



OVER DE BEHANDELING

DER

SCHIJNREDUCTIE VAN BREUKEN.

Academisch Proefschrift

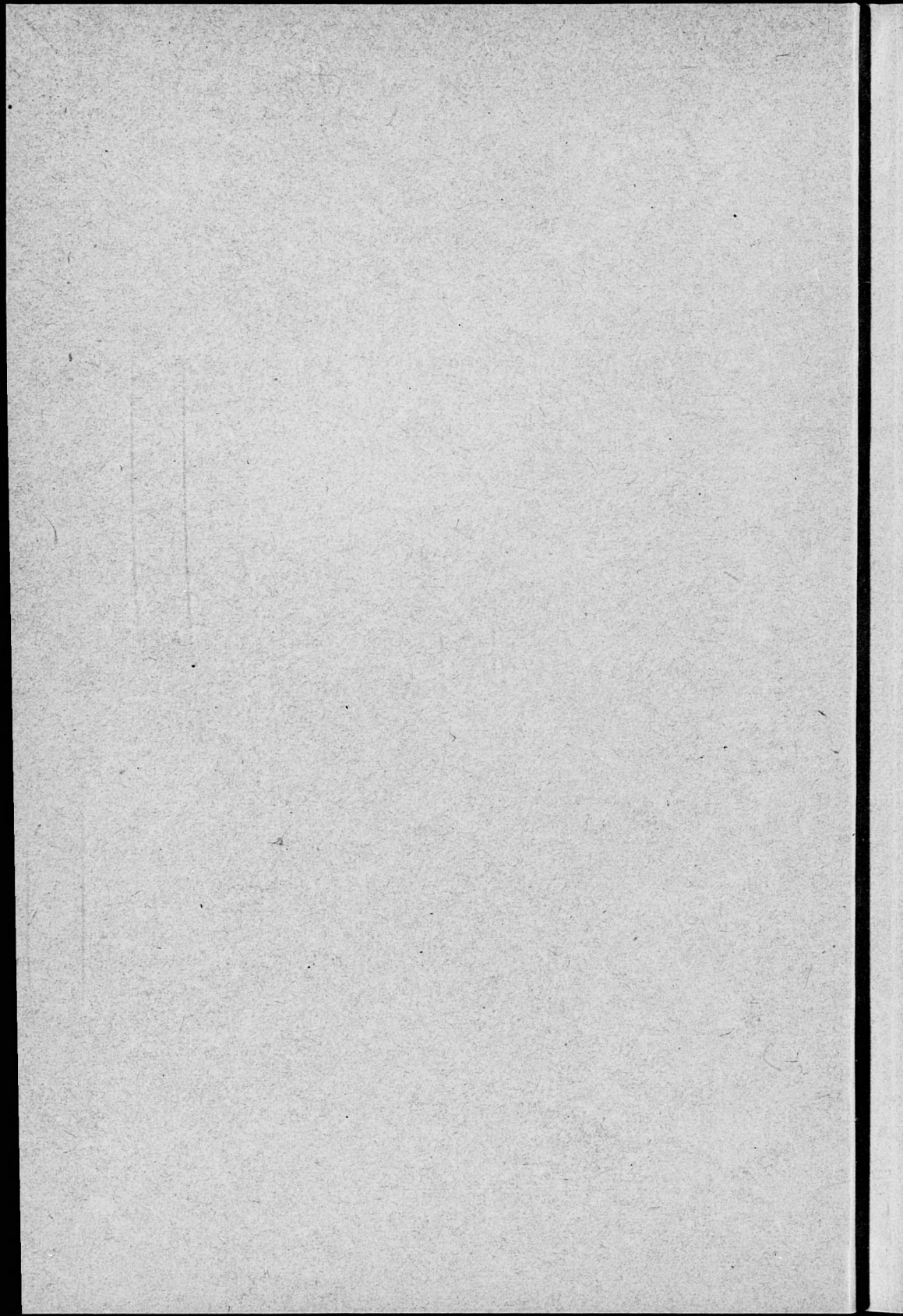
DOOR

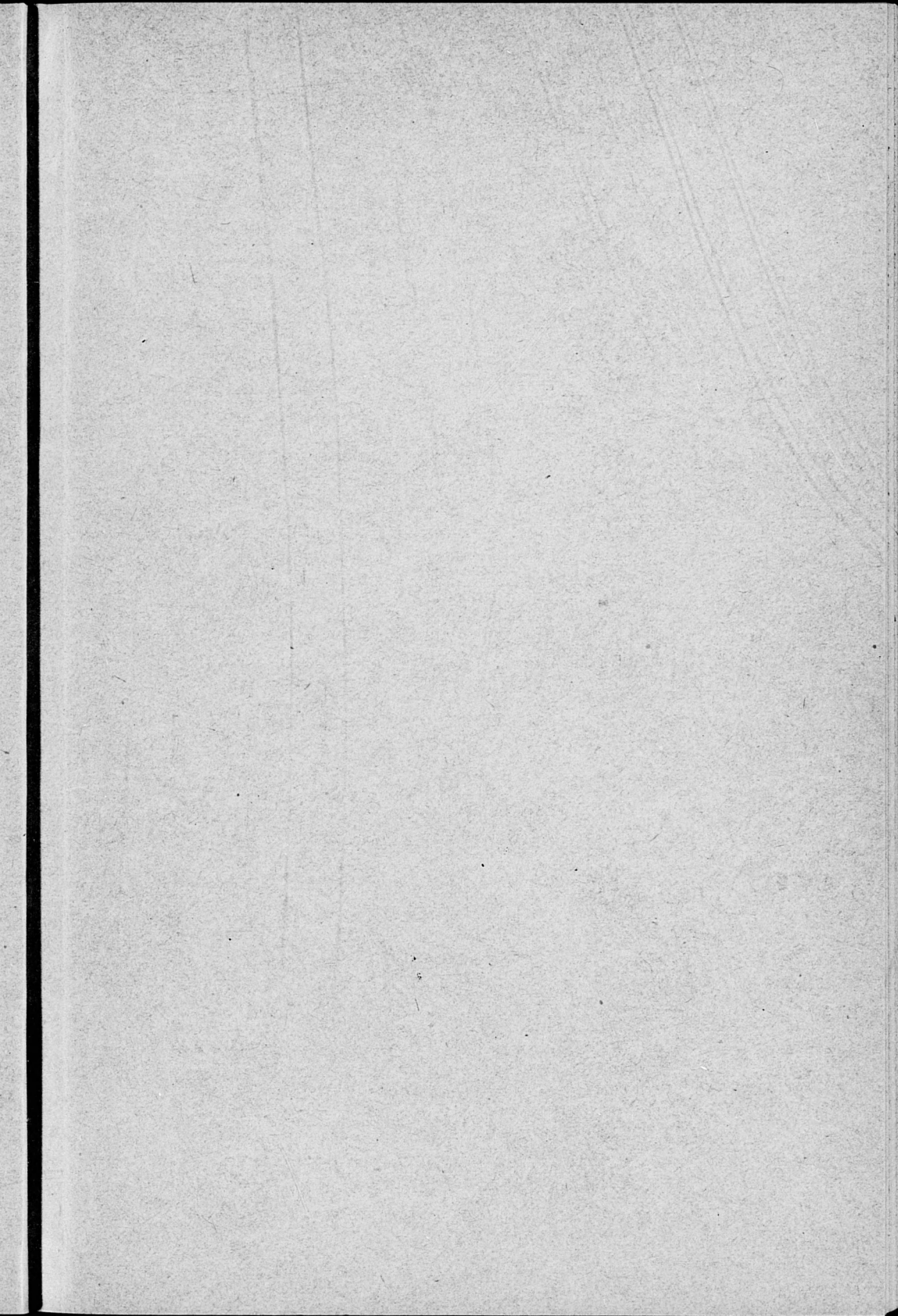
SYBE HOEKSTRA.

AMSTERDAM,
SCHELTEMA & HOLKEMA.

1880.







23
6
—
162

SCHIJNREDUCTIE DER BREUKEN.

OVER DE BEHANDELING
DER
SCHIJNREDUCTIE VAN BREUKEN.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE UNIVERSITEIT TE AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN REGTOR MAGNIFICUS

Dr. S. HOEKSTRA Bzn.,

Hoogleraar in de Faculteit der Godgeleerdheid

EN

VOLGENS BESLUIT DER GENEESKUNDIGE FACULTEIT

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

op Zaterdag 10 Juli 1880, des namiddags ten 3 ure,

DOOR

SYBE HOEKSTRA,

ARTS.

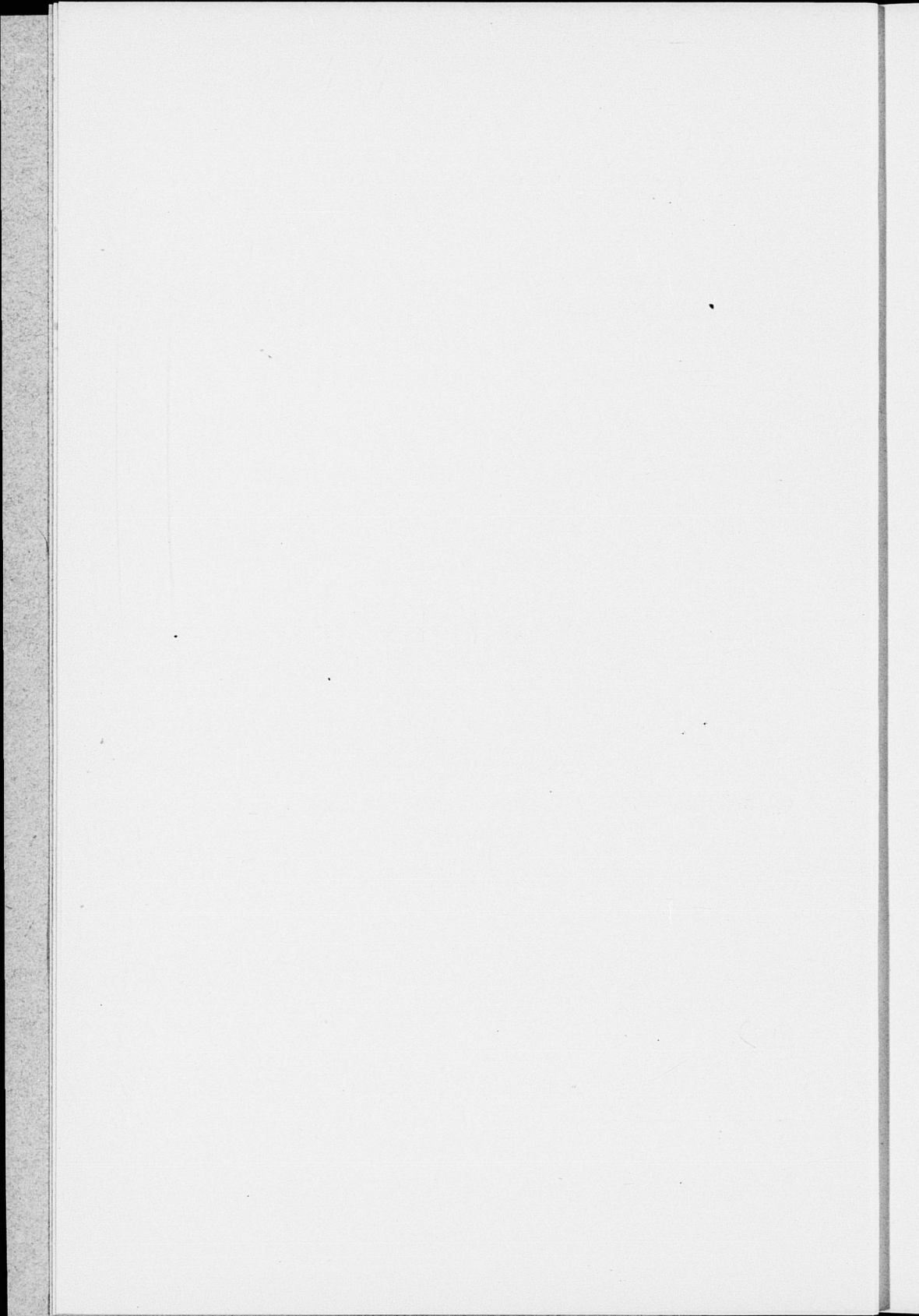
Geboren te Gronow.



