vervullen. Slechts in één geval, door MORELL-MACKENZIE ¹⁾ beschreven, wordt verslikken als klacht vermeld.

Pijn in de keel ontbreekt bijna steeds. Slechts TÜRK 1866 en BARATOUX ²⁾ 1888 deelen dit symptoom mee. In BARATOUX' geval waren de randen van het palatum molle rood, zoodat misschien hiervan de pijn in de keel afhankelijk is geweest. Wel voelen deze patiënten dikwijls hun stemorgaan (vooral bij spreken, hoesten en opgeven), maar werkelijk pijngevoel is zeer zeldzaam. De patiënten laten ook het inbrengen van instrumenten in den larynx gemakkelijk toe.

Hoest is, zoo aanwezig, zelden afhankelijk van den larynx-lupus, veel vaker van de eene of andere complicatie van den kant der trachea, bronchiën, pleura enz. De van larynxlupus afhankelijke hoest is gewoonlijk kort en droog, kan ook luidruchtig zijn.

Expectoratie ontbreekt in den regel volkomen, evenals hoest. Dit stemt overeen met het feit, dat wij op het door lupus aangetaste larynxslimvlies meestal gedurende het geheele verloop in het geheel geen secreet waarnemen.

Nu eens kunnen de gering opgegeven sputa slijmig en draadtrekkend, dan weer meer dik en etterig zijn. MARTY zag eene lijdere met klinisch gezonde bronchiën en longen zeer duidelijk bloedig gestreepte sputa opgeven. Hij meende, dat het bloed kwam uit zweertjes van de verdikte stembanden. Ook GABEL zag in een geval van primairen larynxlupus bloed in de sputa, vermoedelijk ook van het lupeuze larynxslimvlies afkomstig. In twee mijner gevallen werden ook bloedige sputa opgegeven. Echter zijn van beide patiënten de longen

¹⁾ Ref. van CHIARI und RIEHL.

²⁾ Ref. van MARTY.

tuberculeus en behoeven dus de bloedige sputa niet van den lupeuzen larynx afkomstig te zijn.

2. *Symptomen afhankelijk van den lupus der naburige slijmvliezen.*

Het behoeft nauwelijks nader betoogd te worden, dat vele klachten, die door lijders aan larynxlupus worden geuit, niet door het larynxlijden worden veroorzaakt, maar door de zoo dikwijls tegelijkertijd aanwezige aandoening van den inwendigen neus, den mond en den pharynx.

Zoo treden in gevallen, waar tevens de neus is aangedaan, de verschijnselen van verstoptheid en vermeerderde afscheiding op den voorgrond. Deze laatste kan tot korstvorming leiden. Zelden voegen zich hieraan foetor e naso, anosmia enz. toe. Zeer verschillende stemstoornissen kunnen veroorzaakt zijn door sterke neusverstoptheid, door eene open verbinding van neus- en mondholten tijdens het sijn reken, door vergroeiing van het weeke verhemelte met den achtersten pharynxwand enz.

Mond- en pharynxlupus geven soms eenige last bij het gebruik van prikkelende spijzen; bij uitzondering veroorzaakt pharynxlupus pijn bij het slikken.

Zooals wij later zullen zien, is primaire larynxlupus zeldzaam. Echter meene men niet, dat als regel lupus aanvangt in de huid en secundair voortschrijdt in de slijmvliezen. Reeds in 1854 wees POHL ¹⁾ er op, dat het neusslijmvlies vaak de primaire zetel is. Tegenwoordig meent men zelfs vrij algemeen, dat lupus faciei zich meestal aansluit aan lupus van den inwendigen neus.

Lupus verloopt op de verschillende slijmvliezen onder hetzelfde beeld. Bij aanraking bloedt het lupeuze slijmvlies gemakkelijk.

In den neus kan slijmvlieshypertrophie het beeld der

¹⁾ Ref. van BENDER.

rhinitis chronica hypertrophica en door opvolgende schrompeling dat van rhinitis chronica atrophica geven. Voegen zich hieraan toe korstvorming en foetor, dan is het symptomencomplex der ozaena, als gevolg van lupus, aanwezig. Zooals algemeen bekend is, tast lupus het neuskraakbeen dikwijls aan.

Een der grootste bewijzen, dat lupus onopgemerkt jaren kan bestaan, wordt gegeven door het feit, dat vergroeiingen van het weeke verhemelte met den achtersten pharynxwand kunnen tot stand komen, zonder dat patiënt ooit pharynxklachten gehad heeft.

Lupus linguae schijnt zelden voor te komen. Slechts 17 gevallen zijn mij uit de literatuur bekend.

Het feit staat vast, dat het been kan aangetast worden. Toch zijn zulke waarnemingen zeldzaam. Doorboring van het harde verhemelte werd waargenomen door DUMONT-PALLIER ¹⁾ 1872, BLOCK ²⁾ 1886, MARTY 1888 (tweemaal) en LANG ³⁾ 1895. In het eerste geval van MARTY bestond bij eene 26-jarige vrouw lupus van het neusslijmvlies sinds het 11^{de} jaar, was het mondslijmvlies normaal en bestond de perforatie 5 jaar. MARTY nam een derde geval waar met een litteken van het harde verhemelte, wijzende op een diep weefseldefect, waarin het echter niet was gekomen tot perforatie. Hier was het neusslijmvlies intact en teekenen van afgeloopen lupus van het verhemelteslijmvlies nog aanwezig. In het eerste geval was het ziekteproces van het neus-, in het tweede van het mondslijmvlies op het been voortgeschreden.

Zeer zelden schijnt het beenig septum nasi aangetast te worden.

¹⁾ Ref. van MARTY pg. 149.

²⁾ Viert. f. D. u. S. 1886 BLOCK. Aetiologie und Pathogenesis des Lupus vulgaris pg. 211.

³⁾ Ref. Archiv. f. D. u. S. 1895 Band 31 pg. 429.

Wat BAZIN ¹⁾ in 1870 als kenmerkend en typisch voor den lupuslijder in het algemeen beschreef, lijkt meer op de syphilis toepasselijk te zijn: „Men ziet het beenige septum nasi dagelijks kleiner worden. Van de tong blijft slechts over een vormelooze knobbel, gezeten op den bodem van het gat, dat de vereenigde mond- en neusholten voorstelt, want de tanden vallen uit en het harde verhemelte verdwijnt. De bodem der orbita gaat teloor, de oogbollen zinken neer, slechts weerhouden door de nervi optici, waaraan ze als aan twee banden hangen”.

e. Verloop. Prognosis.

Larynxlupus verloopt zeer langzaam en wordt hierin slechts overtroffen door lepra, misschien soms door skleroma. CHIARI had gelegenheid in eene reeks van waarnemingen de ontwikkeling en het verloop van larynxlupus te vervolgen. Gewoonlijk echter weet men niet, wanneer de larynxlupus begonnen is en evenmin weet men, of en wanneer hij genezen zal. Doorgaans bestaat hij jaren, verbetert nu eens, verergert dan weer. Soms schrijdt het proces vrij snel voort, volgens sommigen bijv. onder den invloed van kwik of zwavel. Langzaam voortgaan van het proces op pharynx- en mondslijmvlies wordt dikwijls waargenomen. Bijna altijd is de aandoening gekenmerkt door groote hardnekkigheid en is haar verloop, trots velerlei behandeling, langzaam progressief.

Zelden is larynxlupus zelf de oorzaak van den dood en dan door stenosis laryngis.

Wat de prognosis der stemstoornis betreft, ook deze is niet gunstig. Bijna steeds blijft de dysphonie bestaan, ook al kan ze in geringe mate en tijdelijk iets verbeteren.

¹⁾ Ref. van MARTY pg. 6.

f. Mikroskopisch onderzoek.

Pathologisch-histologische onderzoekingen zijn verricht door ROKITANSKY, THOMA, EPPINGER, GARRÉ e. a.

THOMA vond het larynxslijmvlies deels littekenachtig verdikt, deels in de oppervlakkige lagen geïnfilteerd. In het infiltraat trof hij een groot aantal reuzencellen aan. Het epitheel was behouden. In de klierresten vond hij pseudo-reuzencellen, ontstaan door weekering der klierepitheelcellen.

Volgens EPPINGER hangt het nieuwvormingsproces, de granuleuze weekering, nauw samen met het epitheel. Zoowel het dekepitheel, als het epitheel van de uitloozingsbuizen der klieren weekert, zich uitend in dikker worden en het uitzenden van veel papilachtige uitloopers in de diepte. Het kraakbeen gaat over in sklerotisch bindweefsel.

Ook aan GARRÉ¹⁾ vielen de papilachtige weekeringen van het dekepitheel der epiglottis op. Enkele plaatsen herinnerden aan de epitheeluitloopers bij carcinoom. In plaats van tuberkels vond hij tamelijk omvangrijke subepitheliale infiltraten met reuzencellen. Op de meeste plaatsen reikt deze infiltratie tot op het kraakbeen, elders liggen tusschen kraakbeen en infiltraat kleincellig geïnfilteerde klieren. Verderop weer is het bindweefselombulsel der klieren volledig doorgebroken en zijn slechts klierresten te erkennen. De klierepitheliën ont-aarden vaak, verder zijn vele klierbuizen verwijd, zooals reeds EPPINGER beschreef. Het infiltraat dringt hier en daar in het kraakbeenvlies en in het kraakbeen. Ook hier treffen wij genezingsprocessen in den vorm van littekenweefsel aan. Nieuwgevormd bindweefsel kan met epitheel bedekt zijn, terwijl de normale slijmvliesstructuur volledig ontbreekt. GARRÉ zocht in 20 sneden vergeefs naar bacillen.

