

HERHALENDE BUIKPYN BY KINDERS

J. J. D. JACOBS, M.B., CH.B. (KAAPSTAD), M. MED. CHIR. (PRET.), *Deeltydse Dosent, Chirurgie, Departement van Chirurgie, Universiteit van Pretoria, en Hoof, Departement van Chirurgie, Boksburg-Benoni-hospitaal*

Hierdie toestand word hoofsaaklik by die kind van skoolgaande ouderdom aangetref. Verreweg die meeste gevalle word deur die familiehuisdokter gesien. Die kind het gewoonlik in die skool siek geword en is toe huistoe gestuur. Wanneer die dokter by die huis opdaag, is die pyn in sommige gevalle al weer oor, maar in ander kan dit vir ure of selfs langer as 'n dag aanhou.

By meeste van die gevalle lewer die kliniese ondersoek niks op nie, en die familiedokter word soms in 'n moeilike posisie geplaas. Die gewone verloop is dat so 'n geval dopgehou word en die pyn verdwyn, maar op 'n later geleentheid doen presies dieselfde beeld hom weer voor. Nou word die ouers bekommerd; hulle begin vrae vra wat moeilik is om te beantwoord, en gevolglik kry die chirurg ook sy deel van hierdie gevalle. Die ouers soek nou 'n tweede opinie en kom met die vrees dat die kind 'n abnormale appendiks het of een of ander buiktoestand wat 'n operasie vereis.

Dikwels word geen organiese letsel by hierdie kinders gevind nie. Dit is dus interessant om te sien hoe die diagnostiese benamings in die laaste halfeeu van gedaante verwissel het.

Die volgende toestande is vandag nog populêr:

1. Chroniese appendisitis.
2. Chroniese mesenteriese adenitis.
3. Wurms.

Toestande soos indigestie, hardlywigheid, onverteerde kosse, senuweedermttoestande, abdominale epilepsie, ens. is aan die verdwyn en word vervang deur benamings soos allergie, emosionele versteurings, hipoglisemie en die periodieke sindroom.

Laasgenoemde word vandag as 'n definitiewe sindroom aangeneem, en daar word selfs 'n etiologie gepostuleer asook definitiewe behandeling aanbeveel.

Waar bevind die chirurg hom in hierdie warboel? As hy in terme van sy volwasse pasiënte dink, dan is daar heelwat

toestande wat herhalende bo- of onderbuikpyn kan veroorsaak. Na aanleiding van 'n goeie geskiedenis en 'n fisiese ondersoek kom daar gewoonlik een of meer toestande na vore, en hulle word deur 'n paar spesiale ondersoeke uitgeskakel of bevestig.

Gou vind 'n mens egter dat by hierdie pasiëntjies daar 'n groot verskil is. In 'n klein persentasie word organiese letsels gevind. Dit wil dus voorkom dat in 'n hoë persentasie van kinders herhalende buikpyn nie op organiese gronde verklaar kan word nie, en dit is dus ook geen wonder dat so met diagnostiese benamings rondgeval word nie.

Met hierdie probleem in gedagte is 100 agtereenvolgende kinders tussen 8 - 14 jaar, wat vir konsultasie verwys is na die hospitaalkliniek van die Boksburg-Benoni-hospitaal, sover moontlik deur ons ondersoek en 'n definitiewe of voorlopige diagnose gestel. Behalwe die kinders wat ooglopend aan rondewurm-besmetting gely het of definitiewe urologiese afwykings gehad het, is die res geopereer en die bevindings genoteer.

Van die 100 gevalle is 5 nie geopereer nie. (Vir ooglopende letsels—sien Tabel I.)

TABEL I. BEVINDINGS BY LAPAROTOMIE

Ras	Geslag	Ouderdom	Letsel
1. Blank	Meisie	14	Ptotiese (R) nier
2. Blank	Seun	8	Wurms
3. Naturel	Meisie	9	Dubbelkelk-ureters en infeksie
4. Blank	Seun	14	Wurms
5. Blank	Meisie	14	Los ptotiese (R) nier

Die orige 95 gevalle is geopereer en nog 8 het patologie gehad wat vir hulle pyn verantwoordelik kon wees (Tabel II).

