

onschatbare betekenis voor de bedlegerige patiënten thuis bleek te zijn, maar bovendien van groot sociaal belang. Dit uitermate verdienstelijke initiatief van Jordan werd enige jaren later gevolgd door de oprichting van trombosediensten in Rode Kruisverband.

Een succesrijke preventie van de longembolie ligt in de profylactische en therapeutische behandeling van de trombose!

- Allen, A. W. (1947) Surg. Gynec. Obstet. 84, 519.
Allen, E. W., E. A. Hines, W. F. Kvale en N. W. Barker (1947) Ann. intern. Med. 27, 371.
Barker, N. W., K. K. Nygaard, W. Walters en J. T. Priestley (1941) Proc. Mayo Clin. 16, 33.
Jorpes, J. E. (1947) Ann. intern. Med. 27, 361.
Kettenborg, H. K. en J. E. Japikse (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 355.
Murray, G. (1947) Surg. Gynec. Obstet. 84, 665.
Phear, D. (1960) Lancet II, 832.
Schornagel, H. E. (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 2323.
Short, D. S. (1952) Brit. med. J. I, 790.
Towbin, A. (1954) J. Amer. med. Ass. 156, 209.

Buikpijn bij kinderen*

DOOR A. P. OLIEMANS, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Buikpijn bij kinderen levert voor de huisarts vaak vele moeilijkheden op, daar bij vele, zo niet alle aandoeningen in de jeugd, ook de buik zijn klachten geeft. Zo is van ouds bekend het voorkomen van buikpijn als enig symptoom, vooral in het begin, van een pneumonie. Niet altijd echter is het eenvoudig buikpijn bij kinderen onder een diagnose te vangen en vaak worden buikklachten dan symptomatisch behandeld. Meer en meer publikaties zien het licht, waarin wordt gepoogd het verband te leggen tussen de psychische spanningen bij kinderen en het optreden van buikpijnen met als grondgedachte: de buik als klankbord van emoties. Vooral Engelse kinderartsen en psychiaters publiceerden veel over cyclische buikpijnen bij kinderen, waarbij een duidelijk emotioneel conflict als oorzaak aanneemelijk wordt gemaakt. Ik wil trachten naar aanleiding van deze literatuur, aangevuld met onderzoekingen uit eigen praktijk, mijn gedachten over deze problemen in het hier volgende te ontwikkelen.

Voorkomen en kenmerken van de zogenaamde navelkolieken. Hoewel de term navelkoliek een ziektekundig onbestaanbare aandoening aanduidt, geeft zij zeer wel aan, wat er mee wordt bedoeld. De klachten, waarvoor de medicus wordt geroepen, zijn namelijk karakteristiek, te weten koliekachtige pijn, zich voornamelijk lokaliserend om de navel. Meestal is bij onze komst de pijn verdwenen, doch bij navraag aan de kinderen, waar de pijn zat, wordt de hand stevast op de navel gelegd. Deze pijn wordt beschreven als stekend, in aanvallen, zonder enig vast verband met maaltijd, defaecatie of mictie. Bij onderzoek worden geen bijzondere afwijkingen gevonden, met name geen drukpijn of weerstanden, terwijl de temperatuur nooit hoger komt dan 37,5° C. Het beeld wordt tenslotte gecompleteerd door verschijnselen van vegetatieve aard, zowel van de tractus digestivus als van algemene aard, respectie-

velijk misselijkheid en/of braken, diarree na de aanval, bleekheid (vaak zien de kinderen er zelfs shockerig uit), transpireren, blauwe kringen onder de ogen, tachycardie en soms hoofdpijn na de aanval. Deze vegetatieve verschijnselen verdwijnen weer, soms na enkele minuten, soms duren ze langer, maar niet meer dan één uur, waarop de kinderen weer een volkomen gezonde indruk maken. Het laatste criterium tenslotte is het recidief, want bij navraag blijkt het kind reeds verscheidene aanvallen van buikpijn te hebben gehad, soms enige maanden, soms korter tevoren.

Resumerend zien we de volgende kenmerken van de navelkoliek:

- 1 Koliekachtige buikpijnen, gelokaliseerd rondom de navel, met vaak een karakteristieke houding van de kinderen ter verlichting van de pijn: liggend met opgetrokken knieën;
- 2 geen objectieve afwijkingen;
- 3 recidiveren der klachten;
- 4 bijkomende verschijnselen van vegetatieve aard: tractus digestivus — misselijkheid, braken en diarree; algemeen — bleekheid, zweten, collaps, tachycardie en hoofdpijn.

Bij onderzoek werden nooit enige afwijkingen gevonden, die hiervoor aansprakelijk konden worden gesteld.