¹⁾ Münchener Medicinische Wochenschrift 1889 No. 52. GARRÉ. Primärer Lupus des Kehlkopfeinganges. Operation mittelst Pharyngotomia subhyoidea.

Ook LEROUX¹⁾ beschreef *lupus epiglottidis*. De oppervlakkige epitheel laag bestond uit normale cellen, bevatte bovendien eene groote hoeveelheid embryonale cellen met uitloopers tusschen de epitheelcellen. De papillaire uitwassen bestonden geheel uit embryonale cellen met eene enkele reuzencel. De meeste klierkwabjes waren gezond, enkele echter voor een groot gedeelte vernield, en slechts te herkennen aan het hen omgevend bindweefsel en de hier en daar behouden alveolen. De rest bestaat uit embryonaal weefsel met ingesloten reuzencellen.

In hetzelfde jaar vermeldde GAREL²⁾ een geval van primären larynxlupus. LACROIX, praeparateur van Prof. RENAUT, vond in een door GAREL geëxstirpeerd epiglottisstukje den typischen tuberkelknobbel met eene of meer reuzencellen, eene epithelolde en peripheer de embryonale zone. In de peripherie zag hij versche lupusknobbeltjes in alle stadiën. De ontsteking daaromheen had nog niet haar definitief karakter aangenomen. Hier was de plaats, waar de ontsteking zich uitbreidde. In het centrum had nieuwvorming van bindweefsel de overhand. Op ééne plek bestond eene zweer, op wier bodem, in plaats van moleculair vervallende kaasmassa's, aaneengesloten wratachtige verhevenheden bezig waren in bindweefsel over te gaan.

Ik zelf³⁾ heb ook eenige stukjes uit de luppeuze epiglottis der patiënte, beschreven in ziektegeschiedenis No. VII, histologisch onderzocht.

Het onderzoek der verwijderde epiglottisdeelen toont in de eerste plaats, dat het epitheel zoowel aan den lingualen als aan den laryngealen kant der epiglottis plaveiselepitheel is. Nergens ziet men cilinderepitheel. De epitheel laag is

¹⁾ Int. Centr. bl. f. Lar. 1894 pg. 96.

²⁾ Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. Tome VIII Fascicule I. 1892.

³⁾ Het is hier de plaats, den heer J. A. VAN DER WIJK, Arts, hartelijk dank te betuigen voor de hulp, bij het mikroskopisch onderzoek verleend.

bijna overal verdikt. Slechts hier en daar bestaan kleine epitheeldefecten, die alleen met den mikroscoop te zien zijn.

In de epitheelranden van het defect dringen „rondcellen”. Als tweede uiting van epitheelhypertrophie dringen talrijke dikke epitheeluitloopers in de diepte. Zoo bestaan de papillaire uitwassen voor een belangrijk gedeelte uit verdikt epitheel. Het subepitheliale weefsel ziet men sterk geïnfilteerd. Ook waar het infiltraat de epitheel laag bereikt, is deze toch hier en daar ontwijfelbaar verdikt.

Duidelijk zijn tuberkels aanwezig, enkele met 4 à 5 reuzencellen in ééne doorsnede. De rand van zulk een knobbeltje is mooi rond of ovaal, dus hebben we hier niet te doen met een conglomeraat, maar met een enkelen tuberkel of lupusknobbeltje.

Maar ook zijn reuzencellen buiten tuberkels om zichtbaar te midden van het infiltraat elders, eene enkele in de papillaire uitwassen, soms vrij dicht bij het dekepitheel.

Tegen het onveranderde elastische kraakbeen ligt aan den laryngealen kant eene groep van meest onveranderde slijmklieren.

Het is mij niet gelukt, tuberkelbacillen aan te toonen.

Ook van een man met secundairen lupus laryngis (Zie ziektegeschiedenis N^o. IV) heb ik eenige papillaire woekeringen uit de regio subglottica sinistra onderzocht. Ik zag hier niet veel anders, dan belangrijke epitheelverdikking, subepitheliale infiltratie en eenige weinige reuzencellen. Vermoedelijk waren de vaten in aantal vermeerderd.

Dit alles stemt het meest met GARRE's beschrijving overeen, ook zag ik evenals LACROIX tuberkels of lupusknobbeltjes. In LACROIX' beschrijving is de centrale zweer opvallend. Overigens wijzen de histologische onderzoekingen er op, dat lupus in het algemeen en evenzoo lupus laryngis weinig neigen tot zweervorming. Ook blijkt LACROIX' zweer niet groot geweest te zijn, want hij spreekt het vermoeden

uit, dat ze is ontstaan, doordat een groote lupusknobbel verkaasd is en zich na verlies der epidermis naar buiten heeft ontlast.

g. Aetiologie en Pathogenesis.

Wordt larynxlupus veroorzaakt door den tuberkelbacil?
Deze vraag is bevestigd, zoo men kan aantoonen, dat lupus in het algemeen door den tuberkelbacil wordt veroorzaakt. Reeds vóór Koch's ontdekking rekenden vele Franschen om pathologisch-anatomische en klinische overwegingen den lupus vulgaris tot tuberculosis. Na Koch's ontdekking vonden talrijke onderzoekers bijna geregeld den tuberkelbacil en wel het meest in de reuzencellen of in hare omgeving. Maar men moet dikwijls een groot aantal coupes onderzoeken, om hunne tegenwoordigheid aan te toonen. Bijv. vond Koch ze in één geval in de 27^{ste}, in een ander geval eerst in de 43^{ste} coupe. Bedenken wij dat tuberkelbacillen zich in weefsel moeielijk laten aantoonen, dan begrijpen wij dat talrijke onderzoekers ze niet of slechts schaars hebben gevonden. Trouwens de tuberkelbacillen zijn ook schaarsch bij tuberculosis der beenderen, der gewrichten, scrophuloderma enz. en toch twijfelt niemand er aan, of ook daarbij zijn tuberkelbacillen in het spel.

Dat de bij lupus gevonden bacillen werkelijk tuberkelbacillen zijn, bewees Koch, door lupusbacillen te kweken en te enten. Alle konijnen werden bij enting tuberculeus. Maar niet alle onderzoekers hadden steeds bevestigenden uitslag.

JADASSOHN en WOLTERS toonden bij den mensch aan, dat huidlupus was opgetreden ten gevolge van inenting. WOLTERS ¹⁾ zag bij een 22-jarigen cand. med., die twee maanden te voren bij eene „Schlägermensur“ vijf „Blutige“ op den schedel gekregen had, lupusknobbeltjes in de litteekens. Het mikroskopisch onderzoek bevestigde de diagnosis. Het

¹⁾ Archiv. f. D. u. N. 1893.

bleek dat pat., terwijl hij met het onderzoek van tuberculeus sputum bezig was, de vijf dagen oude korst van de wonden had losgekrabd.

Met dezen inentingslupus stemt overeen, dat niet zelden lupus optreedt in het litteeken eener veretterde tuberculeuze klier, eener fistel en dat hij volgt op chirurgische behandeling van tuberculeuze aandoeningen. Omgekeerd kan lupus in de diepte voortschrijden, kraakbeen en been aantasten, ja zelfs is acute gegeneraliseerde miliartuberculosis waargenomen in onmiddellijke aansluiting aan bloedige tegen lupus ondernomen chirurgische ingrepen.

Vele lupeuzen lijden tevens aan tuberculosis, vooral van de longen en bezwijken niet zelden aan de laatste aandoening.

Vaak vindt men bij den lupuslijder tuberculeuze heredititeit.

Dat ook larynxlupus door den tuberkelbacil wordt veroorzaakt, mag op grond van al het bovenstaande wel als bewezen worden erkend. Deze bewijzen berusten in het optreden der larynxaandoening in aansluiting aan den huidlupus, in de resultaten van het mikroskopisch onderzoek en het veelvuldig voorkomen of optreden van tuberculosis in andere organen.

Hoe komt de tuberkelbacil in het larynxslimvlies?

In sommige gevallen van secundairen larynxlupus breidt het proces zich continueel uit van de huid langs neus-, mond- en pharynx- op het larynxslimvlies. In deze gevallen moet eene verplaatsing der tuberkelbacillen langs de lymphewegen worden aangenomen.

Anders staat de zaak, zoo larynxlupus ver verwijderd is van andere tuberculeuze haarden of primair optreedt. Dan is de besmetting te vergelijken met die van de gewone larynxtuberculosis en van de tuberculeuze larynxtumoren.

Op drie wijzen kan de bacil binnendringen: door de epitheel-laag heen, met den lympe- of met den bloedstroom. De meeningen loopen uiteen, of de tuberkelbacil van de slijmvlies-

oppervlakte dringt in de diepere weefsellagen (LOUIS, ¹⁾ KLEBS, ¹⁾ FRAENKEL, ²⁾ WRIGHT, ³⁾ dan wel omgekeerd (HEINZE, ¹⁾ PFEIFFER, ¹⁾ KORKUNOW. ⁴⁾

LOUIS meende, dat ontledende cavernensecreten het ontstaan van larynxtuberculosis in de hand werken. Na de ontdekking van den tuberkelbacil sloot zich vooral KLEBS aan bij deze meening. PFEIFFER dacht, dat de tuberkelbacillen zich langs de lymphewegen verbreiden en wel omdat slechts hierdoor zich het menigvuldig eenzijdig optreden van gelijktijdige long- en larynxtuberculosis laat verklaren. HEINZE en KORKUNOW vonden tuberkels subepitheliaal of nog dieper, van het epitheel door eene strook normaal weefsel gescheiden. Deze strook wordt bij het groeien der tuberkels steeds kleiner, tot eindelijk de tuberkel aan het epitheel stoot. De heftigheid der ziekte ging niet hand in hand met het aantal bacillen. Vele zweren en hunne omgeving bevatten geen bacillen, terwijl andere zweren van denzelfden larynx er veel hadden. KORKUNOW vond bacillen in de tuberkels en in de geïnfilteerde omgeving der tuberkels, maar niet in het epitheel noch in de strook gezond weefsel. Hij vond des te minder bacillen, naarmate hij het epitheel naderde. Vandaar dus de meening, dat tuberkelbacillen van een bestaanden haard door den lympe- of den bloedstroom in het larynxslijmvlies komen en zich daar verder ontwikkelen.

