

CASUISTISCHE MEDEDEELINGEN.

(Mededeeling uit het O. L. V. Gasthuis te Amsterdam.)

F. CROES en Dr. J. A. VAN HASSELT, BLOEDINGEN UIT
ULCUS PEPTICUM VAN MECKEL'S DIVERTIKEL.

(MET EEN PLAAT.)

De laatste 20 jaar zijn verschillende gevallen van ulcus in een MECKEL's divertikel beschreven, dat tot ernstige darmbloedingen had geleid. De vrij groote zeldzaamheid dezer aandoening moge echter de publicatie van een door ons waargenomen geval rechtvaardigen.

Een van ons (CROES) zag op de kinderafdeling van het O. L. V. Gasthuis een patiënt, waaromtrent dr. ROELOFS-VAN DER SCHILT het volgende meedeelde: Het kind, een jongen van $3\frac{1}{2}$ jaar, vroeger wel zwak, maar niet ernstig ziek, had 4 dagen tevoren plotseling buikpijn gekregen, welke verdween, nadat normale ontlasting gevolgd was. Den volgenden dag opnieuw een aanval van buikpijn; na de ontlasting kwam nu een vrij groote hoeveelheid donkerrood bloed. Dit had zich nog 2 maal herhaald; de laatste maal kwam met de ontlasting veel bloed met groote stolsels. Het bloed zag zwartrood, zoodat men den indruk had gekregen, dat het hoog uit den darm kwam. Algemeene oorzaken voor deze darmbloedingen werden niet gevonden; noch bij den patiënt zelf, noch bij familieleden waren bloedingen voorgekomen. Bloedingen op andere plaatsen van het lichaam, in het bijzonder in de huid, ontbraken eveneens. Bloedziekten (haemophilie, purpura) konden volgens de meening van dr. ROELOFS-VAN DER SCHILT op grond van een en ander uitgesloten worden.

Bij onderzoek was het kind zeer bleek, had een snellen en weeken pols. De buik was niet opgezet, bewoog goed met de ademhaling mee. Spierweerstand, gezwel of infiltraat waren niet te vinden. Misschien was er rechts van den navel een lichte pijnlijkheid bij druk. Milt en lever waren niet vergroot. Met den vinger in het rectum voelde ik de ampulla opgevuld met bloedstolsels, geen rectumpoliep of geïnvagineerden darm. Met uitsluiting van darminvaginatie en rectumpoliep (eventueel van het bij kinderen hoogst zeldzame ulcus duodeni) stelde ik de diagnose op: vermoedelijk bloeding uit een ulcus in een MECKEL's divertikel. De ernstige bloeding, die nog steeds niet tot staan was gekomen, maakte mijns inziens operatief ingrijpen noodig. Terstond bij het openen van den buik „sprong” een MECKEL's divertikel ter grootte van het eindlid van den duim, in de wond. Op de grens van divertikel en dunne-darmlus, maar nog *in* het divertikel, was een plek, die er uitzag en aanvoelde als een ulcus callosum van de kleine maagbocht. Het mesenterium van de darmlus, waarop het divertikel zat, was verdikt, verkort en bevatte een klier zoo groot als een erwt. Na resectie van het divertikel was een stenose ontstaan, die een anastomose tusschen aanvoerende en afvoerende darmlus noodig maakte. Daarna werd de buik gesloten.

Onderzoek van het praeparaat. (VAN HASSELT). Het praeparaat heeft den vorm van een divertikel van MECKEL, is 3 cM. lang en $1\frac{1}{2}$ cM. breed. De „koepel” van het divertikel is aan de binnenzijde bekleed met verdikt, wollig en geplooid slijmvlies (fig. 1). Dit slijmvlies vormt een niet geheel gesloten bolvormige cyste, waarvan de holte door een ongeveer cirkelvormige opening met een diameter van $1\frac{1}{2}$ mM. samenhangt met het lumen van het basale deel van het divertikel. In dit basale deel komt een klein ulcus voor, dat den vorm heeft van een gelijkzijdigen

driehoek, waarvan een zijde ongeveer 4 mM. lang is. Het ulcus is 3 mM. verwijderd van den rand van het praeparaat en 5 mM. van de grens van het verdikte en geplooid slijmvliesgedeelte. In het midden van het ulcus is een openstaand vaatje te zien, als een rond, rood vlekje. Aan de buitenzijde van het divertikel komen ter plaatse van het ulcus onder de serosa verwijde bloedvaten voor (fig. 2).

