

# Misselijkheid en braken

K Reenders, TOH de Jongh, JH Kleibeuker

## Van klacht naar probleem

Misselijkheid is een onplezierige sensatie in de maagstreek en wordt ook wel omschreven als de neiging te moeten braken.<sup>1</sup> Braken is het overgeven van voedsel of drinken. Braken moet onderscheiden worden van regurgitatie.<sup>2</sup> Regurgitatie is het opgeven van kleine hoeveelheden, vaak onverteerd voedsel of drinken zonder voorafgaande misselijkheid; hierbij ontbreken krachtige contracties van de spieren.<sup>3</sup> Vooral bij baby's is dit een veel voorkomend verschijnsel.

Misselijkheid en braken komen wereldwijd veel voor in de bevolking.<sup>4,5</sup> Over een periode van 14 dagen rapporteerde 6% van de mensen misselijkheid en 3% braken.<sup>6</sup> Uit andere onderzoeken blijkt dat driekwart van alle zwangere vrouwen in het eerste trimester misselijk is en dat ernstig langdurig braken (hyperemesis gravidarum) bij 0,3-2% van de zwangeren voorkomt.<sup>7,8</sup>

Slechts een klein deel van de mensen die last hebben van misselijkheid en/of braken gaat daarmee naar een huisarts.<sup>6,9</sup>

## Van probleem naar differentiële diagnose

### Pathofysiologie

Via misselijkheid en braken probeert het lichaam de inname en opname van schadelijke stoffen te voorkomen. Via zien, ruiken en proeven kan misselijkheid worden opgewekt.

### Samenvatting

Reenders K, De Jongh TOH, Kleibeuker JH. Misselijkheid en braken. *Huisarts Wet* 2004;47(3):158-62.

Indien iemand met de klacht misselijkheid en/of braken bij de huisarts komt, is de anamnese in combinatie met de leeftijd en de voorgeschiedenis meestal voldoende om een waarschijnlijkheidsdiagnose te stellen. Lichamelijk onderzoek beperkt zich meestal tot de buik en levert weinig extra informatie op. Aanvullend onderzoek wordt alleen verricht op indicatie afhankelijk van de waarschijnlijkheidsdiagnose. Ernstige aandoeningen als oorzaak zijn uiterst onwaarschijnlijk indien geen andere (alarmerende) klachten aanwezig zijn.

Het is opvallend dat er bij klachten als misselijkheid en braken, die zo vaak voorkomen, zo weinig bekend is over de voorspellen-de waarde van de anamnese en het lichamelijk onderzoek met betrekking tot de verschillende diagnosen.

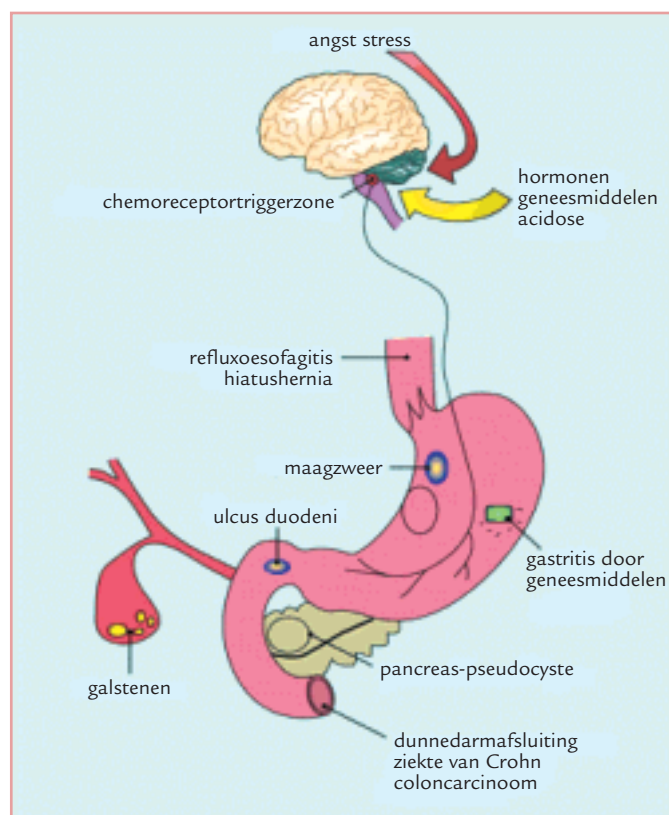
Rijksuniversiteit Groningen, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Bloemensingel 1, 9713 BZ Groningen: dr. K. Reenders, huisarts; dr. J.H. Kleibeuker, internist; LUMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuis-geneeskunde: T.O.H. de Jongh, huisarts.