Vóór deze meening put ARNOLD ⁵⁾ een klinisch argument uit gevallen, waarin tuberculeuze naast syphilitische zweren in den larynx bestaan en de syphilitische met joodkalium en kwik genezen.

¹⁾ J. GOTTSCHALK. Die Krankheiten des Kehlkopfes. 4 A. 1893.

²⁾ VIRCHOW's Archiv. C XXI. 1890, Heft 3 pg. 523. Eug. FRAENKEL. Untersuchungen ueber die Aetiologie der Kehlkopftuberculose.

³⁾ American Laryngological Association 17-19. 6. 1895.

⁴⁾ Int. Centr. bl. f. D. u. S. 1888 pg. 359. A. KORKUNOW. Ueber die Entstehung der tuberculösen Geschwüre, etc.

⁵⁾ ARNOLD. Comb. van lues en tuberculosis laryngis. Int. Centr. bl. f. Lar. 1888 pg. 317.

EUGEN FRAENKEL is van tegenovergestelde meening, hij gelooft nl., dat de tuberkelbacillen van de oppervlakkige lagen af in de diepte dringen. Bij individuen, gestorven aan phthisis, bij wie ook larynxafwijkingen bestonden, sneed hij stukjes van het zieke larynxslijmvlies uit en onderzocht die mikroskopisch. Slechts eens zag hij tuberkels met opvallend vele reuzencellen. Meestal echter vond hij slechts erosies, die ten deele nog met epitheel bekleed waren. De subepitheliale laag was vaak kleincellig geïnfilteerd. Het infiltraat, dat soms tot het perichondrium reikte, vertoonde geen kazige veranderingen. Toch vond hij hierin geregeld tuberkelbacillen. Waar nog epitheelresten den bodem der erosie bedekten, waren de epitheelcellen opgezwollen, glazig en hingen onder elkaar en met de onderlaag los samen, zoodat spleten en retsen zich in het epitheliaal dek gevormd hadden. Waar de processen oppervlakkig waren, ontbraken subepitheliale tuberkels geheel en vond hij tuberkelbacillen tusschen de dekepitheelcellen of, waar dit ontbrak, in de kleincellig geïnfilteerde tunica propria, nergens in de diepere weefsellagen. FRAENKEL meent, dat zijne praeparaten geen twijfel overlaten, dat de tuberkelbacillen tusschen de epitheelcellen zijn ingedrongen en eerst later in de diepere weefsellagen komen.

Kunnen tuberkelbacillen door normaal larynxslijmvlies dringen? Dit is onbekend. Al beweert DOBROKLOWSKY ¹⁾, dat tuberkelbacillen kunnen dringen door normaal darmslijmvlies, mag men de doordringbaarheid van het larynxslijmvlies niet zonder meer met die van het darmslijmvlies gelijkstellen, vooral niet, als men bedenkt, dat de physiologische beteekenis van het laatste is te resorbeeren, die van het eerste alleen te secerneeren. Wij mogen aannemen, dat enting op het larynxslijmvlies begunstigd wordt door katarrhale ontsteking, vooral als de oppervlakkige lagen van het slijmvlies zijn

¹⁾ Zie EUGEN FRAENKEL.

aangedaan, waarbij het epitheel loslaat en de exsudatie niet sterk is. Ook veel hoesten werkt enting in de hand.

De tuberkelbacil bereikt den larynx dus van buiten of van binnen uit. Het meest zullen wel tuberculeuze sputa bij longlijders den larynx infecteeren. Maar bij primaire larynx-tuberculosis ontbreekt deze wijze van besmetting en moet dus de tuberkelbacil van buiten uit met het voedsel of de ademhalingslucht, of van binnen uit, op de eene of andere wijze in het bloed of de lympe geraakt, den larynx bereiken. Dan treedt misschien voor den primairen larynxlupus het voedsel op den voorgrend. Hiervoor pleit het bijna constant begin dezer ziekte aan den aditus laryngis, met name de epiglottis, een zetel, die geen verklaring behoeft, waar lupus zich van den pharynx per continuitatem op den larynx voortzet.

AFDEELING III. PRIMAIRE LARYNXLUPUS.

Men spreekt van primairen larynxlupus, zoo lupus in het larynxslimvlies is begonnen.

Beschouwen wij evenwel den lupus als slechts een der vormen van huid- en slijmvlies-tuberculosis en willen we slechts dan van primairen larynxlupus spreken, als het larynxslimvlies het eerst in het geheele organisme door den tuberkelbacil is aangetast, dan zal het wetenschappelijk bewijs, dat wij met primairen larynxlupus te doen hebben, slechts door den patholoog-anatoom kunnen worden gegeven en zelfs voor dezen zal het zeer moeilijk te leveren zijn.

Wanneer men bedenkt, dat de als primaire larynxlupus gediagnosticeerde gevallen zeldzaam zijn in de literatuur en dat zeker hoogst zelden een tot het larynxslimvlies beperkte lupus den dood zal veroorzaken, dan begrijpt men, dat een wetenschappelijk vaststaand geval van primairen larynxlupus, in laatstgenoemden zin opgevat, nog niet bekend is.

NAAM VAN DEN SCHRIJVER. BRON.	LEEFTIJD. GESLACHT.	DOOR DER LARYN- KLACHTEN.	EPIGLOTTIS.
1. ISAMBERT 1871. Ref: Marty. Le larynx. Thèse de Paris 1888.	50 j. vr.	?	Verdikt, afgerond, geploet, hobbe- lig, met oppervlakkige zweren.
2. VON ZIEMSEN 1878. Von Ziemsen. Spec. Path. und Ther. IV, Band I, pag. 303.	12 j. vr.	jaren.	Links groot defect, welks bodem e- omgeving met talrijke granulat- ieknobbeltjes.
3. HASLUND 1883. Vierteljahresschrift für Derm. u. S. pag. 480.	17 j. vr.	1 j.	Rand- en ondervlakte gewolles- rood, met talrijke kleine knobbel- in el. vl.
4. OBERTUSCHEN 1888. Vierteljahresschrift für Derm. u. S. pag. 630.	30 j. vr.	½ j.	In haar geheel zeer verdikt. Vrij- rand defect, zwerend, met talrijke wekeringen, als granulation. De erwtegroote littekenen.
5. BLOCK 1896. Vierteljahresschrift für Derm. u. S. pag. 211.	35 j. vr.	7 j.	Verdikt. Onregelmatige granulation
6. GARRE 1899. Münchener Medic. Woch. No. 52.	35 j. vr.	—	Vrije rand verdikt; littekenachtig zwerend. Papillaire uitwassen.
7. LANGIE 1902. Ref: Internat. Centralbl. für Lar., Rhin., etc. 1902, pag. 32.	32 j. m.	2 j.	Rood. Rechts oedemateus, korrelig en vulgrijs.
8. MORITZ 1902. British Medical Journal, 27 Febr.	35 j. m.	1 j.	Defect. Rest verdikt, met kleine knobbeltjes.
9. GAREL 1902. Bulletin et Mémoires de la Soc. Franc. d'Ot. etc., Paris.	32 j. vr.	1 j.	Gewolven, bleekgrijs, met erwt- grootte knobbeltjes, onregelmatig
10. BURGER 1904. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II, blz. 300. (Vergl. bl. 14, Eigen Waarneming I.)	15 j. m.	½ j.	Groot defect. De rest zweert, is veel- derig granuleus, donkerrood.
11. BURGER 1904. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II, blz. 300.	35 j. vr.	½ j.	Als framboos met roode woelrige granulation bezet.
12. BARTH 1905. Berliner Klinische Wochenschrift, No. 22.	21 j. vr.	½ j.	Defect. Rest met kleine knobbeltjes
13. BRONDGEEST 1905. Verhandl. des Congresses für Innere Medizin XIII, S. 547.	11 j. vr.	acut	Defect links, t. g. v. zweer. Dik korrelig.
14. HEYMANN 1905. Berliner Laryngol. Gesellschaft, 17 April.	35 j. vr.	3½ mond.	Zeer bleek. Defect. Rest dik, hobbe- lig. Zweer middenin.
15. RUBINSTEIN 1906. Berliner Klinik, Heft 98.	17 j. vr.	2 j.	Bezet met veel granulation.
16. MAYER 1906. New-York Medical Journal, 1 Jan.	31 j. m.	1 j.	Rand zweert, verdikt, knobbelig.