TABEL II. BEVINDINGS BY LAPAROTOMIE—95 GEVALLE

Ras	Geslag	Ouderdom	Letsel
1. Blank	Seun	14	Beide abdominale testes
2. Naturel	Seun	8	Choledechus-sindroom—wurms
3. Blank	Meisie	12	Mukoseel van die appendiks
4. Blank	Seun	9	? Crohn se siekte
5. Blank	Meisie	11	Konstriksie in middel van appendiks
6. Naturel	Meisie	8	TB adenitis
7. Naturel	Meisie	10	Sistiese ovarium regs
8. Naturel	Meisie	8	TB adenitis

Die bevindings by laparotomie in die orige 87 gevalle word in Tabel III aangetoon.

TABEL III. BEVINDINGS BY LAPAROTOMIE IN DIE ORIGE 87 GEVALLE

Getal	Laparotomie-bevinding
44	Normaal—uitgesproke vergrote mesenteriese kliere
24	Normaal—matige vergrote mesenteriese kliere
19	Normaal bestempel

Vergelyking van Twee Groepe

In 1958 het Apley³ twee groepe skoolgaande kinders vergelyk—een groep van 100 wat aan herhalende buikpyn aanvalle gely het, en 'n ander groep van 100 wat nie buikpyn ondervind nie. Sy bevindings kan as volg opgesom word:

- Bloedverwante van kinders met herhalende buikpyn ly dikwels aan:
 - Herhalende buikpyn.
 - Meer peptiese ulkuse.
 - Chroniese hoofpynaandoenings.
 - Senuwee-ineenstortings.

- Kinders met herhalende buikpyn:
 - Kry en kla dikwels van hoofpyn.
 - Sogenaamde 'galaanvalle'.
 - Het baie dikwels al 'n appendisektomie gehad.
- As kinders met herhalende buikpyn opgroei:
 - $\frac{1}{3}$ verloor hulle klagtes geheel en al.
 - $\frac{1}{3}$ verloor buikklagtes maar ontwikkel hoofpyn.
 - $\frac{1}{3}$ se klagtes bly voortduur.
- Uit 100 gevalle met herhalende buikpyn was daar:
 - 8 gevalle met organiese bewysbare patologie.
 - By 92 was daar absoluut niks.
- Intelligensie en emosionele prikkelbaarheid:
 - Geen verskil in intelligensie nie.
 - Buikpyn-gevalle soms meer emosioneel en prikkelbaar.
- Medikamente van min waarde:
 - 10% en minder moet chirurgies behandel word.
 - Van die orige 90% het 10% die behandeling van 'n psigiater nodig.
 - Die res kon beste deur die familiedokter behandel word.

Oorsake van Herhalende Buikpyn

Laat ons nou let op moontlike oorsake van herhalende buikpyn by kinders en sien hoe hulle by die gevalle inpas. Die maklikste en mees praktiese klassifikasie is miskien die volgende:

I. Buikpyn as gevolg van obstruktiwiese oorsake.

- Stenose van die dermkanaal op verskillende hoogtes.
- Breuke wat tydelike beklemmings veroorsaak—eksterne of interne tipes.
- Meckel se divertikel.
- Herhalende intussussepsie.
- Volvulus van kleinderm—gepaard met malrotasie.
- Regionale iliëtis.
- Poliepe in SVK.
- Neoplasmas.
- Verklewings.
- Vreemde voorwerpe.
- Wurms.
- Hardlywigheid gepaard met fissura in ano.
- Nierkoliek.
- Galblaaskoliek.
- Pankreaskoliek.
- Mobiele mesenteriese siste.

II. Buikpyn as gevolg van refleks stimulasie.

- Infeksies as gevolg van appendiks, galblaas, lewer.
- Steriele inflammasie ('periodic peritonitis').
- Adenitis (tuberkulose, non-spesifiek, neoplasmas).
- Ovulasie.
- Torsie van die gonade (by nie-afgedaalde testis).
- Peptiese ulkus.
- Bloedings in embrionale gewasse, bv. nefroblastoom of neuroblastoom.

III. Buikpyn as gevolg van toestande buite die buik.

- Inflammatoriese toestande van die rugmurg.
- Tumore van die rugmurg.

