

HET GEVAAR VOOR KOOLMONOXYDE-VERGIFTIGING.

Deze week verrichtte ik de schouwing op de lijken van een gezin, man, vrouw en kind, welke allen op één morgen dood in de bedstede hunner woning werden gevonden. Het onderzoek leerde, dat allen gestorven waren ten gevolge van de inademing van koolmonoxyde. Reeds dikwijls is tegen dit verraderlijke gas ge-waarschuwd, toch worden nog velen het slachtoffer van hun onvoorzichtigheid of onbekendheid met het gevaar. In dit geval lag de schuld voor het grootste deel in den bouw van de woning. De éénkamerige woning, zooals er vele gebouwd worden voor den prijs van ongeveer f 400.— op afbetaling, naar mij door de politie ter plaatse werd medegeedeeld, was opgetrokken uit geploegde houten planken, welke zeer goed aaneensloten, zonder kieren. In den wand bevindt zich een raam en een deur, beide zeer goed sluitend. Een kleine opening in den wand laat een schoorsteenpijp door; de opening, die naast de pijp mocht over blijven, wordt afgesloten met leem, kalk of iets dergelijks. Verder ontbreekt iedere ventilatie-inrichting. Bij het naar bed gaan worden deur en raam gesloten, wat moeilijk anders kan. Nu is iedere luchtversching uitgesloten. Vermoedelijk door het draaien van den wind was door de schoorsteenpijp het gas van de met nootjeskolen gestookte kachel in het vertrek teruggedreven. De klep van de kachel, in casu een fornuis, was open; op den dag van ons onderzoek trok het fornuis goed. Zou het niet op den weg liggen van de lichamen, belast met het toezicht op den woning-bouw, of van de gezondheidscommissies, een wakend oog te houden op deze woningen, waarin door een kleine wijziging in het ventilatiesysteem de ge-varen belangrijk minder zouden worden?

Leiden, 4 Februari 1922.

J. P. L. HULST.

GEVOELLOOSMAKING AAN DE ONDERKAAK.

In dit *Tijdschrift* van 14 Januari j.l. no. 2 heb ik met belangstelling gelezen, dat J. J. DE VRIES, de geleidings-anaesthesie aan de onderkaak volgens BRAUN 1) toepast. Het bevreedde mij echter zeer te lezen: „*Er bestaat geen enkele andere manier om dit te bereiken*”, vooral omdat DE VRIES in *Groningen* zijn praktijk uit-oefent. Daar toch werd reeds meer dan 25 jaar geleden door den tandarts B. J. OTTÉ, die thans zijn welverdiende rust geniet, de door hem gevonden *intra-ossale* gevoelloosheid toegepast, bijna 10 jaren voordat BRAUN 1) zijn geleidings-anaesthesie heeft beschreven. In het *Tijdschrift voor Tandheelkunde* publiceerde OTTÉ zijn *intra-ossale* methode in 1896 na deze eerst op een congres te hebben vertoond. In zijn publicatie merkte hij op, dat de cocaine-oplossing bij de onderkaak niet door de substantia compacta diffundeert, daar deze in tegenstelling met die van de bovenkaak zeer dik is. Hij kreeg toen de zeer eenvoudige en daardoor geniale gedachte: als het anaestheticum niet door de substantia compacta heendringt, dan moet ik het er door brengen. Met een boortje gaat hij na gingivale inspuiting zonder pijn door de subst. comp. op de plaats van keuze, zet dan in het gaatje een spuitje met een conisch toeloopende naald, die juist in het gaatje past en spuit de spongieuze beenmassa vol, waardoor alle takjes van den n. alveolaris inf. met het anaestheticum omspoeld worden en een volstreekte gevoelloosheid wordt ver-kregen, *grooter dan* op welke manier ook.

Bij de geleidings-anaesthesie heeft men het nadeel, dat de anastomosen van den n. alveolaris van de andere zijde reeds bij den hoektand het trekken pijnlijk maken en men dus gedwongen wordt of beide n. alveolaris inf. in te spuiten, of weer te gaan vertrouwen op een gingivale inspuiting met een mogelijke diffusie door gaatjes in het been. De *intra-ossale* methode is voor *alle* kiezen en tanden der onderkaak geschikt. Wanneer er een heftige periostitis met abscesvorming bestaat, kan men haar niet toepassen; dan zal echter de geleidings-anaesthesie volgens BRAUN ook dikwijls niet gebruikt kunnen worden, daar vooral bij aandoening der achterste kiezen de mond dan niet voldoende kan geopend worden.

