

Aan het slot van hun artikel leggen de schrijvers de nadruk op de resultaten van hun vervolgonderzoek bij de laatste twee groepen: „our findings tend to indicate that these are the future diabetics”. De vraag is nu echter: wat kan er bij wijze van prophylaxe ten bate van deze mensen worden gedaan? Op dit gebied is er nog weinig bekend. Tekenend is de uitspraak van de Commission on chronic illness (1952): „From the preventive aspect, of primary importance... is the actual determination of whether or not early treatment will lead to a lessening of the severity of the disease, increased ease of control, and facilitate the prevention of complications”.

Maar ook bij de lezer van dit artikel rijzen vragen: hoe komt het, dat de groep van 30 in 1946 ontdekte suikerzieken in tegenstelling tot de groep der reeds bekende lijdens zo weinig aandacht aan hun kwaal heeft besteed? Hoe komt het dat er desondanks bij deze groep naar verhouding zo weinig ernstige ziekten zijn voorgekomen, en in het geheel geen ziekte welke met diabetes verband houdt? Van de beantwoording dezer vragen hangt in hoge mate af tot welke uitspraak men mag komen omtrent het nut van het vroegtijdig opsporen van lijdens aan suikerziekte.

Literatuur: ¹K. SIMON (1953) *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 31, 5. ²H. L. C. WILKERON en L. P. KRALL (1953) *J.A.M.A.* 152, 1322.

M. M. HILFMAN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



KINDERARTS BIJ DE WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE

Op verzoek van de Directeur-Generaal voor de Internationale Volksgezondheidszaken wordt gaarne aan de volgende oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie bekendheid gegeven:

World Health Organization

„Applications are invited from candidates with higher medical qualifications and specialist experience in paediatrics for the post of *Paediatrician* to work in the All-India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta. Candidates should be over 35 years of age, and should have ability to teach in English at both undergraduate and postgraduate levels.

The selected candidate will be appointed by WHO as one of a team of 8 international staff who will work with national counterpart staff in the Department of Maternal and Child Health of the Institute. The paediatrician will also collaborate with the Professor of Paediatrics in the Medical College for clinical studies in paediatrics. He (or she) should preferably have a public health qualification, and should be particularly interested in the social and public health aspects of paediatrics. Previous experience in a tropical country would be an advantage, but is not essential.

The initial contract would be for a period of 2 years with a salary approximately equivalent to 7,300 US dollars per annum, plus allowances.

Further information can be obtained from the Chief, Personnel Section, World Health Organization, Geneva, to whom written applications should be addressed.”

INGEZONDEN

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



FREQUENTIE VAN DOODSOORZAKEN BIJ DOODGEBORENEN

In zijn artikel brengt collega HOOGENDOORN¹ waardevol materiaal bijeen ten behoeve van zijn analyse van de oorzaken van doodgeboorte. Over de verwerking daarvan de volgende opmerkingen.

De schrijver vraagt zich af, of tussen kinderen van jongere en kinderen van oudere moeders verschillen in oorzaken van doodgeboorte bestaan. Uit tabel II kan men berekenen dat verschillende oorzaken naar verhouding niet in gelijke mate bijdragen tot de totale sterfte bij eerstgeborenen en die bij latergeborenen. Bij de analyse van doodsoorzaken naar leeftijds-klasse der moeders mag men eerstgeborenen en latergeborenen dus niet combineren, omdat

jongere moeders naar verhouding veel eerstgeborenen baren. De jongste leeftijdsklasse wordt anders veel zwaarder belast met de doodsoorzaken bij primiparae dan de 2 hogere klassen van tabel IV. De schrijver heeft deze combinatie wel ingevoerd. Daardoor wordt onder andere ten onrechte een stijging met de leeftijd gesuggereerd van de relatieve frequentie van placenta praevia, geheel of grotendeels veroorzaakt doordat deze frequentie bij eerstgeborenen laag is, en primiparae op hogere leeftijd schaars worden. Op overeenkomstige wijze wordt de stijging met de leeftijd van de relatieve frequentie van zwangerschapsvergiftiging te laag opgegeven.

De samenvatting van alle latergeborenen in één groep, op grond van het weinig uiteenlopen der *algemene* doodgeboorte-cijfers (fig. 3), bevredigt weinig voor de analyse der *specifieke* sterfte. Men zou gaarne een verdeling in althans 2 groepen zien, vooral voor die oorzaken, waarbij de relatieve frequentie tussen eerstgeborenen en latergeborenen reeds sterk verschilt (onder andere placenta praevia).

