

## EEN EIGENAARDIG PARAESTHETISCH SYNDROOM AAN DE HANDEN

Naar aanleiding van de opmerking van collega J. K. DEN HEIJER in het *Tijdschrift* van 1946, blz. 1138, wil ik kort de recente publicatie van R. LERICHE bespreken 1). Onder den titel: „Essai de différenciation des syndromes vasomoteurs spontanée du membre supérieur” worden soortgelijke paraesthetische syndromen nader geanalyseerd. LERICHE onderscheidt nu 3 syndromen: *ten 1ste*: *Syndrôme de l'insuffisance des vasoconstricteurs*. Het gaat hier om patiënten, die vooral last hebben als het warm is. 's Ochtends bij het opstaan worden de handen rood, de vingers maken den indruk verstijfd te zijn, terwijl de patiënt het gevoel heeft alsof ineens het bloed in zijn ledematen zakt. Hij klaagt over pijn in den schouder, die in den nek opstijgt en uitstraalt in het schouderblad. Als hij gaat liggen, voelt hij zich onmiddellijk beter. Paraesthesieën beheerschen het beeld alsmede een zwaar gevoel in de handen en een lichte vermindering van het tastgevoel (pols en bloeddruk normaal; geen trophische stoornissen). Het syndroom verbeterde door novocaine-infiltratie van het ganglion stellatum. (Dergelijke beelden zag LERICHE ontstaan na sympathicotomieën, bijvoorbeeld bij hypertensiepatiënten.) Hij denkt hierbij, als oorzaak van het syndroom, aan vasoconstricteoire insufficiëntie, die zich manifesteert bij plotselinge verandering van houding. *Ten 2de*: *Syndrôme de la station debout: Syndrôme du scalène et syndrôme du défilé costo-claviculaire*. Hierbij wordt aan een locale oorzaak gedacht. Bij deze plaatselijke oorzaken worden nu vooral 2 plaatsen nader belicht en wel ten 1ste de achterste scalenusspleet, waardoor de plexus brachialis en art. subclavia gaat en ten 2de de „engte” tusschen het sleutelbeen en de eerste rib, waardoor ook de vena gaat. Door vernauwingen van deze „engten” ontstaan nu de syndromen. Bij de achterste scalenusspleet bijvoorbeeld kan een rigide, hypertrophische, sclerotische of spastische spier de oorzaak zijn van een vernauwing. De vaatzenwubundel komt hierdoor in het gedrang, waarbij dan via „le réflexe de contact” opgewekt in de adventitia van de art. subclavia en zenuwbundels, op afstand namelijk in de handen, het syndroom zou ontstaan. (In het algemeen gaat het om pijnlijke paraesthesieën, vasomotorische stoornissen en dikwijls lichte vermindering van den tastzin der vingertoppen.) Het bewijs, dat waarschijnlijk de vernauwing de oorzaak zou zijn, leverde de doorsnijding van den musc. scalenus ant. op. Op de 19 gevallen, waarbij de klieving van de spier werd toegepast, had LERICHE 2 mislukkingen (1 totaal, 1 gedeeltelijk). Als 2de vernauwing wordt de ruimte aangeduid tusschen 1ste rib en sleutelbeen. Eerst wordt nagegaan welken stand de arm moet innemen om den vaat-zenuwbundel het meest te comprimeeren. Deze stand valt niet samen met den stand in de kliniek. LERICHE zag het paraesthetische vasomotorische syndroom ontstaan vooral wanneer de schouders naar beneden werden getrokken door een zwaar gewicht en de armen tegen het lichaam werden gedrukt. Met behulp van Röntgenonderzoek eventueel gecombineerd met phlebo- en arteriographie kan men zich een beeld vormen in hoeverre en wanneer de vaatzenwubundel wordt samengedrukt. Doorsnijding van den musc. subclavius of zijn zenuw zou hier de therapie zijn. Om de oorzaak op het spoor te komen, lette men op langen hals, afgezakte schouders, verbetering van de klachten door opheffen van arm of optrekken van de schouders, de onmogelijkheid een koffer te dragen. Op nauwkeurig Röntgenonderzoek wordt gezien. *Ten 3de*: *Syndrome du décubitus horizontal*. In tegenstelling tot het vorige syndroom zijn de stoornissen aan den horizontalen stand van het lichaam gebonden. De verschijnselen komen meestal in de 2de helft van den nacht, maar soms nadat de patiënt naar bed is gegaan, zelfs overdag. Meestal worden de zieken wakker door een onaangename sensatie in de handen en onderarmen; dit pijnlijke prikkelende gevoel kan ondraaglijk worden. De vingers lijken gezwollen en bewegen zich moeilijk, als waren ze verkleumd, ze zijn koud, niet cyanotisch. Er zijn geen trophische stoornissen, pols normaal. Over de tensie wordt niet gesproken; Röntgenonderzoek van de wervelkolom geen afwijkingen. Men denkt onder andere aan een veneuse compressie van de achterste scalenusspleet in liggende houding (opstaan helpt wel eens) en het zou dus een „syndrome d'attitude” zijn. LERICHE infiltreerde het ganglion stellatum en had succes; bij hardnekkige gevallen

