

YANKEE
PERSON

Bijdrage tot de kennis van de waarde
der Hyperaemie als geneesmiddel in
de Oto-Rhino-Laryngologie. ❖ ❖



C. J. A. VAN ITERSON.

E

62

1282

862

1282
862
1282
862



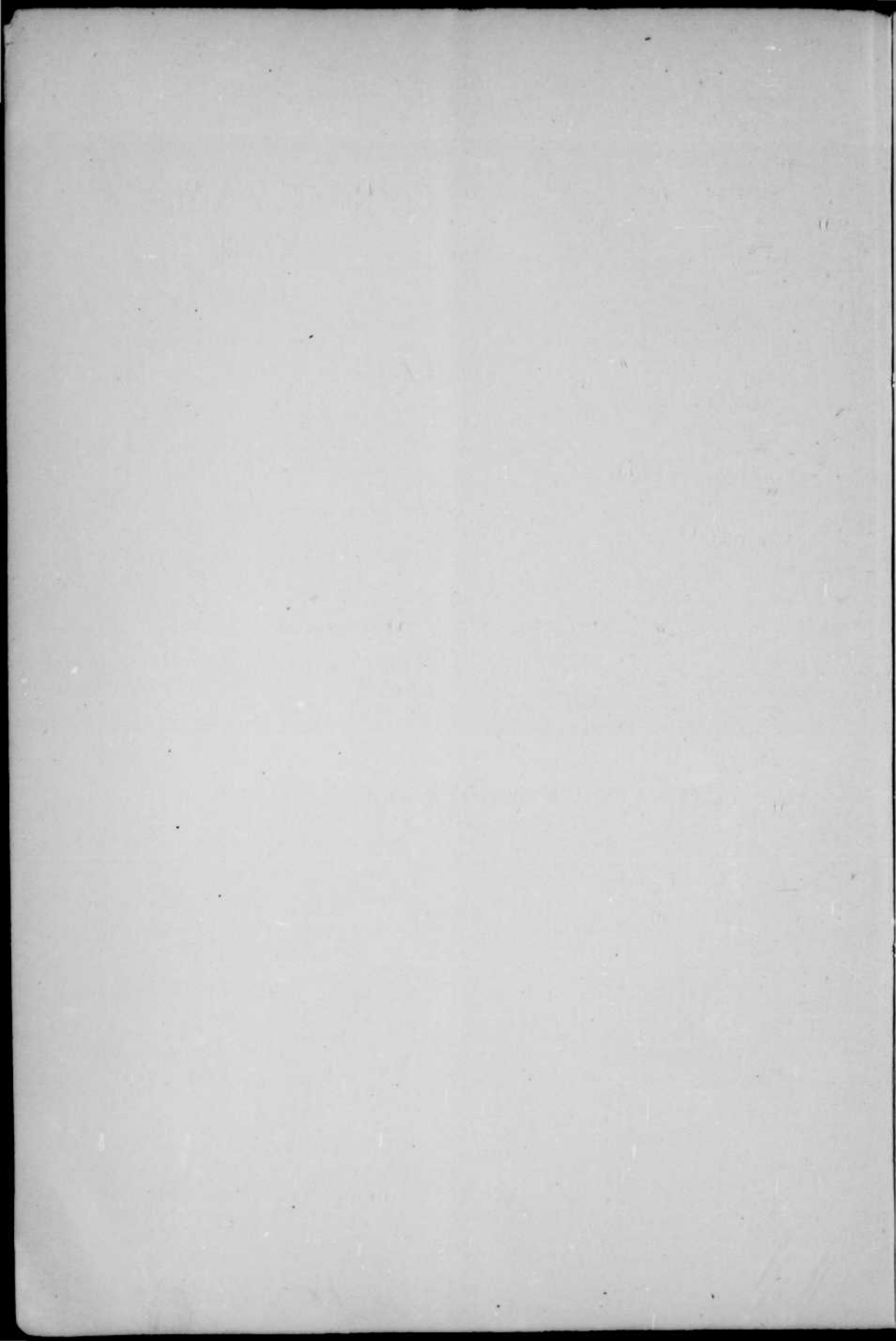
BIJDRAGE TOT DE KENNIS VAN DE WAARDE
DER HYPERAEMIE ALS GENEESMIDDEL
IN DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

1282

862



BIJDRAGE TOT DE KENNIS VAN DE WAARDE
DER HYPERAEMIE ALS GENEESMIDDEL
IN DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.



BIJDRAGE TOT DE KENNIS VAN DE WAARDE DER HYPERAEMIE
ALS GENEESMIDDEL IN DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

D^R. W. NOLEN,

HOOGLEKRAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

VOOR DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN

op Vrijdag 24 Mei 1907 des namiddags te 4 uren,

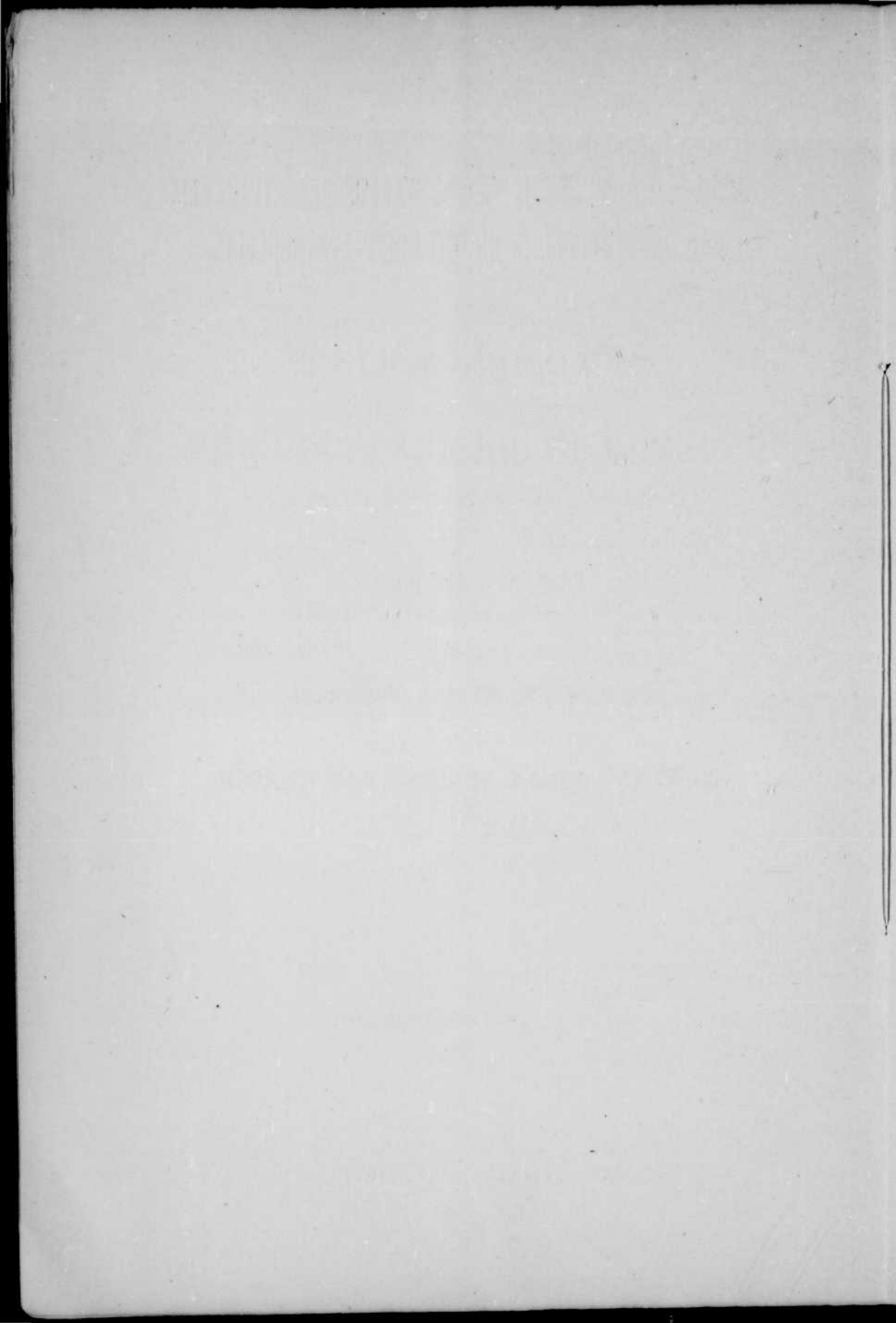
DOOR

CONSTANT JOHAN ADRIAAN VAN ITERSON,

Arts,

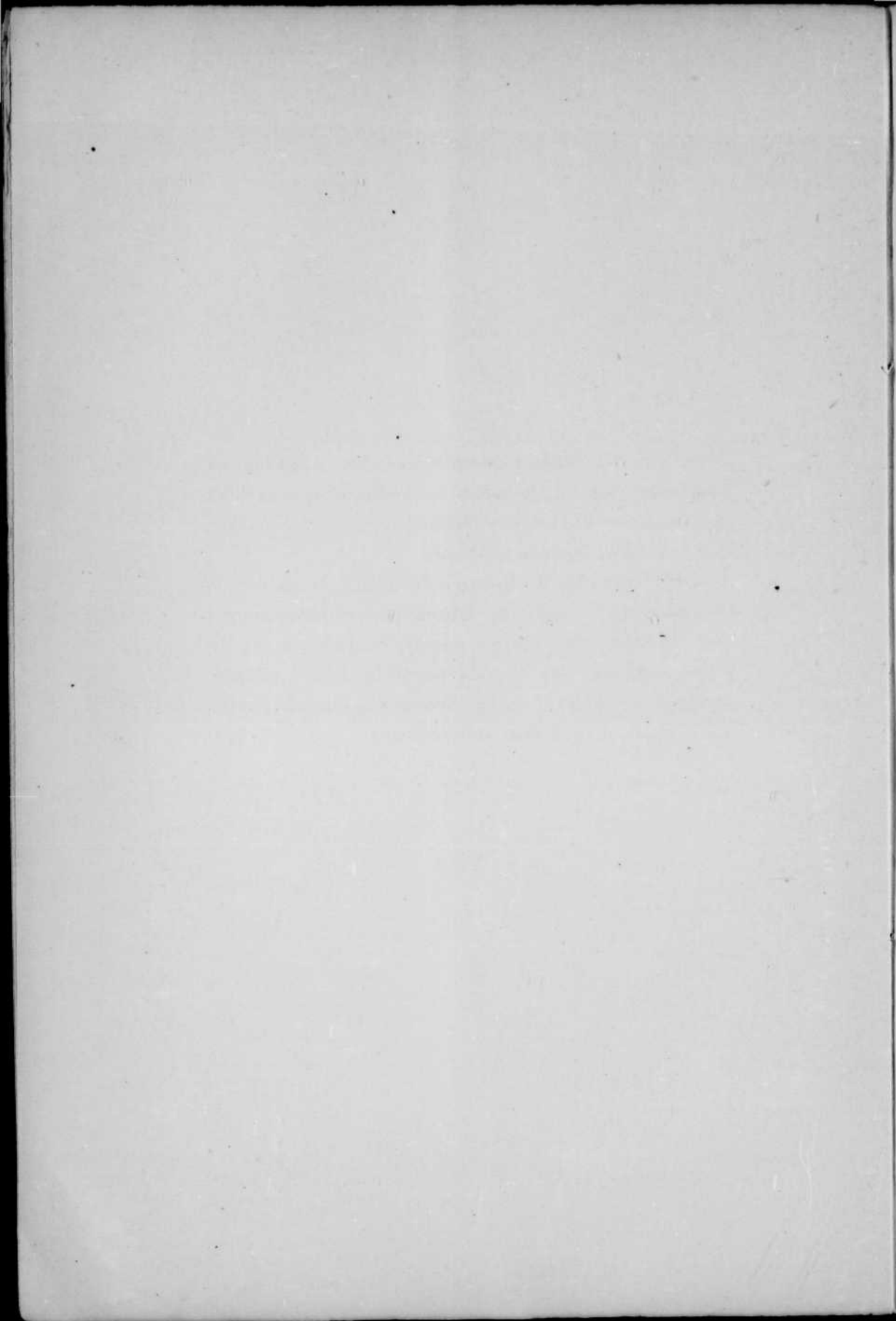
GEBOREN TE LEIDEN.

LEIDEN,
S. C. VAN DOESBURGH.
1907.



Aan het einde mijner academische studiën is het mij een aangename taak U, Hooggeleerde Heeren, Professoren der Philosophische en Medische Faculteiten, te mogen bedanken voor het van U genoten onderwijs.

In het bijzonder U, Hooggeleerden KAN, hooggeachten Promotor, wil ik hier mijn dankbaarheid betuigen, zoowel voor de hulp, mij verleend bij het vervaardigen van dit proefschrift, als voor de vele practische lessen en raadgevingen, die ik van U mocht ontvangen, gedurende den tijd dat ik onder Uwe leiding werkzaam was.



INHOUD.

INLEIDING.	Blz. 1
--------------------	--------

HOOFDSTUK I.

De hyperaemie als geneesmiddel in 't algemeen	4
---	---

HOOFDSTUK II.

De hyperaemie als geneesmiddel in de oto-rhino-laryngologie.	19
--	----

HOOFDSTUK III.

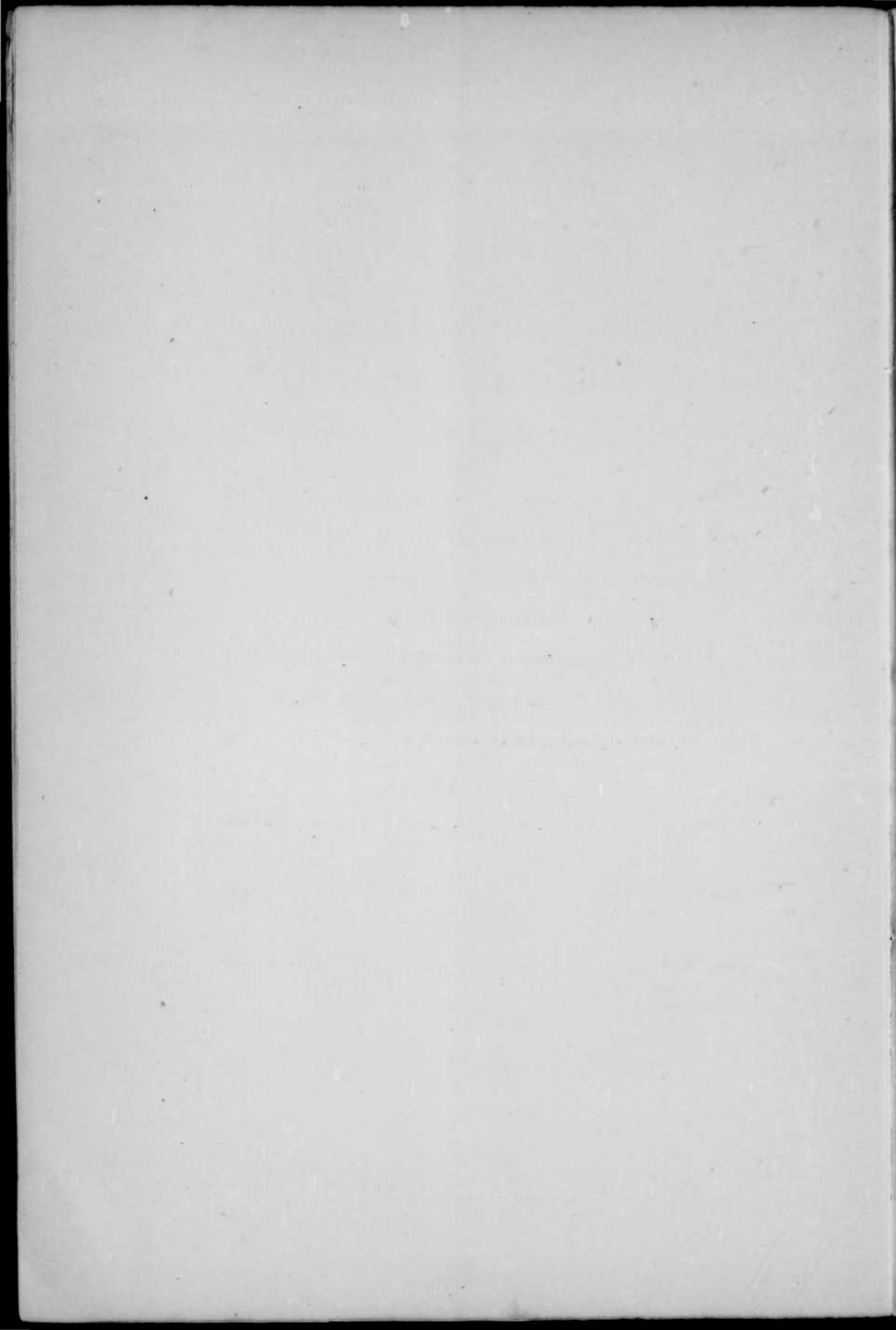
Patienten door mij met stuwing behandeld	75
--	----

HOOFDSTUK IV.

Conclusies.	109
---------------------	-----

LITERATUUR-OVERZICHT	115
--------------------------------	-----

STELLINGEN	123
----------------------	-----



INLEIDING.

Er zullen wel weinig chirurgische klinieken en poliklinieken van eenige beteekenis zijn, waar in de laatste jaren geen patienten werden behandeld, volgens de stuwingmethode, aangegeven door BIER, en dan ook terecht naar hem Biersche Stuwing genaamd.

Ook op neus-, keel- en oorheelkundig gebied zijn in den laatsten tijd verschillende aandoeningen met stuwing behandeld. Een voldoende statistiek, met behoorlijke ziektegeschiedenissen, waaruit definitief te besluiten valt tot het al of niet deugdzaam zijn van een of meer der aangegeven methoden, is er nog niet. Toch zijn de publicaties wel zoo talrijk en belangrijk, dat het mij wenschelijk voorkwam om eens nader te onderzoeken wat wel met de stuwingmethode op otorhino-laryngologisch gebied te bereiken valt. Dat het mij zou gelukken een statistiek te maken, wel aan bovenstaande eischen voldoende, heb ik niet verwacht en dan ook niet bereikt. De tijd, dien het mij wenschelijk voorkwam aan mijn proefschrift te besteden was daartoe te kort, te meer, daar ik niet over

een behoorlijke kliniek, met veel patienten, beschikken kon. De Leidsche polikliniek geeft jaarlijks een groot aantal patienten, doch wegens het ontbreken van de kliniek, kon ik van het materieel slechts een gebrekkig gebruik maken.

„Das Gebiet das der hyperaemisierenden Behandlung zugänglich ist, ist eben so gross, dass es die Kräfte einer einzelnen Klinik uebersteigt, alles auf einmal genügend aus zu probieren,” zegt BIER (3).

Dat het gebied zelfs in de neus-, keel- en oorheelkunde voor mij te groot was zal u duidelijk worden, indien u weet, dat we de beschikking hebben over 2, zegge twee, bedden. (Moge de regeering spoedig aan dezen treurigen toestand in het Rijks academisch ziekenhuis een einde maken). Door de welwillendheid van den hoogleeraar Prof. KOSTER kreeg ik daar tijdelijk nog twee bedden bij, maar ook deze konden weldra niet langer worden beschikbaar gesteld. Zoo was ik genoodzaakt mijn patienten poliklinisch te behandelen, waarbij de groote moeielijkheid zich voordeed, voldoende zekerheid te hebben, dat de maatregelen, door mij voorgeschreven, goed werden nagekomen. Ik meen daarin geslaagd te zijn, hoe, dat zal ik later mededeelen.

Wat ik dan hoop wel bereikt te hebben is, dat de gevallen door mij behandeld, gevoegd bij, en vergeleken met die, door anderen gepubliceerd, er toe mogen bijdragen onze kennis over de waarde van de „Hyperaemie als Heilmittel” op neus-, keel- en oorheelkundig gebied te vermeerderen.

In 't algemeen luiden de berichten over de gevallen van acute oorettering met Biersche stuwing behandeld, gunstiger, dan die over de chronische. In aanmerking genomen, dat een groot aantal acute gevallen ook zonder therapie of alleen met drainage behandeld, genezen, besloot ik mijn aandacht voornamelijk te schenken aan chronische gevallen en wel aan die, welke weinig of geen neiging vertoonden tot genezing met de tot nu toe gebruikelijke behandelingsmethoden.

Bovendien komen op de Leidsche Polikliniek slechts zeer weinig gevallen van acute otorrhoe onder behandeling. Meestal zijn het òf geheel verwaarloosde, òf gevallen, die reeds geruimen tijd elders behandeld zijn.

Verder werden door mij nog enkele rhino- en laryngologische gevallen onderhanden genomen.

Ook daarvan zal ik in het laatste hoofdstuk de ziektegeschiedenissen mededeelen, terwijl vooraf een beschrijving zal gegeven worden van de verschillende manieren, waarop de stuwing in de rhino- en laryngologie is aangewend.

HOOFDSTUK I.

De Hyperaemie als geneesmiddel in 't algemeen.

TILLMANS ⁽⁸⁶⁾ wijst er op, dat reeds door AMBROISE PARÉ, NICOLADONI, DUMREICHER, HELFRICH, THOMAS e. a. veneuse stuwung is aangewend om beennieuwvorming op te wekken, b. v. bij beenbreuken met vertraagde callusvorming, maar kent aan AUGUST BIER de verdienste toe, niet alleen de passieve, maar ook de actieve hyperaemie toegepast te hebben bij verschillende ziekten, en die techniek als een nieuwe therapie, methodisch aangewend te hebben.

BIER gebruikte de hyperaemie als geneesmiddel het eerst bij gewrichtstuberculose en vermeldt ⁽³⁾, hoe hij door de waarnemingen van andere medici daartoe gekomen is.

In 1893 ging hij er toe over acute ontstekingen met stuwingshyperaemie te behandelen en koos daartoe gonorrhöische gewrichtsaandoeningen en acute osteomyelitis en speciaal ook acute infecties, lymphangoïtis en geïnfecteerde wonden.

Eerst langzamerhand ging hij zijn behandelingsmethode op allerlei andere aandoeningen toepassen, en bleef de therapie niet meer op zuiver chirurgisch terrein. In 1900 zien we de kunstmatig verwekte hyperaemie zelfs door hem aanwenden bij chorea en epilepsie (8). RUDOLPH (81) en EVERSMAAN (17) deden het in de gynaecologie, bij locale aandoeningen van de portio, en bij endometritis, door middel van zuigen met koppen en in navolging van den BOSHOEWERS (11). COLLEY (14) paste haar toe bij gonorrhoeïsche salpyngitis door een zuigklok boven de symphyse te plaatsen. In de oogheekunde werd ze o. a. gebruikt bij dacryocystitis en hordeola (39).

Veelvuldig deed ze haar diensten in de dermatologie bij lupus, eczema capitis, psoriasis e. a. ziekten. Door KUHN (47) zijn zuigapparaten aangewend bij tuberculose der longen. VORSCHÜTZ (85) maakte van de stuwung gebruik bij de, in den laatsten tijd zooveel ter sprake komende, epidemische cerebro-spinaal meningitis. Ook in de orthopaedie vindt men stuwung toegepast om scoliotische verstijvingen te mobiliseeren.

Ik wil niet verder gaan met op te sommen op welk gebied al niet is voorgesteld de hyperaemie als geneeswijze te probeeren. Nog minder ligt het op mijn weg een uitvoerig overzicht te geven van de resultaten, die de verschillende onderzoekers meenen bereikt te hebben. Aan hare toepassing op oto-rhino-laryngologisch gebied zal ik hieronder een afzonderlijk hoofdstuk wijden.

Vooraf wil ik nog vermelden de manieren, waarop

de hyperaemie verwekt is en zal daartoe onderscheiden: actieve, passieve en gemengde hyperaemie (3).

Het behoeft wel geen betoog, dat het doorsnijden van den nervus sympathicus, als vaatverwijdende zenuw, als therapeutisch middel al heel ongeschikt is, evenzeer als de kort durende en slecht te regelen reactieve hyperaemie die optreedt na VON ESMARCH'sche bloedleegte. Beter geschikt zijn chemische en mechanische prikkels en niet het minst warmte.

Het merkwaardigste van de chemische middelen, wanneer men het ten minste chemisch noemen mag, is zeker wel toegepast door Dr. CAMBELL WHITE, volgens BUCHNER, die vloeibare lucht op de wonden spoot om hyperaemie te verwekken. Dagelijks, zou ik bijna zeggen, worden bij omschreven otitis externa, bij furunkels van de uitwendige gehoorgang, de alcohol-PRIESSNITZ verbanden aangelegd, en wanneer men BUCHNER (12) gelooven mag, zouden deze omslagen niet alleen door hunne desinfecteerende, maar vooral door hunne hyperaemiseerende werking, een zoo gunstigen invloed op dat proces uitoefenen. Hij toonde de hyperaemiseerende werking aan door in een aantal gevallen een alcohol-PRIESSNITZ verband om den voorarm te leggen van een persoon en vervolgens het verschil in bloedsdruk van den verbunden en den niet verbunden voorarm van het zelfde individu te bepalen. De bloedsdruk bleek dan in den verbunden arm steeds belangrijk (6 m.m.) hooger te zijn. Nog grooter was het verschil, indien hij, inplaats van aethyl-, propylalcohol gebruikte. Dezelfde

invloed bleken hem gewone PRIESSNITZ-verbanden met water te hebben.

THOMAS (contributions to surgery and medicine, Part VI, The principles of the treatement of fractures and dislocations, London 1886, volgens BIER) klopte bij beenfracturen, ten einde de consolidatie te bevorderen somwijlen zoo krachtig op de been uiteinden met hamers, die met vilt overtrokken waren, dat aethernarcose noodig was om de pijn dragelijk te maken. Hij nam daarbij de noodige voorzorgsmaatregelen, om geen verwondingen te veroorzaken.

Dit moge dienen als een merkwaardig voorbeeld van het gebruik van mechanische prikkels om hyperaemie te verwekken.

Het meeste, zooals ik zeide, vond wel de warmte toepassing. Talrijke toestellen, die met heete lucht gevuld kunnen worden, zijn daartoe aangegeven door BIER. ⁽⁶⁾ Ook zandbaden en heet water werden aangewend en aan een ieder zijn welbekend de broeiende Priessnitz'sche omslagen.

BIER maakt gebruik van kasten waar een extremiteit, b. v. een been, doorheen gestoken kan worden, zoodat juist de knie als het ware midden in de kast komt te liggen, terwijl de gaten waar het centrale en periphære einde van het been door heen steken goed daaromheen afsluiten. In de kast bevindt zich dan heete lucht. Een thermometer maakt het mogelijk de temperatuur van de lucht te controleeren. Hij gebruikt een schouderkast waar de schouder juist in past, een lendenenkast, enz.

De passieve hyperaemie werd in de therapie ingevoerd door AMBROISE PARÉ ter bevordering van de calusvorming bij beenbreuken, waarvan het merkwaardige is,* dat we hier het middel in gebruik zien, nog vóór de uitvinding van den bloedsomloop door HARVEY.

Tegenwoordig vindt ze vrij algemeen toepassing bij verschillende aandoeningen, door een elastieken band, onder de noodige voorzorgsmaatregelen — waarover later — om het te stuwen lichaamsdeel aan te leggen.

Gemengd wordt door BIER ⁽⁶⁾ de hyperaemie genoemd, die verkregen wordt door verdunde lucht, het zuigen met droge koppen.

Ook TILLMANS ⁽⁸⁶⁾ spreekt hierbij van deels actieve, deels passieve hyperaemie.

We zien dus de stuwing als therapeutisch middel ter verkrijging van genezing bij ontstekingsprocessen, acute zoowel als chronische. Men zal zich echter afvragen, welke verwachtingen er van die therapie gekoesterd werden. Het schijnt zoo volkomen in strijd met datgene, wat altijd bij de behandeling tot heden toe werd gedaan. Het bevorderen van een goede circulatie was toch hetgeen ons tot nu toe door onze leermeesters altijd voor oogen gehouden werd, wanneer we met ontstekingsprocessen te doen hadden. Werd, en wordt niet nog een verwonde hand, na verbonden te zijn, in een mitella gehangen ten einde te verkrijgen, dat de patient zijn hand rustig zal hooghouden?

Een vinger met een panaritium wordt, na incisie, behandeld met hooghouden, eventueel een Priessnitz-

verband, eene behandeling, die hyperaemie en goede circulatie bevordert; maar dezelfde aandoening ziet men ook op juist schijnbaar tegengestelde wijze behandelen, met veneuze stuwung, door een band aan te leggen om onderarm of vinger. Wondjes, die BIER zelf verkreeg door het borstelen van zijn handen en vooral van zijn vingertoppen bij de desinfectie voor een operatie, behandelde hij bij zichzelf met stuwung ⁽³⁾ en is met het resultaat zeer tevreden.

