

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 afdeeling 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 buitenlandsch, 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.

afvragen, of zijn oplossing niet vele nadeelen met zich brengt en of niet een betere mogelijk is. Een nieuwe leerstoel in een medisch specialisme beteekent immers een eigen afdeling met assistenten, Röntgenafdeeling, laboratorium, en zoo voort, en naast andere bezwaren dus oeconomisch een kostbare organisatie. Het is bekend, dat sommige hoogleeraren in de algemeene heekunde overtuigd zijn van de noodzaak het specialisme in de chirurgie meer tot zijn recht te laten komen en daartoe in het kader van hun organisatie nieuwe maatregelen hebben getroffen. Ook hier zijn echter zwakke plekken aan te wijzen, bij voorbeeld de kans op toenemende verwijdering tusschen heekundige en medische kliniek (tot de laatste behooren ook de neurologische en psychiatrische afdeelingen).

Wil men, gezien de dreigende verbrokkeling door het toenemende medische specialisme en de benarde oeconomische omstandigheden, een andere oplossing zoeken, dan moet men beginnen de scheiding tusschen heekundige en medische afdeelingen tot het uiterste te beperken (dit geldt trouwens ook ten aanzien van het researchwerk in de universitaire laboratoria). Op welke wijze dit moet geschieden is van secundair belang; de wil tot samenwerken met uitschakeling van persoonlijke belangen is het voornaamste.

Amsterdam, November 1946

C. H. LENSHOEK

### OPLEIDING TOT BEROEPSANAESTHESIST

Het is een verheugend teeken, dat nu ook in ons land de belangstelling voor een verbetering der anaesthesie wakker wordt. Men ziet in, dat de invoering van het specialisme anaesthesie niet een voorbeeld is van een te ver doorgevoerd superspecialisme, dat men met een glimlach mag voorbij gaan. Al degenen, die na den oorlog Angelsaksische landen bezochten, kwamen enthousiast terug.

Indien wij onze minderheid op dit gebied erkennen, moeten wij consequent zijn, en dus onzen achterstand inhalen. Wij moeten in ons land komen tot het tewerkstellen van beroepsanaesthesisten. Een anaesthesist is niet iemand, die alleen maar de narcose geeft: hij ziet den patiënt tevoren en maakt kennis met hem, onderzoekt hem, geeft aanwijzingen over de voorbehandeling, adviseert eventueel eenige dagen uitstel van de operatie, hij bespreekt met den chirurg de keuze van de wijze van verdooven en geeft nauwkeurig aan, welke medicijnen voor de operatie in elk geval afzonderlijk moeten worden gegeven. Hij geeft vervolgens de narcose of de lumbale anaesthesie, eventueel ook de locale anaesthesie. Hij zorgt bij voorbeeld voor drainage van de maag, tijdens en na de operatie; hij legt het intraveneuse zoutsolutie-infuus aan en regelt de bloedtransfusie. Hij zorgt voor de eerste nabehandeling van den patiënt, regelt de ligging voor ieder geval, de eerste medicamenten na de operatie, eventueel plaatsing in een zuurstoftent.

Het werk van den anaesthesist omvat dus veel meer, dan het geven van narcose alleen. Hij moet dan ook veel weten van de chirurgie, van de physiologie der ademhaling, van de werking der medicamenten, welke vóór, gedurende en na de operatie noodig kunnen zijn, en verder natuurlijk de techniek der narcose, der intratracheale intubatie, van lumbale puncties en intraveneuse injecties ook in kleine venae van den handrug volkomen beheerschen. Van alle vorderingen op het gebied der anaesthesie, zooals nu bij voorbeeld het gebruik van curare, is hij op de hoogte.

Het resultaat van een dergelijke kracht in de operatiezaal bestaat in een rustige narcose van juist de goede diepte, van een drogen ademhalingsweg zonder reutelen of slijm en een zeer spoedig en aangenaam ontwaken.

Moeten wij nu zelf maar probeeren ons tot deze hoogte op te werken, door eenige jonge assistenten aan het werk te zetten, die het al doende moeten leeren? Ik meen van niet. Wij hebben onze minderheid erkend en handelen nu juist door bij onze meedelen in de leer te gaan. De Amerikanen waren mij zeer terwille, zij boden tijdelijke hulpkrachten aan om naar Nederland te komen en eveneens kreeg ik plaatsen beschikbaar gesteld voor jonge Nederlanders om daar tot anaesthesist te worden opgeleid, in twee à drie jaar.