

## KLINISCH GENOOTSCHAP TE ROTTERDAM.

Vergadering op Vrijdag 26 Februari 1926 1).

Voorzitter: Dr. H. KLINKERT.

F. A. SCHALY, *Duodenumvoeding bij een zuigeling met hyperemesis.*SCHALY,  
Duodenum-  
voeding van  
een zuige-  
ling.

Kerstmis 1925 ontving ik het verzoek in het kinderziekenhuis hier ter stede een kindje van ongeveer 10 maanden te komen zien, dat waarschijnlijk lijdende zou zijn aan cardiospasmus. Het kindje braakte alles uit, reeds spoedig nadat het voedsel tot zich genomen had. Nooit wordt een groote hoeveelheid tegelijk gebraakt, zooals dat bij pylorospasmus voorkomt, maar na voedselopneming begint het kind braakbewegingen te maken en voortdurend komen kleine hoeveelheden voedsel te voorschijn. Soms slikt het kind weder eenige mondjes vol terug, maar ten slotte komt vrijwel alles er uit. Dientengevolge is het kind zéér verzwakt en vermagerd. Met druppelclysma per rectum is steeds vocht toegevoerd, zoodat de graad van uitdroging van het lichaam nog niet zóó ver gevorderd is. Onnoodig te zeggen, dat bijna geen ontlasting te voorschijn komt. Daar voeding op verschillende wijze en ook per sonde toegediend geen goed gevolg heeft, vraagt collega BLES mij met haar het kind te zien.

Bij het onderzoek van het magere achteruitgegane kind blijkt uitwendig niets te zien. De maagstreek is niet opgezet. Er zijn geen darmbewegingen zichtbaar. Het braaksel van het kind geeft *duidelijk de reactie op vrij zoutzuur*. Dit bewijst dat het uitgebraakte uit de maag komt en dus niet uit den door cardiospasmus verwijden slokdarm. Een lijder aan een zoodanige ziekte braakt geen maaginhoud uit. De sonde, die wordt ingebracht, gaat makkelijk naar binnen. Ook hierdoor wordt een zoutzuurhoudende massa te voorschijn gebracht. Door de sonde giet ik nu 250 cM<sup>3</sup> water. Dat zooveel vocht in een door cardiospasmus verwijden slokdarm bij een kind van eenige maanden zou kunnen worden ingebracht is a priori onaanneemelijk. Het water is in de maag, wat nog verder blijkt uit het plasgeruisch, dat door kloppen op de maagstreek is op te wekken. Deze gegevens zijn voldoende om een cardiospasmus te verwerpen. Bovendien moet nog vermeld, *dat het braaksel geen slijm bevat* (sterk argument tegen braaksel afkomstig uit een verwijden slokdarm).

Wij brengen het kind nu voor het scherm, gieten bismuth met wat water vermengd door de sonde in de maag. Deze geeft een volkomen normaal beeld, alleen is er een iets vermeerderde contractie-toestand van het antrum pylori. Wij besluiten nu, aangezien het kind gevoed moet worden en niets tot nog toe goed gevolg heeft gehad, de duodenumsonde in te brengen en daardoor aan het patiëntje voedsel toe te dienen. Na veel moeite gelukt dit. Is het inbrengen van een duodenumsonde bij een groot mensch niet moeilijk (dit gaat eigenlijk van zelf), bij een kind van zoo jongen leeftijd is dat heel wat anders, daar van geen medewerking van de zijde van den patiënt sprake is. De hoofdzuster heeft met groot geduld en door voortdurend bij het kind te blijven dit volbracht. Een doorlichting met X-stralen bewijst de goede plaats in het duodenum van de sonde. Hieruit blijkt, dat ook de pylorus normaal doorgankelijk is. Nu wordt met de voeding begonnen: dag en nacht door, kleine hoeveelheden (40 cM<sup>3</sup> tegelijk) van een voedselmassa door collega BLES aangegeven. Wij krijgen den indruk, dat die massa per keer te groot is. Daarom wordt nu aan de sonde bevestigd het druppeltoestel gevuld met de hoeveelheid voedsel voor één dag. Op die manier ontvangt het duodenum de hoeveelheid voedsel druppelsgewijze.

1) Dit verslag is door de redactie ontvangen 2 Juni 1926.

