

In bovenstaande tabel betekent A-dag een dag, waarop één of meer kinderen een asthmaanval hadden; een O-dag wil zeggen een dag, waarop bij ten minste 2 van de 3 waarnemingen de windrichting een component uit het Oosten had. De observatieduur was 1 jaar, in een koloniehuis, waarin het grootste aantal aanvallen werd geconstateerd (46); in deze periode werd van de windwaarnemingen te Egmond gebruik gemaakt. In de tabel spreken wij van coïncidenties I, als de A- en de O-dag samenvallen, terwijl de tweede soort coïncidenties betekent dat de A-dag vlak na de O-dag komt, er mee samen valt of direct er vóór valt.

a. De kans op een A-dag is $W_1 = 46/365 = 0,126$, die op een O-dag $W_2 = 110/365 = 0,302$ zodat $W_1 \times W_2 = 0,038$. Wanneer de verdeling der A- en O-dagen over de tijd volkomen toevallige (binominale) zou zijn geweest, zou het gemiddelde aantal toevallige coïncidenties (I) $365 \times 0,038 = 13,9$ zijn geweest. Dit is 1,9 méér dan het getelde aantal I. Dit is toegestaan, immers voor de standaarddeviatie vinden wij $s = \sqrt{13,9(1-0,038)} = 3,7$ groter dan de afwijking 1,9, zodat de overschrijdingskans P ver boven de drempel van 5 pCt ligt en wij dus het verschil tussen 13,9 en 12 aan het toeval mogen toeschrijven.

b. Thans de gevallen met speling van één dag naar beide kanten. Nu moet men de coïncidentie goed definiëren! Een geval zoals 14 Mei met A en O, terwijl 15 Mei wel A, geen O heeft, telt voor 2 (dus steeds zoveel mogelijk tellen; hier de O van 14 Mei ten opzichte van A van 14 en ten opzichte van A van 15 Mei).

$N [3W_1W_2 - 2W_1W_2(W_1 + W_2) + 2W_1^2W_2^2] = 365 \times 0,083 = 30,3$ stuks. Het verschil is $30,3 - 28 = 2,3$. Weer statistisch louter toevallig. Bovendien bedraagt de bij 30,3 behorende standaardfout $\sqrt{30,3(1-0,083)} = 5,3 \gg 2,3$. Als het verschil kleiner is dan de standaardfout, is alles louter toeval.

Met deze 2 berekeningen a en b is voldoende bewezen, dat hier geen correlatie werd gevonden tussen asthma en Oostenwind.

Rotterdam, 12 December 1952

C. BELONJE

HET PROBLEEM VAN CHRONISCHE APPENDICITIS VOOR DE HUISARTS

Collega VAN WEEL¹ verliest uit het oog, dat, al moge dan het ziektebeeld van de chronische appendicits uit een schoolse denkfout zijn ontstaan, de processus vermiformis ook in niet ontstoken toestand een hinderlijk bezit kan vormen. De appendiculaire colieken zijn zelfs bij een welgevoegde psyche en een onberispelijk functionnerend reflexapparaat (DE QUERVAIN) een reden om de huisarts te raadplegen. Grote lengte, kurketrekkervorm door een kort mesenterium, V-vormige afknikking en abnormale ligging kunnen moeilijkheden berokkenen bij de lediging. Er ontstaat min of meer volledige obturatie- of strangulatie-ileus en acute appendicitis is het onheilspellende resultaat. De familiale praedispositie tot acute appendicitis, waarbij het praeparaat met zijn klassiek ontstoken uiterlijk een psychische genese uitsluit, is bekend.

Het is niet onwaarschijnlijk, dat „duizendvoudige” ervaringen van realistisch ingestelde huisartsen de „blijvend goede resultaten” na verwijdering van nog „niet onmiskenbaar ontstoken appendices” kunnen bevestigen. Zij en de patiënt verheugen zich er over dat deze zonder hulp van de psychiater van een chronische kwelgeest is bevrijd.

Ook de „absolute onjuistheid” van de ptosis-conceptie van GLÉNARD is in feite slechts een schematische absolute van schrijver.

¹M. W. VAN WEEL (1952) *N.T.v.G.* **96**, 2883. ²C. B. A. J. PUYLAERT (1952) *N.T.v.G.* **96**, 2863.

Zuilen, 17 November 1952

P. C. KOPPERT

Bij de bespreking van de diagnose van chronische appendicitis zegt collega VAN WEEL¹: „Röntgenologisch onderzoek brengt ons niet verder”.

Het komt echter voor, dat men viermaal het onderzoek herhaalt, en de appendix op de röntgenphoto telkens niet gevuld blijkt te zijn. Deze bevinding wordt dan als belangrijk argument voor de diagnose „chronische appendicitis” gebruikt. Is collega VAN WEEL van mening, dat aan deze bevinding geen waarde mag worden gehecht?

¹M. W. VAN WEEL (1952) *N.T.v.G.* **96**, 2883.

