

insuline-merken thans zoo betrouwbaar is, als men het van een biologisch gestandaardiseerd praeparaat maar kan verwachten.

Als laatste opmerking vermeld ik het in den regel inspuiten van insuline een kwartier vóór den maaltijd en het aandringen op voortgezette insulinebehandeling.

Overigens zij naar het belangwekkende oorspronkelijke verwezen.

S. E. DE JONGH.

Prof. Dr. RICHARD HAGEMANN, *Die Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie*. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Neue Folge, Band II, Heft 12. Leipzig. CURT CABITZSCH, 1925. Prijs: R.M. 0.75.

Het is een genoegen de verschijning van een zoo bij uitstek practisch en beknopt werkje te kunnen aankondigen, waarin het tegenwoordige standpunt van den chirurg-uroloog ten opzichte van de hypertrophia prostatae zoo duidelijk en helder uiteengezet wordt. In slechts 13 bladzijden weet de schrijver kort en krachtig ons te vertellen, waarop het bij het stellen van de diagnose en de beoordeeling der toe te passen behandelingswijze aankomt. Het geheele vraagstuk wordt vluchtig, doch overzichtelijk en volledig behandeld. Zoo wijst de schrijver allereerst op het belang van een vroegtijdige herkenning, die vaak onmogelijk wordt, doordat de patiënt zich te laat tot den arts wendt om hulp voor zijn slechts langzaam bijna ongemerkt ontstane klachten. Wordt men echter door een plotselinge retentie verrast, dan kan één enkele maal onoordeelkundig catheteriseeren reeds de gevreesde besmetting der urinewegen veroorzaken. Met nadruk wordt gewezen op het belang van nauwkeurig cystoscopisch onderzoek, ten einde ook een voor den voelende vinger niet duidelijke vergrooting in het blaasbeeld te kunnen zien en op het groote belang van *stelselmatic* onderzoek van de nierfunctie voor het stellen der operatieve prognose. Dat de schrijver hierbij uit vele slechts de hem zeer eenvoudig en afdoende gebleken uitscheidings- en concentratieproef vermeldt, wie zal het niet toejuichen? Slechts zoo toch wordt het den met publicaties overstroomden arts mogelijk, zich spoedig een nieuwe methode eigen te maken, zonder hem te vermoeien met allerlei theoretische beschouwingen of hem zelf uit het vele goede een keuze te laten doen.

Zeer terecht trekt de schrijver te velde tegen hen, die de operatie als gevaarlijker dan telkens katheteriseeren beschouwen. De gevaren der operatie zijn inderdaad niet zoo heel groot, als men maar zorgt, dat vooraf de patiënt in den gunstigsten toestand gebracht wordt door: 1°. behandeling eener eventueel bestaande cystitis; 2°. bestrijding van den uroseptischen toestand, die zich vaak langzamerhand ontwikkeld heeft en de daarmee gepaard gaande verbetering van den algemeenen toestand; 3°. zoo noodig in twee tempi te opereeren; 4°. de operatie eventueel in plaatselijke gevoelloosheid te verrichten. Voor de gevoelloosheid vermeldt de schrijver

lumbale, sacrale en de omspuitingsgevoelloosheid. Deze laatste wordt bij sterke besmetting afgeraden, daar dan licht abscessen en phlegmones zouden kunnen ontstaan. Ik was den laatsten tijd in de gelegenheid bij talrijke prostaatlijders plaatselijke gevoelloosheid toe te passen en kan deze voortreffelijke methode niet warm genoeg aanbevelen, mits men zich hoede de operatie te beginnen, alvorens volslagen gevoelloosheid bereikt is, wat gemeenlijk 10—15 minuten duurt. Als anaestheticum gebruiken wij steeds de $\frac{1}{2}$ pCt. oplossing van novocaïne met adrenaline, terwijl na het openen van de blaas, de prostaat met in het bijzonder daarvoor geconstrueerde, zeer lange, dunne naalden afzonderlijk ingespoten wordt. Het uitpellen van de klier wordt door schrijver na omsnijding van het blaasslijmvlies, scherp dus, door ons steeds geheel met den vinger, dus stomp, verricht. Met nadruk wijst de schrijver er op, dat vóór alles gezorgd moet worden in de goede laag terecht te komen, ten einde de bloeding te beperken.

Ook de vraag van de primaire blaassluiting komt ter sprake, waarbij de schrijver zich als een voorstander van drainage doet kennen. Na nog op het gevaar van embolie gewezen te hebben, eindigt de schrijver zijn uitstekende verhandeling met een korte samenvatting, waaruit ik twee stellingen wil overnemen: De katheterbehandeling heeft op zijn hoogst waarde als inleidende behandeling tot de operatie, en: alle gevallen, waarbij infectie van de urinewegen en functiestoornis van de nieren niet verbeteren, ondanks krachtige behandeling, moeten van de operatie uitgesloten worden.

Een werkje dat door allen gelezen dient te worden.

J. M. KIJZER.

A. BESREDKA, *Immunitation locale, pansements spécifiques*. MASSON en CIE, Paris. 1925. Prijs f 3.—

In dit 250 bldz. dikke boek deelt BESREDKA zijn reeds bekende inzichten omtrent de plaatselijke onvatbaarheid en de daarop steunende methodes van voorbehoedende enting en vaccinebehandeling mede.

Die inzichten steunen in beginsel op het feit, dat bij miltvuur de huid een overwegende, zoo niet uitsluitende rol speelt, zoowel wat betreft de mogelijkheid van aanslaan der besmetting als van het ontstaan van onvatbaarheid. Samengevat luiden de inzichten van BESREDKA: een dier is slechts met gevolg door miltvuur te besmetten, indien de kiemen in de huid terechtkomen, terwijl eveneens slechts door enting in de huid volledige onvatbaarheid kan worden verkregen. De kwetsbaarheid, maar niet minder de onvatbaarheid, is zuiver plaatselijk; slechts in de huid zijn de voor miltvuur gevoelige cellen „cellules réceptives” gelegen en zoodra deze door de enting zijn afgestompt, heeft een besmetting geen gevolgen meer. Het geheele dier is nu onvatbaar geworden, zonder dat in de lichaamsvochten tegenstoffen zijn aan te toonen, hetgeen mede een der steunsels voor de trouwens nog aanvechtbare opvatting zou zijn.