Correspondentie: T.O.H.de\_Jongh@LUMC.nl

Mogelijke belangenverstengeling: niets aangegeven.

Braken wordt gereguleerd vanuit het braakcentrum. Het braakcentrum ontvangt informatie uit verschillende bronnen: de cortex cerebri, het cerebellum (vestibulair), de chemoreceptortriggerzone (CTZ) in de hersenstam en chemoreceptoren in het maag-darmkanaal (figuur 1).

Bij misselijkheid neemt de functie van de maag af: de motiliteit wordt trager, de maagzuursecretie vermindert, de speekselvorming neemt toe en via retroperistaltiek wordt het voedsel vanuit het duodenum naar boven geduwd. Bij braken treedt een krachtige contractie op van de buikspieren terwijl tegelijkertijd de slokdarmsfincter zich ontspant.<sup>2,10</sup>



Figuur 1 Prikkeling van het braakcentrum

### Differentiële diagnose

Er zijn veel oorzaken die tot misselijkheid en braken leiden. Deze zijn meestal onschuldig en de klachten gaan dan snel weer over.<sup>9</sup> *Anticipatoir braken* is een geconditioneerde reflex: bij chemotherapie wordt men al misselijk bij het zien van de verpleegkundige die eerder de chemotherapie heeft toegediend. Slechte ervaring speelt daarbij een belangrijke rol,<sup>11</sup> bijvoorbeeld onvoldoende behandeling met anti-emetica en begeleiding bij voorafgaande kuren. Ook in minder ingrijpende situaties kan anticipatoire misselijkheid en braken optreden.

**Tabel 1** Overzicht (mogelijke) oorzaken van misselijkheid en/of braken

*Stoornis in het maag-darmkanaal:*

- infecties (gastritis, appendicitis)
- maagirritatie (alcoholmisbruik, voedselvergiftiging)
- dysfunctie (gastroparese, prikkelbaredarmsyndroom)
- afsluiting (pylorusstenose, obstructie-ileus)
- afwijkingen van lever, galblaas of pancreas

*Stoornis in het centrale zenuwstelsel:*

- ernstige hoofdpijn (migraine)
- infecties (meningitis)
- verhoogde intracraniele druk (bloeding, tumor)
- schedeltrauma

*Stoornis in het evenwichtsorgaan:*

- reisziekte
- labyrintafwijkingen (labyrinthitis, ziekte van Menière)
- benigne paroxysmale positieduizeligheid

*Intoxicaties (alcohol)*

*Medicatiebijwerking:*

- analgetica (acetylsalicylzuur, NSAID)
- cardiovasculaire medicamenten (digoxine, antiarrhythmica)
- hormonen (orale antidiabetica, orale contraceptiva)
- antibiotica (erytromycine, tetracycline, sulfonamides)
- gastro-intestinale medicatie (sulfasalazine, azathioprine)
- ijzerpreparaten
- middelen werkend op CZS (narcotica, antiparkinsonmedicatie, anti-convulsiva)

*Endocriene en metabole veranderingen/stoornissen:*

- zwangerschap
- endocriene stoornissen (diabetische ketoacidose, hyperparathyreoïdie)
- metabole oorzaken (uremie, hypercalciëmie)

*Psychogene factoren:*

- emotionele reacties (angst, stress)
- psychiatrische stoornissen (depressie, angststoornis)
- boulimia
- anticipatoir braken

*Overige oorzaken:*

- radiotherapie
- infecties buiten het maag-darmkanaal en koorts in het algemeen
- postoperatief door een reactie van het centraal zenuwstelsel en perioperatieve medicatie
- vasovagale reactie bijvoorbeeld bij collaps, myocardinfarct
- acuut glaucoom

## Epidemiologie

De incidentie in de huisartsenpraktijk van de contactreden misselijkheid (D09) is 2,1 per 1000 patiënten per jaar en van braken (D10) 2,6.<sup>9</sup> Misselijkheid en braken in de zwangerschap hebben een afzonderlijke contactreden (W06). Misselijkheid komt als contactreden bij vrouwen meer dan twee keer zo vaak voor als bij mannen, braken komt slechts iets vaker voor bij vrouwen. In de figuren 2 en 3 is de leeftijdsverdeling te zien.

