

	A.		B.		C.		D.		E.	
	m.	vr.	m.	vr.	m.	vr.	m.	vr.	m.	vr.
40—49	12,21	12,46	10,65	10,80	10,81	10,83	10,12	10,30	10,20	10,39
50—54	5,07	5,19	4,47	4,60	4,36	4,51	4,46	4,55	4,67	4,66
55—59	4,11	4,27	3,69	3,89	3,63	3,77	3,81	3,91	4,12	4,10
60—64	3,11	3,40	2,95	3,15	2,86	3,06	3,21	3,24	3,50	3,44
65—69	2,40	2,77	2,26	2,48	2,28	2,42	2,68	2,63	2,84	2,79
70—74	1,52	1,82	1,44	1,67	1,47	1,60	1,75	1,76	1,93	1,89
75—79	0,91	1,19	0,83	1,04	0,85	1,03	1,11	1,16	1,28	1,25
80—	0,57	0,88	0,56	0,76	0,61	0,72	0,78	0,88	0,91	0,93

Uit de bovenstaande samenstelling naar procenten blijkt, dat in de leeftijdsklassen boven 40 jaar steeds meer vrouwen dan mannen zijn (behalve in groep E) en dat met de grootte der gemeenten het verschil toeneemt.

In de publicatie *Statistiek van de sterfte naar den leeftijd en de oorzaken van den dood over 1936* komen op blz. XV en XVI tabellen voor, betreffende het percentage van de verschillende kankerlocalisaties in verband met de bezetting van de oudere leeftijdsklassen, waaruit blijkt, dat de kankersterfte in het geheel in de oudere leeftijdsklassen toeneemt, maar dat er verschillen bij de kankerlocalisaties voorkomen; bij voorbeeld maagcarcinomen bereiken in de leeftijdsklasse 75—79 het maximum, longkankers bij mannen in het 65—75e jaar, uteruskankers in het 75—79e jaar, ovariumkankers in het 60—64e jaar en de huidkankers nemen toe tot in de hoogste leeftijdsklasse.

Voor een deel kunnen de afwijkingen in de groepen van gemeenten voor de verschillende kankerlocalisaties verklaard worden uit de verschillen in de leeftijdsbezetting en in de wisselende verhouding tusschen mannen en vrouwen.

Het minder vaak vastgesteld worden van longkanker en kanker van mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen is wellicht toe te schrijven aan het ontbreken van meer speciale diagnostische methodes in de kleinere gemeenten. Het relatief meer aanwezig zijn van vrouwen in de grootere gemeenten kan een aanwijzing zijn voor de verklaring der afwijking bij mammacarcinoom.

De toeneming van huidkanker bij de kleine gemeenten houdt waarschijnlijk verband met de sterkere bezetting van de oudste leeftijdsklassen, terwijl het minder toepassen van therapeutische maatregelen ook invloed kan hebben.

Tenslotte geeft in de groote steden de autopsie een correctie op de diagnose, die in de kleinere plaatsen ontbreekt.

De opgesomde factoren kunnen de vastgestelde verschillen verklaren, zonder dat invloeden, die kanker veroorzaken, behoeven te worden aangenomen.

's-Gravenhage.

G. M. VERSTEEG, arts.

SECTIO CAESAREA BIJ VERHAKING VAN EEN TWEELING.

In antwoord op de opmerkingen van collega CROÏN het volgende:

De diagnose in ons geval werd op grond van uit- en inwendig onderzoek gesteld op: verhaakte tweeling, mogelijk monstrum. De keizersnede, de „autopsia in vivo” heeft de diagnose verhaking afdoende en volstrekt overtuigend bevestigd, beter dan een eventuele Röntgenphoto of „cadavercoupes” (CROÏN) dit hadden kunnen doen. Daar de indicatie tot het verrichten van de sectio caesarea gegeven werd door de dreigende uterusruptuur moest een Röntgenphoto als onnoodig tijdverlies beschouwd worden, afgezien nog daarvan dat deze ons de diagnose niet nader had kunnen brengen.

De repliek van collega CROÏN geeft nog eens de gelegenheid het nut van de keizersnede bij verhaakte en ingeklemde tweelingen te onderstrepen.

Bij onze patiënte, bij wie alle symptomen van rekking en dreigende baarmoederscheur maar al te duidelijk waren, was sectio caesarea toch de eenige goede therapie.

Als collega CROÏN in twee dergelijke gevallen met de forceps succes had, zijn dit stellig *géén verhaakte tweelingen* geweest!

Waren het herhaalde onderzoek en de lichte temperatuursverhoging een contra-indicatie voor het verrichten van de keizersnede? Het standpunt van een 30-tal jaren geleden, dat één enkel inwendig onderzoek sub partu een keizersnede tegen-aangewezen maakte, is reeds lang historische geneeskunde geworden. De publicaties van WALTHARD in 1921 en van VAN ROOY in 1922 over uitnemende uitkomsten van lage sectio caesarea bij zieken met koorts, zijn sindsdien door vele van dezelfde strekking gevolgd. Deze publicaties mogen dan al geen aansporing zijn om de keizersnede in dergelijke gevallen lichtvaardig aan te wenden, anderzijds rechtvaardigen zij toch alleszins de toepassing in een geval, als het door mij beschrevene, waarin *géén andere therapie mogelijk was*.

Leipzig, Universitäts-Frauenklinik, 12 November 1938.

L. FALKE.

BESTRIJDING VAN GESLACHTS- ZIEKTEN IN VENEZUELA.

Op den druk beganen hoofdweg, die van Caracas, de hoofdstad van Venezuela, over hooge bergen naar de havenplaats La Guaira leidt, trof het mij, dat naast borden met wenken voor lijdens aan tuberculose ook dergelijke borden voor lijdens aan syphilis langs den weg zijn geplaatst. Voor tuberculose is dit niet ongewoon, doch dat op deze wijze ook lues bestreden wordt, was mij niet bekend. Een afbeelding van een dergelijk bord met het opschrift: Curarse la sifilis es un deber ocurra a la sanidad. (Het is een plicht de syphilis te laten behandelen. Gaat de gezondheid tegemoet) vindt men hierbij afgebeeld. Naar men zegt zou syphilis in Venezuela zeer veel voorkomen.

Zaandam.

R. KOIJ.



STELPING VAN EEN BLOEDING UIT HAND EN ARM.

Reeds vele jaren onderwijs ik op de cursussen van E.H.B.O. de methode van dr. KRANENBURG en dr. BÁNKI ter stelping van een bloeding uit hand of arm. Ik wil hierbij de opmerking maken, dat men met de duim volstrekt *niet diep* behoort te drukken, doch dat een tamelijk matige druk de arterie tegen het bot drukt, zoodat de patiënt daarvan geen last of pijn ondervindt.

Groningen, 9 November 1938.

S. B. NATHANS.

EEN GEVAL VAN ECZEMA VACCINATUM.

Ik weet niet of de beschouwing, welke wijlen prof. DE BRUIN hield bij het toonen van een kind met eczema vaccinatum en welke mij logisch scheen te zijn, inderdaad juist is. Hij waarschuwde voor het gevaar, waaraan kinderen waren blootgesteld, als zij aan eczeem leden en hun broertjes of zusjes werden ingeënt