IV. Diverse toestande wat buikpyn veroorsaak:

- Diabetes mellitus.
- Porfirie.
- Loodvergiftiging.

VERSKIL VAN MENING

By die bespreking van hierdie oorsake wil ek die toestande kortliks bespreek waarvoor daar dikwels nog gestry word en wat dus nie heeltemal duidelik is nie. So gou as wat 'n patologiese toestand helder is, volg daar gewoonlik net een definitiewe behandeling.

Malrotasie

Hierdie toestand val dikwels baie later eers op as kort na die geboorte. Dit is lonend om hierdie toestand uit te skakel by die kind met herhalende aanvalle van buikpyn.

Poliepe

'n Mens sou verwag dat dit 'n belangrike oorsaak moet wees van buikpyn by kinders, maar tog is dit nie die geval nie. Hierdie pasiëntjies doen baie meer dikwels voor met bloed in die stoelgange of met 'n anemiese beeld.

Vreemde Voorwerpe

Dit neem gewoonlik 15 jaar vir 'n Trichobezoar voordat dit simptome veroorsaak. As 'n oorsaak van buikpyn val dit dus uit hierdie groep. 95% van alle vreemde voorwerpe wat ingesluk word, word ook weer spontaan gepasseer. As vreemde voorwerpe vassteek, bly hulle gewoonlik simptomeeloos. Sulke vreemde voorwerpe wat wys op röntgenonderzoek word soms gesien op 'n latere leeftyd wanneer deurligting om ander redes plaasvind. Dikwels was die pasiëntjies van hierdie voorwerpe onbewus.

Wurms

Meeste skrywers van oorsee meen dat besmetting met wurms nie 'n belangrike oorsaak van buikpyn is nie. Hier in ons land egter is dit baie algemeen onder die Naturelle en Kleurlingbevolking, en dit kom selfs ook by baie Blanke kinders voor. As daar geen ander oorsaak vir die herhalende buikpyn gevind word nie, dan is dit absoluut noodsaaklik om 'n wurmmiddel toe te dien en te soek vir wurms.

Peptiese Ulkus

Daar is verskillende tydperke in die kinderlewe wanneer peptiese ulkuse voorkom. Elkeen van hierdie tydperke het sy eie groep simptome of eie siektebeeld.⁵

1. *Die eerste 14 dae van die neonatale tydperk.* Massiewe bloeding of perforasie. Gedurende hierdie tydperk moet 'n mens die volgende twee faktore baie goed onthou omdat een of albei miskien daarvoor verantwoordelik kan wees. In hierdie vroeë lewensstadium het alle babas gewoonlik 'n lae protrombien of hulle lewers, wat baie te doen het met die vervaardiging van stollingselemente, is nog nie op 'n hoë vlak van fisiologiese werking nie. Ook vind mens dat in die eerste 5 dae na geboorte die baba se maagsuur-geleystaande is aan dié van 'n volwassene. Na die 5e dag daal die suur na 0.7 ml. N/10 HCl in iedere 100 ml. maagsap.

2. *Vanaf 2 weke tot 2 jaar.* Hierdie kinders is swak eters braak dikwels hulle voedings. Soms vind mens 'n bietjie bloederigheid in die voedings wat hulle braak en soms is daar klein melena stoelgange by die babas. Met röntgenondersoeke word 'n krater selde gewys—slegs deformiteit en spastisiteit van die duodenale kap wys gewoonlik.

3. *Vanaf 2 - 9 jaar.* Nou kry 'n mens die gewone grootmenspatroon. Hoe dikwels kan 'n mens 'n peptiese ulkus verwag in hierdie groep van pasiëntjies?

Wood,¹² in 1955, beskrywe 'n reeks van 95 pasiënte met buikpyn en praat van 6%.

Die syfer wat werklik voorkom, is moeilik om sonder enige twyfel vas te stel. 'n Krater word baie selde in hierdie gevalle gedemonstreer. Meestal word die diagnose gemaak op toestand soos spasmas van die pilorus, deformiteit, of die vinnige passering van barium deur die duodenum. Omdat die behandeling konserwatief is, word die diagnose dus nooit direk bevestig nie. Meeste radioloë, veral hulle wat meestal kindersondersoeke doen soos wat 'n

mens in groter kinders hospitale aantref, dink dat peptiese ulkuse eintlik redelik selde by kinders voorkom.