De tabellen 2 en 3 geven de einddiagnosen weer van aandoeningen met een prevalentie van 2% of hoger bij de contactreden misselijkheid respectievelijk braken.<sup>9</sup> Een aantal belangrijke diagnosen

### De kern

- ▶ Bij acuut braken is de anamnese meestal voldoende om ernstige oorzaken te onderkennen.
- ▶ Bij chronisch braken spelen relatief vaak psychogene en metabole oorzaken een rol.
- ▶ Bij baby's en kleine kinderen zijn relatief vaak parenterale infecties en bij ouderen medicatiebijwerkingen de oorzaak van misselijkheid en braken.

## Methodologie

Wij zochten in Medline voor de periode 1985 tot 2003 met de trefwoorden *nausea* en *vomiting* in combinatie met *diagnosis*, *epidemiology*, *pathophysiology*, *differential diagnosis*, *general practice* en *primary care* en in NTvG en H&W van 1990-2003. Voor gedetailleerde zoekstrategie: nadere informatie bij de eerste auteur.

scoren tussen de 1 en 2% en ontbreken in dit rijtje: commotio cerebri, migraine en cholecystitis/-lithiasis. Bij de contactreden misselijkheid of braken vindt de huisarts meestal geen oorzakelijke verklaring. De diagnose gestoorde maagfunctie en gastro-enteritis nao is vaak een symptoomdiagnose.

Bij *zuigelingen en kleine kinderen* komt braken relatief vaak voor (figuur 3). De meest voorkomende oorzaken zijn voedingsproblemen in het eerste levensjaar en later virale en bacteriële infecties.<sup>9</sup> Met name bij urineweginfecties en otitis media kan braken het eerste en soms enige symptoom zijn. Braken bij een bovenste-luchtweginfectie komt voor bij kinderen als gevolg van slijm dat doorge-slikt wordt of door hevig hoesten, waardoor de maag geprikkeld wordt. Ernstige oorzaken bij neonaten zijn aangeboren afwijkingen en bij kinderen van enkele weken oud een pylorusstenose. Cyclisch braken bij kinderen heet ook wel abdominale migraine. Kenmerkend is het plotseling meer dan 4 keer per uur braken dat enige keren per maand optreedt en dan met pijn gepaard gaat.<sup>12</sup> De oorzaak is onbekend.

De huisarts verwijst 3% van de patiënten met misselijkheid naar een specialist voor verder onderzoek, bij braken is dat percentage 9%.<sup>9</sup>

## Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Wij beperken ons bij de behandeling van de diagnostiek tot misselijkheid of braken waarmee mensen als hoofdklacht bij de huisarts komen. Het gaat hier dus niet over misselijkheid of braken als bijkomende klacht bij buikpijn of defecatieveranderingen.

### Voorgeschiedenis

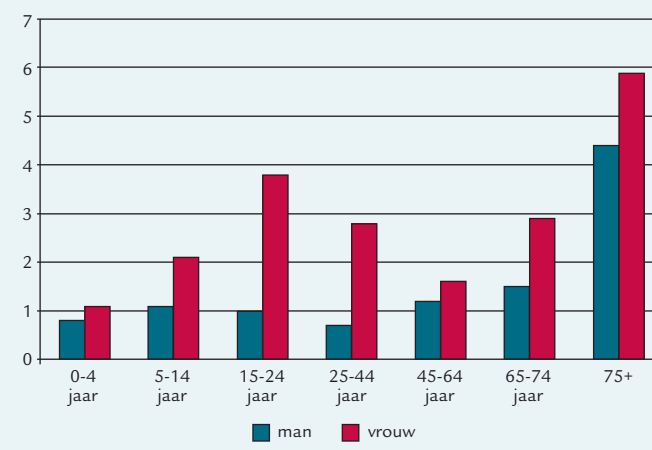
Een lange voorgeschiedenis met braken teruggaand tot in de kindertijd wijst op psychogeen braken. Bij diabetes (ketoacidose en gastroparese), maligniteit (obstructie, hersenmetastasen, hypercalciëmie) en nierfunctiestoornis (uremie) kan braken optreden.