Het kind slaagt er in van tijd tot tijd de sonde toch nog met de tong er uit te werken, maar steeds brengt de zuster deze weder op haar plaats. Het gewicht van het kind neemt eerst toe, maar daalt dan weder en tegelijk wordt de ontlasting, die geregeld te voorschijn komt, leelijk. Het lijkt, alsof de darm het voedsel niet voldoende verteert. Daarom wordt zoutzuur toegediend om de pancreas-afscheiding aan te zetten. Zodoende verlopen een veertiental dagen. In dien tijd heeft het kind natuurlijk niet meer gebraakt. Op voorstel van collega BLES wordt nu de sonde verwijderd en wat vast voedsel toegediend. Dat neemt het kind gretig als een uitgehongerde. Van dien tijd af blijft het goed gaan. Behoudens een enkel keertje braakt het kind niet meer. Het neemt in gewicht toe en kan na eenige weken met een gewichtsvermeerdering van 1 K.G. worden ontslagen.

Welke ziekte hebben wij hier voor ons gehad. Mij dunkt een anatomische afwijking is ten eenemale uit te sluiten. Dit kind heeft òf om de een of andere redenen onaangename gewaarwordingen van opneming van voedsel in de maag gehad en het daarom uitgebraakt, òf het was louter een ondeugende hebbelijkheid van het kind: z.g.n. psychisch braken. Hoe dit ook zij, volgens mijn opvatting heeft het 14 dagen lang vrij blijven van de maag van elk voedsel òf deze tot rust gebracht, òf het kind zijn hebbelijkheid doen vergeten en de braakneiging bovendien. Het voeden met de duodenumsonde was natuurlijk veel beter dan dat het kind volstrekt honger had moeten lijden om de maag tot rust te brengen. Wel was de gewichtstocneming niet groot. Maar het viel niet meer af zooals van te voren, wat ook niet meer had gekund zonder ernstige gevolgen na zich te slepen.

*Discussie :*

HENGEVELD meent, dat deze gevallen zuiver op psychische afwijkingen berusten. Spreker heeft eenige gevallen gezien. Hij meent, dat verandering van milieu en voeding alleen reeds voldoende zijn om genezing te bereiken.

SCHALY: Naar aanleiding van de opmerking van dr. HENGEVELD moet ik antwoorden, dat het kind reeds 10 dagen in het Sophia-kinderziekenhuis was en dus reeds milieu-verandering had ondergaan. Verder was het kind in een zoodanigen toestand, dat voeding tot elken prijs noodig was. Indien verschillende manieren van voedseltoediening bij dergelijke kinderen, die aan psychisch braken lijden, kunnen helpen, dan moet het blijven bestaan van het braken bij dit kind worden toegeschreven aan het feit, dat het kind als een lijder aan een niet bestaanden cardiospasmus werd behandeld en dus die manieren bij het kind, dat lag in een ziekenhuis, waar men toch wel weet, hoe met gewone brakende kinderen moet worden omgegaan, niet zijn toegepast, of geen gevolg hebben gehad. Hier was *periculum im mora* en ik ben overtuigd, dat die duodenumvoeding het kind heeft gered.

Dr. KLINKERT Sr. kan zich moeilijk met de benaming vereenigen. Het is eigenlijk geen ruminatie. Hij kent dit trouwens niet bij kleine kinderen. Overigens meent hij met SCHALY, dat de voeding door middel van de duodenumsonde hier zóó gewichtig geweest is, dat, indien dit niet gelukt was, het kind zou gestorven zijn. De beschrijving van den toestand, waarin het kind reeds verkeerde, toont dit duidelijk aan.

M. ELZAS, *Mededeeling over onderzoekingen over den invloed van insuline op het morphologische bloedbeeld.*

Dit zal elders worden gepubliceerd.

H. VAN DIJK, *Mededeeling van een geval waar na kleine giften chinine het beeld eener chininevergiftiging tot stand kwam, n.l. amaurose, doofheid, pupilveranderingen en chinine-roes.*

Dit wordt elders uitvoerig medegedeeld.

Dr. H. KLINKERT Sr., *Een geval van pyelitis met icterus.*

Ook dit wordt elders uitvoerig gepubliceerd.

H. VAN DIJK, *secretaris.*