

Critiek is ons altijd welkom geweest, zelfs felle, men leert er meestal van, maar het nut van zulk een onbekookten aanval is niet in te zien; het maakt samenwerking, anders zoo welkom, inderdaad moeilijk.

Zeist,
October 1929.

U dankend, mijnheer de Redacteur
met de meeste hoogachting
Uw. Dw. dn.,

A. DE GRAAF.

EEN STUDIEREIS NAAR BRITSCH-INDIË.

In de beschrijving van zijn reis naar Britsch-Indië, aan boord van het Engelsche stoomschip „Rawalpindi” (P. and O. line.) noemt prof. SCHÜFFNER het voor hem nieuwe ventilatiesysteem aan boord van dat schip, waarbij de versche lucht aan dek door groote ventilateurs wordt opgezogen en door pijpen overal in de cabines wordt gebracht, dus niet zooals vroeger alleen bewogen door overal opgestelde of hangende fans (*Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 37, II, 44, bldz. 5193). Misschien zullen onze medelezers, die weinig in de legenheid zijn om het ventilatiesysteem aan boord te zien er belang in stellen te weten, dat men aan boord te doen heeft met luchtverversching door:

1°. „Aeratie”, door de gewone middelen: patrijspoorten, luchtkokers, die lucht toelaten en afvoeren naar gelang van de windrichting, ondersteund door de luchtstrooming opgewekt door de warmte uit de machinekamer, enz.

2°. Door werkelijke *ventilatie* langs mechanischen weg. Hierbij is te onderscheiden perssysteem en zuigsysteem.

Het perssysteem zuigt lucht aan dek, en perst de lucht naar verschillende deelen van het schip, salons, hutten, etc.

Het zuigsysteem (exhaust) zuigt de lucht uit keukens en kombuizen, uit W. C.'s. Het verschil is duidelijk zonder meer.

Het systeem, waarover prof. SCHÜFFNER schrijft, is op Nederlandsche stoomvaartuigen reeds vele jaren in gebruik; onze Hollandsche ingenieurs hebben aan boord van de nieuwe schepen het buizenstelsel op grond van hun eigen aerodynamische berekeningen aldus geconstrueerd, dat in 1 uur de lucht in een hut 15 maal ververscht wordt; hierbij worden voorts fouten van het gepatenteerde systeem vermeden.

Op de cursus voor Hygiënisten in het Koloniaal Instituut werden teekeningen in overzicht en in detail, getoond; bij een demonstratie aan boord M. S. „P. C. Hooft” voor de cursisten konden de details ter plaatse worden bekeken. Op de hygiënische tentoonstelling te Bandoeng waren detailteekeningen aanwezig.

De luchtstrooming intusschen is niet voldoende om in heete luchtstreken ruime afkoeling teweeg te brengen; daarvoor is veel sneller luchtverplaatsing noodig, en dient men draaiende waaiers te gebruiken daar, waar afkoeling het meest gewenscht wordt.

UTERMÖHLEN.

GUMMIRINGEN ALS VERBANDMIDDEL.

Het artikel van collega VAN DER KROON te Baarn in het *Tijdschrift* van 28 Sept. 1.1. over de genezing onder de droge korst en de hulpmiddelen, die hij daarbij gebruikt, had mijn volle aandacht. Evenals hij, gevoel ik ook altijd veel voor dat soort van genezing. Zijn schrijven inspireerde mij te zoeken naar nog meer hulpmiddelen. Eerst greep ik naar de hardgummi-ronde pessaria, die in mijn wijkgebouw voor de oorspronkelijke bestemming niet veel emplooi vinden; hoewel zij bij de open wondbehandeling reeds goede diensten bewezen, leken mij de zachtgummi pessaria nog geschikter toe. De prijs van deze n.l. / 1.40 per stuk maakten ze voor mij ietwat minder aantrekkelijk, vooral toen ik in het Gummihuis voor een meter vrij dikke massieve gummislang slechts 60 cent behoefde te betalen en ik hiervan, door de einden scheef af te snijden en ze met behulp van naald en draad en van een

strookje hechtpleister aan elkaar te bevestigen, gemakkelijk eenige ringen kon maken. Deze ringen komen mij voor, een goed en goedkoop hulpmiddel te zijn bij de open wondbehandeling. De kartonnen doosjes van de insulinefleschjes kunnen gebruikt worden als het chlooraethyldoosje van collega VAN DER KROON, natuurlijk rekening houdend met het verschil in afmetingen.