¹D. HOOGENBOORN (1953) *N.T.v.G.* 97, 2130.

Amsterdam, 17 Augustus 1953

M. F. POLAK

De eerste opmerking van collega POLAK is in principe ongetwijfeld juist. In het onderhavige geval leek het echter niet noodzakelijk een uitgebreidere en daardoor moeilijker leesbare tabel in te voegen, ten eerste omdat gebleken was, dat splitsing der doodgeborenen in eerst- en latergeborenen geen verandering zou brengen in de conclusie, „dat in het algemeen niet gezegd kan worden, dat kinderen van oudere moeders vooral aan bepaalde doodsoorzaken overlijden” (bl. 2138) en ten tweede omdat in de tabellen IIa en IIb de werkelijke mortaliteitscijfers, gesplitst naar eerst- en latergeborenen waren vermeld.

DOODGEBORTE NAAR GEBOORTERANGNUMMER EN DOODSOORZAAK, PER 100 GEVALLEN VAN DOODGEBORTE BINNEN DE OVEREENKOMSTIGE LEEFTIJDSKLASSE VAN DE MOEDER

Doodsoorzaak	Leeftijd van de moeder								
	30 jaar			30 t/m 39 jr.			40 jr. en ouder		
	Geboorterangnummer								
	I	2+3	>3	I	2+3	>3	I	2+3	>3
<i>I. Ziekte of ongeval van de moeder</i>									
Syphilis	1,2	1,3	2,5	0,5	0,5	0,3	—	0,2	0,2
Overige chron. ziekten	2,0	1,4	2,2	3,0	2,9	2,8	5,8	3,9	4,6
Zwangerschapsvergiftiging	9,6	5,1	4,5	10,9	8,8	6,2	17,1	10,6	7,3
Overige acute ziekten	4,1	5,7	6,3	5,4	6,8	7,7	5,0	4,6	7,1
Overm. inspanning, uitw. geweld en ov. oorzaken	0,8	0,8	1,3	0,4	0,6	1,0	0,8	0,2	1,0
<i>II. Anomalieën van vrucht, placenta en navelstreng</i>									
Misvormingen v. d. vrucht	12,3	16,0	17,7	8,0	13,9	14,4	7,9	10,6	12,5
Placenta praevia	0,8	3,7	3,8	0,8	2,8	3,3	1,3	3,4	3,1
Overige afw. van placenta en navelstreng	10,5	11,4	9,0	10,8	10,4	10,1	10,0	10,4	9,5
<i>III. Verwondingen en andere oorzaken tijdens de baring</i>									
Verkeerde ligging	7,3	6,7	5,4	7,3	7,2	6,4	2,9	7,0	8,2
Misvorm. v. h. bekken	2,1	1,0	0,2	3,2	1,8	1,3	2,5	2,4	1,3
Uitzakk. v. d. navelstreng	2,8	3,6	4,7	2,7	4,7	5,3	2,9	6,0	4,9
Langdurige baring	5,8	2,2	1,1	12,1	3,1	2,7	7,5	3,6	4,1
Kunstverlossing (zonder aanduiding v. d. reden	0,9	0,5	—	1,5	0,5	0,7	2,5	0,7	0,7
Overige oorzaken tijdens de baring	6,1	3,5	3,4	6,1	4,7	3,9	8,8	3,9	3,8
<i>IV. Overige oorzaken</i>	33,7	37,2	37,9	27,2	31,2	33,8	25,0	32,5	31,9
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totaal aantal doodgeborenen	3336	1585	446	1712	2196	3153	240	415	1821

In de tabel op bl. 2598 is de gevraagde splitsing uitgevoerd, en is tevens voldaan aan de wens van collega POLAK de latergeborenen te verdelen in twee groepen.

In deze tabel zijn ten aanzien van de diagnose *placenta praevia* geen duidelijke verschillen in relatieve frequentie waarneembaar tussen latergeborenen met een laag, en later geboren met een hoger geboorterangnummer. De sterke relatieve stijging dezer doodsoorzaak bij stijgende leeftijd van de moeder berust in hoofdzaak of uitsluitend op de hoge frequentie der eerstbarenden onder vrouwen van jongere leeftijd en omgekeerd.

