

(Uit de kliniek van prof. dr. O. LANZ te Amsterdam).

DARMINVAGINATIES BIJ KINDEREN,

DOOR

J. C. VAN DER VEN, arts te Amsterdam.

Het is een onopgelost raadsel, waarom darminvaginaties bij kinderen opmerkelijk veel meer voorkomen dan bij ouderen. Ook omtrent de redenen der telescopische inschuiwing, verkeert men in het onzekere, hoewel aangenomen kan worden, dat de peristaltiek en de bewegelijkheid der buikingewanden hierbij een rol spelen. Maar wie kan zeggen, waarom de ziekte ongeveer tweemaal zooveel jongens als meisjes treft?

Voor de praktijk bezitten zulke vraagstukken slechts secundair belang; veel meer houdt men zich bezig met de diagnose en de prognose; en bovenal voor de behandeling dient men een open oog te hebben. Aangezien een spontane genezing der invaginatie een zeldzaam wonder mag heeten, is het altijd noodzakelijk den ileus kunstmatig op te heffen. Om de operatie te ontgaan, heeft men soms beproefd, desinvaginatie te verrichten, door de toediening van clysmata. Hierin slaagt men zelden, en het middel is zelfs gevaarlijk; darmperforaties waren er weleens het gevolg van. Een ander nadeel der clysmata-behandeling bestaat hierin, dat men terstond na de toediening, geen zekerheid bezit, of de ileus is opgeheven, zoodat men gedwongen is het resultaat af te wachten, waarmede dikwijls kostbare tijd verloren ging. Thans is spoed-operatie de gebruikelijke wijze om den darmweg door een desinvaginatie of door een resectie te herstellen.

Bij de beoordeeling der operatieve resultaten dient men de kinderen als een afzonderlijke groep te beschouwen; immers tegenover volwassenen bezitten zij een geringer weerstandsvermogen. Bovendien heeft de invaginatie in de jeugd een acuter verloop en een andere oorzaak.

Om den uitslag bij kinderen na te gaan, heb ik de laatste tien gevallen uit de kliniek overzichtelijk samengesteld. De leeftijden wisselden tusschen 5 maanden en 2 jaar, zoodat hier slechts van kinderen in hun eerste levensjaren sprake is. Van deze 10 babies, waren zeven jongens, hetgeen eveneens met de statistieken overeenkomt. Bij allen werd spoed-operatie verricht.

Op deze wijze verloor men slechts één geval, terwijl de 9 overigen, na een verblijf van 2, hoogstens 3 weken genezen werden ontslagen.

Deze gunstige uitslag is hoofdzakelijk te danken, aan de omstandigheid, dat de patiënten betrekkelijk vroeg werden opgenomen. Bij de 9 genezen ontslagen patiëntjes, bedroeg het tijdsverloop tusschen het begin der ziekte en de operatie 3 tot 36 uur, terwijl het ongunstig verlopen geval eerst na 3 (wellicht 4) dagen bij ons kwam.

Gaat men de pathologie der invaginaties bij kinderen na, dan wordt de slechtere prognose der late operaties duidelijk. In het klinisch verloop kan men n.l. 3 tijdperken onderscheiden.

1^o. De ziekte begint acuut. Het kleintje krijgt plotseling heftige aanvallen van pijn in den buik, terwijl soms maag- en darmstoornissen hieraan voorafgegaan waren. Het kind gilt tijdens de aanvallen en braakt, het wordt meestal bleek, vertoont zelfs na eenigen tijd collaps-verschijnselen. Ontlasting is afwezig, doch in plaats daarvan verschijnt bloed. De buik is weinig of niet opgezet, bij palpatie zal men meestal een bewegelijk gezwel ontdekken. „Défense musculaire” ontbreekt, doch tijdens de pijnaanvallen en bij het betasten van het gezwel wordt de buikwand gespannen. Heeft de invaginatie het rectum bereikt, dan kan men de uitstulping bij rectaal onderzoek voelen.

Is de dokter in het onzekere omtrent de diagnose en wacht hij daarom af, dan komt hij bedrogen uit.

2^o. Immers, in het tweede tijdperk (dat reeds na eenige uren is te verwachten) lijkt het kind te herstellen. Inderdaad geldt het herstel slechts den „shock”, die door de instulping is teweeggebracht. Hoewel het gezwel nog steeds aantoonbaar is, verdwijnt de bleekheid van het gelaat en ook het gillen en het braken kunnen ophouden. Voedsel wordt echter geweigerd. Ontlasting (althans faecale) ontbreekt, doch het bloed heeft nu door de bijmenging met slijm een ander uiterlijk gekregen, zoodat een oppervlakkig onderzoek weleens tot de dwaling kan leiden, dat er slechts een colitis bestaat.

