

terugtrekken; bovendien loopt men bij een achtersten lap tevens gevaar, dat de zentwen en vaten, die immers aan de achtervlakte der dij verlopen, gedrukt zullen worden, als de lijder op de stomp steunt. Deze voorste lap moet met eene breede basis, terwijl het been horizontaal ligt, gemaakt worden, op beide zijden even hoog, ongeveer op het midden der condyli en zeer ver naar achteren beginnen, en met zijne punt tot aan de tuberositas tibiae reiken. Vervolgens maakt men dezen lap naar boven tot aan de bovenste grens der knieschijf los, waarbij men zich echter altijd in het onderhuidsche bindweefsel houdt.

De knieschijf moet in elk geval weggenomen worden, anders moet men den lap veel grooter maken; behoudt men de patella, dan wordt zij, zoo zij zich niet per primam intentionem vasthecht, door den quadriceps naar boven verplaatst of zij wordt naar voren getrokken en moet dan als steunpunt dienen. Vroeger meende L., dat juist een der voordeelen van de amputatie volgens GRITTI daarin gelegen was, dat een gedeelte der huid, dat aan drukking gewoon was naar onderen kwam te leggen. Thans moet hij echter bekennen daarin gedwaald te hebben, daar men knielende den grond óf met de tuberositas tibiae, óf slechts met het onderste derde gedeelte der knieschijf aanraakt, maar de grootste oppervlakte der patella nooit tot steunpunt dient, en het integendeel bekend is, dat drukking op deze streek aanleiding kan geven tot het ontstaan van hygroma en van bursitis praepatellaris.

L. acht het raadzaam ook de bursa praepatellaris weg te nemen, daar deze slijmbeurs zeer geneigd is tot verettering en bovendien zeer gevoelig is voor drukking.

Heeft men nu een voorsten lap gemaakt, dan dringt men onmiddellijk door de pees van den quadriceps in het gewricht binnen, neemt de patella weg, snijdt de gewrichtsbanden op de gewone wijze door en maakt eindelijk een niet al te kleinen achtersten lap. Deze lap moet niet te klein zijn, daar hij wegens zijn samenhang met de pezen der buigspieren van het onderbeen, groote neiging heeft zich terug te trekken.

Nadat de bloedvaten onderbonden zijn, gaat men over tot het afronden van het been, waarvoor BUTCHER eene afzonderlijke zaag met een zeer smal blad aangegeven heeft. Men gaat daarbij op de volgende wijze te werk: men zet de zaag aan de bovenste, voorste grens der condyli femoris schuins aan, en zaagt nu, terwijl men zich altijd op gelijken afstand van de kraakbeenvlakte houdt, in een aan de oppervlakte der condyli evenwijdigen boog naar achteren; eerst op het laatst moet men de zaag, om het kraakbeenig bekleedsel der fossa intercondylica weg te nemen, in een enigzins sterkeren boog naar achteren wenden. Daarna rondt men de scherpe randen op zijde met de zaag of met een resectiemes af. Heeft men dit tempo der operatie volbragt, dan gaat men ten slotte over tot de exstirpatie van overblijfselen der kapsel en neemt ook de bursa quadricipitis verder weg. Daarna kan men de lappen naar willekeur door hechtingen of met kleefpleisterstrooken aan elkander brengen.

's Hage Mei 1869.

Dr. E. HANLO.

Bij **DIPHTHERITIS VAN HET STROTTENHOOFD** beproefde DR. ALBU inspuitingen van kalkwater in het strottenhoofd en wel van uit de trachea. Hij stak daartoe het vooraf met verwarmd kalkwater gevulde PRAVAZ'sche spuitje snel tusschen twee kraakbeenringen in, rigtte de punt naar boven en ontledigde het zoo spoedig mogelijk. De klassieke vrees voor verstikking deed hem dit middel slechts in desperate gevallen aanwenden, verstikkings-verschijnselen zag hij echter nimmer, alleen werd de weinig pijnlijke operatie steeds door eene hevige hoestbui gevolgd waardoor stellig het grootste deel der ingespoten vloeistof weder verwijderd werd.

