

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

„SPONTANE” HAEMATOPNEUMOTHORAX.

In een casuïstische mededeeling in dit *Tijdschrift* van 29 October j.l. (bl. 5302) beschrijft dr. C. A. VAN HEES een haematopneumothorax, die ontstond bij een schijnbaar gezonden jongeman na inspanning, namelijk clarinet blazen.

Schrijver ziet als causa proxima de „geforceerde inspiratie” waarmee het clarinet blazen gepaard gaat (bl. 5304). Hij heeft zijn patiënt het clarinet spelen verboden, maar vraagt zich daarbij af, „of een dergelijk voorschrift van nut is, daar een leven, zonder zoo nu en dan een geforceerde inspiratie, niet goed denkbaar is”.

Inderdaad is van deze geforceerde inspiratie niet veel kwaad te verwachten. Echter niet de inspiratorische maar de expiratorische druk in de longen is de beslissende factor, omdat deze bij vrijwel alle vormen van adembeweging den eersten belangrijk overtreft. Terwijl de negatieve inspiratiedruk maximaal ongeveer 55 mM. Hg. bedraagt, kan de positieve expiratiedruk tot 100 mM. en daarboven stijgen. En bij het bespelen van de clarinet moet zonder twijfel het allereerst aan den expiratiedruk worden gedacht. Clarinet blazen als oorzaak van spontanen haematopneumothorax is meer beschreven, zooals schrijver opmerkt, echter niet op de door hem geciteerde plaats in de literatuur. Vergeleken bij de zoeven genoemde maximale cijfers, reeds door DONDERS aangegeven, is de druk wel niet zoo heel groot (hij komt niet ver uit boven de 35 mM. Hg.), maar hij duurt vele seconden achtereen, doordat het mondstuk van het instrument slechts een zeer geprotraheerde uitademing toelaat.

Ter voorkoming van misvatting diene, dat het bespelen van houten blaasinstrumenten, ook van de clarinet, ondanks dit geen bezwaar voor den bespeler behoeft mede te brengen, dat het veelal zelfs toegejuicht kan worden vanwege de verbeterde longventilatie en ademtechniek, die ermede gepaard gaat, zonder dat uit een physiologisch oogpunt eenig bezwaar hiertegenover staat, mits het bespelen op geschoolde wijze geschiedt. Is dit laatste niet het geval — en het streven, om zoo spoedig mogelijk in een jazzband mee te spelen vergroot de kans hiertoe — dan komen naast den intrapulmonalen expiratiedruk nog andere factoren in het geding, die men niet als onschuldig kan beschouwen.

Utrecht, 26 December.

J. ROOS.

EEN GEVAL VAN DROOG GANGRAEN VAN DE LINKER HAND TENGEVOLGE VAN ENDARTERIITIS OBLITERANS.

Naar aanleiding van de artikelen van collega DE WIJN en EXALTO, wil ik een analoog geval mededeelen, waar althans voorloopige beterschap met behoud der vingers is ingetreden *door novocainisatie van het ganglion stellatum*.

Een man van 53 jaar had sinds $\frac{1}{2}$ jaar klachten over den middelvinger; deze werd blauw en deed pijn onder den nagel. Later gingen de andere vingers, behalve den duim, ook pijn doen, enkele vingers gingen „zweven”. De pijn was voortdurend, vooral 's nachts en kwam in aanvallen; in den laatsten tijd hoe langer hoe meer.

Patiënt is een stevige rooker; verder zijn er geen ter zake doende bijzonderheden in zijn voorgeschiedenis.

Aan de linker hand waren aan alle vingers behalve den duim paronychia, deze vingertoppen waren blauwig verkleurd. De reacties van WASSERMANN en SACHS-GEORGI waren negatief in het bloed; op een X-photo der halswervelkolom was geen halsrib zichtbaar. Aan de hersenzenuwen waren geen afwijkingen; evenmin toonden longen, hart en buikorganen afwijkingen. Aan de extremiteiten was

de sensibiliteit intact. Ook aan de reflexen waren geen afwijkingen. De tensie aan den bovenarm rechts was 150/110; aan den linker bovenarm 140/105.

De veranderingen met den oscillometer van PACHON gaven belangrijke verschillen tusschen de linker en rechter boven- en onderarmen. Ook na het koude en warme bad van den onderarm.

