

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