AMSTERDAM,

SHELTEMA & HOLKEMA.

1880.



AAN MIJNE OUDERS.

De ondervinding der laatste jaren heeft geleerd dat onder bijzondere omstandigheden, verwondingen van den buikwand, zoowel accidenteele als opzettelijke (de zoogenaamde laparotomie,) een gunstig verloop nemen.

Van die omstandigheid is dan ook sedert kort, een ruim gebruik gemaakt, en tal van operaties, waarbij de opening der buikholte noodig was, is met goed succes verricht.

De vraag is, in hoever die laparotomie toepasselijk is bij de behandeling van herniae incarceratae. Enkelen hebben reeds voorgesteld, niet daarbij de breukpoort van buiten bloot te leggen en te incideeren, maar vooraf laparotomie te verrichten en de geincarcereerde lis zoo naar binnen te trekken; zoover ik weet is deze voorslag nog niet met instemming door de chirurgen ontvangen; ook laat ik deze zaak buiten mijne beschouwing.

Maar als de breukzak met zijn inhoud naar binnen is gebracht en de incarceratie-verschijnselen aanhouden,

wanneer er zoogenaamde schijnreductie is, hoe dan te handelen?

Moet men den breukzak opzoeken en dan naar omstandigheden handelen, of moet men vooraf laparotomie doen (zooals in 1879 door Annandale is voorgeslagen.)

Ik wensch dit onderwerp in de volgende bladzijden te behandelen; daartoe eerst over de schijnreductie zelf een en ander mee te deelen, dan eenige observaties te vermelden, en eindelijk de kwestie zelve te bespreken.

De anatomisch-topographische verhoudingen die betrekking hebben op het ontstaan en de behandeling van Hernien hebben steeds stof geleverd tot verschillende beschouwingen.

Niettegenstaande grondige onderzoekingen en nauwgezette proefnemingen door bevoegde waarnemers kon men in vele opzichten niet tot overeenstemming komen en verscheidene geschriften over dit onderwerp zijn behalve zeer uitvoerig, zoo onduidelijk, dat de vrees bijna gerechtvaardigd schijnt of misschien de schrijvers zelve zich wel een heldere voorstelling van het behandelde maakten.

Het zou wel niet verkwikkelijk zijn, te vernemen, hoevele gevallen op die wijze slecht behandeld zijn geworden, en in dit opzicht behoeft men dan ook niet te betreuren, dat de literatuur ons hiervan weinig laat lezen.

Men kan gerustelijk aannemen dat de overgrootste meer-

derheid van lethale gevallen na breuk-repositie niet is beschreven of dat ten minste de werkelijke oorzaak van den dood werd verzwegen.

't Kan ook zijn dat men dikwijls met de ware toedracht der zaak niet op de hoogte was. En dat de onzekerheid dikwijls groot was, volgt uit de groote verscheidenheid in den aard der gevallen en uit de lastige diagnostiek. Want wanneer een breuk geheel was gereponeerd, en ten minste uiterlijk niets abnormaals meer was te constateeren; wat moest men denken, indien toch alle ziekteverschijnselen bleven bestaan, verwijderen en leiden tot den exitus lethalis!

In soortgelijke gevallen geschiedde meestal, wat men genoemd heeft Schijnreductie, en wat de Fransche schrijvers bedoelen met Réduction „en masse,” „en bloc.” Wat betreft eene passende benaming die alle gevallen zou omvatten, deze liet zich zeer moeilijk vinden en zoo vindt men betitelingen als dubbele inklemming, inklemming van dubbele breuken, beklemming door plooivorming, netstrengen, pseudo-membranen en ligamenten, inwendige beklemming enz.

Hoewel deze namen met het oog op den anatomischen toestand behouden kunnen worden, wordt daarbij toch niet gelet op het gewichtig feit van de schijnbare reductie.

Ook de beide aangehaalde Fransche namen zijn onvoldoende.

De kennis der schijnbare reductie van breuken is nog

niet van zeer ouden datum. Ambroise Paré schijnt echter reeds aan gedacht te hebben.

„Or quelquefois, dit-il, et spécialement aux plus a les intestins ne se peuvent réduire.... Alors, il faut efforcer de les repousser par violence....1)”

De eerste vermelding van een geval van schijnreductie vindt men bij Saviard 2) en in 1727 heeft Ledran dergelijk geval beschreven.

Later zijn door Arnaud 3) in 1749 verschillende vermeldingen gepubliceerd en in 1765 beschrijft ook de Faye 2 gevallen.

Van anderen kant werd evenwel de mogelijkheid van reductie van den breukzak in twijfel getrokken o.a. door Louis 4) die de beschouwingen der genoemde schrijver geheel verwerpt en zich daarbij baseert op de observatie, dat de breukzak en zijn hals vaste vergroeiingen aangaan met den funiculus spermaticus, en met de lendenen van het scrotum en het lieskanaal.

„L'impossibilité physique de cette réduction me paraît si manifeste”, zegt hij, „que je comprends à peine comment l'opinion contraire a pu passer dans la th

1) Ambroise Paré. De la curation des hargnes. 1552. chap. XV.

2) Saviard. Nouveau recueil d'observations chirurgicales. Paris 1727. Obs XIX.

3) De l'étranglement de l'intestin par le péritoine. Paris 1749. t. I.

4) Louis. Mémoires de l'Acad. de chirurgie. t. III. p. 55.

comme un résultat des faits avérés par l'observation des praticiens."

Dat desniettegenstaande toch het denkbeeld van reduction „en masse" niet werd opgegeven, blijkt uit de geschriften van Richter, Deschamps, Scarpa, Cloquet e. a.

Sedert 1832 heeft Dupuytren zich met de kwestie bezig gehouden en in zijne Leçons Orales vindt men verscheidene waarnemingen opgeteekend.

In Engeland vindt men de eerste mededeeling bij Bell ¹⁾, die gevolgd wordt door studiën van South, Banner, Lencke en Teale ²⁾ welk laatste de eerste statistiek van gevallen gepubliceerd heeft van 26 waarnemingen.

Uit de vrij talrijke en verspreide literatuur haal ik nog slechts de werken aan van Streubel ³⁾, Gosselin ⁴⁾ en Périchon ⁵⁾.

1) London Medical Journal 1828.

2) A practical treatise on abdominal hernia. London 1846.

3) Streubel. Ueber die Scheinreductionen bei Hernien. Leipzig, 1864.

4) Leçons sur les hernies abdom. Paris 1865.

5) Périchon. Contribution à l'étude de la réduction en masse dans la hernie étranglée. Paris 1873.

Het schijnt ons van veel belang dat door de werken van Streubel c. a. de weg is geopend tot eene rationeele behandeling die vooral zeer in waarde stijgt, nu de wijze van wondbehandeling reuzenschreden maakt.

In 't kort wenschen we dus na te gaan welke nu de oorzaken kunnen zijn dat na schijnbare reductie van bekleemde breuken de algemeene symptomen voortduren.

Men kan daarbij 4 classen aannemen, die nog weer in ondersoorten verdeeld worden.

- 1^o. Schijnreductie door verschuiving van den geheelen breukzak met inhoud door de breukpoort heen, dus werkelijke Réduction en masse. Dit kan plaats hebben òf door ondoelmatige pogingen tot taxis, òf ook wanneer geen genoegzame vergroeiing bestond tusschen breukpoort en breukzakhals. Terwijl dan de breukzak met den hals vooruit in de buikholte wordt geschoven moet het parietaal blad van het

peritoneum in den omtrek van de breukpoort losgescheurd worden van de buikbekleedselen, zoodat daardoor eene ruimte ontstaat waarin zich de gevulde breukzak kan begeven. De meest verschillende liggingen kunnen hierbij worden aangenomen, zoo zag b.v. Sanson den bodem van den breukzak liggen tusschen os pubis en de blaas.

Wanneer nu niet een volkomen instulping plaats vindt, dan kan een deel van den breukzak terugblijven in de verwijde en laxe, kanaalvormige breukpoort.

Eveneens kunnen ingewanden blijven zitten in plooiën van den breukzak en dan gedrongen worden tusschen peritoneum en fascia transversa. In deze gevallen heeft men bij de sectie somtijds gezien, dat de breukzak uit twee deelen bestond waarvan één in het lieskanaal en het scrotum en het ander naar verschillende richtingen gelegen was achter het lieskanaal, maar steeds retroperitoneaal.

Scheuren of spleten in den breukzak hebben somtijds zoowel bij de taxis als bij de herniotomie aanleiding gegeven dat de inhoud in het retroperitoneaal bindweefsel geraakte.

Eindelijk vindt men drie maal beschreven dat door uitoefening van overgroote kracht, de breukzak geheel werd afgescheurd, en daarvan tweemaal waarbij de breukzakhals zoowel van het peritoneum

parietale als van den breukzak zelf werd gerukt.

- 2^o. Schijnreductie door verschuiving en beklemming van de hernia in het breukkanaal zelf of tusschen de spieren; dezelfde oorzaken en wijzigingen als sub 1 genoemd zijn, komen ook hier voor.
- 3^o. Schijnreductie door terugbrengen van den breukinhoud in de buikholte waarbij eene bestaande inwendige beklemming niet werd opgeheven of, waarbij eene zoodanige werd te voorschijn geroepen.

Gevallen van deze soort komen nog al eens voor na Herniotomie, zeldzamer na Taxis, en worden veroorzaakt door volvulus, invaginatie, cicatrisatie, netstrengen, adhaesies enz.

- 4^o. Streubel heeft nog een soort schijnreductie onderscheiden, waarbij werkelijk goede repositie plaats vond, maar ergens anders eene beklemming bestond.

Daar de Taxis zoo dikwijls de schuld draagt van het tot stand komen van schijnreductie, zal ik trachten in korte woorden hieromtrent iets mee te deelen.

Onder Taxis verstaat men die handgrepen en manipulaties welke ten doel hebben om op onbloedige wijze uitgezakte en beklemde ingewanden terug te brengen in de buikholte en te bevrijden van hunne beklemming. Dat dit op een goede wijze alleen mogelijk is bij goede kennis van den aard der beklemming spreekt wel van zelf.

In het algemeen spelen de fibreuse ringen, spleten en ook de breukzakhals slechts eene passieve rol, terwijl

de ingewanden op de bekleemde plaatsen onder een meer of minder sterken druk staan, waardoor langzamerhand de doorgankelijkheid van het darmlumen en de vrije circulatie in de vaten ophoudt.

De strakke ring van den breukpoort of van den breukzakhals die het uittreden van een darm veroorloofde, blijft onveranderd en zoude dan ook het onveranderde ingewand weer kunnen doorlaten. Daaruit volgt dat de eigenlijke oorzaak gelegen moet zijn in den inhoud des breukzaks zelve.

In hoofdzaak kan men volstaan met twee soorten van beklemmingen aan te nemen.

1) De elastische inklemming.

Er wordt dan door eene zeer nauwe breukpoort met groote kracht (expiratorische druk) eene darmlis uitgedreven en de ring is in der daad te nauw om eene repositie van de lis te veroorloven, de passage voor den darminhoud is dan gestremd, terwijl ook de vaten gedrukt worden.

Het is duidelijk dat hierbij de darminhoud geene schuld draagt van het ongeval, al mocht er ook een weinig van mede uitgedreven zijn.

2) De zoogenaamde „Kotheinklemmung”.

Hier blijft in het eerst nog de uitgezakte lis doorgankelijk totdat op een gegeven tijdstip stasis intreedt aan het afvoerende einde; hetzij door te groote toevoer waardoor dat gedeelte wordt opgeblazen of uitgezet,

hetzij doordien van buiten af eenige abnormale weerstand optreedt.

Zoo kan zich bijv. een stuk van het omentum of van het Mesenterium als een wig in de breukpoort plaatsen.

Eene juiste diagnose in elk bijzonder geval is zeer moeielijk en kan dikwijls niet gemaakt worden, want zooals reeds gezegd is, er bestaat in dit opzicht groote verscheidenheid.

