

DE NEDERLANDSE STUDENT EN ZIJN COLLEGA IN NOOD.

De omwenteling in Tsjechoslowakije heeft diepe indruk gemaakt in de gehele Westerse wereld, ook de Nederlandse studentenwereld reageerde deze keer en zelfs zeer heftig.

Het Nederlands Comité voor World Student Relief zag hier onmiddellijk zijn taak en greep in — maar gezien de omvang en de langdurigheid van het hulpplan, bleek het gewenst een afzonderlijke stichting in het leven te roepen: het Universitair Asyl Fonds.

Toen bleek, dat dit Fonds voor twee jaar studie en huisvesting wilde garanderen, stapte de regering over de bezwaren heen en verleende toestemming voorlopig een honderdtal uitgewekenen binnen te laten. Om te onderzoeken, wie voor deze toelating in aanmerking kwam, stelde de Minister van Justitie een selectie-commissie samen, die reeds in Duitsland studenten uitkoos.

Het Universitair Asyl Fonds richtte nu het doorgangscentrum „Zuylenveld” in, waar de uitgewekenen groepsgewijs acclimatiseren, Nederlands leren en Nederland leren kennen. Dit huis werd door samenwerking van studenten uit alle steden en verenigingen tot een gezellig home, waar alleen het comfort ontbreekt.

Hoe kan het U.A.F. dit huis en die studie bekostigen? Allereerst doet het Fonds een beroep op alle studenten om de nodige middelen bij elkaar te krijgen. Maar ook dan komen wij er niet! Daarom komen wij U, oud-alumnus, vragen: „Kunt gij ons steunen?” Alles is goed: huisvesting in een universiteitsstad, kleding, schoeisel of . . . geld. Wij weten dat vele instellingen een beroep op Uw vrijgevigheid doen. Maar hier betreft het iets heel bijzonders: studenten, die alles wilden geven voor de vrijheid, staan voor onze grenzen. Een eerste twintigtal is er al, maar anderen volgen. Het U.A.F.-bureau is gevestigd Kromme Nieuwe Gracht 70 te Utrecht. Tel. 22875 en Giro 76300

Utrecht, 31 Juli 1948

F. M. OBERMAN
perschef World Student Relief

GEVAREN VAN KEUKENZOUT VOOR MOEDER EN KIND

De invoering van het zoutloze dieet in de verloskunde is heilzaam geweest, hierover zijn de meesten het eens. Moet men uit dit succes de conclusie trekken; dat het keukenzout een soort gif is, dat vaatverandering en oedeemvorming bevordert? M.i. gaat dit te ver.

In de eerste plaats verliezen patiënten, die volgens een streng zoutloos dieet leven, hun eetlust; hun consumptiepeil nadert het consumptieniveau van ons allen gedurende de oorlog, zonder dit natuurlijk te evenaren; het minder eten moet ook in aanmerking worden genomen bij het beoordelen van de uitkomsten van het zoutloze dieet.

In de tweede plaats heeft het keukenzout een secundaire betekenis: terwijl huid en nieren veel Na kunnen elimineren, bepaalt primair de bijnierschors hoe hoog het Na-gehalte van het bloed zal zijn; is de bijnierschors insufficiënt, dan zal op den duur ook bij hoge toevoer, geen Na in het lichaam kunnen blijven; bestaat er hyperfunctie van de bijnierschors, dan wordt, ook bij geringe toevoer, veel Na in bloed en weefsels vastgehouden. De mogelijkheid is derhalve zeer groot, dat men aan het Na toeschrijft, wat de bijnierschors veroorzaakt; in het geval van oedeemvorming de hyperfunctie van dit orgaan.

De hyperfunctie van de bijnierschors uit zich morphologisch in een hyperplasie; de bijnierschorscel is holocrien, gaat bij vorming van secreet te gronde. Bij hyperfunctie moeten dus meer cellen worden gevormd; er bestaat derhalve bij hyperfunctie steeds hyperplasie en waarschijnlijk bij iedere hyperplasie hyperfunctie. Deze hyperplasie ontstaat onder invloed van het adrenotrope hormoon der hypophysis (SMITH).

