

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

MONDKANKER IN NEDERLAND EN ZWEDEN.

W. F. WASSINK, Vereeniging het Nederl. Kankerinstituut, *Ned. Tijdschrift v. Geneesk.*, 82, II, 16, pag. 1870: „Wanneer men den mondkanker in Nederland en Zweden bestudeert, blijkt dat er een groot verschil bestaat in de frequentie van voorkomen bij man en vrouw. Terwijl in Nederland kanker van het mondslijmvlies bij de vrouw zeldzaam is, geven de Zweedsche statistieken voor de vrouw zoo hooge cijfers, dat deze die voor den man bijna evenaren. Twee aetiologische factoren blijken dit treffende verschil tusschen beide landen te veroorzaken: enz.”

Statistiek van de Sterfte en zoo voorts over 1935, Landsdrukkerij, den Haag, pag. 19:

Aan kanker en andere kwaadaardige gezwellen van de mondholte, den pharynx, en de tong stierven 156 mannen, 56 vrouwen.

Dito. 1936, pag. 20 en 21: 165 mannen, 68 vrouwen.

Tezamen: 321 mannen, 124 vrouwen: op 100 mannen 39 vrouwen.

Statistique officielle de la Suède, Causes de décès en 1934 (het eenige jaarverslag, dat mij hier ter beschikking staat), pag. 51: aan kanker van den mond, de tong, en de lippen stierven 51 mannen en 25 vrouwen: op 100 mannen 49 vrouwen.

Johannesburg, 15 Augustus.

C. PIJPER.

TRAUMA EN DIABETES.

Het komt mij voor, dat dr. B. K. BOOM — om aan te toonen, dat mijn conclusie, dat het maken van een bloedsuikerkromme langen tijd na een ongeval van zéér groote waarde is, niet juist is — over het hoofd ziet, dat geen ter beoordeeling geroepen arts, wanneer hij daartoe de kans krijgt, zal nalaten een bloedsuikerkromme te maken. Dit deed hij in zijn eigen geval ook. Wanneer er dan een normale of een kenmerkende diabetescurve wordt gevonden, zal hij deze gegevens in zijn beoordeeling steeds kunnen gebruiken.

Voorts schijnt het mij toe, dat collega BOOM twee krommen vergelijkt, die niet vergelijkbaar zijn, omdat die van zijn patiënt na 1½ uur afbreekt, en die van mijn patiënt tot 3 uur wordt voortgezet, en dan tot 0.09 daalt.

In JOSLIN's boek van 1937 lezen wij op pag. 121 in het midden:

When the fasting bloodsugar of the diabetics was 0.11 per cent or less, as in 6 individuals, and those were given 50 grams of glucose, the increase in percentage of bloodsugar was not abnormal until the second and third hours. Therefore, 50 grams of glucose cannot be accepted as a routine test unless bloodvalues for at least two hours are obtained.

En op pag. 122 zien wij dit in tabel 35 nader in cijfers uitgedrukt (begincijfers 0,11 of minder, na 2 en 3 uren respectievelijk 0,14 en 0,13.).

Er blijkt hieruit dus en ook uit de gegevens bij andere schrijvers, dat de kromme van mijn patiënt géén diabeteskromme is. Er is nog een tweede reden, dat deze curve niet als een diabeteskromme moet worden opgevat: er werd namelijk op blz. 4193 medegedeeld, dat patiënt's huisarts eenigen tijd na genezing van de carbunkels met een suikerbelastingsproef trachtte glycosurie op te wekken, hetgeen mislukte.

De later gemaakte kromme wordt er des te belangwekkender door en deze feiten wijzen er op, dat met het vinden van een „vertragings”kromme nog geen diabetes mag worden aangenomen.

Ik mag dus besluiten, dat èn wanneer een normale curve, èn wanneer een typische diabeteskromme, èn wanneer een „lag” curve volgens MAC LEAN worden gevonden, ook lang na een ongeval, het maken daarvan van zéér groote waarde, ja zelfs een eerste vereischte is.

Intusschen ben ik collega BOOM dankbaar, dat hij mij op enkele onnauwkeurig-