

ZIEKENFONDSWETGEVING IN OOSTENRIJK. — Het commissie-onderzoek voor de verzekeringswetten is ten einde en heeft als voorloopige uitkomst het vooruitzicht opgeleverd, dat de artsen in Oostenrijk *behoed blijven voor den maatschappelijken ondergang*, waarmede het oorspronkelijk ontwerp hen bedreigde. De welstandsgrens voor de ziekteverzekering wordt nl. wél verhoogd van 1200 op 1800 fl., maar de lieden met een hooger inkomen dan 1200 fl. zullen volgens het voorstel der commissie slechts dan aanspraak hebben op vrije geneeskundige hulp, als zij *geen* ziekengeld genieten, dus voor lichte ongesteldheden. Zoodra zij aanspraak maken op ziekengeld, treedt in de plaats der geneeskundige behandeling een toeslag van 50 pCt. op het ziekengeld. Volgens het voorstel van dr. DREXEL, die ook de andere wijzigingen met groote meerderheid heeft weten doen aannemen, zullen ook lieden met hooger inkomen dan f 1800.— zich kunnen verzekeren, doch uitsluitend voor ziekengeld (*Wiener klin. Rundschau*). Zoo dringt met meer of minder zuiverheid het beginsel van „scheiding van geld en lichaam” in de wetgeving van verschillende landen door.

VOORTGEZET GENEESKUNDIG ONDERWIJS. — De Akademie voor praktische geneeskunde te Düsseldorf houdt in het wintersemester 1910—1911 vijf cursussen voor artsen: 1°. vorderingen der geneeskunde, in het bijzonder op het gebied van maag- en darmziekten (3 tot 15 October); 2°. praktische cursus der buikchirurgie voor chirurgen en gynaecologen (3 tot 15 October); 3°. cursus voor pathologie, diagnostik en therapie der hartziekten (17 tot 25 October); 4°. ongevallen- en sociale geneeskunde (16 tot 26 November); 5°. Zondagsvoordrachten op verschillend gebied, 'tmiddags van 4 tot 6 uur (6 November tot 13 Maart). Inlichtingen bij het secretariaat, Moorenstraat 5. Inschrijvingskosten 10 tot 15 mark. PINKHOF.

INGEZONDEN.

KUNSTMATIGE ADEMHALING BIJ DRENKELINGEN.

De methode van dr. G. W. BOLAND, in n°. 6 van dit *Tijdschrift* beschreven, komt mij voor, geen gelukkige aanwinst te zijn bij het groote reeds bestaande aantal methoden. Ik kan er weinig anders in zien dan een gewijzigde maar dan minderwaardige methode van MARSHALL HALL. Ook bij MARSHALL HALL is de inademing gedeeltelijk actief. Bij het uit de vooroverligging op zijde wentelen van den patiënt aan diens schouder wordt de borstkas grootendeels van den eigen druk ontheven (passief gedeelte) maar ook wezenlijk verruimd door het naar boven en achteren trekken van den eenen schouder (actief gedeelte der inademing). Het geslinger van het bij den bewustelooze slap neerhangende hoofd is hinderlijk, maar lang niet in die mate als bij BOLAND, waar het hoofd van den bewustelooze geregeld op neus en voorhoofd terecht komt. Fig. 1 van BOLAND's artikel is bedriegelijk; de man laat het hoofd niet hangen, het is geen drenkeling. En wat de inspanning van den helper betreft, eischt MARSHALL HALL heel wat minder dan BOLAND.

Deze heeft zijn methode, evenals HAMBURGER, blijkbaar alleen op jonge menschen toegepast. Maar alle drenkelingen zijn geen recruten. De methode van BOLAND is bij kinderen zeer gemakkelijk uitvoerbaar, bij iemand van 20 jaar gemakkelijk, maar toch niet zóó gemakkelijk dat zij bijv. door een jongen van 12 jaar of door een vrouw kan worden toegepast, bij iemand van 45 jaar en 85 K.G. lichaamsgewicht zóó moeilijk, dat zelfs een krachtig student het na eenige meer of minder geslaagde pogingen moet opgeven, bij iemand van 75 jaar en slechts 60 K. G. lichaamsgewicht zéér moeilijk, zooals mij proefondervindelijk is gebleken. Hoe komt dit? De wervelkolom van een kind is gemakkelijk in het onderste gedeelte van den rug te overstrekken. Bij iemand van 20 jaar gaat dit ook nog goed. Maar komt men boven de 40 (misschien is het van belang de grens nauwkeuriger vast te stellen?), dan gaat dit niet meer, te minder naarmate men ouder wordt. Ligt men geknield over den bejaarden patiënt, dan tilt men diens lichaam op als een plank en men *moet* wel op één been slechts geknield liggen en het andere buigen, anders is er eenvoudig geen ruimte om den patiënt op te tillen. Of proeven op lijken iets anders zullen leeren, schijnt mij niet waarschijnlijk, maar ook voorloopig van minder belang. De methode zelve in haar effect op den drenkeling is onphysiologisch en hierom als alle geheel of gedeeltelijke drukmethoden af te keuren.