Zoo deed ook COLLEY ⁽¹⁴⁾, die zelfs zegt, dat genezing in één voormiddag optreedt.

De onschadelijkheid van een sterke stuwung trachtte BIER op zich zelf aan te toonen ⁽³⁾. Men was bevreesd, dat stuwingshyperaemie bloedsontleding tengevolge zou hebben en dat er koorts zou optreden met haemoglobine en eiwit in de urine. BIER nu legde bij zichzelf om beide bovenbeenen een band zoo sterk aan, dat stuwingshyperaemie optrad en wel met uitgezette huidvenen en de geheele extremiteit daarbij blauwrood en opgezwollen werd, met talrijke vermillioenroode vlekken. Dat gelukte bij hem best. Slechts korten tijd trad een gevoel van kriebelen op en van vermoeidheid in de beenen en eindelijk pijn, zoodat hij al zijn wilskracht noodig had om het langer dan $\frac{1}{2}$ uur uit te houden. Duidelijk merkte hij er bij op, dat aan het verdere lichaam bloed onttrokken werd. De pols werd klein, steeg van 68 op 88, de ademhaling diep, hij had het gevoel van bloedsgebrek in het hoofd en kon niet meer denken. Na 45 minuten nam hij de banden

af en al die verschijnselen verdwenen dadelijk. In de huid had hij carmijnroode bloedpunten. Nooit (hij deed het zes dagen achtereen) vond hij daarna eiwit of haemoglobine in zijn urine of eenige afwijking van zijn temperatuur. Hij gevoelde zich steeds goed.

Een dusdanige stuwung nu wordt natuurlijk nooit als therapeutisch middel toegepast ¹⁾.

Maar, al bewijst dit nu wel niet absoluut de onschadelijkheid, dan zou toch, al nemen we die onschadelijkheid aan, nog te bewijzen staan dat ook onder pathologische omstandigheden (panaritiën, phlegmonen) de gestoorde circulatie niet schaden kan. LEXER (49) noemt de stuwingshyperaemie onder zulke omstandigheden dan ook een zwaard, dat aan twee kanten snijdt. Moge het uittreden van bloedplasma en leucocyten wegens de bactericide werking al nuttig zijn, de stuwung werkt schadelijk door verlangzaamde resorptie en slechte voeding.

Het nut van de stuwingshyperaemie wordt inderdaad voor een groot deel gezocht in de bactericide werking van het uittredende bloedserum en van de leucocyten NÖTZEL (59) meent uit zijn dierproeven te mogen concludeeren tot de bactericide werking van het stuwings-transudaat, mits men zorg drage, dat het oedeem niet

1) Bij mijn patienten zag ik nooit eenigen nadeeligen invloed van de stuwung. Eiwit in de urine en koorts werden nooit waargenomen dan in een geval waarvoor een rede bestond, geheel buiten de stuwung. Van het optreden van haemoglobine in de urine werd door mij, voor zoover ik dat naging, nooit iets bemerkt.

te sterk worde, in welk geval het een voedingsstoornis zou veroorzaken. HAMBURGER (26) toont met een aantal proeven aan dat Co_2 de bactericide werking van het bloed belangrijk vermeedert, en wel van het bloedserum, en meent, dat de goede resultaten, die van de stuwing bekend zijn, voor een deel op rekening hiervan geschreven moeten worden.

De stuwing zou, zoo stel ik het mij voor, tengevolge hebben Co_2 vermeerdering van het bloed, stroomverlangzaming en daardoor inniger contact van dit bloed en omliggende weefsels. In de stuwingspauzen zou dan de resorptie tot stand komen.

BIER (3) kent aan dat vermeerderde Co_2 gehalte maar weinig belang toe. Het komt niet aan op wat meer veneus of wat meer arterieel karakter van het bloed, maar veel meer op de stroomverlangzaming en de gevolgen daarvan, die alle weefseldeelen in veel inniger samenhang (doorlaten van serum en leucocyten) met de bloedsbestanddeelen brengt als de snel zich voortbewegende arterieele stroom.

EUG. JOSEPH (41) behandelde een man met een pyaemische veretting van het handgewricht door stuwing met een elastieken band om den onderarm. De patient had een zware gecompliceerde bovenbeensfractuur. De fractuur veretterde, werd tot voedingsbodem voor erisypelas, de huid werd gangraeneus en de patient pyaemisch. Bijna dagelijks moest JOSEPH een metastatisch abces incideeren.

Uit een bloedcultuur van patient kwamen twee kolo-

nies staphylococcus aureus op, maar binnen het stuwingsgebied van het handgewricht aspireerde hij $\frac{1}{2}$ cc. oedeem en op een Petrischaaltje uitgespreid bleef dat steriel. Hij vraagt zich af: hoe komt het?

Een vergift werkt giftig door zijn concentratie. Nu komt b. v. bij een insektenbeet een geweldig oedeem. Het vergift wordt verdund en daardoor minder giftig. Zoo tracht het organisme zich te verdedigen bij infecties. De bacteriën gaan in hun eigen vergift dood, maar moet ik me afvragen, is het dan geen nadeel, wanneer dit door stuwen verdund wordt. Hier moet men zich dan zeker voorstellen, dat de resorbeerende werking van het bloedtransudaat het opruimingswerk verricht, voordat de microorganismen zich weer voortplanten kunnen. Inderdaad zou de resorbeerende werking tijdens de stuwing zeer verminderd, na wegnemen van den band zoo vermeederen, dat de geheele resorptie verhoogd is.

Alleen te sterke stuwing is een voedingsstoornis, die dan ook vermeden moet worden. De stuwing moet krachtig zijn, het te stuwen lichaamsdeel moet zich blauw-rood kleuren, maar mag niet koud worden.

Het is soms zeer lastig, om den juisten graad van stuwing te vinden. Daarover zijn alle onderzoekers het wel eens. HENLE ⁽³³⁾ construeerde zelfs een soort manometer om den druk te meten. Slechts HEINE ⁽³²⁾ zegt, dat hij door eenige oefening snel naar zijn idee den juisten graad van stuwing vond.

Hoe het komt, dat de stuwingshyperaemie in een

aantal gevallen gunstig schijnt te werken, hoe men zich hare werking heeft voor te stellen, ik moet bekennen, dat het mij door het nalezen van de literatuur niet duidelijk is geworden.

BIER is het, die de verklaring zoekt in de bacteriëndoodende werking van de stuwing, die stroomverlangzaming en inniger contact geeft, maar BIER is het ook, die zegt, ⁽³⁾ dat hij — en dat doet wel ieder medicus tegenwoordig — in de ontstekingsverschijnselen een natuurlijk verweermiddel tegen de ontsteking ziet, scherp de antiphlogose veroordeelend. „Ich bin der Ueberzeugung, dass man die Lehre von der Antiphlogose dereinst zu den schlimmen Irrlehren der Medizin rechnen wird. Man hat wieder einmal die Dinge gründlich verwechselt, und als die Schädlichkeit bekämpft, was in Wirklichkeit die Abwehr der Schädlichkeit bedeutete.”

Maar zien we dan bij een ontsteking niet in de eerste plaats — een cardinaalsymptoom — de roodheid, bij vingerdruk snel terugkeerende actieve hyperaemie en BIER is de man van de stuwing bij uitnemendheid. Hij is het, die in het eene geval actieve in het andere passieve hyperaemie verwekt, ons aanspoort hem — met voorzichtigheid — na te volgen, maar een duidelijke verklaring heb ik tevergeefs bij hem gezocht. En op blz. 248 van zijn „Hyperaemie als Heilmittel” zegt hij dan ook: In der That hat mich denn auch eine vielseitige Erfahrung¹⁾ gelehrt, dass gegen alle bakteriellen

1) Spatiëring van mij.

Infectionen und besonders gegen die akuten, die Stauungs-hyperaemie unendlich viel besser und energischer wirkt. Man kann desshalb im allgemeinen die Regel aufstellen: Gegen bakterielle Krankheiten soll man im allgemeinen passive, gegen die nicht bakteriellen im allgemeinen aktive Hyperaemie anwenden.

Een groot bezwaar echter is hetgeen hij er dadelijk op laat volgen, dat we bij tal van aandoeningen niet weten of er bacteriën bij in 't spel zijn of niet, en toch wordt er de hyperaemie bij toegepast.

Nog zij opgemerkt, dat BIER, wanneer hij stuwings-hyperaemie aanwendt bij niet infectieuze ziekten, om stijve rheumatische, of door andere oorzaken stijve gewrichten (gesteld al dat hierbij geen infectie in 't spel is) te behandelen, hij daar tevens massage bij toepast. Ook het afnemen van den stuwingsband zou, zooals reeds vermeld is, een resorptie bevorderende werking hebben.

In het eene geval laat BIER de band tien uur om een been liggen, om daarna tot den anderen dag met het stuwen op te houden. In meer ernstige gevallen tweeentwintig uur. Zoo past hij ook de stuwning om den hals, zooals we die in het volgende hoofdstuk nader zullen leeren kennen, twintig of tweeentwintig uur toe, geeft dan rust en begint dan na enkele uren weer. Hoe hij nu juist aan dat aantal uren komt, wordt niet vermeld. Het komt me bezwaarlijk voor dat uit ervaring te leeren kennen. Zoo erg nauwkeurig schijnt het wel op den duur van de stuwning niet

aan te komen en of de graad van de stuwing wel van zooveel gewicht is, dat het de moeite waard zou zijn dien met een manometer te bepalen, betwijfel ik. Aan scherp omschreven voorschriften ontbreekt het dan ook geheel.

En hoe wordt het nu wanneer deels actieve, deels passieve hyperaemie verwekt wordt, door met een kop te zuigen? In hoeverre is die bloedvulling actief, in hoeverre passief? We weten het niet. Het zal wel zeer afhankelijk zijn van de kracht, waarmede gezogen wordt. KLAPP plaatst de koppen zóó, dat ze bij het minste stootje van de extremititeit afvallen. In andere gevallen is men door de omstandigheden wel genoodzaakt veel sterker te zuigen, waardoor ik me voorstel, dat veel meer stuwing ontstaat en toch meen ik ook in die gevallen resultaten gezien te hebben¹⁾.

En dan is er nog een werking van de stuwings- en van de gemengde hyperaemie, de pijnstillende. Vooral deze is het, die door zeer velen geroemd wordt en ik moet zeggen, dat ik die pijnstillende werking ook op vrij opvallende wijze bij enkele van mijne patiënten waarnam. ARNSPERGER (¹) gaat zelfs zoover, dat hij geen werking aan de stuwing toeschrijft en er dan ook mede ophoudt, wanneer niet in twee uren tijds de pijn opgehouden heeft te bestaan of althans aanzienlijk

1) Toen ik eens praktijk waarnam behandelde ik o. a. een surunkel van het aangezicht met stuwing, waarbij ik zoo krachtig zoog, dat de kop op het nagenoeg vertikale vlak zoo goed als van zelf staan bleef. Binnen enkele dagen was van de aandoening bijna niets meer te zien.

verminderd is. HEINE ⁽³²⁾ daarentegen verklaart, dat hem die pijnstillende werking niet zoo zeer opviel.

RITTER ⁽⁷⁰⁾ wijst er op hoe in 't algemeen aangenomen wordt, dat de pijn bij een ontsteking gewoonlijk ontstaat, door den druk van het exsudaat op de zenuwuiteinden. We kennen allen de kloppende pijnen, die vaak zich laten gevoelen bij etter ophooping, en de weldadige werking van z. g. ontspanningsincisies. Drukt men met een vinger op een ontstekingsexsudaat, dan neemt de pijn toe. Men zou verwachten dat de stuwing de pijn zou vermeederen. Maar BIER ⁽³⁾ vertelt ons dan weer van een patient met een tuberculeus voetgewricht, die zich wegens de groote pijnlijkheid voor iedere beweging in acht nam. Na één dag behandeling met stuwingshyperaemie werd de voet vrij bewegelijk. Alle pijn had opgehouden. RITTER wijst er op, dat de Schleich'sche infiltratie geen pijn doet en toch meer druk geeft. Hij zoekt de oorzaak van de pijn in de hooge concentratie van de ontstekingsproducten maar zegt dat deze door de hyperaemie weer verdund worden.

Merkwaardig is nog een geval door RIEHL ⁽⁶⁹⁾ vermeld, waarbij hij mededeeling doet van een patient, die bleek zichzelf met stuwing te behandelen, omdat deze bemerkt had, dat wonden, die hij veelal ten gevolge van zijn beroep aan zijn scheenbeenen had, dan minder pijnlijk waren en spoediger tot genezing kwamen.

Uit dit alles blijkt wel, dat, moge men ook al onwederlegbare verbeteringen, ja zelfs genezingen door

de stuwingsbehandeling hebben zien optreden, men zich toch wel bewust moet blijven, dat die waarnemingen op ervaring berusten, en er nog volstrekt geen theoretische verklaring voor bestaat, welke men met zekerheid als de juiste mag aannemen. Hoe het oedeem, dat door de stuwing ontstaat werkt, hoe het met de resorptie gesteld is, welken invloed of de soort van microorganismen hebben, die het ziekteproces veroorzaken, welke gevolgen het meerdere of mindere CO_2 gehalte van het bloed heeft, alle zijn het nog onvoldoend bekende onderzoeksterreinen. De bewerking hiervan zou zulke omvangrijke proefnemingen vorderen, dat men daaraan alleen wel een geheel proefschrift zou kunnen wijden.

Een chirurg, die een phlegmone van den onderarm te behandelen krijgt, ziet zich voor de vraag gesteld, of hij deze zal behandelen met hoogleggen of met stuwen. Van beide behandelingsmethoden zijn goede gevolgen bekend.

In hoeverre ze echter tegengesteld werken, weten we niet. Zoolang we niet beter bekend zijn met het wezen der stuwing, zal het wel niet mogelijk zijn te zeggen, wanneer we een acuut etteringsproces stuwen moeten en wanneer niet.

Ook de wijze waarop de stuwing behoort verricht te worden, zal wel op die nadere bekendheid moeten wachten. Deze gebrekkige kennis van de theorie, zal ook wel de oorzaak zijn van de zeer uiteenlopende resultaten, die de verschillende onderzoekers bereiken.

De gunstige resultaten, die ik zoo nu en dan zag van de stuwing, terwijl ik sub-assistent op de chirurgische polikliniek alhier was, brachten mij er toe een en ander van die merkwaardige en, schijnbaar zoo eenvoudige, geneeswijze na te lezen, en toen ik later werkzaam was aan de neus-, keel- en oorheeskundige polikliniek alhier, besloot ik onder leiding van mijn leermeester KAN eens na te gaan, wat op dat gebied wel te bereiken viel en wat er door anderen bereikt was, met de Biersche stuwingsmethode. Ik ging alleen na welke, in de praktijk bruikbare, therapeutische beteekenis de stuwing heeft. Helaas was ik, zooals ik reeds in mijn inleiding zeide, zeer belemmerd in mijn onderzoek door het gemis van een kliniek.

HOOFDSTUK II.

De hyperaemie als geneesmiddel in de otorhinolaryngologie.

Op het gebied dat mij thans te behandelen staat, en waarop ik ook zelf eenige gevallen heb nagegaan, wordt de stuwing in 't algemeen op dezelfde manieren aangewend, als ik in het vorige hoofdstuk vermeld heb. Nieuw is op dit gebied de stuwing overigens niet. POLITZER ⁽⁶⁰⁾ deelde in de Oostenrijksche otologische vereeniging mede, dat, reeds 80 jaar geleden, melding is gemaakt van een geval van otitis media, behandeld met druk op de halsvenen.

Heete lucht en kataplasmen werden reeds geruimen tijd in de oorheelkunde gebruikt ⁽⁹⁰⁾. In de laatste jaren vinden wij hyperaemie aan het hoofd, verwekt door elastieke banden om den hals aangelegd en zuigtoestellen van allerlei aard. VON SCHMIEDEN ⁽⁷²⁾ beschrijft een toestel waarmee hij een arterieele hyperaemie van het hoofd meent te verwekken. Naar mijne meening echter, is die hyperaemie ook min of meer een ge-

mengde. Het toestel bestaat uit een glazen klok, waar het geheele hoofd zoo ingesloten wordt, dat een luchtdichte afsluiting om den hals plaats vindt. De lucht in de klok kan door een luchtpomp verdund worden. Door het glas is een pijpje aangebracht, waardoor de patient met den mond kan ademen zonder dat lucht binnen de ruimte dringt.

Wanneer de patient zich dan met zijn hoofd binnen de ruimte bevindt, wordt langzamerhand tot een verdunning van de lucht daar binnen overgegaan, een verdunning, die de patient zelf met de luchtpomp kan tot stand brengen. Hij nam nu waar, dat de bloedvaten van het geheele gelaat zich vulden, zoodat dit helder rood werd, evenals de conjunctivae bulbi.

Ook de venen zwollen duidelijk op, zooals hij aan het voorhoofd van sommige van zijne patienten gemakkelijk kon waarnemen. Wanneer men zijn eigen hoofd in de klok steekt, zoo zegt VON SCHMIEDEN, ondervindt men zeer weinig last van de luchtverdunning. Eerst wanneer deze zeer sterk wordt ontstaat oorspijn, doordat de trommelvlies zich dan naar buiten welfen. Blijft de patient geruimen tijd binnen de glazen ruimte, zoo slaat het glas aan, door de zweetverdamping daar binnen. De waarneming wordt hierdoor belemmerd, een bezwaar, waaraan VON SCHMIEDEN tegemoet kwam, door binnen in het toestel een bakje met zeepoeder te hangen. Hij liet vijf minuten stuwen en dan eenigen tijd ophouden. De geheele zitting duurde $\frac{1}{2}$ tot $\frac{3}{4}$ uur. Aan het toestel is een zandlooper bevestigd,

die er op wijst, wanneer er 5 minuten verstreken zijn. Hij waarschuwt er tegen de bewerking toe te passen bij lijders aan arteriosclerose.

Oorspronkelijk was het toestel bestemd voor de behandeling van lupus. Daarbij zag hij echter weinig resultaten. Hij raadt nu aan bij andere ontstekingen aan het hoofd er van gebruik te maken. Resultaten ermede zijn bij ooraandoeningen niet bekend en hoewel mij een proefneming bij de behandeling van otitis media wel mogelijk voorkomt, heb ik er geen gebruik van gemaakt. Ik wilde het materiaal dat mij ten dienste stond niet te zeer versnipperen door velerlei verschillende behandelings-methoden toe te passen.

Ten slotte zouden we dan de PRIESNITZ'sche omslagen nog aan de hyperaemie-behandeling toe kunnen voegen.

Wanneer BIER ons gaat beschrijven, hoe hij de stuwung bij aandoeningen aan het hoofd toepaste, begint hij met te vertellen, dat hij den tijd, gedurende welke hij den stuwingsband liet liggen, liet afhangen van individueele eigenaardigheden van zijn patienten. Hij spreekt van 18—22 uur dagelijks. Van het waarom, wordt echter in het geheel geen melding gemaakt. Wel zegt hij, dat, wanneer een te sterk oedeem optrad, langere stuwings-pauzen voorgeschreven werden, of dat, wanneer de patient den band slecht verdroeg, hij minder sterk stuwde, maar dat alles laat toch nog al vrij wat speling toe en is dunkt mij, behalve van het individu, niet het minst afhanke-

lijk van de persoonlijke inzichten van den behandelenden medicus. STENGER (84), KEPPLER (43), HEINE (32) en tal van andere onderzoekers volgden dezelfde methode als BIER, die ik, zooals later zal blijken, ook bij mijne patienten gebruikte.

Ik wil dan hier ook eene zoo nauwkeurig mogelijke beschrijving van deze methode geven.

Terwijl BIER aan de extremiteiten van een MARTIN'sche windsel gebruik maakt, legt hij aan den hals een katoenen kousenbandelastiek aan, in één enkele winding, en legt daaronder een enkele laag gaas. Wanneer men dien band 20—22 uur laat liggen, dan wegneemt en enkele uren later weer aanlegt, zou men allicht decubitus bij zijne patienten zien optreden. Aan de extremiteiten is dat gemakkelijk te voorkomen door den band nu eens wat hooger, dan eens wat lager aan te leggen, maar aan den hals gaat dat natuurlijk niet. Zou men het elastiek, om het van plaats te doen veranderen, juist over den larynx leggen, dan veroorzaakt het groote bezwaren bij den patient. Maar, zegt BIER, men moet bedenken, dat door de goede bloedverzorging van het hoofd zich hier veel gemakkelijker een hyperaemie laat opwekken dan aan de extremiteiten en men dus kan volstaan met den band veel minder te doen drukken. Om nu aan het bezwaar van den decubitus te gemoet te komen, wast hij de huid van zijn patienten iederen dag met kamferspiritus en treden er dan toch nog excoriaties op, dan bestrooit hij die met zinkoxydpoeder, en bedekt ze met eenige watten; het

was hem nooit een aanleiding om met zijne behandeling op te houden. Verder zegt hij, dat men ook kan stuwen door een flanellen zwachtel in meerdere windingen om den hals te leggen, maar dat vinden de patienten meestal onaangenaam, omdat die zwachtel nog al warm is.

Hij stuwt zoo stijf, dat duidelijk roodheid van het gelaat en oedeem optreedt, vooral onder de oogen, ja soms hingen de kwabben oedemateuze huid over den band. Neemt men den band weg, zoo zegt hij, dan verdwijnt het oedeem ook weer dadelijk. Hij bemerkte al spoedig de pijnstillende werking, de patienten werden rustig, het werkte als een slaapmiddel! Hij vond de gunstige werking aan het hoofd nog duidelijker dan aan de extremiteiten.

Bij volwassenen nam hij een 3, bij kinderen een 2 centimeter breeden band. Om de 4 à 8 dagen nam hij een nieuwen, omdat ze aan elasticiteit verliezen. Hij sluit de banden met haken en oogen en richt het zoo in, dat die sluiting achter op den hals komt, omdat daar de huid het stevigste is.

Ook hier nam BIER weer eerst een experiment met zichzelf. Vijf dagen en nachten achtereenvolgens deed hij een stuwingsband zoo stijf om zijn hals, dat een duidelijke zwelling en blauwkleuring van het gelaat optrad. Den eersten nacht maakte de band onaangename verschijnselen en den volgenden dag had hij hoofdpijn. Daarna, na den tweeden dag n.l., bleven die bezwaren weg.

Hij sliep goed en deed overdag zijn gewoon werk zonder bezwaar en had geen hoofdpijn.

Later deed hij nog eens een band zoo stijf om zijn hals, als hij maar even verdragen kon. Het kostte hem een bijna geheel slapeloozen nacht met suizen in de ooren, pulsatorisch kloppen in den schedel en voorhoofdpijn. Tijdelijk moest hij den band wat lossen maken. Den volgenden dag waren de oogleden gezwollen en de conjunctivae rood en tot den middag had hij voorhoofdpijn.

Dit bewijst natuurlijk al evenmin iets voor de onschadelijkheid van de methode, als de proef in het vorige hoofdstuk vermeld, maar het blijkt hier toch wel uit, dat een normaal mensch, als we mogen veronderstellen dat BIER dat was, heel wat kan verdragen, zonder daar direct schadelijke gevolgen van te onder vinden. Van wat men zou kunnen noemen, ongelukken, door het stuwen veroorzaakt, als b. v. glottisoedeem, waarvoor men wel eens bevreesd was, heb ik ook nooit iets in de litteratuur gevonden. Toch lijkt mij zijn raad alleszinds gegrond, om bij oudere menschen, bij lijders aan arteriosklerose het middel achterwege te laten, hoewel KEPLER (43) er geen bezwaar in ziet, ook dan te stuwen. COLLEY (14) heeft ook in den laatsten tijd nog gewaarschuwd tegen stuwen (met koppen) bij furunkels bij diabetici, met het oog op gangraen. GRUBE (21) komt tegen dat gevaar op. Voor neus-, keel- en oorartsen heeft dat weinig belang, doch mocht het voorkomen, dat men met een lijder aan diabetes te

doen heeft, dan lijkt het me geraden van een stuwings-behandeling af te zien. SCHWARTZE (75) meent, dat er een gevaar in schuilt, dat men als gevolg van de afwachttende houding, die men bij de stuwing aanneemt, het juiste moment voor een operatief ingrijpen kan laten voorbij gaan. Bij eenige opmerkzaamheid van den behandelenden geneesheer komt me dat bezwaar echter niet groot voor. Hij vindt de methode bij intracranieele complicaties verwerpelijk

URBANTSCHITSCH (88) zegt, dat bij gesloten facialiskanaal een belangrijke hyperaemie van de trommelholte, een sterkere vulling van de in de canalis facialis verloopende arteria stylomastoïdea kan veroorzaken, die door druk op de facialis, parese van die zenuw kan ten gevolge hebben.

Bij alle etterige aandoeningen, bij carieuze en necrotiseerende ontstekingen van trommelholte en processus mastoïdeus, die steeds gepaard gaan met zwellingen van de mucosa, kan paralyse van de facialis te voorschijn worden geroepen, vooral bij reeds bestaande dehiscentie van het facialiskanaal. Nu zou men zich kunnen afvragen, of door het kunstmatig verwekken van bloedovervulling die gevaren niet aanzienlijk vergroot worden. Gevallen waar facialisparalyse ontstond door de kunstmatige hyperaemie, zijn echter in de literatuur niet bekend. Eigenaardig voorzeker is voor hen, die over de Biersche stuwing op oorheelkundig gebied lezen, de raad gegeven door ZWAARDEMAKER en BURGER (92), bij otitis media alles te vermijden, wat congestie naar het hoofd veroorzaken kan.

KEPPLER (44) houdt een lofrede op de stuwing van het hoofd bij etterige parotitis. Het middel zou de ettering localiseeren. Hij kwam met kleine incisies toe ¹⁾, een voordeel waar DANIELSEN (15) ons ook op wijst. Chloroform- of chlooraethylnarcose is dan niet noodig, men kan toekomen met de chlooraethyl-spray. Vooral bij beenaandoeningen springt het gunstig verloop, zegt KEPPLER, al dadelijk in het oog en hij laat er dan de ziektegeschiedenissen van twee patienten met bovenkaaksaan- doeningen op volgen. Hij spoort ons aan de stuwing ook toe te passen bij etterige aandoeningen van neus en neusbijholten.

Sedert 1½ jaar, zegt KEPPLER, behandelde hij in de Bonner chirurgische kliniek en het Johannis- hospitaal bijne alle gevallen van otorrhoe, zoowel chronische als acute, met complicaties van den kant van den processus mastoïdeus, als ongecompliceerde gevallen, met stuwing. Hij deed het met slechts weinig druk, had daarom geen last van decubitus en geen behoefte er aan den band van plaats te doen verwisselen. Hij volgt, hetgeen wel nauwelijks vermelding behoeft, dezelfde techniek als BIER. Hij vond, dat de banden door het zweet spoedig aan elasticiteit verloren, wijst op de belemmering, die men van klieren kan onder- vinden en zegt verder dat, wanneer de pijnstillende werking niet binnen enkele uren optreedt, de band

1) Groote incisies zijn hier trouwens met het oog op de facialis takken nooit gewenscht.

te vast zit. Verminderen de symptomen, dan stuwt hij korter, maar toch, al zijn bijna alle verschijnselen verdwenen, blijft hij zijn behandeling 10—12 uren daags volhouden. KEPLER vindt, dat uit zijn ziektegeschiedenissen volgt, dat de gunstige resultaten, aan de extremiteiten verkregen, nog overtroffen worden. Vooral in acute gevallen zag hij veel goede gevolgen. Bij chronische gevallen gaat het niet meer als er sequestervorming is, of het oor gevuld is met cholesteatoom-massa (3 van zijne ziektegeschiedenissen toonen ons dit aan). Goed ging één geval, een recidief. Bij een ander nam hij een polyp weg en merkt te recht op, dat dit op zichzelf wel genezing kan geven van een otorrhoe. Nog een tweetal door hem behandelde gevallen zouden er op wijzen, dat men chronische processen genezen kan.

Bij eenvoudige middenoorettering, vooral wanneer door een trommelvliesperforatie voldoende afvloed is, stuwt hij zonder meer, anders, wanneer de afvloed niet voldoende is, maakt hij de perforatie-opening grooter en zoo er in 't geheel geen is, doet hij eerst paracentese. Hij raadt aan bij mastoïditis, wanneer men maar even vermoedt, dat er etter aanwezig is, dadelijk te incideeren, ook al is men van een goed gestelde diagnose niet geheel zeker. Schade kan men niet doen, zegt hij, en de integriteit van het bot kan er door bewaard blijven. Men moet zich aan het principe: „ubi pus, ibi evacua” houden. Hij maakt kleine sneden. Drainage en tamponade laat hij weg. Dagelijks drukt hij den etter

uit (sic!) en legt een beschuttend verband aan. Zuigapparaten gebruikte hij niet om beter waar te kunnen nemen.