Microscopisch onderzoek: Het verdikte en geplooid gedeelte van het slijmvlies (fig. 3 tusschen c en d) heeft geheel den bouw en het uiterlijk van maagslijmvlies (fig. 4 en 5); met congorood gekleurd, toonen de klierbuizen „hoofdcellen” en „belegcellen” en zien er dus als fundusklieren uit. Het ulcus (fig. 3 tusschen a en b) is geheel van epitheel beroofd; de bodem wordt gevormd door kleincellig geïnfiltrerd bindweefsel. De muscularis is ter plaatse geheel onderbroken en door losmazig granulatiweefsel vervangen, dat rijk is aan bloedcapillairen. Onder de serosa komen talrijke grootere en kleinere, sterk gevulde bloedvaten voor.

Ook de in de literatuur beschreven gevallen bevatten bijna alle maagslijmvlies, dat een grooter of kleiner gedeelte van de binnenzijde van het MECKEL'S divertikel innam. In 1888 heet SIEGENBOEK VAN HEUKELOM 1) het eerst maagslijmvlies in een MECKEL'S divertikel gevonden. Tevoren was wel door TILLMANNS en WEIGERT pylorusslijmvlies in een naveladenoom gevonden, doch TILLMANNS meende, dat dit afkomstig zou zijn van een maagdivertikel, dat zich in den navel geopend had. SIEGENBEEK VAN HEUKELOM toonde aan, dat dit ontogenetisch onmogelijk was: door de relatief groote lever van den foetus krijgt de maag geen kans, met den navel in contact te komen. Het gelukte hem ook werkelijk, aan den top van een MECKEL'S divertikel, dat geen verbinding met den navel meer had, een afgesloten cyste te vinden, die aan de binnenzijde geheel met maagslijmvlies bekleed was.

Het duurde 25 jaar, voordat de klinische beteekenis van deze maagslijmvliesectopie duidelijk werd. HÜBSCHMANN 2) vond toen bij de sectie van een jongen van 4 jaar, die aan peritonitis gestorven was, een MECKEL'S divertikel: dit bevatte een ulcus, dat geperforeerd was. Microscopisch onderzoek leerde, dat het slijmvlies in de aborale helft maagslijmvlies was, en wel fundusslijmvlies, met hoofd- en belegcellen; de rest was darmslijmvlies. De perforatie zat op de grens van maag- en darmslijmvlies, doch *in* het darmgedeelte. HÜBSCHMANN begreep terstond het belang van zijn vondst; hij sprak van ulcus *pepticum* en vergeleek den toestand met dien van het ulcus *pepticum* jejuni na gastro-enterostomie. Merkwaardig was wel het volgende: het kind was 4 weken te voren gevallen en kreeg den dag daarop darmbloedingen, welke zich herhaalden en tot een zware anaemie leidden. HÜBSCHMANN meende deze bloedingen uit een darmscheur te moeten verklaren; secundair zou hieruit, door de peptische werking van het door het maagslijmvlies afgescheiden maagsap, een ulcus (en later de perforatie) ontstaan zijn. Later zijn verschillende gevallen van darmbloedingen uit een divertikelulcus beschreven, zonder dat een trauma was voorafgegaan. Ook in ons geval was er geen sprake van een ongeval. Het is nu wel duidelijk geworden, dat de genese van het divertikel-

1) VIRCHOW'S *Archiv*, Band III, 1888.

2) *Münch. med. Woch.*, 1913, no. 37.

ulcus *geheel* op rekening van het aanwezige maagslijmvlies komt; en dat dit ulcus tot dezelfde verwikkelingen kan leiden, als elk ander ulcus in het maagdarmkanaal, namelijk bloeding en perforatie.

Nog onlangs hebben JOHNSTON en RENNER 1) naar aanleiding van 2 door henzelf waargenomen gevallen een groot aantal uit de literatuur verzameld. Hieruit bleek c.a., dat het divertikel-ulcus in de meeste gevallen bij jonge kinderen (kleuterleeftijd) klinische verschijnselen geeft en in de overgrootste meerderheid bij jongens voorkomt.

Wat de darmbloedingen betreft, zal men, indien algemeene oorzaken niet in aanmerking komen, darminvaginatie en rectumpoliep hebben uit te sluiten. Invaginatie komt meest bij kinderen *onder* het jaar voor; het invaginatum is als tumor òf in den buik òf met den vinger per rectum te voelen. Een rectumpoliep geeft in den regel niet tot hevige bloedingen aanleiding, het bloed is versch en de poliep is òf per rectum te voelen òf komt door den anus naar buiten.