Bij kleine hernien die nog niet lang bestaan kan men gewoonlijk de plaats der inklemming in de breukpoort aannemen; terwijl bij grootere langer bestaande en die reeds dikwijls gereponeerd werden, de breukzakhals de insnoering bewerkt.

In dit laatste geval voelt men bij manueel onderzoek dat de elastische spanning van het breukgezwel zich door de poort heen voortzet als een vaste harde, kortere of langere steel, die de breukpoort niet geheel aanvult.

Ligt de oorzaak bij den fibreusen ring, dan kan men van dezen niet eens de scherpe randen voelen, veel minder nog met den vinger er binnen dringen.

Al de verschillende middelen om zooveel mogelijk tot een juiste diagnose te geraken, zal ik verder niet beschrijven; genoeg zij het te zeggen, dat al te dikwijls nalatigheid bij het onderzoek plaats heeft, tot groot nadeel voor de juiste uitoefening der taxis of van de Herniotomie.

Insteede de druk en de handgrepen te regelen naar de

voorhanden verhoudingen, werd soms alleen ruw geweld uitgeoefend.

Voordat men overgaat tot de taxis, moet de patient in eene doelmatige ligging worden gebracht.

De goede uitslag hangt voornamelijk af van de mogelijkheid om met de vingertoppen tot aan de insnoering te komen, en daarom zorge men dat niet alleen de fibreuse deelen in den omtrek maar ook de spieren en de huid verslapt zijn.

Geschikt is nog al de rugligging met eenigszins verhoogd bekken; heup en kniegewricht licht gereflecteerd.

Aldus zou de zwaartekracht eenigen invloed kunnen uitoefenen door druk van de hernia op de breukpoort, maar voornamelijk heeft men eene gunstige werking toegeschreven aan de zoogenaamde negatieve Taxis, d. i. de trekking die door de neerzinkende ingewanden plaats heeft aan de ingeklemde darmlis.

Beide momenten hebben waarschijnlijk niet veel te beteekenen; ad 1, de druk kan slechts iets uitwerken bij volumineuse breuken en bij weken of maanden lang voortgezette rugligging en ad 2, de trekking door de negatieve taxis is gering omdat de buikwand zich bij rugligging aan de ingewanden aansluit.

Bij het nagaan van de voorschriften der meeste vroegere schrijvers over de taxis, blijkt hoe weinig ze zich bekommerden over het mechanisme van de breukbeklemming; zoo leest men dat het breukgezwel afwisselend

moet behandeld worden door samendrukken, schuiven, kneden, draaien en stooten.

De hernia in haar geheelen omvang moest deze bewerkingen ondergaan en wel achter elkander op verschillende plaatsen.

Kocher, Lossen, Roser, Busch e. a. hebben door veelvuldige proeven aangetoond dat zulk eene handelwijze tot niets kan leiden, hoogstens toevallig een resultaat kan doen verkrijgen.

De ingeklemde lis wordt op die wijze voor den inklemmingsring uitgezet, gespannen en verhoudt zich tot den laatste weldra als de kop van een Fungus tot den steel. Is eenmaal deze toestand ingetreden, dan begint het groote gevaar.

In de meeste gevallen en nog wel bij jeugdige individuen bij kleine Hernia en die van jongen datum zijn, loopt alles goed af; vooral wanneer de pogingen tot Taxis met tusschenpoozen worden aangewend, onder toepassing van ijs, morphine en chloroform, geschiedt het zeer dikwijls dat de ledige darmlis zelve of de inhoud van het beklemde deel bij kleine gedeelten langzamerhand de insnoering voorbij komt.

Zijn echter de tegenovergestelde omstandigheden aanwezig dan kan, afgezien van andere gebeurlijkheden, de schijnreductie in hare verschillende vormen optreden, zooals dat reeds kortelijk is vermeld.

Het hangt dan geheel af van den toestand der her-

nia zelve en van hare omgeving wat er zal plaats hebben. Stel het geval van een récente hernia in een gezond en sterk breukbed en breukkanaal, en waarop de geforceerde taxis wordt uitgeoefend zoodanig dat de adhaesies van de breuk met hare omgeving worden losgescheurd, dan vindt de hernia haar natuurlijksten weg daarheen waar het gemakkelijkste plaats voor haar kan gemaakt worden, d. i. tusschen peritoneum en fascia transversa.

Want het losse bindweefsel dat deze beide vliezen vereenigt kan licht uiteengedrongen worden; aldus wordt het peritoneum parietale van de streek der inwendige opening losgemaakt hetzij in de richting van beneden af naar voren.

In het eerste geval wordt het peritoneum van den musc. iliac. intern. opgeheven zoodat de Hernia komt te liggen in de fossa iliaca; of het buikvlies wordt losgescheurd achter den horizontalen schaambeenstak naast en voor de blaas.

De voorste wand van den peritonealzak kan losgemaakt worden naar de spin. ant. sup. ossis ileum of naar de streek van den umbilicus.

Het ligt voor de hand dat de breukzakhals der „en masse” gereduceerde Hernia de diepste plaats inneemt, intusschen bleek het niet zelden dat integendeel de hals dicht bij het breukkanaal werd gevonden en de bodem des breukzaks het verst daarvan verwijderd dus de zak naar binnen was omgeslagen. Dit wordt bijv. uitdrukkelijk vermeld door Vacher, Nélaton en Lücke.

Eene geforceerde taxis kan echter niet altijd de schuld dragen der schijnreductie, want men heeft meermalen gezien dat groote volumineuse breuken van ouder datum geheel zonder geweld, „en bloc” gereduceerd werden.

In die gevallen vond men het peritoneum in groote uitgestrektheid losgescheurd, en intusschen geene sporen van geweld zooals bloeditstoringen.

Uit dergelijke waarnemingen volgt dat daarbij niet eens schijnreductie is bewerkt, maar dat die reeds lang van te voren was voorbereid door eene herhaalde en ondoelmatige repositie, waardoor het peritoneum met den breukzak en diens hals langzamerhand van hunne omgeving waren losgemaakt.

Het kan zelfs zijn dat de patient reeds vroeger zijne Hernia „en masse” reponeerde, maar dat er toen nog geene incarceratie ontstond.

In zulke verouderde gevallen van volumineuse Hernia ondergaat het breukkanaal soms veranderingen die ook van invloed zijn op den aard der schijnreductie. De wonden van het verwijde kanaal kunnen namelijk slap en lax worden, terwijl ook de spieren hun onderling stevigen samenhang gaan verliezen. Op die wijze is het mogelijk dat de breukzak niet op de gewone plaats wordt verschoven tusschen peritoneum en fascia transversa, maar tusschen genoemde fascia en den musculus transversus of ook tusschen de spieren.

Een ééinig geval van reductie tusschen huid en spieren zal ik straks vermelden.

Eveneens komt het voor dat, door het afwisselend verblijven van gedeelten der hernia in het breukkanaal, holten daarin kunnen gepraeformeerd worden, die later de oorzaak eener beklemming kunnen opleveren. Om nu op de taxis terug te komen, zoo is het duidelijk dat het uitoefenen van druk op de hernia niet voldoende is om op rationeele wijze tot het doel te geraken. Als regel laat zich stellen, dat de druk der taxis dicht onder de inklemming moet aangebracht worden; wanneer op die plaats de darm wordt samengedrukt, dan gelukt het langzamerhand deze tot den omvang van den inklemmingsring terug te brengen, en dan daar doorheen te schuiven. Verscheidene chirurgen van den laatsten tijd, zich baseerende op de waarneming dat het intredende darmstuk open kan blijven en drukken op het uittredende, zijn van meening dat de zijdelingsche verplaatsing van de breuk zoodat de drukking op dit uittredende gedeelte minder wordt, de repositie makkelijker maakt.

Het is eene dwaling, wanneer men de taxis bij incarceration identisch stelt men de repositie van bewegelijke breuken. Bij de repositie behoelt geene noemenswaarde weerstand overwonnen te worden, want hoogstens bestaat er eene geringe vernauwing. Rugligging of willekeurige druk is meestal voldoende, maar bij incarce-

ratie moet eerst gelet worden op het wegnemen der beklemming en dan kan men verder gaan als bij de repositie, want de ingeklemde breuk is nu eene bewegelijke geworden.

Schijnreductie na Herniotomie berust nagenoeg op dezelfde omstandigheden als die na de taxis. Het kan den operateur bij de bloedige operatie lichtelijk gebeuren dat hij de een of andere beklemming over het hoofd ziet, zooals: darmvernaauwing, obliteratie, knikking, adhaesien, kruising, strengen, net enz.

Soms ook, wanneer hij de incarceratie gezocht had in de breukpoort, bestond deze bij den breukzakhals; de incisie werd gemaakt in den fibreusen ring en daarna de reductie „en masse” bewerkstelligd.

Dat zich na eene goed gelukte taxis nog naderhand vernauwingen kunnen vormen, moet reeds à priori aangenomen worden. Want na eene sterke of langdurige beklemming zijn dikwijls reeds hevige ontstekingsprocessen begonnen; de darmlis wordt hyperaemisch en zwelt en er ontstaat een sereuse en plastische infiltratie tusschen mucosa, musculosa en serosa.

Hierop evenals na insnoeringen kunnen ulceraties volgen, die na granulatievorming aanleiding geven tot cicatrissatie en dientengevolge tot stricturen. Ook gebeurt het meermalen dat na exsudaatvorming vergroeiingen ontstaan.

In hoofdzaak neemt men het volgende waar:

- 1) De gespannen Hernia gaat in eens in haar geheel terug of, wanneer zij slechts langzaam teruggaat, behoudt ze daarbij haar hardheid en spanning, terwijl bij eene gelukte Taxis het breukgezwel zachter en weeker wordt en zijn omvang afneemt, naarmate de repositie voortgaat.
- 2) De breukzak gaat tegelijk met zijnen inhoud door de breukpoort; terwijl hij na goede repositie terugblijft en min of meer duidelijk tusschen de vingers kan gevoeld worden.
- 3) Bij schijnreductie hoort noch voelt men het borrelende geruisch, wat in andere gevallen aantoont dat de afgesnoerde darmlis uit de beklemming is verlost.
- 4) Heeft schijnreductie plaats bij een scrotaalhernia dan vindt men de betrokken helft van het scrotum ledig, zonder dat men den breukzak kan voelen; de vinger dringt door instulping der scrotaalhuid in het lieskanaal en kan meestal hier doorheen worden gevoeld.
- 5) De ingebrachte vinger ontmoet dikwijls in de streek der inwendige liesopening een sterken weerstand, die bij hoesten, persen, niezen van den patient en bij het staan sterker wordt.
- 6) In vele gevallen kan men ook hier of daar een gezwel voelen; is bijv. de Hernia naar voren verschoven, dan voelt men ze terug boven de inwendige liesopening naar de spina ant. sup. of naar den umbilicus.

Heeft de verschuiving plaats gehad naar beneden, dan kan men de steeds pijnlijke zwelling voelen in de streek der schaambeenderen.

- 7) Wanneer de schijnreductie niet volledig heeft plaats gehad zoodat niet de geheele Hernia achter het breukkanaal is geraakt, dan zakt ze soms weder uit, en vertoont juist dezelfde eigenschappen als voor de reductie.
- 8) Volledige reductie „en masse” veroorlooft gewoonlijk niet dat de Hernia weer naar buiten kan gebracht worden, tenzij door de operatie.

Voor het overige blijven na schijnreductie de incarceratiesymptomen bestaan, en verergeren in den regel zeer snel, het braken duurt voort, weldra verschijnen daarbij faecaliën, de pols wordt klein en het gelaat begint eene facies Hippocratica te vertoonen.

Volgens Dupuytren bestaat steeds een sterke pijn op de plaats waarheen de Hernia is verschoven; constant komt dit echter niet voor, evenals nog andere wisselende verschijnselen. Zoo heeft men dat tenesmus aangenomen wanneer de hernia op de blaas drukte, en paraesthesiën in de onderste extremiteiten wanneer ze drukt naar achteren op de groote vaten en zenuwen.