Nu lijkt het me toch op zijn minst bedenkelijk, wanneer men op deze manier genezing verkrijgt, die dan toe te schrijven aan den stuwingsband. Een otorrhoe met onvoldoenden afvloed, welnu, men maakt de perforatie grooter en kan dan zeer wel zonder stuwen genezing zien optreden. Een mastoïditis, met abces of althans zwelling, men incideert en genezing kan optreden. Wie twijfelt er aan? Hij tamponeert niet, maar drukt dagelijks den etter uit, maakt hij dan de wond nogeens wat schoon, en dat zal toch wel geen al te zeer gewaagde veronderstelling zijn, dan kan hij mijns inziens de drainage gerust achterwege laten.

Dat incisies op den processus mastoïdeus gemaakt, en bekend onder den naam van Wildesche incisie, genezing kunnen brengen, is meer verondersteld, maar zij zouden door verscheidene otologen niet meer toegepast worden, en KEPPLER zegt dan dat de therapeutische waarde daarvan overschat is. Hij kent aan de incisie geen andere waarde toe dan het tegengaan van de uitbreiding van het abces en zegt „als de incisie werkelijk geen andere beteekenis heeft, dan heeft de hyperaemie therapeutische waarde! Voorwaar een eigenaardige redeneering.

Duidelijk vindt hij de beteekenis van de stuwingsband alleen in één geval, waarbij genezing zonder incisie wordt verkregen. Ook HEINE⁽³²⁾ maakt melding van twee gevallen van otitis media, waarbij geen perforatie bestond,

en waarbij ook geen paracentese werd gedaan. Een van de patienten had een dubbelzijdige otitis media, sedert één dag bestaande. Na twee dagen moest hij echter met de stuwingstherapie ophouden, daar de knaap een pleuropneumonie kreeg, waarvoor hij toen op eene andere afdeling van het ziekenhuis behandeld werd. Het 2^e geval betreft een 13-jarig meisje, met dubbelzijdige otitis media sedert 14 dagen. Sterk gezwollen, geïnjecteerde, gewelfde trommelvliezen. De ouders weigerden ieder operatief ingrijpen, zoodat geen paracentese werd gedaan. Rechts volgde toen op den eersten stuwingsdag spontane perforatie, met profusen, slijmigen, etterigen uitvloed, die na elf dagen langzamerhand geringer werd, dan echter onder temperatuurstijging tot 39.7°, weer toenam, waarbij tevens de processus mastoïdeus drukpijnlijk begon te worden. De temperatuur bleef hoog tot 40°, en de infiltratie over den processus mastoïdeus nam toe, waarom op den achttienden dag geïncideerd werd. De mediane wand van de punt van den processus mastoïdeus bleek doorgebroken te zijn.

Hier meen ik te doen te hebben met een geval waar de stuwingsbehandeling wel degelijk geschaad heeft, of juist gezegd, de behandeling, die zich van chirurgisch ingrijpen onthield, en niet de stuwings als zoodanig. Waarschijnlijk is de spontane perforatieopening te klein geweest en heeft onvoldoende afvloed gegeven, of heeft zij zich weer gesloten, zoodat retentie van etter plaats heeft gevonden. Een enkel dergelijk geval moet voor ons eene waarschuwing zijn bij acute otitis media,

niet tot stuwingsbehandeling over te gaan, voordat er ruime gelegenheid tot afvloed bestaat voor eventueele secreta. Ook BRÜHL (^{12a}) zegt, wanneer hij de genezingskansen van de chronische otitis media bespreekt, dat mogelijk de Biersche methode hulp kan brengen, maar dat de paracentese wel nooit te omgaan zal zijn. Het is dan ook wel de weigering van de ouders, die blijkbaar HEINE er toe heeft doen overgaan den, ook voor de stuwingsbehandeling geldenden regel, om aan den ettergoeden afvloed te geven, te veronachtzamen.

Hij behandelde verder drie acute middenoor-etteringen, zonder mastoïditis, maar met perforatie. Een patient met eene ontsteking, die sedert zes dagen bestond, was na zes dagen genezen. Een meisje met eene ettering, die sedert vier weken bestond, (we zouden hier van een subchronische aandoening kunnen spreken) werd 12 dagen zonder eenig resultaat gestuwd. Er bestond bij haar eene aandoening van den atticus, die dan later ook eene radicaaloperatie noodig maakte. Het 3^e geval is niet geheel duidelijk. HEINE durft niet zeggen, of het zich daar om een geval van otomykose alleen, of van otomykose gecompliceerd met otitis media handelde. Ook behandelde hij nog zes gevallen, waarbij drukpijnlijkheid van den processus mastoïdeus bestond. Twee dier patienten, waarvan één met een beiderzijdsche drukpijnlijkheid, genazen na negen en tien dagen stuwung. Een 7-jarig meisje kreeg na 14 dagen recidief, en genas na ambulante behandeling met warme omslagen, in twee dagen.

De vier andere gevallen werden geopereerd. Bij een

dier patienten, een vrouw van 60 jaar, bleek een extraduraalabces in de achterste schedelgroeve te bestaan. Hierbij zij terloops opgemerkt, dat HEINE dus een vrouw van 60 jaar stuwt, waarbij men toch wellicht arteriosklerotische vaat-veranderingen mag veronderstellen. Merkwaardig is nog, dat hij o. a. ook een patient behandelde met drukpijnlijkheid achter het oor, waarbij zich tijdens de stuwingstherapie een angina phlegmonosa ontwikkelde, die tot een peritonsillairabces voerde, dat geïncideerd werd. Merkwaardig, omdat juist de stuwung ook tegen deze aandoening als therapeutisch middel is aanbevolen.

Een 25-jarig man kwam ook onder de behandeling van HEINE. In aansluiting aan een elders uitgevoerde adenoïd-operatie, had zich bij hem een rechtszijdige acute middenoorettering ontwikkeld, die gevoerd had tot infiltratie van de weeke deelen achter en onder het oor. Toen de patient tot hem kwam, bestond die toestand al veertien dagen. Het geleeek op een Bezoldsche mastoïditis. Er bestond een zeer rijkelijke, slijmig-etterige uitvloed uit de uitwendige gehoor-gang. HEINE behandelde hem met stuwung, die door hem vrijwel op de, door KEPPLER aangegeven manier, uitgevoerd werd, n.l. 22 uur stuwung en dan 2 uur pauze. In de eerste vier dagen werd gedurende de stuwung de zwelling nog pijnlijker en sterker. Ook had patient spontane pijnen, die erger werden. Wij zien dus, dat hier van de pijnstillende werking van het stuwen niet veel blijkt, hetgeen HEINE ook nadrukkelijk memoreert,

n.l. dat hem die werking niet opviel. Dan verminderten alle pijnen. Patient had aanvankelijk geringe temperatuursverheffingen, die langzamerhand verdwenen. Op het oogenblik, zegt hij — patient is nog onder behandeling — bestaat nog geringe secretie, maar van een aandoening van den processus mastoïdeus is niets meer te vinden. Jammer is het, dat men hier niet zeker weet, of er werkelijk een abces bestaan heeft, of dat er slechts een infiltraat bestond. Drie gevallen, waarbij bleek een abces te bestaan, stuwde hij, maar een incisie of paracentese kon daar ook niet achterwege blijven. Het eerste geval betreft een kindje van 1 jaar met acute otitis media en perforatie van het trommelvlies, die zich na vier weken sloot. Maar op den 22^{sten} stuwingsdag ontwikkelde zich een otitis media in het andere oor, met hooge temperatuur, die de paracentese noodig maakte. Patient is nog niet genezen.

Het 2^e geval is een man van 31 jaar, waar ook een incisie achter het oor gemaakt moest worden, zelfs later nog een incisie, daar er weer fluctuatie was ontstaan. Den tienden dag kon patient genezen ontslagen worden. Ten slotte behandelde hij een man, met een abces tusschen de achtergrens van den processus mastoïdeus en de middellijn van het occiput. Het trommelvlies is nog gezwollen, maar er is geen secretie meer. HEINE gaat nu tot de stuwingstherapie over, maar ziet dan het abces in omvang toe nemen, waarop hij tot incisie besluit. De drukpijnlijkheid en de infiltratie, zegt hij

dan, zijn op het oogenblik sterk afgenomen, maar de patient is nog in behandeling. Eenvoudiger ware het hier misschien geweest, alvorens op den processus mastoideus te incideeren, eerst een ruime opening in het trommelvlies te maken.

Vatten we alle gevallen, die HEINE behandeld heeft, te samen, dan zijn dat 19 middenoorettingen, waarvan er 9 genezen zijn, terwijl het bij 8 patienten tot een operatie kwam, en er 2 nog in behandeling zijn. Bij chronische gevallen zien we hier geen resultaten, en zooals ik reeds opmerkte voor de gevallen van KEPPLER, is het zeer de vraag, of de acute niet evengoed genezen zouden zijn, zonder de toch voor de patienten min of meer onaangename stuwing. Terecht toch wijst STENGER ⁽⁸⁴⁾ er ons op, hoe toch vele acute gevallen van middenoorontsteking, zelfs die, welke gepaard gaan met hooge temperaturen, tegen alle verwachting in, als het ware van zelf kunnen genezen. Hij wijst er vooral op, hoe het aetiologisch moment een gewichtige factor zijn moet bij het stellen van de prognose voor dergelijke aandoeningen.

Het geval van HEINE — hier boven door mij vermeld — van den knaap, die een pleuropneumonie kreeg, neemt hij als voorbeeld. Het zegt niet veel, of bij het begin van dit proces een ooretting optreedt en deze misschien een gunstige wending neemt. Men ziet herhaald, zegt STENGER, bij den aanvang van een pleuropneumonie, otorrhoe optreden, die dan zonder eenige behandeling weer geneest.

Hij is dan ook minder optimistisch dan HEINE. Zijn resultaten, zegt hij, zijn niet aanmoedigend, en ze hebben niet veel waarde, want de aetiologie is onbekend. STENGER meent het beter gedaan te hebben; hij heeft oorettingen behandeld, volgend op verkoudheid, angina en ook na onbekende oorzaken en zegt dan — mirabele dictu — in alle gevallen niet na acute infectieziekten. Maar wat is dan een verkoudheid? wat een angina? en die onbekende oorzaken? Wij weten het immers niet ¹⁾. De otorrhoe na verkoudheid is goedaardiger, minder die na scarlatina. Vier eenzijdige oorettingen, die slechts 3 tot 4 dagen oud zouden zijn, en waarbij een perforatie bestond, genazen nadat hij ze 9—11 dagen op de gebruikelijke wijze met stuwung had behandeld. Na 8 dagen hield de secretie op, en vond hij weer een normale functie van het oor. Een geval van acute otorrhoe vertoonde den 4^{en} dag prikkelingsverschijnselen van het andere oor. Hij hield toen met de stuwung op, en stelde de gebruikelijke therapie in. Bij een acute, vier weken oude ettering, trad den derden dag der stuwung temperatuursverhooging op, die meerdere dagen aanhield, waarom STENGER tot de operatie overging.

Een 5 weken oud geval toonde na 14 dagen stuwung nog geen verbetering. Hij besluit uit de 11 ongecompliceerde gevallen, die hij behandelde, en uit de 7 met

1) Waarschijnlijk heeft STENGER bedoeld: niet na acute, exanthematische infectieziekten, en mazelen en roodvonk op het oog gehad.

aandoeningen van den kant van den processus mastoïdeus, dat hij met de stuwingsbehandeling geen kwaad heeft uitgeoefend op het proces, een mager resultaat voorwaar, maar het aantal gevallen, zegt hij zelf, is te klein.

In de gevallen waar het etteringsproces reeds langer bestond, meende hij een gunstigen invloed van de stuwing waargenomen te hebben, nadat aanvankelijk de secretie wat was toegenomen. Helaas heeft hij die gevallen nog onder behandeling, zoodat wij op het oogenblik niet weten, hoe het daarmede is afgelopen. De patienten vinden de stuwing subjectief gunstig werkend, een opmerking, die ik van geen van mijne patienten vernomen heb. De bezwaren van de stuwing houden spoedig op, de meeste van de, door mij behandelde patienten, vonden echter het dragen van den band een onaangename gewaarwording. Over de pijnstillende werking is STENGER goed tevreden. Bij patienten met koorts verdween deze lytisch. Dit nu kan wel een gevolg van de behandeling zijn, maar behoeft nog geen gevolg van de stuwing te wezen. Waarschijnlijk liepen de patienten, voor ze door STENGER opgenomen werden, vrijelijk rond, en zal hij patienten met temperatuursverheffingen, bij hun komst in zijn kliniek, wel bedrust hebben laten houden. Deze kan dan de oorzaak zijn geweest voor het normaal worden van de lichaams-temperatuur. De hoogste temperatuur trouwens, die hij bij zijne lijdens waarnam, bedroeg slechts 38.5. Hij vindt de behandeling gemakkelijk, iets, wat ik maar

tot op zekere hoogte kan onderschrijven, trouwens STENGER blijkbaar ook, hoewel hij het niet zegt. Hij toch wil toezicht, en dat is niet zoo licht te verkrijgen, zooals zal blijken, wanneer ik ga mededeelen, wat ik met de door mij behandelde patienten ondervonden heb. Adenoïde vegetaties beschouwt STENGER als een contra-indicatie voor de stuwingstherapie. Deze zouden aanleiding geven tot braakbewegingen en zoo tot infectie van het andere oor. Hier aan is tegemoet te komen door eerst adenotomie te verrichten. Ieder otiatier ziet toch telkens en telkens weer bij kinderen met otorrhoe, deze aandoening genezen, na een goed uitgevoerde adenotomie.

Wanneer dadelijk bij eene acute ettering dreigende symptomen optreden, wil hij operatief ingrijpen, maar ook direct met de stuwing beginnen. Hij acht het waarschijnlijk, dat de tot nu toe gebruikelijke behandeling van middenooraandoeningen, door de gunstige resultaten door KEPPLER verkregen, geheel gewijzigd zal worden, „es bedarf aber noch sorgfältigster Nachprüfung, ob die hier erzielten Erfolge auch seitens der Ohrenärzte sich bestätigt finden.“

Bij de gevallen met complicaties van den kant van den processus mastoïdeus gaat STENGER geheel anders te werk dan de beide vorige onderzoekers. Zijn behandeling is nog al wat ingrijpender, waardoor de stuwing als zoodanig in waarde verliest, althans de waarde er van minder juist te beoordeelen is, maar die therapie meer een hulpmiddel wordt, om na

een belangrijke operatie, een voorspoedige genezing te verkrijgen.

Wanneer er een subperiostaal abces bestaat op den processus mastoïdeus bij een patient met otitis media, maakt hij een 2—3 centimeters lange incisie achter het oor, tot op het been. Het periost wordt nu tot aan den rand van de uitwendige gehoorgang van het been losgemaakt. Bloedende vaten worden bij deze operatie zorgvuldig onderbonden. Vindt hij nu geen fistel in het been, dan wordt met een smallen beitel een fistelgang gemaakt in den processus mastoïdeus, tot in het antrum. Is er een fistel, dan wordt deze met een scherp lepeltje zorgvuldig uitgekrabd en, zoo mogelijk, naar het antrum toe opengelegd. In deze opening wordt losjes een strookje gaas gebracht en nu wordt buiten op de huid een Biersch zuigglas geplaatst. Na korten tijd vult dit zich met bloed, etter en sereus vocht. Pijn mag het niet doen.

Om het zuigglas wordt een verband aangelegd. Heeft het glas zich nu vol gezogen, dan neemt hij het weg; anders blijft het 3 uur staan. Den volgenden dag herhaalt hij deze behandeling. Opnieuw wordt een zuigglas op de wond gezet, nadat een nieuwe tampon in het fisteltje aangebracht is. Dit herhaalt hij dagelijks, totdat de beenwonde zich met goede granulaties bedekt heeft, geen vloeistof meer opgezogen wordt, en het uitvloeien van secreet uit de uitwendige gehoorgang geheel opgehouden heeft.

Dezelfde behandeling past hij toe bij gevallen zonder abcesvorming, doch waarbij alleen sterke zwelling der

weeke deelen boven den processus mastoïdeus, met drukpijnlijkheid bestaat. Ook hier maakt hij een kleine huidsnede, met een klein beenkanaal naar het antrum. Wat de otorrhoe betreft, zoo schijnt deze de eerste dagen altijd iets vermeerderd te zijn, om daarna meestal snel op te houden. In enkele gevallen zag hij ze nog 6—8 dagen aanhouden. De temperatuursverhooging keerde lytisch tot den norm terug en gemiddeld bereikt hij in drie en een halve week genezing van zijn patienten. In elk geval geloof ik, dat STENGER gelijk heeft, wanneer hij deze behandelings-methode als ongevaarlijk aanbeveelt bij gevallen van otitis media, gecompliceerd met een aandoening van den processus mastoïdeus. We kunnen toch het geheele verloop van de ziekte hierbij nauwkeurig nagaan. Dagelijks controleert men den staat van zaken. Mochten zich eventueel toch nog ernstige verschijnselen gaan voordoen, dan behoeft men met eenige opmerkzaamheid het juiste moment, om verder in te grijpen, niet voorbij te laten gaan. In het geheel behandelde hij zoo 7 gevallen, allen met goed resultaat. LINDENSTEIN ⁽⁵³⁾ maakt melding van één geval van otitis media, door hem met Biersche stuwing behandeld, maar hij deelt over dat geval in 't geheel niets anders mede, dan dat het van de stuwing geen invloed ondervond.

Belangrijker zijn de mededeelingen die ons HASSLAUER ⁽²⁹⁾ doet. Zes en dertig acute gevallen werden door hem met een stuwingsband behandeld, waarvan 3 tegelijkertijd met een zuigglas volgens de methode van STENGER.

Ook maakt hij melding van 9 patienten, die door FLEISCHMANN in de kliniek van POLITZER behandeld werden. Van de 9 ongecompliceerde gevallen genazen er 6, terwijl de drie overige geen invloed van de stuwing onderonden, maar wel volgens de, door hem gewoonlijk gebruikte therapie genazen. Welke deze therapie is, wordt er echter niet bij vermeld. Hij zag geen verkorting van den genezingsduur en wil dan ook geen therapeutische kracht aan de stuwing toeschrijven. Van 12 acute mastoïditides kwamen er 5 tot genezing. Bij 7 kwam het tot een operatie, daar de toestand erger werd. Hij gelooft, dat het ingrijpen daardoor grooter geworden is en de nabehandeling langer geduurd heeft. Hij schijnt echter bij deze nabehandeling de stuwing niet meer toegepast te hebben. Twee gevallen van chronische middenoorontstekingen, die geen invloed onderonden, vermeldt FLEISCHMANN. Maar een groote fout van hem was, dat hij zijne patienten poliklinisch behandelde, en dus niet in het minst waarborg had, dat zijne voorschriften werden nagekomen. Althans er staan geen voorzorgsmaatregelen vermeld, die hij daartoe genomen zou hebben.

Over zijn 36 acute gevallen is HASSLAUER wel te vreden, minder over zijn 15 chronische middenoorettingen, die hij trachtte met stuwing tot genezing te brengen. Het waren meestal aandoeningen die sedert de prilste jeugd van de patienten bestonden, en nu en dan eens exacerbeerden. In 9 gevallen kon hij het aetiologisch moment niet te weten komen, één maal

zou het een verkoudheid geweest zijn, 3 maal een in de jeugd ondergaan trauma, terwijl hij ten slotte nog bericht geeft over een geval, ontstaan na een sterke neuskatarrh. Tweemaal was het trommelvees tot aan den rand vernietigd, dus bestond er nagenoeg een totaal defect, en was het slijmvlies van het cavum tympani gewoekerd. Bij drie patienten waren er groote woekeringen in de trommelholte waar te nemen en in de overige gevallen een min of meer groote perforatie in de onderste helft van de membrana tympani. Viermaal behandelde hij een recidief van dezelfde twee patienten. Het is voor de beoordeeling van HASSLAUER's publicaties jammer, dat hij geen andere mededeeling doet van de door hem gevolgde techniek, dan dat hij een gewezen elastieken band gebruikte, die met een linnen band en gesp gesloten kon worden. Maar aangezien hij begint met verslag uit te brengen van KEPPLER's resultaten, mogen we wel aannemen, dat hij hem in techniek gevolgd is. Hij meent geen werking van de stuwings-hyperaemie te hebben waargenomen. In het eerst, zoo zegt hij, schijnt de secretie wat te verminderen. Dit is dus in strijd met wat anderen meenen waargenomen te hebben. Later werd de uitvloed echter weder als te voren en na verscheidene weken de patienten behandeld te hebben, houdt hij met de stuwing op. In één geval hield de otorrhoe den zesden dag op, bleef het oor drie dagen droog, en begon toen weer gedurende twee dagen te loopen, om daarna weer 5 dagen droog te blijven. Den volgenden dag trad, tegelijk met een hevige

tonsillitis, weder oorloopen op. Gedurende de 5 dagen, die het oor droog geweest was, had hij den band echter afgenomen. Of dat de oorzaak van het weder beginnen van de otorrhoe was, betwijfelt HASSLAUER, met het oog op de aanwezigheid van die tonsillitis. De band wordt dan weer aangelegd; den volgenden dag is de uitvloed veel minder en na vier dagen houdt deze geheel op. Nu laat hij den band 6 dagen liggen. Het oor bleef volle 4 dagen droog, begon toen weer te loopen gedurende 3 dagen en daarna trad definitieve genezing op.

Bij zulke recidiveerende gevallen, zegt hij, blijft de neiging tot recidief bestaan, niettegenstaande de stuwing en treedt geen definitieve genezing op, zoolang het niet is mogen gelukken de perforatie te sluiten. Met paracentese kreeg hij in 25 dagen, bij nog één geval, genezing op ongeveer dezelfde manier.

Van een gunstige werking bij chronische gevallen wil hij dan ook niet spreken. Het ziekteverloop wijkt in niets af van dat, wat men anders bij die aandoeningen waarneemt. Alleen exacerbaties ondervinden denzelfden gunstigen invloed als de zuiver acute gevallen. Een nadeel vond hij, dat hij bij 6 patienten met chronische otitis media, een diffuse ontsteking van de uitwendige gehoorgang waarnam.

Het geval van chronische otitis media, in aansluiting aan een acute neuskatarrh, door hem behandeld, was er een, waarbij een perforatie bestond. Het was een acute exacerbatie met ontsteking van den processus mastoïdeus. In oor- en neussecreet vond men den mi-

crococcus catarrhalis van PFEIFFER. De stuwingsband genas wel de pijn en de afscheiding, niet de mastoïditis. Deze genas na een incisie, zonder aanleggen van een beenfistel, maar wel met gebruik van een zuigglas. Met deze incisie, trad na 2 dagen genezing van de mastoïditis op, maar de chronische otorrhoe is tot heden toe nog niet genezen, zegt hij.

Merkwaardig zijn nog de 4 gevallen van acute otitis media non perforativa, waarbij HASSLAUER, zonder paracentese te doen, genezing zag optreden. In één van deze gevallen bestond tevens een empyeem van het antrum Highmori en een tonsillair abces, die beiden tot genezing kwamen.

Alvorens tot een andere manier, om hyperaemie te verwekken, over te gaan, wil ik nog mededeelen, dat VOHSEN ⁽⁸⁹⁾ de stuwing toepaste bij patienten met oorsuizen. LERMOYEZ, zoo zegt hij, liet lijders met oorsuizen amylnitriet inademen. Hielden de geruischen dan op, zoo besloot hij daaruit, dat ze veroorzaakt werden door anaemie van het labyrinth. De therapie daartegen gericht bevestigde dan de juistheid der diagnose. VOHSEN beweert met stuwing dezelfde goede resultaten te bereiken.

Een geheel andere methode, maar toch eene, waarbij middenoorontstekingen behandeld worden, door het verwekken van hyperaemie, gepaard aan het doen afvloeien van in de trommelholte aanwezigen etter, werd toegepast door SONDERMANN ⁽⁷⁷⁾ en vond ook later bij anderen

navolging. Niet alleen in de oorheelkunde paste SONDERMANN deze behandeling toe, maar ook in de rhinologie vindt men haar, zoowel als diagnostisch dan als therapeutisch middel terug. Op het gebruik van stuwung in de rhinologie, zal ik hieronder nog nader terugkomen; wij zullen dus eerst zien waaruit die methode op otologisch gebied bestaat.

SONDERMANN verdunt de lucht in de uitwendige gehoorgang en het middenoor, door aan het laterale uiteinde van de uitwendige gehoorgang te zuigen, bij ooren, waarbij eene opening in het trommelvlies bestaat. Wel wordt deze methode van onderzoek en behandeling in POLITZER'sch Lehrbuch der Ohrenheilkunde gevonden, maar sprekende over de behandeling van otitis media, maakt hij er geen melding meer van. Hij past die behandeling dan ook niet toe met het idee hyperaemie te verwekken.

Men kan in de uitwendige gehoorgang een glazen canule invoeren, die verbonden is met een elastieke slang, die aan het andere uiteinde voorzien is van een peervormigen ballon. Door nu dezen ballon samen te knijpen, dan de canule in de uitwendige gehoorgang in te voeren en vervolgens den ballon weer los te laten, zuigt men etter, die eventueel in de uitwendige gehoorgang of in het middenoor is — natuurlijk slechts dan wanneer er een perforatie van het trommelvlies bestaat — naar buiten. Niet alleen zou bij deze bewerking het wegzuigen van den etter een gunstig moment zijn voor het tot standkomen der genezing,

maar men zou tevens door de luchtverdunning een hyperaemie verkrijgen. Men weet echter niet, zegt SONDERMANN, of deze hyperaemie actief of passief is en meent ze dan ook tot de gemengde te moeten rekenen.

Maar tegen deze methode had SONDERMANN het bezwaar, dat het zuigen in de uitwendige gehoorgang te pijnlijk is, aangezien in die kleine ruimte allicht te sterk gezogen wordt. Bovendien duchtte hij bij die sterke werking, gevaar voor de fijn gebouwde weefsels in de trommelholte. Later ⁽⁸⁰⁾ schijnt hij van die meening teruggekomen te zijn. Het „Politzeren”, het blazen van lucht met den ballon van POLITZER door den neus, via de tuba Eustachii, in het cavum tympani, is veel heftiger inwerking op het middenoor en de daarin aanwezige gehoorbeentjes. Wanneer men echter den ballon met de geheele hand omvat, heeft men het volkomen in zijn macht, zoo voorzichtig te zuigen, als men maar wil. SONDERMANN beval daarom een andere wijze van zuigen aan. In plaats van de glazen canule, wilde hij een gutta-percha kapje gebruiken van driehoekigen of ronden vorm. Dit kapje plaatste hij over de geheele oorschelp heen en ging dan zuigen, door op de boven beschreven wijze in den ballon te knijpen en dien weer los te laten. Deze methode heeft naar mijn meening groote nadeelen en wel allereerst, dat men nu absoluut niet ziet wat men doet. Men ziet niet met welke kracht de etter naar buiten komt vloeien en heeft dus nagenoeg geen maatstaf voor de uitwerking van de zuiging. Verder loopt de

etter over het onderste deel van de oorschelp in de kap. Herhaalt men deze bewerking meerdere malen — en dat is noodig, wil men zijn doel bereiken — dan loopt men de kans zijn patiënt een eczeem te bezorgen. Ik vind de methode onzindelijk. Er komt bovendien een grootere of kleinere hoeveelheid etter in de kap terecht, terwijl dat voorwerp moeilijk schoon te maken is, en zeker niet behoorlijk steriel te krijgen is. Ten slotte kan het tot stand brengen van een luchtdichte afsluiting bij magere personen, of bij patienten met sterken haar- en baardgroei grootē moeilijkheden geven. Aan het eerste bezwaar zou men misschien tegemoet kunnen komen door een glazen kopglas over het oor te plaatsen, zooals reeds door STEPHAN (84a) aangegeven is, waardoor dan tevens aan het derde bezwaar tegemoet gekomen wordt. Men zou deze laatste hindernis uit den weg kunnen ruimen, door iederen patient een afzonderlijke kap te geven, maar in vele gevallen zal dat toch ook eenige moeilijkheid opleveren. Maar het tweede bezwaar blijft bestaan. Ik heb de methode dan ook nooit toegepast.

SONDERMANN meent verder, dat men deze kap over den neus zou kunnen plaatsen en dan via neus en tuba Eustachii, een zuigwerking in het middenoor zou kunnen uitoefenen. Later zullen we zien, welke manieren er bestaan, om inderdaad den nasopharynx af te sluiten, zoodat zuigwerking in den neus mogelijk wordt.

Toch geloof ik dat deze methode van SONDERMANN wel wat al te theoretisch is.

