

mijns inziens is dit argument niet te rijmen met hetgeen coll. MASTBOOM bewijzen wilde.

Daar staat tegenover, dat SELYE bij proefdieren hypertensie kon opwekken, door een tijdlang een eiwitrijk dieet te geven (30 pCt.) en tegelijk corticotropine (hypofysevoorkwab) in te spuiten. Hij zag dan, dat de schors der bijniere groeide. Literatuur en proeven vindt men in *Endocrinology*, Maart 1948. Zijn conclusies zal ik hier overnemen: Diets rich in protein do not sensitize the adrenal to corticotrophin, nor do they normally increase corticotrophin secretion by the pituitary. Under certain conditions, when adrenal growth is stimulated beyond normal, high protein diets further augment corticotrophic response etc.

Passen wij dit eens toe op een zwangere; de bijnierschors verkeert dan in een toestand van hypersecretie (beyond the normal); eiwitrijke voeding zal eo ipso de groei der bijnierschors bevorderen, met water- en natriumretentie tot gevolg en misschien door schors of merg of beide, in combinatie op de hypertensie invloed uitoefenen. Bij proefdieren stijgt de bloeddruk zeker.

Wat de vetten betreft, reeds 30 jaar geleden beschreef ASCHOFF, dat door vetvoeding een vergroting van de schors der bijnier ontstaat. Alleen hierom meen ik, dat vetrijk voedsel voor een zwangere niet is aan te bevelen.

Van koolhydraten hoorde ik geen nadeel ten opzichte van zwangeren. Derhalve is op theoretische gronden het juiste dieet voor zwangeren: onbeperkt koolhydraten, zeer weinig eiwit en vet, alsmede keukenzout (eigenlijk natriumion). Dit is dus ongeveer het dieet, dat wij in zijn strengste vorm in de oorlog hebben leren kennen en waarvan gebleken is, dat het althans het aantal toxicoses beperkt heeft.

Naar mijn mening heeft coll. MASTBOOM ten opzichte van het oorlogsdieet niets bewezen. Wel kwam vast te staan, dat de frequentiecurve der toxicose zich ook in de tweede wereldoorlog niet zo gedroeg als men in de Vrouwencliniek had gedacht op theoretische en praktische gronden.

Amsterdam, 12 November 1948

R. SCHUURMANS

NIET-ASOCIALE KEURINGEN

In de discussie, ontketend door het artikel Sociale en asociale geneeskunde van prof. FORMIJNE (dit *Tijdschrift*, No. 44 en 45) ligt, behalve het vraagstuk van de competentie en de tactiek der keurende en controlerende artsen, nog een geheel ander probleem besloten: dat van het instituut beroepskeuringen in het algemeen. Het is vooral prof. DE LANGEN, die dit punt aanroert, doch er niet op ingaat. In het kort komt, als ik het goed zie, de zaak hierop neer.

Zowel prof. DE LANGEN als BRUIJEL maken zich bezorgd over het lot van hen die, na een verplichte keuring, het stempel van ongezond, minderwaardig, invalide, of hoe men het noemen wil, gekregen hebben. Zij vragen zich af: hebben deze mensen dan geen plicht tot, maar ook geen recht op arbeid meer; welke werkgever komt ervoor in aanmerking, deze „afgekeurden” toch in dienst te nemen? Wat moet er inzake dit psychologische en sociale probleem, dat door toenemende verzekerings- en beroepskeuringen steeds dringender wordt, gedaan worden? Deze en dergelijke vragen zijn begrijpelijk.

Welnu, hieraan wordt, althans voor een grote groep werkzaamheden (al omvat die nog niet alle maatschappelijke klassen) reeds iets gedaan. Ik bedoel door de Wet op de minder-valide arbeidskrachten, in werking sedert Januari 1948. Tengevolge van de daarin opgenomen bepaling, dat ieder bedrijf met een zeker minimum aantal werknemers verplicht is, een bepaald percentage minder-valide arbeidskrachten in dienst te houden of te nemen, worden, sedert enige maanden, op alle Gewestelijke Arbeidsbureaux de daarvoor in aanmerking komende kandidaten door de geneeskundige van het bureau onderzocht. En nu niet met een *negatieve* keuring (om uit te maken, of hij voor dit of dat werk ongeschikt is), maar met een *positief* onderzoek, waarbij nagegaan wordt, tot welke zeer gedetailleerd opgesomde verrichtingen de candidaat wél in staat is, onder welke arbeidsomstandigheden hij wél zou kunnen werken. Een en ander

volgens een uit Amerika tot ons gekomen systeem met codering, waarover b.v. CREYGHTON begin 1948 in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* een belangwekkend artikel geschreven heeft. Met behulp van de door deze positieve keuring verkregen codecijfers wordt dan getracht, door vergelijking met de codes der beroepen, een passende betrekking voor de minder-valide te vinden. Hoewel de practische resultaten van deze regeling na zo'n korte tijd nog niet te overzien zijn, is hier in ieder geval een begin gemaakt. Naar ik hoop zal dit ook de hierboven genoemde inzenders althans enigermate en voorlopig kunnen geruststellen.