In de eigen reeks van patiëntjes met navelkolieken werden de volgende onderzoekingen gedaan: algemeen onderzoek, urine (albumen, urobiline, reductie en sediment), faeces (benzidine en vertering), bloed (bezinkingssnelheid van de erythrocyten, aantal leukocyten en differentiatie). In het overgrote gedeelte van de gevallen werden geen afwijkingen gevonden; wel de zogenaamde valse (en uit het oogpunt van aetiologie gevaarlijke) bevindingen, zoals oxyuriasis, carieus gebit en dergelijke. Bij velen werd in het verleden reeds de appendix verwijderd, zonder dat er — volgens de patholoog-anatoom — een duidelijke appendicitis bleek te zijn. In mijn reeks van patiëntjes met navelkolieken bleek circa 25 procent der kinderen appendixloos door het leven te gaan, zonder overigens van de terugkerende pijnen verlost te zijn. (Een chronische appendicitis zou een kwaal zijn van de volwassene en niet van het kind?)

Groot is het aantal onderzoekingen op dit terrein, dat in de

* Naar een voordracht, gehouden op het congres 1961 van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

literatuur werd vastgelegd en waarbij de diagnoses zoals migraine abdominale, epilepsie abdominale, acidosis, abdominale lymfomen en dergelijke aan een diepgaand onderzoek werden onderworpen doch als oorzaak verworpen. Niet alleen werd zo van ieder kind met buikpijn een electroëncefalogram gemaakt, ook stelselmatige röntgenonderzoekingen van de tractus urogenitalis en digestivus vonden plaats, waarbij overigens weinig aan het licht kwam. Gaarne verwijs ik voor de ongetwijfeld interessante, doch zeer uitgebreide differentieële diagnostiek naar de literatuur.

Het vóórkomen van navelkolieken blijkt, mits er op wordt gelet of indien men er gericht naar vraagt, niet gering. *Apley* vond bij een onderzoek van schoolkinderen en ziekenhuisopnamen, dat circa 10 procent der kinderen hieraan lijdt, met toppen bij jongens op het vijfde jaar en bij meisjes op het achtste jaar. Zelf mocht ik in anderhalf jaar tijds vaststellen, dat van de 234 kinderen met buikklachten in de ruimste zin des woords (hepatitis, blaasontstekingen, enteritiden en dergelijke) 42 kinderen blijkbaar leden aan navelkolieken, hetgeen 18 procent is.

Psycho-somatische aspecten. De vraag komt op, of er ten aanzien van kinderen, die aan navelkoliek lijden, verband kan worden gelegd tussen oorzaak en gevolg. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, moet men ten aanzien van deze kinderen drie facetten onderscheiden:

- a Het kind als persoonlijkheid;
- b het kind in zijn verhouding tot zijn omgeving;
- c het kind in reactie op conflictsituaties.

Ad a Persoonlijheidsstructuur. Globaal gesproken vallen de kinderen met navelkolieken uiteen in twee groepen:

Het drukke vrijpostige kind, gespannen, nooit stil zittend, en het zachte meegaande kind, stil, vriendelijk, aanhankelijk, vriend met iedereen en zeer gehoorzaam of gedwee.

Wij zien deze twee types als tegenpool van elkaar, waarbij als mogelijke gezamenlijke oorzaak voor het ontstaan van navelkolieken opvoedings- en voedingsstoornissen, in orale en anale fase gelegen, kunnen voeren tot opstandigheid tegen of gehoorzaamheid aan het ouderlijk gezag. Het zijn niet alleen de navolgende navelkolieken, die zich als mogelijke psychische spanning bij hen openbaren, doch in bijna alle gevallen blijken er bij deze kinderen meer spannings-equivalenten voor te komen, zoals enuresis, voedingsstoornissen als baby (nervus braken), anorexie, driftaanvallen, stotteren, nachtmerries, vage angsten en dergelijke.

Ad b Verhouding tot de omgeving. Statistisch blijkt uit gegevens van Engelse en Amerikaanse bron, dat het gezinsleven bij kinderen met navelkolieken aanzienlijk minder zekerheid biedt dan dat van een grote controlegroep. Disharmonie, echtscheiding, ongehuwde moeder, ongewild kind en andere omstandigheden spelen hierbij regelmatig als mede-oorzakelijke factoren een rol. Doch ook buiten het gezin, op straat en op school, lijkt voor het toch al weinig stabiele kind een tekort aan zekerheid,

aanhankelijkheid en vriendschap een grotere rol te spelen dan voor het „normale” kind. Vaak blijkt bij navragen een moeilijke omgang met onderwijzer en kinderen in sterkere mate aanwezig dan zou worden verwacht.