De glazen canule waarmede SONDERMANN later de slang voorziet is zoodanig ingericht, dat geen pus door de canule in de slang en zoo in den ballon kan komen. Men kan dit verkrijgen door een glazen buisje, aan het eene uiteinde open, doch aan het andere uiteinde slechts van enkele kleine, terzijde aangebrachte, gaatjes voorzien, aan de slang te bevestigen. Over het van gaatjes voorziene uiteinde, wordt dan een min of meer peervormig glazen stopje luchtdicht geschoven, waarvan het spitse uiteinde, eveneens open, in de uitwendige gehoorgang wordt gebracht.

SONDERMANN behandelde 2 patienten door zijn oor-masker op het oor te plaatsten en dan te zuigen. Het waren 2 gevallen van acute otitis media, n.l. een 28-jarige patient, die sedert 8 à 9 jaar nu en dan etterigen uitvloed uit het linker oor heeft, een chronische otorrhoe dus feitelijk, met acute exacerbaties. 19 November begint SONDERMANN de behandeling en zet die voort tot 4 December. Dan is het oor droog, maar 14 December is er een recidief. Als er 24 December sedert een week geen etter meer uit het oor komt, houdt hij met zuigen op. Tot 10 Februari masseert hij het oor nog, past „Politzer” toe en geeft carbol-glycerine druppels. 30 October is het oor nog droog. Of men dit een succes mag noemen, staat natuurlijk zeer te bezien. Het is niet duidelijk of hij tijdens de zuigbehandeling ook carbolglycerine liet indruppelen en bovendien, men weet niet of het oor nu voor goed is droog gebleven, of dat het weer is gaan loopen. Tijden, dat het oor droog was, had patient

wel meer gehad. Het tweede geval heeft wel in het geheel geen bewijskracht voor de goede werking van het zuigen. Het is een otorrhoe na een trauma ontstaan, waarbij paracentese gedaan werd, gezogen werd, patient carbolglycerine-druppels, PRIESSNITZ-verband en bovendien nog aspirine kreeg. Dat begon op 14 April. Een maand later is er nog uitvloed. 4 Juni is de perforatie gesloten. Welk aandeel de zuighypersaemie hier aan gehad heeft, is natuurlijk onmogelijk uit te maken.

De patienten, zoo zegt hij, vonden het zuigen steeds aangenaam, ze gevoelden zich dadelijk beter in het hoofd en in het oor.

Verder zou hij nog een groot aantal chronische middenoorontstekingen behandeld hebben, met gunstig resultaat, maar deelt daar verder in 't geheel niets over mede.

GUYOT (23) vindt toch de methode, door SONDERMANN gebruikt, een van de meest interessante toepassingen van de Biersche stuwring. Ook hij wendde deze behandeling aan bij ooraandoeningen en, zooals we later zullen zien, ook bij ziekten van den neus en de neusbijholten. Hij acht het van zeer groot belang bij middenoorontstekingen den etter te verwijderen en zegt dat dit door zuigen alleen dan kan geschieden, wanneer de perforatie in het trommelvlies zeer groot is. Het beste middel, zegt hij, is wel de luchtdouche, zooals die door POLITZER gegeven wordt, hoewel hij toch niet ontkent, dat aan deze behandelingsmethode veel gevaren verbonden zijn. Men kan n.l. den etter in de been-

cellen van den processus mastoïdeus blazen. Hij past dan ook de SONDERMANN'sche zuigkap toe. Gevaarlijk lijkt het me, wanneer GUYOT deze behandeling aanbeveelt als zoo gemakkelijk, omdat ze bij uitstek geschikt is, om door den patient thuis te worden toegepast. Hij acht een behandeling van vele malen daags — hij spreekt van twee- tot viermaal — noodzakelijk om succes te verkrijgen. Maar geeft men zulke toestellen aan de patienten mede naar huis, dan weet men niet meer wat er gebeurt. Een zal veel te dikwijls zuigen, meenende zoodoende sneller genezing te verkrijgen, terwijl hij inderdaad het oor te veel irriteert. Een ander doet het misschien in het geheel niet, of zal veel te ruw te werk gaan en misschien een onherstelbare schade in het middenoor aanrichten.

Bijna een jaar past GUYOT de behandeling toe en is verbaasd over de snelheid, waarmede acute middenoor-etteringen tot genezing kwamen. Het zou echter wel de moeite waard zijn om te weten, in hoeverre hij contrôle op zijn patienten uitoefende. Hij vindt het voldoende het apparaat in een oplossing van lysoform te steriliseeren na het gebruikt te hebben. Zoo vaak echter ziet men kleine eczemateuze plekjes, of andere huid-defectjes aan en om de ooren van patienten met otorrhoe, dat ik toch maar liefst een goed gesteriliseerd voorwerp daarop zou willen zetten.

In vele chronische gevallen verkreeg hij goede resultaten, door meermalen daags, gedurende verscheidene weken, de therapie toe te passen. Hij zoowel als SON-

DERMANN vinden bovendien een voordeel van het toestel, dat men het, wanneer men de kap wegneemt, kan gebruiken om het oor te masseeren.

PERCY FRIDENBERG ⁽¹⁹⁾ heeft ook een aantal gevallen van otitis media behandeld met aspiratie. Hij deed eerst paracentese en ging dan daarna onmiddellijk tot het opzuigen van den etter over. Hij behandelde alleen acute gevallen. Ook diagnostische waarde kent hij aan de methode toe. Wanneer men b.v. te doen heeft met zeer jonge kinderen, zoo zegt hij, dan kunnen anatomische bijzonderheden, of mechanische en optische moeilijkheden, ons soms in twijfel laten, of we inderdaad het trommelvlies ruim opengelegd hebben. Het zuigen kan ons dan dadelijk zekerheid hierin verschaffen.

Ook door MUCK ⁽⁵⁸⁾ is de zuigtherapie in een aantal gevallen van chronische otorrhoe toegepast. Hij koos daartoe die gevallen, waarbij een totaal defect van het trommelvlies bestond, met hyperaemie en hypersecretie van de trommelholte en de gehoorbeentjes uitgestooten waren. Hij nam waar, dat tijdens het zuigen, het trommelvlies nog rooder werd. Eerst bette hij het oor uit met watten, dan brengt hij door zuigen stuwingshyperaemie teweeg. Met een vergrootglas nam hij waar dat de granulaties zich sterker met bloed vulden. Daarna veegde hij het oor weer droog. Hij paste de behandeling in 20 gevallen van hardnekkige chronische otitis media toe. In vier tot acht weken zag hij de secretie ophouden. Hij zoog om den anderen dag een tot twee

minuten, hield dan een minuut pauze, en zette dit zoo een kwartier voort. Hij vergeleek zijn gevallen met die, welke met *argentum nitricum* of met alcohol behandeld werden. Hij vindt dat men het weefsel met deze laatste middelen te veel beschadigt. Dit toch is mijns inziens alleen het geval, wanneer men te sterke oplossingen gebruikt, of te veelvuldig indruppelt. Door te veel of te sterk te stuwen, richt men ook schade aan. Hij beveelt de behandeling vooral aan in die gevallen, waarbij alleen het slijmvlies van de trommelholte is aangedaan, maar het been nog intact is.

Ook RIEDL ⁽⁶⁸⁾ deelt nog een aantal gevallen mede, welke hij met stuwing behandelde. Behoudens een groot aantal patienten met verschillende ontstekingen en verwondingen, wendde hij de stuwing aan bij 4 acute en 11 chronische middenoorontstekingen en verder bij 3 gevallen van ontsteking van de uitwendige gehoorgang. Vooral bij de behandeling van chronische otitis media, is hij zeer met het middel ingenomen. Van één geval maakt hij in het bijzonder melding.

Een meisje van 28 jaar heeft twee jaar geleden, na scarlatina, een etterige middenoorontsteking gekregen, die telkens in heftigheid wisselde, en in den laatsten tijd door veel uitvloed, pijn en sterk oorsuizen zeer lastig was. Tevens had deze patiente een verdikking van het slijmvlies van den nasopharynx en van het neusslijmvlies. De behandeling, zegt RIEDL dan, van oor en neus met zuigtoestellen, verbeterde reeds in korten tijd de hoofdpijn, en maakte de neusademhaling

wat ruimer. Ook het oorsuizen nam af. Ja hij kon zelfs een kleiner worden van de opening in het trommelvlies, door lidteekenvorming, waarnemen, nadat de ettering opgehouden had. De patiënte behandelde zichzelf, terwijl RIEDL haar nu en dan controleerde.

Hij vindt het echter vooral moeilijk te zeggen, op welk moment men met de zuigtherapie moet ophouden.

Nu komt mij de methode, later door SONDERMANN aangegeven (⁸⁰), nl. die, waarbij het kapje door de beschreven glazen canule vervangen is, al bijzonder geschikt voor om te gebruiken bij kleine kinderen met otorrhoe.

Bij zeer kleine kinderen zou ik de stuwingsband om den hals niet toe durven passen, zeker niet als poliklinische behandeling. Enkele keeren gebruikte ik de zuigmethode. Alleen was de canule, die door mij gebruikt werd, eenigszins anders, naar mijn idee eenvoudiger en toch voldoende.

Door mij werd van deze zuigmethode ook nog gebruik gemaakt in enkele gevallen, die ik te voren zonder resultaat met den stuwingsband, gedurende verscheidene weken behandeld had. Ik begon evenwel altijd met den band, omdat deze methode, zoowel voor de patienten als voor mij, minder tijdrovend was, en bovendien de zuigmethode toch nooit goed toegepast kon worden. Bij een poliklinische behandeling toch, is het onmogelijk er toe over te gaan, gevallen die men niet tot genezing kan brengen, door tweemaal daags gedurende 5 minuten te zuigen, meer, b. v. alle uren te gaan behandelen.

Alvorens nu tot de aandoeningen van neus, neusbijholten en keel over te gaan wil ik nog vermelden hoe STEPHAN de stuwning toepaste bij otitis externa circumscripta. Deze aandoening is soms zeer hardnekkig. De eene furunkel volgt op den andere. Hij behandelde deze ontstekingen met sublimaat druppels en met watten tampons. Aan den gelijkmatigen druk van de watten-tampon meent hij een gunstige werking te moeten toeschrijven. Maar met deze therapie was hij niet altijd tevreden. De gunstige resultaten verkregen door kunstmatige hyperaemie, bij middenooraandoeningen en ziekten van den processus mastoïdeus eensdeels, en bij furunkels op andere plaatsen van het lichaam anderdeels, brachten hem er toe een proef te nemen met deze methode bij otitis externa circumscripta en dergelijke aandoeningen. Hij deed het met de kap van SONDERMANN, maar liet die, zooals ik boven reeds vermeldde, van glas vervaardigen. Hij verkreeg daarmede geen goede resultaten, en hield met deze behandelingswijze op. Sedert den herfst van 1905 behandelde hij een aantal gevallen met den stuwingsband. De aandoening trad toen juist veel op. Hij deed het met een elastieken band voorzien van haken en oogen, en liet deze 18 uren achtereenvolgens liggen. Wanneer de ontstekingsverschijnselen opgehouden hadden, ging hij nog eenigen tijd met de behandeling door, maar liet den band dan slechts 8 tot 10 uren liggen. Bij zieken van buiten, die hij niet dagelijks zien kon, en bij menschen met arteriosclerose, deed hij het niet. In de uitwen-

dige gehoorgang bracht hij losjes wat watten, en wanneer er veel profuse secretie was, een droog, smal strookje gaas. Een andere therapie werd door hem niet toegepast. Hij behandelde 34 gevallen, bij 14 mannelijke en 20 vrouwelijke patienten, tusschen 4 en 54 jaar. Vijftien maal zetelde de aandoening links, en 18 maal rechts. Eénmaal was het een dubbelzijdig proces. Wat de aetiologie betreft, vermeldt hij als oorzaak, éénmaal trauma aan de oorschelp en ontsteking in den meatus externus, en éénmaal een abces bij een vierjarigen knaap. Het abces zetelde aan de binnenvlakte van den tragus, en had zich ontwikkeld, na een paracentese van het trommelmvlies, die gedaan was voor een otitis media. Onder hooge koorts en veel pijn, had het abces zich zeer plotseling ontwikkeld. Het ging gepaard met roodheid, tot over het jukbeen, die hem aan erysipelas deed denken. Na 12 uur stuwung volgde spontane perforatie van het abces. Na 48 uur was er geen spoor van abces of zwelling meer te vinden. Wegens de middenoor-ettering heeft hij het geval nog in behandeling. In twee gevallen betrof het een ontsteking van de beenige gehoorgang met furunkelvorming. In al deze gevallen zou hij succes gehad hebben, behalve in één. De pijnstillende werking van de stuwung viel STEPHAN op. De patienten konden goed slapen. Bij beginnende gevallen, waar nog slechts een infiltratie, en nog geen duidelijke furunkel bestond, had hij altijd in een drietal dagen genezing. Bij ontwikkelde, duidelijke furunkels zag hij in 5—7 dagen volkomen beterschap. Nooit kwam het tot incisie.

Ik kan niet anders zeggen, dan dat ik deze behandeling van otitis externa al bijzonder omslachtig, en voor de patienten onaangenaam vind. Op de polikliniek alhier, worden furunkels van de uitwendige gehoorgang nooit anders behandeld dan met alcohol PRIESSNITZ verbanden ¹⁾. Van de stuwing, mogen we STEPHAN gelooven wat betreft de pijnstillende werking, onderscheidt deze behandeling zich alleen ongunstig, doordat ze aanvankelijk wat pijnlijk is. Een alcoholgaasje in de ontstoken uitwendige gehoorgang doet pijn, maar deze pijn verdwijnt spoedig. Onaangenaam voor de patienten is verder, dat zij, zoolang ze in behandeling zijn, een oorverbandje moeten dragen, maar het onaangename hiervan weegt zeker niet op tegen het dragen van een stuwingsband. In tegenstelling van wat anderen wel eens beweerd hebben, heb ik nooit iets anders vernomen van mijn patienten, dan dat ze den band onaangenaam vonden en de enkele keeren, dat ik de stuwing bij mij zelf toepaste, vond ik het eveneens een hoogst onplezierige sensatie. Het is een groote uitzondering, dat we hier op de polikliniek er toe over moeten gaan een furunkel te incideeren. Een regelmatig gevolg van het alcohol-PRIESSNITZ-verband is steeds, dat de patienten, den volgenden dag voor de behandeling terug komende, verklaren veel minder, of in 't geheel geen pijn meer te hebben. Zelden duurt de behandeling 5 tot 7 dagen.

¹⁾ Tenzij het maken van een incisie noodzakelijk is. Deze wordt dan eerst gemaakt.

Ik behoef thans wel niet meer te zeggen, dat ik bij otitis externa, nooit Biersche stuwing heb toegepast, wel hyperaemie als geneesmiddel. Want zooals ik in het vorige hoofdstuk vermeldde, hebben de alcohol PRIESSNITZ-verbanden een sterk hyperaemiseerende werking.

En nu rest dan nog te bespreken de manier, waarop bij ziekelijke aandoeningen van neus en keel, de hyperaemie als geneesmiddel is toegepast. Ook hier treffen we de behandeling door stuwing van het geheele hoofd, door een band om den hals aan te leggen, en de meer plaatselijke stuwing, door koppen en andere daartoe uitgedachte inrichtingen. Deze laatste behandeling is wel in zooverre gewichtiger omdat ze niet alleen therapeutische, maar ook diagnostische waarde zou hebben. Wel heeft nu de diagnostiek van ziekten van den neus en neusbijholten, met het eigenlijke onderwerp van mijn dissertatie niets te maken, maar het staat er toch mede in zoo nauw verband, dat ik gemeend heb ook daarover niet te mogen zwijgen.

HOCHHAUS ⁽³⁷⁾ maakte gebruik van de zuivere passieve stuwing in 36 gevallen van middelmatig zware diphtherie. Wanneer men zich eenigen tijd met deze manier van behandelen heeft beziggehouden, dan wordt het aantal goede resultaten dat men verkrijgt, langzamerhand grooter. Nooit deed hij het bij kinderen die reeds symptomen van larynxstenose vertoonden. Slechts één kind van 4 jaar, dat reeds bij de opname teekenen van hartzwakte gaf, is gesuccombeerd. Alle

andere patienten zijn genezen. In 3 tot 4 dagen waren de meest uitgebreide beslagen verdwenen. Nooit werd een uitbreiding van het proces naar den larynx toe waargenomen. Albuminurie of verlammingen traden slechts zeldzaam op. In drie gevallen lichte albuminurie en bij drie kinderen was de pols tijdelijk irregulair. Éénmaal nam hij een beginnende verlamming van de musculatuur van het palatum waar. De band werd door de kinderen goed verdragen. Gedurende hoeveel uren hij den band in situ liet, vertelt hij ons echter niet. Na 4 dagen waren de ontstekingsverschijnselen in den hals belangrijk verbeterd, en werd de band dan ook afgelaten. Op grond van een en ander zou men geneigd zijn te veronderstellen, dat HOCHHAUS ons een middel aangegeven heeft ter behandeling van diphtherie, dat in alle opzichten met de tot nu toe gebruikelijke serumtherapie kan wedijveren, ware het niet, dat ook hij, naast de stuwingsbehandeling, al zijne patienten met serum ingespoten heeft. Nu moge hij al vermelden, dat naar zijn meening complicaties veel minder frequent voorkwamen, en dat het geheele verloop minder ernstig was, ik meen toch dat we, in aanmerking genomen dat het middelzware gevallen waren, en slechts 36 in getal, hier al zeer voorzichtig moeten zijn om, zij het ook maar eenige waarde aan de stuwings toe te kennen.

Hier te Leiden worden de patienten met diphtherie altijd op de chirurgische afdeeling opgenomen; ik behandelde ze dus nooit. Bovendien zal een ieder het

wel onverantwoordelijk vinden, een lijder aan diphtherie niet met serum in te spuiten, zoodat het al zeer moeilijk zal gaan zich bij deze aandoening een denkbeeld te vormen aangaande de waarde van de BIER'sche stuw-
wing. Verder stuwde hij 12 patienten met angina. Subjectief werden ze beter, maar objectief kon hij geen verkorting van het proces waarnemen.

De mededeelingen die STICH ⁽⁸⁵⁾ ons doet over dezelfde therapie bij angina, zeggen ons al evenmin wat. Bij zichzelf, bij collega's, en bij enkele patienten, stuwde hij bij angina en bij verkoudheid, en beweert goede resultaten gezien te hebben.

Het zal misschien den lachlust van sommigen opwekken, wanneer men tracht een eenvoudige verkoudheid door een omhaal, als toch het stuwen met zich brengt, tot staan te brengen. Bijna altijd toch geneest de coryza van zelf. Intusschen zien we, en vooral de neus-, keel- en oorarts doet dat, zoo nu en dan toch wel eens zeer onaangename complicaties van die zoo gering geschatte verkoudheid. Misschien zijn het deze gevolgen geweest, misschien de onaangename sensaties, die de aandoening voor ons subjectief welzijn met zich brengt, die er HENLE toe gebracht hebben te trachten, bij zichzelf en bij anderen, het verloop van een coryza te bekorten door stuw-
wing.

In December 1904, zoo vertelt hij ons ⁽³³⁾, werd hij verkouden. Een nauwkeurige beschrijving van de subjectieve sensaties, die hij daarbij had, wordt ons gegeven. Wegens de algemeene bekendheid van de aan-

doening, zal ik ze hier niet verder omschrijven. Om kort te gaan, Prof. HENLE was blijkbaar erg verkouden. Het was hier ook alweer de nacht die den wijze raad bracht. Hij kon niet slapen en kwam toen op het idee om te stuwen. Hij wachtte echter tot den volgenden middag. Hij legde den band aan, en weldra begonnen de lastige verschijnselen te verminderen. Zijn oogen traanden niet meer, de voortdurende secretie uit zijn neus hield op.

Hij liet den band een uur liggen. Toen de symptomen echter weldra terugkwamen, stuwde hij drie uur achtereenvolgens. Daarna keerden ze niet weer terug. Den derden dag had hij het gewone gevoel van een doorstane verkoudheid, droogte in de keel met geringe korstvorming.

Nu moet ik hierbij toch opmerken, dat het dus den derden dag was dat Prof. HENLE van zijn verkoudheid geen acute verschijnselen meer vertoonde. Dit komt echter wel meer voor, zoodat het zeer twijfelachtig is of de stuwning hierbij wel grooten invloed gehad heeft.

Zelf behoor ik tot hen, die bij een verkoudheid meestal ook een lichte bronchitis krijgen, zoodat het besluit weldra bij mij genomen was, om dat middel daarbij ook eens bij mijzelf toe te passen. Hier wil ik dan even vooruitloopen op hetgeen ik in het volgende hoofdstuk ga behandelen.

Twee jaar na Prof. HENLE werd ik zelf verkouden. Een collega was zoo vriendelijk mij 's avonds te ongeveer 10 uur den band om den hals te binden. Ik ver-

toonde op dat moment alle verschijnselen van iemand die acuut verkouden is. Misschien, ik geloof dat het inderdaad wel zoo was, — maar bij zichzelf waarnemen is al uitermate lastig — werd de uitvloed uit mijn neus al weldra minder. De sensatie, die ik er voor in de plaats gekregen had, was echter niet veel aangener. Toch kon ik met het werk, waar ik mede bezig was, verder gaan. 's Nachts kon ik in tegenstelling met den vorigen nacht goed slapen. Te vijf uur in den morgen ontwaakte ik, kreeg een geweldige niesbui, waarbij de band lossprong. Ik liet den band toen af, viel weldra weer in slaap, doch was den volgende morgen al even verkouden als den vorigen dag. Den tweeden dag had ik geen gelegenheid den band weer om te doen voor 's avonds. Mijn verkoudheid was toen echter spontaan veel beter geworden, en genas verder op de gebruikelijke wijze, doch zonder bronchitis. Aan de stuwung wil ik toch hierbij geen werkzaam aandeel toekennen.

Over de behandeling van verkoudheden wil ik echter niet verder doorgaan. Ik vermeldde een en ander slechts meer curiositatis causa. HENLE beweert overigens er succes mede te hebben.

POLYÁK (61) behandelde een acuut empyeem van het antrum Highmori in 12 dagen met succes. Hij genas een dubbelzijdig antrumempyeem met linkszijdige ettering van de zeefbeencellen in 10 dagen. Een tonsillitis pseudomembranacea (angina Vincenti) genas in 2 dagen. Bij een geval van acute tonsillitis hield de pijn dadelijk

op. In een geval van tuberculeuse perichondritis van den larynx met stenose, waarbij reeds drie maanden geleden tracheotomie was gedaan, paste hij ook stuwing toe. De pijnen die dysphagie veroorzaakten, werden dadelijk minder en de ontstekingsverschijnselen namen af.

In het Archiv für Laryngologie, geeft POLYÁK een uitvoerige beschrijving van de behandeling van larynx-tuberculose met BIER'sche stuwing. Hij wijst op de vele verschillende therapeutische middelen, die bij deze aandoening beproefd zijn, noemt daaronder het zonlicht, en wijst er op, dat dit ten slotte ook hyperaemiseerend werkt. Tusschen de tuberculose van de gewrichten en die van de larynx bestaat eenige analogie. Misschien, zoo dacht hij, zou een van de kwellendste symptomen, de dysphagie bij de larynxtuberculose verdwijnen. Maar hij was eenigszins bevreesd de stuwing toe te passen, waar hij toch bij BIER e. a. gelezen had, van de oedemen die daarbij zouden ontstaan. Zwelling en oedemen toch zijn verschijnselen, die lang niet zeldzaam levensgevaarlijke afmetingen aan kunnen nemen bij tuberculose van den larynx, en zou hij die nu nog kunstmatig gaan vermeerderen? Toevallig kreeg hij een patient in behandeling, waar reeds 3 maanden geleden tracheotomie bij gedaan was, gelijk boven vermeld is. Hier kon hij nu zonder gevaren voor den lijder de stuwing rustig toepassen.

In methode wijkt hij eenigszins van de gebruikelijke af. De band wordt vlak boven de tracheotomiewond aangelegd. Hij stuwt tweemaal daags gedurende één

uur. Gedurende de eerste zitting heeft hij de patiente (het was een vrouw) van minuut tot minuut gecontroleerd met den keelspiegel, om nauwkeurig gade te slaan wat er gebeurde. De eerste verrassing was, zoo zegt hij, dat hij geen opvallende zwelling van de slijmvliezen waarnam. De plicae aryepiglotticae waren mischien in de eerste 10 minuten wat meer gespannen, maar toch zoo gering, dat dit slechts bij zeer minutieus onderzoek kon waargenomen worden. Reeds na 15 minuten gaf de patient aan, bij het slikken van speeksel minder pijn te gevoelen, en een glas water zonder pijn gedurende het stuwen te kunnen opdrinken. Den volgende dag stuwt hij 3-maal een uur. De patient kan gemakkelijker vaste spijsen inslikken. Daarna stuwt hij driemaal 2 uur, en vervolgens driemaal 3 uur. Alles gaat mooi beter, wanneer de patiente op eens op verzoek van haar man de kliniek verlaten moet.

Hij doet verder nog eenige mededeelingen van enkele gevallen. Een patient wordt 7 Febr. 1906 opgenomen.

Status praesens. Pat. heeft geen koorts, goed gevoed. Dämpfung over beide longtoppen met ruw, verlengd expirium. Rechts zijn bovendien ronchi te hooren. Stem zeer heesch, pharynx droog, droogslikken doet pijn, het slikken van spijsen niet. Larynxslijmvlies is blauw-rose gekleurd, evenzoo de stembanden, ze zijn echter sterk geïnfilteerd en aan de vrije randen geulceerd. Aan de voorvlakte van den achtersten larynxwand beginnende infiltratie, met droge korsten bedekt.

Dan gaat hij driemaal daags een uur stuwen. Langzamerhand treedt verbetering in en schrijft dan:

24 Febr. Stem geheel zuiver, stemband levendig, rose gekleurd, nog matig geïnfiltreerd, evenzoo de achterste larynxwand. Ulceraties verdwenen. De behandeling wordt voortgezet.

De dysphagie was intusschen ook verdwenen. Zulke resultaten, of laat ik liever zeggen verbeteringen, moedigen zeker aan tot navolging, maar daartoe heeft men een kliniek noodig. Ik heb de stuwing bij larynxtuberculose bij poliklinische patienten slechts een keer kunnen toepassen. Naar aanleiding van de hier vermelde gevallen, merkt POLYÁK op, dat men wel meer bij krachtige, goed gevoede individuen dergelijke symptomen als in het boven beschreven geval ziet genezen.

Wat de juiste stuwingsgraad aangaat, zegt POLYÁK, dat men die getroffen heeft, wanneer binnen eenige minuten de pijnen ophouden of ten minste minder worden.

Hoe POLYÁK echter het aantal uren bepaalt, dat men stuwen moet, is in 't geheel niet duidelijk. BIER zelf trouwens, ik merkte het reeds op, zegt ook dat hij 22 uur stuwt en zegt niet waarom 22 uur. POLYÁK echter houdt er veel grooter verscheidenheid op na. In een geval van rhinopharyngitis en pharyngitis acuta purulenta exsiccans, stuwt hij eerst $1\frac{1}{2}$, dan 4 uur. In een geval van neuspolypen, acute etterige korstvorming in den neus, neuskeelholte, pharynx en larynx, past hij de stuwing van 8 uur tot een maximum van 10 uur toe.

De lijders aan chronische katarren van neus, neuskeelholte en pharynx, die door hem behandeld zijn,

vertoonen allen verbetering, doch hij heeft ze grootendeels nog niet ontslagen.

Ook de gemengde vorm van hyperaemie, het zuigen met kopglazen, werd door POLYÁK in navolging van PRYM (63) toegepast.