Toch blijken ook in deze nieuwe regeling de moeilijkheden van het begin talrijk te zijn. Eén ervan wil ik hier noemen, juist omdat het een bedrijfsarts is (BRUIJEL), die deze quaestie onbewust aansnijdt. Hij vraagt zich af: moet een bedrijf het risico van een minder-gezonde of gedeeltelijk-invalide arbeider voetstoots aanvaarden? Zo ja, welk bedrijf is daartoe in de eerste plaats moreel verplicht? En wie is de schuldige, wanneer een werkman zich aanmeldt met een briefje van arbeidsgeschiktheid van zijn huisarts (mag dat?), doch bij keuring slechts een licht werkje blijkt te kunnen doen en dan door de bedrijfsarts wordt afgewezen?

Juist over dit punt zou ik zo graag eens overleg plegen met de bedrijfsartsen uit mijn omgeving. Want soms wordt een op grond van mijn keuring geadviseerde plaatsing ongedaan gemaakt, doordat de betrokken bedrijfsarts de man zonder vorm van proces afwijst. Dan zit deze tussen twee stoelen en zonder betrekking. Hier is onderling collegiaal overleg zeer gewenst!

Ik vermoed, dat ook andere op de arbeidsbureaux keurende artsen deze zelfde behoefte gevoelen, terwijl ik graag aanneem, dat de bedrijfsartsen eveneens soms met dit punt verlegen zitten, tenminste wanneer zij niet een eng bedrijfs-, maar een ruim sociaal standpunt innemen. Wat mijn eigen omgeving betreft, worden door de directeur van het G.A.B. te Leiden reeds voorbereidende stappen gedaan om te zijner tijd eens tot contact tussen keurende en bedrijfsartsen te komen. Wanneer echter zou blijken, dat hieraan in breder kring behoefte bestaat, zou deze zaak dan niet eens landelijk door de betrokken sectie van de Alg. Ned. Vereniging voor Sociale Geneeskunde bekeken kunnen worden?

Leiden, 15 November 1948

N. A. SCHEERS

Med. adv. Raad van Arbeid en Gewestel. Arbeidsbureau

DE BEHANDELING VAN DIPHTHERIEBACILLENDRAGERS MET RÖNTGENSTRALEN

Een kort antwoord op de critiek van coll. VAN SPANJE.

1. Uit mijn mededeling, dat de patiënten *tenminste* 3 weken positief waren na afloop van het acute stadium, waarmede ik bedoelde de periode van klinisch duidelijke diphtherie, concludeert VAN SPANJE terecht, dat deze patiënten zich ten minste in de vierde of vijfde week na het begin van hun ziekte bevonden. Voor het grootste deel was deze tijd zelfs 6 weken. Nu is 5 weken m.i. precies hetzelfde als 35 dagen.

2. Alle patiënten waren, zoals gezegd, reeds 3, 4 of 5 weken klinisch van hun diphtherie genezen en waren dus inderdaad bacillendragers in dezelfde zin als BORST aannam. Het materiaal was dus wel degelijk vergelijkbaar. In het bijzonder moge ik er nogmaals op wijzen, dat van de het laatst behandelde 24 patiënten, die reeds 4, 5 of 6 weken positief waren, er niet minder dan 10 d.i. 42 pCt. reeds de derde dag na de eerste bestraling negatief werden. Ook zonder vergelijkingsmateriaal kan dit toch moeilijk anders dan door de gunstige werking van de bestraling worden verklaard. Uitdrukkelijk staat verder vast, dat de bestraling alleen goed tot haar recht komt, indien men werkelijk de gehele nasopharynx bestraalt. Wie bijvoorbeeld zich beperkt tot de tonsillen en de epipharynx ongemoeid laat, zal stellig minder goede uitkomsten krijgen.

Nijmegen, 16 November

J. TH. VAN DER WERFF