ANDER DIVERSE TOESTANDE

Spesifieke mesenteriese adenitis van tuberkulose. Gedurende die primêre abdominale infeksie kan abdominale pyn soms definitief by hierdie pasiëntjies gevind word. Hierdie kinders kla van vae buikpyn. Die teerheid wat hulle toon, is swak gelokaliseerd, maar hulle kom sonder twyfel ongesteld voor. Die Mantoux-toets sowel as bloedbesinkingstoets is van groot hulp. In sommige gevalle kan 'n mens verkalkte kliere op die oorsigsfoto van die buik sien. Sommige gevalle doen voor met onvolledige dermobstruksies as gevolg van verklewings.

Ulseratiewe kolitis. By kinders kan hierdie toestand baie verraderlik wees, veral in die begin. Die herhalende buikpyn kan op die voorgrond tree, terwyl diarree so agterweë bly dat dit die aandag ontwyk.¹⁰

Nie-afgedaalde testis. Gevalle is gerapporteer waar kinders met herhaalde buikpyn voorgedoen het. Nie-afgedaalde testis is meer blootgestel aan trauma, en ons weet dat hulle dikwels torsie kan ondergaan. Dit is egter moeilik om dit as 'n oorsaak te beskou of as 'n blote bybevinning.

Ovulasie. Meeste gevalle van herhalende buikpyn by meisies kom tussen 8 - 10 jaar ouderdom voor. Hierdie tyd is gewoonlik vroeër as die gewone aanvang van menstruasie en kan dus nie 'n belangrike oorsaak van buikpyn beskou word nie.

Hardlywigheid is vroeër beskou as 'n belangrike oorsaak van herhalende buikpyn by kinders. Vandag word dit nie meer aangeneem nie. Dit is gewoonlik alleen by kinders met anale splete waar ontlasting pynlik is en waar stoelgange oorgeslaan word, waar die ongemak en opgeblaaide gevoel vir buikpyn verwar word. Hierdie opgeblaaide toestand en hardlywigheid word vandag baie eerder aan die een of ander vorm van megakolon gekoppel.

Galblaaskoliek met stene kom feitlik altyd voor in gevalle van sferositiese of ander hemolitiese toestande in kinders. Baie van die kinders het gewoonlik 'n voelbare milt.

Pankreaskoliek. Enkele akute gevalle is gerapporteer—gewoonlik saam met aansteeklike siektes, bv. pampoentjies, maar herhalende pankreatitis, soos 'n mens dit by die volwassene sien, kom by die kind baie selde voor. Die enigste tipe van pankreaskoliek wat by kinders voorkom, is wanneer 'n ronde wurm by die ampulla van Vater opkruip. Hierdie beeld is gewoonlik baie akuut en kan soos 'n galblaas of pankreaskoliek diagnoseer word.

Periodieke peritonitis. Dit is 'n herhalende steriele peritonitis. Dit word onder Jode, Armeniërs en Arabiere beskrywe en is onbekend in ons land.⁵

Renale koliek. Indien die pasiëntjie enige buikpyn lateraal verwys, d.w.s. weg vanaf die sentrale buik of weg vanaf die umbilikale gebied, dan moet 'n behoorlike urologiese ondersoek gedoen word. Urologiese patologiese toestande is nie so seldsaam by kinders nie. Deur aan te neem dat alles in orde is omdat die uriene geen afwykings toon nie, sal menige vroeë geval gemis word. Dit is dus lonend om ten minste 'n intraveneuse pielogram by iedere kind met herhalende buikpyn uit te voer. Dit moet beklemtoon word dat kinders pyn baie swak beskrywe en dikwels nierkoliek meer sentraal verwys.