De instrumenten door PRYM aangegeven, heeft POLYÁK aanvankelijk ook gebruikt. Ik zelf ken ze alleen uit de beschrijving van PRYM. Terecht wijst POLYÁK dan ook op het nadeel, dat bij deze toestellen de afscheidingsproducten die opgezogen worden, dadelijk in den zuigballon terecht komen. De reiniging met antiseptische vloeistoffen is slecht voor den ballon en bovendien onvoldoende. De voorkeur verdienen dan ook naar mijn meening de glazen door POLYÁK aangegeven, waarvan men de afbeeldingen vindt in FRÄNKELS Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Band 18, Heft 2. Deze toestellen werden door mij bij de firma GARAY, te Budapest, besteld. Ik maakte, zooals we later zullen zien, alleen gebruik van den tonsillenzuiger. Het zijn stevige, glazen buizen, ter lengte van 28 cm., en voorzien van een receptaculum voor de opgezogen vloeistoffen, zoodat deze niet in den ballon terecht kunnen komen. Aan het uiteinde, dat op de tonsil gebracht moet worden, bevindt zich een glazen bolletje, naar links gekeerd met de concave zijde, voor de rechter tonsil, en naar rechts, voor de linker tonsil, wanneer men het instrument zoo voor zich houdt, dat men het uiteinde met den elastieken bal naar zichzelf toegekeerd houdt. De glazen bol is in drie afmetingen vervaardigd, voor ton-

sillen van verschillende grootte en wel: 1.20 cm. hoog en 12 mm. breed; 2.25 cm. hoog en 15 mm. breed; 3.30 cm. hoog en 20 mm. breed. Ook vervaardigde hij glazen voor den nasopharynx en voor den achtersten pharynxwand. Hoe ik ze gebruikte, zal ik in het volgende hoofdstuk vermelden. POLYÁK zoowel als PRYM wijzen er ons op hoe de glazen meestal goed verdragen worden. De patienten maken, wanneer het glas met eenige handigheid aangelegd wordt, nagenoeg geen reflexbewegingen. Alleen het aanleggen in den nasopharynx, zou eenige moeilijkheid bieden. POLYÁK zoog hoogstens tweemaal daags, en dan hoogstens driemaal 5 minuten. Bovendien wendde hij tevens de stuwung om den hals aan bij dezelfde patienten, hetgeen zeer jammer is voor de beoordeeling van zijn resultaten. Ook PRYM doet het eenige malen daags, gedurende eenige keeren 5 minuten, afwisselend rechts en links. Beide onderzoekers merken op, dat de stuwung pijnstillend werkt. PRYM past alleen de zuigtherapie toe, maar dit schijnt hem niet geraden. „Mir erscheint die Saugtherapie als ein Hilfsfaktor bei der Bekämpfung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen. Sie hat sich in allen Fällen als unschädlich erwiesen; in einem Teil der Fälle hat sie die Beschwerden der Kranken so gelindert dass ich zu einem Versuche mit ihr in allen Fällen glaube raten zu müssen.”

Ook kinderen met tonsilhypertrophie werden door PRYM behandeld. Slechts zelden stribbelden ze tegen. Hij kon ze echter niet regelmatig genoeg behandelen,

gelooft dat het stuwen daarbij goede resultaten moet geven, en vindt het dan te verkiezen boven de tonsillotomie.

POLYÁK bevestigt het kleiner worden van ontstoken, groote tonsillen bij kinderen. Dergelijke tonsillen echter worden ook kleiner door gorgelingen, of door ze aan te strijken met een of ander adstringentium, en worden ze dan niet kleiner, terwijl toch de ontsteking verdwijnt, dan is de tonsillotomie geïndiceerd. Deze behandelingswijze verdient de voorkeur boven het zuigen, daar ze veel eenvoudiger, en voor de patienten minder onaangenaam is, al was het maar wegens den korteren duur. Zuigt men, zoo dient zorg gedragen te worden dat geen slikbewegingen ontstaan, doordat het speeksel, dat zich in dien tijd in vrij groote hoeveelheid afscheidt, in de keel loopt. De patienten moeten met het hoofd voorover zitten; het speeksel kan dan vrij uit den mond in een bakje loopen, dat men ze onder den kin laat houden.

Conclusies wil POLYÁK uit zijne gevallen niet trekken. Hij spoort aan tot navolging.

Bij aandoeningen van den neus en de neusbijholten is het zuigen ook toegepast en dikwijls als therapeutisch middel. Ik meen echter in twijfel te moeten trekken, of hier de therapeutische kracht van het zuigen moet worden gezocht in het opwekken der hyperaemie. Wanneer men bij de aandoeningen van antrum Highmori, sinus frontalis en verdere neusbijholten, genezing verkrijgt, na aan den neus, op de later te beschrijven

wijze gezogen te hebben, blijft het twijfelachtig, of het de hyperaemie is, die daarvan de oorzaak is. Eerstens toch zou men zich moeten afvragen: Verkrijgt men inderdaad hyperaemie? Vervolgens: is deze hyperaemie wel van eenige beteekenis? Of is hier de gunstige invloed van het zuigen, die sommigen meenen te hebben waargenomen, niet veeleer toe te schrijven aan een min of meer volledige reiniging, die de neus en zijn bijholten door het zuigen ondergaan.

Maar eerst wil ik eene beschrijving geven van de wijze, waarop aan den neus gezogen wordt. Daartoe is in de eerste plaats noodig, dat de nasopharynx van de mondholte afgesloten wordt. Hiertoe zijn verschillende methoden aangegeven.

SPIESS (83) doet het door zijne patienten een lang aangehouden „i” te doen uitspreken. SEIFERT (76) e. a. doen hen een slok water in den mond nemen en laten dezen doorslikken, terwijl de mond gesloten blijft. Het palatum molle sluit dan den nasopharynx af.

Men kan gebruik maken van de zuigtoestellen van MUCK (56), SPIESS (83), SONDERMANN e. a. Het toestel, door dezen laatsten gebruikt, werd ook door mij aangewend. Het komt geheel overeen met het zuigapparaat beschreven op blz. 43, waar over het zuigen aan de uitwendige gehoorgang gesproken is. Het peervormige glas is alleen iets grooter, zoodat dit gemakkelijk de neusopening afsluit. Zuigtoestellen, waarbij een kap over den geheelen neus geplaatst wordt, komen

me alleen daarom al minder gewenscht voor, omdat het zou voorkomen, dat op den neustop soms venectasiën bestaan blijven, nadat men met de behandeling is opgehouden, een verschijnsel waartegen iedere patient wel sterke bedenkingen zal hebben.

In 1899 deelde SEIFERT ⁽⁷⁶⁾ op het congres in Würzburg mede, hoe hij zijne patienten met het „negatieve Politzer Verfahren”, zooals hij het noemt, behandelde. Hij deed het in hoofdzaak met een diagnostisch doeleinde. Kwamen er patienten met klachten, die wezen op een empyeem van het antrum Highmori, of van een andere neusbijholte, dan werd eerst de neusgang behoorlijk gecocaïniseerd, om eventueele zwellingen van het slijmvlies te doen afnemen. De natuurlijke openingen der neusbijholten worden dan ruimer. De patient neemt vervolgens een slok water in den mond. De canule voor den neuszuiger wordt in de te onderzoeken neusgang gebracht, het andere neusgat wordt met een vinger dichtgedrukt, de ballon samengeknepen en vastgehouden. Nu wordt aan den patient gezegd om met gesloten mond te slikken, de ballon wordt losgelaten, en een sterke zuigwerking in den neus vindt plaats. Wanneer hij het toestel weggenomen had, keek hij in den neus om te zien, uit welke holte er eventueel pus te voorschijn kwam. Hij raadt aan, bij een empyeem van het rechter antrum Highmori, het hoofd naar links gebogen te laten houden, terwijl men zuigt, en voorover, indien men een aandoening van den sinus frontalis vermoedt.

Hij wijst er op, hoe moeilijk het soms is de diagnose van bijholte aandoeningen te stellen, en hoe ons deze methode daarbij helpen kan. Hierop wil ik echter niet verder ingaan.

Ook SEIFERT kent therapeutische kracht aan zijn methode toe, doch hij spreekt niet over de hyperaemie, die bij de behandeling misschien in de slijmvliezen der bijholten zou kunnen ontstaan.

7 Gevallen van acute ettering van den sinus frontalis, en 4 gevallen van acute ettering van de bovenkaaksholte, alle van nasalen oorsprong, genas hij in een tijdsverloop van 14 dagen tot 4 weken. 6 Gevallen, van empyeem van de cellulae ethmoïdales heeft hij nog in behandeling. Hij stelt zijn patiënten met acute etteringen van de bijholten voor, zich 8 dagen, één tot driemaal daags, volgens zijne methode te laten behandelen, en besluit dan uit het al of niet minder worden van de symptomen, of hij tot een operatie zal overgaan.

RHETY (67) volgt dezelfde methode. Hij geeft inwendig bovendien nog joodnatrium, om het van binnen eventueel aanwezige secreet, vloeibaarder te maken. Hij heeft bemerkt, dat puncties en andere methoden om vocht in het antrum Higmore te constateeren, negatief uitvallen, wanneer hij niet met het negatieve Politzeren (sit venia verbo), de aanwezigheid daarvan kon aantonen.

Bijzonder ingenomen met de methode is SONDERMANN, die zichzelf wel voor den uitvinder er van schijnt te

houden; SEIFERT en RHETY deden het reeds eerder, maar bij SONDERMANN vind ik toch voor het eerst de aandacht gevestigd op de hyperaemie, die door het zuigen verwekt zou worden, en in BIER'schen zin werkzaam zou kunnen zijn. Dat ik van deze werking niet geheel en al overtuigd ben, heb ik boven reeds medegedeeld.

Hij noemt de resultaten bij aandoeningen van den neus en zijne bijholten zeer gunstig.

Wanneer men begint te zuigen en er aanvankelijk weinig secreet te voorschijn komt, acht hij dit afkomstig uit den neus zelf, komt er daarna meer secreet, dan wordt het waarschijnlijk, dat dit uit de bijholten gezogen wordt. In twijfelachtige gevallen raadt hij aan om de behandeling voort te zetten in den loop van de volgende dagen. Neemt den 3^{den} of 4^{den} dag het secreet niet af, dan meent hij een bijholte aandoening als zeker te mogen veronderstellen. Bij aandoeningen van het os sphenoidale of ethmoidale, zou het vocht eerst in den nasopharynx te voorschijn komen. Hij blijft het echter een moeilijkheid vinden om te bepalen uit welke neusbijholte de pus nu afkomstig is. Soms, wanneer er ulceraties op de slijmvliezen aanwezig zijn, zouden er bloedingen bij het zuigen optreden.

Wanneer SONDERMANN dan zoo zijn diagnose gesteld heeft, gaat hij tot de therapie over, die eveneens uit zuigen bestaat, deels om den etter te verwijderen, deels om hyperaemie te verwekken. Heeft hij met een zwelling van de conchae te doen, dan zuigt hij tweemaal daags. Bij bijholte etteringen en bij ozaena,

laat hij het aantal keeren dat hij zuigt, vooral afhangen van de hoeveelheid secreet, die daarbij te voorschijn komt. In den beginne doet hij het zelfs soms alle uren. Deze behandeling heeft boven etsen het intact blijven van de slijmvliezen, voor. Acute empyemen, ziet hij zoo in een tijdsverloop van 8—14 dagen genezen. Langer duurt het bij acute exacerbaties van chronische empyemen. Bij ozaena raken de korsten los, en is een reiniging van den neus veel beter mogelijk, dan door spoelingen.

SONDERMANN doet mededeeling van een honderdtal gevallen, waarover hij zeer tevreden is. Ook ter nabehandeling, na operaties der bijholten, beveelt hij de zuigtherapie aan. SPIESS⁽⁸³⁾ gebruikt een zuigpompje en tracht bij droge katarrhen der bovenste luchtwegen, hyperaemie van het slymvlies te verwekken. Ziektegeschiedenissen deelt hij echter in het geheel niet mede.

Ook GUYOT⁽²³⁾ is over de methode voldaan. Aan het zuigen aan den neus, kent hij zoowel diagnostische als therapeutische waarde toe; therapeutische echter alleen in acute en subacute gevallen. Eerst bestrijkt hij den neus van binnen met 1:100 cocaïne, of 1:1000 tot 1:4000 adrenaline, een ietwat zonderling procédé, wanneer men van plan is hyperaemie te gaan verwekken. Hij verhaalt ons van 2 gevallen van acute ontsteking van den sinus frontalis, die hij met zuigtherapie in de kliniek van Prof. MANASSE te Straatsburg zag genezen. In chronische gevallen geeft hij de voorkeur aan chirurgische behandeling. Bij purulente rhinitis en ter behan-

ling van ozaena maakte hij met succes van de methode gebruik.

Het zal wel niemand verwonderen, dat men herhaald getracht heeft de stuwing tegen ozaena aan te wenden, een ziekte, bekend om hare hardnekkigheid, en die tevens voor de patienten en hunne omgeving een zoo onaangename kwaal is.

RHÉTY ⁽⁶⁶⁾ verkreeg wel het gemakkelijker loslaten van de korsten en wat hyperaemie, maar genezing kon hij niet verkrijgen. Hij probeerde ook passieve stuwing te verwekken, evenals FEIN ⁽¹⁸⁾ door compressie der venen aan de achterste choanaal randen. GOTTSTEIN nl., zoo zegt FEIN, is van oordeel, dat een oorzaak van de ozaena misschien gelegen is in de abnorme wijdte van de neusgaten, en wel zóó, dat de luchtstroom niet in staat zou zijn om de secreta behoorlijk uit de neusgangen te verwijderen. Daarom vernauwde hij ze met wattentampons. De resultaten die GOTTSTEIN hiermede meent verkregen te hebben, schreef FEIN toe aan de wattentampons, die in BIER'schen zin werkzaam zouden zijn. Met een soort BELOCQ'schen tampon trachtte hij zijn doel te bereiken. Deze liet hij soms 48 uur liggen. De nadeelen, aan deze handelwijze verbonden, zijn te duidelijk, dan dat ik daar verder op wil ingaan, bovendien dwalen wij zodoende geheel van de eigenlijke zuigtherapie af.

HEERMANN ⁽³¹⁾ wil het zuigen aansluiten aan spoelingen.

Daar waar nu het aanboren van een antrum High-

mori van uit de onderste neusgang een betrekkelijk eenvoudige operatie is, die, wanneer na het aanboren spoelingen met de een of andere vloeistof — 3% boorwateroplossing of slappe lysoloplossing — verricht worden, ook vaak tot genezing voert, moet men zich afvragen of die behandeling niet de voorkeur verdient. Bovendien, wil men hyperaemie, dan komt het me voor, dat spoelingen met lysol, die ook wel zullen verwekken, en wellicht duurzamer, dan die enkele minuten zuigen daags. In het volgende hoofdstuk zal ik daarop nog terugkomen.

Eigenaardiger is de opmerking van UFFENORDE ⁽⁸⁷⁾. Hij is in het geheel niet tevreden over de methode. Aan de hyperaemie die verwekt zou worden, kent hij niet veel waarde toe. Belangrijker echter is, dat hij zeer terecht wijst op de onmogelijkheid om een antrum Highmori door zijn natuurlijke opening leeg te zuigen, al zuigt men nog zoo sterk. Het antrum toch is een holte met een opening, welke niet op het laagste punt gelegen is. Zuigt men nu aan die opening, dan zal men de lucht boven eventueel in het antrum aanwezige, vloeistof, verdunnen, maar het zal nooit gelukken die vloeistof er uit te zuigen. Dit zou slechts dan kunnen, wanneer men op den bodem van het antrum zuigen kon of wanneer men het hoofd zeer scheef liet houden. Wanneer HONNETH ⁽³⁸⁾ ons tracht te bewijzen, dat het wel gelukt het antrum leeg te zuigen, dan kan het niet anders, of hij heeft zijn proeven verkeerd ingericht.

HONNETH nam de volgende proef.

Door achterste tamponade sluit hij beide choanaal-openingen, bij één rechtopzittend cadaver, luchtdicht af. Hierna gaat hij van de fossa canina uit met een FIEDLER'sche holle naald naar binnen, en laat dan, van uit een gecalibreerde burette, een verdunde oplossing van kaliumpermanganaat naar binnen loopen, totdat de eerste druppels zich in de neusholte vertoonen. Bij de fossa canina, zegt hij, dat de opening goed luchtdicht afgesloten werd. Voor ieder der beide kaakholten vond hij een inhoud van 15—16 ccm. Door langeren tijd te zuigen, gelukte het hem, de rechter holte volkomen ledig te zuigen, zoodat hij weer den vollen inhoud door de burette er in kon gieten. Links kreeg hij er slechts 10—12 ccm. uit. Het gelukte hem niet het antrum daar volkomen te ontledigen. Hij meent de verklaring daarvan te moeten zoeken in een luxatio septi, welke maakte, dat de geheele zuigkracht niet tot haar volle werking kwam.

Zooals ik reeds zeide, is het niet mogelijk, dat het HONNETH gelukt is om een antrum door den neus geheel ledig te zuigen. Mogelijk is, dat zijn afsluiting, aan de fossa canina, niet zoo luchtdicht was, als hij zelf wel meende, of dat de vloeistof in het antrum onder druk stond van vloeistof in de burette, of deze laatste vloeistof onder druk van de buitenlucht. In elk geval meen ik dat die luxatio septi links, wel weinig invloed gehad zal hebben op het feit, dat hij het antrum daar niet geheel kon ledig zuigen.

Ten slotte moet ik nog melding maken van een

andere methode om zuigwerking en hyperaemie in den neus en in zijne bijholten te verkrijgen. VOHSEN (90) vindt de toestellen van SONDERMANN, SPIESS en anderen, onpractisch en zelfs overbodig. Hij bereikt zuigwerking, door met gesloten neus en mond, de patienten diep te laten inademen. Hij ging na, dat men zodoende een negatieven druk van bijna een halve atmosfeer kan verkrijgen. De menschen kunnen dat inademen wel 50 seconden uithouden, zegt hij. Met behulp van een endoscoop bekeek hij zijn resultaat. Hij voerde deze in een, van uit den neus geopend antrum, of in den nasopharynx, binnen. Zoo zag hij hoe er hyperaemie in het slijmvlies optrad.

Op deze methode wil ik niet verder ingaan. Ik vind haar ongeschikt, om licht te begrijpen redenen.

Hiermede meen ik een overzicht gegeven te hebben van hetgeen door verschillende onderzoekers op otorhino-laryngologisch gebied, met stuwring verricht is. Ik wil er nu toe overgaan mede te deelen, wat ik zelf bij de toepassing van die behandelingswijze heb waargenomen.

HOOFDSTUK III.

Patienten door mij met stuwing behandeld.

Zooals ik in de inleiding reeds zeide, heb ik me, bij de door mij behandelde patienten, in hoofdzaak beperkt tot gevallen van chronische otorrhoe, en heb daarbij in de meeste gevallen de stuwingshyperaemie, de zuivere passieve hyperaemie, veroorzaakt door een band om den hals toegepast. Enkele lijdens aan chronische otitis media, werden volgens SONDERMANN, met gemengde hyperaemie behandeld, door te zuigen in de uitwendige gehoorgang. Het bleek me onmogelijk te zijn een groot aantal gevallen te behandelen, tenzij ik meerdere jaren had zullen doorgaan en dit kwam me om verschillende redenen niet wenschelijk voor. Lang niet alle gevallen waren geschikt om door mij gestuwd te worden. Patientens, die op een eenigszins grooten afstand van Leiden woonden, kon ik om licht te begrijpen redenen niet gebruiken. Weer anderen verkozen zich aan die bindende behandeling niet te onderwerpen.

Zoo gebeurde het, dat slechts bij een beperkt aantal patienten de stuwings therapie kon worden aangewend.

De stuwings met een band om den hals, werd door mij op de volgende wijze toegepast.

Als band gebruikte ik een elastieken kouseband. Dit soort stof bleek me geruimen tijd zijn elasticiteit te bewaren. Van zweet, ondervond het geen invloed, waarschijnlijk wel omdat de band, zooals die door mij werd aangelegd, niet met de huid in aanraking kwam. De band was 3 cm. breed. Het kwam mij totaal overbodig voor bij menschen, een 3 cm., en bij kinderen, een 2 cm. breed band te gebruiken.

Eenvoudige dassenknijpers, doch die goed stevig knepen, werden door mij als sluiting, aangewend. Haken en oogen scheurden telkens af. Bovendien heeft een dassenknijper het voordeel eenvoudig te zijn, en gemakkelijk van plaats verwisseld te kunnen worden, zoodat decubitus door de sluiting, bij mijne patienten nooit voorkwam. De graad van stuwings kon met deze sluiting zoo sterk of zoo zwak genomen worden, als ik zelf wilde. Alvorens tot de stuwings over te gaan, waschte ik telkens de huid van den hals van mijne patienten met een watje met kamferspiritus, veegde haar daarna droog, en bestrooide haar vervolgens met pulvis oryzae. Dan werd een strook verbandwatten om den hals gelegd, en daarna de kouseband, welke dan vervolgens, na aangehaald te zijn, gesloten werd.

Nooit klaagden mijne patienten over buitensporige

warmte, door die watten veroorzaakt. Ik pakte ze zelfs nu nog verder in. Ten einde te voorkomen, dat mijne patienten thuis den band zouden af kunnen doen of lossen kunnen maken, zonder dat dit door mij bemerkt zou worden, wond ik er nog een flanelle zwachtel omheen, die door mij met een kleefpleisterstrook, over de sluiting heen, werd dichtgemaakt. Op de kleefpleister zette ik een teeken, dat zich op een bepaalde plaats ten opzichte van de sluiting bevond, zoodat door mij of door de zuster, die steeds bij de behandeling van mijne patienten behulpzaam was en van het geheim op de hoogte was, steeds kon worden gezien wanneer de patienten belangrijke manipulaties aan hun verband hadden uitgevoerd. Inderdaad bleek dit een enkelen keer voor te komen.

Zoo stuurde ik de patiënten naar huis, en liet ze 22 uur later terug komen om het verband op het ziekenhuis af te laten nemen. Slechts enkele keeren moest er op vertrouwd worden, dat de patiënt zelf thuis den band na 22 uur afdeed, en ik meen dat mijn vertrouwen in die gevallen niet misplaatst was. Daarna hielden ze 2 uur stuwingspauze.

Mijne eerste patiënten werden in het ziekenhuis opgenomen, later, zooals ik reeds vermeldde, ging dat niet meer.

Ik nam waar, dat de verschillende patiënten een groote verscheidenheid vertoonden in den invloed, die ze van de stuwung ondervonden. Sommigen werden bij den geringsten druk dadelijk sterk cyanotisch, vertoon-

den weldra oedemateuze zwelling van de oogleden en in den hals, anderen hadden een veel sterkeren druk noodig, voor ze blijkbaar eenigen invloed van de stuw-
wing ondervonden. Ik meende evenals HEINE op te merken, dat men betrekkelijk spoedig een stuwings-
graad vindt, die men dan volgens de beschrijvingen van BIER e. a. voor den juiste zou moeten houden. Herhaaldelijk gaven mijne patiënten me op mijn na-
vragen te kennen, dat ik ze — ieder individueel — dagelijks nagenoeg even sterk stuwde. De band werd in het algemeen goed verdragen. Slechts zelden hoorde ik bepaald klachten, of kwam de patiënt zich zelfs melden met de mededeeling, dat hij het niet langer uit kon houden. Toch vonden bijna alle patiënten de be-
handeling onaangenaam. 1°. Vonden ze den band toch altijd lastig, zonder hem nu juist onverdragelijk te vinden; 2°. moesten ze tweemaal daags voor de be-
handeling op het ziekenhuis komen.

Decubitus, zooals ik reeds zeide, kwam bij mijn patiënten nooit voor. Een lichte roodheid verdween altijd gemakkelijk door de huid wat krachtiger met kamfer-
spiritus te wrijven. Bij een enkele patiënt werd de behandeling een dag overgeslagen, omdat de oedema-
teuze zwelling van het aangezicht te zeer was blijven bestaan, in de twee uren dat de patiënt zonder band had rondgelopen.

Zon- en feestdagen waren wel eens oorzaak, dat de behandeling werd nagelaten, meestal op verzoek van de patienten.

Zuster DE HEUS van het academisch Ziekenhuis alhier, die steeds bij mijne behandeling tegenwoordig was, verleende mij, wanneer ik zelf verhinderd was te komen, altijd met den meesten ijver hulp, waarvoor ik haar hier openlijk mijn dank wil uitspreken.

Behandeld werden:

16 gevallen van chronische otorrhoe.

1 geval van acute otorrhoe.

1 geval van otorrhoe met retroauriculaire zwelling.

7 slecht genezende wonden na radicaaloperatie.

1 trauma van de oorschelp.

Ziektegeschiedenissen ¹⁾.

1. H. S., 10 jr., m., Scholier, Leiden. Pat. wordt sedert 2½ maand regelmatig op de polikliniek behandeld met geregeld invoeren van gaas en alcohol-sublimaat oordruppels, wegens chronische otorrhoe. Vroeger zou pat. ook reeds op dergelijke wijze behandeld zijn.

20 Juli wordt tot stuwing besloten.

Stat. praeses: A. D. Cerumenprop. A. S. Sterk geïnjectieerd trommelvlies. Kleine perforatie voorste onderste quadrant Horl. A. S., 1 d.m. Urine geen eiwit. Temp. normaal. Het cerumen uit A. D. wordt verwijderd. Trommelvl. blijkt normaal te zijn.

20 Juli te 2 uur n.m. wordt de band aangedaan tot 12 uur 's middags van den 21sten Juli. Dus 22 uur stuwen. Pat. blijkt vrij spoedig cyanotisch te worden. Zwelling onder de oogleden.

1) Waar er geen melding van gemaakt is, bestaan geen andere afwijkingen dan die van de ooren en is de oorzaak onbekend.

24 Juli veel minder uitvloed. 25 Juli oor droog. 27 Juli weer een spoor uitvloed. 27 Juli oor droog. Met de stuwing wordt doorgegaan tot 31 Juli. Het oor is dan nog steeds droog. Horl. 1 d.m. Trommelvees geïnjecteerd.

Perforatie nagenoeg hetzelfde.

20 October komt pat. terug Hij heeft weer otorrhoe. Een week te voren deelde pat. me mede, dat zijn oor nog steeds droog was. Pat. wordt nu poliklinisch weer op de vroegere wijze met druppels behandeld.

8 Jan. '07 oor weer droog. Daarna gaat 20 Jan. het oor weer loopen en loopt het nog.

2. J. V., 6 jr., vr., Scholier, Leiden. Van 6 Juni tot 2 Oct. '06 is pat. behandeld met alcohol-sublimaat oordruppels. Geen verbetering.

2 Oct. '06 wordt tot stuwing besloten.

Stat. praes. A. S. horl. ad. conch. Verdikt trommelvees met pus en wat sanguis in de uitw. gehoorgang. Perforatieopening niet duidelijk te zien. A. D., geen afwijkingen van het trommelvees te zien. Horl. 2 d.m. Temp. norm. Urine geen eiwit.

2 Oct. '06 te 10¹/₄ uur v.m. wordt de band aangedaan. 9 uur 's morgens af. 's Avonds ziet pat. nog al erg cyanotisch en braakte. De band werd toen gedurende 1 uur afgedaan.

Tot 8 Oct. wordt met 22 uur stuwing dgs. doorgegaan, zonder dat er veel verandering komt. 8 Oct. is de huid van het kind bedekt met urticaria; behandeling met poeder en mentholspiritus. Geen stuwing.

9 Oct. Urticaria verdwenen. 22 uur stuwing. 16 Oct. zeer weinig afscheiding. Nog al roodheid van den hals waarom de stuwing 1 dag onderbroken wordt. 22 Oct. weinig afscheiding. 23 Oct. meer afscheiding. Van heden af worden tevens weer alcoholdruppels gegeven. 29 Oct. geen merkbare verbetering. Pat. ontslagen; poliklinisch behandeld met oordruppels.

11 Jan. Radicaal operatie: De processus mastoïdeus bleek over groote uitgestrektheid carieus. Sinus normaal. De plastiek van

Körner wordt aan de operatie aangesloten. 15 Jan. 1ste verbandwisseling wond staat goed. Enkele weken later zag ik pat. genezen terug.

3. J. de J., 9 jr., m., scholier, Leiden. Sedert 5 Juli '06 is Pat. behandeld met oordruppels wegens een geruimen tijd bestaande otorrhoe. 19 Juli wordt tot stuwung besloten.

Stat. praes: A. D. normaal. A. S. Veel dunne pus in uitw. gehoorgang. Perf. voorste onderste quadrant. Trommelvlies sterk geïnjecteerd. De jongen is lastig, zoodat eenigszins betrouwbare gehoorproeven niet met hem te nemen zijn. Urine geen eiwit. Temp. norm. 19 Juli, 22 uur stuwen. 's Nachts zou Pat. drie-maal gebrakt hebben. Pat. ziet vrij spoedig cyanotisch.

22 Juli is het oor droog. 8 u. v.m. Pat. 38.7°, verder op den dag normaal. Pat. gevoelt zich goed. Heeft eetlust en goede ontlasting. Aan het oor is niets van retentie van etter of eenige afwijking te vinden.

Het oor blijft verder droog. De internist constateert intusschen een geringe afwijking in pulmonibus. 27 Juli loopt het oor weer. Intusschen was 24 Juli met de stuwung opgehouden. 27 Juli 22 uur stuwen. Pat. houdt lichte temp. verheffingen en heeft een spoor albumen. 5 Aug. is het oor droog. Temp. tusschen 37.5 en 38. 10 Aug. is het oor droog, terwijl 8 Aug. met de stuwung opgehouden was. Pat. is zeer lastig op de zaal. Hij heeft zich een prop papier in het zieke oor gestopt, die met moeite daaruit verwijderd wordt. Het oor loopt 25 Aug. weer. Na 2 dagen stuwen oor droog. Pat. ontslagen. Geen verbetering van het trommelvlies.