Plicae ary. epiglotticae Cart. arty.	Stenrandex.	Achterwand van den larynx.	Herschijn.	Adenoidal- breuwaren.	Stentooris.	T. B. C. liden. Speciaal lozen.	
-	-	-	?	?	?	-	Angina katarrhalis chronica. Geen luus.
Plica L. met granulatie- knobbeltjes.	Plica ventr. L. met granulatie- knobbeltjes.	-	aanw.	-	-	-	Geen luus. Halfjaar lever- traan + nitras arg. rondte het proces.
-	Pl. ventr. L. sterk gezwollen.	-	soem	-	-	?	Geen the. her. Als kind scro- phuleus. Hoest. Levertraan - penseelen met tinct. jodii en glyc. 33. gaf verbetering.
-	?	Enkele kleine woekerin- gen, gedoelt zwerend.	aanw.	aanw.	aanw.	-	Ruim halfjaar later lupus neuslijmvlies en uitwen- digen neus. Galvanokaustiek en jodoform genas.
Cart. verdikt.	Pl. vocalis L. zwerend.	?	aanw.	aanw.	-	-	Keelpijn. Perfor. pal. duri. Lupus palati. Cervicaal- en submaxillair klierzwellling. Later longthe.
-	-	-	-	-	-	-	Lupus tongrug, die haar bij het eten hinderde. Antilue- tische kuur zonder gevolg. Mikr. bevestiging. Pharyngo- toma subhyoidea gunstig.
Plicae gezwol- len.	Talrijke linse- groote knobbeltjes zoo ook sub- glottisch.	?	aanw.	sterk	-	-	Hoest. Vermagering. Lichte bronchitis. Submaxillair klierzwellling. Tracheoto- mie. Mikr. lyp. lar.
Plicae verdikt, knobbelig. Plica R. met groot defect. Lar. sl. vl. rood, ruw.	Pl. ventr. verdikt, knobbelig. Pl. voc. dik, knob- belig, gedoelt defect.	Diepe hlaas.	aanw.	-	-	-	Geen the. her. Geringe keel- pijn.
Bleekgrijze ver- dikt, knobbe- lig.	Pl. ventr. verdikt, hobbelig. Pl. voc. licht rood, onregelmatig.	Grijze knob- beltjes.	aanw.	-	-	-	Geen the. her. Mikr. bevesti- ging. Soms streepjes bloed in sputum. Klierzwellling submaxillair.
Plicae vinger- dik, granu- leerend, don- kerrood.	-	-	aanw.	aanw.	-	-	Dagelijks onverdunde melk- zuur gaf belangrijke ver- betering. Later (1898) over- gang op mondlijmvlies.
Plica sin. en linker ary- taenoidstroom met granula- ties bezet.	-	-	-	licht	licht	?	Wekelijks galvanokaustiek, dagelijks melkzuur gaven verbetering. Later (1898) overgang op pharynx en fauces.
-	Pl. ventr. R. met kleine knobbeltjes.	Kleine knobbeltjes.	aanw.	-	-	-	Tubercullenreactie lokaal.
Oedeem.	-	Oedeem.	aanw.	sterk	-	-	Later huidlupus. Pharyngo- toma subhyoidea. Laryngo- tomie. Volledige genezing.
Zeer bleek.	Zeer bleek. Pl. ventr. L. hobbe- lig, zwerend. Pl. voc. L. verdikt, hobbelig, ook subglottisch.	-	aanw.	-	-	-	Mikr. bevestiging. Melkzuur genas zwaar.
Plica L. hob- belig.	-	Hobbelig.	aanw.	-	aanw.	Long- toppen beider- zijde.	P. stierf 1 jaar later aan acute miliairtuberculosis.
-	-	-	-	-	-	Longtop R. ver- dicht.	Geen the. hered. Geringe hae- moptoe vóór 1 jaar, rieh dikwijls heralend. Melk- zuur en menthol gaven ver- betering.

In eene tabel heb ik 16 gevallen van primairen larynxlupus, die ik voldoende beschreven vond, vereenigd. Overigens vond ik minder nauwkeurig beschreven gevallen vermeld door 1. VON BREDA, gerefereerd in de Viert. f. Derm. u. S. 1882 pag. 571; 2. BENDER, Viert. f. Derm. u. S. 1888, pag. 904; 3. MARTIN, Le Progrès Médical 7, 9, 1889; 4. LACQARRET, gerefereerd in Int. Centr. bl. für Lar., etc. 1894 pag. 519.

Stelt men voor primairen larynxlupus den eisch, dat elders geen lupus mag bestaan of, zoo ze bestaat, secundair moet zijn opgetreden, dan staan niet vast de gevallen van BLOCK, waarin ook het verhemelte lupeus en het palatum durum doorboord was en van GARRÉ, waarin achter op den tongrug eene wratachtig gekloofde onpijnlijke verhevenheid en meer naar voren een lineair litteeken bestond.

Slechts acht schrijvers geven aan, dat in hunne gevallen tuberculosis elders ontbreekt.

Zooals bij den secundairen gaan ook bij den primairen larynxlupus de aanvangsstadiën vaak onopgemerkt voorbij en vervoecht zich de lijder eerst later bij den medicus.

De hoofdklacht of zoo men wil de meest voorkomende klacht is heeschheid (79 pCt.), dan volgen ademhalingsstoornissen (43 pCt.) Slikstoornissen en keelpijn ontbreken meestal en zoo aanwezig, doen ze zich in geringe mate gelden.

De epiglottis is steeds, de membranae quadrangulares en de plicae ventriculares zijn in de helft der gevallen, de regio interarytaenoides evenals de plicae vocales in slechts 37 pCt. aangetast. Defecten van het epiglottiskraakbeen waren in de helft der gevallen voorhanden. Elders in den larynx werd nergens perichondritis, hetzij nog aanwezig of reeds afgeloopen, geconstateerd. Tegenover secundairen larynxlupus is hier vrij vaak lupus subglottisch waargenomen, nam. door LANGIE en BRONDGEEST. In BRONDGEEST'S geval was de dyspnoe zeer dreigend, LANGIE moest zelfs tot tracheotomie overgaan.

OBERTŪSCHEN en BRONDGEEST zagen huidlupus secundair aan primairen larynxlupus optreden.

Het meest zien wij de vrouw aangetast en verschijnt de ziekte op jeugdigen leeftijd.

Vergelijken wij den primairen met den secundairen larynxlupus, dan vinden wij als verschil, dat bij den primairen subjectieve en functioneele larynxklachten menigvuldiger worden waargenomen. Intusschen is dit onderscheid slechts schijnbaar, daar patiënten uitsluitend met larynxlupus zonder larynxklachten zich niet onder behandeling stellen.

Overigens komen zij met elkaar overeen in geringe heftigheid der larynxklachten, in zetel, in chronisch verloop en aspect. Beide komen voor op jeugdigen leeftijd en vooral bij het vrouwelijk geslacht. Evenals bij den secundairen larynxlupus het larynxlijden volgt op lupus elders, zoo zien wij ook bij primairen larynxlupus secundair lupus elders verschijnen, in de gevallen van OBERTŪSCHEN en BRONDGEEST op de huid, in BURGERS eerste geval op het slijmvlies van het verhemelte en de gingiva, in het tweede op pharynx en fauces.

Conclusie: De primaire larynxlupus sterkt met den secundairen volkomen overeen in wezen, klinisch beeld en verloop.

HOOFDSTUK III.

De overige tuberculeuze ziekten van den larynx.

Voordat wij bespreken, in hoeverre larynxlupus als afzonderlijk klinisch ziektebeeld recht van bestaan heeft, zullen wij een kort overzicht der overige tuberculeuze larynxaandoeningen laten volgen.

Tuberculeuze larynxtumoren.

Aldus noemt men met normaal slijmvlies overtrokken, in den larynx uitpuilende, scherp omschreven tumoren. Ze hebben eene weeke consistentie en zijn erwt- tot hazelnootgroot. Ze zijn meestal solitair, zelden multipel. Histologisch bestaan ze uit eene ruwe fibreuze omhulling en uit tuberkels. In de tuberkels treft men slechts enkele bacillen aan.¹⁾ Vaak zijn het klinisch primair tuberculeuze haarden en kan eerst later tuberculosis elders en wel vooral in de longen aangetoond worden. Terwijl ulceratie aanvankelijk ontbreekt, ziet men ze later bijna constant. ISAMBERT²⁾ zag den tumor verweeken en doorbreken. Behalve deze waarneming is mij

¹⁾ Wiener medicin. Woch. 1895, N°. 3, 4, 5. PANZER. Ueber tuberculöse Stimmbandpolypen.

²⁾ Archives de Laryngologie, de Rhinologie, etc. 1899, pg. 82. A. CARTAZ. Sur les Tumeurs tuberculeuses du Larynx. Zie pg. 83.

geen tweede bekend, dat men laryngoscopisch den overgang in koud absces en doorbraak kon vervolgen.

Ik put deze en de volgende gegevens uit 60 gevallen, die ik voldoende beschreven vond in de voor mij toegankelijke literatuur.

Deze vrij zeldzame tumoren komen op volwassen leeftijd voor. De laagste en hoogste cijfers waren 18 en 60 jaar. De man is iets menigvuldiger (58 %) er mae behept, dan de vrouw.

De vorm van den tumor wordt steeds vergeleken met dien van het papilloma laryngis (VIRCHOW's pachydermia verrucosa laryngis) en het stembandfibroom. De tumor is meestal met normaal slijmvlies bedekt. Slechts driemaal werd reeds bij het eerste laryngoscopisch onderzoek eene zweer op den tumor gezien. Echter later volgde meestal ulceratie.

De tuberculeuze larynxtumoren zetelden 17 maal aan de plicae vocales, 17 maal aan de plicae ventriculares, 8 maal in den ventriculus laryngis (MORGAGNI), 9 maal in de regio interarytaenoldea, 4 maal in de commissura anterior, 3 maal vlak daaronder, 5 maal op de basis der epiglottis en 3 maal in de streek der cartilagine arytaenoldeae.

Met dezen zetel stemt overeen, dat bijna steeds en reeds in den aanvang heeschheid bestond. Bij 27 pCt. was de ademhaling gestoord, zelfs moest zevenmaal worden overgegaan tot tracheotomie. Nooit geven ze pijn noch bij het spreken noch bij het slikken.

Ze groeien langzaam. Enkele tumoren bestonden 9 maanden en langer.

De diagnosis kan gesteld worden uit het verloop, in den aanvang echter slechts door mikroskopisch onderzoek.

Tuberculosis laryngis ulcerativa, de gewone larynxtuberculosis.