Utrecht, November 1929.

W. HINGST, *gemeente-arts*.

DE CLINISCHE LES VAN PROF. VAN ROOY.

Het zij mij vergund naar aanleiding van de baringsgeschiedenis eener vrouw, die prof. VAN ROOY in zijn „clinische les” in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* beschrijft, en die als zoo vaak een lijdensgeschiedenis blijkt te zijn, een enkele opmerking te maken. De hoogleeraar stond hier voor een taak, waarvoor wij verloskundigen helaas nog altijd veel te dikwijls worden geplaatst: twee ernstig bedreigde levens te redden. Het is niet mijn bedoeling hier met prof. VAN ROOY van gedachten te wisselen over de veiligste wijze, waarop deze taak voor moeder en kind vervuld kon worden, al heb ik in ons *Tijdschrift* een vermelding van de extraperitoneale keizersnede op de wijze zooals deze door mijn leermeester KOUWER met zoo gunstig gevolg verricht wordt, en die in dit geval zeer zeker in aanmerking gekomen zou zijn, wel zeer gemist. Ik wil met dit „ingezonden stuk” meer den nadruk leggen op het noodeloze gevaar, dat deze moeder en haar kind geloopt hebben, toen snel bij een koortsende vrouw met een dreigende verscheuring der baarmoeder een kind „voorspoedig, zij het ook ten koste van veel fysieke inspanning” — en ten koste van een hersenbloeding? — door het vernauwde bekken getrokken moest worden. Een *tijdig* herkennen van deze bekkenvernauwing en het *tijdig* nemen van de juiste maatregelen had al de beschreven narigheid kunnen voorkomen. De zorgeloosheid der vrouw, die een herkenning der te verwachten moeilijkheden in de zwangerschap onmogelijk heeft gemaakt, wordt door prof. VAN ROOY terecht gelaakt, maar de zorgeloosheid der vroedvrouw, die in het begin der baring, toen alle mogelijkheden nog openstonden, de vernauwing van het bekken wel herkend en niettemin de vrouw thuis rustig twee maal 24 uur laat baren en pas hulp haalt, als de contractiering drie vingerbreedten boven den schaambreenboog gestegen is, keurt de hoogleeraar in zijn „clinische les” niet af. En in den huisarts laakt hij het alleen, dat deze zijn ingreep buiten narcose verrichtte, en niet, dat hij in een stad, waar alle hulpmiddelen der kliniek deze in ernstig levensgevaar verkeerende barende ten dienste staan, „überhaupt” getracht heeft een zoo moeilijken ingreep als een „hooge tang” bij een vernauwd bekken welhaast altijd is, in zijn eentje te verrichten.

Het wil mij voorkomen, dat in deze les aan studenten terecht gewezen is op het groote nut van een regelmatig onderzoek der zwangeren, maar dat ook vooral de aandacht der studenten gevestigd had moeten worden op het feit, dat het gevaar, waarin de vrouw door haar eigen zorgeloosheid zichzelf en haar kind noodeloos gebracht heeft, even noodeloos vergroot is eerst door de vroedvrouw, die een bekkenvernauwing en bagatelle behandelt, daarna door den huisarts door zijn, met zoo groote waarschijnlijkheid tot mislukking gedoemde extractiepogingen.

In het praeadvies, dat door mij dezen zomer voor het Gezondheidscongres werd uitgebracht over „de sociale taak van arts en vroedvrouw vóór en na de geboorte van het kind” is aangetoond, dat in ons land de kraambedsterfte en de sterfte der pasgeborenen in de laatste 25 jaar geen verandering ondergaan heeft. Daar is uiteengezet welke maatregelen m. i. genomen moeten worden om hierin verandering te brengen. De bestaande gelegenheden, waar zwangeren zich *kunnen* laten onderzoeken en goed onderwijs van aanstaande artsen en vroedvrouwen — hoe voortreffelijk dit ook zij — zijn onvoldoende gebleken.

Dr. I. A. WIJSENBEK.

Bovenstaand ingezonden stuk geeft mij aanleiding tot de volgende korte opmerkingen:

1. Men kan in één clinische les over een operatief-verloskundig geval niet de geheele operatieve verloskunde bespreken. De verschillende keizersnede-methodes