Van 14 aldus behandelde gevallen genas slechts één, waar gedurende drie dagen tweemaal daags eene inspuiting verrigt was, bijna altijd zag hij daarentegen na eene inspuiting de dyspnoe afnemen.

ALBU gelooft daarom dat deze wijze van behandeling ook bij croup goede resultaten kan geven. (*Deutsche Klinik*, 24 April.)

Als de Redactie der *Deutsche Klinik* bij de plaatsing van ALBU's experiment stilziggend veronderstelt dat dit voor zijne (*alberne*) verantwoording blijft, zullen wij, niet minder van het oordeel van onzen lezer overtuigd, er bij voegen dat die mededeeling in ons blad hoofdzakelijk is opgenomen als bewijs, hoeverre de driestheid van een kunstenaar in Duitschland gaat. (Red.)

LOCALE BEHANDELING VAN CROUP MET MELKZUUR. (*Centralblatt f. d. med. Wiss.* 1869, S. 340.) — Dr. ADOLF WEBER te Darmstadt werd door het sterk oplossende vermogen van melkzuur voor fibrineuse exsudaten er toe geleid, om het als plaatselijk middel tegen croup aan te wenden. Aanvankelijk wendde hij het na de tracheotomie aan, om de verwijdering der croup-membranen te bevorderen, en, nadat hij er het gunstigste resultaat van gezien had, wendt hij het thans aan, in plaats van tracheotomie. Hij zegt zijne proeven genomen te hebben op lijdens, die hem tot het verrigten van tracheotomie werden toegezonden, en die meestal in het laatste tijdperk verkeerden.

De behandeling heeft plaats door middel van een inhalatie-toestel, 15–20 druppels melkzuur op $\frac{1}{2}$ ons water, aanvankelijk elk half uur, later als de dyspnoe vermindert, minder dikwijls en met slappere oplossingen (10–5 druppels op $\frac{1}{2}$ ons water). Om zeker te zijn dat de geheele dosis verbruikt worde, vult hij het glaasje na elke zitting nog een paar maal met water aan, en pulveriseert ook dit water. Als de dyspnoe geheel geweken is, laat WEBER van tijd tot tijd eene goed gefiltreerde infusio chamomillae inhaleren. Men moet zorg dragen dat de dampstraal niet op de oogen of het gezigt gerigt zij, daar het melkzuur zelfs in de voorgeschrevene verdunning nog cauteriserend werkt. Intusschen gebruikte W. dezen prikkel somtijds om soporeuse kinderen te doen schreeuwen en inademen, hetgeen hij evenwel nog beter door openen van den mond en neêdrukken van de tong meent te kunnen doen.

Nevens deze plaatselijke behandeling heeft W. tot nu toe altijd eene solutio natr. carb. (dr. 2 ad. unc. 4) aangewend, omdat hij daarvan eene gunstige uitwerking tegen recidives meent waargenomen te hebben. Evenwel laat hij ook daarmede ophouden, als alle dyspnoe verdwenen is en ongeveer 2–4 dr. verbruikt zijn.

De verzekering van WEBER, dat hij, sedert hij deze methode volgt, geene enkele tracheotomie meer heeft behoeven te doen, en geen enkelen lijder verloren heeft, is wel eene aanmoediging om zijne proeven te herhalen, hoewel hij ongelukkig vergeet, het aantal zijner waarnemingen mede te deelen. G.

DE INOCULABILITEIT VAN HET SYPHILITISCH VIRUS, zoo als die dikwerf uit de opgaven van lijdens, die beweren door aderlating, invoering van oorcatheter enz. geïnfecteerd te zijn, zou moeten worden opgemaakt, wordt door Prof. BOECK te Christiania bestreden, op grond dat het virus, 6–8 dagen bewaard, zijn infecterend vermogen verloren heeft, onverschillig of het droog of in vloeibaren toestand gehouden wordt. Hij komt bij die gelegenheid tevens op tegen de leer der dualisten en citeert daarvoor enkele gevallen, door BIDENCAP waargenomen, waar het geïndureerde syphilitisch ulcus, op den drager zelve geïnoculeerd, nieuwe zweren te