3^o. In het derde tijdperk (d. i. na eenige dagen) kan het bloed zelfs verdwijnen. Inmiddels is de ileus steeds duidelijker geworden. Het kind braakt een groene, later een bruine massa, terwijl de buik is opgezet. Tevens is de peristaltiek zichtbaar, doch ontlasting ontbreekt. Het gezwel is door de sterke opzetting niet meer te voelen, hoewel de onderzoekende vinger in het rectum een karakteristieke worstvormige uitstulping kan vinden. Evenals bij elk eindtijdperk van ileus worden facies abdominalis, pols- en ademhalings-versnelling niet gemist. De temperatuurkromme, die ons omtrent het verloop weinig aanwijzingen kan verschaffen, heeft de neiging tot dalen.

Het eenige geval, dat ons in het derde tijdperk werd toegezonden, had een doodelijken afloop. Tevens was dit het eenige geval, waar de diagnose niet met zekerheid op een invaginatie gesteld kon worden. Wegens de opzetting van den buik was het gezwel niet te voelen en aangezien het rektaal-onderzoek een negatieven uitslag opleverde, is het niet te verwonderen, dat onze diagnose „ileus” luidde, terwijl men natuurlijk wegens patiënts leeftijd een invaginatie als oorzaak der darmafsluiting vermoedde. Bij operatie bleek het vermoeden juist. In tegenstelling met de overige gevallen, was een desinvaginatie hier niet mogelijk. Door den langen duur bestond er een ontsteking met vergroeiingen, zoodat een resectie van coecum en aangrenzend ileum en colon noodzakelijk werd. Vervolgens maakte men een anastomose tusschen ileum en colon transversum („end to side”). Ondanks de opheffing van den ileus stierf het kind 5 dagen later. De lijkopening leverde een verrassing op. Het lijkje vertoonde een algemeene miliair tuberculose, en het was voor den operateur een geruststelling te vernemen, dat de anastomose niets te wenschen overliet.

Bij de andere kinderen gaven noch de diagnose, noch de desinvaginatie moeilijkheden.

Vergelijkt men onderling de anamnese (ziektegeschiedenissen en tabellen lijken mij in de rubriek „Voor de Practijk” niet op hun plaats), dan blijkt, dat er bij 5 patiënten diarrhoe e. a. maag- en darmstoornissen voorafgingen. Dat dieetfouten hierbij een rol spelen, is niet twijfelachtig.

Zoo kon men bij een knaapje, waar het uitgestulpte coecum als een vuistgroot, bloedend gezwel buiten den anus was getreden, vaststellen, dat de vader zijn tweejarig zoontje had onthaald op haring met mosterdsaus. Na de toediening dezer versnapering ontstond eenige uren later diarrhoe, gevolgd door invaginatie.

Meestal maakten de patiëntjes bij de opneming *een zieken indruk*. Een vroeg geval, dat slechts 3 uren bestond, maakte hierop een uitzondering, evenals een ander kind, hetwelk zich reeds in het tweede tijdperk bevond.

De *palpatie* werd zonder narcose verricht en als regel kon men het gezwel zodoende ontdekken. Slechts drie maal mislukte dit. Bij één vermeldt het verslag in plaats van een gezwel een „weerstand” en bij de 2 anderen bestond een opgezette buik.

Darmbloeding werd slechts twee maal gemist, n.l. in het doodelijk afloopende geval en nog bij een ander patiëntje, waar de desinvaginatie opmerkelijk gemakkelijk ging. Aangezien de slijmvliesbloeding door de stuwung der inklemming veroorzaakt wordt, mag het geen verwondering wekken, dat men haar in deze twee gevallen miste. Immers, bij het eene was de inklemming zóó gering, dat reeds bij het te voorschijn halen der darmlis uit de buikholte, de desinvaginatie vanzelf plaats vond; bij het andere geval bestond de invaginatie zóó lang, dat de bloeding reeds opgehouden had.

Onvermengd bloed vindt men slechts in het eerste tijdperk, terwijl later ook slijm aanwezig is.

Meestal werd bij *rectaal* onderzoek de uitstulping gevoeld, drie maal was deze echter niet in het bereik van den onderzoekenden vinger.

De *differentiale* diagnose zal zelden moeilijkheden geven, hoewel een vergissing met een appendicitis weleens zal kunnen voorkomen. De darmassage zal als regel bij appendicitis niet gestoord zijn. Bij een colitis evenmin.