### Anamnese

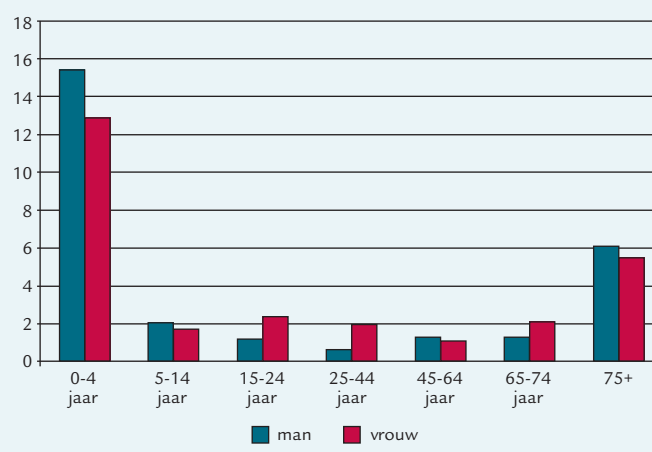
De anamnese is samen met de leeftijd en de voorgeschiedenis meestal voldoende om een waarschijnlijkheidsdiagnose en een indicatie voor eventueel verder onderzoek te stellen.

Omdat misselijkheid een subjectieve beleving is, is het goed de patiënt eerst te laten beschrijven wat deze met een misselijk gevoel bedoelt. Ook is het belangrijk om de patiënt te vragen naar de frequentie, de duur in uren/dagen en de ernst (licht, matig of ernstig). *Aard van het braaksel.* De kleur, geur, smaak en samenstelling van het braaksel kunnen aanwijzingen geven voor de diagnose. Een rode kleur kan wijzen op een bloeding uit het gebied tussen mond

**Figuur 2** Incidentie van de contactreden misselijkheid per 1000 patiënten per jaar<sup>9</sup>



**Figuur 3** Incidentie van de contactreden braken per 1000 patiënten per jaar<sup>9</sup>



**Tabel 2** Einddiagnosen bij de klacht misselijkheid in de huisartsenpraktijk, de voorafkansen in procenten en voorkeursleeftijd<sup>9</sup>

Einddiagnose	Voorafkans, %	Voorkeursleeftijd
Misselijkheid eci	20	alle leeftijden
Stoornis maagfunctie	15	volwassenen en ouderen
Geneesmiddelbijwerking	11	ouderen
Gastro-enteritis nao*	10	baby's en jongeren
Andere virusziekte	5	baby's en jongeren
Spastisch colon/IBS	2	volwassenen
Vertigo/labyrint	2	ouderen
Rest	35	alle leeftijden

\* nao= niet anders omschreven

**Tabel 3** Einddiagnosen bij de klacht braken in de huisartsenpraktijk, voorafkansen in procenten en voorkeursleeftijd<sup>9</sup>

Einddiagnose	Voorafkans, %	Voorkeursleeftijd
Gastro-enteritis nao	28	jongeren
Braken eci	17	alle leeftijden
Andere virusziekte	9	baby's en jongeren
Stoornis maagfunctie	9	volwassenen en ouderen
Bovenste-luchtweginfectie	3	baby's en jongeren
Infectie/diarree/dysenterie	3	alle leeftijden
Andere ziekten tractus digestivus	3	ouderen
Geneesmiddelenbijwerking	2	ouderen
Rest	26	ouderen

## Bewijskracht

In dit artikel is het aangeven van niveaus van bewijskracht achterwege gelaten. Gedegen wetenschappelijk bewijs naar de waarde van diagnostiek bij misselijkheid en braken ontbreekt grotendeels.

en ligament van Treitz. Koffiebruin braaksel kan ontstaan als bloed door maagzuur is verkleurd.

Een zurige smaak en geur wijst er op dat het voedsel de oesophagus is gepasseerd. Door gal wordt de smaak bitter. Een fecale geur wijst op een darmobstructie<sup>3</sup> en een geur van rotting op necrose van een oesophagus- of maagcarcinoom of op bacteriële overgroei in de maaginhoud door een passagestoornis.

Braken van geheel onverteerd voedsel is suggestief voor een oesofageale stoornis; braken van deels onverteerd voedsel na de maaltijd wijst op een obstructie van de maaguitgang of gastroparese.

**Wijze van braken.** Projectielbraken of explosief braken kan op een intracranieel proces duiden. Bij jonge baby's wijst projectielbraken op een pylorusstenose.

**Begin en beloop.** Sinds kort bestaand braken is meestal onschuldig, maar het kan ook voorkomen bij een acuut ernstig proces zoals ileus, myocardinfarct of meningitis. Bij chronisch en/of recidiverend braken spelen vaker metabole processen, intoxicaties of chronische maag-darmziekten een rol.