Van groot belang is het, dat het feit der schijnreductie dadelijk worde herkend, en toch wordt in vele nieuwere handboeken, Encyclopaedieën en Monographien weinig over dit onderwerp gesproken.

Arnaud heeft evenwel met groote nauwkeurigheid de symptomen der reductie „en masse” beschreven en na hem ook Dupuytren en Streubel.

De diagnose kan bij al deze vrij goed waarneembare kenteekenen nauwelijks twijfelachtig schijnen en toch vindt men bij velen opmerkingen over de groote moeielijkheden die ze daarbij ondervonden.

Een geoefend chirurg, die zelf de reductie heeft uitgevoerd zal slechts zelden kunnen dwalen, maar twijfel kan juist dan ontstaan wanneer de reductie door den patiënt zelf of iemand anders is gedaan, wanneer zich duidelijk een zwelling laat voelen, de buik opgezet is en collapsus intreedt.

Het schijnt dat de gevallen van volkomene schijnreductie meer voorkomen dan die van onvolkomene, althans Streubel noemt van de eerste soort 42 en van de tweede 18; hij gelooft echter dat toch de onvolkomene de meerderheid hebben, en dat de chirurgen dikwijls een gedeeltelijke repositie van beklemdre breuk in de plaats daarvan hebben vermeld.

Wat de symptomen bij onvolkomen schijnreductie betreft, deze zijn nagenoeg dezelfde als bij de volkomene; alleen vindt men hier de breukpoort en het breukkanaal

meestal aangevuld met een deel der Hernia zelve of van den breukzak en bovendien kan in vele gevallen het breukgezwel weer naar buiten komen.

Arnaud vermeldt een geval waarbij hij een volumineuse scrotaalbreuk reponeerde; tegelijkertijk echter merkte hij dat in dezelfde mate een gespannen tumor in den buik verscheen in de richting naar de spina ant. sup. Hier kon de diagnose niet twijfelachtig zijn.

De meeste gevallen van schijnreductie zijn vermeld bij liesbreuken; Streubel haalt slechts 8 voorbeelden aan van Herniae Crurales en geeft als vermoedelijke oorzaak op, dat de breukzakhals bij deze Herniae veel vaster is vergroeid met het bindweefsel van het breukkanaal; ware dit niet zoo, dan zouden juist de ruimte en rekbaarheid van het dijkkanaal en de geringe hoogte van den voorwand daarvan, gunstige praedisponerende momenten aanbieden.

Uit de voorbeelden, van schijnreductie, die in de literatuur vermeld zijn, wensch ik enkele aan te halen die nauwkeurig zijn beschreven en tevens de hoofdvormen vertegenwoordigen.

„Es gilt bei allen Praktikern für eine ausgemachte Wahrheit, dass keine Bruchoperation der andern gleicht, und dass man bei einer jeden auf mehr oder weniger Unerwartetes gefast sein muss.” 1)

Deze woorden worden door Prof. Koster aangehaald aan het hoofd van zijn opstel over de „waarneming eener liesbreuk, waarbij de breukzak grootendeels achter den buikwand lag.” 2)

Het schijnt me niet onbelangrijk, een kort overzicht van deze mededeeling te leveren, daar ze een zeer nauwkeurig waargenomen geval bevat eener langzame terug-

1) Von Textor, Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg 1857, 7ten Band S. 35.

2) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1860 pag. 4.

schuiving van een deel des breukzaks in de buikholte, zoodat ten laatste een groot deel van dien zak achter en een ander gedeelte er van voor den buikwand kwam te liggen.

De patient J. P. Kool een krachtig en gezond werkmán, werd den 4 December 1858 in het ziekenhuis te Rotterdam opgenomen.

Van zijn 9^e jaar leed hij aan een linker liesbreuk die door een spica inguinalis werd teruggehouden en met tamelijk veel moeite kon worden gereponeerd.

Dikwijls had hij ook reeds beklemmings-verschijnselen vertoond en volgens zijn beweren ging nooit de breuk geheel naar binnen, maar bleef er steeds een klein gedeelte buiten, waarmede de testikel samenhing.

Den 2^{en} December was de breuk weer uit gezakt en veroorzaakte vrij sterke pijnen, die ook na de gewone gedeeltelijke repositie niet weken.

Den volgenden morgen had patient nog ruime defaecatie en het breukgezwel was weer iets grooter geworden.

Thans echter mislukten alle pogingen ter reductie en incarceratie-verschijnselen begonnen zich te vertoonen zoodat opname in het ziekenhuis noodzakelijk geacht werd.

Een zekere diagnose van den toestand kon niet worden gemaakt, maar 's avonds werd wegens de toenemende beklemmings-symptomen tot de herniotomie besloten dic door Dr. Polano werd verricht.

Daarbij bleek, dat alleen een groot gedeelte van het

omentum zich in den breukzak bevond en daarmede op verscheidene plaatsen vergroeid was door middel van stevige strengvormige adhaesies. Nadat deze adhaesies waren losgemaakt gelukte het niet om het omentum geheel te reponeren ofschoon men geen belemmerende plaats konde vinden; een gedeelte van het net liet men nu in de wond liggen die gesloten werd met kleefpleisterstrooken en bedekt met compressen en spica.

Na de operatie nemen de incarceratie-verschijnselen steeds aan hevigheid toe en den 6 Dec. treedt de exitus lethalis in.

De Sectie levert het volgende:

Langs het omentum kan de vinger schijnbaar in de buikholte gebracht worden, maar het kan niet geheel worden gereponeerd.

Bij het openen der buikholte blijkt, dat het omentum majus strak over de uitgezette intestinen is uitgespannen, welke spanning veroorzaakt wordt doordien het vastzit in de linker regio inguinalis.

Een gedeelte van den dunnen darm, beneden in de buikholte is geheel ledig en saamgevallen en verliest zich met het net in eene nog te beschrijven zwelling uit welke het intestinum tenue weder sterk uitgezet en rood gekleurd te voorschijn treedt.

Genoemde zwelling wordt omvat door het peritoneum parietale dat zich uitstrekt van den voorsten buikwand

in den streek van het lieskanaal, naar achteren en boven, en dan door zich om te slaan de opening vormt die het omentum en eene darmlis omgeeft, die sterk met elkaar vergroeid zijn; verder loopt het peritoneum door het lieskanaal heen alwaar eene nauwte ontstaat; en in het scrotum bevindt zich een peritonealzak die slechts met omentum is gevuld, hetwelk door de incisie naar buiten hangt. Ofschoon nu de inwendige opening van het gezwel (de breukzakhals) niet sterk gesnoerd was om het omentum en de darmlis, zoo had toch dadelijk beklemming plaats, wanneer men trachtte deze deelen te reponeeren.

De darmlis was zoodanig opgevuld met vaste faecaalstoffen, dat ze bij pogingen tot repositie niet doorgingen, maar integendeel zich ophoopten en veroorzaakten dat de darmwanden sterker tegen de randen der opening werden aangedrukt.

Voor het feit, dat een gedeelte der Hernia zich niet liet reponeeren bestond ook voldoende reden.

Men vond namelijk eene vergroeiing tusschen de uitwendige wanden der tunica vaginalis propria testis en van den breukzak; en het onvolkomene der reductie gedurende het leven laat zich gereedelijk daaruit verklaren, dat de testikel die onder aan den breukzak verbonden was en mede opgevoerd werd het volledig naar binnen brengen belette waardoor ook het spoedig uitzakken weer volgde. Had deze samenhang niet bestaan, dan was misschien

door eenigszins krachtige pogingen tot Taxis in geval van beklemming, reduction „en bloc” op de gewone wijze gevolgd, terwijl nu de breukzak, jaren lang, dikwijls teruggeschoven, maar nooit geheel ingevoerd werd, tot dat eindelijk een groot gedeelte zich achter den buikwand bevond.

Daar de inwendige opening van den breukzak zoo hoog lag, dat zij met den vinger niet kon bereikt worden was eene opheffing der incarceration onmogelijk. Men kon niet anders meenen, dan dat de vinger zich binnen de cavitas peritonei bewoog, terwijl hij inderdaad nog slechts in het achter den buikwand gelegen deel der breukzak was.

Vandaar dat men, na het losmaken van het net, de operatie als geëindigd moest beschouwen, en later bij het voortduren der beklemmingsverschijnselen eene andere, middelijke, niet met de breuk in verband staande oorzaak meende te mogen aannemen. Hier ware de Laparotomie op hare plaats geweest; eene ruime insnijding in den buikwand en het er achter gelegen gedeelte van den breukzak, had zijne inwendige opening bereikbaar gemaakt; na het klieven daarvan had men den waren stand van zaken gedurende het leven kunnen herkennen en den dood voorkomen.

De gevallen van schijnreductie mij persoonlijk bekend zijn de volgende.

I. In Juni 1880 onderzocht ik een 45jarig man, melkboer van beroep, bij wien voor 15 jaar eene reductie „en masse” had plaats gegrepen. De breuk, die nog al eens uitzakte, niettegenstaande het dragen van een breukband was in 1865 des avonds door hem zelven naar binnen gebracht.

Daarop kreeg patient hevige buikpijn, er ontstond braken enz. Des morgens werd Dr. Fabius geroepen, die de verschijnselen met de breuk in verband bracht en Prof. Tilanus' hulp inriep.

Boven de rechter lies was toen de buik gespannen en pijnlijk bij druk; het scrotum was rechts ledig, buitendien waren er alle algemeen verschijnselen van hernia incarcerata.

Nadat de diagnose gesteld was op schijnreductie van

een liesbreuk, werd besloten tot de operatie over te gaan.

Prof. Tilanus verwijdde den uitwendigen liesring en kliefde de buikspieren naar buiten, waarop een darmlis en een zak achter den buikwand gevonden werd.

Eene inwendige opening (breukzakhals) was op een handbreedte afstand van den uitwendigen liesring te vinden.

Na verwijding van die opening konden de darmen, die een gezond doch hyperaemisch uiterlijk hadden, naar binnen, en de zeer losse breukzak naar buiten gebracht worden; aan den hals werd de zak met een draad afgesnoerd en de breukzak afgesneden.

Hier was ook, zooals in den regel, de hernia tusschen peritoneum en fascia transversa geschoven.

De genezing had geregeld plaats; de draadlus werd na 14 dagen losgesneden, daar hij was ingegroeid. Aanvankelijk scheen de breuk genezen; intusschen werd den man een breukband gegeven.

Door de vriendelijkheid van Dr. Fabius was ik nu in staat 15 Juni ll. den man te onderzoeken. Patient is gezond, heeft geen last van de breuk, die hij in den regel kan inhouden en ook na eene uitzakking, gemakkelijk kan reponeeren, daar de breukpoort zeer wijd is en een paar vingers toelaat.

II. Het tweede geval heb ik zelf geobserveerd; het betrof een man van 36 jaar, metselaar van beroep; die den 19 November 1879 in de chirurgische kliniek alhier werd opgenomen.

De man heeft eene hernia congenita en daarvoor steeds een breukband gedragen, die hem echter in den laatsten tijd te klein werd. Het gebeurde daardoor nog al dikwijls dat de hernia uitzakte; die dan weer door hem zelf werd gereponeerd.

Dit was den 26^{en} November het laatst door hem gedaan; maar 's nachts daarop kreeg hij hevige pijn gepaard met braken.

De behandelende medicus gaf hem morphine-injecties, clysma's enz., nadat de door hem beproefde taxis was mislukt.

Status praesens. Pat. komt tegen 5 uur 's middags in en vertoont uiterlijk niet het minst het karakteristieke voorkomen van een lijder aan hernia incarcerata; hij is krachtig gebouwd en ziet er gezond en flink uit. Pols en temperatuur zijn normaal.

Bij inspectie van den buik en van de omliggende deelen, bemerkt men rechts aan het abdomen een enormen tumor, die begint boven het ligamentum Poupartii, en zich uitstrekt tot een paar vingers breed onder den navel; bij druk is de tumor zeer pijnlijk en bij percussie hoort men een duidelijk tympanitisch geluid.

De uitwendige liesring is vrij, en laat den vinger toe; de rechter helft van het scrotum is ledig.

De diagnose wordt gesteld op Hernia inguinalis incarcerata na schijnreductie achter den buikwand.

