

worden jarenlang door de aanvallen geterroriseerd. De neuroloog gaat echter onverdroten met de medicatie door.

Van een arts moet men kunnen verwachten dat:

1. Een niet werkzame medicatie wordt gestaakt omdat voortzetting, op overwegingen van een gezond verstand, nutteloos is. Tevens is de patiënt dan van de eventuele medicamenteuze bijwerkingen verlost en wordt geen geld meer verspild aan nutteloze waar. Dit lijkt mij een algemeen geldende regel in de geneeskunde, en daarbij gemakkelijk te begrijpen.

2. Als een specifiek anti-epileptische medicatie onwerkzaam blijkt, zou men mogen verwachten dat de neuroloog overweegt of een andere diagnose dan epilepsie moet worden gesteld. Zeker als de aanvallen niet eens typisch zijn. In ieder geval kan men stellen dat er na 1977 verruiming van de differentiële diagnostiek mogelijk is.

Naar mijn bescheiden mening komt de neuroloog van patiënt A in aanmerking voor een milde terechtwijzing. Mild, omdat de collega een zo groot vertrouwen in eigen medicamenteus handelen blijkt te bezitten, dat daarvan op een aantal van zijn patiënten zeker een positief suggestieve en daardoor heilzame werking zal uitgaan. En dat is wel mooi meegenomen.

H. J. TEIJEN

Oisterwijk, januari 1986

Een patiënt met een subunguale verbranding door waterstoffluoridezuur

We hebben met belangstelling de casuïstische mededeling gelezen over de subunguale letsels die ontstaan zijn ten gevolge van contact met fluorwaterstof (1985; 2510-1). Het is jammer dat de oorzaak van deze chemische verbranding niet tijdig is onderkend, want juist bij deze stof is een vroeg begin van de – specifieke – behandeling essentieel. Voor de juiste behandeling van verbrandingen door fluorwaterstofzuur zijn in de loop der jaren vele verschillende manieren aanbevolen. In een recent vergelijkend onderzoek bij ratten van Bracken et al. is nogmaals gebleken dat calciumgluconaat de enige stof is die, lokaal geapliceerd, effectief is.¹ De applicatie van de quarternaire ammoniumverbinding benzalkoniumchloride (Zephiran) en een zalf die 30% magnesiumsulfaat en 6% magnesiumoxyde bevatte, gaven geen betere resultaten dan het spoelen met water.²

Graag willen we nogmaals een lans breken voor het gebruik van een calciumgluconaatgel als eerste – vaak ook afdoende – hulp.³ Het is daarbij wel nodig dat de applicatie zo snel mogelijk plaatsvindt na de huidbesmetting; zelfs voordat van enig subjectief of objectief effect sprake is.⁴ Uit de ervaring is ons gebleken dat dit zelfs bij subunguale besmetting afdoende is, zodat meer ingrijpende maatregelen als nageextractie achterwege konden blijven.

LITERATUUR

- 1 Bracken WM, Cuppage F, McLaury RL, Kirwin C, Klaassen CD. Comparative effectiveness of topical treatments for hydrofluoric acid burns. *J Occup Med* 1985; 27: 733-9.
- 2 Browne TD. The treatment of hydrofluoric acid burns. *J Soc Occup Med* 1974; 24: 80-9.
- 3 Rinsema W, Binnerts A, Gruyl J de. Verbranding door fluorwaterstofzuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 2134-6.
- 4 Kolk JJ. Fluorwaterstofzetsing. *Tijdschr Soc Geneesk* 1980; 58: 768-71.

A. BINNERTS
J. J. KOLK

Dordrecht,
Arnhem, januari 1986

Wij danken de collegae Binnerts en Kolk voor hun reactie op ons artikel. Inderdaad is het jammer dat het letsel door

waterstoffluoridezuur bij de door ons beschreven patiënt niet direct als zodanig is onderkend, doch dit toont juist aan hoe (potentieel) gevaarlijk een dergelijke stof in de handen van doe-het-zelvers kan zijn: patiënt, en ook arts, zijn vaak niet op de hoogte van de gevaren ervan.

Het onderzoek van Bracken et al. betreft experimentele letsels bij ratten, toegebracht door applicatie van 70% waterstoffluoride.¹ In de praktijk zullen zulke hoge concentraties vrijwel uitsluitend gebruikt worden in de industrie, waar men over het algemeen wel op de hoogte is van de gevaren van deze stof, en derhalve juiste eerste hulp kan bieden. Wij kunnen ons voorstellen dat calciumgluconaatgel, in een dergelijk vroeg stadium toegepast, inderdaad voldoende zal kunnen zijn om ernstig subunguaal letsel te voorkomen.

Pegg et al. beschrijven een patiënt met een letsel ten gevolge van 50% waterstoffluoride.² Ook bij deze patiënt trad ernstige pijn pas later op. Intra-arterieel gegeven calciumgluconaat bleek subunguaal niet voldoende pijnstilling te geven. Bij deze patiënt bleek toch ook verwijdering van de nagels noodzakelijk om het nagelbed voldoende te kunnen infiltreren.

LITERATUUR

- 1 Bracken WM, Cuppage F, McLaury RL, Kirwin C, Klaassen CD. Comparative effectiveness of topical treatments for hydrofluoric acid burns. *J Occup Med* 1985; 27: 733-9.
- 2 Pegg SP, Siu S, Gillett G. Intraarterial infections in the treatment of hydrofluoric acid burns. *Burns* 1985; 11: 440-3.

M. H. E. HERMANS
A. F. P. M. VLOEMANS

Beverwijk, januari 1986

Het tarsale-tunnelsyndroom

Het is opmerkelijk dat weinig aandacht lijkt te bestaan voor de gevolgen van compressie van de nervus tibialis posterior, zoals ook Castro et al. constateren in hun artikel in dit tijdschrift (1985; 2114-6). In 1968 werd ik in de gelegenheid gesteld mijn ervaringen bij vier patiënten te publiceren.¹ Mij was onder meer gebleken dat de volgorde van de symptoomontwikkeling steeds dezelfde is, nl. eerst paresthesieën aan de plantaire zijde van de grote teen, vervolgens pijnklachten en uitbreiding van de gevoelsstoornissen naar de kleine tenen en de voetzool en pas daarna motorische beperkingen, ook eerst aan de grote teen (doorgaans onvermogen tot buigen en blijvende dorsale-flexie-stand). Trofische stoornissen – waarbij excessieve transpiratie aan de voetzool – zijn een symptomatische bijdrage aan de diagnose.

Eenmaal attent geworden op dit syndroom kon ik sindsdien nog een tiental keren de diagnose stellen en bevestigen bij daaropvolgende operatieve exploratie. Vervolgens is mij gebleken dat vooral bij mensen op hoge leeftijd met valgusdeformaties van de voeten klachten zoals hier beschreven doorgaans niet herkend worden als een gevolg van beknelling van de nervus tibialis posterior. Dit geldt evenzeer voor een aantal slachtoffers van een cerebrovasculair accident met overwegend unilateraal motorische klachten aan een been. Voorts heb ik in meer algemene zin de indruk dat minder bekende zenuwcompressiesyndromen die niet zeldzaam zijn (bekenning van de nervus cutaneus femoris lateralis tijdens heupoperaties; verdrukking van de nervi clunei bij bedlegerige patiënten) nogal eens aan de aandacht ontsnappen.

LITERATUUR

- 1 IJkelstam PA. Compression of the posterior tibial nerve. *Arch Chirurgicum Neerlandicum* 1968; XX: 1.

P. A. IJKELENSTAM

Laren, november 1985