Het ontslag van patient vond voornamelijk plaats wegens de lasten, die hij op de zaal veroorzaakte door zijn slecht gedrag. Bij navraag bleek het oor 3 April nog droog te zijn. Thans weer otorrhoe.

4. B. S., 7 jr., m., scholier, 19 Aug. 1902 komt Pat. voor het

eerst op de polikliniek. Heeft sedert ± 2 jr. last van doofheid A. D.: horl. ad conch. A. S.: horl $\frac{1}{2}$ m. In de diepte cerumen-massa. Na uitspuiten een verlidteekend trommelvlies te zien. Tot 26 Sept. 1902 A. D. behandeld met druppels. Het resultaat staat helaas niet vermeld evenmin het aspect van A. D.

15 Mei 1906. Pat. komt weer op de polikliniek. De ooren zouden beiden nagenoeg geregeld loopen.

A. D. Dikke stinkende pus in de uitw. gehoorgang. In de diepte granulaties, groote perf. voorste onderste quadrant. A. S. id. Behandeling met alcoh. subl. druppels.

13 Juli '06. De uitvloed wordt steeds erger, vooral rechts. Er wordt tot stuwung besloten.

Stat. praes. A. D. Trommelvl. verdikt en rood. Perf. voorste onderste quadrant, geheel door granulaties afgesloten. A. S. Granulaties. Nagenoeg totaal defect. Temp. norm. Urine geen eiwit.

14 Juli 22 uur stuwung. Pat. is sterk cyanotisch en zweet erg. De uitvloed uit beide ooren is zeer sterk. Zoo wordt zonder veel verandering doorgegaan tot 17 Aug. L. oor is dan bijna droog. 18 Aug. beide ooren droog. 20 Aug. links weinig, rechts iets meer afscheiding. Tot 4 Sept. blijft dan de toestand: linker oor droog rechter nagenoeg droog.

4 Sept. Rechts weer meer afscheiding. 6 Sept. wordt de band afgelaten. Het linker oor blijft droog. R. loopt nog. 10 Sept. pat. naar huis wordt verder poliklinisch behandeld met oordruppels.

Pat., die bij zijn opname slechts zeer luïd spreken verstond, is niet verbeterd wat zijn gehoor betreft. Ook in het oor geen verandering te zien. Operatie wordt aangeraden doch patient wil niet.

5. H. K. grofsmid, 18 j., niet gehuwd, Leiden. Op 8 September '06 komt pat. onder behandeling op de polikliniek wegens otorrhoe linker oor. Pat. wordt behandeld met alcohol-sublimaat druppels. Pat. heeft sedert zijn prilste jeugd last van otorrhoe, ook telkens rechts.

1 Nov. '06 wordt tot stuwung besloten.

Stat. praes. A. D. groote centrale perforatie, oor droog, trommelvlies sterk rood; horl $\frac{1}{2}$ M.; A. S. Perforatie, voorste onderste quadrant, roodheid membraan v. Scaphnel pus in uitw. gehoorgang. Horl. $\frac{1}{2}$ dm.; Temp. norm. Urine geen eiwit.

1 Nov. '06 16 uur stuwung ¹⁾. 2 Nov. 22 uur stuwung 4 en 5 Nov. gaat de band 's nachts los, onbekend op welk uur, zoodat aantal stuwingsuren niet bekend is. 6 Nov. A. D. begint ook te loopen. 16 Nov. A. D. droog. 20 Nov. A. S. stat. id.

Zonder eenige verbetering wordt pat. ontslagen en verder behandeld met alcohol-sublimaat druppels. 26 Nov. A. D. droog A. S. nagenoeg droog. 27 Nov. weer uitvloed uit beide ooren.

Toen ik met de stuwungstherapie, en wel met de veneuze stuwung, geen succes had, besloot ik het bij dezen patiënt eens met gemengde hyperaemie te probeeren. Ik heb patiënt toen, evenals de andere patiënten, die ik met zuigen behandeld heb, tweemaal daags aan terug laten komen, en heb hem dan telkens 5 minuten ieder oor gestuwd. Daarbij werd gebruik gemaakt van den ballon met slang volgens SONDERMANN, in het vorige hoofdstuk door mij beschreven. Als aanzetstukje gebruikte ik een cylindervormig glazenbuisje, voorzien van een klein reservoir om den etter, die eventueel te voorschijn zou komen, te beletten dadelijk in den ballon te loopen. Door uitkoken kon dit eenvoudige glazenbuisje steeds goed gereinigd worden. Tweemaal daags 5 minuten stuwen, kwam me eigenlijk te kort voor. GUYOT e. a. toch gaven den raad ieder uur te stuwen. Practisch is dat bij een patiënt, die zooals H. K. en mijne andere

1) Dit geschiedde 16 uur ten einde alle patienten, die onder behandeling waren, op hetzelfde uur te kunnen helpen.

patiënten, die ik met zuigstuwning behandelde, poliklinisch behandeld moest worden, echter onuitvoerbaar. Het is te bezwaarlijk, zoowel voor patiënt als medicus. Toch wilde ik beproeven of ik eenige verbetering kon zien optreden.

6. 9 Dec. '06. Pat. H. K. status praesens: als boven. Zuigstuwning R. en L. 2×5 min. dgs. Er komt veel pus, links sanguinolent. 10 Dec. R. oor nagenoeg droog van 11—18 Dec. blijft A. D. droog. Objectief overigens geen verbetering A. S. blijft als boven. 21 Dec. wordt met de behandeling opgehouden en krijgt pat. oordruppels.

7. C. W., 13 jr., scholier, vr., weeshuis, Leiden. 20 Oct. komt pat. op de polikliniek. Doof aan linker oor sedert 1 jaar. Gedurende dat jaar loopt het oor. Pat. wordt behandeld met alcohol-subl. druppels. Geen verbetering. 24 Nov. wordt besloten tot stuwning. Stat. praes. A. S. Perforatie voorste onderste quadrant, veel pus in uitwendige gehoorgang. Horl. ad conch. A. D. lichte injectie van het overigens normale trommelvees. Horl. 2 dm. Temp. norm. Urine geen eiwit.

24 Nov. '06. 22 uur stuwning. 25 Nov. veel minder pus. 29 Nov. oor droog. Met de stuwning wordt doorgegaan. Met den dienst in het weeshuis komt het echter slecht uit het aantal stuwingsuren te verminderen, wanneer ik zelf contrôle wil blijven uitoefenen. 2 Dec. iets pus. 4 Dec. weer meer. 6 Dec. oor droog. 9 Dec. stuwning. 1 Zondag overgeslagen. 11 Dec. band afgelaten. 14 Dec. oor nog droog. De perforatie is niet gesloten zelfs niet duidelijk kleiner.

A. D., horl. 3 dm. A. S. horl $\frac{1}{2}$ dm.

20 Dec. patient komt terug. Oor loopt weer. Verder poliklinische behandeling met druppels.

8. A. S., 16 jr., vr., dienstbode, Leiden. Sedert 1 Aug. '06 wordt pat. behandeld op de polikliniek met alcohol-subl. druppels. Het

rechter oor zou toen 3 jaar gelopen hebben. 26 Nov. wordt besloten te stuwen.

Stat. praes. A. D. Bijna totaal defect. In de trommelholte granulaties horl. 1 dm. A. S. trommelvlies normaal; horl. $\frac{1}{2}$ M. Temp. normaal. Urine geen eiwit.

26 Nov. '06 22 uur stuwen. 28 Nov. Pat. klaagt over hoofdpijn. 30 Nov. oor nagenoeg droog. 1 Dec. oor droog. 2 Dec. weer wat uitvloed. 14 Dec. oor droog. 16 Dec. oor nog droog. De band wordt afgelaten. 19 Dec. Oor loopt weer. Behandeling verder met druppels.

9. P. v. d. K., 12 jr., m., flesschenspoeler, Leiden. 19 Nov. '06 komt pat. op de polikliniek omdat sedert 2 weken het rechter oor zoo loopt. Sedert vele jaren zou dat telkens zoo zijn. Tot 3 Dec. behandeling met druppels. 3 Dec. Er wordt besloten te stuwen.

Stat. praes. A. D. perforatie voorste onderste quadrant. Ingedroogde pus tegen het trommelvlies. Eczeem oorschelp. Horl. $\frac{1}{2}$ m. A. S. geen afwijkingen. Temp. norm. Urine geen eiwit.

3 Dec. 22 uur stuwen. Het eczeem verdwijnt binnen enkele dagen, na behandeling met pasta Lassar. De uitvloed vermindert dan totdat 16 Dec. het oor droog is. 18 Dec. band afgelaten. Overigens geen verbetering.

10 Mrt. Pat. komt terug omdat sedert den vorigen dag zijn oor weer loopt. Tot de oude behandeling wordt teruggekeerd.

10. Th. v. D., 16 jr., m., loopknecht, Leiden. 7 Nov. komt pat. op de polikliniek, omdat hij sedert een week oorpijn heeft. Den vorigen dag is het L. oor gaan lopen. Vroeger nooit oorloopen gehad. Pat. heeft rhinitis en adenoïde vegetaties welke verwijderd werden. Pat. heeft links een zwelling op processus mastoïdeus. Geen duidelijke fluctuatie. Linker oor staat af. De uitw. gehoorgang is vol epitheelvellen. Het trommelvlies is moeilijk te zien. Na reiniging van den uitw. gehoorgang met den spuit is geen perforatie in het gebombeerde trommelvlies te zien. Onder

chlooraethyl-narcose wordt paracentese van het trommelvlies verricht.

Onmiddellijk daarna 17 uur stuwing. Het gaasje in de uitw. gehoorgang is na enkele uren doorweekt en wordt verwisseld. 8 Nov. Gaasje matig vochtig, 22 uur stuwing. 9 Nov. pat. heeft 37.7 (oksel). Urine bevat $\frac{1}{2} \text{‰}$ albumen (Esbach). In de volgende dagen blijft temp. ongeveer zoo. 12 Nov. Fluctuatie achter het oor geconstateerd. Geen stuwing. Onder chlooraethylnarcose incisie. Geen pus. Jodoformgaasstrookje in het wondje gelegd.

13 Nov. 22 uur stuwen. Strookje jodoformgaas tegen het wondje gelegd. Temp. 37.9

15 Nov. Zwelling totaal weg. Nog wat pus in het oor $\frac{1}{2} \text{‰}$ albumen Tem. 38.2.

16 Nov. oor. id. Een geringe afwijking in pulmonibus wordt geconstateerd. 17 Nov. adenotomie. Met de stuwing wordt voortgegaan. 21 Nov. gaat pat., wat het oor betreft, genezen naar de interne afdeling. Later geen afwijkingen meer geconstateerd aan het oor.

11. C. L., 16 jr., vr., dienstbode, Leiden. In het cursusjaar '04—'05 is pat. behandeld wegens rhinitis atrophicans. 11 Juli '06 pat. heeft geruimen tijd, weet niet hoelang, oorloopen rechts. Wordt behandeld met druppels.

Pat. krijgt neusspoelingen.

25 Juli wordt besloten tot stuwen.

Stat. praes: A. D. bijna totaal defect, in trommelholte granulaties. horl. ad conch. A. S. normaal.

Temp. norm. Urine geen eiwit.

26 Juli wordt slechts enkele uren gestuwd door bijzondere omstandigheden niets met het lijden te maken hebbende. 27 Juli wordt geregeld met de behandeling begonnen. In de eerste dagen klaagt pat. over hoofdpijn. Tot 10 September wordt met de behandeling verder gegaan, zonder dat eigenlijk eenige verbetering optreedt.

22 Nov. Nadat pat. sedert 10 Sept. weer met druppels

is behandeld wordt radicaaloperatie gedaan op 23 Nov. In de trommelholte veel cholesteatoom massa. Carieusbeen. Geen bijzonderheden bij de operatie.

De plastiek van Körner wordt aan de operatie aangesloten.

1. Dec. '06 wonde achter het oor per primam genezen. 22 uur poliklinisch stuwing. 4 en 5 Dec. heeft pat., die lastig is, den band losgemaakt thuis. 12 Dec. is de wond nagenoeg geheel geepidermiseerd. 18 Dec. pat. maakt den band wederom zelf los. Van nu af komt pat. ongeregeld. Blijft nu en dan spontaan weg. 29 Dec. is er nog een klein fisteltje. Pat. belooft geregeld te komen en wordt weer gestuwd. Na enkele dagen blijft pat. echter weder weg.

Opgehouden met de behandeling.

30 April oor is nog niet geheel droog.

12. S. B., 17 jr., vr., zonder beroep, Leiden. 24 Sept. '06 komt pat. op de polikliniek. Neus, nasopharynx en pharynx vol mucopus. Geen bijholte ettering geconstateerd. Sedert prilste jeugd otorrhoe links. Ook wel rechts. Rechter oor thans droog. Wordt behandeld met druppels en neusspoelingen.

5 Nov. wordt besloten te stuwen.

Stat. praes: A. D. Verkalking voorste helft van het trommelvlies, perforatie voorste onderste quadrant. Pus uitw. gehoorgang. Horl 4 dm. A. S. Epitheelmassa's en pus in uitw. gehoorgang. Perforatie voorste onderste quadrant. Horl 1 dm. Temp. norm. Urine geen eiwit.

6 Nov. '06. Behalve geregelde neusspoelingen, 22 uur stuwing. 10 Nov. is het rechter oor droog. Links minder afscheiding. 14 Nov. beide ooren droog! 20 Nov. links weer iets pus. Pat. wordt van nu af poliklinisch behandeld. 26 Nov. beide ooren droog. 27 Nov. rechter oor iets uitvloed. 30 Nov. rechter oor droog. 2 Dec. Pat. is erg verkouden, beide ooren lopen. De stuwing heeft op de coryza blijkbaar geen invloed. 8 Dec. rechter oor droog. 10 Dec. geen band meer. Linker oor loopt nog, rechter oor droog gebleven. Geen verbetering.

Ook deze patient is verder aan het linker oor behan-

deld door tweemaal daags zuigstuwing toe te passen gedurende 5 minuten.

13. 11 Dec. 2×5 min. zuigstuwing. Van 14—20 Dec. is het oor droog en komt alleen vocht na het zuigen. 24 Dec. weer steeds uitvloed. Pat. blijft nog tot 3 Jan. '07 in behandeling, wordt daarna weder op de oude manier behandeld, zonder dat verbetering is ingetreden. A. D. bleef echter droog.

14. C. V., 14 jr., kleermaker, Leiden. Pat. komt 24 Dec. '06 op de polikliniek, heeft sedert 10 jaar bijna onafgebroken oorloopen rechts. Geen pijn. Hardhoorend.

8 Jan. '07 wordt besloten tot stuwing.

Stat. praes: A. D. Veel dikke stinkende pus in de uitw. gehoorgang. In de diepte granulaties. Horl. ad conch. 22 uur stuwing; 10 Jan. '07 weinig pus. Pat. blijft dan spontaan weg.

15. J. de V., 11 jr., scholier, m., Oegstgeest. 21 Nov. '06. Pat. komt gestuurd van medicus wegens groote amandelen en verminderde gehoorscherpthe. Pat. zegt nooit oorloopen gehad te hebben.

Stat. praes: A. D. Granulaties in de trommelholte. Bovenste achterste quadrant van het trommelvlies is nog behouden. Horl. 3 cm. Otorrhoe. A. S. Kleine granulaties, groote perforatie voorste helft trommelvlies: horl. 3 dm. otorrhoe. Pharynx: Tonsilhypertrophie en roodheid beiderzijds. Nasopharynx: adenofide vegetaties. Neus: rhinitis en eczeem van de neusingang. De ooren worden schoongemaakt en voorzien van draineergaasjes. Pat. krijgt aluin gorgeldrank en unguentum praecipitatum flavum als neuszalf. 24 Nov. Roodheid van de pharynx weg. Krabeczeem genezen. Adenotomie en beiderzijds tonsillotomie.

De ooren blijven loopen. 9 Jan. '07 wordt besloten te stuwen. Toestand der ooren als boven. 10 Jan. Pat. blijkt den band 's nachts losgemaakt te hebben en bekend dit. 14 Jan. heeft pat. zijn band

weer losgemaakt. Ik omwoelde nu den band met stijfselgaas. 15 Jan. oor droog. 18 Jan. oor nog steeds droog. Band nu afgelaten en pat. ontslagen. Bij objectief onderzoek geen verandering. 15 Maart komt pat. terug, oor loopt weer.

16. H. de V., 5 jr., m., Oegstgeest. Broeder van vorigen pat. Vroeger is pat. hier vele maanden, het laatst in Maart 1906, behandeld wegens chronische otorrhoe. 13 Aug. '06: oor loopt weer. Behandeling met alcoholsublimaatdruppels. 22 Aug. oor droog. 28 Sept. Pat. komt gestuurd door den schoolarts wegens verminderde gehoorscherpthe. Linker oor is droog; trommelvlies verdikt en rood. Groot defect onderste helft trommelvl. Rechter oor, cerumen. Uitgespoten. 14 Oct. '06. Linker oor loopt weer. 24 Oct. '06. Rechter oor loopt ook. 27 Oct. beide ooren droog. 24 Nov. rechter oor loopt weer. 10 Dec. '06 besloot ik tot zuigstuwung. Wegens den leeftijd van pat. wilde ik liever geen band aanleggen. Bij het zuigen kwam echter telkens sanguis. Daarom hield ik weldra op (na 2 dagen) en werd de behandeling met druppels weer ingesteld. 4 Jan. '07 wordt pat. toch voor Biersche stuwung opgenomen.

Stat. praes. Linker oor vol sanguinolente pus. Trommelvlies verdikt. Perforatie voorste onderste quadrant. De gehoorscherpthe is bij pat. niet op te nemen. Rechter oor is droog. Op het trommelvlies abnorme lidteekenreflexen. 18 uur stuwen. 5, 6 en 7 Jan. 22 uur stuwen. Pat. blijkt de stuwung goed te verdragen en wordt van heden af poliklinisch behandeld. Minder pus. 9 Jan. blijkt pat. zijn band lossen gemaakt te hebben. Hij bekent dit. 14 Jan. weder losgemaakt. Omwoeling met stijfselgaas. 17 Jan. De moeder heeft het verband losgeknipt. Met de behandeling wordt nu opgehouden.

17. W. R., 18 jr., m., timmerman, Leiden. 15 Jan. '07 komt pat. op de polikliniek. Sinds vroegste jeugd otorrhoe en doofheid. Nu en dan oorpijn. Sinds 3 weken soms wat bloed uit het oor.

Stat. praes. A. D. Pus in uitw. gehoorgang. Trommelmvies rood en verdikt. Perforatie achterste onderste quadrant. Horl 4 c.m. A. S. normaal. Temp. norm. Urine geen eiwit.

15 Jan. 22 uur stuwen. 16 Jan. id. Pat. blijft weg uit de behandeling.

18. M. v. d. S., 9 jr., m., scholier, Waddingsveen. 13 Aug. 1906 wordt pat. elders radicaal geopereerd zonder plastiek of splijting van de uitwendige gehoorgang. Daarna werd pat. op de polikliniek geregeld nabehandeld. De wond genas regelmatig. 28 Nov. is achter het geopereerde oor nog een kleine fistel, waaruit toen echter geen pus te voorschijn kwam. Uit de uitwendige gehoorgang loopt nog veel pus. 28 Nov. '06 wordt tot stuwing besloten. De Zondagen worden overgeslagen, op verzoek van patient. 1 Dec. is vochtscheiding veel verminderd. 10 Dec. echter weer vermeerderd. Daarna vermindert de afscheiding regelmatig. 19 Dec. wordt pat. met zeer geringe afscheiding op verzoek uit de behandeling ontslagen.

19. W. v. G., 13 jr., timmerman, Zoeterwoude. 15 Febr. 1904 is pat. radicaal geopereerd. De plastiek van Körner is aan de operatie aangesloten. De operatie vond plaats aan A. D. Pat. kreeg een recidief. Hij is in Dec. '06 nog steeds niet vrij van afscheiding uit het rechter oor. Behandeling met alcoholsublimaatdruppels.

10 Dec. '06 wordt tot stuwing besloten. Dit gebeurt op de gewone wijze 22 uur daags. De stuwing wordt regelmatig voortgezet terwijl de afscheiding voortdurend minder wordt. 31 Dec. '06 is het oor droog. 4 Jan. '07 wordt dan, nadat het oor droog gebleven is, met de stuwing opgehouden en pat. ontslagen. Pat. vertoont zich geregeld; oor blijft droog. Febr. komt pat. terug. Weer wat uitvloed. Oude behandeling met alcoholsublimaatdruppels weer ingesteld.

20. D. B. 42 jr., visscher, Katwijk aan Zee. 12 Dec. '06 komt

pat. op de polikliniek. Zijn rechter oorschelp is dik, sterk gezwollen, donker blauw verkleurd. Fluctuatie het duidelijkst bij de crura furcata.

Pat. zegt een week geleden een stuk hout van het tuig van het schip tegen het rechter oor gekregen te hebben. Het oor zou na dien tijd gezwollen zijn, en sterk pijn zijn gaan doen.

12 Dec. '06. Incisie in de streek der crura furcata. Groengele sterk stinkende pus komt te voorschijn. Pat. wordt verbonden met een draineergaasje in de abces opening. 15 Dec. '06. Pat. wordt dagelijks verbonden. Zijn toestand gaat echter niet vooruit. Er is necrose van het kraakbeen; deze gaat blijkbaar regelmatig voort. 16 Dec. wordt besloten het eens met stuwung te probeeren, aangezien gevreesd wordt voor uitgebreide necrose van het kraakbeen met daaropvolgende misvorming. 16 Dec. 22 uur stuwung. 18 Dec.: geen verkleuring meer van de oorschelp. 23 Dec. Bijna geen pus meer. 24 Dec. Vormen zich granulaties. 28 Dec. pat. genezen. De wond heeft zich totaal gesloten. De oorschelp voelt alleen wat dik en hard aan. 4 Jan. Pat. vertoont zich nog eens. Behalve een weinig verdikking van het bovenste gedeelte van de rechter oorschelp zijn, er geen afwijkingen meer te zien. Pat. gaat weer naar zee.

21. S. B. 19 jr., fabriekarbeidster, Leiden.

10 Nov. 1899 komt pat. voor het eerst op de polikliniek omdat beide ooren reeds sedert jaren loopen. Zij zou zeer hardhoorend zijn, klaagt over oorsuizen en hoofdpijn. Er wordt dan het volgende bij haar geconstateerd: A. D. veel pus in de uitwendige gehoorgang. Foetor. Trommelvlies dik, rood, gezwollen. Horl. 1 dm. A. S. stat. id. Horl ad. concham.

Behandeld met alcohol-sublimaat druppels tot 2 Febr. 1900. Pat. komt dan terug in het cursusjaar 1902—1903.

A. D. stinkende pus. In het voorste bovenste quadrant van het trommelvlies bevindt zich een uitpuilende granulatie. Horl. ad. conch. niet gehoord. A. S. Trommelvlies dik en rood. Ter hoogte van de membraan van Schrapnel, kleine perforatie met granulatie

er in. Horl. 2 cm. Behandeling met alcohol-sublimaat druppels. 11 Juni. Sedert eenige dagen pijnlijke zwelling achter het linker oor. 12 Juni operatie: Chloroformnarcose. Incisie als voor radicaal operatie. Na ter zijde schuiven van de weeke deelen en het periost wordt een ± 1 cm.² groot defect in den processus mastoïdeus zichtbaar. Processus blijkt gevuld met pus, granulaties en cholesteatoom. Zeer gemakkelijk wordt het antrum bereikt, wat eveneens met zulke massa's gevuld is. De gehoorbeentjes worden niet gevonden. Achterwand beenige gehoorgang en laterale atticuswand worden weggebeiteld en de geheele beenwonde gereinigd. Hierbij blijkt dat de sinus over een vrij groote uitgestrektheid bloot ligt. Met het oog op den sinus, wordt van een plastiek afgezien. 17 Juni. Daar de temperatuur na eenige dagen normaal te zijn geweest, zich verheft tot boven de 40° en een intermitterend type krijgt, gepaard met koude rillingen, wordt er besloten den sinus transversus zoover mogelijk bloot te leggen en te onderzoeken of er thrombose bestaat. Door een dwarsincisie wordt de oorspronkelijke wonde naar achteren toe vergroot, en het boven den sinus gelegen been weggenomen; zoo ook naar beneden toe, tot aan de punt van den processus mastoïdeus. De sinus pulseert niet en bij punctie wordt geen vloeibaar bloed geaspireerd.

Voor zoover in de beenwonde zichtbaar, wordt de laterale wand van den sinus gerececeerd, de thrombus verwijderd en daarna de geheele wonde getamponneerd met jodoformgaas.

In den Cursus 1903—1904 komt pat. terug met een zwelling in de streek van den Sterno-Cleïdo Mastoïdeus. Op de chirurgische afdeeling wordt geopereerd en een metastatisch abces gevonden, zonder venethrombose.

2 Juli 1905 wond nog niet geepidermiseerd.

Op 26 Nov. '06 wordt besloten pat. met stuwingsdag te behandelen. Er zijn nog steeds granulaties in de wond, en er komt stinkende pus uit. Den eersten stuwingsdag doet pat. den band zelf af. Daarna wordt slechts 19 uur gestuwd, omdat dit beter met de werkzaamheden van pat. uitkomt. Toestand blijft dezelfde tot 9 Dec.

20 Dec. is de wond nagenoeg droog. 23 Dec. is de afscheiding weer veel sterker geworden.

Met de behandeling wordt opgehouden.

22. C. M., $3\frac{1}{2}$ j., vr., Leiden. Pat. bezoekt 16 Oct. met hare moeder de polikliniek op. Deze laatste meent opgemerkt te hebben, dat het kindje slecht hoort. A. D. Cerumen. Dit wordt uitgespoten. A. D. is dan normaal. 3 Nov. A. S. otorrhoe en eczeem. Eczeem wordt met Pasta Lassar behandeld. 14 Jan. nog steeds oorloopen. Thans wordt besloten tot stuwung Stat. praes. A. S. trommelvlies verdikt. In het midden kleine perforatie waardoor het gezwollen slijmvlies van de trommelholte te zien is. A. D. normaal Temp. norm. Urine geen eiwit.

14 Jan. 22 uur stuwen. Het patientje verdraagt de stuwung goed. 21 Jan. is het linker oor droog. Dit oor is droog gebleven. Het rechter oor is toen echter gaan loopen. Met de stuwung moest toen opgehouden worden omdat pat. mazelen kreeg.

23. S. L., 8 jr., m., scholier, Leiden. Pat. komt 30 Aug. '06 op de polikliniek met otorrhoe, die toen eenige weken zou bestaan hebben. A. D. loopt. Behandeling met alcohol-sublimaatdruppels, zonder resultaat.

15 Jan. '07 wordt tot stuwung overgegaan.

Stat. praes. A. D. voorste onderste quadrant kleine perforatie. Dik gezwollen trommelvlies. A. S. normaal. Temp. norm. Urine geen eiwit. De gehoorscherpthe van deze pat. is helaas door mij niet genoteerd.

15 Jan. '07, 22 uur stuwung. 17 Jan. is het oor reeds bijna droog. 19 Jan. is het oor geheel droog. 21 Jan. wordt pat. ontslagen. 28 Jan. blijkt het oor nog droog te zijn.

24. J. P., 12 j., scholier, m., Leiden. Heeft wanneer hij 11 Jan. '07 op de polikliniek komt sedert 3 maanden een loopend oor rechts. Tot nu toe is dat niet behandeld. Er wordt tot stuwung besloten.

Stat. praes. A. D. veel sanguinolente stinkende pus in de uitwendige gehoorgang. Perforatie voorste bovenste quadrant van het trommelvlies. Slijmvlies van de trommelholte verdikt. Horl. 2 dm. Temp. norm. Urine geen eiwit. A. S. normaal.

11 Jan. 07. 22 uur stuwing. 16 Jan. veel uitvloed. Pat. heeft gebraakt. 22 Jan. minder uitvloed. Deze neemt dan langzaam aan af. 30 Jan. bijna geen uitvloed meer. Dan blijft de toestand dezelfde tot 14 Febr. Met de stuwing wordt dan opgehouden en de behandeling met alcohol-subl. druppels overgegaan.

25. J. v. d. Z., 21 j., visscher, Noordwijk aan Zee. Patient komt 5 Jan. op de polikliniek. Heeft sedert een jaar oorloopen aan het rechter oor. Nu eens meer dan eens minder. Nooit zou het oor droog geweest zijn. Sedert gisteren is het veel erger. A. S. zou ook geloopt hebben. Weet niet wanneer, maar zeker wel een jaar geleden voor het laatst.