Nadat Prof. Tilanus vruchteloos getracht had de breuk door den inwendigen liesring naar buiten te brengen, werd reeds 's avonds tot de operatie overgegaan.

De buikbekleedingen worden van uit den uitwendigen liesring naar buiten gekliefd; de breukzak vertoont na opening eene groote ontstoken darmlis, die om zijn as gedraaid is, bovendien ziet men een vrij groote hoeveelheid sero-purulent vocht.

Aan de voorzijde is slechts een zeer dunne spierlaag.

De hals van den breukzak is diep gelegen, en groot; ze laat dien vinger, ter lengte van een duim toe, daarnaast ligt ook de testikel vrij in de holte.

Tot onze groote verwondering bevond zich aan de voorzijde van de darmlis een plek gangraen ter grootte van een halven gulden, groenbruin van kleur en bedekt met dof peritoneum.

De roode darmlis werd gemakkelijk naar binnen gebracht; het gegangraeneerde gedeelte echter buiten gelaten en rondom met hechtingen van fijne zijde vastgenaaid aan den breukzak; de wond werd grootendeels gehecht, zoodanig dat het plek gangraen achter de opening vrij lag. Alles werd onder streng antiseptische voorzorgen verricht.

Het was niet duidelijk of de hernia zich bevond in de retroperitoneale weefsellaag of tusschen de spieren; zeker is het dat de breuk zak niet los en bewegelijk was

en dat diens achterwand eene aanmerkelijke dikte bezat.

Patient heeft gedurende zijn geheele leven, zelf de breuk gereponeerd waardoor het lieskanaal langzamerhand verlengd is, en eindelijk de darmlis nooit meer geheel in de buikholte terecht kwam, maar aan het einde bleef liggen. In het breukkanaal ontstond daardoor eene „ausbuchtung” die gaandeweg grooter werd en eindelijk aanleiding gaf tot de incarceratie.

Hoe die nu in zulk een hevige mate tot stand heeft kunnen komen, is niet recht duidelijk.

Het aanhechten van den darm aan den breukzak waardoor verhinderd werd, dat septische stoffen en later faecaliën in de buikholte of ook in den breukzak werden uitgestort, voldeed volkomen aan het oogmerk. Den volgenden dag was het gangraen grooter, doch de darm nog niet geperforeerd; dit geschiedde eerst den derden dag, toen de darm goed aangekleefd was.

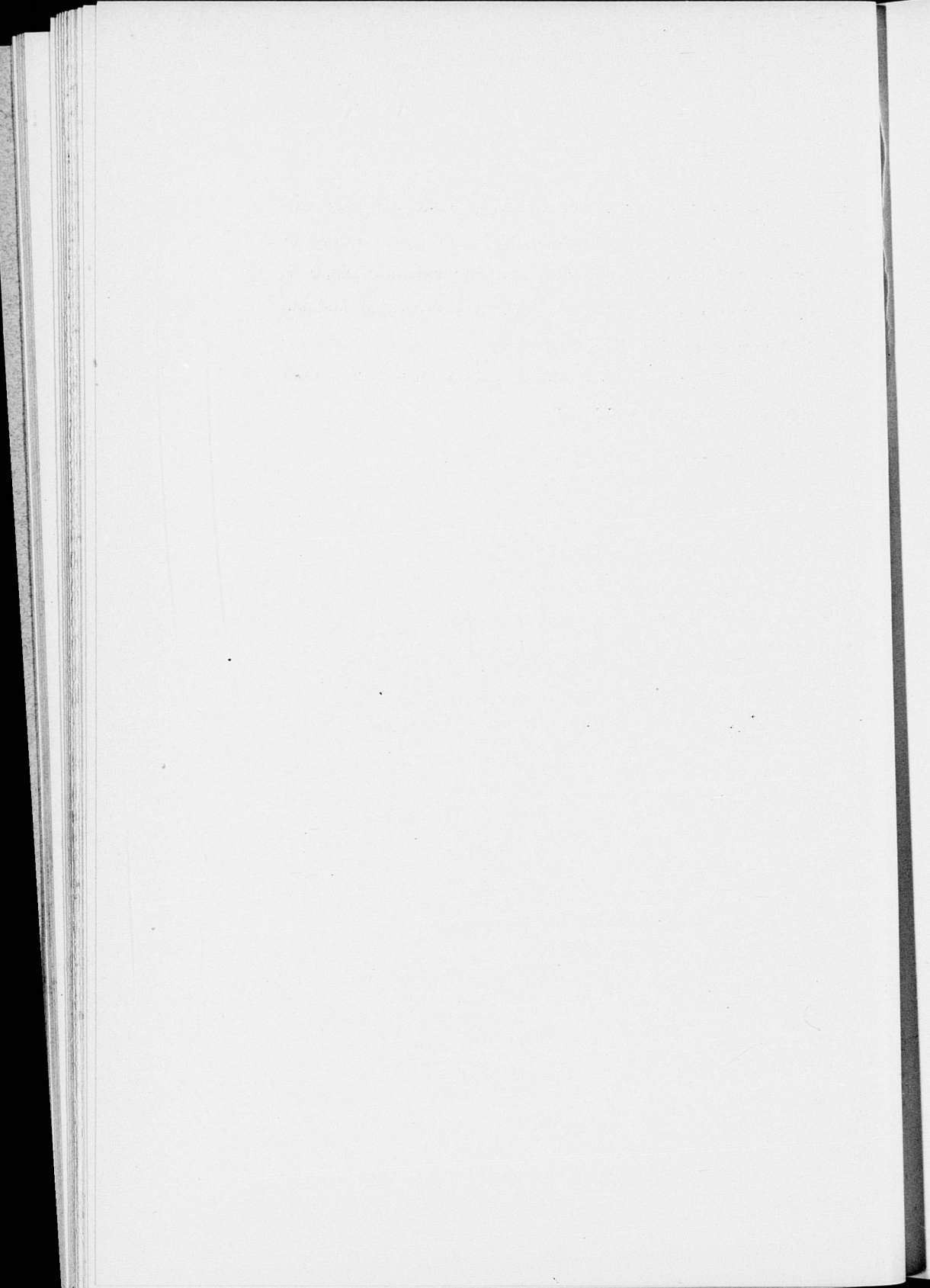
Nu vloeiden er faeces naar buiten en het aseptisch verband kon weggelaten worden, terwijl de wond verder werd rein gehouden.

Allengs werd de hoeveelheid faecaliën die door de opening naar buiten kwam minder; eene dunne defaecatie per anum volgde weldra, en de opening sloot zich nagenoeg geheel, zoodat na 6 weken nog slechts een zeer smalle fistuleuse gang was overgebleven.

Gedurende het genezingsproces was er geenerlei koortsige of inflammatoire reactie bij patient waar te nemen.

Gelukkig dat slechts een derde gedeelte van den omtrek des darms in gangraen was gevallen, zoodat er zeker wel eene vernauwing van de beklemde plaats is overgebleven, maar niet zoo, dat deze ernstigen last aan den voortgang der faeces bezorgt.

Immers na maanden vond ik patient heel wel, zonder gebruik van een breukband.



TABEL VAN GEVALLEN
VAN
SCHIJNREDUCTIE.

Herniae inguinales externae. Geheele reductie.

	Schrijvers.	Geslacht en Ouderdom.	Taxis door een Chir. of Persoonlijk.	Behandeling.	Afloop.	Literatuur.
1	Arnaud. . .	M. 30 à 40	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Traité des Hernies 1749 Paris.
2	Vacher . . .	M. 30	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Arnaud Loc. cit.
3	Arnaud. . .	M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Loc. cit.
4	G. de Lafaye		Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Cours d'opérat. de Dionis. Paris. 1751.
5	Id.	M. 40	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Ibidem.
6	P. Lassus .	M.	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	De la médecine opérat. Paris an 3.
7	Sabatier . .			Geopereerd.	Genezen.	Idem.
8	Viguerie . .			Geopereerd.	Genezen.	Mémoires de l'Acad. de Toulouse t. 3.
9	Larvey . . .			Niet Geop.	Gestorven.	Journal de Sédillot t. LXXVI.
10	Scarpa . . .	M. 13	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Sull'ernia Mém. Paris 1819.
11	Dupuytren .	M. 23	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Sabatier Paris 1824 t. III.
12	Pelletan. . .	M. 19	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Clinique chirurg. t. III.
13	Dupuytren .	M. 65	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Journ. compl. des sc. méd. Paris. 1830.
14	Gama Bégin	M.		Niet Geop.	Gestorven.	Journ. univers des sc. med. 1829.
15	Sanson . . .	M.		Niet Geop.	Gestorven.	Revue méd. franc. et étr. 1830 t. III.
16	Id.	M.	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.

15	Sanson . . .	M.	Niet Geop.	Gestorven.	Revue méd. franc. et étr. 1830 t. III.
16	Id.	M.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
17	Id.	M.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
18	Ulrich. . . .	M. 40	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel. Leipzig, 1864. Scheinre- ductionen.
19	B. Cooper .	M. 68	Niet Geop.	Gestorven.	Guy's hosp. Reports t. III.
20	Banner. . . .	M. 24	Niet Geop.	Gestorven.	Teale Treatise on abdominal hernia. London 1846.
21	F. Lücke. .	M. 30	Geopereerd.	Genezen.	Med. Chir. Transactions t. XXVI.
22	Id.	M. 40	Geopereerd.	Genezen.	Journal de Malgaigne 1844. t. II.
23	Wade. . . .	M. 75	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel. Loc. cit.
24	Dieffenbach.	M. 60	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
25	Id.	M. 30	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.
26	Grossmann .	M. 40	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
27	Melchior . .	M. 62	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
28	Robert . . .	M.	Geopereerd.	Genezen.	Union Méd. 1849.
29	Syme	M. 50	Geopereerd.	Genezen.	Edinb. Med. Journal 1860.
30	Curling. . .	M. 45	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.
31	Lücke. . . .	M. 77	Geopereerd.	Genezen.	Loc. cit.
32	Palcari . . .	M. 30	Geopereerd.	Genezen.	Turati loc cit.
33	Scriba. . . .	M. 42	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
34	Hahn. . . .	M. 36	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.
35	Textor . . .	M. 60	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.
36	Thilenius . .	M. 50	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.

Schrijvers.	Geslacht en Ouderdom.	Taxis door een Chir. of Persoonlijk.	Behandeling.	Afloop.	Literatuur.
37 Dieulafoy . .	M. 70	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Journal Méd. de Toulouse 1858.
38 Id.	M. 30	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
39 Palamidessi	M. 60	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
40 Partridge . .	M. 54	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.
41 Arnut	M. 35	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
42 Poland	M. 35	Pers.	Geopereerd.	Idem.	Idem.
43 Id.	M. 66	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
44 Gruber	M.	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel
45 Id.	M. 32	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
46 Larquet de Vasigny . .	M. 53	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Gazette des Hôpitaux 1861.
47 Schmidt . . .	M. 42	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Streubel.
48 Nélaton . . .	M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Dissertatione Hern. en Laparatomie Dorpat, 1861.
49 Haken	M. 23	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.
50 Bach	M. 27	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Gazette des Hôpitaux 1863.
51 Richet	M. 42	Pers.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem 1863.
52 Gosselin . . .	M.	Pers.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem
53 Streubel . . .	M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
54 Wahl	M. 36	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Turati.

53	Streubel. . . M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
54	Wahl M. 36	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Turati.
55	Turati M. 50.	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
56	Syme M. 50	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
57	Werner M. 35	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
58	Velles M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
59	Verner M. 49	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
60	Bottini M.	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
61	Id.	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.
62	Max. Muller	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
63	Mason M. 32	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
64	Turati M. 40	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
65	Gosselin . . . M. 45	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Plantié Thèse de Paris 1879.
66	Trélat M. 35	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
67	Tilanus.	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Zie boven pag. 27.
68	Tilanus.	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Zie boven pag. 29.

Gedeeltelijke reductie.