Wassenaar, 15 November 1952

R. S. TEN CATE

In principe zal iedere huisarts zich kunnen verenigen met het artikel van collega VAN WEEL¹. Toch zijn enkele kanttekeningen mijns inziens wenselijk.

a. Een patiënt bij wie ten onrechte de diagnose appendicitis verworpen is, schaamt zich

voor zijn „zenuwen”. Hij wordt daarna maar al te vaak opgenomen met een infiltraat of een perforatie omdat hij niet zo kinderachtig wil zijn een dokter opnieuw met zijn klachten lastig te vallen. Ik zag dit in mijn practijk vier maal in het laatste jaar. (Daartegenover staat, dat een evenredig aantal van mijn patiënten wegens de ten onrechte gestelde diagnose appendicitis werd geopereerd).

b. De chirurg heeft vaak geen mogelijkheid tot retrospectieve contrôle van zijn diagnose, aangezien vele patiënten wegens gebrek aan ziekenhuisruimte elders worden opgenomen wanneer hun klachten recidiveren.

c. Objectivering van de diagnose appendicitis is toe te juichen, mits men zich er van bewust is, dat bij chronische, maar ook bij subacute appendicitis alle objectieve symptomen (temperatuur, spierverzet, bloedbeeldveranderingen) zo gering kunnen zijn, dat zij aan de waarneming ontsnappen. Met andere woorden, men maakt even veel brokken als men de diagnose appendicitis te academisch probeert te stellen, als wanneer men deze niet academisch genoeg stelt. Deze these is op gegevens uit mijn practijk met zekerheid te stellen.

d. Het is gevaarlijker een ontstoken appendix te laten zitten dan een gezonde te verwijderen. Er moet mijns inziens dan ook een bevredigend compromis worden gevonden tussen de opvatting: men moet wel heel zeker zijn dat een appendix ziek is voor men haar verwijdert, en: men moet wel heel zeker zijn dat een appendix niet ziek is, voor men haar laten zitten. Een mens is nu eenmaal geen biochemische constructie, maar een levend organisme, en dit is juist wat het medische beroep levend houdt.

Voorbeeld: Een intelligente patiënt(e) bij wie neurotische symptomen ontbreken (kennis van familie-anamnese en persoonlijkheidsstructuur!), die bij herhaald onderzoek scherp begrensde pijn bij druk op het punt van MAC BURNEY aangeeft en bij wie men na grondig onderzoek meent andere aandoeningen te kunnen uitsluiten, heeft recht op appendectomie.

Deze opmerkingen maak ik in volkomen accoord met het artikel van collega VAN WEEL, maar ter voorkoming van een te grote neiging door te slaan naar de andere kant dan de door collega VAN WEEL als misstand gesignaleerde.

¹M. W. VAN WEEL (1952) *N.T.v.G.* 95, 2883.

Amstelveen, December 1952

K. J. JAMES

Het zou interessant zijn wanneer collega KOPPERT zijn indruk over de heilzame uitwerking van het wegnemen van de normale appendix bij lijdens aan chronische buikklachten zou kunnen waarmaken. Ik twijfel er niet aan of hij beschikt over een voldoende groot materiaal om een critisch na-onderzoek te kunnen instellen dat de moeite waard zou zijn. Tot zo lang beroep ik mij op de literatuur.

Zonder het voorkomen van appendiculaire colieken geheel te ontkennen ben ik van oordeel dat de grootste bedachtzaamheid geboden is met het stellen van de diagnose. De betekenis van de niet ontstoken appendix als oorzaak van buikklachten wordt stellig sterk overschat. Ik kan mij geheel verenigen met ALVAREZ¹, van wie ik gaarne twee citaten zou willen aanhalen die zowel slaan op de omstrede „appendicopathie” als op de blijkbaar door collega KOPPERT nog aangehangen visceroptoseleer van GLÉNARD: „It takes twenty years for a medical observation to get into the textbooks but when once there no matter how obviously wrong it may be it takes a hundred years to die out”; en: „I think I would as willingly ascribe (digestive) symptoms to a large navel, to a hooked nose, or to flaring ears, as to a mobile caecum or a redundant sigmoid flexure”.

Aan collega R. S. TEN CATE zou ik het volgende willen antwoorden:

Het zich niet vullen van de appendix, ook bij herhaald röntgenonderzoek, kan wijzen op een ontstekingsproces waardoor het lumen is geoblitereerd. Intussen bestaan er zoveel voetangels en klemmen bij de interpretatie van de röntgenologische bevindingen (zie ORBAAN²), dat het ontbreken van een appendix-schaduw stellig geen doorslaggevend argument kan zijn voor het bestaan van een chronische appendicitis.