7 Jan. '07 wordt besloten tot stuwing.

Stat. praesens: A. D. Zeer groot defect van het trommelvlies. Het slijmvlies van de trommelholte is een weinig gezwollen. A. S. bijna totaal defect van het trommelvlies. Horl. $\frac{1}{2}$ dm. Temperatuur normaal. Urine geen eiwit. 22 uur stuwing. 9 Jan. veel minder uitvloed. 13 Jan. oor nagenoeg droog. 14 Jan. oor droog. Horloge 2 dm. 3 Febr. loopt het oor weer. 12 Febr. is het oor droog. 15 Febr. oor droog. Pat. uit de behandeling ontslagen.

26. G. R., scholier, 10 jr., m., Boskoop. 21 Maart 1906 is patient radicaal geopereerd wegens een otorrhoe met sequestervorming na scarlatina. Sedert geregeld verbonden. 13 Juli: de wond geneest niet en wordt onder chloroformnarcose met den scherpsten lepel nog eens uitgekrabd. 21 Juli wordt patient ontslagen. Daarna tweemaal per week verbonden. De wond wil echter in 't geheel niet epidermiseeren. Steeds scheidt zich nog pus af.

13 Oct. '06 wordt besloten tot stuwing. 19 Oct. is er belangrijke verbetering. De epidermisatie is snel vooruitgegaan. Pus

wordt bijna niet meer afgescheiden. 29 Oct. wordt alleen nog maar een tampon losjes op de wond gelegd en met kleefpleister vastgemaakt. 31 Jan. nog slechts een fisteltje is er overgebleven. 2 Nov. wordt met den nitrasstift in de fistel geetst. 3 Nov. fistel gesloten. 5 Nov. fistel blijft gesloten. Pat. ontslagen. 23 Nov. komt pat. terug. Fistel weer open. 26 Nov. Pat. wordt wederom 22 uur poliklinisch gestuwd. 29 Nov. vrij veel pus loopt af. 4 Dec. komt er weer wat verbetering. Minder uitvloed. De wond vertoont na nog enkele malen met nitras te zijn geetst 29 Dec. nog wat pus in de diepte. Dan komt eenig oponthoud in de stuwing doordat de vorst maakt dat de verbinding met Leiden lastig wordt. 7 Januari is er nog steeds een fistel. Het gelukt niet deze tot sluiten te brengen. Als andermaal de vorst invalt wordt, met de stuwing voor goed opgehouden. Deze pat. is thans geheel genezen.

27. T. G., pakhuisknecht, 27 j., Zwammerdam. Pat. komt 4 Dec. 1906. op de polikliniek. Voor ongeveer een week heeft hij met de hand een klap gehad tegen het linkeroor. Er is geen bloed uit het oor gekomen. Wel had hij veel pijn aan het oor. Direct daarna is hij hardhoorend geworden aan het linker oor. Sedert 1 Dec. komt er vocht uit. De toestand was toen objectief als volgt:

A. S. Otorrhoe. Veel dun sero-sanguinolent vocht. Trommelvlies in zijn geheel gezwollen en rood. Geen verwonding of perforatie te zien, mogelijk door sterke prominentie van den bodem van de uitwendige gehoorgang. Geen wonden te zien. A. D.: objectief geen afwijking der gehoorschelp A. S. Horl ad. conch. A. D. Horl op 2 dm. afstand.

Tot 13 Dec. wordt pat. met drainage behandeld. Het trommelvlies puilt toen in de uitwendige gehoorgang uit. Daarom wordt paracentese gedaan. 14 Dec. Minder ecoulement. 20 Dec. meer ecoulement. Alcohol-sublimaat druppels. 4 Jan. '07. Achterste helft van membrana tympani sterk gebombeerd. Paracentese. Pat wordt opgenomen en volgt als eenige therapie: stuwing.

6 Jan. en 7 Jan. is dan het oor droog. 8 Jan. weer pus. Dit vermindert tot 10 Jan. 11 Jan. oor droog. Dit blijft zoo tot 14 Jan. toen met de stuwing opgehouden werd.

28. J. v. d. B., 17 jr., zeilmaker, Scheveningen.

Pat. heeft van jongs af aan last van een loopend oor. Het oor zou voortdurend, nu eens meer, dan eens minder, loopen. Pat. is nu en dan duizelig, vooral zou hij daar last van hebben wanneer men in zijn uitwendige gehoorgang met instrumenten ingaat om dezen te reinigen.

26 Febr. '07 wordt tot behandeling door stuwing besloten. Oor-druppels heeft pat. nooit gehad.

Stat. praesens: A. D. uitwendige gehoorgang veel taaie pus. In de diepte ziet men niets dan granulaties. A. S. trommelvlies normaal. Temp. normaal. Urine geen eiwit.

Tijdens de stuwing die tot 5 Maart: '07 wordt voortgezet, neemt de afscheiding zeer af. Pat. valt eenige keeren flauw tijdens het reinigen van het oor. Op 5 Maart wordt met de stuwing opgehouden omdat pat. telkens flauw valt.

29. G. H., 18 jr., bakker, Schipluiden. Pat. komt 18 Mrt. '07 op de polikliniek; achter het oor bevinden zich dan twee fistels waaruit veel dunne pus afvloeit. De huid is aldaar blauw-rood verkleurd. Er bevinden zich lidteekens van vroegere, blijkbaar oppervlakkige incisies.

Een der fistels bevindt zich ter hoogte van den bovenrand der oorschelp, in de pars. squamosa van het slaapbeen. De andere iets lager, achter het oor. Pat. wordt geopereerd. Onder chloroform-narcose wordt een lange incisie achter het oor gemaakt. Een paar centimeter verder naar achteren dan gewoonlijk ten einde den fistel en zieke huid geheel te omsnijden. De incisie reikt van af de bovenste fistel tot aan het onder einde van den processus mastoïdeus. De huid is zeer slap en slecht gevoed. Het been daar-onder is geheel week. Iets lager dan de klassieke plaats om het antrum te openen bevindt zich een groote beenfistel. Zonder ge-

bruik van beitel, komt men met den scherpen lepel krabbende, gemakkelijk in het antrum. Naar boven bereikt men weldra de dura mater. Het middenoor is geheel gevuld met granulaties en cholesteatoom-massa, evenals de processus mastoïdeus. Het carieuze been strekt zich uit tot achter den sinus. De sinus zelf was niet aangedaan en het been er vlak om heen was niet carieus.

De beschrijving van deze operatie gaf ik wat uitvoeriger om te laten zien, in welke buitengewoon slechte omstandigheden patiënt zich bevond. Het spreekt wel vanzelf, dat wij hier geen voorspoedige genezing verwachtten. De wond overdekte zich dan ook met slecht, slap granulatieweefsel.

9 April '07. De wond wordt nog eens met den scherpen lepel uitgekrabd en met jodoformgaas getamponneerd.

Dan gaat de genezing weer zeer traag.

22 April '07. Wordt besloten te stuwen. 22 uur stuwung.

29 April wond granuleert veel beter. Pat. gaat wegens familie-omstandigheden 3 dagen naar huis.

9 Mei. Wond staat goed. Pat. blijft in behandeling.

30. M. v. d. B., 36 jr., gehuwd. Zonder beroep. Leiden. In 1894 zou pat. een abces in het linker oor gehad hebben, hetwelk toen geopend zou zijn. Na 9 maanden volgde genezing. In 1904 kreeg pat., onder verschijnselen van koorts en hevige pijn, zwelling, in de uitwendige gehoorgang en achter de linker oorschelp fluctuatie. Wanneer men één vinger in de uitwendige gehoorgang bracht en één achter het oor, dan kon men fluctuatie voelen. Er werd een incisie achter het oor gemaakt en wanneer men daar met een sonde inging, verdween deze $\pm$ 4 cm. in de diepte en stuitte op doodbeen, dat los bewegelijk lag. Radicaaloperatie. Er werd een sequester verwijderd. Daarna facialis paralyse. Deze

wilde niet genezen. Een jaar later een tweede kleine sequester verwijderd. Facialis paralyse met electriseeren teruggegaan; thans is daarvan nog een zeer lichte parese over. Verbonden met hydrophiele gaas. Gedurende de laatste twee jaren geen verbetering. Groote diepe beenwonde achter het oor die slechts gedeeltelijk geepidermiseerd is. 20 Nov. '06 wordt besloten tot stuwung. Er wordt dadelijk met 22 uur stuwung begonnen. 25 Nov. stuwung, 1 dag nagelaten wegens vrij sterk oedeem van het gelaat van patient. 27 Nov. de wond begint zich duidelijk met mooi granulatieweefsel te bedekken. 1 Dec. alleen in de diepte van de wond nog iets pus uit een daar aanwezig fisteltje. 3 Dec. fistel nagenoeg droog. 8 Dec. fistel droog. Het oorverband wordt wegelaten en alleen een gaasje tegen het fisteltje gelegd. Nu blijft de toestand onveranderd tot 22 Febr. '07. Nu en dan werd het fisteltje aangestipt met lapis. Geen verbetering. Met de stuwung wordt nu opgehouden. 15 April is de wond geheel droog. 1 Mei. Weer iets afscheiding.

31. J. H., 5 j., m., Leiden. Als pat. 22 Nov. '06 op de polikliniek komt heeft hij beiderzijds zeer sterke otorrhoe. Het trommelvliesbeeld is niet duidelijk te zien. Van 22 Nov. '06 — 2 Dec. '06 wordt pat. tweemaal daags 5 minuten een voor een aan beide ooren gezogen. Dan is het rechter oor bijna droog. 9 Jan. rechts weer veel uitvloed. 10 Jan. krijgt pat. mazelen en wordt met de stuwung opgehouden. 28 Feb. '07 komt pat. terug. Beiderzijds veel pus.

Pat. wordt voor eenigen tijd met stuwung om den hals behandeld, komt dan ongeregeld, zoodat met de stuwung wordt opgehouden.

32. J. M., 2 jr., vr., Leiden. 13 Sept. '06 komt pat. in de polikliniek. Sedert een half jaar otorrhoe rechts en links. Er wordt besloten tot zuigstuwung. A. D. In uitwendige gehoorgang veel stinkende pus. Trommelvlies rood. Geen perforatie te zien.

A. S. In uitwendige gehoorgang id. Trommelvees rood. Kleine ovale perforatie in voorste bovenste quadrant.

Sedert 15 Nov. '06 is patiënt behandeld met carbolglycerinedruppels. Geen resultaat. 13 Dec. '06, tweemaal 5 minuten zuigen. 14 Dec. id. Daarna onttrekt pat. zich aan de behandeling.

33. A. v. M., 8 mnd., m., Leiden.

Komt 21 Nov. '06 op de polikliniek. Oorpijn en oorloopen. A. S. Oorzaak onbekend. In het linkeroor veel stinkende pus. Centrale perforatie van het trommelvees, waaruit telkens na reiniging van de uitwendige gehoorgang zeer veel pus te voorschijn komt. 7 Dec. '06 wordt besloten tot zuighypaemie. Tweemaal daags wordt gedurende vijf minuten gezogen. 9 Dec. oor bijna droog. 14 Dec. oor droog. 16 Dec. pat. uit de behandeling ontslagen. Perforatie id.

Thans wil ik melding maken van het eenige geval van larynx-tuberculose dat door mij behandeld is. Het is een geval, waarvan ik de prognose al dadelijk infaust moest stellen. Het waren de klachten over pijn vooral, die er mij toe deden overgaan, om te trachten aan den patiënt althans verlichting te brengen.

34. N. v. d. V., 26 jr., bloemist, Warmond.

30 April 1904 komt pat. voor het eerst, met toen reeds uitgebreide tuberculosis laryngis. Ulceraties van beide ware en valsche stembanden. Verdikking van het geheele ligamentum arye-piglotticum en sterke verdikking van den achterwand van den larynx.

Langen tijd is patiënt behandeld met sterk melkzuur en curettement en 30% sozodolzink inblazingen. Langzamerhand ook tbc. van de hand en in beide pulmonen.

Pat. heeft zeer veel last van slikpijn. Dit was een van de voornaamste redenen, waarom ik tot stuwingsbehandeling besloot. 8 Jan. '07 wordt pat. — die opgenomen wordt — 22 uur ge-

stuwde en daarbij herhaaldelijk met een keelspiegel gecontroleerd. Van zwelling is echter niets te zien. 9 Dec. Dysphagie minder; 22 uur stuwen. 12 Dec. minder pijn. 19 Dec. pat. kon zonder pijn drinken. In den toestand komt echter verder geen verbetering. Pat. is inmiddels poliklinisch behandeld. Het heen en weer reizen is te vermoeiend. Patiënt wordt ontslagen.

Behalve deze patiënten, die dus door stuwing van het hoofd of door zuigen aan de ooren werden behandeld, werden nog eenige lijdens behandeld met aandoeningen in den pharynx, door zuigen aan de tonsillen. Voor de enkele gevallen van ziekten van de neusbijholten, die door mij werden nagegaan, wil ik de beschrijving van de therapie bij de ziektegeschiedenissen geven.

Om hyperaemie der tonsillen te verwekken, werd door mij gebruik gemaakt van de zuigtoestellen van POLYAK, in het vorige hoofdstuk beschreven. Ik paste de behandeling tweemaal daags, gedurende tien minuten, toe. Bij het invoeren van het instrument, gebruikte ik dit zelf, als spatel. Indien men met eenig beleid daarbij te werk gaat, meen ik dat het gevaar voor afbreken van het glas daarbij niet groot is. Wanneer de zuiger aangebracht was, liet ik de patiënt met licht voorovergebogen hoofd zitten, terwijl hij een kom onder de kin hield, om het afvloeiende speeksel op te vangen. Mijn patiënten verdroegen de behandeling goed. Ging het in de eerste zitting niet altijd geheel naar wensch, dan waren de bezwaren in de tweede of derde zitting gewoonlijk weldra overwonnen. De pijnstillende werking van het stuwen viel hierbij

vooral sterk op, en deed de patiënten gewoonlijk spoedig met de therapie tevreden zijn.

Behandeld werden:

10 pharynx-aandoeningen.

1 larynx-aandoening.

5 aandoeningen van de neusbijholten.

35. A. V., 7 jr., m., Leiden. 9 Aug. '06 komt patient in de polikliniek. Pijn bij het slikken. Gevoel van dikte in de keel. Weinig eetlust. Pat. voelt zich slecht.

Stat. praes: Nasopharynx: kleine adenoïde vegetaties. Pharynx: Angina lacunaris. Beslagen in de lacunen van rechter en linker tonsil. De tonsillen zijn hyperaemisch en licht gezwollen. Geen temperatuursverheffing. Pat. krijgt gorgeldrank en wordt 's middags op 9 Aug. op R. tonsil 10 min. gestuwd. Het aanleggen van den zuiger kost eenige moeite. Een weinig etter en bloed komt bij het zuigen te voorschijn. 10 Aug. '06. 's Morgens rechts en links 10 minuten zuigen, 's middags id. Pat. heeft veel minder pijn gehad. Minder roodheid. Beiderzijds nog wat beslag. Thans wordt 2×10 minuten gezogen.

11 Aug. '06. Pat. heeft geen pijn meer. Beslagen niet meer te zien. Roodheid sterk afgenomen. Pat. komt voor de behandeling niet terug.

36. O. de R., 33 jr., controleur H. S. M., Leiden. 14 Aug. komt pat. op de polikliniek. Is 3 weken zwaar verkouden geweest. Daarna pijn onder de ooren. Veel keelpijn. Pat. spreekt schor.

Stat. praes. A. S. normaal A. D. id. Pharynx: algemeene roodheid, vooral in de tonsillairestreek. Larynx: algemeene roodheid.

Pat. krijgt aluïngorgeldrank. 16 Aug. komt hij terug.

Veel erger geworden. 1×5 min. lokaal stuwen op rechter en linker tonsil. Pat. geeft aan, na het stuwen veel minder pijn te hebben. Hij kon nu goed slikken.

17 Aug. langzamerhand heeft pat. gisteren weer pijn gekregen.

De zwelling is minder. Pat. wordt nu 10 minuten gestuwd op de rechter tonsil. Links wordt niet gestuwd, omdat pat. dadelijk naar zijn werk moet. Hij zal 's avonds komen doch blijft dan weg.

18. Aug. Tot mijn spijt heb ik dien dag zelf pat. niet kunnen waarnemen. Er zou toen veel vuil uit zijn mond gekomen zijn, misschien een spontane abces-doorbraak. Pat. is niet meer terug geweest. Later vertelde hij me, dat hij met gorgelen was doorgegaan en spoedig genezen was.

37. M. C., 27 jr., gehuwd, vr., Leiden. 4 Oct. '06 komt pat. op de polikliniek. Ze kan slecht slikken, heeft veel keelpijn en spreekt moeilijk. Een en ander sedert gisteren zeer toegenomen.

Stat. praes. Sterke roodheid en oedemateuze zwelling om de linker tonsil. In de tonsilcrypten propjes. Geen fluctuatie gevoel.

4 Oct. '06. tweemaal 10 min. zuigen.

5 Oct. '06. Pat. zegt veel minder pijn gehad te hebben. Om de linker tonsil nog steeds roodheid en zwelling. Tweemaal 10 minuten zuigen. 6 Oct. Pijn geheel weg. Roodheid en zwelling veel minder. Tweemaal 10 min. zuigen. 7 Oct. wordt slechts eenmaal 10 minuten gezogen. 8 Oct. De peritonsillaire zwelling is verdwenen. De tonsil zelf is nu dik en gezwollen. Tweemaal 10 minuten zuigen. 9 Oct. Toestand veel verbeterd. Pat. zelf houdt zich voor geheel genezen. Nog een keer wordt 10 min. gezogen. 10 Oct. Genezen.

31. H. G., 19 jr., schilder, Leiden. 23 Juli '06 komt pat. op de polikliniek met gelijke klachten als de vorige patient.

Stat. praes. Pharynx: Sterke algemeene roodheid, vooral in de peritonsillairestreek links. Oedemateuze zwelling. Geen duidelijke fluctuatie. Lymphklierzwelling in den hals.

22 Juli. Pat. krijgt aluïngorgeldrank.

26 Juli. Geen verbetering. Pat. wordt 10 minuten met zuigtherapie behandeld en komt 's middags terug. De pijn zou na het zuigen veel minder geweest zijn. 's Middags weder 10 min. zuigen. In het reservoir van het toestel zamelt zich wat pus en sanguis op.

27 Juli. Pat. heeft geen pijn meer gehad. Therapie als voren.
 28 Juli. Roodheid veel minder. Geen pijn meer. Therapie id.
 Zondag 29 Juli geen therapie. Als pat. Maandag 30 Juli zich
 weer komt vertoonen is hij genezen.

39. J. v. L., boerenarbeider, 21 jr., Oegstgeest. Komt 29 Oct.
 op de polikliniek. Heeft sedert 5 dagen keelpijn. Vooral veel pijn
 bij het slikken. Pat. kon moeilijk spreken.

Stat. praes. Roode oedemateuse zwelling rondom rechter tonsil.
 Bij de inspectie komt pus te voorschijn.

29 Oct. tweemaal daags zuigstuwing, 's morgens éénmaal en
 's middags éénmaal. 's Middags reeds zegt pat. nagenoeg geen pijn
 meer te hebben. Bij het zuigen kwam eerst pus en sanguis te
 voorschijn. 30 Oct. Pat. komt 's morgens terug en zegt: „het gaat
 uitstekend, niets geen pijn meer.” Roodheid en zwelling veel
 minder. Tweemaal 10 min. zuigen. 31 Oct., 1 en 2 Nov. Ge-
 regelde langzame verbetering. 3 Nov. Pat. heeft weer pijn. Bij
 het zuigen komt tamelijk veel pus. 's Middags om 4 uur, als
 pat. voor 2^o maal zuigen terugkomt, is de zwelling sterk toege-
 nomen en fluctueert. Incisie op de gebruikelijke plaats. 4 Oct.
 wordt de incisie met scherpen lepel weer geopend. Een draineer-
 gaasje wordt in het abces gebracht, om het weder sluiten van
 de opening tegen te gaan. 9 Nov. gaat pat. genezen naar huis.

40. A. G., 22 jr., m., reiziger, Leiden. 27 Juli. Sinds een week
 pijn in de keel, wordt steeds erger. Vooral slikpijn.

Stat. praes. Rechts peritonsillaire zwelling. Fluctuatie gevoel.
 Bij het constateeren hiervan breekt een abces door.

Pat. gaat naar huis met gorgeldrank. 30 Juli komt pat. terug.
 Rechts nagenoeg genezen. Thans links rood en pijnlijk.

Tweemaal tien minuten zuigen. Na het zuigen had pat. 's mor-
 gens meer pijn. 's Middags na het zuigen pijn veel minder. 31
 Juli. Pat. heeft weer pijn gehad. Therapie id. 1 Aug. Pat. blijft
 hedenochtend weg. Komt 's middags laat, daardoor slechts 5 min.
 zuigen. Daarna komt pat. niet meer terug.

41. P. v. D., 23 jr., m., visscher, Katwijk a/Zee. 7 Jan. '07 komt pat. op de polikliniek. Hij heeft sedert 4 dagen pijn in de keel. Hij is een weinig schor. Hij heeft veel last van keelpijn, maar nu is het heel erg.

Stat. praes. Pharynx: algemeene roodheid. Zwelling om de rechter tonsil. Larynx: normaal.

7 Jan. '07. Tweemaal tien minuten zuigen. 8 Jan. Pat heeft geen pijn meer gehad. Zwelling en roodheid veel minder. 8 en 9 Jan. Therapie id. 10 Jan. pat. genezen.

42. E. K., 10 jr., vr., scholier, Leiden. Sedert een week heeft pat. pijn in de keel. Den laatsten tijd veel erger geworden. Vooral veel pijn bij het slikken.

16 Jan. '07. Pharynx sterke roodheid en peritonsillaire zwelling, nog geen fluctuatie duidelijk waar te nemen. Overigens geen afwijkingen.

16 Jan. '07. Tweemaal 10 minuten zuigstuwung.

17 Jan. Pat. heeft geen pijn meer. Zwelling nagenoeg hetzelfde. Therapie id.

18 Jan. Wederom tweemaal 10 minuten zuigen. De zwelling is belangrijk verminderd.

19 Jan. Therapie id. Pat. genezen ontslagen.

43. J. C., 26 jr., vr., zonder beroep, Leiden. 16 April '07 komt pat. op de polikliniek. Sedert 3 dagen veel keelpijn, vooral bij het slikken. Vroeger nooit last gehad van keelpijn.

Pharynx algemeene roodheid. Opzetting van de linker tonsil en van de streek daaromheen. 16 April tweemaal tien min. zuigstuwung. 17 April. Pat. heeft geen pijn meer. Zwelling veel verminderd. 18 April id. 19 April, pat. wordt nog eenmaal tien minuten gezogen. 20 April. Genezen ontslagen.

44. D. P., 26 jr., scheepsmaker, Leiden. 20 April '07 komt pat. in de polikliniek. Sedert 1½ dag pijn in de keel, links. Stat. praes.

Pharynx: algemeene roodheid, vooral links. De linker amandel promineert. 20 April tweemaal tien minuten zuigen. Pat. deelt mede, dat na de eerste keer zuigen de pijn veel minder is. 22 April wordt pat. genezen ontslagen.

45. P. v. d. K., 20 jr., magazijnknecht, Leiden. 2 Mei '07 komt pat. in de polikliniek. Sedert den vorigen dag dik gevoel in de keel rechts. Pijn bij het slikken. Vroeger nooit gehad. Stat. praes. Angina lacunaris. Beiderzijds beslag. Rechts periton-sillaire zwelling. 2, 3 en 4 Mei tweemaal 5 min. zuigen. 5 Mei éénmaal 5 min. zuigen. 6 Mei pat. genezen ontslagen.

46. D. v. A., 37 jr., vr., Haarlemmermeer, komt 18 Sept. '06 in de polikliniek; pat. klaagt er dan over dat ze veel vuil uit het rechter neusgat verliest. Het zou erg stinken. Ook heeft ze veel last van hoofdpijn. Bij inspectie: veel korsten en pus in de rechter neusgang. Veel stank. Bij doorlichting rechter antrum donker. Het antrum wordt nu van de onderste neusgang uit geopend en doorspoeld, waarbij veel stinkende pus te voorschijn komt. 19 Sept. wordt gezogen door een dubbelballon met ventiel en slang, waaraan een glazen canule, in het rechter neusgat te brengen. Bij zuigen komt geen pus meer. 20 Sept. id. Veel pus. 21 Sept. geeft pat. aan, dat er 's morgens vroeg veel vuil uit den neus gekomen is. Bij zuigen geen pus meer. Bij doorlichting zeer veel helderder; tot 22 Sept. komt dan geen vuil meer te voorschijn. De klachten van pat. hebben geheel opgehouden. Bij doorlichting geen verschil tusschen rechts en links.

Om de waarde van de zuigtherapie na te gaan ware het beter geweest het antrum niet eerst aan te boren, doch na cocaïnisatie dadelijk tot zuigen over te gaan. Dit gebeurde hier niet, omdat eigenlijk te laat besloten werd patiënt met zuigstuwning te behandelen. Waarde ter beoordeeling van de therapeutische kracht, heeft

dit geval dus niet. Wel zien we eenige diagnostische waarde. 20 Sept. n.l. gelukt het veel pus uit het antrum op te zuigen.

47. H. P., 62 jr., schoenmaker, Rotterdam. 30 Nov. komt pat. in de polikliniek. Klaagt over oorsuizen en stinkend vuil dat uit zijne ooren zou loopen. Hoofdpijn voor en achter in het hoofd. Veel vuil komt uit neus en keel.

Bij onderzoek blijkt A. D.: verdikt trommelvlies met lidteekensstrengen, horl. bijna ad conch. A. S.: in uitw. gehoorgang dunne pus. Perforatie van voorste bovenste quadrant. Horl. bijna ad. conch. Neus rhinitis Links veel mucopus. R. lichte hypertrophie van de concha inferior. Pharynx sterke roodheid. Bij doorlichting geen verschil tusschen rechts en links. Sinus frontalis helder.

Ik wilde nu de rhinitis met zuig-stuwing gaan behandelen. 30 Nov. wordt driemaal aan rechter en linker neusgat gezogen. Er kwam geen pus te voorschijn. Na het zuigen geen verandering in den neus waarneembaar. Pat., die zich eenigen tijd geregeld zou laten behandelen, komt intusschen niet meer terug.

48. J. W., 21 jr., dienstbode, Oegstgeest. 13 Dec. komt pat. in de polikliniek. Ze verliest sedert 6 dagen veel vuil uit haar neus. Veel last van hoofdpijn.

Bij onderzoek: rhinitis met veel dunne mucopus, vooral links. Pharynx droog en sterk rood. Mucopus. Bij doorlichting links donkerder dan rechts. Sinus frontalis helder. Volgens de methode van Seifert wordt gezogen, doch met negatief resultaat.

Pat. komt niet meer terug.

Van dit geval is niets anders te zeggen, dan dat hier waarschijnlijk een aandoening van het linker antrum Highmori was, doch dat de methode van SEIFERT ons hier in den steek liet. Ware patiënt terug

gekomen, dan hadden we na kunnen gaan of bij doorspoeling van het antrum veel vuil te voorschijn zou zijn gekomen.

Het is inderdaad opvallend zoovele patiënten zich ontijdig aan de behandeling onttrokken.

49. A. G., 34 jr., timmerman, Vlissingen. 15 Dec. '06 komt pat. in de polikliniek. Reeds in den vorigen cursus was hij behandeld voor een empyeem van het rechter antrum Highmori. Thans weder veel vuil in rechter neusgang. Hoofdpijn.

Bij doorlichting rechts minder helder dan links. Sinus front. helder.

15 Dec. '06. Na cocaïnisation van de middelste neusgang, werd volgens Seifert gezogen, met naar links sterk overhangend hoofd. Geen pus kwam te voorschijn. 17 Dec. wordt het rechter antrum artificeel van uit de onderste neusgang geopend en doorspoeld, waarbij geen pus te voorschijn kwam.

Pat. ontslagen.

We zien hier, dat, de onderzoekingsmethode SEIFERT negatief uitvallende, ook bij punctie geen pus gevonden wordt. Dit kan dus als een positief resultaat voor die methode geboekstaafd worden, voor wat betreft de diagnostische waarde.

50. M. de J., 22 jr., dienstbode, Leiden. 8 Oct. '06 komt pat. in de polikliniek. Ze heeft zich 14 dagen geleden een kies laten trekken uit den linker bovenkaak. Een week geleden is er veel vuil uit haar neus gaan loopen links. Sedert zeer veel hoofdpijn. Bij onderzoek links veel pus tusschen concha media en inferior. Bij doorlichting links totaal donker. 8 Oct. worden door mij verschillende pogingen aangewend om te zuigen. Pat. verzet zich hier heftig tegen. Eenigzins goed te zuigen blijkt totaal onmo-

gelijk ¹⁾). Later wordt ze behandeld met aanboring van het antrum van de onderste neusgang uit. Er komt dan zeer veel pus.