Onder larynxtuberculosis zou men elke tuberculeuze aantasting van het larynxslijmvlies moeten verstaan, maar men past dien naam slechts toe op den hierboven aangeduiden vorm. Ook de naam tbc. lar. ulc. heeft zijne bezwa-

ren, immers kunnen ook hierbij de zweren ontbreken, echter gebruiken wij dezen naam bij voorkeur, omdat de neiging tot ulceratie hierbij grooter is, dan bij eenigen anderen vorm van larynxtuberculosis. We geven dus dezen naam met de gedachte: *a potiori fit denominatio*.

Wegens de algemeene bekendheid van dit ziektebeeld veroorloof ik mij, slechts enkele opmerkingen te maken.

Tuberculosis laryngis ulcerativa is bijna altijd secundair, vooral aan longtuberculosis, maar kan in zeldzame gevallen primair optreden. Ze zetelt het vroegst en het menigvuldigst in de regio interarytaenoldea, dan volgen de plicae ventriculares, cartilaginee arytaenoldeae en plicae vocales, minder veelvuldig de plicae ary-epiglotticae en het zeldzaamst de epiglottis. De subjectieve en functioneele stoornissen zijn in den regel zeer ernstig. Juist omdat de regio interarytaenoldea zoo vaak is aangedaan, is patiënt zoo dikwijls heesch. In de betrekkelijk zeldzame gevallen, dat de epiglottis is aangedaan, bestaan allerheftigste slikpijnen. Hoesten en opgeven behooren steeds bij dit ziektebeeld. Met den spiegel zien wij in den larynx gewoonlijk secreet.

AFDEELING I.

VERGELIJKING DER TUBERCULEUZE LARYNXZIEKTEN ONDERLING.

In Januari 1899 hield Prof. MASSEI¹⁾ eene lezing over een geval van larynxlupus. MASSEI stelde voor, den naam larynxlupus te schrappen en de gezamenlijke tuberculeuze larynxaandoeningen voortaan slechts larynxtuberculosis te noemen. Slechts één kenmerkend verschil kent hij, nl. larynxlupus begeleidt huidlupus. Maar evenzeer keurt hij af te spreken van lupus der huid. Waarvoor dienen anders de bacteriologische studiën en experimenten? De pathologie

¹⁾ The Journal of Laryngology, etc. Febr. 1899 pg. 81. Italian Society of Dermatology. Professor F. MASSEI Concerning a case of Laryngeal Lupus.

leert, dat lupus niets anders is, dan huidtuberculosis, dus verbiedt ons de logica, twee verschillende namen te gebruiken voor dezelfde zaak.

Het is waar, dat de tuberculeuze larynxziekten worden veroorzaakt door den tuberkelbacil en dat er overeenkomst bestaat in het histologisch beeld, namelijk dat bij alle de tuberkel voorkomt of althans kan voorkomen. Toch bestaan reeds histologische verschillen. Vooreerst is gewoonlijk bij tuberculosis laryngis ulcerativa de tuberkelbacil in grooten getale aanwezig en vindt men ze bij de twee andere vormen in geringen getale of zelfs niet. De tuberculeuze tumor zetelt onder het slijmvlies in eene fibreuze omhulling, tuberculosis laryngis ulcerativa geeft snel vervallende infiltraten en zweren en de zweren staan bij lupus op den achtergrond. Toch leert de ervaring, dat lupus histologisch moeilijk te scheiden is van de ulceratieve tuberculosis.

Klinisch echter zijn de verschillen belangrijk. Subjectieve en functioneele verschijnselen zijn bij lupus dikwijls afwezig en bij aanwezigheid zijn ze gewoonlijk van geringe intensiteit, zoodat in verreweg de groote meerderheid der gevallen de aandoening den lijder geen andere lasten geeft dan een weinig heeschheid. Eerst als men de opmerkzaamheid van den patiënt er op vestigt, wordt in een deel der gevallen geringe ademhalingsstoornis en nog zeldzamer een weinig last bij het slikken aangegeven. In het bijzonder verloopt lupus epiglottidis bijna constant symptoomloos. Verder zetelt lupus bij voorkeur aan de epiglottis, slechts in de kleinste helft der gevallen in de regio interarytaenoldea. Wij zien papillaire uitwassen, litteekenweefsel en zelfs stenosis ten gevolge van litteekenschrompeling. Dikwijls begeleidt hem lupus van de pharynx, mond, neus en huid. Men treft hier geringe neiging tot zweervorming en weinig secretie aan. De aandoening verloopt uiterst chronisch.

Bij tuberculosis laryngis ulcerativa daarentegen zijn de bekende larynxklachten in den regel in hooge mate aanwezig. Zetelt ze aan de epiglottis, dan is de slikstoornis steeds zeer heftig, het lijden vaak ondragelijk. Ze zetelt bij voorkeur in de regio interarytaenoïdea en slechts zelden aan de epiglottis. Hier zijn papillaire uitwassen nauwelijks aanwezig of ontbreken en treedt littekenvorming op den achtergrond. Tuberculeuze zweren in de hooger gelegen slijmvliezen en in de huid zijn hierbij hooge uitzondering of verschijnen eerst aan het einde des levens. Deze aandoening neigt veel sterker tot zweervorming en tot secretie. Ze is meest secundair aan longtuberculosis en verloopt veel sneller dan larynxlupus.

De tuberculeuze tumor treedt klinisch gansch anders op; hij gelijkt op een stembandpapilloom en stembandfibroom, waarmee hij dan ook in den aanvang meestal verward wordt.

Ik meen, dat al deze momenten ons er toe dringen, vast te houden aan de verdeeling der tuberculeuze larynxziekten in de genoemde drie vormen. Met name heeft larynxlupus naast de andere tuberculeuze larynxaandoeningen als zelfstandig ziektebeeld recht van bestaan.

Toch wil ik niet beweren, dat deze vormen steeds streng uit elkaar te houden zijn. Zoo herinner ik den lezer aan ziektegeschiedenis No. III bl. 17. Het aldaar beschreven geval biedt een overgangsvorm aan tusschen lupus en tuberculosis ulcerativa, die echter mijns inziens overhelt naar den kant van lupus.

Patiënt deelt nl.-mede een sjanker gehad te hebben. Differentieel-diagnostisch zou in dit geval aan lupus, tuberculosis ulcerativa, ook aan LEWIN's papillair syphiliëd kunnen worden gedacht.

Tegen het laatste pleiten hier het uiterst chronisch verloop,

de zetel der slijmvliesaandoening uitsluitend in den larynx, het koude absces, dat uitging van de cartilago thyreoidea en de longtuberculosis.

Moeielijker is de differentiëeldiagnosie met tuberculosis laryngis ulcerativa. Voor de laatste pleiten de aandoening der cartilago thyreoidea, de longtuberculosis en de afwezigheid van lupus elders. Mijne diagnose helt echter over tot lupus laryngis wegens de overwegende papillaire uitwassen, den zetel aan de epiglottis, het vrij zijn van den achterwand van den larynx en de geringheid der subjectieve klachten. Terwijl de epiglottis in hare geheele uitgebreidheid is aangedaan, ontbreekt slikpijn volkomen. Pat. is slechts een weinig heesch en beschouwt zijne kwaal als niet zeer belangrijk.

AFDEELING II. VERGELIJKING DER TUBERCULEUZE LARYNX- MET DE TUBERCULEUZE HUIDZIEKTEN.

Algemeen aangenomen is, dat slijmvlieslupus overeenkomt met huidlupus, tuberculosis mucosae ulcerativa met tuberculosis cutis ulcerativa. Mijns inziens moeten de tuberculeuze slijmvliestumoren als een zelfstandige vorm der slijmvliestuberculosis beschouwd worden en komen ze overeen met scrophuloderma. De literatuur hierop naspeurende vindt men deze vergelijking het eerst vermeldt door CARTAZ in 1888 voor den neus, in 1889 voor den larynx. Volgens CARTAZ doen zich huid- en slijmvliestuberculosis voor in drie vormen, in den ulcereuzen vorm, den gummeuzen vorm of tumor en den lupus. Echter meent hij, dat lupus ternauwernood als zelfstandige vorm kan gehandhaafd worden. In 1895 kwam KOSCHIER voor den neus ongeveer tot dezelfde vergelijking als CARTAZ.

Ik meen, dat men de drie vormen van tuberculeuze huidziekten: 1 lupus vulgaris met zijne ondervormen exfoliativus,

hypertrophicus en exulcerans, 2 scrophuloderma, 3 tuberculosis cutis ulcerativa volkomen in den larynx terugvindt.

1. Ook bij larynxlupus heeft men de papillaire uitwassen geleidelijk zien vlakker worden en inzinken. Het epitheel schilferde oppervlakkig af en werd grijswit door verdikking. Na afloop van dit proces bleef eene ondiepe littekenachtige inzinking achter, zooals men dit bij den lupus exfoliativus kent.

Waar door recidief levendige bindweefselwoekering en oedemateuze zwelling de lupeuze woekeringen sterker promineeren, vertoont het beeld overeenkomst met den lupus hypertrophicus cutis. Ook hier kan het epitheel zich belangrijk verdikken.

Wat eindelijk den derden vorm, den lupus exulcerans, betreft, heeft UNNA voor de huid op histologische gronden betoogd, dat het begrip van den lupus exulcerans sterk beperkt moet worden. De meeste schrijvers over larynxlupus, die het onderwerp klinisch bestudeerd hebben, beweren, dat larynxlupus meestal leidt tot uitgebreide ulceratie, zoodat allen spreken van lupeuze ulcera. Vergelijken wij hiermee de histologische onderzoekingen, dan vond THOMA het epitheel behouden, EPPINGER en GAREL epitheelwoekering en spreekt slechts LACROIX van zweren. Ook in mijne praeparaten vond ik steeds woekarend epitheel, hier en daar slechts mikroskopisch zichtbare puntvormige zweren, zoodat ik meen, dat ook voor larynxlupus zweervorming niet tot de kenmerkende eigenschappen behoort.