Zeer frequent en heftig braken heeft geen voorspellende waarde voor de ernst van de onderliggende aandoening, maar kan bij kinderen wel een risicofactor zijn voor uitdroging.

**Beïnvloedende factoren.** Van belang is de relatie tussen misselijkheid of braken en voedselinname. Klachten voor het ontbijt kunnen duiden op zwangerschap, uremie, alcoholmisbruik of een toegenomen intracraniele druk. Braken na de maaltijd is suggestief voor een ulcus of maagatonie (gastroparese). Dit laatste komt onder andere voor bij diabetes, maagoperaties en peritonitis. Braken na het eten kan ook duiden op een galweg- of alveesklieraandoening. Indien braken pas enkele uren na de voedselinname plaatsvindt, wordt een obstructie lager in het maag-darmkanaal waarschijnlijker.

Bij psychogeen braken vindt het braken plaats tijdens of vlak na de maaltijd. In een groot bevolkingsonderzoek in Noorwegen bleek misselijkheid vaak met angst (OR 3,4) en in mindere mate met depressie (OR 1,5) samen te hangen.<sup>13</sup>

Het is belangrijk om naar medicatiegebruik te vragen omdat vele medicijnen als bijwerking misselijkheid en braken kunnen geven. In het algemeen ontstaat misselijkheid en braken in het begin van de behandeling. Het veroorzaakt daarom ook vaker acute dan chronische misselijkheid en braken.<sup>3</sup> Een overmaat aan nicotine door nicotinepleister, nicotinekauwgum en roken van sigaretten kan braken veroorzaken.

**Omgeving.** Wanneer acuut klachten ontstaan bij mensen die hetzelfde hebben gegeten, wijst dit op een voedselvergiftiging als mogelijke oorzaak. Wanneer meer mensen in de omgeving de klacht hebben, zonder hetzelfde te hebben gegeten is een virale gastro-enteritis waarschijnlijker.

*Begeleidende verschijnselen.* Buikpijn in combinatie met braken wijst op een organische aandoening, maar dan is de pijn meestal de reden van de komst. Bij ouderen kan er ook bij ernstige acute buikaandoeningen zoals ileus nauwelijks pijn aanwezig zijn. Bij kinderen met beginnende appendicitis kan braken de belangrijkste klacht zijn en alleen vage pijn in epigastrio worden aangegeven. Pas later wordt de pijn in de rechter onderbuik gelokaliseerd.<sup>14</sup>

Diarree duidt op een gastro-enteritis; ontkleurde ontlasting en donkere urine komen bij galwegafsluiting voor (galsteen, pancreaskopcarcinoom).

Klachten van zuurbranden en een opgeblazen, vol gevoel na het eten duiden op een gestoorde maagfunctie.<sup>4,15</sup>

Hoofdpijn kan wijzen op migraine of een hersenaandoening zoals meningitis.

Duizeligheid en/of oorsuizen doet denken aan de ziekte van Menière of middenooraandoeningen, waarbij het vestibulaire apparaat wordt geprikkeld.

Acute misselijkheid kan (vooral bij ouderen en diabetici) ook zonder thoracale pijn duiden op een (dreigend) infarct.<sup>16</sup>

Gewichtsverlies bij ouderen duidt op een maligne proces, maar een obstructie door een ulcus kan ook gewichtsverlies geven doordat men minder gaat eten. Bij jonge vrouwen met braken en gewichtsverlies is het braken soms zelfgeïnduceerd (boulimia).

#### Alarmsignalen bij braken

*Bij acuut braken:*

- ▶ braken van bloed
- ▶ hevige hoofdpijn en nekstijfheid
- ▶ verwardheid
- ▶ hevige buikpijn
- ▶ braken bij hoge koorts

*Bij recidiverend braken:*

- ▶ gewichtsverlies
- ▶ dysfagie

#### Lichamelijk onderzoek

Of er lichamelijk onderzoek dient plaats te vinden en in welke mate, is sterk afhankelijk van de diagnostische overwegingen die resten na de anamnese.

*Algemeen onderzoek.* Een algemeen onderzoek is zinvol bij brakende kinderen in verband met mogelijke infecties elders in het lichaam. Tevens moet er gelet worden op mogelijke complicaties van het braken zoals uitdroging.

