

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 terechthijzing. 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 (beknelling 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

Wij danken collega IJkelenstam dat hij door zijn reactie c.q. aanvulling op ons artikel nogmaals erop wijst, dat het van belang is dat men attent wordt gemaakt op het bestaan van het tarsale-tunnelsyndroom, aangezien dit syndroom vaker voorkomt dan men zou verwachten. Wij hopen dat de reactie van collega IJkelenstam, samen met ons artikel, een hernieuwde bijdrage kan leveren tot het onder de aandacht brengen van de perifere-compressieuropathieën in het algemeen en van het compressiesyndroom van de nervus tibialis posterior of van diens vertakkingen in het bijzonder.

W. H. M. CASTRO

Haarlem, januari 1986

Wondergenezing?

In zijn klinische les (1986; 3-6) noemt Lammes een aantal mogelijke verklaringen voor 'verbluffende genezingsresultaten van alternatieve therapie'. Eén mogelijkheid mis ik, en dat is, dat de gemoedstoestand van de patiënt van invloed zou kunnen zijn. Bij ontstekingen is het wel bekend, dat de wil om beter te worden een gunstige invloed heeft. Ook zijn er voldoende verhalen in omloop over ongeneeslijk zieken die hun sterven wisten uit te stellen om nog éénmaal een geliefde persoon te kunnen ontmoeten.

Is het daarom vreemd te veronderstellen, dat niet alleen angst en woede met interne secretie te maken hebben, maar alle gemoedstoestanden, ook hoop en vertrouwen? En zou het niet zo kunnen zijn, dat de interne secretie bij hoop en vertrouwen een iets slechter milieu is voor de ontwikkeling van tumoren? Een bewijs door het vergelijken van groepen patiënten zal nooit geleverd kunnen worden, omdat geen arts in twijfelgevallen bij de patiënt hoop en vertrouwen niet zal willen stimuleren. Maar wel acht ik van belang te zoeken naar eventuele veranderingen in het 'milieu interne' van 'gelovige' Moerman-patiënten. Wie weet opent dat nieuwe gezichtspunten.

M. C. COLENBRANDER

's-Hertogenbosch, januari 1986

Met collega Colenbrander ben ik van mening dat er waarschijnlijk nog vele onbekende factoren zijn die een invloed hebben op het ziektebeloop van kwaadaardige tumoren. Zolang er over deze invloeden nog geen zekerheid bestaat, lijkt het raadzaam om bij miraculeuze genezingsresultaten eerst kritisch alle gegevens over diagnose en ziektebeloop opnieuw te beoordelen. Pas daarna kan de invloed van tot nu toe onbekende invloeden worden overwogen. Te vaak wordt de omgekeerde weg bewandeld.

F. B. LAMMES

Amsterdam, januari 1986

Een ernstig onderkoelde patiënt

Bij het artikel van de collega's Gans, Duurkens en Hoorntje (1985; 2451-3) wil ik de volgende kanttekeningen plaatsen.

- De Osborne-, J-golf of 'camel hump sign' op het ECG wordt ten onrechte pathognomonisch genoemd in vele artikelen en boeken. Hetzelfde fenomeen is te zien bij hersenletsel, cerebrale hemorrhagie en andere non-hypotherme toestanden.¹ De oorzaak en betekenis zijn onduidelijk.^{2,3}

- Het mede door de longen verminderen van de acidose via het klaren van koolzuur is een niet bestaand mechanisme door alveolaire hypoventilatie en respiratoire acidose (naast metabole acidose!).⁴

- De auteurs geven helaas niet aan of de door hen genoemde pH van 7,15-7,20 gecorrigeerd of ongecorrigeerd is voor de temperatuur van de patiënt.

- Het beschreven belang van een bronchiaal toilet is groot, maar levert het risico van inductie op van ventrikelfibrilleren bij een temperatuur van onder de 28°C.