Toch bestaat er een belangrijk verschil tusschen huid- en larynxlupus. In den larynx komen deze vormen dikwijls gezamenlijk voor, hetgeen in de huid slechts bij uitzondering het geval is.

2. De tuberculeuze tumoren, scrophulomucosa, zoo men reeds in den naam de gelijkenis met scrophuloderma wil vastleggen.

Hunne overeenkomst bestaat hierin, dat bij beide in of onder de huid resp. het slijmvlies door aantasting der tuberkelbacillen een scherp begrensd, week, onpijnlijk, knobbelig infiltraat ontstaat. Het aspect van de huid resp. het slijmvlies boven het infiltraat is aanvankelijk normaal. De knobbel in of onder de huid is verschuifbaar over de onderlaag; ook de larynxtumor is oppervlakkig; want tot dusverre zag men nooit perichondritis en slechts in $3\frac{1}{2}$ pCt. stembandfixatie; verder verdwijnen bij genezing de subjectieve en functionele symptomen geheel. Zoowel in de huid als in den larynx verloopt de aandoening langzaam, blijft verval zelden lang uit en gaan deze infiltraten bijna constant in verzwering over.

Hiernaast bestaan eenige verschillen. Vooreerst puilen de tuberculeuze larynxtumoren sterk uit en zijn breed van basis of zelfs gesteeld. Waarschijnlijk laat zich dit verklaren door het feit, dat het week slijmvlies minder weerstand biedt, dan de huid. Verder is scrophuloderma gekenmerkt door het optreden van groote infiltraten in of vlak onder de huid, die centraal verweken en doorbreken en wordt dit voor scrophulomucosa slechts door ISAMBERT beschreven. In den aard der zaak is eene dergelijke waarneming in den larynx veel moeilijker, dus kan het zijn, dat centrale verweking, abscesvorming en perforatie bij den tuberculeuzen larynxtumor menigvuldiger voorkomt, dan men tot dusverre het recht heeft te veronderstellen. Eindelijk verloopt de tuberculeuze larynxtumor ongunstiger. Zonder behandeling volgt zelden, met operatieve behandeling daarentegen in de meerderheid der gevallen volledige genezing. In vele der overige gevallen overlijdt pat aan longtuberculosis. Zooals bekend is, heeft scrophuloderma lang niet zulk een ongunstig verloop.

3. Tuberculosis laryngis ulcerativa. Evenals in de huid en in de overige slijmvliesen begint ook hier de aandoening

met eenige infiltratie en neigt sterk tot zweervorming. De zweer breidt zich in de omgeving uit, doordat aanhoudend nieuwe tuberkels zich vormen en als het ware vervloeien met de zweer. Bij beide vindt men epitheloïde en reuzenceltuberkels, centrale verkazing en in den regel, echter niet altijd, veel bacillen. Meestal is ook tuberculosis laryngis ulcerativa secundair aan longtuberculosis.

HOOFDSTUK IV.

Diagnosis.

Larynxlupus verloopt uiterst chronisch en geeft eerst later aanleiding tot heeschheid of stenosis. Bijna nooit bestaat moeilijkheid of pijn bij het slikken, zelfs al is het vrije gedeelte der epiglottis in zijn geheel aangetast. Soms bestaat tuberculeuze voorbeschiktheid en tuberculosis elders.

Ziet men in den larynxspiegel papillaire uitwassen, op zichzelf staande of in groepen vereenigd, later samenvloeiend, naast ingezonken littekenachtige plaatsen en verloopt de aandoening zeer chronisch, dan is de diagnosis bijna zeker. Pathognostisch is volgens CHIARI het optreden in de litteekens van lupusknobbeltjes, volkomen gelijkende op die in de huid. Plaatselijke reactie op inspuiting van eene bepaalde hoeveelheid tuberculinum vetus van KOCH pleit vóór de diagnosis tuberculosis, maar is zeker niet pathognostisch, want in zij het ook zeldzame gevallen blijft de reactie uit, waar men zeker met tuberculosis te doen heeft en in het omgekeerde geval treedt soms typische reactie in, bijv. bij lepra.

Als een laatste en meestal zeker middel tot erkenning kan men een uitgesneden weefselstukje histologisch en bacteriologisch onderzoeken. Beslissend is alleen de aanwezigheid van tuberkelbacillen. Want tuberkels zijn ook hoewel zeld-

zaam gevonden bij syphilis, pseudoleukaemie en andere ziekten.

Groote differentiëel-diagnostische moeilijkheden kunnen tegenover lupus niet alleen de andere tuberculeuze larynx-ziekten, maar ook syphilis, minder lepra, carcinoom, sclerroom bieden.

1. Syphilis.

Van syphilis komt voor de differentiëeldiagnosie alleen het (tertiaire) kleinknobbelig syphilië van LEWIN in aanmerking. Het komt met lupus overeen, doordat het wordt gevormd door een meer of minder groot aantal ronde hagelkorrel- tot erwtgrootte scherp begrensde iets verheven knobbeltjes, meestal zoo dicht bij elkaar staande, dat ze schijnen in elkaar te vloeien. Verder zijn ook de subjectieve en functioneele stoornissen gering en zetelt het proces bij voorkeur aan de epiglottis.

Maar deze vorm van syphilis onderscheidt zich van lupus, doordat hij minder chronisch verloopt en meest vele plaatsen te gelijk aandoet. Is nl. uitsluitend de larynx aangetast, dan pleit dit voor lupus. Naast deze verschillen wijst CHIARI er nog op, dat bij larynxsyphilis wel woekeringen rondom zweren en litteekens voorkomen, maar nooit de voor lupus zoo kenmerkende hobbelige uitwassen. Eindelijk neigt syphilis tot zweervorming, lupus zeer weinig.

Het ontbreken van tuberkelbacillen, de afwezigheid van tuberkels, de negatieve uitslag van entingsproeven pleiten tegen lupus, sluiten dezen echter niet uit. Evenmin als tuberculinum vetus van KOCH voor tuberculosis, heeft de antiluetische kuur voor syphilis pathognostische waarde. Men ziet gevallen van syphilis ernstiger worden ondanks specifieke behandeling, om door tonische behandeling te verbeteren; evenzeer is, zij het ook bij uitzondering, gunstige invloed van kwik en jodium waargenomen bij tuberculosis. REEDS LUGOL, BAUDELOQUE en LAILLER namen dit waar.

Maar de gunstige invloed van kwik en jodium op tuberculosis is in ieder geval veel langzamer dan op syphilis. Zoo demonstreerde de bekende syphilidoloog FOURNIER voor enkele maanden in het „Fransche Gezelschap voor Dermatologie en Syphilis" een geval van huidtuberculosis, waarin calomel-injecties besliste verbetering hadden gegeven. FOURNIER kwam tot de conclusie, dat gunstige invloed eener specifieke behandeling niet per se diagnostische waarde bezit.

In gevallen van stenosis laryngis door litteekenintrekking, bijv. van den aditus laryngis, zal de diagnosis soms niet uit de larynxaandoening alleen kunnen worden gesteld. Hier zijn bovendien tuberculinum vetus en joodkalium ongeoorloofd, omdat ze larynxoedeem kunnen opwekken. Ook zijn ze op het litteekenweefsel zonder invloed.

In talrijke gevallen kan de diagnosis slechts gesteld worden op of versterkt worden door gegevens buiten de larynxaandoening.

2. Lepra.

Larynxlepra komt nooit als afzonderlijke ziekte voor, steeds gaat lepra der huid vooraf, zoodat in de praktijk verwarring van larynxlupus met lepra niet licht zal voorkomen.

Reeds TÜRCK wees op hunne groote gelijkenis in den larynx. De lepraknobbels zijn bleek, wisselen in grootte, bereiken vaak erwtgrootte en zijn ongevoelig.

In tegenstelling tot lupus laryngis zijn de lepraknobbels vaak grooter, dan de papillaire uitwassen van den lupus, verloopt lepra laryngis nog langzamer en treden soms reeds in den aanvang van het larynxlijden heescheid, adembalingsbezwaren en bewegingsstoornissen der stembanden op. Het aantoonen van lepra, resp. tuberkelbacillen is beslissend. Voor lepra moet patiënt in eene streek zijn geweest, waar lepra voorkomt.

3 Carcinoom.

Evenals bij lupus ziet men hier vaak papillaire uitwassen. Hoewel chronisch, verloopt het toch veel sneller, dan lupus. Verder zijn in tegenstelling tot lupus vaak en vooral in de latere stadiën der ziekte de subjectieve en functioneele stoornissen heftig. Niet zelden treden bloedingen op. Nooit zien wij bij carcinoom genezing door litteekenvorming, integendeel carcinoom schrijdt steeds voort en neigt tot zweervorming. Veel menigvuldiger, dan bij lupus, ziet men bewegingsstoornis der stembanden en perichondritis. Terwijl de lupuslijder jong is, vindt MACKENZIE in 83 pCt. den lijder van carcinoma laryngis tusschen 40 en 70 jaar oud. Differentiëel-diagnostisch zijn nog van belang de carcinoomkachexie en de metastasen.

4 Skleroom.

Evenals lupus verloopt het uiterst chronisch, langen tijd symptoomloos en verschijnt meestal onder het 40^{ste} jaar. Met lupus laryngis te verwarren is slechts die vorm, waarbij in den larynx scherp begrensde, duidelijk boven het niveau van het overige slijmvlies uitpuilende kleine knobbeltjes optreden. Ze zijn vaak gezeteld aan den laryngealen kant der epiglottis.