1	Arnaud M. 65	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Plantie Thèse de Paris 1879.
2	Dupuytren . . M. 40	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Lec. orales 1832 Paris.
3	Id.	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.
4	C. Bel M. 47	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Lond. Med. Gazette 1828.
5	Sanson M. 27	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Journ. den sc. méd. Paris.
6	B. Cooper . . . M. 67	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Teale op cit. 1843.

Schrijvers.	Geslacht en Ouderdom.	Taxis door een Chir. of Persoonlijk.	Behandeling.	Afloop.	Literatuur.
7 Lücke . . .	M. 39	Chir.	Niet Geop.	Genezen.	Lond. méd. Gazette 1859.
8 Cruveilhier .	M. 40	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Anat. Patholog. Paris 1849.
9 Lucke . . .	M. 79	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Lond. med. Gazette 1859.
10 Paget . . .	M. 23	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Med. Times 1863.
11 Id.	M. 41	P. en Ch.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
12 Ward . . .	M. 28	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	The Lancet.
13 Id.	M. 19	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Med. Times 1854.
14 Id.	M. 37	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.
15 Delaharpe .	M.	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Streubel.
16 Dieulafoy .	M.	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Journ. de méd. 1858.
17 Ulrich . . .	M. 23	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Streubel.
18 Stanley . . .	M. 32	Pers.	Geopereerd.	Genezen.	Méd. Times 1861.
19 Curling . . .	M. 24	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
20 Francke . . .	M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Streubel.
21 Demarquay	M. 31	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Union Méd. 1864.
22 Outrelpont .	M. 27	Pers.	Geopereerd.	Gestorven.	Turati.
23 Hutchinson.	M. 45	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
24 Turati	M. 16	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Idem.

Herniae inguinales internae.

Schrijvers.	Geslacht en Ouderdom.	Taxis door een Chir. of Persoonlijk.	Behandeling.	Afloop.	Literatuur.
1 Regnoli . . .	M.	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Turati.
2 Zeis	M. 70	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.

Herniae Crurales.

1 Leedran . . .	M.	Chir.	Niet Geop.	Gestorven.	Obs. de Chir. LVIII.
2 Callisen . . .	Vr. 40	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Streubel.
3 Dupuytren .	Vr.	Chir.	Niet Geop.	Cestorven.	Leçons orales.
4 Id.	M. 55	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Idem.
5 Id.	Vr. 59	Chir.	Niet Geop.	Genezen.	Idem.
6 Hartmann .	M. 35	Chir.	Geopereerd.	Genezen.	Streubel.
7 Bérard . . .	M.	Pers.	Geopereerd.	Gestorven.	Demeaux loc. cit.
8 Streubel . . .	Vr. 50	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Idem.
9 Abegg	Vr. 51	Pers.	Niet Geop.	Gestorven.	Turati.
10 Richet	Vr. 61	Chir.	Geopereerd.	Gestorven.	Plantié thèse de Paris 1879.

Uit de chir. kliniek van Dorpat 1) vind ik een geval vermeld van aangeboren breuk, waarbij schijnreductie had plaats gehad, zoodanig, dat het intestinum werd beklemd in een divertikel van het peritoneum tusschen de huid en de buikspieren. De operatie, die door Prof. von Wahl werd uitgevoerd had geen gunstig gevolg, en de sectie leverde het volgende :

Door den geopenden breukzak komt men gemakkelijk tot de inwendige opening van het lieskanaal, maar buitendien wordt de vinger geleid onder de Fascia superficialis, boven het Ligamentum Poupartii, in de richting naar boven en buiten. Aldaar bevond zich het Diverticulum tusschen huid en spieren.

Deze zitplaats van den Divertikel was tot nog toe niet beschreven, terwijl op zich zelf reeds de vorming daarvan tot de zeldzaamheden behoort.

Bij het nagaan van de operatie-methoden die gevolgd

1) Berl. klin. Wochenschrift 1879, No. 46.

zijn door de verschillende schrijvers blijkt dat allen nagenoeg denzelfden weg hebben gekozen.

Zoo vind ik b.v. ook nog uitvoerig een geval beschreven van Trélat in het Hôpital de la Charité te Parijs 1).

De incisie wordt gemaakt in de streek van den breuk, en gewoonlijk parallel met de lengte-richting van het kanaal; nadat men den breukzak heeft gevonden wordt deze al of niet geopend, maar in alle geval trekt men de hernia naar buiten, zoodat de plaats der beklemming bereikbaar en zichtbaar wordt.

Is de operatie zoover gevorderd, dan behoeft men slechts de regels der gewone Herniotomie toe te passen.

Van tijd tot tijd zijn er voorstellen gedaan om van methode te veranderen; zoo ook een Engelsch Chirurg, Annandale die het denkbeeld heeft geopperd om van den directen weg af te wijken en langs indicten weg de schijnreductie te behandelen.

Dat daarbij de Laparotomie moet gedaan worden, m. a. w. de peritonealholte geopend, schijnt hij niet als een overwegende zaak te beschouwen; de moderne wondbehandeling volgens Lister geeft hem waarborgen genoeg voor het onschuldige der operatie.

Het kon wel niet lang uitblijven dat er kritiek op

1) De Progrès Medical 1879, No. 11.

Annandale's voorslag zou geleverd worden; velen intusschen konden zich zeer goed met hem vereenigen, totdat na eenigen tijd Spence eene uitvoerige beschouwing heeft geleverd over dit onderwerp en daarbij tevens de indicaties voor de verschillende methoden heeft besproken.

Annandale gaf zijne denkwijze te kennen in een stuk getiteld: *Case in which a strangulated Hernia reduced „en bloc” was relieved by a Median abdominal incision* 1).

In Juli 1878 werd Arrandale geroepen bij een patient die leed aan eene hernia inguinalis externa. De breuk was steeds reponibel, maar nadat hij ook nu weer was uitgezakt, vertoonden zich incarceratie-verschijnselen.

Intusschen werd de repositie zonder veel moeite bewerkstelligd en het gezwel was geheel verdwenen; niettemin voelde de lijder in 't geheel geene verlichting en het scheen Annandale zeer waarschijnlijk dat er schijnreductie had plaats gevonden.

Dadelijk werd tot operatieve ingrijping besloten en eene incisie gemaakt van 3 duim lengte in de linea alba, ongeveer midden tusschen de pubis en den umbilicus. Nadat de buikholtte geopend was, kon al spoedig ge-

1) Edinburgh Medical Journal 1879, Febr.

voeld en gezien worden dat een kleine darmlis bekneeld zat in de hals van den breukzak, die naar binnen was gestulpt. Een lichte tractie naar binnen was voldoende om de incarceratie op te heffen; de operatie geschiedde aseptisch en de wond werd met zorg gesloten en verbonden.

De lijder hield zich niet rustig, maakte veel beweging en succombeerde ongeveer 10 uur later.

Bij de sectie bleek dat de breukzak geheel ledig en vrij in de buikholte lag; voorts werd een ontstoken darmlis gevonden en algemeene peritonitis.

Voor de publicatie van dit geval had Annandale twee redenen.

- 1) Omdat de toestand hier voor het eerst gedurende het leven van den lijder was gezien en onderzocht en
- 2) Uit een operatief-therapeutisch oogpunt.

De algemeen aangenomen behandeling van schijnreductie der beklemde breuken bestaat toch in het openen van den breukzak van uit de streek waar zich de breuk bevonden heeft en daarna in het opheffen der beklemming; maar somtijds stuit men hierbij op moeielijkheden, die veroorzaakt worden door eigenaardige liggingen van de hernia.

Nu zegt Annandale; zonder twijfel moet men, wanneer nog een tumor te voelen is, deze blootleggen door plaatselijke incisie; maar indien er geen tumor is waar te nemen, dan moet de voorkeur worden gegeven aan een mediane adominale incisie.

„The case with which a strangulated portion of gut

is relieved, when a gentle traction is made upon it from within is remarkable, and a median incision has the additional advantage, that by means of it any complication, such as a twisting or adhesion of the intestines, be recognised and relieved much more readily than through an opening made in the inguinal or femoral regions."

Dezelfde schrijver bepleitte reeds in hetzelfde tijdschrift van 1873 het voordeel van mediane incisies in bijzondere gevallen van *Hernia incarcerata* en deelde toen nog een geval mede van beklemde umbilicaal-breuk waarbij hij deze methode had toegepast.

Hij drukt den wensch uit, dat de laparatomie in aanmerking zal komen, in gevallen waarbij eenige contra-indicatie tegen de herniotomie mocht bestaan; ook zegt hij, dat thans aan de laparatomie geene grootere gevaren zijn verbonden.

In Engeland gaf het opstel van Prof. Annandale aanleiding tot veelvuldige discussies, en menigeen gaf zijn instemming met de nieuwe methode te kennen.

Weldra evenwel verscheen een stuk van Prof. Spence van geheel tegenovergestelde strekking en getiteld *Observations, Symptoms and Treatment of Constricted or Strangulated Herniae reduced „en bloc”* 1).

Spence geeft toe, dat in alle gevallen van zoogenoemde inwendige beklemming de laparotomie het beste operatieplan aangeeft; maar hij wenscht aan te toonen dat bij

1) Edinburgh med. journ. 1879. Aug.

réduction „en bloc” zooveel doenlijk de herniotomie moet worden verricht. Hij beschrijft in hoofdzaak het tot stand komen der schijnreductie en wil dan deze streng scheiden van de andere beklemmings-oorzaken die dezelfde verschijnselen opleveren.

Elke reponibele hernia namelijk die slechts inwendige beklemmings-momenten bezit kan weder te voorschijn gebracht worden door hoesten, persen enz. Eveneens kan zulks geschieden bij die gevallen van schijnreductie, waarbij het breukgezwel zich nog geheel of gedeeltelijk in het kanaal bevindt.

Maar bij de ware reduction „en masse” is de hernia zoodanig verplaatst tusschen de verschillende lagen van den buikwand of daarachter dat zij geheel onbewegelijk blijft.

Wat aangaat de behandeling, hoe eerder men operationele maatregelen neemt des te beter; en volgens Spence heeft bij ware schijnreductie, de herniotomie verreweg de voorkeur.

Want men legt dan direct het breukkanaal open en is dan zeker de hernia te vinden zooals die beklemd is door zijn verhouding tot het peritoneum; indien de incisies slechts goed gemaakt zijn, wordt de hernia ook gemakkelijk gevonden en kan met weinig moeite door het kanaal naar buiten worden gebracht.

Dan kan men de gewone herniotomie doen, den zak openen en den inhoud nazien, voor het geval dat de

intestinen niet in een toestand verkeeren, dat ze veilig naar binnen kunnen gebracht worden. Vervolgens heft men de beklemming op, en voelt of er adhaesie met den darm voorhanden zijn; en is dit niet het geval, dan haalt men men dien te voorschijn om dat gedeelte in in het gezicht te krijgen, dat onmiddellijk onder den invloed der beklemming heeft verkeerd.

Want dit deel van den breukinhoud maakt juist het gevaarlijk punt uit en moet nauwkeurig worden onderzocht.

Dit alles geschiedt nu terwijl de onderzochte deelen als 't ware buiten de buikholte verkeeren en met weigevaar om uitstorting van faecaliën in de peritonealholte te krijgen.

In de gevallen, zooals ze zeer gewoonlijk voorkomen, bij schijnreductie, dat een gedeelte der intestinen gangraeneus is geworden of in twijfelachtigen staat zich laat aanzien, heeft men het in zijn macht om ze buiten de peritonealholte te behandelen.

Het gebeurt maar al te dikwijls dat de serosa er gezond uitziet, terwijl op de plaats der constrictie de mucosa reeds is aangedaan, geneigd tot ulceratie en perforatie met de fatale gevolgen daaraan verbonden.

Bestond er derhalve eenige reden tot twijfel, dan moet wel dadelijk de constrictie worden opgeheven maar niet direct de gewantrouwde lis naar binnen gebracht.

Indien men de mediane incisie heeft gemaakt, dan komt de darm niet eerder in 't gezicht, voor dat de

incarceratie is opgeheven en de darm gebracht is in de peritonealholte.

Daarom biedt de laparotomie bij herniae incarceratae veel meer gevaren dan de oude en directe methode; heeft daarentegen hoegenaamd geene voordeelen tenzij om eene twijfelachtige diagnose tot zekerheid te brengen; of er een werkelijke réduction „en bloc” of wel eene inwendige beklemming bestaat.