Met betrekking tot de *zwangerschapsvergiftiging* maakt de tabel waarschijnlijk, dat binnen een bepaalde leeftijdsklasse van de moeder niet allen tussen eerstgeborenen en latergeborenen een verschil in relatieve frequentie bestaat, maar eveneens tussen latergeborenen met een laag en latergeborenen met een hoger geboorterangnummer. Hoe hoger het rangnummer, des te lager de relatieve frequentie.

Voor *misvormingen van de vrucht* schijnt hetzelfde in omgekeerde zin te gelden. De uit het mij ter beschikking staande cijfermateriaal berekende werkelijke frequentiecijfers (mortaliteit per 1000 geborenen) wekken ten aanzien van beide laatstgenoemde doodsoorzaken een over-eenkomstige indruk.

Wijhe, 9 September 1952

D. HOOGENDOORN

BERICHTEN



BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — „TOTAL VICTORY OVER THE DISEASE IN SIGHT”. De „Division of Public Information” van de Wereldgezondheidsorganisatie te Genève doet mededeling van het grote aantal lijdens aan framboesia tropica, dat op Haïti en de Philippijnen, in Indonesia en Thailand „in the course of yaws eradication campaigns” is behandeld (*Press WHO*, 1 Sept. 1953). „Total victory”, „to stamp out”, „to wipe out”, „to eradicate” zijn woorden, die de geestdriftige stellers van de persberichten te Genève, als er sprake is van pest, tuberculose, malaria, influenza en framboesia tropica, gemakkelijk uit de pen vloeien. Zij zijn niet bestemd op een goudschaaltje te worden gewogen.

AUSTRALIË. — SOCIALE FACTOREN IN HET STERFTECIJFER TOT UITDRUKKING GEBRACHT. Een epidemioloog van het gezondheidsdepartement van West Australië stelt voor het sterftecijfer een méér omvattende betekenis te geven door de leeftijd der overledenen erin tot uitdrukking te brengen. Hoe groot het verlies is aan „years of useful life”, dat achter het gebruikelijke sterftecijfer schuilgaat, kan op eenvoudige wijze voor elke leeftijdsgroep worden berekend.

Neemt men 65 als ouderdomsgrens aan en kiest men van elke 10-jarige leeftijdsgroep het middencijfer, dan kan men het verschil tussen 65 en het middencijfer, vermenigvuldigen met het aantal sterfgevallen van de leeftijdsgroep, om het aantal verloren „nuttige levensjaren” te benaderen. Sterfgevallen binnen de leeftijdsgroep 40-49 jaar bij voorbeeld worden dus vergeleken met het middengetal 45, zodat het aantal „verloren nuttige jaren” gelijk is aan $(65-45) \times$ het aantal sterfgevallen in die leeftijdsgroep.

Een belangwekkende uitkomst van deze wijze van berekening is, dat zij de rangschikking der doodsoorzaken doet herzien. „Hartziekten” en „kanker” zijn dan niet meer de voor-naamste der doodsoorzaken. Zij verhuizen naar de vijfde en de derde plaats, terwijl „automobilongelukken” de eerste plaats bezetten. „Tuberculose” verwisselt de zevende voor de vierde plaats, „zelfmoord” de dertiende voor de zevende (*Medical Officer*, 29 Aug. 1953, bl. 95).

BELGIË. — COLLOQUIUM OVER GASTRO-ENTEROLOGIE. Het volgende colloquium over gastro-enterologie zal Zaterdag 17 October 17 uur in de Domus medicorum te Brussel worden gehouden. Vijf Belgische en Nederlandse vakgenoten hebben hun medewerking toegezegd tot het inleiden van de onderwerpen ascaridiose, eiwitstofwisseling van chirurgische patiënten, leverbloedingen, leverpathologie en nieuwe contraststoffen voor cholecystographie. Inlichtingen en programma verstrekt de secretaris, dr. HOSTE, Gouden Handstraat 9, Brugge.

BRAZILIË. — CONGRES OVER ALLERGIE. Het tweede internationale congres van allergologen zal van 11 tot 17 September 1955 te Rio de Janeiro worden gehouden. De algemene secretaris, dr. B. N. HALPERN, 197 Boulevard St. Germain, Parijs (7e arr.), verstrekt inlichtingen.

DENEMARKEN. — TELEURSTELLING VOOR NEDERLAND. De voorzitter van de Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose had gehoopt, dat de daling van de