Hoewel dus skleroom hierin met larynxlupus kan overeenstemmen, verschilt het daarvan, doordat meestal infiltraten optreden, waarvoor de subchordale zetel kenmerkend is. Bij skleroom komt in het geheel geen ulceratie voor. Verder zien wij vaak membraanvorming ten gevolge van litteekenintrekking. Verder kenmerken skleroom de Mikulicz'sche cellen met randstandige skleroombacillen. Waar bij lupus laryngis secreet meestal ontbreekt, is het bij skleroom wel aanwezig en neigt tot korstvorming. Men lette op de neus en pharynx.

De ziekte komt slechts zelden voor, het meest nog in Oostenrijk

HOOFDSTUK V.

Behandeling.

Therapeutisch behoort de lupus tot de meest ondankbare aandoeningen van den larynx en hij zal dit wel blijven zoolang een werkzaam specificum tegen tuberculose nog niet is gevonden. Bij gebreke daarvan zijn een groot aantal middelen met meer of minder succes aangewend, die ik hier in het kort zal bespreken.

Algemeene behandeling.

Dat eene goede hygiënisch-diaetetische behandeling voor den lijder aan larynxlupus nuttig is, behoeft geen betoog. Voor zoover men uit ruim 110 gevallen gevolgtrekkingen mag maken staat levertraan, inwendig gebruikt, bovenaan.

Uit de groep der alterantia worden arsenicum en jodium gebruikt. Het arsenicum kan worden aangewend als *acidum arsenicosum*, als kalizout in *solutio Fowleri* enz.. Jodium geeft men als *jodetum ferrosum* (*sirupus jodeti ferrosi*), *jodetum kalicum* en als *solutio jodii spiritiosa*. Luc ¹⁾ stuurde een 20 jarigen landbouwer met lupus der bovenste luchtwegen naar buiten met den raad, iederen dag levertraan, 1 gram joodkalium en 10 druppels *tinctura jodii* in melk te nemen.

¹⁾ MARTY pg. 139.

Na 7 maanden was patiënt wel niet genezen, maar belangrijk verbeterd.

GAREL zag verbetering intreden na erysipelas, zooals bij huidlupus meermalen werd waargenomen. Men meent, dat hier en koorts en plaatselijke prikkel het gunstig succes teweeg brengen. Zooals zoo dikwijls, is ook hier de onderscheiding van post en propter moeilijk en zeer zeker deze waarneming therapeutisch niet te gebruiken.

MICHELSON¹⁾ meldde in 1891 drie genezingen met tuberculine van KOCH; later echter lezen we niets meer over genezingen op deze wijze tot stand gekomen.

Van antiluetische behandeling zagen ISAMBERT²⁾ en POYET²⁾ zeer ongunstigen invloed op larynxlupus, meestal was ze echter zonder invloed, zoo ook bijv. in het vóór een paar maanden door MASSEI gedemonstreerde geval, naar aanleiding waarvan hij tot het voorstel kwam, den naam lupus te schrappen.

HOMOLLE²⁾ vermeldt achteruitgang na alcoholische excessen.

Plaatselijke behandeling.

Ze streeft er naar het lupeuze weefsel te vernielen. Het meest toegepast wordt de endolaryngeale behandeling. Deze is in de eerste plaats chirurgisch en wel bedient men zich van lijn- of puntvormige scarificaties en curettage. De ervaring leert, dat hierbij gevaar voor belangrijke bloeding zoo goed als niet bestaat. Deze ingreep is pijnlijk en vereischt kunstmatige gevoelloosheid. Bijna steeds bereikt men volkomen gevoelloosheid, door het larynxslimvlies eenige malen met 20 pCt. hydrochloras cocaini te bestrijken.

Zeer goed kunnen met de dubbelcurette lupeuze woekeringen verwijderd worden, zooals ik eenige malen op Dr. BURGER's polikliniek met succes zag volvoeren.

¹⁾ Deutsche med. Woch. 1891 No. 21. MICHELSON. Ueber drei nach KOCH's Methode erfolgreich behandelte Fälle von Tuberculose der Schleimhäute der oberen Luftwege.

²⁾ MARTY pag. 167 en pag. 154 en pag. 156.

Wanneer een groot oppervlak verwond wordt, is het gevaar van auto-inoculatie groot, en bestaat veel kans op recidief, zelfs acute gegeneraliseerde miliairtuberculosis kan volgen. Het lijkt mij dus logisch, op de verwonde plaatsen onmiddellijk chemische kaustica aan te wenden.

In de chemische behandeling spelen vooral de kaustica eene hoofdrol. Het meest wordt melkzuur gebruikt. Men begint met slappe oplossingen en gaat zoo spoedig mogelijk tot onverdund melkzuur over. Men bestrijkt hiertoe het lupeuze larynxslimvlies met een in melkzuuroplossing gedrenkt watje of penseel.

Chroomzuur aan de sonde boven de vlam tot eene parel gesmolten of in geconcentreerde oplossing heeft men een paar maal met vrucht gebruikt, maar chroomzuur vervloeit sterk en wordt daarom in den larynx niet veel aangewend.

Van de kaustische zouten is slechts nitræs argenticus in 10—20 pCt. oplossing enkele malen met succes gebruikt.

Ook hebben solutio jodii spirituosa, joodglycerine en jodoformpoeder geholpen. In de laatste jaren komt phenol-sulforicinol in zwang. ALBERT RUAULT ried het in 1895 het eerst aan bij larynxtuberculosis. Op Dr. BURGER's polikliniek heb ik het ook eenige maanden bij enkele gevallen van lupus laryngis mogen aanwenden. Werkelijk schijnt het een gunstigen invloed op larynxlupus te hebben. Maar de tijd van waarneming was te kort, het aantal daarmee behandelde gevallen te gering, om een eindoordeel te kunnen uitspreken.

Eene goede behandelingsmethode schijnt de galvanokaustische te zijn. Men brandt lijn- of puntvormig. Deze methode geneest sneller dan andere methoden en vermijdt bloedverlies. Men dringe met den galvanokauter tot in het gezonde weefsel. BURGER in 1894 en KOSCHNER in 1895 hebben ieder 2 gevallen beschreven, waarin belangrijke ver-

betering volgde op galvanokaustische behandeling, gecombineerd met melkzuuraanwending.

Extralaryngeale behandeling. Waar stenosis laryngis het leven bedreigde, is tot heden nog slechts in 4 gevallen tracheotomie gedaan. In dergelijke gevallen zou ook intubatie in aanmerking komen. Wanneer litteekenschrompeling stenosis laryngis, bij lupus vooral stenosis aditus laryngis veroorzaakt, kan de stenotische plaats worden opgerekt. Terwijl men bij tuberculeuze zweren hiertoe liever niet overgaat, omdat ze de uitbreiding der aandoening in de hand werkt, behoeft men bij lupus laryngis niet te wachten, tot vitale indicatie dringt tot ingrijpen. Men rekt op met SCHRÖTTER's of O'DWYER's holle buizen of zoo de tracheotomie reeds is gedaan met de tinbouten van SCHRÖTTER of met bougies.

Tegen lupeuze stenosis laryngis voldoet steeds de tracheotomia superior.

Reeds herhaaldelijk werd tracheotomia inferior met invoering van TRENDLENBURG's tamponcanule verricht als voorbereidende ingreep voor de pharyngotomia subhyoidea en laryngotomie.

Pharyngotomia subhyoidea is bij larynxlupus het eerst door GARBÉ in 1889 toegepast, met het doel, de rest der epiglottis en de overige zieke deelen weg te nemen. Daarna bedekte hij de wond in den aditus laryngis met pharynx-slijmvlies, om te sterke litteekenvernauwing te keeren. Denzelfden avond verving hij de tamponcanule door eene gewone zilveren canule No. 6. De eerste dagen voedde hij aanvankelijk per klysma, daarna met eene tijdelijk ingebrachte pharynxsonde. Na 6 weken at en dronk de patiënte weer normaal en werd de canule verwijderd. Slechts in de tong was lupus achtergebleven.

In Maart 1892 deed Prof. SALZER dezelfde operatie bij een 11-jarig meisje met primairen larynxlupus, patiënte van

Dr. P. Q. BRONDGEEST ¹⁾ te Utrecht. Hier moest ingegrepen worden wegens dreigende verstikking. Een groot deel der epiglottis werd met de schaar afgeknipt en de rest met PAQUELIN'S thermokauter verschroeid. Maanden lang droeg patiënte de canule. Echter bleef zij klagen over pijn bij het slikken en als men de canule naar buiten afsloot, over ademhalingsbezwaren, zoodat Prof. SALZER in December 1892 overging tot laryngotomie. Al het zieke werd zooveel mogelijk met den thermokauter vernield en de wond met jodoform bestrooid. Eind Januari 1893 werd de canule verwijderd. In den larynx was de achterwand littekenachtig gezwollen, nergens was meer lupus te zien. Wel bleef de stem iets heesch, overigens was patiënte volledig genezen. Echter moest 25 Febr. 1895 wegens heftige dyspnoe ten gevolge van acute laryngitis weer tracheotomie worden gedaan. De canule droeg P. tot Maart 1896. Sinds dien is zij gezond gebleven. Haar stem is redelijk. Op mijn verzoek was Dr. BRONDGEEST zoo vriendelijk, mij haren toestand van 16 Febr. 1899 mee te deelen. P. is steeds welvarend. De stem is heesch. Geen spoor van benauwdheid bestaat meer, zelfs niet bij trappen klimmen. Geen spoor van lupus vindt men in den larynx, noch elders. Het larynxslimvlies is normaal. De ware stembanden zijn niet zichtbaar, daar ze door de plicae ventriculares bedekt zijn. Op de plaats waar de tracheaalcannule jarenlang gezeten heeft, 1 cM. onder de cartilago cricoidea, ontlast eene kleine fistel eenig tracheaalslijm naar buiten.