Chroniese appendisitis. Dit is een van die toestande wat dikwels aangewys word as 'n oorsaak van herhalende buikpyn by kinders. Fitzsimons³ rapporteer dat in 100 agtereenvolgende appendisektomieë wat hy gedoen het, die appendiks normaal was in 96 gevalle in kinders wat met herhalende buikpyn voorgedoen het. Stuckey⁹ het nog 100 gevalle van herhalende buikpyn in kinders geopereer, en sy opsomming is soos volg:

'Pathologically the condition of subacute or chronic appendicitis is not common, and such terms as used by clinicians are not scientific, except occasionally.' Is die stelling wat dikwels genoem word, 'The child's appendix does not grumble—it shouts out loud or shuts up', waar?

Gross,⁴ van Boston, is oortuig dat 'n laparotomie en appendisektomie toelaatbaar is in 'n kind mits 'n behoorlike ondersoek gedoen is en niks gevind is nie, maar waar die kind tog met sy herhalende buikpyn aanhou.

Potts¹ sowel as Nixon en O'Donnell¹¹ voel oortuig dat daar wel herhalende buikpyn kan voorkom as gevolg van 'n patologiese appendiks, maar dat die toestand seldsaam is.

Om dus op te som kan 'n mens sê dat daar maar seker 'n klein persentasie van gevalle met herhalende buikpyn in kinders voorkom, wat wel aan 'n patologiese appendiks toegeskrywe kan word.

Nie-spesifieke mesenteriese adenitis. In 1921 het Breneman al beskrywe hoe 'n akute abdominale toestand in hierdie gevalle verkry kan word. Die buikpyn aanvalle sou die oorsaak wees van ontstoke mesenteriese kliere wat saamgaan met 'n keelaandoening. As die stelling moet waar wees, dan moet 'n mens seker aanneem dat daar ook subakute en selfs chroniese beelde van hierdie toestand voorkom. Daar is ook die moontlikheid van 'n onbekende virusinfeksie van die spysverteringskanaal soos beskrywe is deur Fitzsimons,² waar in 13% van sy gevalle 'n ligte inflammatoriese toestand in die terminale ileum te sien was. Niemand kon nog ooit 'n kiem of 'n virus by hierdie gevalle demonstreer nie. Selfs die biopsies van die kliere het nog nooit iets opgelewer nie. Ook verskeie vooroperatiewe ondersoeke het niks opgelewer nie.

Penner het in 1949 daarop gewys dat by lykhouings wat uitgevoer was op kinders vir skielike dood, presies dieselfde beeld te sien was. Baie gevalle by lykhouings na ongelukke wys ook presies dieselfde toestand. Is hierdie toestand miskien nie maar 'n normale verskynsel by kinders nie? Dat hierdie toestand definitief baie onduidelik is, blyk uit die volgende opsomming van Conway:²

'The conception of chronic non-specific mesenteric adenitis lacks a sound pathological basis.'

FUNKSIONELE TOESTANDE

Sover is toestande bespreek wat op 'n bekende organiese basis verklaar kan word. Nou moet ons 'n paar toestande van meer funksionele aard van nader beskou.

Sekere mediese toestande soos porfirie en diabetiese verskynsels, asook loodvergiftiging, is aan ons almal wel bekend. Hierdie aandoenings kan vir herhalende buikpyn verantwoordelik wees, maar hoef nie moeilikheid te besorg nie, solank 'n mens van hulle bewus is en hulle in gedagte hou.

Ek wil liever die sogenaamde 'Periodieke sindroom' bespreek.⁵ Dit word vandag as 'n definitiewe sindroom beskou en sluit miskien baie ander benamings wat in die verlede op 'n te losse voet gebruik is in. Ons het dikwels gehoor van abdominale 'migraine', hipoglisemie, abdominale allergie, abdominale epilepsie, 'cyclical vomiting', ens. om maar 'n paar te noem.

PERIODIEKE SINDROOM

Die sindroom behels hoofsaaklik die volgende hooftrekke: (1) Bleekheid, (2) hoofpyn, (3) abdominale pyn, (4) braking, en (5) koors.

In sommige gevalle kom nog 'n paar ander simptome by soos dronkheid, verbygaande gesigsverstorings en blekerige stoelgange.

Hierdie tekens mag almal teenwoordig wees, of net sommige mag voorkom. Die aanval mag net 'n paar uur aanhou maar dit mag ook 'n paar dae lank duur.

