

Mijn tijdelijke werkkring in het Massachusetts General Hospital te Boston bracht mij in 5 maanden reeds in contact met patiënten lijdende aan deze ziekte en met vele patiënten, die postoperatief ter contrôle kwamen. Ik vroeg mij dus af, in hoeverre dit een plaatselijke concentratie van dergelijke zieken was door de faam van de „Thyroid Clinic”, dan wel dat wij in Nederland de diagnose ten onrechte zelden overwegen. Ongetwijfeld is het eerste van betekenis, maar bovendien is men sinds kort door goed geanalyseerde statistieken tot nieuwe gezichtspunten gekomen, die de diagnose schildkliercarcinoom eerder doen vermoeden dan voorheen. De conclusies wijken in sommige opzichten af van die welke door collega BAX werden naar voren gebracht en het leek mij daarom wenselijk ze te vermelden.

Allereerst de leeftijd. COLE c.s. (*J.A.M.A.* 127, bl. 883, 1945) zag in 523 gevallen van knobbelige struma 38 maal carcinoom; bij de patiënten was de *gemiddelde* leeftijd 42 jaar! SMITH c.s. (*Am. J. Cancer* 20, bl. 1, 1934) bestudeerde 54 gevallen van schildkliercarcinoom. Weliswaar was de frequentie van het minder maligne papillaire carcinoom in de jeugdgroep groter (tussen 20 en 30 jaar geen zeldzaamheid), maar ook het maligne, niet papillaire type wordt reeds tussen het 30e en 40e jaar gezien. Inderdaad komt de niet-papillaire vorm méér voor in streken met endemische krop.

Een tweede belangrijk punt is het verschil tussen de struma met een enkele knobbel en die met meer knobbels. Verscheiden schildklieronderzoekers komen tot dezelfde conclusie: de frequentie van carcinoom in een struma met een enkele knobbel (ongeacht de leeftijd!) bedraagt ongeveer 20 pCt. Daarentegen daalt de frequentie in die met meer knobbels tot veel minder dan 10 pCt.!

Men hoede zich dus voor de *enkele knobbel, ongeacht de leeftijd*. In het Mass. Gen. Hosp. werd in de afgelopen 3 jaar bij meer dan 200 van dergelijke patiënten in 19 pCt. kanker gevonden!

Het is hier niet de plaats in te gaan op andere diagnostische hulpmiddelen bij het stellen van de diagnose.

A. QUERIDO

Leiden, tijdelijk Boston, Mass. Gen. Hosp., 28 Augustus 1949

ENTING EN HERINENTING TEGEN POKKEN

Van de gelegenheid tot kosteloze enting en herinenting tegen de pokken, welke overal van gemeentewege wordt gegeven op verzoek van de Hoofdinspectie der Volksgezondheid, wordt op slechts uiterst bescheiden wijze gebruik gemaakt. Zo wordt het Nederlandse volk niet voldoende beschermd tegen de dreigende invasie. Men vraagt onbewust om een dwangmaatregel. „Als het moet”, gaat men er met plezier toe over. Dan is het: gelijke monniken, gelijke kappen, passend in ons democratische staatsbestel. Vrijwillig zich een dikke arm en een paar onaangename dagen laten welgevallen, terwijl buurman thuisblijft om zijn andere buurman stiekem te kunnen uitlachen, daarvoor voelt men niets, wat verklaarbaar is.

Een uitzondering maakt men voor zuigelingen; men vindt het van zelf sprekend, dat deze worden ingeënt.

De Overheid zal op korte termijn de in-(herin-)entingsplicht moeten invoeren, waardoor zij de verantwoordelijkheid op zich neemt, die bij het afschaffen van het pokkenbriefje voor schoolbezoek, op de schouders der gemeente- en huisartsen werd afgewenteld. Met het bekende gevolg, omdat de artsen dit niet konden aanvaarden.

