

INGEZONDEN

De redactie houdt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

RECHTSZIJDIGE PARASTERNALE HERNIA DIAPHRAGMATICA

In antwoord op het ingezonden stukje van collega BAKX, spijt het mij bij het weer-geven van de ziektegeschiedenis van het patiëntje met de parasternale diaphragma-breuk, niet volledig te zijn geweest.

Indertijd heeft een Röntgenonderzoek met bariumpap van het maagdar-mkanaal plaats gevonden. Hierbij werd een normaal beeld verkregen, zoodat onze gedachten niet meer in de richting van een rechtszijdige diaphragmabreuk zijn gegaan.

Tijdens mijn chirurgischen zwerftocht door Amerika, waarvan ik juist ben terug-gekeerd, had ik gel'genheid het Röntgendossier van dit geval te laten zien en te bespreken in de MAYO Clinic te Rochester, waar HARRINGTON werkt, die momenteel de grootste ervaring op dit gebied heeft. Hij krijgt deze gevallen van heinde en verre toegezonden en bleek reeds 430 herniae diaphragmaticae te hebben geopereerd, waaronder slechts 8 subcostosternale, door het foramen MORGAGNI; wel een bewijs hoe zeldzaam deze breuk is; 6 hiervan waren rechts gelocaliseerd. Den toe-stand, dien ik bij de operatie aantrof, waarbij de geheele breukzak was opgevuld door afgesnoerd leverweefsel, had hij nog nooit gezien.

In zijn 8 gevallen bevond zich 7 maal colon en omentum en eenmaal colon en maag in den breukzak. Het röntgenologische onderzoek bracht in de ge-vallen van HARRINGTON dadelijk volkomen opheldering. Een schaduw als in ons geval zag hij op de gewone photo's vanzelfsprekend niet.

Slechts éénmaal in zijn leven zag HARRINGTON een diaphragmabreuk waar lever in den thorax zat. Dit was een rechtszijdige traumatische hernia, de geheele „buik-familie" was in den thorax aanwezig: maag, colon, dunne darm, lever, galblaas en de kop van het pancreas.

Een galblaasphoto, die collega BAKX graag genomen had, had ons niets verder gebracht, omdat de klomp leverweefsel zijn oorsprong nam van de koepel der lever. De hals van dezen klomp sloot de breukpoort geheel af. Darm en omentum lagen op de normale plaats. Slechts zichtbaar maken van de lever door thorotrast zou hebben aangetoond, dat de schaduw leverweefsel was en dat zou ik nooit hebben mogen doen.

Achteraf beschouwd had ik de gestelde diagnose „dermoidcyste van het voorste mediastinum", bij een zuigeling van vier maanden, van een paar vraagteekens moeten voorzien. Een mediastinale dermoidcyste op dezen leeftijd is immers, — dit getuigt de literatuur — een avis rarissima.

Hoewel ik een groot bewonderaar ben van het Röntgenonderzoek, blijf ik bij mijn meening, dat men met een Röntgenphoto geen pathologisch-anatomische diagnostiek kan bedrijven. Een critische röntgenoloog zal mij dit moeten toegeven. Dit beteekent in een aantal gevallen proefthoracotomie, waartoe men tegenwoor-dig met een gerust hart kan en moet besluiten.

Groningen, 4 November 1946

L. D. EERLAND

ANGINA BIJ AGRANULOCYTOSE

Collega HOHMANN deelde in het *Tijdschrift* van 2 November 1946 (blz. 1562) twee gevallen van agranulocytose mede, die tijdens arsenobenzolbehandeling zijn ontstaan. De schrijver veronderstelt, dat een compliceerende diphtherie mede schuld zou hebben bij het ontstaan van deze beschadiging van de bloedberidende organen. Ik ben echter geenszins overtuigd, dat zijn beide patiënten aan diphtherie

geleden hebben. Wel had de eerste patiënte bij het derde keeluitstrijkpraeparaat een „positieve enting”, maar deze zieke werd na ruim twee weken „van haar diphtherie genezen” teruggeplaatst naar een gewone zaal. Daarmee wordt toch wel onderstreept, dat bij de „positieve enting” geen echte, virulente diphtheriebacillen gevonden zijn, omdat deze bij zóó'n ernstige angina in den regel niet zóó snel verdwenen zijn.

