

bijnieren of hypofyse vragen. Wij denken ook aan de internist, die ons om tracheotomie verzoekt bij een te hiberneren medemens, die later wellicht als een gedecerebreerde zal voortleven. Meestal weigeren wij onze hulp niet, maar wij geven deze met tegenzin en met grote twijfel aan de juistheid van onze handelingen.

Waar het nu om gaat is, of ook de psychiater bij de behandeling van geesteszieken recht heeft op de hulp van anderen. Het antwoord is naar onze mening: ja! Maar wat te denken van een anesthesist, die de shock-therapie zó stuitend vindt, dat hij de psychiater zijn dienst weigert? Toch heeft deze of gene zich in den beginne wellicht eveneens afgevraagd: waar gaan wij naar toe? En dan zijn daar de seksueel perversen, die ons door de psychiaters worden voorgedragen! Castraties van homoseksuelen, exhibitionisten, voyeurs enz. zijn op verzoek van hen en de justitie — maar ook dringend gewenst door de zieken zelf! — over de gehele wereld in groten getale uitgevoerd. En evenzeer is chirurgische hulp aan hermafrodieten of pseudo-hermafrodieten geboden.

Er zijn er onder ons, die aan dit alles niet willen of mogen medewerken. Zij hebben het gemakkelijk en behoeven zich ook in de aan de orde zijnde problematiek niet te verdiepen. Wij behoren echter niet tot hen. En is het te veel gezegd, wanneer wij het vermoeden uitspreken, dat vele collegae in den lande met deze soort van zieken wel degelijk bemoeienis hebben of hebben gehad? Voor hen — en ook voor ons — komt dan de grote vraag: is er ergens een grens te trekken? Het is deze vraag, die ons op dit ogenblik bezighoudt. Het antwoord weten wij niet. Wel weten wij, dat — zo er een grens te trekken is — dit door de psychiaters moet worden gedaan. Uit gesprekken is ons gebleken, dat ook onder hen geen eensgezindheid heerst. Dit is begrijpelijk en moet worden aanvaard. Wij betreuren het echter, dat deze discussie zo zeer buiten hen om wordt gevoerd.

Arnhem, 23 februari 1960

H. R. BAX

#### TELEANGIËCTASIEËN BIJ DE ZIEKTE VAN RAYNAUD

De beschrijving door NIEUWMEYER en VAN KETEL (1960), van 5 patiënten met teleangiëctasieën bij de ziekte van Raynaud kunnen wij aanvullen met 3 door ons in de dermatologische universiteitskliniek te Utrecht (Hoofd: Prof. Dr. L. H. JANSEN) waargenomen gevallen.

De eerste patiënte is een vrouw van 58 jaar, die de laatste jaren klaagt over aanvallen van bleek worden van de handen in de koude. Sinds één jaar klaagt zij bovendien over pijnlijke, nu en dan ontstoken vingertoppen. Bij inspectie zagen wij, dat alle vingers wat waren gezwollen en livide rood van kleur waren. Enkele vingertoppen toonden ragaden en crustae, terwijl de huid aan de strekzijde van de vingers iets vaster was dan normaal. De nagels waren iets brokkelig. Bij intern onderzoek werden geen aanwijzingen voor sclerodermie gevonden. Op beide handen, voeten, oren, neus, wangen, kin, lippen, tong en op pharynx- en neusslijmvlies bevonden zich een groot aantal rode elementen, merendeels in het niveau van de huid gelegen en in grootte variërend van die van een speldeknop tot die van een gerstekorrel. Volgens patiënte zou zij deze vlekjes sinds de geboorte hebben gehad. Zij heeft nooit neusbloedingen gehad, doch zou wel eenmaal uit de tong hebben gebleed. In de familie zouden dergelijke afwijkingen niet voorkomen.