Volgens het boven aangevoerde behoeft zulk een twijfel niet te bestaan; er kan dus dadelijk met zekerheid de een of andere operatie-methode verkozen worden.

De mediane incisie geniet bij inwendige beklemming de voorkeur en wordt tegenwoordig veel meer gedaan dan vroeger, maar toch schijnen de resultaten niet schitterend te zijn, en zij die ze dikwijls hebben uitgevoerd, noemen ze lastig, gecompliceerd en gevaarlijk.

't Is waar dat de laparotomie somtijds direct den weg wijst naar de zitplaats der incarceratie; veelal echter raakt men verward in de intestinen en moet een groot deel daarvan, gedurende geruimen tijd buiten de buikholte vertoeven. Den operateur wordt het op die wijze lastig gemaakt en voor den patient is het gevaarlijk.

Veronderstel nog het beste geval, dat de vinger komt langs den gestreken darm tot de plaats van constrictie, wat staat dan te doen? de chirurg. kan geen oordeel uitspreken, voor dat hij door tractie den darm uit de breukstreek heeft getrokken naar de incisielijn.

Maar thans begint het groote gevaar; wel is waar wordt beweerd dat de bevrijding van den breukzak-inhoud gemakkelijker geschiedt door tractie van binnen, dan door pressie van buiten, maar dit gaat alleen door voor de gevallen, waarin de uitzakking van jongen datum en de incarceratie nog niet zeer sterk is, dus in een vroeg tijdperk der beklemming.

Bij réduction „en bloc” komt men echter slechts zelden in een vroeg tijdperk tot de operatie.

Meestal leidt de onderstelling dat de repositie goed gelukt is, tot tijdverzuim en tot een temporiseerende behandeling.

De actus der schijnreductie zelf heeft in den regel nog de beklemming verergerd en alzoo de neiging tot morbide alteratie van den darm verhoogd.

Daarom heeft men dikwijls de treurige gevolgen van de tractie naar binnen moeten zien.

De preparaten van lethale gevallen toonen aan, wat er kan gebeuren; in sommige gevallen werd de darm verscheurd ter plaatse waar hij geadhaereerd of gealtereerd was, en de inhoud moest dan in de peritoneaal-holte geraken.

Gelukte het soms niet door tractie de beklemming op te heffen dan moest het mes te hulp worden genomen; terwijl men daarbij gevaar loopt niet alleen de bloedvaten, maar voornamelijk de gespannen intestinen beneden de plaats van constrictie te raken.

Want thans kan de chirurg den darm niet ter zijde houden of er op letten, zoo als hij doet bij de gewone operatie van buiten.

Dat alles kan toch goed afloopen, maar wat heeft men gewonnen, indien men bij de laparotomie een geheel en maar gangraeneusen zieken darm te voorschijn haalt?

Eene behandeling buiten de buikholte is thans onmogelijk en voor het aanleggen van een anus praeternaturalis biedt het operatie-veld geen zeer geschikte plaats aan.

Na alles te hebben nagegaan zegt Spence : I feel satisfied that the ordinary direct method of operating in cases of strangulated hernia reduced „en bloc” is the proper procedure, founded on true principles, and decidedly preferable to mesial abdominal section.

Voorts waarschuwt hij ten sterkste tegen lang verwij wanneer zich beklemmings-verschijnselen voordoen, of wanneer die voortduren na eene schijnbare repositie. Daarom is het verkeerd een palliatieve behandeling met opiaten te beproeven, want de urgente symptomen worden daardoor gemaskeerd, en men komt tot te lang uitstel.

For my own part, from what I have seen, I would say that if, under such circumstances, the protrusion formerly present could not be made to descend by any effort, the operative procedure is clearly indicated, and should be performed at once. In most cases it is only resorted to, too late to save life.

Er blijft mij nog over de behandeling der schijnreductie na te gaan. Zij moet in de eerste plaats zooveel mogelijk eene prophylactische zijn.

Zelfs bij vaste beklemming zal de taxis nagenoeg in alle gevallen tot het doel voeren, indien de druk vlak beneden de incarceratie wordt aangebracht en gelijkmatig circulair uitgeoefend.

Evenzoo bij de herniotomie kan men bij groote voorzichtigheid in den regel tot goede repositie geraken. Hier geldt hoofdzakelijk de vraag: waaraan herkent men den darm? maar het zou me te ver voeren deze kwestie geheel te bespreken die door Pitha uitvoerig behandeld is.¹⁾

In elk geval moet men, zoodra zich de verschijnselen van schijnreductie voordoen, trachten de hernia weder te voorschijn te krijgen.

Somtijds gelukte het bij Schijnreductie na taxis de

¹⁾ Beiträge zur Therapie eingeklemmter Hernien. Prager vierteljahrsschrift 1846 B. 2 p. 180.

uitzakking terug te krijgen, en wel voornamelijk in de gevallen van onvolkomen reductie.

Men heeft dan bij de verdere behandeling rekening te houden met den algemeenen toestand des lijdens, met den graad van beklemming en den toestand der hernia; eene voorzichtige taxis is toch weder geïndiceerd, wanneer men de plaats van inklemming gemakkelijk met den vinger kan bereiken, de incarceratie zelve niet te sterk is, de hernia niet al te pijnlijk, de pols niet te snel de buik niet opgezet is, en wanneer nog geen faecalbraken plaats heeft.

Behoudt evenwel de gereponeerde breuk haar plaats, dan kan men bij niet te dringende symptomen nog eenige oogenblikken afwachten; drastica zijn uit theoretische en practische gronden te verwerpen, maar de aanwending van opium, chloroform, ijs of sterke water-injecties zou nog haar nut kunnen hebben en in enkele gevallen doel treffen.

Meestal blijft de werking der aangewende middelen beneden de verwachting en de eenige toevlucht moet gezocht worden in operatieve hulp.

Het kan intusschen niet ontkend worden dat de herniotomie na schijnreductie veel moeilijker en samengestelder kan zijn dan gewoonlijk bij geïncarcereerde breuken want de breukzak moet dikwijls met moeite worden gezocht en naar buiten gehaald.

Besluit men tot de Herniotomie, dan heeft men ten eerste : de huidsnede.

Een plooi van de huid wordt opgelicht en dicht aan de breukpoort ingesneden. Bij liesbreuken valt de snede gewoonlijk parallel met de lengte as van het breukgezwel en ongeveer met het midden op den uitwendigen liesring; bij dijbreuken kan ook in dwarse richting worden gesneden.

De lengte der incisie richt zich naar verschillende omstandigheden; is de Hernia zeer groot, dan kan de lengte 1—4 centim. bedragen; in andere gevallen kan men met kleinere snede volstaan.

Onder de huid volgt de subcutane fascia, kenbaar daardoor dat ze zich met de huid verschuift. Ontmoet men nu uitgezette vaten, voornamelijk gezwollen venae, dan moeten die voor de doorsnijding dubbel onderbonden worden.

Onder de subcutane fascia volgt een laag, gevormd uit stevige door elkaar verloopende bindweefselvezelen welke laag den breukzak omhult en bij hernia inguinales ook spiervezelen bevat.

Vroeger stelde men zich den breukzak met omliggende lagen voor als genetisch-anatomisch samengesteld uit de physiologische platen en vliezen; en op grond daarvan trachtte men de verschillende lagen van buiten naar binnen één voor één te klieven.

Inderdaad bestaat deze verhouding in den regel niet meer; want de abnorme verhoudingen van drukking, trekking en spanning hebben aanleiding gegeven dat

op sommige plaatsen vergroeiing en atrophie, elders weder hypertrophie is opgetreden.

Al is het nu meestal mogelijk met behulp van pincet en mes laagsgewijze door te dringen; toch worden die lagen willekeurig opgenomen, zonder anatomisch eenige waarde te bezitten.

Soms vormen ze een sterken, fibreusen zak, waarin de breukzak min of meer verschuifbaar gelegen is.

Deze beschouwing is oorspronkelijk door A. Cooper gevonden bij dijbreuken en later door Linhart overgebracht op de andere herniae.

Met den naam van fascia propria worden dan bestempeld al de lagen tusschen breukzak en de subcutane fascie.

Mogen nu velen disseceerder wijze te werk gaan, dezelfde mate van zekerheid heeft men bij het splijten der fascia propria in eens.

Bij volkomen réduction „en masse” is de vrees overbodig dat men onverwacht den breukzak zal raken; immers deze is van zijne omgeving losgemaakt en in de buikholte ingestulpt. Men komt dus na klieving der bindweefsellagen tot het

Blootleggen der breukpoort; dat zeer gemakkelijk geschiedt, omdat bij schijnreductie de breukpoort wijd is en ledig.

Het derde tempo: Opzoeken en naar buiten halen der hernia is alleen noodig na volkomen reduc-

tie, bij herniae inguinales wordt daartoe de vinger gebracht in het lieskanaal om zich te overtuigen van de lengte en breedte daarvan; dan dringt men door tot den inwendigen liesring, die gewoonlijk bereikt kan worden.

Zoover gekomen, laat zich meestal een deel van den gespannen breukzak voelen; ook komt het voor dat de exploreerende vinger gedeeltelijk rondom het gezwel kan bewogen worden.

Incisie van de breukpoort wordt slechts zelden vereischt en alleen in die gevallen, waarbij te weinig ruimte bestaat tot voldoende onderzoek.

Nadat nu de ligging van den breukzak bepaald is, moet men de geschikste wijze uitkiezen om hem naar buiten te brengen.

Is het breukkanaal kort en breed; dan zijn somtijds haken, pincetten of een korentang voldoende; bij een lang kanaal is het noodig de voorste wand daarvan tot in de nabijheid van den inwendigen liesring te splijten; want eerst dan is het mogelijk zonder nadeel de hernia terug te halen.

De splijting van het lieskanaal kan geschieden op de sleufsonde of nog beter op de vinger.

Terwijl op die wijze gewoonlijk het doel wordt bereikt, kan het ook gebeuren dat de breukzak geheel of gedeeltelijk blijft zitten en bij trekking niet volgt.

Men doet dan goed het kanaal nog iets te verwijden en dan zoo mogelijk de ligging te zoeken van den

breukzakhals, die de trekrichting bepaalt; gelukt het nu nog niet, dan kan men den breukzak incideeren, den inhoud naar beneden halen en daarna de ledige breukzak zelf.

Vierde Tempo. Is nu de hernia op een der beschrevene wijzen naar buiten gehaald, dan moet de breukzak geopend of verder geopend en daarna met den vinger geexploreeerd worden naar de plaats der beklemming.

Men voert nu den geknopten bistouri in en incideert den breukzakhals; en wel wanneer de strictuur dik en zeer nauw is op verschillende plaatsen; zoover gekomen haalt men den darm te voorschijn om zich nauwkeurig van diens toestand te overtuigen; bij gezonden staat wordt hij dadelijk gereponeerd, terwijl de zieke darm naar de omstandigheden moet behandeld worden.

Over het verloop van de wond en van darmaandoeningen zoowel als over de therapie wil ik hier niet verder uitweiden; alleen wensch ik op te merken dat bij deze operatiemethode de darm op een geschikte plaats ter observatie kan gehouden worden.

Het schijnt dat de herniotomie na schijnreductie bij velen groote moeielijkheden heeft opgeleverd, althans sommigen hebben eene betere operatie-methode in de Laparotomie meenen te vinden.

Zoo hebben Arnaud, Dieffenbach, Textor e. a. die uitgeoefend bij liesbreuken en Callisen bij een dijbreuk. Terwijl sommigen met de laparotomie nog al waren ingenomen, hebben de meesten haar echter als door-gaande methode verworpen.

De statistieken dienaangaande boezemen zoo weinig vertrouwen in, dat het eigenlijk nauwelijks de moeite waard is ze aan te halen.

Volgens Teratis werd van 87 gevallen 7 maal laparotomie gedaan en dat wel 6 maal met gunstig gevolg. Van 55 gevallen met herniotomie behandeld, verliepen er 13 lethaal. Aan zulke kleine cijfers kan men wel niet veel waarde toekennen.

