

kleine steden en in deze weer grooter, dan op het platteland. Dat dergelijke statistieken echter niet betrouwbaar zijn, wordt bewezen, doordat er landen zijn, waaronder ook Nederland, waar de kankersterfte in de steden niet grooter is dan op het land. Het verschil in de cijfers van de stad en het land ligt in de minder gunstige geneeskundige omstandigheden van het platteland. De kankersterfte van het in het aan kanker arme Noord-Duitschland gelegen Berlijn was voor de leeftijdsgroepen 41—50, 51—60 en 61—70 jaar even hoog, als in het in een aan kankerrijke streek liggende Weenen. De Amerikaansche steden vertoonen groote verschillen in de sterfte. In 1920 stierven aan boosaardige nieuwvormingen in Detroit (1019000 inwoners) 64.4 per 100000 menschen aan kanker, in Chicago (2728000 inwoners) 96.2 per 100000, in Pittsburg (591000 inwoners) 88.9 per 100000, in Baltimore (739000 inwoners) 112.3 per 100000, in San Francisco (511000 inwoners) 152.6 per 100000. In de N.-Amerikaansche steden, die een aanmerkelijk hooger sterftecijfer hebben dan Weenen, wordt dit door een meer voorkomen van kanker bij vrouwen veroorzaakt; in de steden met lager sterftecijfer dan Weenen, is dit door een mindere kankersterfte onder de mannen veroorzaakt. Zoowel het tot uiting komen, als de zetel van kanker is bij de twee geslachten verschillend. De toeneming van kanker is ook niet gelijkmatig over de verschillende leeftijdsgroepen verdeeld, maar neemt steeds meer toe met den leeftijd. Wanneer men bijv. de kankersterfte van 1851—1860 in Engeland en Wales voor de verschillende leeftijdsgroepen = 100 stelt, was de sterfte in 1920—1921 voor de leeftijdsgroep 35—45 jaar bij vrouwen 129 (cijfer voor mannen ontbreekt); van 55 tot 65 jaar 520 voor mannen, 254 voor vrouwen, 75 en meer jaren 600 voor mannen, 475 voor vrouwen. De hogere cijfers der latere jaren zijn echter zonder twijfel voor een deel door een betere diagnostiek veroorzaakt. Voor Weenen blijkt, dat in de jaren 1919—1923 de kankersterfte bij personen van 30 tot 70 jaar kleiner is, dan in de jaren 1905—1914. Te Londen is na den oorlog de sterfte bij mannen slechts boven het 55ste jaar een weinig toegenomen, bij vrouwen slechts boven het 75ste jaar. Te Parijs is de gemiddelde kankersterfte van 1919—1920 te zamen 25 pCt. grooter dan in 1905—1907. Deze vermeerdering is voor een deel aan een verandering der leeftijden te wijten. Bij de vrouwen is de kankersterfte iets afgenomen. Het is niet uitgesloten, dat het beloop van de kankerkromme gedurende de laatste jaren en tientallen jaren bij mannen door andere oorzaken invloed ondervonden heeft dan bij vrouwen en dat niet overal dezelfde veranderingen plaats gevonden hebben (S. PELLER, *Zeitschr. f. Krebsforschung*, Bd. 23, 1925).

METING DER VACCINATIE TEGEN POKKEN. — GRUBBS van het quarantainestation te New-York (zie ook de bespreking van J. KUIPER, dit *Tijdschrift*, no. 5, 1926) heeft een wijze van vaccineeren beschreven, waardoor niet alleen onvatbaarheid verkregen wordt, maar deze ook gemeten wordt. Hierdoor kan men de ingeënte personen een certificaat geven, zoodat zij vrijgesteld kunnen worden van quarantaine voor pokken. Aan de Leigh-universiteit is deze nieuwe methode toegepast bij het inenten der studenten. Op den bovenarm werden 3 schrapjes gegeven, waarvan 2 met het vaccin werden ingewreven en 1 als contrôle diende. De ingeënte moest zich zoo noodig gedurende 12 dagen om de 24 uur vertoonen. De reacties konden in 4 groepen verdeeld worden n.l. vaccinia, vaccinoïed, immuniteitsreactie (binnen 48 uur) en geen reactie. Ongeveer 10 pCt. van alle ingeënte personen kregen typische pokpuisten, ongeveer 30 pCt. slechts lichte pokken (vaccinoïed). De zwakke immuniteitsreacties waren veel talrijker dan de duidelijke immuniteitsreacties; 6 pCt. vertoonden in het geheel geen reactie (*Public Health Rep.*, Vol. 41, no. 2).

E. SLUITER.