1) *Presse médicale*, 7 September 1946, blz. 569.

werd de musc. scalenus ant. gekliefd. Getallen geeft hij hier niet. Waarschijnlijk hoort het geval, beschreven in dit *Tijdschrift* op blz. 1048 tot het syndroom de „débubitus horizontal” en is de acroparaesthesie van SCHULTZE als klinisch symptomatologische eenheid een typisch syndroom, waarbij de verschillende oorzaken toentertijd nog niet nader gepreciseerd werden.

Delft, 12 September 1946

E. N. PLOEM

### ABORTUS PROVOCATUS MET FOUDDROYANTE SEPSIS DOOR BESMETTING MET CLOSTRIDIUM WELCHII

L'histoire se répète. Bij het lezen van de belangwekkende klinische les van collega MULDER schoot mij een bijna identiek ziektegeval te binnen, dat ik bijna 40 jaren geleden kon onderzoeken in het ziekenhuis te Rotterdam.

Ook een gehuwde vrouw, 30 jaar oud, bij wie herhaaldelijk abortus was opgewekt, wordt Zaterdagavond 1 Juni 1908 plotseling ziek; rillingen, braken, buikpijn, 40.3° enz.

Vervoer naar het ziekenhuis Coolsingel. Huid donker getint; roodbruin als de kleur van Indianen, evenzoo de conjunctivae; de uterus is vergroot, week. Ostium toegankelijk voor vinger. De urine is troebel, zwartrood en bevat *zeer veel haemoglobine*, eiwit en fosphaten; *geen roode bloedlichaampjes, geen galkleurstoffen*. Temperatuur 39°. De buik is gespannen, pijnlijk. Zondagavond ongeveer 9 uur overlijdt de vrouw.

Zoo spoedig mogelijk (na 12 uur) autopsie. Uit bloed en weefsels wordt de gasbacil van FRAENKEL-WELCH (anaëroob sporenvormend staafje) gekweekt. De baarmoeder toont een wond, die toegang geeft tot een bloedige, troebele massa in het parametrium. Emphysem van de huid en algemeen emphysem der inwendige organen, het meest in lever en nieren: schuimorganen. Door enting op proefdieren (konijn, cavia, duif, muis) wordt de bacil nader geïdentificeerd. Ook hier de tragische gevolgen van het misdadige bedrijf (zie *Tijdschrift v. Verlosk. en Gynaecologie* 1908) eener aborteuse.

Nu ik bij collega MULDER lees, dat deze anaërobe bacil zeer gevoelig is voor penicilline, lijkt het mij niet te onpas ook dit geval te memoreeren, vooral omdat er uit blijkt hoe snel het ziekteproces kan verlopen. De diagnose kan, in verband met de toepassing van een penicilline-behandeling, niet vroeg genoeg worden gesteld.

Driebergen, 14 September 1946

R. DE JOSSELIN DE JONG

### NOGMAALS: EEN EIGENAARDIG PARAESTHETISCH SYNDROOM AAN DE HANDEN

De aandoening, die collega E. N. PLOEM op blz. 1048 van dit *Tijdschrift* 1946 beschreef en werd aangevuld door collega J. K. DEN HEYER in het nummer van 7 September 1946, blz. 1139, zagen wij den laatsten tijd vrij veelvuldig bij vrouwen omstreeks 50 jaar. De verschijnselen in de handen ontstaan in den nacht als branderigheid, soms zoo erg, dat de nachtrust er ernstig door wordt gestoord. 's Ochtends zijn de handen stijf en voelen „dik” aan, terwijl over paraesthesieën van de vingers wordt geklaagd.

Bij deze acroparaesthesieën, die wij als een vaataandoening beschouwen, zien wij vaak goed resultaat met een reeks acetylcholine-„Roche”-injecties. Acetylcholine „Roche” is volgens den prospectus een prikkel van den parasymphathicus en een vasodilatator.

Als eenige afwijking vinden wij bij onze patiënten bleeke, doode vingers en soms een geringe hypaesthesie aan de vingertoppen.

Gezien het opmerkelijke succes in vele gevallen, meen ik deze opmerking niet achterwege te mogen laten.

Groningen, September 1946

G. R. A. VISSCHER

### INTRATRACHEALE NARCOSE

De opmerking in het artikel van prof. dr. L. D. EERLAND over Intratracheale narcose, dat er in ons land aan het peil der narcose nogal wat ontbreekt, had mijn bijzondere belangstelling. Zeker zou het zeer wenschelijk zijn, dat ieder ziekenhuis over een eigen, vasten narcotiseur beschikte.