19 Maart 1895 deed Prof. von EISELSBERG pharyngotomia subhyoidea en laryngotomie bij eene tweede patiënte van Dr. BRONDGEEST met lupus faciei, cavi nasalis, pharyngis, laryngis, want melkzuur hielp niet. De epiglottis verwijderde hij aan de basis, kauteriseerde deze, hij verwijderde al het

¹⁾ Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 28 Nov. 1896.

lupeuze larynxweefsel, kauteriseerde de wond. Door den mond werd eene dunne sonde in den oesophagus gevoerd en retrogradeerend door het linker neusgat naar buiten gehaald. De larynx werd daarop met jodoformgaas getamponneerd. Na opening van den mond werd de uvula geamputeerd, zoo ook de lupus cavi nasalis et faciei verwijderd en de verwonde vlakten gekauteriseerd. 2 April werd de tracheaalcanule verwijderd en 6 April was de tracheaalwond geheel gesloten. 13 Jan. 1896 was de lupus laryngis niet, de lupus der neusholte wel gerecidiveerd. Hierna heeft patiente niets meer van zich laten hooren.

Nog een derde geval publiceerte Dr. BRONDGEEST. Den 17 Oct. 1895 deed Prof. von EISELSBERG pharyngotomia subhyoidea en laryngotomie bij een 18 jarig meisje met lupus faciei, oris, pharyngis, laryngis. Hij kauteriseerde het lupeuze larynx-slijmvlies, verwijderde de epiglottis, kauteriseerde hare basis. Hij bracht eene sonde onder het os hyoideum in den oesophagus, bracht het andere eind met behulp van BELLOC's sonde door den neus. De wond werd verbonden en de huid mede gehecht. Ook den huidlupus krabde hij uit en kauteriseerde hij. Het verloop was zoo gunstig, dat na 2 weken de tracheaalcanule verwijderd werd. Eene week later werd de lupus oris met PAQUELIN's kauterisatie vernietigd. Echter volgde acute miliairtuberculosis, waaraan pat. 25 Dec. 1895 overleed.

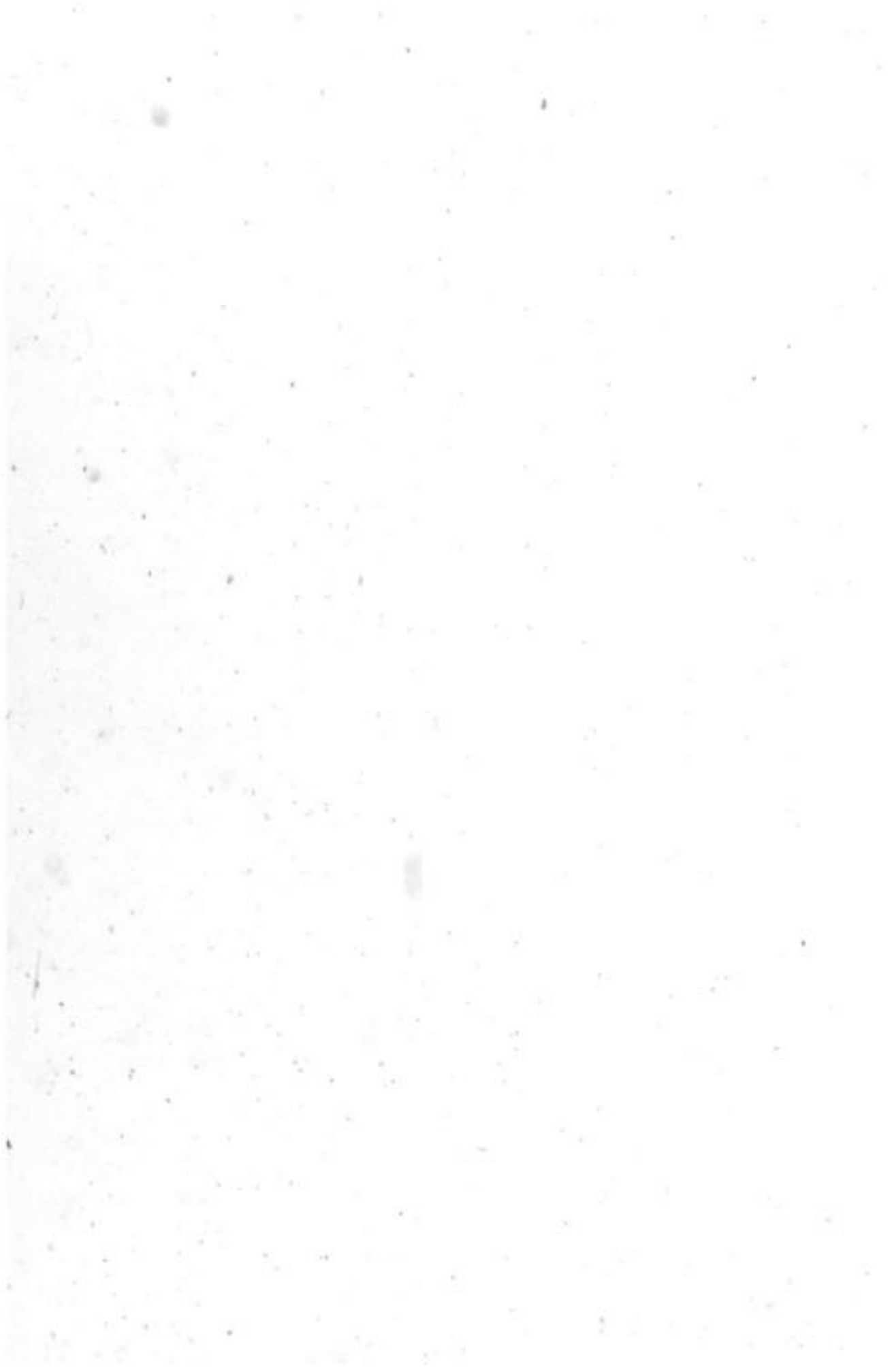
Laryngotomie werd in Jan. 1897 verricht door GUINARD ¹⁾ in een geval van GOUGUENHEIM, hier met gunstigen uitslag. Nadat het lupeuze slijmvlies verwijderd en de wond nabehandeld was met den thermokauter, tamponneerde GUINARD met compressen met naphthol camphré. Reeds den volgende morgen

¹⁾ Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Août 1897. Gouguenheim-Guinard. Traitement chirurgical du lupus du larynx.

werd de canule verwijderd; na 2 maanden ontsloeg men den volkomen genezen patiënt. Vier maanden later was nog geen recidief opgetreden.

De verschillende ziektegeschiedenissen nalezende blijkt, dat steeds de cartilago cricoidea ongeschonden bleef. Feitelijk behoort men dus het woord laryngotomie te vervangen door thyreotomie.

De behandeling in enkele regels samenvattende trede de medicus in de eerste plaats hygiënisch-diaetetisch op. In het bijzonder kan als voedingsmiddel levertraan aanbevelenswaard zijn. Plaatselijke behandeling met chemische kaustica is het minst ingrijpend, helpt echter ook het minst. Meer van belang is de endolaryngeale chirurgische behandeling en wel in de eerste plaats die met de dubbelcurette. Zeer nuttig is de endolaryngeale galvanokauterisatie. Waar echter genoemde methoden niet tot den gewenschten uitslag leiden, moeten pharyngotomia subhyoidea en thyreotomie worden overwogen, waarmee het somtijds mogelijk is, al het lupeuze weefsel te verwijderen. Vooral kauteriseere men de wondvlakten. Deze operaties geven in enkele gunstige gevallen kans op volledige genezing.



STELLINGEN.

STELLINGEN.

I.

Naast tuberculosis laryngis ulcerativa heeft larynxlupus recht van bestaan als afzonderlijk klinisch ziektebeeld.

II.

De tuberculeuze ziekten van het strottenhoofd laten zich onder drie hoofdvormen rangschikken, die groote overeenkomst vertoonen met de drie vormen van huidtuberculosis: lupus laryngis met lupus vulgaris cutis, tuberculosis laryngis ulcerativa met tuberculosis cutis ulcerativa, scrophulomucosa laryngis (tumor laryngis tuberculosus) met scrophuloderma.

III.

Het begrip van den lupus exulcerans moet ook voor den larynx beperkt worden.

IV.

Waar ondanks goed toegepaste plaatselijke behandeling tuberculosis laryngis ulcerativa snel verergert, terwijl het verloop der longtuberculosis bevredigend is, doe men tracheotomie.

V.

Bij den tegenwoordigen stand der operatieve techniek kan de radicaaloperatie nog geenszins als de beste behandeling voor alle gevallen van chronische middenoorettering worden aanbevolen.

VI.

Bij constitutioneele lues is plaatselijk toegepaste antiluetische behandeling af te raden.

VII.

Misschien berust glaukoom op eene aandoening van den sympathicus.

VIII.

De visceraalbeenderen kunnen ontogenetisch en phylogenetisch ternauwernood vergeleken worden met de ribben.

IX.

In kunstmatig verkregen bloedplasma bevindt zich een zymogeen, dat met behulp van kalkzouten fibrineferment kan vormen.

X.

Bij klepvliesgebreken van het hart beperke men den vloeistof toevoer.

XI.

De aanwezigheid van tuberkels alleen is niet pathognostisch voor tuberculosis.

XII.

Keering met uitwendigen handgreep op de stuit verdient in enkele gevallen van prolapsus funiculi en van dwarsligging aanbeveling.

XIII.

De verloskundige onderbinde den navelstreng eerst, als deze ophoudt te pulseeren.

XIV.

De verdeeling der fractura colli femoris in intracapsularis en extracapsularis behoort verlaten te worden.

XV.

Slechts bij uitzondering onderbinde men in gevallen van pulseerenden exophthalmus de carotis interna resp. communis.