*Onderzoek van de buik.* Buikonderzoek is bij misselijkheid of braken zinvol hoewel de voorspellende waarde – vooral in negatieve zin – laag is.<sup>17</sup>

Bij brakende baby's wijst een zichtbare peristaltiek op pylorushypertrofie.

Bij auscultatie duidt een toegenomen peristaltiek op obstructie of een ontsteking. Hoogklinkende geruisen die gepaard gaan met gootsteengeruisen maken een obstructie waarschijnlijker.

Bij palpatie kunnen abnormale weerstanden of lokale pijn worden

Inmiddels zijn verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002 en: De Vries H, De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit deze boeken in bewerkte vorm geplaatst.

aangetroffen. Bij een pylorusstenose is soms een zwelling te voelen.

#### Eenvoudig aanvullend onderzoek

*Bloedonderzoek* is bij patiënten met persisterende misselijkheid en braken alleen zinvol op geleide van de gestelde waarschijnlijkheidsdiagnose.<sup>3,4</sup>

- serumamylase bij een vermoeden van een pancreatitis;
- serumcreatinine bij een vermoeden van uremie/dehydratie;
- leverenzymen (ALAT, gamma-GT, alkalische fosfatase) bij een vermoeden van leveraandoeningen of galstenen.

*Fecesonderzoek.* Bij chronische misselijkheid en diarree ten gevolge van een gastro-enteritis kan er een indicatie zijn voor een fecesweek of onderzoek naar wormeieren en cysten.

*Röntgenonderzoek.* Bij ouderen met braken kan het van belang zijn om een ileus uit te sluiten omdat bij hen de pijn vaak minder op de voorgrond staat. Op de röntgenfoto van het abdomen kunnen vloeistofspiegels te zien zijn, maar ze zijn niet altijd bewijzend voor een ileus en omgekeerd ontbreken ze vaak bij een ileus.<sup>18</sup>

*Echografie.* Een echo van de bovenbuik is een zeer betrouwbaar onderzoek voor het aantonen van galstenen en in mindere mate voor het aantonen van intrahepatitische processen.<sup>18</sup>

#### Complex aanvullend onderzoek

*Oesofagogastroduodenoscopie.* Hiermee kunnen oesophagus-, maag-, en duodenumafwijkingen vastgesteld of uitgesloten worden. Zo nodig is er de mogelijkheid om te biopteren.

#### Literatuur

- 1 Van Dale JH. Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale lexicografie, 2000.
- 2 Andrews PLR, Hawthorn J. The neurophysiology of vomiting. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1988;2:141-68.
- 3 Quigley EM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-86.
- 4 Spiller RC. ABC of the upper gastrointestinal tract: anorexia, nausea, vomiting and pain. *BMJ* 2001;323:1354-7.
- 5 Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The prevalence of nausea in the community: psychological, social and somatic factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:81-6.
- 6 Van der Velden J, De Bakker D, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 7 Jewell D. Nausea and vomiting in early pregnancy. *Clin Evid* 2001;6:1093-9.
- 8 Baron TH, Ramirez B, Richter JE. Gastrointestinal motility disorders during pregnancy. *An Int Med* 1993;118:366-75.

- 9 Okkes JM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Bussum: Coutinho, 1998.
- 10 Haas HHM. Misselijkheid en braken: van probleem tot protocol. Read Health Communications: Leiderdorp, 1991.
- 11 Montgomery GH, Bovjberg DH. Specific response expectancies predict anticipatory nausea during chemotherapy for breastcancer. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:831-5.
- 12 Li BU, Balint JP. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a braingut disorder. *Adv Pediatr* 2000;47:117-60.
- 13 Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *D J Gastroenterology* 2002;37:294-8.
- 14 John, H, Neff U, Kelemen M. Appendicitis diagnosis today: clinical and ultrasonic deductions. *World J Surg* 1993;17:143-9.
- 15 Hasler WL. Approach to the patient with nausea and vomiting. In: Yamada T, Alpes DW, Laine L, Owyang C, Powell DW, editors. *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999.
- 16 Canto JG, Fincher C, Kiefe CI, Allison JJ. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2002;90:248-53.
- 17 Van der Horst HE, Meyer JS, Muris JWM, Sprij B, Visser FMPB, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Prikkelbare Darm Syndroom (Irritable Bowel Syndrome). *Huisarts Wet* 2001;44:58-65.
- 18 Commissie Farmaceutische Hulp. Diagnostisch kompas 2003. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2003.