- De perifere vaatverwijding en nalevering van koud bloed naar de kern zijn als enige verklaring voor de 'afterdrop' nooit bewezen en waarschijnlijk zelfs onjuist, maar als werkhypothese bruikbaar.⁵

Heel terecht merken de auteurs op dat een ernstig chronisch onderkoelde patiënt als goed behandelbaar moet worden beschouwd. Het slagen van de reanimatie wordt waarschijnlijk bepaald door de mate en reversibiliteit van ultrastructurele schade aan de mitochondriën. Hypoxie schijnt hierbij een ondergeschikte rol te spelen. De schade is meestal reversibel en de herstelperiode duurt meer dan 24 uur.⁶ Het adagium 'no one is dead until warm and dead' is dus niet volledig; 'no one is dead until at least 24 hours warm and dead'.

Overigens zou de bestaande tekst bij het onderschrift bij fig. 1 in mijn artikel (1985; 2441-5), bij oppervlakkige lezing, aanleiding kunnen geven tot de veronderstelling dat reanimatie van een patiënt met een centrale lichaamstemperatuur van 25°C zinloos zou zijn. Daarom kan men bij fase IV beter lezen: IV 'dood'; reanimatie slaagt niet *zonder meer*, na normalisatie van de lichaamstemperatuur.

LITERATUUR

- 1 Abbott JA, Cheitlin MD. The nonspecific camel hump sign. JAMA 1976; 235: 413.
- 2 Bigelow WG, Lindsay WK, Greenwood WF. Hypothermia: its possible role in cardiac surgery: an investigation of factors governing survival in dogs at low body temperatures. Ann Surg 1950; 132: 849-66.
- 3 Osborn J. Experimental hypothermia: respiratory and blood pH changes in relation to cardiac function. Am J Physiol 1953; 175: 389.
- 4 Bretschneider HJ. Stoffwechselstörungen bei Unterkühlung. In: Unterkühlung im Seenotfall, Symposium April 1982, Cuxhaven. Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger.
- 5 Golden FStC, Hervey GR. The 'afterdrop' and death after rescue from immersion in cold water. In: Adam JM, ed. Hypothermia, ashore and afloat. Proceedings of the third international 'Action for disaster' conference. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1981.
- 6 Nicolas G, Bouhour JB. Étude anatomo-pathologique du myocarde dans l'hypothermie accidentelle. In: L'année en réanimation médicale, 1973-1974. Paris: Flammarion, 1974: 58-65.

M. J. W. GROSFELD

Den Helder, december 1985

Gaarne willen wij reageren op de opmerkingen van collega Grosfeld. Terecht wordt opgemerkt dat de in de veel tekstboeken als pathognomonisch beschreven J-golven niet uitsluitend bij hypothermie worden gezien; kenmerkend zijn ze echter wel! Collega Grosfeld stelt dat bij ernstige onderkoeling de metabole acidose altijd vergezeld wordt van een respiratoire acidose. Dit is in tegenspraak met de bevindingen van Ledingham et al.,¹ die bij een groep van 44 hypotherme patiënten (84% had een centrale lichaamstemperatuur lager dan 32°C) bij een gemiddelde pH van 7,38, CO₂-spanningen vond variërend van 15 tot 80 mmHg, met een gemiddelde waarde van 32 mmHg. Het is onwaarschijnlijk dat dit berust op respiratoire compensatie; veeleer lijkt een laag weefselmetabolisme hiervoor verantwoordelijk. Wat ook de oorzaak is, het lijkt onjuist te stellen dat respiratoire acidose obligaat is bij hypothermie. De door ons vermelde waarden zijn voor de temperatuur van de patiënt gecorrigeerd.

Door collega Grosfeld wordt terecht gesteld dat bronchiaal toilet een potentieel risico oplevert wegens verhoogde kans op ventrikelfibrilleren. In principe geldt dit voor elke manipulatie bij deze groep patiënten! Overigens lijkt de frequentie hiervan mee te vallen; Ledingham et al. zagen ondanks intensieve