De tweede patiënte had een „voor diphtherie kenmerkende keelafwijking”, maar diphtheriebacillen konden niet worden aangetoond. Uit eigen ervaring en uit literatuurmededeelingen wil ik er op wijzen, dat de necrotiseerende angina van de agranulocytose volkomen op diphtherie kan gelijken.

Rotterdam, 5 November 1946

P. H. KRAMER

Gemeente Ziekenhuis aan den Bergweg

EEN INHEEMSCHE GRONDSTOF VOOR O/W-EMULSIES

Herhaaldelijk is reeds gewezen op de voordeelen van emulsies van het type O/W als zalfbasis 1). Zij stellen ons immers in de gelegenheid, medicamenten aan de huid toe te voeren zonder dat de patiënt gehinderd wordt door verontreiniging van zijn kleeven, vettig aanvoelen van de huid en dergelijke bezwaren. Lanettewas N, dat in Engeland en Duitschland gefabriceerd wordt, was tot dusver de emulgator, die het meest gebruikt werd voor het samenstellen van O/W-emulsies. Op het oogenblik is deze stof moeilijk verkrijgbaar.

Sinds ruim een half jaar brengt de pharmaceutische afdeling van de Unilever een product in den handel, *Emulgide O/W*, dat zeer geschikt is als basis voor O/W-emulsies. Volgens het *Pharmaceutisch Weekblad* 2) bestaat emulgide O/W uit glycerine-monostearaten, vrije vetzuren en een gering percentage kalizeep. Het is dus niet identiek aan lanettewas, maar kan het practisch in alle recepten vervangen. Gedurende een half jaar policlinische en klinische proefnemingen heb ik kunnen vaststellen, dat de geringe alcaliciteit van het product ($pH = 8.5$) geen bezwaren geeft. *Emulgide O/W*, *ol. rapae* 10, *nipagin*. 0.5, *aquae ad* 100, levert een goede crème, waaraan men mercurius praecipitatus albus, liquor carbonis detergens, sulfur praecipitatus, cignoline, resorcine, salicylzuur, sulfanilamide en vele andere specifieke medicamenten in de gewenschte hoeveelheid kan toevoegen. De hoeveelheid water wordt dan verminderd met het gewicht van het specifieke medicament. In de gevallen, dat men een zure crème wil gebruiken, kan men het volgende recept schrijven: *emulgide W/O* 10, *ol. Rapae* 10, *nipagin*. 0.5, *aquae ad* 50, *fiat cremor*, adde *sol. acetatis aluminici* 2 pCt. 50. Voor verdere recepten zie men de bovenaangehaalde literatuur, waarbij men in de recepten lanettewas N, door emulgide W/C kan vervangen. Dat in verband met onze deviezenpositie het gebruik van een inheemsch product, dat op zijn minst even goede resultaten geeft als een buitlandsch, de voorkeur verdient, behoeft mijns inziens geen nader betoog.

Leiden, November 1946

M. K. POLANO

HET ONDERWIJS IN DE UROLOGIE

Onder bovenstaanden titel wijst collega WEYTLANDT op de tekortkomingen van het onderwijs in de urologie en dringt aan op het instellen van een leerstoel in de urologie.

Als mede-beoefenaar van een onderdeel der algemeene heekunde kan ik den gedachtengang van collega WEYTLANDT goed aanvoelen, doch moet mij tevens

1) SCHMIDT-LA BAUME, *Die Öl in Wasser-Emulsionen*. Leipzig 1943.

MUMFORD, *British Dermat. Journal* 5, 546, 1938; *ibid.* 53, 45, 1941.

BERRY, *British Medical Bulletin* 3, 737, 1945.

POLANO, *N. T. v. G.* 87, 214, 1943. *Dermatologica* 91, 297, 1945. *De medicus Practicus* II, 2de druk, blz. 78—82.

2) *Pharm. Weekbl.* 81, 218, 1946.