1) *Die örtliche Betäubung*, Leipzig.

Bij een heftige angina zou ik verder de geleidings-anaesthesie niet gaarne toepassen, terwijl de intra-ossale methode dan niet het minste gevaar oplevert. Ik zou daarom zeggen de beide methoden vullen elkaar aan, men moet ze beide beheerschen.

De tienduizenden patiënten, die OTTÉ in zijn uitgebreide praktijk met zijn methode zonder eenige pijn van hun kwellende kiespijn heeft verlost, zouden vreemd opkijken, als zij de korte ontkenning van DE VRIES van OTTÉ's methode lazen. En daar het hier een door een Nederlander, den nestor onzer tandartsen, gevonden methode geldt, achtte ik het mijn plicht in een Nederlandsch tijdschrift aan deze belangrijke behandelingswijze te moeten herinneren.

Den Bosch, 1 Februari 1922.

H. SCHADE.

INTERNATIONAAL CONGRES VOOR MOEDER- EN ZUIGELINGEN-BESCHERMING (PARIJS 1922).

Ondergeteekenden, daartoe uitgenoodigd door de „Ligue contre la mortalité infantile”, hebben zich bereid verklaard een Nederlandsch Comité op te richten voor het „Congres international de protection maternelle et infantile”, dat van 6—8 Juli a.s. te Parijs gehouden zal worden.

Zij, die het voornemen mochten hebben dit congres bij te wonen, worden uitgenoodigd daarvan aan den laatst ondergeteekende kennis te geven, waarna hun een programma met inteeckenbiljet toegezonden zal worden.

Utrecht, 6 Februari 1922.

B. J. KOUWER,

J. H. G. CARSTENS,

Achter St. Pieter 8.

DE GENEESHEEREN EN DE WIJKVERPLEGING.

Mijn woorden, uitgesproken in de algemeene vergadering van Het Friesche Groene Kruis, en uit de notulen dier vereeniging overgenomen in dit blad, zijn door dr. WILDERVANCK zeer onvoldoende begrepen. *Hoofdzakelijk* wees ik op het feit, dat dokters geen opgeleide zaalverplegers, veel minder opgeleide *wijkverplegers* zijn, en dat men aan hen dus niet kan overlaten de wijkverpleging in alle onderdeelen in goede banen te leiden, tenzij eerst de wijkverpleegster zelve goed is opgeleid. Dan kan natuurlijk een geneeskundige haar met raad en daad ter zijde staan, waar haar werk zijn werk raakt. Hij blijve haar superieur! Ik heb dat duidelijk gezegd, en voor dit denkbeeld heb ik reeds zes jaren propaganda gemaakt in woord en daad.

Het gebrek aan belangstelling van geneeskundige zijde stipte ik slechts terloops aan.

Dr. WILDERVANCK gaat in zijn verweer uit van de meening, dat een gediplomeerd verpleegster de techniek der *wijkverpleging* kent. Maar waar heeft zij die toch geleerd? Laat ons aannemen, dat zij de techniek der verpleging kent, maar dan is zij nog geen *wijkverpleegster*. Dat kan zij worden na lang zoeken en tasten (als zij aanleg heeft), als zij dan bovendien algemeene ontwikkeling bezit. Maar beter en sneller gaat het, als zij te Utrecht wordt opgeleid. Dan zal het niet meer noodig zijn haar „nu en dan” eens daarheen te zenden. Zij kome er onzen cursus volgen en kan dan als gediplomeerd wijkverpleegster aan den arbeid gaan. Als zij dan een ervaren dokter vindt, die haar blik verruimt, zal beider arbeid den patiënten ten goede komen.

Als nog eenmaal een handleiding voor wijkverpleging het licht ziet, zal er wellicht helderder inzicht komen omtrent den werkkring der wijkverpleegsters. Dan zal ook stellig op den duur warme belangstelling ontstaan bij *alle* dokters. Dat die er wel is bij dr. WILDERVANCK, weten de Groene-Kruis-werkers in Friesland stellig wel. Ik heb ter vergadering dan ook dadelijk aan dr. WILDERVANCK gezegd, dat mijn enkele woorden over gebrek aan belangstelling allerm minst hem treffen. Ook niet de zes andere geneeskundigen, die onze vergadering bezochten.

Harlingen, Februari 1922.

Zuster A. G. VAN HULST.