

## Tidligere i Tidsskriftet

# En 51 år gammel arbeiderhustru

Kasuistikken som presenteres her, er fra 1930-årene og illustrerer et tilfelle av såkalt vasomotorisk trofisk nevrose, opprinnelig publisert i Tidsskriftet nr. 1/1931 (s. 2–6).



Fig. I.

### Et tilfelle av symmetrisk gangren, Raynauds sykdom, sklerodaktyli og sklerodermi.

(Foredrag i Stavanger lægeforening, 5. november 1930.)

Av Chr. Helberg, Stavanger.

Kanskjønt det er fremholdt at denne lidelse skal være særlig hyppig i Skandinaviens og der i vår hjemlige medisinske litteratur tidligere er referert endel kasus av angioneuroser, har jeg dog trodd, at dette tilfelle turde påregne nogen interesse.

Patienten, A. K., er en 51 år gammel arbeiderhustru, født i Stavanger. Faren angis død av «mavetøring», moren av kreft. Hun er den yngste av 4 søsken, hvorav 2 brødre er omkommet på sjøen; en søster lever frisk. Slekten har angivelig vært kraftig, uten nervøs belastning.

Patienten har som barn hatt meslinger, som voksen bendelorm, forøvrig alltid vært frisk, inntil symptomene på den nuværende sykdom begynte å vise sig for ca. 25 år siden; den debuterte med anfallsvis opptredende sterke smerter i begge hendes fingrer; smertene var så sterke, at hun måtte gå frem og tilbake på gulvet om natten, fingrene blev herunder ganske «nehvites» (lokal synkope); dette varte opptil ½ time, hvorefter de blev mørkeblå (lokal asfyksi). Blåfargningen kunde strekke sig helt op til håndleddet. Anfalletne fortsatte med måneders mellomrum, særlig vår og høst, idet der dannet sig på samtlige fingertupper små sorte flekker, som åpnet sig til smertefulle sår, som bredte sig opover helt til negleroten, så neglen hver gang falt av. Disse sår tilhølet langsomt; særlig rammedes på denne måte peke- og langfinger på begge hender. Fingrene er således efterhvert blitt mere og mere misdannet og forkortet, er blitt stive og lite bevegelige. Et lignende smertefullt sår er også optrådt på ryggsiden av høire lillefingers 1ste interfalangealled.

Ved siden herav er der i flere år anfallsvis optrådt på ryggen, i særdeleshet langs og på begge sider av columna, små sorte knappenålshodestore og noget større mørkeblå flekker, som er gått over i sår dannelse med langsom tilheling, etterlatende tallrike lyse, inntil ert- og bønnestore arraktige flekker.

Patienten har i mange år gått med leggesår, mest på venstre legg. Har aldri hatt smerter i føttene.

I de senere år har hun lidt meget av dårlig fordøielse med liten matlyst. Hun brekker sig av og til. Avføringen har vært treg i mange år; vannlatningen i orden, likeså menses.

Hun har hatt 7 barn, alle lever friske; 4 aborter.

Nattesøvnen dårlig i den senere tid.

Hun har vært beskjeftiget ved hermetikkfabrikker, men aldri gått meget i kaldt eller vått arbeid. Selv forteller hun, at hennes anfall kan komme, når hun blir alterert, til andre tider uten nogen foranledning. Mannen opplyser at han enkelte ganger ved å tale hårdt til henne har kunnet kupere et begynnende anfall.

Status præsens: Pat. er mager og blek. Radialpulsen 80, regelmessig, liten, ens på begge sider. Tg. fuktig, noget belagt. Tp. 36,8. Resp. 20. Ingen svulne glandler på hals, i lysker eller aksiller. Ansiktsuttrykket er stivt med liten mimikk, munnpartiet beveger sig ubetydelig under talen. Huden er stram, lar sig vanskelig løfte op, der er mange tversgående rynker i pannen. Lebene, især overleben, er smale, munnen liten, som sammensnøret, med radiære rynker omkring. Selv føler hun sig stiv i ansiktet.

Huden på hals, bryst, skuldre og rygg er brunlig pigmentert med tallrike lyse flekker iblandt (se fig. 1).

Der er ingen svulst av gl. thyreoidea.

På hendene, som føles kolde, er interessei og tommelfingerballer noget atrofiske; samtlige fingrer holdes i lett bøiestilling, især høire lillefinger, som er ubevegelig, rettvinklet fiksert i 1ste interfalangealled.

Begge pekefingerer mangler ytterste ledemod, på høire er neglen helt borte, på venstre er bare en ubetydelig rest tilbake.

Høire langfinger mangler likeledes ytterste ledemod, mens på venstre halvdel av dette er tilbake. På begge disse fingrer er en liten neglerest; på de øvrige fingrer er de ytterste ledemod og neglene mere eller mindre deforme. Peke- og langfingrer på begge hender er fortykket. Huden over fingrene er glatt, blek, tildels glinsende, og lar sig ikke løfte op i folder (fig. 2 og 3). Sensibiliteten er normal for alle følekkvaliteter.

Røntgen viser det typiske billede av sklerodaktyli med for-  
tynnet corticalis og utvidet spongiosa. Forandringene svarer for-  
øvrig til fingrenes utseende. På peke- og langfingrene er ende-  
falangene praktisk talt borte, på de øvrige fingrer mere eller  
mindre rarificert; best bevart er de på tommel- og lillefingrene  
(jvfr. røntgenbilledet).