Ad c Reactie op conflictsituaties. Als de navelkoliek een psychosomatische aandoening zou zijn, dan zou dus een bepaald psychisch gebeuren de somatische aandoening veroorzaken. Hoe moeilijk is het zuiver objectief een psychisch trauma als ziekte-oorzaak vast te stellen! Toch lijkt bij gericht vragen in deze gevallen meestal eenzelfde soort aanleiding aansprakelijk te kunnen worden gesteld, maar wat meer voor de psychosomatische aard pleit: bij wegnemen van de psychische spanningen lijken de navelkolieken te verdwijnen. Zo wordt veelvuldig aangetroffen bij het met navelkoliek behepte kind: voortdurend aanmerkingen op het gedrag van het kind; sterke moeilijkheden bij het eten, die men tracht op te lossen met bestraffing en beloning; scheld- of ruziepartijen tussen de ouders, waarin de kinderen worden betrokken, en dergelijke.

Waarom krijgen deze kinderen nu juist navelkolieken en geen andere psychosomatische aandoeningen, zoals astma, eczeem of dergelijke? Naar ik meen, spelen hierbij twee begrippen een grote rol, namelijk angst en orgaantaal.

Angst is volgens Weiss en Alexander een spannings-toestand, welke de aanwezigheid aanduidt van een gevaar voor het organisme. Zij onderscheiden twee angsten, waarop elke angst kan worden teruggeleid: angst voor lichamelijk leed en angst voor het verlies aan liefde. Deze angst openbaart zich tweërlei en wel psychisch in het angstgevoel en somatisch via het autonome zenuwstelsel (bleekheid, zweten, braken, diarree, buikpijn en dergelijke). Angst, wordt elders beschreven, is in laatste instantie een angst voor het vereenzaamd zijn, waarbij door projectie en verschuiving de angst zich op een andere wijze kan openbaren.

Orgaantaal. Als gedachten en gevoelens zich niet kunnen uiten door daad of woord, kunnen zij een uitweg zoeken via een orgaan, en dan vooral dat orgaan, dat reeds tevoren is gepreconditioneerd. Het is juist deze orgaantaal, die bij de navelkolieken zo'n grote rol speelt met het angstbegrip. Juist bij deze kinderen blijkt zich een conflictsituatie te kunnen ontwikkelen, waardoor angst voor verlies aan geborgenheid, zekerheid of liefde ontstaat. Door de disharmonie in het gezin, waardoor dus al veel zekerheid wegvalt, lijken kleine oorzaken voor deze kinderen al in staat navelkolieken te doen ontstaan, en juist navelkolieken, doordat de orgaantaal bij deze kinderen bij voorkeur de buik betreft, mede door preconditionering. Deze preconditionering ontstaat door:

- 1 Fixatie in de orale of anale fase;
- 2 identificatie (door voorbeelden in de naaste omgeving). Bij navraag blijken er veel buikaandoeningen bij de ouders voor te komen, zoals ulcus pepti-

cum, colitis, dysmenorroe, „zwakke maag” of „zenuwen op de buik”. In hoeverre hier erfelijke factoren medespelen blijft nog een grote vraag;

3 door voorgaande ziekten van de buikorganen, zoals navelbreuk, gastroenteritis, hepatitis, enzovoort; 4 mogelijk ook een factor voor het ontstaan van navelkolieken is het feit, dat de buik fylogenetisch en embryonaal het oudste orgaan is met de meeste vegetatieve zenuwbanen;

5 tenslotte zijn er nog onderzoekers, die nog dieper werken en vermelden, dat de navel het orgaan is, dat via de navelstreng het innigst is verbonden geweest met de moeder (symbool van geborgenheid).

Resumerend komen navelkolieken voor bij kinderen met een bepaalde persoonlijkheidsstructuur en gedragspatroon, door een bepaald gebeuren, dat hen in hun positie van aan- of afhankelijkheid bedreigt, waardoor zij in een angsttoestand komen te verkeren.

Therapie. Deze lijkt vrij eenvoudig: neem de spanningstoestand weg en het kind krijgt geen navelkolieken meer. Meestal echter ligt de zaak niet zo eenvoudig. Allereerst is een algeheel onderzoek absoluut noodzakelijk, zowel somatisch als psychisch. Psychotherapie is de verbetering van de emotionele instabiliteit, zodat het optreden van ziekte niet meer nodig is. Bij het doorpraten met de moeder of andere opvoeder blijkt meestal, dat het begrip psychosomatische ziekte direct aanslaat, want vaak komt zij met de mededeling, dat zij ook last heeft van zenuwen op de maag of dergelijke. Vaak kunnen zij zelfs nadere aanduidingen geven omtrent de oorzaak van de navelkolieken bij hun kind. In mijn eigen reeks zagen de ouders bijna zonder uitzondering in, dat de oorzaak van de buikpijnen van

hun kind lag op het gebied van spanningen, maar vaak ook waren zij niet bij machte (door echtscheiding of invaliditeit in het gezin) die spanningen weg te nemen. Het kennen van deze oorzaak bleek echter in bijna alle gevallen toch een verandering te weeg te brengen bij de ouders door een bewust gewijzigde instelling tegenover hun kind.