In de zwangerschap bestaat een dergelijke hyperplasie; wij zien nu, dat bij

zwangeren een bloedverduunning ontstaat (met hypoproteïnaemie en hypercholesterinaemie) en bovendien retentie van Na en water. Er zijn nu aanwijzingen, dat dit syndroom — dus vocht en Na-retentie (misschien gecombineerd met de genoemde chemische bloedverandering) — zeer verbreid is in de pathologie en afhankelijk is van hyperfunctie van de bijnierschors. Bij uitgehongerde mensen ziet men het hongeroedeem ontstaan; als merkwaardige vondst post mortem ziet men een hyperplasie van de bijnierschors en eveneens van de hypophysevoorkwab. Naast hypoproteïnaemie en hypercholesterinaemie ziet men vochtretentie en waarschijnlijk ook Na-retentie; het oedeem schijnt zich vooral te ontwikkelen, wanneer aan hongerige mensen als maagvulling een waterige, zoute soep wordt verstrekt. De mogelijkheid bestaat, dat de vochtretentie door hyperfunctie der bijnierschors wordt veroorzaakt; in tegenstelling met hetgeen men in de zwangerschap ziet, bestaat er in de hongertoestand geen neiging tot bloeddrukverhoging, eerder het tegendeel.

Ook bij paedatrophieën is hyperplasie van de bijnierschors gevonden; de bekende neiging tot vochtretentie van deze kinderen zou men als hyperfunctie van de bijnierschors kunnen opvatten; de overeenkomst tussen hongerlijdende patiënten en deze tengevolge van diarrheeën dikwijls aan inanitie te gronde gaande kinderen is zeer groot.

Ook bij sommige nierziekten is hyperplasie van de bijnierschors gevonden (veel Franse schrijvers). LANDAU beschrijft in *Die Nebennierenrinde* 1915, hyperplasie bij schrompelnier met hypercholesterinaemie (misschien onze nephrose?).

De vraag komt op, of nephrogeen oedeem afhankelijk van bijnierschorshyperplasie (functie) kan zijn. Dit oedeem ontstaat onder invloed van extrarenale factoren. Hierbij wordt aan de lipoiden een belangrijke betekenis toegekend; waarschijnlijk neemt onder deze lipoiden corticosteron met water retinerend vermogen een belangrijke plaats in.

Voordat deze hypothese als waarheid kan worden aanvaard, zal natuurlijk nog veel klinisch en anatomisch onderzoek nodig zijn.

Beschouwt men het Na als een soort gif, dan snijdt men zichzelf de weg af tot dieper doordringen in dit onderwerp. Het lijkt mij daarom juister voorlopig ons oordeel op te schorten; temeer daar de physiologen ons over het keukenzout geen kwaad vertellen. Gebruiken wij niet allen de physiologische zoutoplossing?

Amsterdam, 30 Juli 1948

R. SCHURMAN

GEVAREN VAN KEUKENZOUT VOOR MOEDER EN KIND

Bij de belangwekkende mededelingen van prof. DE SNOO over intra-uterine dood, moge ik het volgende opmerken:

Bij mijn vestiging hier waren er onder de patiënten in mijn practijk twee vrouwen, die habitueel dode kinderen baarden; een van de twee had reeds vijf maal achtereen, de andere vier maal achtereen een dood kind gekregen. Beide vrouwen hadden tevoren levende kinderen ter wereld gebracht. Ik kreeg de indruk, dat lichamelijke insufficiëntie, algemene slapte, niet vreemd was aan de stoornis, en gaf dus beide vrouwen in de volgende zwangerschap van de vijfde maand af een roborans, zonder zoutloos dieet. Beide vrouwen baarden daarna een levend, flink kind, waarop spoedig de menopauze volgde.

Later, nu ongeveer 6 jaren geleden, kreeg ik een vrouw te behandelen van nog geen 30 jaar, die van het begin van haar huwelijk af verschillende malen slechts dode kinderen gebaard had. Ook aan deze vrouw zeide ik, dat zij van de vijfde maand af druppeltjes moest komen halen. Deze vrouw heeft daarna prompt levende kinderen gekregen, zonder zoutloos zwangerschapsdieet. Thans heeft zij drie flinke kinderen.

Ik gaf eenvoudige kina-arseendruppeltjes: R. Sol. arsen. FOWLERI 6, Glycerini depurati 4, Extracti Chinae liquidi 20. mds 3 dd gutt. XV pc.

Westervoort, 3 Augustus 1948

H. D. MULLER