

invloed blijven behouden", mist dan ook iedere grond.

Het grootste bezwaar heb ik echter tegen de hoofdgedachte in genoemd artikel, nl. dat het niet ondervinden van enige schedelcompressie de etiologische factor zou zijn voor het ontstaan van hyaliene membranen bij pasgeborenen.

Ten aanzien van de praematuritas valt op te merken, dat weliswaar de schedelomvang bij zeer premature kinderen kleiner is, doch hiertegenover staat, dat de schedelbeenderen weker en de naden en fontanellen wijder zijn, waardoor de hersenen van het premature kind wel degelijk sterke drukveranderingen ondergaan.

Zeker zo belangrijk zou, in het licht van de hypothese van BRUMMELKAMP, de toestand van het baringskanaal zelf moeten zijn. Ware de hypothese juist, dan zou er ook een correlatie moeten bestaan tussen de stugheid van het baringskanaal en het vóórkomen van hyaliene membranen. De pariteit, de duur van de baring, het tijdstip waarop de vliezen braken en misschien ook de leeftijd van de moeder zouden dan van invloed moeten zijn. Hoewel door ettelijke onderzoekers hiernaar is gezocht, heeft men geen enkel verband kunnen vinden.

Vooraf het kind van de zg. grande multipara, bij wie de vliezen tot aan de volkomen ontsluiting zijn blijven staan, en bij wie de uitdrijving in een of twee weeën plaatsvindt, zou volgens de werkhypothese van collega BRUMMELKAMP een grote kans op membranepneumonie hebben. De kliniek kan dit echter niet bevestigen.

Literatuur: BRUMMELKAMP, W. H. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 662.

Amsterdam, 16 april 1958

J. L. M. H. SPECKEN

De bekende waarneming dat stuitgeboorte en meerlingzwangerschap in frequente combinatie met praematuritas voorkomen werd bij de bewerking van onze gegevens nogmaals bevestigd. Het was echter geheel onverwacht, dat de uitgebreidere groepering van voldragen kinderen met hyaliene membranen, zoals in de literatuur beschreven, eveneens bleek te gelden voor onze gegevens, die alleen premature kinderen betroffen. De door SPECKEN gelaakte zin bedoelde niet anders dan op deze opmerkelijke coincidentie te wijzen.

SPECKEN laat de hypothese over het gemis aan fysiologische schedelcompressie gelden voor premature kinderen. In mijn artikel is echter herhaaldelijk vermeld, dat dit uitsluitend in samenhang werd gebracht met de hyaliene membranen in de longen van voldragen kinderen.

Amsterdam, 9 mei 1958

W. H. BRUMMELKAMP

BEHANDELING VAN ACUTE INVAGINATIE

Het artikel van collega VOGELENZANG omtrent de behandeling van acute invaginatie bij kinderen, en in het bijzonder de observatie van het kind, dat 7 uur na de behandeling overleed, is voor ons aanleiding het merkwaardige verloop van een dergelijk ziektegeval te vermelden.

Ook wij hadden tot dusver geregeld goede resultaten met de conservatieve behandeling van de acute invaginatie, zoals door collega VOGELENZANG beschreven, en onderschrijven dan ook geheel haar opvatting.

Enige tijd geleden echter werd hier in de kliniek een kind van vier maanden binnengebracht, waarvan de ontstelde ouders ons vertelden, dat het een uur geleden plotseling hevige was gaan huilen. Het hele klinische beeld, en o.a. de wijze van huilen, deed ons vermoeden dat wij te maken hadden met een acute invaginatie, hoewel wij geen tumor door de gespannen buikwand konden aantonen, en het

rectale toucher evenmin iets opleverde. Uit diagnostische en dus eventueel therapeutische overwegingen besloten wij tot een bariuminfusie. (Wij gebruikten bij een dergelijk bariumklysma een ballonsonde om het terugvloeien van de bariumsuspensie tegen te gaan).

Het röntgenologische beeld was duidelijk, er was een invaginatie van het colon ascendens, welke kon worden opgeheven onder schermbeeldcontrole. Er werden tevens twee opnamen gemaakt met de seriecassette. Maar hoewel het kind onmiddellijk hierna ophield met het karakteristieke huilen, gaven zelfs de röntgenfoto's ons geen volstrekte zekerheid over het resultaat van de desinvaginatie, en mede in verband met een eventueel recidief achtten wij het raadzaam het kind door te zenden naar de chirurg te Meknes. Reeds in de wagen schijnt het kind een rochelende moeilijke respiratie te hebben gekregen, en bij aankomst te Meknes was het enigszins cyanotisch. Men legde een subcutane infusie aan, diende zuurstof en analeptica (coramine) toe.

De toestand werd van kwaad tot erger en de chirurg die de opheffing van de invaginatie geslaagd achtte, zond het kind naar ons terug. Bij aankomst alhier was het kind sterk cyanotisch in shock, had een onregelmatige pols en gaf bruinroze, schuimend slijm op. Zowel de chirurg als de ouders hadden alle hoop opgegeven.

Wij stelden de diagnose op een acute decompensatio cordis met longoedeem, hoewel de oorzaak ervan ons ontging. Als enige therapie gaven wij het kind een halve ml Cedilanid intraveneus, en dienden zuurstof toe die door hyaluronidase werd geleid; bovendien zogen wij, voor zover mogelijk, de luchtwegen schoon, in de hoop dat dit alles mocht baten. Drie kwartier later verbeterde de ademhaling aanmerkelijk, en de pols was vrijwel terstond regelmatig geworden.

In de loop van de nacht kwam het kind geheel bij en de volgende ochtend was het een nagenoeg gezonde baby die zijn eerste ontlasting deed in de middag. Wij hielden het kind nog enige dagen in observatie; behalve wat bronchociline hebben wij echter niets meer aan de behandeling toegevoegd.

Het was de eerste maal dat wij werden verrast door het ontstaan van acute decompensatio cordis na de behandeling van een invaginatie met een bariumklysma. Het is mogelijk, dat er tevoren reeds een hartafwijking bestond, hoewel wij hiervan niets hebben kunnen aantonen (wij waren helaas niet in staat een electrocardiogram te laten maken). De druk van de bariuminfusie is naar onze gewoonte niet hoger geweest dan 80 cm water. De infusie van 500 ml Macrodex aan het kind, genoemd in de observatie van collega VOGELENZANG, is, gevoegd bij het bariumklysma misschien eveneens mede aanleiding geweest voor het ontstaan van acute decompensatio cordis.

Indien men rekening houdt met de mogelijkheid van acute decompensatio cordis, al dan niet met longoedeem, na de opheffing van een invaginatie ondanks de betrekkelijke zeldzaamheid hiervan bij jonge kinderen zonder manifeste hartgebreken, kan dit vanzelfsprekend een aantal belangrijke therapeutische consequenties hebben. Het gebruik van snelwerkende (intraveneuze) digitalispreparaten, hetgeen hier een dergelijke verrassende wending aan het ziektebeloop gaf, dient daarbij o.i. ernstig te worden overwogen. Het is de reden waarom publikatie van deze merkwaardige ziektegeschiedenis ons niet overbodig leek.

Literatuur: VOGELENZANG, A. M. H. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 710.

Sidi Kacem, 28 april 1958

J. G. MEZGER en F. H. L. BEYAERT