

De temperatuur was hoog, de lucht zeer vochtig. Men zweet in zulke omstandigheden 5 à 6 liter per dag, en het daardoor veroorzaakte zoutverlies noopt tot extra toevoer van keukenzout. Twee leden der groep deden dit niet en toonden na 2 à 3 dagen verschijnselen van zoutgebrek, waarna zij hun fout herstelden. Een dosis van 10 à 15 gram zout bleek voldoende te zijn, hoewel deze hoeveelheid theoretisch te gering is. In de practijk voldeed zij echter wel, 1e. omdat allen reeds geacclimatiseerd waren, 2e. omdat het zoutgehalte van het bloedplasma van allen bij tevoren ingesteld onderzoek was gebleken normaal te zijn. Bovendien was men bevreesd dat het gebruik van de theoretisch nodige hoeveelheid ad ongeveer 30 gram, bij de noodzakelijkerwijs vrij karige voeding, op de vertering daarvan een ongunstige invloed zou hebben, met ziekteverschijnselen als gevolg.

Tegen infectie met malariaparasieten beschermde de troep zich door dagelijks 100 mg proguanil in te nemen, en door handen en gelaat met een muskietenwerend middel in te wrijven. Toch werden allen des nachts hevig geplaagd door beten van *A. leucosphyrus*. Geen lid van de troep kreeg malaria.

Eén lid werd geïnfecteerd met *Ancylostoma brasiliense*, door contact met een kamponghond; de gebruikelijke „creeping eruption”, veroorzaakt door de larven, was na terugkeer in de beschaafde wereld het gevolg.

Men had tijdens het lopen veel last van bloedzuigers; bij rustpozen werden deze verwijderd door aanraking met een brandende sigaret. (Wij deden dit op Sumatra vroeger met een kristal nitras argenti. Ref.).

Als ontsmettingsmiddel bleek „Cetavlon jelly” te voldoen. Purgeermiddelen zijn, bij de karige voeding, minder nodig, maar sulfaguanidine (tegen bacillaire dysenterie) mag bij de geneeskundige uitrusting niet ontbreken. Verder zijn nodig: talkpoeder voor de voetverzorging, en toiletpapier. Zeep is wenselijk maar niet strict nodig, want met hout-as kan men zich ook wassen.

Tenslotte moet men de plantenwereld kennen, om te weten welke planten men kan gebruiken als voeding (ook vloeibare) of om een onderdak te vervaardigen. De troep moet weten, hoe dieren (ook vissen) te verschalken, want de rimboe levert maar weinig eetbare vruchten op.

*Literatuur:* T. N. N. BRENNAN (1953) *Proc. Roy. Soc. Med.* **46**, No. 2.

CH. W. F. WINCKEL

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.*



### VEELVULDIG FORCIPAAL BEËINDIGEN DER BARING EN DE INVLOED HIERVAN OP DE KINDERSTERFTE

De collega uit Canada vraagt vergelijkende getallen; ik moge verwijzen naar de resultaten in het Anna Paviljoen te Amsterdam (hoofd: dr. ROTTINGHUIS), vergeleken met de getallen van DENNEN (1952) in het New York Polyclinic Hospital: op 6544 geboorten 3883 tangextracties, dat is 59 pCt; perinatale sterfte 38, dat is 0,97 pCt. EASTMAN (Johns Hopkins Hospital) stelde de indicatie daartoe bij 33 pCt, het Anna Paviljoen Amsterdam (1942-50) boekte op 9412 geboorten (11 pCt bekkenvernauwing, 32 pCt medische indicaties), 214 tangextracties en verloor hierbij 13 kinderen (ongecorrigeerd), dat is 6 pCt  $\pm$  1,1 pCt. Tegenover de 0,97 pCt van DENNEN lijken deze 6 pCt beschamend. Bij nadere analyse blijken de Nederlandse getallen echter gezonder te zijn. Dit wil ik trachten te bewijzen.

De kindersterfte na tangextractie wordt als volgt gecorrigeerd: 1e. Zelden of nooit is tangextractie aangewezen bij een baring, als het kind reeds vóór de baring is overleden. De perinatale sterfte bij tangextractie vindt vooral plaats „tijdens” en ook wel „na” de baring; mijn eigen (ongepubliceerde) getallen bevestigen dit. Onder kinderen die door tangextractie geboren worden, vindt men zo goed als geen sterfte vóór de baring. 2e. Slechts bij uitzondering

zal een tangextractie aangewezen zijn bij een praematuur kind (haast nooit, indien het kind minder dan 2000 g weegt). Welnu, van de kinderen die in hoofdligging geboren worden en, „tijdens” of „na” de baring overlijden, zijn meer dan 50 pCt praematuur; mijn eigen ongepubliceerde getallen bevestigen dit. Derhalve heeft een groep kinderen die voor tangextractie in aanmerking komt, zo goed als geen sterfte aan praematuritas, wat een grote correctie betekent (inderdaad zien wij dit feit bij DENNEN, en bij onze tangextracties bevestigd). 3e. De groep kinderen, die voor tangextractie in aanmerking komt, telt veel minder aangeboren afwijkingen dan andere groepen, hetgeen wederom een correctie met zich meebrengt (Anna Paviljoen 1942-50: bij stuitligging 4,7 pCt aangeboren afwijkingen, welke niet met het leven verenigbaar waren; bij kinderen niet in stuitligging geboren 0,4 pCt; DENNEN in zijn groep tangextracties 0,2 pCt).