Evenwel bestaan er uitzonderingen, waar een diagnose ontbreekt. Als zoodanig vermeld ik het volgende, natuurlijk niet voor de statistiek in aanmerking komende, geval:

Een zuigeling had volgens de ouders sinds enkele uren plotseling pijn in den buik gekregen, waarbij zij met tusschenpoozen gilde. De moeder meende, dat het kind, te weinig ontlasting had, en gaf een olieclisma. De pijn verdween niet en ook de ontlasting bleef weg, in plaats daarvan werd bloed in de luiers gevonden. Aangezien men bij de opneming een gezwel in den buik had vastgesteld, werd het kind ons ter operatie gezonden. Wel toonde het rektaal onderzoek een darmbloeding aan, doch een invaginatie was niet te voelen. Om de palpatie van het onrustige kind te vergemakkelijken werd het op den schoot van de moeder gelegd. Het sliep terstond in en thans kon men de aanwezigheid van een buikgezwel met zekerheid uitsluiten. De operatie werd daarom uitgesteld en een uur later kreeg het kind spontaan ontlasting, zonder bloed, zoodat het na eenige dagen waarneming ontslagen kon worden.

Ofschoon een spontane desinvaginatie hier aannemelijk is, blijft men omtrent de diagnose in het onzekere.

Alle operaties werden onder aether-narcose verricht, terwijl de duur zooveel mogelijk werd bekort. Zoo werd o. a. niet getracht den darm vast te hechten aan den buikwand, hetgeen sommige chirurgen aanbevelen om een recidief te voorkomen. Reinvaginaties deden zich trouwens nooit voor.

De juiste plaats der omstulping kon niet altijd opgegeven worden; wel bevond zij zich steeds in de ileocoecaalstreek. In 3 gevallen werd de beschadigde appendix meteen verwijderd, terwijl men, als toevallige vondst, eenmaal een MECKEL's divertikel en een anderen keer tuberculeuse mesenteriaalklieren aantrof. Dit laatste schijnt op ouderen leeftijd weleens meer met darm-invaginatie gepaard te gaan.

De prognose is bij spoed-operatie gunstig. Zooals blijkt, wordt de operatieve uitslag niet beslist door den afstand, die het invaginerende deel heeft afgelegd. Evenzeer is het een dwaling om aan te nemen, dat de lengte der invaginatie op een lang bestaan zou wijzen. Veeleer kan men zeggen, dat, *waar desinvaginatie onmogelijk is* (en dus resectie noodzakelijk wordt), *de sterftkans groot zal zijn*.

Men krijgt eveneens den indruk, dat de aanwezigheid van *onvermengd bloed* een *vroeg tijdperk* aanduidt. Ook om andere redenen moet men de bloeding als een gunstig teeken beschouwen en op gevaar van paradoxaal te worden, kan men zeggen, dat *overvloedige bloeding* een *snelle redding waarborgt*. De ouders komen dan tot het besef, dat geneeskundige hulp terstond vereischt is, en aangezien het tegenwoordige geslacht der artsen inziet, dat deze hulp slechts door operatief ingrijpen mogelijk is, kan men een goede prognose verwachten. Vroeger dacht men anders. Tegen de destijds heerschende opvattingen omtrent de behandeling van den ileus bij hernia incarcerata, richtte eerst prof. LANZ in 1902 met zijn publicatie „Weg mit der Taxis” (*Münch. med. Wochenschrift*) een betoog tegen deze ongerijmde en gevaarlijke onbloedige repositie-methode. Door zijn uitnemende uitkomsten bij vroeg operatief ingrijpen, toonde hij op overtuigende wijze de noodzakelijkheid der vroege operatie aan. Er bestaat niet het minste bezwaar om deze beginselen ook bij de invaginaties der kinderen toe te passen en — het zij terloops hier gezegd — om thans de repositie door middel van de taxis of lavementen als obsoleete therapeutische middelen te beschouwen. Tegenwoordig begrijpt men algemeen, dat spoed gewenscht is, en aangezien thans de huis- en kinderartsen hun patiënten vroeg ter operatie zenden, is de vooruitgang in de statistiek voornamelijk aan hen te danken.

Ofschoon het geringe aantal geen nauwkeurige statistische berekeningen toestaat en volgens MOYNIHAN: „Statistieken alles kunnen bewijzen, zelfs de waarheid”, bestaat er geen reden, om dit met deze tien gevallen niet te beproeven. Het stelt ons althans in staat te bewijzen, dat de spoed-operatie bij kinderen een bevredigend resultaat oplevert.

September 1922.