Acht BOLAND werkelijk de vooroverligging onschadelijk voor den drenkeling? Hierover is reeds veel door mij gezegd en ik mag niet herhalen. Maar men geve er toch acht op, hoe iedereen (tenzij hij van te voren weet of gezien heeft, hoe hij *moet* doen), wien gezegd wordt voorover te gaan liggen, dit steeds doet, steunende op de armen, om buik en borst vrij te houden, en hoe men zelf daarbij onwillekeurig spieren spant om ruimte te houden voor de ademhaling. De mensch is geen kruipend dier.

De lever wordt door BOLAND niet zoozeer bedreigd als door SCHÄFER. De maaginhoud wordt door hem minder geweldig uitgeperst. Maar uitgedreven wordt hij toch, om daarna, bij het oplichten van hals en schouders, als met zorg in het strottenhoofd te worden opgevangen. De helper bespeurt hiervan niets aan het achterhoofd van den patiënt. In dit alles staat MARSHALL HALL boven BOLAND. De eerste methode kan bovendien door een jongen van 12 jaar bij iemand van 45 jaren en 85 K.G. lichaamsgewicht *gemakkelijk* worden uitgevoerd, terwijl de toepassing der tweede methoden in dit geval geheel onbegonnen werk is.

Moeten er nu nog meer gewijzigde en nieuwe methoden worden uitgedacht, alvorens men zal gaan inzien, dat alleen de oude methode van SILVESTER de physiologische mag worden genoemd en dat haar kennis kostelijk is boven alle andere methoden? Het wordt tijd, dat men er zich op ga toeleggen om vast te stellen, hoe deze methode moet worden begrepen en uitgeoefend om geheel ongevaarlijk te zijn, zoo werkzaam mogelijk en daarbij het minst vermoeiend voor de helpers. Want hierin wordt gezondigd binnen en buiten de muren.

Sedert wanneer echter is het geoorloofd om van de beste methode van kunstmatige ademhaling te vergen, zooals BOLAND en HAMBURGER doen, dat iedere leek, waar ook, haar kan toepassen zonder hulp en dat zij niet vermoeie? Aan welke operatie stelt men overeenkomstige eischen? Of is het

bijbrengen van een drenkeling van mindere orde dan het verrichten eener operatie? Eerst wanneer men de allerbeste methode heeft gevonden, mag men nagaan, of men deze ook geheel of gedeeltelijk aan leeken op een cursus zou kunnen inprenten.

Maar leeken moeten toch kunnen *helpen*? Er moet toch iets *gebeuren*, zal men zeggen, met de familie van den patiënt, die ontevreden is als de dokter geen medicijnen geeft? Hierover raadplege men KEITH in zijn „Three Hunterian lectures on artificial respiration”, *The Lancet*, Maart 13, 20, 27, 1909. Bij naspeuring van de zeer uitgebreide statistische gegevens van de Royal Humane Society, loopende van 1774 tot 1909 is dezen, aanvankelijk tot zijn eigen verwondering, gebleken, dat de resultaten van het bijbrengen van drenkelingen het allerdroevigst waren in de tijdvakken, waarin het meest met de drenkelingen werd gesold met blaasbalgen en allerlei soort van kunstmatige ademhaling. KEITH heeft uit deze statistiek terecht de gevolgtrekking gemaakt, dat kunstmatige ademhaling alleen dan mag worden toegepast, wanneer de methode volstrekt onschadelijk is gebleken.

Dit is inderdaad de eerste eisch en niet dat de methode overal en door ieder een gemakkelijk kan worden uitgevoerd.

Aan huidprikkeis, LABORDE's tongtrekkingen en de methode van SILVESTER, zooals die vóór 1864 door SILVESTER werd en thans door mij wordt voorgestaan, en vervolgens aan massage en verwarming hebben wij een schat van hulpmiddelen, waarvan ook de beteekenis en de beoefening aan leeken kan worden ingeprent.

Gieten, 8 Aug. 1910.

Dr. G. VAN EYSSELSTEIJN.

DE MOND DER VROEDVROUWEN EEN BESMETTINGSGEVAAR VOOR DE KRAAMVROUWEN.

Het welbekende feit, dat speekseldruppeltjes, die bij het spreken worden uitgestooten, besmetting-dragers kunnen zijn, wordt in een referaat in dit *Tijdschrift* (13 Aug. jl.) door den heer DA COSTA als mogelijke oorzaak voor kraambed-besmetting aangevoerd. Het slot van dat referaat luidt als volgt:

„Dat ook bij de Nederlandsche vroedvrouwen de reinheid der mondholte „veel te wenschen overlaat, behoeft geen betoog. Het besef, dat voor een „goede gezondheid de mondholte ten minste rein gehouden dient te worden, „is zelfs niet tot onze beste standen algemeen doorgedrongen.

„Het komt mij voor, dat van een onderzoek als hier is medegedeeld, door „alle geneesheeren kennis moet worden genomen. Zij zijn het, die, alvorens „een vroedvrouw tot het kraambed toe te laten, kunnen eischen, dat haar „mondholte nagezien en in een reinen toestand gebracht wordt. Zonder attest „van den arts of tandmeester, dat dit naar behooren is geschied, zou geen „vroedvrouw tot een kraambed toegelaten mogen worden”.

Het komt mij voor, dat deze zinsnede van een zucht naar reglementeeren getuigt, waartegen het tijd wordt stelling te nemen.

In het *Geneeskundig Blad* van prof. VEIT (Bijdrage tot de diagnostiek en de therapie der kraamkoorts) staat het volgende lezen:

„Natuurlijk zal men in een land, waar in de overgrootste meerderheid van