Huden på begge legger, særlig på venstre leggs nedre tredjedel, er arraktig, glatt, brunlig pigmentert. På huden forøvrig ingen påviselige anestetiske flekker eller svulst av perifere nerver.

Hjerte, lunger og abdomen frembyr normale forhold. Urinen inneholder ikke eggehvite, puss eller sukker. Wassermann -.

Vi står her utvilsomt overfor et typisk tilfelle av vasomotorisk-trofisk neurose. Til disse henregnes ifølge Jacobaeus akroparestesiene, Raynauds sykdom, erythmelalgi, sklerodermi, hemiatrofia facialis progressiva og neurotisk ødem. Forandringene er ved alle disse tilstander hovedsakelig tilstede i huden og de perifere lemsdelene.

Vårt tilfelle er begynt med akroparestesi, anfallsvis optredende, ofte meget smertefull krampe i fingrene, som leder til lokal synkope med påfølgende svær cyanose (lokal asfyksi) som så er gått over i progressiv gangren i de angrepne partier, Raynauds sykdom.

Raynaud forklarer lidelsen på den måten, at den lokale synkope og asfyksi beror på spasme i de små kar, som, hvis den varer lenge nok, fremkaller gangren. Han antar at spasmens optreden skyldes en abnorm eksitabilitet i ryggmargens vasomotoriske centra.

Raynaud uttaler, at hjertesykdommer, karsykdommer, emboli, ergotin og diabetes må utelukkes ved den av ham beskrevne lidelse.

Vår nuværende viden om sykdommens etiologi og patogenese står omtrent på samme standpunkt. Som etiologiske momenter synes dog en del forhold å ha betydning. Den angriper fortrinnsvis personer i yngre alder eller middelalderen, og dobbelt så hyppig kvinner som menn. Sjelden er sykdommen arvelig, hvorimot nervøs belastning rett ofte synes å kunne påvises. F. Harbitz har således i Norsk Mag. f. Lægev. 1912 beskrevet et dødelig forløpende tilfelle av akutt paroksysisk ødem med utpreget arvelig belastning. Arbeide i kulde og væte synes rett ofte å ha betydning som fremkallende årsak, om det enn ikke i dette tilfelle kan påvises å ha vært tilstede. Videre er som etiologisk moment angitt en rekke intoksikasjoner, bly, kvikksølv, ergotin, samt nesten alle kjente infeksjoner, særlig malaria. Endelig anføres konstitusjonell svakhet og psykiske insulter som etiologiske faktorer. I den senere tid har også forstyrrelser i de endokrine kjertler og deres innbyrdes funksjon tiltrukket sig oppmerksomhet. Sykdommen er således ofte komplisert med m. Basedowii eller Addisonii.

Patologisk-anatomiske undersøkelser har gitt forskjellige resultater. Jacobaeus anfører dels negative fund, dels forandringer i kar og perifere nerver i omgivelsen av de syke partier, dels er forandringene henlagt til centralnervesystemet og de store kar.

F. Harbitz har foretatt mikroskopisk undersøkelse av en gangrenøs finger fra et tilfelle av Raynauds sykdom og fant en sterk blodoverfylling av kapillærer og småvenner. De større arterier viste normal struktur, men var sterkt sammentrunkket, så lumen ikke kunde sees.

Sykdommen kan lettest forveksles med syringomyeli. Her finnes dog ikke de smertefulle anfall og symmetrien, likesom på den annen side de karakteristiske sensitivitetstørrelser kan påvises. Det foreliggende tilfelle danner en overgangsform til sklerodermi, idet patientens ansikt frembyr karakteristiske tegn på denne sykdom (jvfr. fig. 1). P. F. Holst har i Norsk Mag. for Lægev. 1902 referert 4 tilfelle av lokal asfyksi og symmetrisk gangren. Han uttaler her, at sklerodaktyli, en varietet av sklerodermien, frembyr visse berøringspunkter med den symmetriske gangren, og at sklerodermi og symmetrisk gangren ikke sjelden opptrer hos én og samme patient, og da visstnok hyppigst således, at



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

der først kommer én eller flere paroksysmer av lokal asfyksi med eller uten gangren. I umiddelbar tilslutning hertil utvikler sig så sklerodermi eller sklerodaktyli. Hvad behandlingen av disse tilstander angår, så er den lite takknemlig.

Profylaktisk må undgås alt, som kan antas å virke fremkallende på sykdommen, fremforalt kulde og væte. Der bør sørges for gode hygieniske forhold; videre institueres almindelig roberende behandling. Arsenikk angis som verdifuldt. Der er ikke opnådd nogen synderlig virkning av organterapien. I den senere tid synes dog kirurgisk behandling i form av sympatektomi å være av verdi, på samme måte som det er foreslått av Leriche ved visse tilfelle av traumatisk neurose.

A. Brekke har velvilligst meddelt, at han i Ålesund sykehus har operert et tilfelle av Raynauds sykdom ved å fjerne adventitia på høire a. brachialis i ca. 10 cm.'s utstrekning. Resultatet var særdeles tilfredsstillende, idet smerteanfallene opphørte ikke bare på den opererte arm, men også på venstre.

Tilslutt skal jeg få nevne, at F. Frick her i Lægeforeningen for 9 år siden har referert et tilfelle av Raynauds sykdom, som klinisk frembyr mange likhetspunkter med det foreliggende.