Wehl (Geld.), 3 September 1949

TH. A. BLOM

DUIZELIGHEID EN PATIËNTEN, DIE NIETS MANKEREN

In een clinische les heeft prof. VAN EGMOND de vraag gesteld of, als men bij de klacht van duizeligheid geen afwijkingen vindt bij intern en neurologisch onderzoek, „dit nu werkelijk een ziekte is of dat deze klachten functioneel

zijn" 1). Hij toonde aan, dat bij een nauwkeurig en uitgebreid vestibulair onderzoek er bij dergelijke patiënten vaak afwijkingen te vinden zijn. Zijn nu de klachten dezer patiënten functioneel of niet, is dit nu werkelijk een ziekte of niet? De beantwoording van deze vraag hangt af wat men onder „functioneel” en „ziekte” verstaat. Als men onder functioneel verstaat: door functiestoornis veroorzaakt, dan zijn deze klachten zeker functioneel: veroorzaakt door functiestoornis van het vestibulaire apparaat. Of deze functiestoornis misschien tengevolge van abnormale sterke reactie van het vestibulaire apparaat psychisch is teweeg gebracht, zoals dit bij functionele stoornissen zeer vaak het geval is, is uit de klinische les niet af te leiden, want bij de patiënten van prof. VAN EGMOND wordt niet het resultaat van het psychische onderzoek meegedeeld.

Alleen als het lichamelijk onderzoek aantoont, dat de functiestoornis veroorzaakt is door een anatomische afwijking of een uitwendige oorzaak als intoxicatie of infectie kunnen wij zonder nader onderzoek besluiten tot een niet psychische oorzaak van de door de functiestoornis veroorzaakte klachten. Het is mij niet helemaal duidelijk geworden, welke conclusie uit het meegedeelde onderzoek kan worden getrokken.

Niemand twijfelt eraan, dat een — objectief gevonden — tachycardie of de uitgebreide rode vlekken, die soms — vooral tijdens de anamnese aan gelaat en hals verschijnen, welke laatste ook bij patiënten van prof. VAN EGMOND zijn vermeld, psychisch veroorzaakt kunnen zijn. Men kan hieruit het onderscheid niet treffen tussen „het bestaan van een ziekte” of „functioneel”. Maar wanneer de bevinding van een dergelijke functiestoornis wordt gedaan met een min of meer ingewikkelde apparatuur, schijnt de beoordeling eenvoudiger. Dit begint al wanneer een iets verhoogde systolische bloeddruk wordt gevonden en men op grond van een slechts één maal verricht en eenzijdig onderzoek deze mensen afkeurt (zie artikel van prof. FORMIJNE e.a.). Bij ingewikkelder apparatuur komt men nog sneller tot de conclusie: lichamelijk en organische ziekte (o.a. electrocardiographische afwijkingen, bijv. neg. T₂ in (staande houding)).

Het zou wenselijk zijn, als bij de beschrijving van een functiestoornis werd aangegeven of deze bevinding toelaat een onderscheid te maken tussen „functioneel” en organisch. Wanneer dan blijkt, dat de bevinding alleen op een functiestoornis wijst, dan moet men m.i. onafhankelijk van de belangrijkheid dezer bevinding het onderzoek uitbreiden tot de psyche van de patiënt.

De patiënten, die „niets mankeren”, zijn zoals VAN VALKENBURG 2) het onlangs uiteenzette, vaak wel ziek. Bovendien toont juist bij psychische stoornis het vegetatieve-endocrine stelsel vaak een labiliteit, die zich in abnormale reacties van allerlei aard uit. Het waarnemen van deze abnormale reacties is een van de redenen, waarom deze patiënten vaak niet aan de psychotherapie toekomen. Ik zou hiermee echter allerminst willen ontkennen, dat geneesmiddelen, die op het vegetatieve of endocrine stelsel werken, nutteloos zouden zijn.

's-Hertogenbosch, 7 September 1949

G. F. VAN BALEN

TRICHOBEZOAR

Levendig herinner ik mij de vergadering in 1919 van het Klinisch Genootschap te Rotterdam, waarin de collegae H. KLINKERT en DE JOSSELIN DE JONG, destijds patholoog-anatoom in het ziekenhuis aan de Coolsingel, het geval demonstreerden, dat bij de autopsie een haarbal bleek te zijn. Het was niet herkend, noch door het punctaat, dat de clinicus de patholoog-anatoom ten onderzoek had verstrekt, noch bij het klinisch onderzoek en de bespreking coram societate medica. Wel een bewijs, hoe moeilijk in die dagen de herkenning dier aandoening was; trouwens — zoals collega DE LEEUW in het *Tijdschrift* van 3 Sep-

1) *N.T.v.G.* 93, 2497, 1949.

2) *N.T.v.G.* 93, 2058, 1949.