Hoe word die simptoomblokkade verklaar? Die meganisme is nie duidelik nie maar die volgende uiteensetting is voorgestel:

Die kinders is ooraktief en gebruik hulle bloedglukose vinnig op. Daar vind 'n oortollige uitstorting van adrenalin plaas wat daling in lewerglikoog teweegbring. Die oortollige adrenalin bring gastriese stase mee met die gevolg dat nog minder glukose vanaf die SVK geabsorbeer word. So vind dan 'n kwaai kringloop plaas.

Alhoewel die meganisme nie duidelik is nie is daar sekere faktore wat predisponer by sekere kinders om die aanvalle uit te lok.

1. Daar is 'n aangebore familieneiging om onderhewig te wees aan funksionele verstoringe. Soortgelyke simptome

kry 'n mens dikwels in die geskiedenis by ander van die familieleden. Dikwels kan ook 'n geskiedenis van seesiekte, skeelhoofpyn of allergiese toestande soos asma, hooikoors of ekseem, by die gevalle uitgelok word.

2. *Foci van infeksie mag 'n aanval begin*—*sg. sneller-meganisme.* Gewoonlik is hierdie infeksies 'n ligte tonsillitis waarvoor die kind soms nie eers kla nie.

3. *'n Senu-element.* Hierdie mense is geneig om te veel te konsentreer op simptome wat hulle mag ondervind, sodat hierdie simptome baie meer vererger word.

By die kliniese ondersoek is niks spesiaals te vind nie, behalwe dat die pasiëntjie teer oor die buik, veral die RIF, mag wees, en oor een of meer van die simptome wat in die begin genoem is, beskik. Die asem mag 'n asetoon-reuk hê en asetoon is dikwels in die uriene-ondersoeke gevind.

Niemand weet hoe dikwels hierdie verskynsel hom voordoen nie. Met die verskeidenheid van die siektebeeld behoort sommige by die chirurg te beland, terwyl andere, waar die klem op ander simptome val, hulle pad in alle waarskynlikheid na die oogarts of oor-, neus- en keelarts of selfs die psigiater sal vind.

Dit is ons plig om hierdie sindroom duidelik in gedagte te hou by die ondersoek van alle kinders met herhalende buikpyn. Dit mag miskien soms ons gedagtegang verander om nie te oortuigend te wees wanneer ons van chroniese appendisitis of van nie-spesifieke mesenteriese adenitis praat nie.

In die voorafgaande bespreking is die meeste organiese oorsake sowel as die minder bekende funksionele oorsake genoem. Dit is ook duidelik beklemtoon hoe gering die kans by kliniese ondersoek gaan wees om 'n definitiewe letsel vas te pen. Nogtans is dit ons plig om hierdie letsels op te spoor.

Die volgende skema word dus aanbeveel vir die ondersoek van hierdie pasiëntjies.

Geskiedenis

Behalwe die gewone sistemiese ondervraging moet daar 'n paar spesiale vrae gestel word.

1. Is daar maagpyn, hoofpyn, allergie, ens. by die pasiëntjie of by enige van die familie?
2. Is daar enige huislike moeilikhede?
3. Wat is die onderlinge verhoudings tussen die ouers en kind? (a) Is hulle oorbesorgd oor die kind? (b) Is hulle bang vir een of ander kwaal? (c) Die moeder moet ook afsonderlik uitgevra word omtrent die vorige geskiedenis van die kind, bv. voedingsprobleme, humeur, oorsiggetrouheid, vrees of sy skoolwerk altyd goed gedoen is, ens.

Kliniese Ondersoek

Dit moet baie deeglik gedoen word. Trek die aandag van die kind geheel en al weg van sy buikondersoek af. Let noukeurig op of die kind die pyn sentraal of lateraal of agter die sternum verwys.

Spesiale Ondersoek

1. 'n Deeglike uriene-ondersoek—mikroskopies, kweking en intraveneuse pielogram vir nierafwykings, ens.
2. Oorsigfoto gedurende 'n aanval veral as daar buikopsetting is—vir dermobstruksies.
3. Barium-kliesma vir malrotasie en poliepe.
4. Hemoglobien, witseltelling en differensieel telling, m.a.w. 'n volledige bloedsstelling—vir alle letsels in die SVK waar

bloedverlies is of waar bloeding plaasvind op die basis van ander letsels.