- Apley J. (1959) *The child with abdominal pains*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Apley, J. e.a. (1956) *Lancet* I, 264.
- Apley, J. (1960) *Brit. med. J.* I, 191.
- Boyd, W. (1947) *Textbook of pathology*. Lea and Febiger, Philadelphia.
- Idem (1955) *Brit. med. J.* I, 776.
- Cecil, R. L. (1948) *Textbook of medicine*. W. B. Saunders, Philadelphia en Londen.
- Carp, E. A. D. E. (1947) *Medische psychologie en pathologische psychologie*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Farquhar, H. G. (1956) *Brit. med. J.* I, 1082.
- Franklin, A. W. (1952) *Lancet* I, 1267.
- Grinker, R. G. and P. C. Bucy (1949) *Textbook of neurology*. C. C. Thomas, Springfield, U.S.A.
- Hoefler, P. F. A. e.a. (1951) *J. Amer. med. Ass.* 147, 1.
- Hutchinson, J. (1958) *Practitioner* 180, 401.
- Hoff, H. e.a. (1959) *Wien. klin. Wschr.* 49, 934.
- Kempton, J. J. (1956) *Brit. med. J.* I, 83.
- Kirsner, J. B. e.a. (1960) *Gastro-enterology* 4, 536.
- Mac Keith, R. e.a. (1951) *Lancet* II, 261.
- Lambert, J. P. (1941) *Amer. J. Psychol.* 98, 451.
- Moore, M. T. (1945) *J. Amer. med. Ass.* 129, 1233.
- O'Neill, D. (1958) *Brit. med. J.* II, 258.
- Ribble, M. (1941) *Amer. J. Psychol.* 48, 459.
- Romanis, W. H. C. and P. H. Mitchener (1948) *Textbook of surgery*. J. A. Churchill Ltd., Londen.
- Sheeby Stone, J. (1960) *J. of Paediat.* 56, 355.
- Seley, H. (1950) *Physiology and pathology of exposure to stress*. Acta Inc., Montreal.
- Tice, F. (1959) *Practice of medicine*. W. F. Prior Co. Hagerstown, Maryland.
- Wallis, H. R. E. (1955) *Practitioner* 174, 57.
- Ward-MacQuaid, J. N. (1951) *Lancet* II, 524.
- Weiss, E. en O. S. English (1957) *Psychosomatic medicine*. W. B. Saunders, Philadelphia en Londen.

Terugblik op vijf jaren N.H.G.*

DOOR E. M. JANSEN, HUISARTS TE UTRECHT**

De „Werkgroep tot oprichting van een Nederlands Huisartsen Genootschap” schreef in *Medisch Contact* van 13 september 1956 in zijn „Oproep aan de huisartsen in Nederland”: „Wij verwachten van de stichting van een Huisartsen Genootschap op de duur een bijdrage tot de ontwikkeling van een huisartsenwetenschap, een vergroting van de prestaties en een vermeerdering van de arbeidsvreugde van de huisarts”, terwijl Royaards, destijds voorzitter van de Maatschappij en bijzonder geïnteresseerd in, wat hij noemde, dit „Experiment als antwoord op het veranderende oude” de zijns inziens allesbeheersend

* Rede, uitgesproken ter gelegenheid van het zesde congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, te Utrecht, 25 november 1961.

** Secretaris van het bestuur van het N.H.G.

de vraag stelde: „Hoe kan de huisarts en praktisch en wetenschappelijk op optimale wijze zijn patiënten en de gemeenschap dienen?”, op welke vraag hij van het „Nederlands Huisartsen Genootschap” een antwoord verwachtte.

Het is naar mijn mening niet teveel gezegd, wanneer gesteld wordt, dat het N.H.G. in de afgelopen vijf jaar al goede vorderingen heeft gemaakt in de beantwoording van deze vraag, terwijl toch zeker ook aan de verwachtingen van de oprichters van het N.H.G. — voor zover dit in de betrekkelijk korte periode van de eerste vijf jaar is te overzien — is voldaan.

Dat zich ten tijde van de oprichtingsvergadering, tevens het eerste congres, op 29 december 1956, reeds 491 leden hadden aangemeld, dit is circa 14