Zij, die aan de abdominale incisie de voorkeur schon-

ken, voerden daarvoor aan dat men dan direct zou kunnen insnijden op de plaats waar men den breukzak-hals vond of vermoedde. Al naarmate dus het breukgezwel zich vertoonde naar de streek van de spina ilei sup. ant. of naar den umbilicus of naar de fossa iliaca, opende men den buik direct, òf boven het ligamentum poupartii òf in de mediaan lijn.

Er werd ook beweerd dat de geréduceerde hernia in het afgescheurde subperitoneale bindweefsel ontsteking konde teweegbrengen, welke binnen korten tijd adhaesien zou tengevolge hebben, zoodat men na herniotomie den breukzak toch niet konde afhalen.

De tegenstanders der laparotomie meenen intusschen dat deze adhaesien binnen eenige dagen nog niet zoo sterk zijn dat ze het terugbrengen van den breukzak aanmerkelijk konden belemmeren.

Ook vindt men in geen der gevallen waar laparotomie is toegepast, melding gemaakt van vergroeiingen van den breukzak met het peritoneum of de fascia transversa.

Uit een anatomisch-pathologisch oogpunt moet geloof ik, de laparotomie verworpen worden als onnoodig zeer ingrijpend en gevaarlijk.

Want bij volkomene reductie, waarvan toch alleen sprake kan zijn, ligt nog altijd een deel des breukzaks vlak achter de breukpoort, die op zich zelf ook altijd ruim genoeg moet zijn om hetgeen er eens is doorge-

gaan weder door te laten. En al mocht ook de hernia na de reductie zich meer hebben uitgezet en gespannen, dan kan men immers na blootlegging, de breukpoort aanzienlijk verwijderen.

Het kan niet ontkend worden dat de laparotomie ons direkt op eene willekeurige plaats kan brengen die het geschikste schijnt, in vele gevallen kan men denkelijk ook de plaats van inklemming gemakkelijk bereiken en incideeren; dan blijft evenwel nog de breukzak over, die gewond is en als vreemd lichaam in de buikholte ligt.

De verwonding kan allicht ontsteking en suppuratie ten gevolge hebben, en nu heeft men het niet in de macht te verhinderen, dat de etter door den breukzakhals in de peritoneaalholte komt. En wanneer alles goed afloopt dan kan het nog altijd gebeuren dat door den breukzakhals later nog eens intestinen intreden en beklemd worden, zoodat men steeds een gevaarlijke plaats achterlaat.

Eene abdominale incisie biedt ook niet altijd het voordeel aan dat men dadelijk op den breukzak komt en zich de moeite bespaart dien naar buiten te halen, want bevindt zich de hernia in de fossa iliaca, dan komt men na splinging van de fascia transversa op het peritoneum en daarna nog eens op het buikvlies der fossa iliaca dat door den breukzak is opgeheven.

Wil men nu vermijden het peritoneum dubbel te doorsnijden, dan moet men te werk gaan evenals bij onder-

binding van de art. iliaca communis en het peritoneum van den buikwand afprepareeren tot aan de fossa iliaca, eene operatie die een wond van 6—7 centim, vereischt en waarbij het subperitoneaal bindweefsel gewond en verscheurd moet worden.

Dieffenbach heeft, om den terugblijvenden breukzak onschadelijk te maken, dezen teruggedrongen naar de breukpoort; wenschte men van deze manipulatie succès te zien dan moet echter ook nog de breukpoort van beneden worden opengelegd, om den breukzak daardoor naar buiten te halen. Een groot bezwaar blijft bij de laparotomie, zooals boven reeds gezegd is, hoe te handelen met den zieken darm; men kan dien niet in het oog houden buiten de peritonealholte, en mocht er gangraen optreden of perforatie, dan ware een uitstorting van septische stoffen of van faecaliën is de buikholte dikwijls niet te vermijden. Ook voor het aanleggen van een anus praeternaturalis had men misschien geen goede plaats getroffen.

In het opstel van Spence zijn nog enkele nadeelen vermeld aan de laparotomie verbonden, terwijl de meeste voordeelen ten gunste der herniotomie komen.

Ik geloof dus dat bij die soort van schijnreductie welke de eigenlijke réduction „en masse” bevat, steeds de voorkeur moet gegeven worden aan herniotomie. Iets anders is het met dislocaties van de intestinen, waarbij ze worden ingeklemd in oude vastgegroeide bochten en

plooien van den breukzak, hetzij achter de breukpoort of tusschen de buikspieren; want hier vervalt het groote voordeel der herniotomie, dat de breukzak met inhoud en plaats van beklemming naar buiten kan worden gebracht en aldus als 't ware eene extra-péritoneale behandeling kan toegepast worden.

Desgelijks is het met al die soorten van zoogenoemde inwendige beklemming die boven zijn aangehaald. Er komen nu ook nog gevallen voor, waarbij men geene zekerheid heeft waar de beklemming is gelegen en hoe ze tot stand is gekomen; zoo b. v. wanneer geene objectieve teekenen van schijnreductie voorhanden zijn en eene anamnese ontbreekt.

Somtijds wordt alleen verhaald dat er een breuk bestond die gemakkelijk werd teruggebracht terwijl men diagnostiseert dat plotseling eene darmbeklemming moet ingetreden zijn.

Nu wordt het bezwaarlijk tot eene operatie over te gaan wanneer men van den aard en de zitplaats der stoornis niets weet.

Intusschen gelukt het dikwijls eenige aanwijzing te vinden omtrent de te volgen handelingen.

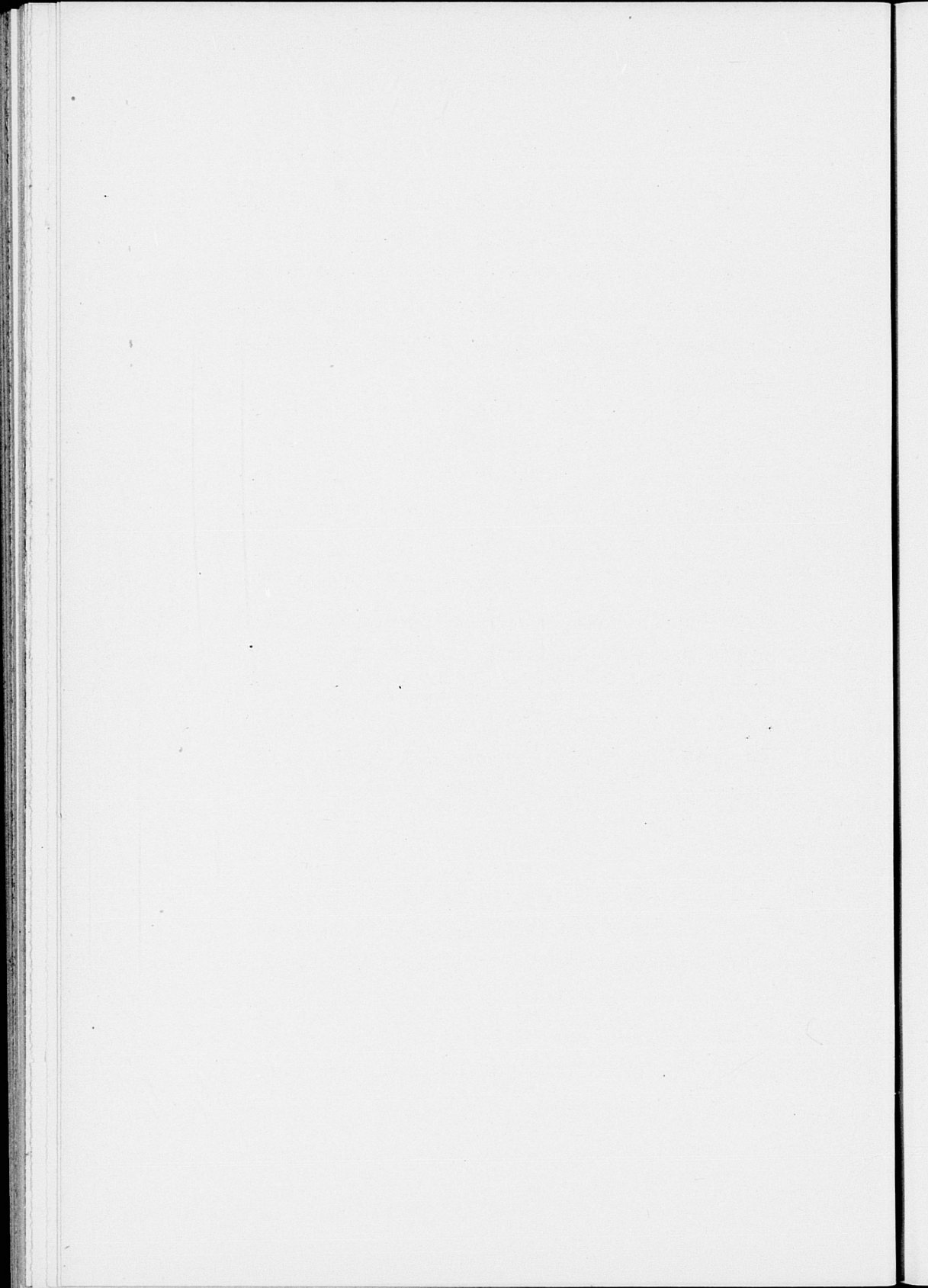
Indien bijv. de patiënt bij het begin der incarceratie-verschijnselen een uitgezakte breuk had, die hij reponeerde, of wanneer die symptomen optraden na de repositie, dan kan men zekerlijk bij een dringenden toestand eene incisie maken in de breukstreek.

Na blootlegging van den breukpoort wordt zorgvuldig onderzocht of er een breukzak aanwezig is.

Zoo ontdekte Regnoli vlak naast den funiculus spermaticus aan den voorsten liesring een opening waardoor hij met den vinger duidelijk een „en masse” geréduceerde inwendige liesbreuk voelde.

Bij het vinden van een breukzak wordt hij dadelijk geopend en de vinger ingevoerd om te onderzoeken of men in de buikholte komt, en of de vingertop een stuk omentum of een darm voelt, welke dan naar buiten moet gebracht worden.

Ligt de breukzak niet voor de hand, dan moet men niet verzuimen hooger op te exploreeren, of ook in de buikholte een gezwel is te voelen; want er zijn gevallen bekend waarbij de operatie gestaakt werd omdat buiten en in het breukkanaal niets gevoeld werd, terwijl later bij de sectie een „en bloc” gereponeerde hernia werd aangetoond.



STELLINGEN.

I.

Laparotomie is geïndiceerd bij sterken twijfel tusschen schijnreductie en inwendige beklemming.

II.

Réduction „en masse”, door den chirurg zelf te weeg gebracht, kan door hem altijd herkend worden.

III.

Toegenaaide darmwonden, vooral na enteroraphie, moeten niet naar binnen gebracht worden, voordat de darmwond genezen is.

IV.

Het is zeer mogelijk, dat later Hersentumoren kunnen geëxtirpeerd worden.

V.

Wisselende stand van het grondwater heeft meer invloed op de volksgezondheid dan het drinkwater.

VI.

Lijkverbranding is alleen aan te bevelen bij groote opeenhooping van cadavers.

VII.

Nephritis bij acute infectie-ziekten is afhankelijk van den prikkel, die bij den doorgang der ziektekiemen door de nieren, op deze organen wordt uitgeoefend.

VIII.

Door sommigen wordt aanbevolen, om, bij verschijnselen van darmstenose, als ultimum réfugium, vóór de operatie, een paar druppels croton-olie te geven.

Deze raad is af te keuren.

IX.

Versie bij algemeen gelijkmatig vernauwd bekken, verdient slechts zelden de voorkeur boven perforatie.

X.

Tot het ontstaan van het algemeen gelijkmatig ver-

nauwd bekken, draagt rachitis veel meer bij, dan tot dusverre aangenomen is.

XI.

De dysmennorrhoea membranacea is geene ziekte op zichzelf, maar slechts een symptoon van verschillende ziekelijke toestanden van het endometrium.

XII.

Geneeskundige statistieken bezitten weinig waarde.