Het aantal aandoeningen van neus en neusbijholten door mij behandeld is duidelijk veel te gering, om er eenig besluit uit te kunnen trekken, aangaande de waarde van de methode. Ik wil het dan ook bij de eenvoudige vermelding van deze gevallen laten.

1) Hierbij zij opgemerkt dat bij de behandeling van deze patient, zooals Sondermann het aanraadt ter afsluiting van de nasopharynx, pat. werd verzocht een lang aangehouden ...i... uit te spreken.

HOOFDSTUK IV.

Conclusies.

Om nu na te gaan in hoeverre de stuwings therapie in de oto-rhino-laryngologie aanbeveling verdient, zal ik hier achtereenvolgens de resultaten, verkregen met de verschillende door mij toegepaste methoden, in 't kort nagaan.

De positieve resultaten, verkregen door stuwing met een band om den hals bij chronische otorrhoe, zijn niet anders dan „zeer twijfelachtige” te noemen.

Geval 27 is een acuut geval van otorrhoe na trauma. Het staat te bezien, in aanmerking genomen de geringe gehoorscherppte op het zieke oor (horloge ad concham), en de geringe gehoorscherppte (horloge 2 dm.) op het andere oor, of patiënt wel over gezonde ooren beschikte, voordat het trauma werd aangebracht. Maar afgezien daarvan, is het zeer de vraag, of na de tweede paracentese, het oor niet even voorspoedig genezen zou zijn zonder stuwing. Het is dus een geval gelijk

te stellen met enkele der acute gevallen door KEPPLER e. a. behandeld. Aan de stuwing mag men hier geen succes toeschrijven.

Geval 20 is geen geval van otorrhoe of daarmede verband houdende ziekte. Hier meen ik met een positief resultaat te doen te hebben. Perichondritis van het kraakbeen van de oorschelp is een aandoening, die maar al te dikwijls tot groote misvorming van de gehoorschelp voert. Pat. was dan ook al daarop voorbereid, en zou in Januari niet met de visschersvloot uitvaren, maar de behandeling afwachten, toen bij mij het idee opkwam, om eens na te gaan, wat in dit geval met stuwing te bereiken viel. Het gevolg was verrassend. Het is echter helaas maar één geval.

Men zal mij tegenwerpen, dat ik misschien te optimistisch ben, wanneer ik hier van een gunstig resultaat van BIER'sche stuwing spreek. In elk geval mag bij dergelijke aandoeningen de eventueele voortschrijding van het proces naar mijn meening niet afgewacht worden, zonder getracht te hebben, door stuwing verbetering te weeg te brengen.

Verder zijn door mij behandeld een aantal slecht genezende wonden na radicaal-operaties. Positief gunstige resultaten werden daarbij niet bereikt. In geval 11 onttrok patiënte zich ontijdig aan de behandeling. Bij 18 zien we wel eenige verbetering optreden. De afscheiding uit de fistel werd vooral veel minder. Het zou misschien wenschelijk geweest zijn, de fistel nog eens ruim te openen en uit te krabben, maar daartoe moest patiënt

opgenomen worden, hetgeen zijn groote bezwaren heeft wanneer men over twee bedden beschikt. Geval 19 vertoonde ook wel eenige verbetering, maar ook hier vermochten we geen blijvend resultaat met de stuwing te bereiken. Geval 21 is wel absoluut negatief te noemen. Meer verbetering kregen we bij n°. 26, alhoewel daar volkomen genezing gedurende de stuwing uitbleef. Het nog aanwezig huiddefect geneest vrij spoedig, maar de dieper gelegen aandoening, die de fistel onderhoudt, mocht ook hier geen invloed ondervinden. Verrassend was aanvankelijk het succes behaald bij pat. 30. De groote wonde met slap, slecht granulatieweefsel, sloot zich snel, totdat op zeker moment weinig verandering meer tot stand kwam. Ten slotte volgde genezing, nadat met de stuwing geruimen tijd was opgehouden.

Zonder invloed was de stuwing in enkele van deze gevallen zeker niet, voor zoover we uit dit kleine aantal mogen concludeeren. Genezing werd niet verkregen, wel verbetering, waardoor de patienten met kleinere verbanden konden rondloopen. Warme aanbeveling verdient de behandeling dus niet. Als ultimum refugium kan men probeeren, hoever men komt. Schade zag ik er niet van.

Blijven nog na te gaan de patienten met de chronische otorrhoe, die niet geopereerd konden, of wilden worden.

In geval n°. 25 zien we genezing optreden. Deze patient was echter nooit behandeld op andere wijze. Men moet niet vergeten dat de patienten die met stu-

wing behandeld werden, dagelijks op de polikliniek kwamen. Het oor werd dan droog gereinigd, en met een gaasje gedraineerd.

De patienten, die met oordruppels behandeld werden, zorgden daar meestal thuis zelf voor. Men heeft nooit zekerheid, of zij de voorschriften, hun medegegeven, goed nakomen. Slechts enkele patienten, die bijzondere reden tot wantrouwen gaven, werden geregeld éénmaal daags op de polikliniek geholpen, zooals b. v. n^o. 1. Het is nu zeer wel mogelijk, dat de gunstige invloed, de verbetering, die zoo hier en daar tijdens de stuwing optrad, alleen toe te schrijven valt aan de goede zorgen, die aan het oor besteed werden, van het oogenblik af, dat de lijder zich dagelijks liet behandelen.

In geval 10 is een goed deel van de genezing wel toe te kennen aan de paracentese en aan de incisie achter het oor. Pat. blijft genezen.

De adenotomie werd eerst later verricht, en was dus geen oorzaak van de genezing. Van reflexbewegingen, zooals STENGER die meende waar te nemen bij stuwing van het hoofd bij patienten met adenoïde vegetaties in de neuskeelholte, heb ik bij dezen patient niets gezien.

N^o. 14 kunnen we wel geheel buiten beschouwing laten. Bij N^o. 12 zij er op gewezen dat de coryza blijkbaar geen invloed van de stuwing ondervond. Ik geloof dan ook, dat de stuwingsbehandeling voor chronische otorrhoe van geen beteekenis is, en voor

de patienten slechts lastig. Gevaren heb ik er niet van gezien.

Over de gevallen, door mij met zuigstuwung behandeld, wil ik liever geen oordeel uitspreken. De toepassing was veel te gebrekkig.

Het geval van tuberculosis laryngis, door mij behandeld, onderging geen verbetering. De aandoening was zeer ernstig, en patient ging steeds achteruit. Hinderlijk of gevaarlijk oedeem nam ik niet waar. Half April succombeerde patient.

Geheel anders ziet het er uit met de tonsillair-aandoeningen, door mij behandeld. Bijna alle kwamen tot genezing, zonder dat behoefde te worden geïncideerd. De pijnstillende werking van de stuwung was hierbij zeer duidelijk. Vooral in gevallen, waarbij de patient bevreesd is voor een incisie, kan men zien wat met stuwung te bereiken is. Natuurlijk dient er voor gewaakt te worden, dat er geen uitbreiding van het proces plaats vindt.

Wat betreft de gevallen van empyeem, of verdacht op empyeem van het antrum Highmori, waarbij ik getracht heb diagnostisch of therapeutisch iets te bereiken, ze zijn te weinig in aantal, om er eenige conclusie uit te kunnen trekken. Alvorens het antrum van den neus uit te openen, is er naar ik geloof niet veel tegen, om eerst eens te trachten, hoever men komen kan met zuigen, terwijl men de patient het hoofd laat scheef houden. Of het gelukken zal het antrum op die wijze geheel te ontledigen, trek ik in twijfel. Zekerder komt

het mij voor, het antrum te openen en te doorspoelen. Hiermede verwekt men tevens hyperaemie.

Het is dus slechts bij de peritonsillaire aandoeningen, dat ik de stuwingstherapie warm kan aanbevelen. Ook de nabehandeling van radicaaloperaties, kan men met Biersche stuwung mogelijk bekorten.

Teleurgesteld ben ik, wat betreft de behandeling van chronische otorrhoe. Deze, zoo moeilijk te genezen aandoening, wijkt ook niet voor de stuwingstherapie.

Wat de acute otorrhoe betreft, daarbij is aan de stuwung minder behoefte, vooral daar deze geneeswijze, de paracentese toch niet overbodig maakt, en deze ziekte, met paracentese behandeld, meestal spoedig tot genezing komt.

LITERATUUR-OVERZICHT.

1. ARNSPERGER. Erfahrungen mit BIER'schen Stauung bei akuten Eiterungen. Münch. med. Woch., 1905. S. 2540.
2. BESTELMEYER. Erfahrungen über die Behandlung akutentzündlicher Prozesse mit Stauungshyperaemie nach BIER. Münch. med. Woch., 1906, No. 14.
3. A. BIER. Hyperaemie als Heilmittel. Leipzig, 1906, 4e Auflage.
4. ——— LANGENBECK's Archiv, 1894, Bd. 48. Weitere Mittheilungen ueber die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperaemie.
5. ——— Ueber verschiedene Methode künstlicher Hyperaemie zu Heilzwecken hervor zurufen. Münch. med. Woch., 1899, No. 48 und 49.
6. ——— Münch. med. Woch., 1897, No. 32.
7. ——— Die Entstehung des Collateral Kreislaufs. VIRCHOW's Archiv, Bd. 147.
8. ——— Ueber den Einfluss künstlich erzeugte Hyperaemie des Gehirns u. künstlich erhöhten Hirndrucks auf Epilepsie, Chorea u. gewisse Formen von Kopfschmerzen. Mittheilungen aus den Grensgebieten 1900, Bd. VII, Heft 2 u. 3.
9. ——— Behandlung akuter Eiterungen mit Hyperaemie. Münch. med. Woch., 1905, 5—7.
10. ——— Ueber practische Anwendung künstlich erzeugter Hyperaemie. Therapie der Gegenwart, Febr. 1902.

11. BOSHOUEWERS. Zuigbehandeling volgens BIER-KLAPP bij erosies der portio vaginalis uteri. Nederl. tijdschrift voor geneeskunde, 1906, I, No. 7.
12. BUCHENER. Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr Infectionsprocessen. Münch. med. Woch., 1899, No. 39 u. 40.
- 12a. BRÜHL. Die Heilbarkeit der chronische Mittelohreiterungen. Berliner Klinik, 1905.
13. VON BRUNN. Ueber die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der VON BRUNN'schen Klinik. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 46, Heft 3.
14. COLLEY. Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akuteitriger Prozesse mit BIER'scher Stauungshyperraemie. Münch. med. Woch., 1906, No. 8.
15. DANIELSEN. Ueber die Bedeutung der BIER'schen Stauungsbehandlung akuter Entzündungen für die Chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt. Münch. med. Woch., 1905, No. 48.
16. ESCHWEILER. Die Behandlung der akuten Mastoiditis mit Stauungshyperraemie nach BIER. Vortrag Vereinigung v. Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, XVIII. Sitzung 29 April 1906.
17. EVERSMAÏN. Die BIER'sche Stauung in der Gynaecologie. Centralblatt f. Gynaecologie, 1905.
18. FEIN. Die Ozaena und die Stauungstherapie. Wien. klin. Woch., 1906, No. 31.
19. FRIDENBERG. Aspiration of the tympanic cavity after paracentesis; a valuable aid in the treatment of acute otitis media. N. Y. medical record 3 March 1906.
20. FROMMER. Ueber die BIER'sche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangraen. Wien. klin. Woch., 1906, No. 8.
21. GRUBE. Die Anwendung der Hyperraemie nach BIER bei einigen Erkrankungen der Diabetiker. Münch. med. Woch., 1906, No. 29.

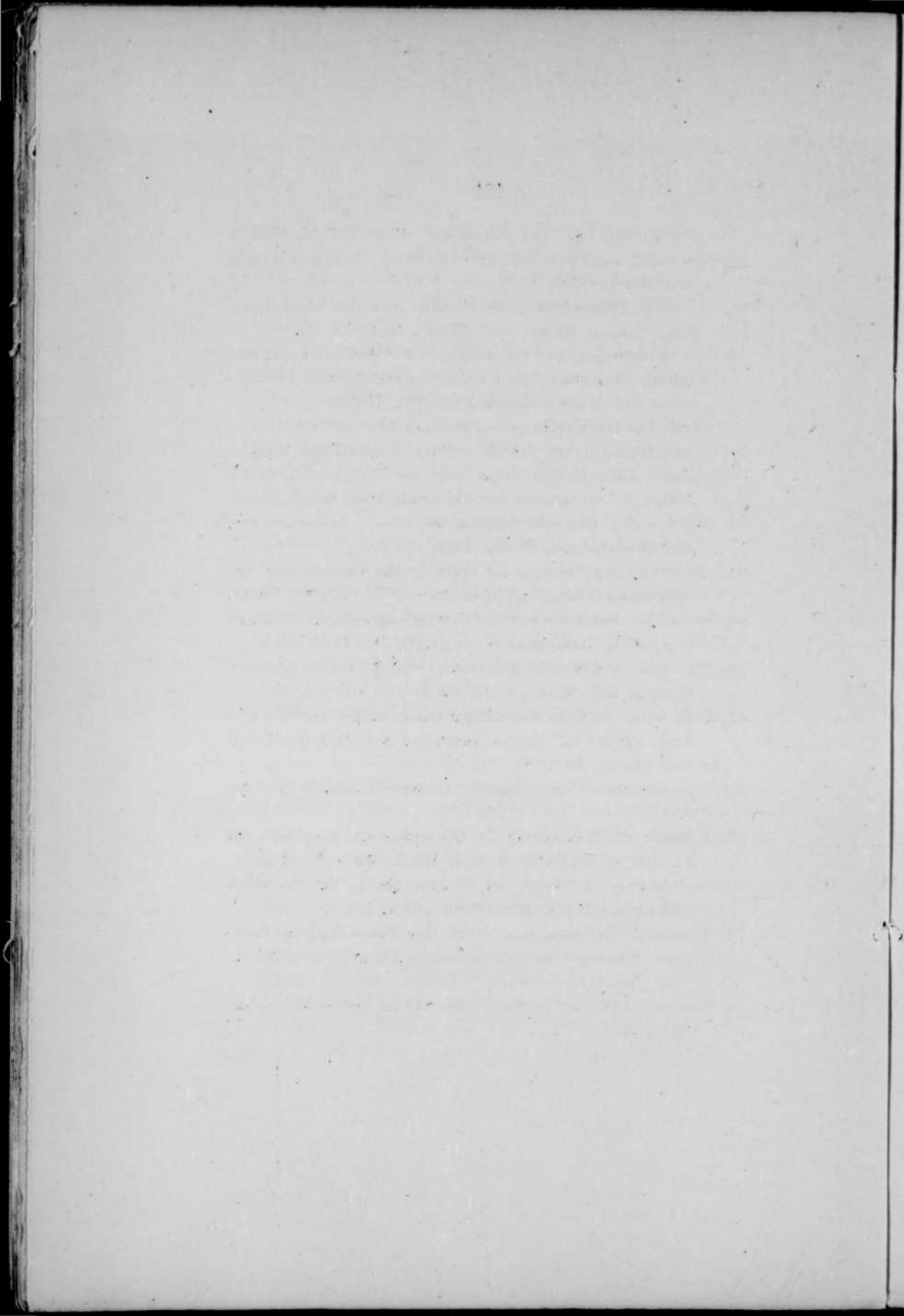
22. GUTH. Die Behandlung entzündlichen Erkrankungen mit Stauungsbinden und Saugapparaten in der Praxis. Prager med. Woch., 1906, No. 3.
23. GUYOT. Des indications de la méthode de BIER (aspiration) en oto-rhinologie. Revue médicale de la Suisse Romane, 26, 5, 1906.
24. HABS. Ueber die BIER'sche Stauung. Münch. med. Woch., 1903, No. 22.
25. HAMBURGER. Ueber den Einfluss von venöser Stauung und Kohlensäure auf die Phagocytose. VIRCH. Archiv, Bd. 156, Heft 2.
26. — Ueber den Einfluss von Kohlensäure bzw. von Alkali auf das antibacterische Vermögen von Blut und Gewebsflüssigkeit mit besond. Berücksichtigung von venöser Stauung und Entzündung. id. S. 375.
27. — Verhandelingen Koninklijke Academie van Wetenschappen, 23 April 1898.
28. — Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 1897.
29. HASSLAUER. Die Stauungshyperaemie bei der Behandlung von Ohreiterungen. Münch. med. Woch., 1906, No. 34.
30. HAYMANN. Ueber Stauungstherapie. Sammel. referat Centralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. V, Heft 3.
31. HEERMANN. Zur conservativen Behandlung der Nebenhöhlen-eiterungen. Münch. med. Woch., 1906, No. 24.
32. HEINE. Ueber die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündungen mittels Stauungshyperaemie nach BIER. Berl. klin. Woch., 1905, No. 28.
33. HENLE. Zur Technik der Anwendung venöser Hyperaemie. Zentralblatt für Chirurgie, 1904, No. 13.
34. — Zur Behandlung des akuten Schnupfens. Deutsch. med. Woch., 1905, No. 6.
35. HERHOLD. Anwendung der Stauungshyperaemie bei akuten eitrigen Prozessen im Garnisons-lazareth Altona. Münch. med. Woch., 1906, No. 6.
36. HIRSCH. Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit

- BIER'schen Stauung. Berl. klin. Woch., 1905, No. 39.
37. HOCHHAUS. Ueber die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels Stauungshypæmie. Therapie der Gegenw., Okt., 1905.
 38. HONNETH. Ueber den Wert des SONDERMANN'schen Saugapparates zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen. Münch. med. Woch., 1905, No. 49.
 39. HOPPE. Ueber den Einfluss der Saughypæmie auf das gesunde Auge und den Verlauf gewisser Augenkrankheiten. Münch. med. Woch., 1906, No. 40.
 40. ISEMER. Klinische Erfahrungen mit Stauungshypæmie nach BIER bei der Behandlung der Otitis media. Archiv f. Ohrenheilk., 1906.
 41. JOSEPH. Ueber die frühzeitige und prophylactische Wirkung der Stauungshypæmie auf infizierte Wunden. Münch. med. Woch., 1906, No. 38 u. 39.
 42. KAEFER. Zur Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshypæmie nach BIER. Zentralblatt f. Chirurgie, 1906, No. 10.
 43. KEPPLER. Die Behandlung eitriger Ohrenerkrankungen mit Stauungshypæmie. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Bd. 50, Heft 3.
 44. — Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen vom Kopf u. Gesicht mit Stauungshypæmie. Münch. med. Woch., 1905, No. 45, 46 u. 47.
 45. KLAPP. Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. Münch. med. Woch., 1906, No. 16.
 46. — Die Anwendung der mobilisierten Wirkung der Hypæmie auf skoliotische Versteifungen. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 79.
 47. KUHN. Ein Lungenaugmaske zur Erzeugung von Stauungshypæmie in den Lungen. Deutsch. med. Woch., 1906, No. 29, 30 u. 37.
 48. LAQUEUR. Zur physikalischen Behandlung der gonorrhöischen Gelenkerkrankungen. Berl. klin. Woch., 1905, No. 23.
 49. LEXER. Allgemeine Chirurgie, Bd. I, S. 134.

50. LEXER. Zur Stauungshyperaemie bei akuten Entzündungen. Zentralblatt für Chirurgie, 1906, No. 18.
51. — Zur Behandlung akuter Entzündungen mittels Stauungshyperaemie. Münch. med. Woch., 1906, No. 3.
52. VAN LIER. Behandeling van akute ontstekingen. Nederl. Tijdschrift voor geneeskunde, 1905, No. 27.
53. LANDENSTEIN. Erfahrungen mit der BIER'schen Stauung. Münch. med. Woch., 1906, No. 38.
54. MINDES. Zur Technik des BIER'schen Verfahrens mit Stauungshyperaemie. Münch. med. Woch., 1906, No. 6.
55. MÜLLER. Semaine médicale, 1906, p. 462³.
56. MUCK. Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten u. s. w. Münch. med. Woch., 1905, No. 42.
57. — Ein geheilter, mit Stauungshyperaemie (durch Saugwirkung vom Gehörgang aus) behandelter Fall von beiderseitiger Mittelohrtuberculose. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. LIII, 2.
58. — Aphoristische Mitteilungen von Beobachtungen über den Einfluss der vom Gehörgang aus durch Saugwirkung hervorgerufenen Stauungshyperaemie auf Paukenhöhleneiterungen. Münch. med. Woch., 1907, No. 9.
59. NÖTZEL. Ueber die bactericide Wirkung der Stauungshyperaemie nach BIER. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 60, Heft 1.
60. POLITZER. Centralblatt für Ohrenheilkunde. Gesellschaftsbericht Oesterreichische Otologische Gesellschaft, Bd. V, No. 3.
61. POLYAK. Hyperaemie als Heilmittel. FRÄNCKEL's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie, 1906, Bd. 18, Heft 2.
62. — Ueber Anwendung des BIER'schen Verfahrens bei Krankheiten der oberen Luftwegen Orvosi Hetilap No. 7. Referat Centralblatt f. Laryngologie u. Rhinologie.
63. PRYM. Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten. Münch. med. Woch., 1906, No. 48.
64. RANZI. Ueber die Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperaemie. Wien. klin. Woch., 1906, No. 4.

65. RHÉTY. Bemerkungen zu Herrn Dr. SONDERMANN's Publication:
Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasen-
erkrankungen. Münch. med. Woch., 1906, No. 4.
66. — Die Ozaena und die Stauungstherapie. Wien. klin.
Woch., 1906, No. 39.
67. — Die Negative Luftdouche als diagnostisches Hilfsmittel
bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Wien. klin.
Rundschau, Oct. 1899, No. 43.
68. RIEDL. Erfahrungen, Beobachtungen und Versuche im Stau-
und Saugverfahren. Wien. klin. Woch., 1907, No. 8.
69. RIEHL. Beitrag zur BIER'schen Stauung. Münch. med. Woch.
1906, No. 29.
70. RITTER. Die Natürliche Schmerzlindernde Mittel des Orga-
nismus. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chi-
rurgie, 31 Congres 1902.
71. ROSENBERGER. Ueber den Verlauf der akuten eiterigen Ent-
zündung mit und ohne Stauungshyperraemie. Beiträge zur
path. Anatomie und allgem. Path. E. ZIEGLER, Bd. 41, Heft 2.
72. RUDOLF. Die BIER'sche Stauung in der gynaecologischen Praxis.
Centralblatt f. Gynaecologie, 1905, S. 1185.
73. v. SCHMIEDEN. Ein neuer Apparat zur Hyperraemiebehandlung
des Kopfes. Münch. med. Woch., 1906, No. 31.
74. SCHÖNGUT. Zur Therapie der Otitis externa circumscripta und
verwandten Affektionen. Deutsche med. Woch., 1906, No. 43.
75. SCHWARTZE. Klinische Erfahrungen mit der Stauungshype-
raemie bei der Behandlung der akuten Otitis media. Be-
richte des Vereins der Aerzte in Halle, 4 Juli 1906.
76. SEIFERT. Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der
Nebenhöhlen der Nase. Sitzungsbericht der physikalischen
med. Gesellschaft zu Würzburg, 29 April 1899.
77. SONDERMANN. Saugtherapie bei Ohrenerkrankungen. Archiv f.
Ohrenheilkunde, 1904, Bd. 64, Heft 1.
78. — Eine neue Methode zur Diagnose u. Therapie der Nasen-
erkrankungen. Münch. med. Woch., 1905, No. 1.
79. — Weitere Erfahrungen mit meinem Nasensauger. Archiv

- für Laryngologie und Rhinologie, 1905, Bd. 17, Heft 2.
80. SONDERMANN. Zur Saugtherapie bei Nasenerkrankungen. Münch. med. Woch., 1906, 45.
81. — Die Nasenseiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen. Münch. med. Woch., 1906, No. 30.
82. — Vorkommen und Behandlung der Nebenhöhlen Erkrankungen bei Tuberkulose der Luftwege. Zeitschrift f. Tuberkulose und Heilstättenwesen, Bd. VII, Heft 2.
83. SPIESS. Die therapeutische Verwendung des negativen Drucks (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens. FRÄNKEL's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie, 1905, Bd. 17, Heft 2.
84. STENGER. Die BIER'sche Stauung bei akuten Ohrenerkrankungen. Deutsch. med. Woch., 1906, No. 6.
- 84a. STEPHAN. Zur Therapie der otitis externa circumscripta und verwandten Affectionen. Deutsche med. Woch., 1906, No. 43.
85. STICH. Zur Behandlung akuter Entzündungen mittels Stauungshyperaemie. Berl. klin. Woch., 1905, No. 49 u. 50.
86. TILLMANS. Ueber die Behandlung durch venöse Stauung. Deutsch. med. Woch., 1905, No. 4.
87. UFFENORDE. Kritische Bemerkungen ueber die SONDERMANN'sche Saugmethode bei Erkrankungen der Nebenhöhlen. Münch. med. Woch., 1906, No. 24.
88. URBANTSCHITSCH. Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 4e Auflage, S. 114.
89. VOHSEN. Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und der kleinen Kinder. Berl. klin. Woch., 1905, No. 40.
90. — Beitrag zur Saug- und Stauthherapie in Ohr und oberen Luftwegen. Münch. med. Woch., 1907, No. 9.
91. VORSCHÜTZ. Die Genickstarre und ihre Behandlung mit BIER'scher Stauung und Lumbalpunktion. Münch. med. Woch., 1907, No. 11 u. 12.
92. ZWAARDEMAKER en BURGER. Leerboek der Oorheelkunde, blz. 89 en 90.
-



STELLINGEN.

ST. MARY'S

STELLINGEN.

I.

Peritonsillaire ontstekingen behandelde men met zuigstuwung, zoolang er nog geen duidelijke abcesvorming is.

II.

De operatie tot verwijderen van adenoïde vegetaties verrichte men buiten narcose.

III.

Men volge den raad van KOERNER, om na de Luc'sche radicaaloperatie van het antrum Highmori, de wond in den voorwand van het antrum open te laten, niet op.

IV.

Het ware juistere te spreken van aëro-, resp. cranio-labyrinth geleiding, dan, zooals te doen gebruikelijk is, van aëro-, resp. cranio-tympanale geleiding.

V.

Aanzienlijke verlaging van den suiker-accijns levert een gevaar op voor de volksvoeding.

VI.

Ten onrechte meent SCHÜRCH, dat op grond van den anatomischen bouw van den sinus maxillaris, bij menschen met leptostaphylinie, het aanboren van het antrum Highmori van uit den processus alveolaris, op groote moeilijkheden moet stuiten.

VII.

Een aantal — door den geneesheer daartoe aan te wijzen — lijders aan longtuberculose, die in sanatoriën verpleegd worden, late men reeds voor hun ontslag uit het sanatorium, productieven arbeid, onder leiding van den geneesheer, verrichten.

VIII.

Bij pathologischen roes, onderzoekte men de pupil-reflexen.

IX.

Het is in het belang van verzekeringsbanken, dat fracturen bij patiënten, die voor hare rekening worden behandeld, langs bloedigen weg gereponeerd en gehecht worden.

X.

Het onderzoek van de urine van patiënten, die onder chloroformnarcose geopereerd zullen worden, moet behalve op eiwit en suiker, ook op aceton en diaceetzuur geschieden.

XI.

Het onlangs (11^e natuur- en geneeskundig congres) door SPRONCK beschreven adenoma destruens, in de long bij *cavia cobaya*, mag hoogstens den naam dragen van maligne ontaard teratoom.

XII.

Het verdient aanbeveling, de hooge graden van myopie, volkomen te corrigeeren, zoowel voor de verte als voor dicht bij.

XIII.

Het verdient in het algemeen aanbeveling, de verandering van aangezichtsligging in achterhoofdsligging, tijdens de baring, tot stand te brengen door in- en uitwendige handgrepen, volgens de methode van THORN.

XIV.

Bij de abdominale extirpatie van den uterus, met carcinoom van de portio of cervix, is het stelsel-

matig verwijderen van alle bereikbare lymphklieren, waarin zich metastasen kunnen bevinden, te verwijderen.

XV.

Het is noodzakelijk, dat aan een inrichting van onderwijs, waaraan vivisectie geschieden moet, een behoorlijke localiteit daartoe aanwezig is.

De inrichting moet voldoende groot zijn, om de nodige ruimte te bieden voor de verschillende afdelingen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verschillende werkzaamheden, die aan de inrichting verbonden zijn.

De inrichting moet voldoende groot zijn, om de nodige ruimte te bieden voor de verschillende afdelingen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verschillende werkzaamheden, die aan de inrichting verbonden zijn.

XVI.

De inrichting moet voldoende groot zijn, om de nodige ruimte te bieden voor de verschillende afdelingen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verschillende werkzaamheden, die aan de inrichting verbonden zijn.

XVII.

De inrichting moet voldoende groot zijn, om de nodige ruimte te bieden voor de verschillende afdelingen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verschillende werkzaamheden, die aan de inrichting verbonden zijn.

N R 149

16