Gesteld dat wij in het Anna Paviljoen de indicatiefrequentie van DENNEN overnemen, en dus in plaats van bij 2 pCt der geboorten, in 59 pCt tangextractie doen, dan zouden wij in 1942-1950 in plaats van 214 tangextracties 5546 hebben geboekt, dus 5332 meer. Deze 5332 kinderen werden *spontaan* geboren; hoe was hun sterfte? In 1942-51 noteerden wij 9646 spontane geboorten in hoofdligging; hiervan overleden „tijdens” en „na” de baring 113 kinderen, waarvan 54 à terme. Na correctie voor de 18 aangeboren afwijkingen blijven er 36 kinderen over. Slechts deze 36 kinderen zouden na tangextractie kunnen overlijden (na correctie voor de aangeboren afwijkingen). Dit betekent een sterfte van  $0,37 \pm 0,04$  pCt. Dit is dus de sterfte der bovengenoemde 5332 kinderen die bij ons spontaan in hoofdligging werden geboren, doch door DENNEN met de tang ter wereld zouden zijn gebracht. Dit zou betekenen 20 perinataal gestorven kinderen. Bij deze 20 voegen wij de 13 kinderen die wij verloren op de 214 *verrichte* tangextracties. Wij kunnen dan concluderen dat wij in onze groep van „59 pCt” slechts 33 kinderen verloren (op 5546) en dat deze groep in de periode 1942-50 slechts 33 sterfgevallen op de 9412 geboorten telde, dat is  $0,35$  pCt  $\pm 0,04$ . DENNEN verloor in zijn groep van „59 pCt” na correctie voor de aangeboren afwijkingen, 28 kinderen op de 6544 geboorten van zijn afdeling, dat is  $0,43 \pm 0,05$  pCt. Het verschil is klein en weliswaar niet significant; wij kunnen echter in ieder geval het vermoeden uitspreken dat, indien wij in 59 pCt der geboorten een tangextractie zouden hebben gedaan, de kindersterfte hierdoor niet noodzakelijk zou zijn verbeterd.

Ondertussen is er geen woord gezegd over de morbiditeit van DENNEN (0,62 pCt!) noch over het bevolken der tehuizen voor „crippled children”. De slotsom zal wel zijn, dat de Nederlandse houding op zijn minst „physiologischer” is.

*Literatuur:* N. T. v. G. (1953) 97, 2094. DENNEN (1952) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 63, 272. Eigen ongepubliceerde gegevens.

Brugge, Augustus 1953

F. J. OP DE BEECK

### DE LEIDING VAN DE BARING IN EUROPA EN AMERIKA

Op bladzijde 2094 en 2095 van de laatste uitgave van het *Tijdschrift* beantwoordt de Redactie een vraag. In dit antwoord wordt als bron van een aantal demographische gegevens het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht vermeld. Het betreft hier echter materiaal dat, na verzameling en bewerking, werd gepubliceerd — althans verstrekt — door het Centraal Bureau voor de Statistiek te 's-Gravenhage. Geen andere instantie is daartoe in staat. Acht men bronvermelding in dit geval wenselijk, dan mag men naar mijn mening het Centraal Bureau voor de Statistiek niet ongenoemd laten.

Uit de *Maandstatistiek van de bevolking*, samengesteld door het C.B.S., zie ik echter dat het aantal doodgeborenen per 1000 geborenen in Nederland in 1952, 18,2 bedroeg. Hiermee is Uw opgave van 19 niet geheel in overeenstemming. Het verschil kan ik niet verklaren.

Amsterdam, 10 Augustus 1953

M. F. POLAK

Bij informatie blijkt dat de bedoelde gegevens in eerste instantie afkomstig zijn uit de maandelijkse publicatie van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. Het cijfer voor doodgeborenen in 1952 was een voorlopig cijfer; daarom wijkt het af van het cijfer dat tenslotte door het Centraal Bureau voor de Statistiek is vastgesteld.

REDACTIE

### LONGKANKER, VOORKOMING, EN KANKERVREES

Ten aanzien van het stuk van collega J. EXALTO<sup>1</sup> over longkanker, meen ik, dat hij ten onrechte de methoden der statistiek veroordeelt door enkele grappige opmerkingen.