Met de kanttekeningen van collega JAMES kan ik het in het algemeen zeer wel eens zijn. Ik erken volmondig dat onder bepaalde omstandigheden een proeflaparotomie de enige weg is om de diagnostische puzzle tot klaarheid te brengen. Helaas heb ik de ervaring dat men ondanks de meest zorgvuldige overwegingen te vaak bij operatie teleurstelling beleeft. Het doorzeilen tussen de Scylla van de laparotomie met negatieve bevindingen en de Charybdis van het laten zitten van een appendix die wel degelijk ontstoken is, is bij een ziektebeeld met zoveel schakeringen soms een hachelijke onderneming. Ook de meest ervarene

zal zich niet verbeelden er steeds zonder averij af te komen. De schade dient evenwel binnen de perken te blijven. Men kan niet schematiseren. Men heeft de plicht geval voor geval zorgvuldig te bekijken en moet dan naar beste weten handelen. Appendectomie als panacee voor chronische buikklachten blijft verwerpelijk.

Literatuur: ¹W. C. ALVAREZ (1946) *Nervousness, indigestion and pain*. HEINEMANN, Londen.
²C. ORBAAN (1934) *N.T.v.G.* 78, 960.

Rotterdam, 20 December 1952

M. W. VAN WEEL

(Discussie gesloten. REDACTIE).

BERICHTEN



BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — VOOR DE MENS BESMETTELIJKE ZIEKTEN VAN DIEREN. Te Wenen is een internationale conferentie met laboratoriumdemonstraties gehouden over rabies, brucellose, rundertuberculose, Q-koorts en leptospirose. Laatstgenoemd onderwerp werd ingeleid en met demonstraties toegelicht door prof. J. W. WOLFF (Amsterdam). (*Press Release W.H.O.*, 3 December 1952).

AFGHANISTAN. — BESTRIJDING VAN VLEKTYPHUS. Met medewerking van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft men in gebieden waar vlektyphus endemisch heerst en 's winters een epidemisch karakter aanneemt, met goed gevolg op grote schaal ontluisd. Het sanitaire personeel deed daartoe huisbezoek en spoot alle bewoners 10 pCt DDT-poeder in de kleren. Eén enkele inspuiting in het begin van de winter is reeds doeltreffend; de gemiddelde hoeveelheid poeder per persoon bedraagt 64 gram. De onkosten, alles inbegrepen, beliepen 3 dollarcenten per persoon (*Chron. de l'Organisation mondiale*, 1952, bl. 382).

AUSTRALIË. — ZUSTER KENNY OVERLEDEN. ELIZABETH KENNY is op 66-jarige leeftijd te Toowoomba (Queensland) overleden. Zij werd bekend door haar onorthodoxe behandelingswijze van de slachtoffers van poliomyelitis. Men beschrijft haar als een vinnige, strijdlustige vrouw, ontoegankelijk voor andermans opvattingen, maar bezielde door medelijden en onzelfzuchtig (*Brit. med. J.*, 6 December 1952, bl. 1262).

BELGIË. — OFFICE INTERNATIONAL DE DOCUMENTATION DE MÉDECINE MILITAIRE. Het *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* (1952, bl. 246) bevat een beknopt officieel verslag in de Franse taal van de 15e Session de Conférences van genoemd Office, van 4 tot 7 Juni 1952 te Luik-Brussel gehouden. De behandelde themata waren: Les limites du rôle médical dans la guerre biologique; la relève du personnel sanitaire et religieux retenu auprès des prisonniers de guerre; l'identification du personnel sanitaire et religieux dans les forces armées. Het eerst genoemde onderwerp is onlangs in de rubriek „Arts en Samenleving” van ons *Tijdschrift* (1952, bl. 3160) reeds ter sprake gekomen.

— CONGRES VAN GERONTOLOGEN. In September hield de Association internationale de Gérontologie de eerste conferentie van haar Engelse afdeling voor biologisch en geneeskundig onderzoek. Prof. P. FORMIJNE (Amsterdam), prof. B. C. P. JANSEN (Amsterdam) en prof. G. O. E. LIGNAC (Leiden) namen aan de werkzaamheden deel (*Revue médicale de Liège*, 1952, bl. 781).

DUITSLAND. — GEEN CANICOLA-EPIDEMIE. In deze rubriek (vorige jaargang, bl. 3224) bedoelde referent een serologisch na-onderzoek te vermelden dat leidde tot een ander inzicht in de aard der leptospirose-gevallen, enige jaren geleden in Sleeswijk-Holstein waargenomen: geen *L. canicola* maar *L. grippotyphosa*. De zetterij maakte van „na-onderzoek” „Wa-onderzoek” en haar corrector, die geen afkortingen duldt, „onderzoek volgens WAS-SERMANN”.

ENGELAND. — PSYCHOSOMATICA. Bij een algemene beschouwing van allerhande onderwerpen die de medische professie bezighouden, besprak de president van de British Medical Association ook de zo genaamde psychosomatische geneeskunde. Volgens SOCRATES meenden de Thraciërs reeds dat het lichaam zonder medewerking van de geest niet kan genezen.