5. Indien vergrote kliere of milt—doen tuberkulien-toets en soms serologiese toetse—vir *Brucillis abortus* en infektiewe mononukleose.
6. Indien substernaal of lateraal—ondersoek vir peptiese ulkus, galblaas.

BEHANDELING

Indien 'n organiese letsel opgespoor word, moet dit volgens heersende behandelingsmetodes benader word. Weer moet beklemtoon word dat die persentasie klein gaan wees.

In oor die 80% word na alle ondersoeke geen letsel gevind nie. Hierdie gevalle is die probleem. Die ouers moet deeglik oortuig word dat daar geen letsel is nie, en dat daar dus niks te vrees is nie. Dit gaan egter nog nie die abdominale pyn van die kind genees nie. Dit word dus 'n sosiale probleem, en alleen die nouste samewerking tussen die ouers, die praktisyn wat die familie versorg, en soms 'n psigiater kan verbetering in die toestand van hierdie pasiëntjies teweegbring.

GEVOLGTREKKINGS

1. 'n Klein persentasie van kinders met herhalende buikpyn het werklik 'n organiese toestand wat daarvoor verantwoordelik is—in hierdie reeks 13%.

2. Urologiese afwykings moet uitgeskakel word by iedere kind.

3. Al die Naturellekinders het letsels gehad wat vir hulle simptome kon besorg. Naturellekinders met herhalende buikpyn is baie min. Op hierdie deel van die ondersoek word op die oomblik verder ingegaan.

4. Met die ontleding van die geskiedenis is daar in die meeste gevalle 'n onderliggende sosiale faktor aanwesig soos 'n invalide in die huis of moeilikheid van 'n huislike aard.

SUMMARY

100 consecutive cases of children presenting with recurrent abdominal pain were investigated.

Five cases were not operated upon. The remaining 95 cases were all subjected to operation. Eight of them had pathology that could have been responsible for their pain. The other 87 cases either showed nothing or had enlarged mesenteric glands—some mild and others more outspoken.

The following conclusions were drawn from this study:

1. Organic disease is not a common cause of recurrent abdominal pain in children. In this series only 13% showed any pathology that could have been responsible for their pain.
2. Urological lesions must be excluded.
3. All Bantu children who presented with recurrent abdominal pain had demonstrable pathology. The number of Bantu children presenting with recurrent abdominal pain were few in comparison with White children.
4. There is usually an underlying social element present in most of these cases.

Hiermee wil ek graag dr. U. McKenzie, van die Departement Chirurgie, Boksburg-Benoni-hospitaal, baie bedank vir die talle spesiale ondersoeke wat deur hom gedoen is. Ek wil ook my dank uitspreek teenoor dr. I. J. Louw, Superintendent van die Boksburg-Benoni-hospitaal vir sy toestemming tot publikasie van hierdie gevalle.

VERWYSINGS

1. Apley, J. (1959): *The Child with Abdominal Pains*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
2. Conway, D. J. (1951): *Gt Ormond Str. J.*, 2, 99.
3. Fitzsimons, J. (1946): *N.Z. Med. J.*, 45, 76 en 248.
4. Gross, R. (1953): *Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia: W. B. Saunders.
5. Kempton, J. J. (1965): *Brit. Med. J.*, 1, 83.
6. Leix, F., en Greaney, E. M. jnr. (1963): *Amer. J. Surg.*, 106, 173.
7. Potts, W. (1959): *The Surgeon and the Child*. Philadelphia: W. B. Saunders.
8. Reimann, H. A., Moadie, J., Semerdjian, S. en Sahyoun, P. F. (1954): *J. Amer. Med. Assoc.*, 154, 1254.
9. Stuckey, E. S. (1950): *Med. J. Aust.*, 2, 827.
10. Swenson, O. (1958): *Paediatric Surgery*. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.
11. Nixon, H. H. en O'Donnell, B. (1961): *The Essentials of Paediatric Surgery*. Londen: William Heinemann.
12. Wood, J. L., Hardy, L. M. en White, H. (1955): *Pediat. Clin. N. Amer.*, 2, 465.