## Intermezzo

### Konijntjesbraken

Misselijkheid? Braken? Alledaagse klachten. Wie maakt er zich druk om? Het is een symptoom dat in nauwomschreven en in een beperkt aantal situaties de gedaante kan aannemen van alarmsignaal. Die kennis is ingesleten in de medische wereld. Sleetse kennis echter ontnemt het zicht op andere dimensies van een symptoom of ziekte, zoals de mogelijk existentiële of surrealistische kanten. Gelukkig hebben romanciers hiervoor een beter ontwikkeld oog.

De roem van de Argentijnse schrijver Julio Cortázar (1914-1984) berust op de roman *Rayuela: een hinkelspel* en op zijn tientallen, vaak bizarre, verhalen, die tezamen meer dan duizend pagina's beslaan.<sup>1</sup> In 1951 maakte hij een geestelijke crisis door; hij voelde zich misselijk, onzeker en ziek. Hij besloot deze ervaringen van zich af te schrijven – hij noemde het zelf een vorm van psychotherapie<sup>2</sup> – hetgeen resulteerde in zijn debuutbundel. Hierin staat het verhaal *Brief aan een meisje in Parijs*. De verteller verblijft in het appartement van een vriendin die een tijdje naar Parijs is vertrokken. Hij schrijft haar een brief, met als directe aanleiding 'de konijntjes'. Vlak daarvoor voelde hij, in de lift tussen de eerste en tweede verdieping, dat hij een konijntje ging braken. Geen nieuwe ervaring voor hem, maar hij zweeg hierover want 'je gaat nu eenmaal niet de mensen vertellen dat je zo nu en dan een konijntje braakt'. Hoe dat in zijn werk gaat, wordt liefdevol verhaald: 'Als ik voel dat ik een konijntje ga braken, steek ik twee vingers in mijn mond en geef ze de vorm van een geopend pincet. Dan wacht ik tot ik in mijn keel het lauwe pluus voel, dat naar boven komt net als mousserend vruchtenzout. Alles gaat vlug en hygiënisch en het is in een ogenblikje gebeurd. Ik haal mijn vingers weer uit mijn mond en die houden een wit konijntje bij zijn oren vast. Het konijntje lijkt echt tevreden; het is een

normaal, een volmaakt konijntje, alleen maar heel klein, zo klein als een konijntje van chocola, maar wit en helemaal een konijntje. Ik zet het dan in de palm van mijn hand, strijk zijn pluishaar op met liefkozende vingers; het konijntje schijnt blij te zijn dat het geboren is en het beweegt maar en strijkt met zijn snoetje tegen mijn huid. Die brengt hij dan in beweging met dat rustig kriebelende malen dat een konijnesnoetje tegen het vel van je hand veroorzaakt.' Echter, de situatie loopt uit de hand, hij braakt konijntje na konijntje die – zoals het konijnen betaamt – snel groeien en zich tegoed doen aan tapijt en meubels van de eigenaresse van het appartement. Het verhaal loopt tragisch af, al blijft tot aan het eind de relatie met zijn braaksel een innige: 'de ondefinieerbare aura van de nauwelijks verbroken intieme nabijheid'.

Cortázar maakt in zijn verhaal duidelijk dat er een andere realiteit ligt buiten de rationele grenzen die de werkelijkheid overzichtelijk maken. De literatuur geeft deze vervreemding een vorm, biedt weerstand tegen de gecodificeerde alledaagsheid in het bewustzijn, die tot stand gebracht is door, onder andere, wetenschappers. Cortázar ontdekte het ongewone in het gewone, het absurde in het logische, de uitzondering in de regel en het wonderbaarlijke in het banale.

Al te absurd, denkt iemand wellicht. Hem of haar wil ik wijzen op een klassieke casus uit 1726, het jaar dat Mary Toft door Engeland trok als de vrouw die konijntjes baarde. Een casus die – opnieuw – door een romanschrijver de dimensie meekreeg die zij verdient, namelijk de puur medische ontstijgend.<sup>3</sup>

*Frans Meulenbergh*

1 Cortázar J. Verzamelde verhalen. Meulenhoff: Amsterdam, 1995.

2 Picon Garfield E. Julio Cortázar. Ungar: New York, 1975.

3 Donoghue E. The last rabbit. In: Donoghue E. The woman who gave birth to rabbits. Virago: Londen, 2002:1-15.