

gebruikt, niet het geval. Om deze oplossing te stabiliseeren is toevoeging van een weinig kaliumpermanganaat of natriumsilicaat of boorzuur noodzakelijk.

De oplossing van DAKIN nu heeft een sterk kiemdoodende werking, terwijl zij een gunstigen prikkel op de oppervlakkige elementen van de wond uitoefent. Zij is alleen giftig bij intraveneuze inspuiting, terwijl zij in sterke mate het vermogen bezit, nekrotische weefsels op te lossen. Het hypochloriet in de wond gebracht, ontleedt spoedig, zoodat steeds nieuw vocht moet worden toegevoegd, hetzij af en toe, hetzij voortdurend.

Door bloedserum te behandelen met hypochloriet kan men de z.g. chlooraminen bereiden, stoffen van een bekende scheikundige samenstelling; zoo is het z.g. chlooramine T. para toluoen-natrium-sulfo-chlooramine. Deze stoffen werken sterker kiemdoodend dan de hypochlorieten, maar bezitten in geringere mate het vermogen, nekrotisch weefsel op te lossen.

Alleen als men de methode van CARREL stipt navolgt, krijgt men goede uitkomsten. De beste kansen heeft men in de z.g. „période préinflammatoire”, dus de eerste 12 tot 24 uur; in dit tijdperk zijn de bacteriën nog schaarsch en zitten zij nog aan de oppervlakte. Dan verricht men de mechanisch operatieve reiniging, d. w. z.: verwijderen van kogels, splinters, stukjes kleeren en ander vuil. Ook wordt al het verbrijzelde weefsel zooveel mogelijk weggenomen en voor een nauwkeurige bloedstelping zorggedragen. Pas daarna wordt tot de scheikundige reiniging overgegaan; door draineerbuisen brengt men de vloeistof tot in alle hoeken en diepten van de wond, naar omstandigheden door een onafgebroken irrigatie of door om het uur herhaalde indruppelingen. Het gevolg controleert men door telkens in een strijkpraeperaat het aantal bacteriën per oppervlakte-eenheid te bepalen. Blijft dit aantal te hoog of stijgt de temperatuur, dan is er nog het een en ander in de wond niet in orde en moet deze worden nagezien. In de z.g. „période inflammatoire” make men alleen insnijdingen bij gasbesmetting of men trachte de phlegmone door vochtige verbanden te doen verweeken. Ook in de „période de suppuration” zij men niet te spoedig met het mes, om algemeene sepsis te voorkomen. Meestal zijn van drie tot tien dagen noodig om de wond kiemvrij te maken; alleen bij diepere wonden duurt dit wel 15 dagen. Dan is de wond met frissche roode granulaties bedekt. Men kan dan meestal met goed gevolg een secundaire naad aanleggen.

Ook voor de ongevalspraktijk kan deze methode nuttig zijn; SHERMAN heeft in Pitsburg in Amerika mooie uitkomsten bereikt.

Referent hoopt met deze korte aankondiging belangstelling te hebben gewekt voor dit zeer geestdriftig en vlot geschreven boek.

P. H. VAN ROOJEN.

T. VAN SCHELVEN, *Oorlogsneurologie*; ervaringen over verwondingen van het zenuwstelsel en over neurosen. Amsterdam. SCHELEMA en HOLKEMA's Boekhandel, 1917, 164 bldz. Prijs f 3.75.

Prof. L. BOUMAN heeft dit boekwerk van zijn oud-assistent, waarin deze zijn ervaringen, opgedaan tijdens zijn werkzaamheid bij de

Nederlandsche Ambulance te Gleiwitz en Budapest heeft neergelegd, van een voorbericht voorzien.

Het is wel jammer, dat de papiernood niet gedooft, veel bijzonderheden uit deze belangwekkende studie aan te halen. Schrijver heeft zijn stof verdeeld in vijf hoofdstukken: verwondingen van periphere zenuwen, ruggemergsverwondingen, schedelverwondingen, neurosen en psychosen in den oorlog en de gevolgen van een ontploffing zonder uitwendige verwondingen. De waarde van het geheel wordt in niet geringe mate verhoogd door een uitgebreide literatuur-opgave.

Enkele aanhalingen van meer algemeene strekking: de stalen helmen hebben een zeer gunstigen invloed op het voorkomen van schedelverwondingen uitgeoefend. Een oorlogspsychose als zelfstandig ziektebeeld bestaat niet; wel bepalen de oorlogsgebeurtenissen den inhoud van vele psychosen. Voor de verklaring van de reflexverlammingen wordt als anatomisch substraat meer en meer gezocht in de richting van een sympathicus-letsel. Psychopathen verdragen den oorlog zeer goed; imbecillen zijn te velde buitengewoon lastig. Belangwekkend is vooral ook het laatste hoofdstuk, welks bestudeering, zooals trouwens van het geheele boek, met warmte kan worden aanbevolen.

WOLFFENSPERGER.

FEUILLETON.

VOORZITTERS VAN HET DOCTORSILDE TE UTRECHT IN DE LAATSTE HELFT DER 18DE EEUW.

In het Museum van Oudheden te Utrecht bevindt zich, gecatalogiseerd onder n^o. 1662, een wapenbord, waarop bovenaan het volgende opschrift prijkt:

Namen en wapenen der Praesides dezer stads Ordinar. Med. Doctores. beginnende met den jaare MDCCLXVI.

Het bord is afkomstig van de gildekamer der chirurgijns te Utrecht. Men ziet er op de volgende namen en wapens:

1. Dr. JUSTUS PETRUS VAN STUYVEZAND 1766 (wapen: onzichtbaar geworden, vermoedelijk gevierendeeld, 1 en 4 drie merletten op zilver en een surtout).
2. Dr. NICOLAAS GEORGIUS OOSTERDIJK 1767 (een bruinachtige grond in den vorm van een dwarsbalk, waarop een boom, stam bruin, takken groen; de boom is geflankeerd door 2 bruine boomstronken. Boven den grond is het veld zilver, beneden den grond is blauw water).
3. Dr. EVERHARD JOHAN RÖMER 1768 (in goud op een groenen grond een Romeinsch krijgsman, een zwaard in de rechter hand houdende (zie *Ned. Patriciaat* 1914, bldz. 353, sub III).
4. Dr. CORNELIS VAN HEES 1769 (op zilver 3 zwarte molenijzers 2 en 1).
5. Dr. et Pr. JOANNES OOSTERDIJK SCHACHT 1770 (wapen als sub 2).
6. Dr. HENDRIKUS SCHULTZ 1771 (op een blauw veld een grijze grond met hier en daar gras; op den grond ligt naar rechts een zilveren eenhoorn).
7. Dr. GERARD JACOB SCHUTT 1772 (op goud een roode dwarsbalk, waaroverheen 3 gekruiste lanssen van blauw, met de punten naar boven; op het kruispunt is een lelie).
8. Dr. EVERHARD JOHAN RÖMER 1773 (zie sub 3).
9. Dr. CORNELIS VAN HEES 1774 (zie sub 4).
10. Dr. EVERHARDUS VAN DER SCHROEFF 1775 (op zilver een zwarte bankschroef, zooals men die o. a. in smidswerkplaatsen ziet).
11. Dr. HENDRIKUS SCHULTZ 1776 (zie sub 6).