<i>Rechts</i>	Bovenarm	Onderarm	Onderarm (ijs)	Onderarm (warm)
	190—2 $\frac{1}{2}$	190—1 $\frac{1}{2}$	190—2 $\frac{1}{2}$	180—4
	100—6	100—6	100—2	100—4
<i>Links</i>	Bovenarm	Onderarm	Onderarm (ijs)	Onderarm (warm)
	190— $\frac{1}{8}$	190— $\frac{1}{2}$	190—0	190— $\frac{3}{8}$
	100—3 $\frac{1}{2}$	100— $\frac{1}{2}$	100—0	100— $\frac{3}{4}$

Bij navragen bleek de man klachten te hebben van claudicatio intermittens.

De onderdompeling in het koude bad (onderarm) gaf een zeer sterke pijnreactie en cyanose, die door een warm bad binnen enkele minuten werd opgeheven.

Patiënt ging in verband met beroepsbezigheden naar huis en kwam na ongeveer 3 weken terug met nog sterker vaat-atrophische stoornissen. De panarititia waren verergerd, de nagels der vingers waren los gaan zitten.

Voor dat wij patiënt voorstelden, over te gaan tot verwijdering van het ganglion stellatum, wilden wij hem eerst eens „testen” door dit ganglion te novocainiseeren. Dit gebeurde op een der manieren aangegeven door LERICHE; wij kozen hiervoor den voorsten weg (zie *Anaesthesie en Analgesie*, 1937). Ingespoten werd 10 cM³ 1 pCt. novocaine zonder adrenaline. De eerste injectie was niet bewijzend, daar er geen HORNER's syndroom volgde; een tweede inspuiting na 1 week gaf daarentegen een duidelijk syndroom van HORNER en nu gaf patiënt duidelijk aan, dat zijn arm warmer werd.

Na deze inspuiting is patiënt — voorloopig — bevrijd van zijn klachten. De onaangename sensaties zijn weggebleven en zijn panarititia genezen. Er bestaat nog wel een livide verkleuring der vingers, doch onze indruk was, dat deze minder was dan voor de injectie, die einde September plaats vond. Voorloopig is onze indruk gunstig, maar remissies zijn natuurlijk mogelijk. Ik hoop dat collega EXALTO mij ook niet van betweterij zal beschuldigen, indien ik hem opmerzaam maak op de gevaren, juist bij deze „artéritiques”, van joodhoudende contrast middelen, daar blijkens mededeeling van FONTAINE in de *Journal internationale de chirurgie*, 1937, blz. 564, groot onheil daarvan gezien is.

Overigens verricht LERICHE de periarterieele sympathectomie in deze gevallen reeds lang niet meer en helt, volgens de verslagen van het internationale congres te Caïro, op theoretische gronden meer over naar bijnierexstirpatie volgens OPPEL, of in casu de stlectomie.

Tilburg, 22 December 1938.

J. GOOSSENS.

EEN GEVAL VAN DROOG GANGRAEN VAN DE LINKER HAND TENGEVOLGE VAN ENDARTERITIIS OBLITERANS.

Naar aanleiding van de twee artikelen van collega DE WIJN en EXALTO in dit *Tijdschrift*, herinner ik mij te hebben gelezen, dat, wanneer er verschijnselen zijn van een onvoldoende circulatie, in de een of andere extremiteit, de noodlottige gevolgen hiervan voorkómen kunnen worden door de volgende behandeling; die door den goed voorgelichten patiënt zelf kan worden verricht:

De gezonde ledematen worden door manchetten, zooals bij de bloeddrukbe-paling worden gebruikt, afgesnoerd door ze snel op te pompen, ze na 2 minuten te laten leegloopen, na één minuut weer op te pompen en dit gedurende 20 tot 30 minuten een paar keer daags te herhalen. Zoodoende zouden de gevolgen van een gebrekkigen bloedsomloop vermeden kunnen worden.

Onder contróle van den huisarts is deze eenvoudige methode te beproeven. Zoo noodig kan deze behandeling gecombineerd worden met injecties van padutine en calcium Sandoz. Natuurlijk is thrombosevorming een tegenaanwijzing.