

SNYKUNDIGE BEHANDELING VAN MISVORMINGE VAN DIE ANUS EN REKTUM BY KINDERS

Soos dit blyk uit die oorsigtelike artikel van prof. J. H. Louw wat ons op bladsy 874 van hierdie uitgawe plaas, het die snykunde van misvorming van die anus en rektum by kinders geweldige groot vooruitgang gemaak gedurende die afgelope aantal jare. Trouens, alhoewel die werk wat op hierdie gebied gedoen word nie met sulke skouspelagtige vertoon ontvang is as werk op ander gebiede van die medisyne nie, is die betekenis en implikasies daarvan in terme van die kwaliteit van die werk wat gedoen word, sowel as van die mate van menslike gesondheid en geluk wat daardeur bevorder word, net so ongeëwenaard.

In weerwil van die vooruitgang op hierdie gebied, en juis ook omrede daarvan, bly daar egter tog nog 'n aantal belangrike oorwegings wat in hierdie verband benadruk moet word. Om mee te begin moet ons aantoon dat, alhoewel dit nog steeds die belangrike taak van die algemene praktisyn bly om die toestande waaroor ons skryf vroeg raak te sien en te diagnoseer, dit eweneens die taak van 'n deskundige met spesiale opleiding en ervaring bly om die meeste van die toestande te behandel.

Tot groot nadeel en skade van die pasiëntjies en van hulle ouers word snykundige behandeling van kongenitale misvorming van die anus en rektum by kinders nog te dikwels aangedurf deur welmenende dokters wat egter nie volledig genoeg vir die spesifieke taak toegerus is nie omdat hulle nie oor gedetailleerde besonderhede van die tegniek beskik nie, en ook omdat hulle nie bekend is met die langtermyn uitslae van snykundige werk op hierdie gebied nie. Die onlangse waarskuwing van Potts¹ is dus hier werklik ter sake: „Is dit reg dat 'n chirurg wat nie daarvan sou droom om te opereer vir 'n tumor van die brein of 'n gesplete verhemelte nie, sal kans sien om 'n operasie uit te voer waar daar atresie van die rektum is by 'n seuntjie met 'n rektovesikale fistel—sonder dat die dokter ooit so 'n operasie sien doen het? . . . Sulke gevalle . . . word gewoonlik swak gehanteer en die pasiënte is dikwels gedoem tot blywende inkontinensie of 'n permanente kolostomie.”

Om die probleme in hierdie verband in die regte perspektief

te stel, wys professor Louw op die mees opvallende voorbeelde van wanopvattinge en mistastings wat daar nog steeds op hierdie gebied gemaak word. In die eerste plaas is daar byvoorbeeld die opvatting dat geslote anus gewoonlik 'n anomalie is waarby net 'n dun membraan die weg van die mekonium versper. In werklikheid kom hierdie soort membraanversperring slegs by 'n klein persentasie van gevalle voor. In die 85 gevalle wat hy behandel het, het professor Louw slegs eenkeer hierdie diagnose gemaak.

Tweedens moet daar gewys word op die gevaarlike praktyk om 'n poging te maak om die gaping tussen anus en kolon te oorbrug deur middel van 'n perineale benadering. Hierdie soort operasie word dikwels uitgevoer by ongeskikte gevalle, met die gevolg dat die kind vir die res van sy lewe met 'n ernstige rektale swakheid bly sit.

Derdens is daar nog altyd die goedgeelowige aanvaring van die opvatting van fistels tussen die rektale sak en die urinewêë, die vagina, of die vel. Hierdie opvatting is gebaseer op 'n verkeerde interpretasie van die embriologiese ontwikkeling, en dit lei tot onbevredigende behandeling.

Vierdens word die fout begaan om 'n inguinale kolostomie aan te raai in die gevalle van pasiënte waar 'n kolostomie nodig skyn te wees. Deur dit te doen word die oortollige lis van die sigmoïede kolon, wat anders vry sou wees om gebruik te word by rekonstruktiewe chirurgie in die toekoms, opgeoffer. Indien 'n kolostomie nodig is, moet dit in die dwars kolon geplaas word om soveel moontlik van die distale deel van die kolon te laat vir gebruik by 'n latere operasie.

Die feit dat professor Louw in die artikel waarna ons verwys 'n deurtastende ontleding gee van die anatomiese, embriologiese, kliniese, radiologiese en terapeutiese aspekte van die belangrikste probleme in hierdie verband, moet dus as 'n besondere bydrae beskou word. Werk van hierdie aard, alhoewel dit sy eie besondere tegniese fasette het, is dus nie net vir die deskundige chirurg op hierdie gebied van belang nie, maar ook vir die groot aantal praktisyns wat in hulle daaglikse werk voor hierdie soort probleme te staan kom.

1. Potts, W. J. (1958): J. Amer. Med. Assoc., 166, 462.

CYSTS OF THE LUNG IN CHILDREN

Pulmonary cysts comprise an interesting group of abnormalities, over which there is still controversy. A cyst may be defined as a pathological space-containing fluid, or semifluid, or air, and lined by epithelium or endothelium.¹ Broadly speaking cysts may be classified into two groups, congenital and acquired. Acquired cysts may develop through a variety of mechanisms, viz. check-valve bronchial obstruction, pulmonary necrosis (bacterial and fungal), echinococcal infection, and trauma. These cysts, on the whole, present fewer problems than do the congenital cysts and will not be discussed further.

It has long been believed that lung cysts are of develop-

mental origin. Such arguments as the frequent finding of cysts in infants and children, and the occasional co-existence of true developmental anomalies (for example, the association of cystic bronchiectasis with transposition of the viscera in Kartagener's syndrome), have been used to support this concept. Moersch and Clagett² divided these cysts into two groups: those of bronchial origin and those arising from alveoli. Bronchogenic cysts possess a lining of columnar or cuboidal cells, frequently have cartilaginous or muscle elements in their outer wall, are often filled with fluid, and are situated adjacent to the lung root. Cysts of alveolar origin differ in that the lining membrane is of alveolar cells; the cyst