De tweede patiënte een vrouw van 62 jaar, heeft van kind af aan last gehad van aanvallen van „dode vingers”. Bij afkoeling worden de vingers en handen bleek en gevoelloos, bij warm worden vervolgens rood, soms gepaard gaand met

tintelen. De huid van de vingers voelt iets vaster aan dan normaal, doch toont overigens geen bijzonderheden, evenmin als de nagels. De overige huid is normaal. Op lippen, tongrand, hand- en vingerruggen, handpalmen en vingertoppen zijn een groot aantal ronde tot ovale, rode tot livide-rode elementen te zien, merendeels in het niveau van de huid gelegen en van de grootte van een speldeknop tot die van een gerstekorrel. Op de onderbenen bevinden zich een aantal varices, voorts venectasieën en essentiële teleangiëctasieën.

Patiënte zou in 1957 gedurende enige tijd last van neusbloedingen hebben gehad. De rode plekjes op de vingers zouden, evenals de verdikking van de vingervhuid, ontstaan zijn na het staken van een kuur met vitamine-D<sub>2</sub>, die in 1951 gegeven werd wegens tuberculosis cutis papulosa van het gelaat. Tijdens deze behandeling zouden er rode vlekken op de armen en benen zijn verschenen, die na het tijdelijk staken van de behandeling spoedig zouden zijn verdwenen. De tuberculose van het gelaat ontstond twee maanden na een operatie wegens tuberculose van de inwendige geslachtsorganen. Na de kuur met vitamine-D<sub>2</sub> heeft patiënte nooit meer symptomen van tuberculose getoond. In de familie zouden geen personen voorkomen die rode plekjes op de huid hebben of aan neusbloedingen lijden.

De derde patiënte, een vrouw van 64 jaar, die wij enkele dagen geleden in de polikliniek zagen, klaagt al meer dan 20 jaar over aanvallen van dode vingers; sinds enkele jaren heeft zij rode vlekjes en verhevenheden in het gelaat en op de handen opgemerkt. De vingers zijn gezwollen, de huid voelt stug aan en is pijnlijk. Op het gehemelte, het wangslijmvlies, de tongrand, de lippen, in het gelaat en op de dorsale en volaire zijde van handen en vingers zijn talrijke teleangiëctasieën te zien, van hetzelfde aspect als bij de twee andere patiënten. Patiënte heeft de laatste maanden klachten over claudicatio intermittens. Nader onderzoek, ook naar eventuele interne symptomen van sclerodermie zal binnenkort plaatsvinden.

De drie hierboven beschreven patiënten tonen dus afwijkingen, die overeenkomen met die van de patiënten van NIEUWMEYER en VAN KETEL; bij onze eerste patiënte zouden de teleangiëctasieën echter sinds de geboorte hebben bestaan; op grond hiervan werd zij destijds dan ook op de vergadering van dermatologen gedemonstreerd als lijderes aan morbus Rendu-Osler en morbus Raynaud (YOUNG 1959). Waarschijnlijk moet dit geval als een atypische vorm van bovenbeschreven ziektebeeld worden beschouwd. Hoewel de mogelijkheid van sclerodermie niet uitgesloten geacht kan worden, lijkt dit — in het bijzonder bij onze tweede patiënte — niet waarschijnlijk. Bij de eerste patiënte moet een verband tussen de van de geboorte af bestaande teleangiëctasieën en een eventueel na het 58e jaar beginnende sclerodermie uitgesloten worden geacht.

Bij de 5 patiënten van NIEUWMEYER en VAN KETEL, en bij onze 2e en 3e patiënte ontwikkelde zich het beeld van morbus Raynaud, gevolgd door teleangiëctasieën. De basis hiervan moet wel een vaataandoening zijn. Morbus Raynaud kan een voorstadium zijn van progressieve sclerodermie en kan er zelfs jaren aan voorafgaan.

Bij geen van de acht nu beschreven gevallen zijn echter tot nog toe aanwijzingen voor het bestaan van sclerodermie gevonden.

*Literatuur:* NIEUWMEYER, A. H. en W. G. VAN KETEL (1960) Teleangiëctasieën bij de ziekte van Raynaud. *Ned. T. Geneesk.* 104, 280. — YOUNG, E. (1959) Demonstraties: 1. Morbus Rendu-Osler en morbus Raynaud. *Ned. T. Geneesk.* 103, 1415.

Utrecht, 15 februari 1960

E. VAN DIJK  
E. YOUNG