

getracht te weten te komen, wat ik aan de maatschappij geweigerd had. Ik heb hem een en ander onder collegiale geheimhouding toegezegd, zoodra ik van de familie verneem, dat de maatschappij heeft betaald.

Deze collega althans meende, dat er nog wel geneesheeren zouden zijn, die zoo niet direct dan toch wel indirect de maatschappijen in deze ter wille zouden willen zijn.

Hilversum, 19 December 1910.

Dr. M. NIEMEYER

ONVERWACHT MOEILIKHEDEN BIJ DE LUCHTPIJPSNEDE.

Naar aanleiding van het stukje van collega EMOUS: Een diphtheriegeval, in het *Tijdschrift* van 17 Dec. j.l., is het misschien van eenig belang het volgende mede te deelen, vooral voor collega's, die op het platteland voor tracheotomie geroepen worden.

Op 12 Februari 1909 werd ik met haast ontboden door een collega uit de buurt om tracheotomie te verrichten; het bleek te gelden een groote, dikke 15-jarige boerenjongen, wiens gelaat en hals door oedeem nog dikker dan gewoonlijk waren. Daar hij doodsbenauwd was, was er geen tijd te verliezen en werd hij op het ledikant (gelukkig geen bedstede) waarop hij lag, onmiddellijk genarcotiseerd en de operatie begonnen. De ligging der groote schildklier liet helaas niet de tracheotomia sup. toe en moest dus de inf. geschieden. Spoedig waren wij op de luchtpijp, en toen deze geopend was, was ook aanstonds de benauwdheid opgeheven. Maar wie beschrijft onze onaangename verbazing, toen wij, canule n^o. 4 ingebracht hebbende, patiënt weer ontzettend benauwd zagen worden; gelukkig dat hij nog in halve narcose verkeerde, anders was de sterke jongen ons tot zijn groot nadeel nog voor een oogenblik de baas geworden (wij waren slechts met ons beiden); het bleek namelijk dat de canule voor de diepliggende en door het oedeem nog moeilijker te bereiken luchtpijp te kort was. Wij hadden geen gummi-katheter bij de hand en waren meer dan een uur van huis; goede raad was duur, totdat wij op het denkbeeld kwamen het schild der canule onder de huid te brengen en daaraan vast te naaien; op die manier kon de canule in de luchtpijp komen en er niet uitglippen. De binnenbuis moesten wij daardoor ontberen, maar dit was voor het oogenblik van minder belang. De jongen was met een 10-tal dagen genezen. Wij hopen onzen NELATON-katheter voortaan m^es te nemen,

Meppel, 18 Dec. 1910.

Dr. W. LINGMONT.

DE INDICATIE VOOR BRONCHOSKOPIE.

Evenals verleden jaar dr. SIKEMEIER viel ook mij de eer te beurt mijn mededeeling gevolgd te zien door een mededeeling van den redacteur, prof. BURGER. Ook ditmaal heeft wederom de bedoeling voorgezet de endolaryngeale behandeling van de luchtwegen in bescherming te nemen. Dit doel is zijn ijver volkomen waardig; waar hij evenwel door zijn ijver te kort schiet in objectiviteit bij de kritiek over mijn mededeeling, zie ik mij genoodzaakt met een enkel woord daarop terug te komen.

In de eerste plaats zal ieder onpartijdig lezer uit hetgeen ik schreef den

indruk gekregen hebben, dat mijn appreciatie van het sondeeren van de luchtwegen nagenoeg niet verschilt van die van prof. BURGER.

In de tweede plaats legt prof. BURGER mij in de pen, dat men moet wachten met bronchoscopie, totdat longontsteking optreedt, waar ik schreef, dat men „mag wachten, totdat zich verontrustende verschijnselen (pneumonie) voordoen”.

Hoofdzaak is echter de indicatie voor bronchoscopie. Naar ik meen zal ook prof. BURGER van inzicht zijn, dat waar het voorwerp vrij in de luchtpijp zweeft en dus dyspnoe bestaat, de tracheotomie aangewezen is. De vraag is echter wat moet geschieden, wanneer het lichaam vastgekneld zit. Nu was weliswaar mijn redeneering gebaseerd op theoretische overwegingen, waarbij de nadruk viel op het feit, dat voor de extractie van gladde ronde voorwerpen geen geschikte instrumenten aangegeven worden.

Waar nu prof. BURGER zegt, dat men inderdaad een dergelijk voorwerp geschikt met een haakje kan extraheeren en zulks „herhaalde malen” gelukt is, zou er alle reden zijn om terug te komen op onze uitspraak en te verklaren, dat bronchoscopie ook in deze gevallen dringend aangewezen is.

Evenwel in de groote statistiek van GOTTSTEIN van 137 bronchoscopiën, vinden wij een drietal gevallen (62, 96, 135, een glazen kraal, een creosootpil en een kersepit), die in het kader van onze beschouwingen vallen. Bij alle drie werd bronchoscopie verricht, desniettegenstaande werd bij alle drie het voorwerp uitgehoest: 2 maal per vias naturalis, 1 maal door de tracheotomie-wond, waarin zich juist de bronchoscoop bevond. Deze statistiek dateert van 1907 en het moet sedert dien dan wel „herhaalde malen” gebleken zijn, dat inderdaad de extractie lukte, wil er reden bestaan onze indicatie-stelling in deze gevallen te veranderen.

Waar nu de bronchoscopie een nieuwe methode is, die wellicht nog te weinig gewaardeerd wordt, daar zijn wij verplicht alles te vermijden, wat zulk een methode afbreuk kan doen, en dit zou zeker geschieden door haar toe te passen in gevallen, waarvoor zij niet geschikt is. prof. BURGER zou dan ook, mijns inziens, een goed werk doen de ervaringen van hem of van anderen, die zoo sterk tegen onze opvatting pleiter, ter kennis te brengen van de lezers van dit tijdschrift.

Bergen op Zoom, December 1910.

A. MUSKENS.

Het doet mij genoegen, dat de heer MUSKENS mijn naschrift als een eer op prijs stelt. Ook zie ik, met voldoening, dat hij mijn meening over het blinde-lings sondeeren thans „nagenceg” deelt.

Minder bevredigend is zijn mededeeling, dat hij niet wil wachten totdat longontsteking, maar wel totdat pneumonie optreedt.

Ook is mij niet duidelijk waarom hij, half veronderstellend, meent, dat ook ik wel van inzicht zal zijn, dat bij een beweeglijk vreemd lichaam de luchtpijpsnede is aangewezen. Immers in mijn naschrift staat dit zeer duidelijk te lezen.

Eindelijk zijn verzoek, gevallen te noemen, waarin gladde, ronde voorwerpen met behulp van haakjes uit de luchtpijpsvertakkingen zijn verwijderd. Deze inlichtingen verstrek ik gaarne en verwijs hem naar een werk, dat hij bij de