

Een beter inzicht in de betekenis van de longkankerdriging krijgen wij echter op de volgende wijze. In 1955 werden in Nederland totaal 81.364 sterfgevallen geregistreerd, waarvan 1947, dat is één op de 42, onder het hoofd longkanker werden geboekt. In 1955 was bij ons dus één van elke 42 sterfgevallen — zuigelingen inbegrepen — een geval van longkanker.

Nog is echter de rekening niet vol, aangezien wij zo juist ook de vrouwen hebben meegeteld, die bij ons over het algemeen nog te weinig en te kort gerookt hebben dan dat de invloed van het roken zich bij haar reeds in de sterftestatistiek zou kunnen weerspiegelen. Wat er bij haar in de toekomst staat te gebeuren, wachten wij in spanning af.

In 1955 was in Nederland één van elke 24 sterfgevallen bij mannen een geval van longkanker. Indien de tot toen voortdurende, regelmatige toeneming in de frequentie van longkanker in dat jaar tot staan zou zijn gekomen, zou dat betekenen dat één van elke 24 thans levende mannelijke Nederlanders aan longkanker zal gaan lijden. De suggestie die er van deze één op de 24 uitgaat, is mijns inziens, dat niets onbeproofd mag worden gelaten om te bewerken dat het met het roken zo niet langer doorgaat.

Ik voel de tegenwerping: tegenwoordig, nu er zo veel over longkanker wordt gesproken, wordt die diagnose veel te vaak gesteld. Wie zo denkt, leze echter het verslag aangaande een onderzoek dat MCKENZIE, op verzoek van het General Register Office te Londen, hiernaar begin 1955 in Engeland, waar nog veel meer longkanker voorkomt dan bij ons, heeft verricht. In dat rapport wordt geconcludeerd dat het duidelijk schijnt, dat longkanker niet „over-reported” wordt, maar dat het heel goed mogelijk is, dat, evenals vroeger, er ook nu nog van een „under-reporting” sprake is!

Literatuur: DIJKSTRA, B. K. S. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 247. MCKENZIE, A. (1956) *Brit. med. J.* II, 204.

Amsterdam, 4 februari 1957

R. KORTEWEG

FRACTUREN VAN HET GELAATSKELET

Naar ik meen doet collega HAGE het *Oranje Kruis-boekje* te kort, indien hij beweert, dat daarin geen aandacht wordt besteed aan het vervoer van patiënten met hersenlaesies.

In de zeventiende druk, die in 1956 verscheen, staat bij het vervoer op bl. 49 onder 3: Bewustelozen moeten altijd op de buik vervoerd worden, behalve bij open buikwonden.

In de herziene uitgave van dezelfde druk is deze redactie iets veranderd en is dit: Bewustelozen met *hersensletsel* (schedelbreuk of kaakbreuk, hersenschudding enz.) moeten op de buik vervoerd worden, daar er gevaar is voor verstikking door bloed, braaksel of naar achteren zakkende tong. Vervoer op de zij met gebogen knie is ook mogelijk.

Literatuur: HAGE, J. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 184.

Murmerwoude, 28 januari 1957

J. WEIJEL

In mijn artikel werd niet beweerd, dat in het *Oranje Kruis-boekje* geen aandacht wordt besteed aan het vervoer van patiënten met hersenlaesies. Sprekende over de obstructie van de luchtweg, die door verschillende oorzaken bij gelaatskeletfracturen (ook bij niet-bewustelozen!) kan ontstaan, betreurde ik het ontbreken van het voorschrift tot vervoer op de buik van dergelijke patiënten. De door collega WEIJEL aangehaalde zin uit de 17e druk (1956) van het *Oranje Kruis-boekje* heeft m.i. géén duidelijke betrekking op de door mij bedoelde asfyctische patiënten.

De herziene uitgave van deze druk, waarin de kaakbreuk bij bewusteloze patiënten met hersenletsels wel wordt genoemd, kwam — voor zover ik kon nagaan — pas nadat ik mijn artikel had geschreven in de handel. De aanvulling, die collega WEIJEL hieruit citeert, is zeker een winst te noemen.

Ik zou evenwel nog verder willen gaan. Bij *alle*, door een blokkade der luchtwegen asfyctische patiënten van het soort waarover ik sprak (zéker bij de bewusteloze, doch óók bij patiënten zonder hersenletsels en zonder bewustzijnsverlies), is vervoer op de buik het veiligst! Kan het zijn, dat collega WEIJEL vooral bedoelt intracranieële letsels, terwijl ik de nadruk leg op de mechanische obstructie van de luchtweg, door welke oorzaak dan ook? Laten wij niet vergeten, dat bij niet-bewustelozen de (vergeefse) slikgelingen pijn doen en beangstigen; dat anoxie gedesorienteerde commotio-patiënten nóg onrustiger maakt; dat grote hoeveelheden ingeslikt bloed het braken bevordert; dat geaspireerd bloed juist bij niet-bewustelozen hoestprikkels veroorzaakt, waardoor de bloeddruk stijgt en de bloeding weer toeneemt enz., en tenslotte dat al deze factoren shockbevorderend werken. Laat ons dus niet volstaan met het noemen van het juiste vervoer van „bewustelozen met hersenletsel”, doch deze maatregel eveneens toepassen bij patiënten met uitsluitend kaakfracturen en (of) intra-orale, intranasale en intrafaryngeale bloedingen.

Tilburg, 11 februari 1957

J. HAGE

OSSELEVER EN NACHTBLINDHEID

In het voortreffelijke historische nummer van dit *Tijdschrift* staat op bl. 71 een mededeling over de genezing van nachtblindheid door het gebruik van osselever, en de schrijver, J. VAN DER HOEVEN, vraagt: „Is er iets van deze zaak, die een grove empirie schijnt te zijn, aan onze vaderlandsche geneesheeren bekend”? Bericht en vraag stammen uit 1861. Inderdaad weet men thans, dat vitamine A een zeer belangrijke factor is in de verhoeding voor nachtblindheid. De grove empirie, zoals de schrijver die noemt, is zeer oud en komt reeds in de geschriften van HIPPOCRATES voor. Daar staat:

„Geneesmiddel tegen nachtblindheid. De patiënt gebruike elaterium en purgere daarmee het hoofd. Men moet hem zoveel mogelijk bloedige koppen in de hals zetten, en door drukken de bloeding zo lang mogelijk onderhouden. Na enige tijd moet men de patiënt een of twee maal een zo groot mogelijk, rauwe osselever, gedrenkt in honing, doen eten”.

Eenzelfde therapie was ook bij de Chinezen bekend. Dit wordt vermeld in een uitvoerig werk (GROSSIER) over China van 1819. De ziekte heet daar ki-mun-yene. De schrijver van dit werk citeert d'ENTRECOLLES, die het recept geeft om een lever te bereiden, zachtjes te laten koken, en de dampen daarvan in te ademen. Sommigen zeggen, dat ook het eten van de lever nuttig is. Het is mij niet bekend, of deze therapie uit een der klassieke Chinese boeken over geneeskunde afkomstig is. Ze wordt niet vermeld in het grote boek van WONG en WU.

Literatuur: *Ned. T. Geneesk.* (1957) 101, 71. *Oeuvres d'Hippocrate*. Ed. LITTRÉ. X, 159 (De la vision § 7). Abbé GROSSIER, *De la Chine etc.* VI, 210. WONG, K. CH. en WU, *History of Chinese medicine*. The Tientsin Press Ltd.

TH. H. SCHLICHTING