Van perforaties konden JOHNSTON en RENNER er 37 uit de literatuur verzamelen. Zooals te begrijpen, werd de diagnose bijna steeds op acute appendicitis gesteld; ook de patiënt van HÜBSCHMANN werd onder deze diagnose geopereerd, doch de appendix bleek normaal te zijn en de oorzaak der peritonitis werd bij de operatie niet gevonden. Eén aanwijzing voor de juiste diagnose kan er zijn; indien namelijk aan de peritonitisverschijnselen darmbloedingen voorafgegaan zijn, is de kans op het bestaan van een divertikelulcus met perforatie groot. JOHNSTON en RENNER zeggen, dat deze opeenvolging niet zoo zelden voorkomt.

Door resectie van het divertikel heeft men reeds enkele malen bij perforatie, meermalen bij bloedingen, den patiënt kunnen redden. Ook onze patiënt is na de operatie hersteld.

Samenvatting.

Naar aanleiding van een eigen waarneming worden de pathologie en kliniek van het ulcus pepticum van het MECKEL's divertikel besproken.

Summary.

Exposure of the pathology and clinical picture of peptic ulcer of MECKEL's diverticulum, with record of an observed case.

Résumé.

Exposé de la clinique et de la pathologie de l'ulcère peptique du diverticule de MECKEL, basé sur une observation personnelle.

Mei 1935.

1) *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, Augustus 1934.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

**F. CROES en J. A. VAN HASSELT, BLOEDINGEN UIT
ULCUS PEPTICUM VAN MECKEL'S DIVERTIKEL.**

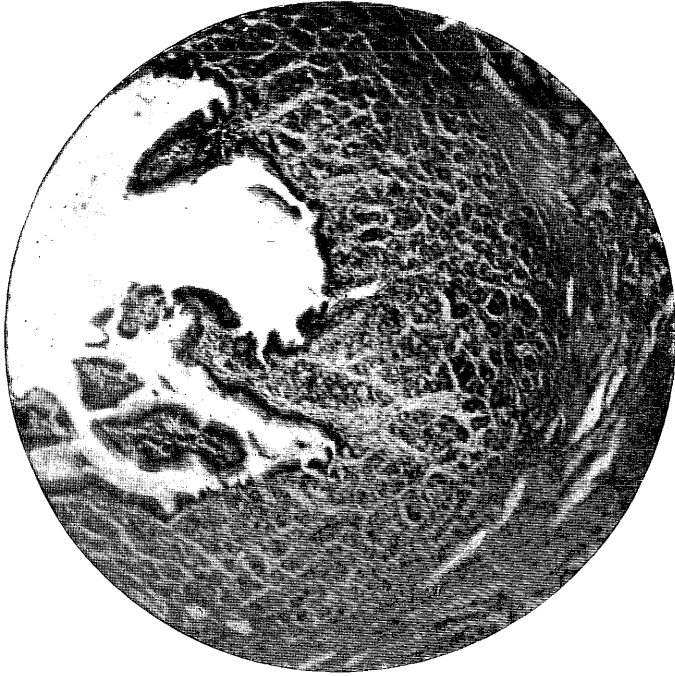


Fig. 4. Gedeelte van het slijmvlies, dat er als maagslijmvlies uitziet. Zwakke vergrooting.

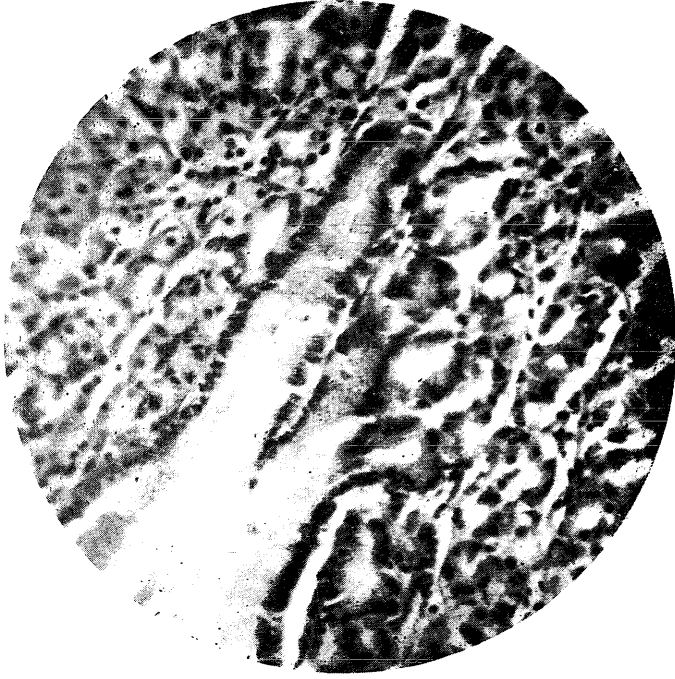


Fig. 5. Gedeelte van het slijmvlies, dat er als maagslijmvlies uitziet. Sterke vergrooting.