

n. sympathicus, waardoor soms plotselinge dood bij ovariotomieën, bij peritonitis, bij punctie van een levercyste, bij een lichten slag tegen den buik. Van de slijmvliezen is voorts nog dat van de urethra be-
rucht; een eenvoudig catheterisme kan een mors subita ten gevolge hebben.

De oorzaken van den dood door inhibitie zijn tot twee categorieën terug te brengen: de mechanische of materiele en de moreele of verbeeldingsoorzaken.

Tot de eerste rubriek behooren de terugval op een zadelknop, de slag, schop of stoot tegen den buik, het trauma tegen de testikels, de punctie, het inbrengen van een oesophagussonde, de lumbaalpunctie. Grootere vatbaarheid wordt geschapen door zwakte bij ziekte bijv., of door vermoeienis zooals bij lange legermarschen. LEGUEST en MAURICE PERRIN verzamelden de gevallen uit den Krimoorlog, uit dien in Italië en uit dien van 1870. Bij verzwakte, vermoeide individuen kan een klein stootje tegen den larynx doodelijk zijn. Ook bij strangulatie met een koord kan de ademhaling stilstaan door shock; bij submersie kan het hart plotseling stilstaan door de aanraking met het water, door het temperatuursverschil, door schrik. Dit kan straf-rechterlijk van het grootste belang zijn. Een meisje overleed door de shockwerking van een steen in de galblaas (koliek) na een glas limonade te hebben gedronken en gaf aan, vergiftiging.

Onder de gevallen waar de oorzaak een moreele was, zijn zeer bekende. SOPHOCLES, DIAGORAS, DENYS, FOUQUET, de nicht van LEIBNITZ, ZEUXIS, PHILEMON, VOLTAIRE stierven van vreugde; PITT, PHILIPS V stierven bij het vernemen van de nederlaag bij Austerlitz en bij Plaisance. Maarschalk LANNES laat zich met groote kalmte beide beenen afzetten, doch sterft door ontsteltenis toen hij ineens het resultaat zag; zijn voor altoos verminkt lichaam.

Elke vorm van dood door shock wordt door talrijke voorbeelden toegelicht. Bovendien zijn de laatste 40 pagina's gewijd aan de beschrijving van 48 gevallen voornamelijk ontleend aan de literatuur, enkele ook aan eigen waarneming.

Zonder een zeer persoonlijk karakter te dragen geeft het boek een goed overzicht van den dood door inhibitie en een interessante gevalbeschrijving.

TH. HAMMES.

BRIEF WISSELING.

ELFDE NEDERLANDSCH NATUUR- EN GENEESKUNDIG CONGRES
TE LEIDEN,

4—6 April 1907.

De algemeene vergaderingen.

Zij werden gehouden onder voorzitterschap van prof. H. A. LORENTZ in de Stads-Gehoorzaal en door een zeer talrijk en belangstellend publiek bijgewoond.

Prof. LORENTZ hield, na een korte openingsrede, een schitterende voordracht over de ultramikroskopie en de fijnste stofdeeltjes, die het tot nu toe gelukt is, zichtbaar te maken; hij deed ons den afstand gevoelen tusschen deze en de moleculen en atomen, die het, om de eigenschappen van het licht zelf, wel nooit zal gelukken te zien. Hij maakte, dat wij een indruk kregen van het reusachtige aantal dezer allerkleinste stofdeeltjes en wees daarmee den weg om de mogelijkheid te begrijpen, dat geestelijke processen op eenigerlei wijze aan de stof zijn gebonden, de mogelijkheid ook der overerving van lichamelijke en geestelijke eigenschappen.

Hem volgde prof. VAN LEERSUM, die in een gezellige causerie belangstelling wekte voor de oude natuurwetenschappelijke en geneeskundige instrumenten en praeparaten, die in de tentoonstelling 1) zijn uitgesteld.

In de sluitingsvergadering sprak prof. MARTIN over de geologische geschiedenis van onzen Oost-Indischen archipel en prof. EYKMAN over hygiënische strijdvrage. Wij zijn zoo gelukkig deze laatste voordracht in dit nummer aan onze lezerste kunnen aanbieden

In de huishoudelijke bijeenkomsten werd aangenomen een bestuursvoorstel tot instelling eener geschiedkundige commissie. Men zie hieromtrent het hoofdartikel in dit nummer. Evenzeer over het andere; eveneens aangenomen bestuursvoorstel tot het verleenen van een crediet van f 1000.— (over 2 jaar) aan de bibliotheek-commissie, die, tegenover de bezwaren der finantieele commissie, er op wees, dat de bedoeling niet is het toegestane geld in ieder geval te besteden, maar wel om mogelijk gewenschte aankopen te kunnen doen.

Wegens een onbeduidende fout in den vorm, was op de in Arnhem aangenomen reglementswijziging de koninklijke goedkeuring niet verkregen; deze wijziging werd daarom opnieuw bekrachtigd.

De heer KERBERT werd met algemeene stemmen opnieuw tot penningmeester benoemd. Hij ontving welverdienden dank van den voorzitter, evenals de beide secretarissen, waarvan de eerste, de heer COELINGH, die zich geheel aan de voorbereiding van dit congres heeft gewijd, door ongesteldheid niet aanwezig kon zijn, terwijl de tweede, de heer VERSLUIS, wegens vertrek uit het land, aftrad. Hij werd vervangen door den heer ZEEMAN.

Het volgend congres zal in Utrecht worden gehouden.

H. BURGER.

Vrijdag 5 April des morgens te 9 uur vergaderde de derde sectie, die voor de geneeskundige wetenschappen, in de collegekamer van het anatomisch kabinet. De voorzitter, prof. PEKELHARING, opende de vergadering met een kort woord, waarin hij er op wees, dat natuurkunde en geneeskunde terecht in deze congressen vereenigd zijn, dat zij bij elkaar behooren als loten van denzelfden stam. De geneeskunde is zulk een uitgebreid veld geworden, dat zij niet meer geheel te overzien is; vandaar een zich splitsen in vele onderdeelen. Moet het congres dezen weg volgen en zich splitsen in steeds meer subsecties? Voor twee jaar is in die richting een poging gewaagd, door de specialisten-vereeningingen uit te noodigen als subsecties van het congres te vergaderen. Die poging heeft echter niet algemeen bevredigd. Daarom is dit

1) Voor de tentoonstelling zie men het hoofdartikel in dit nummer.

jaar een anderen weg ingeslagen. Er zijn vragen aan de orde gesteld door specialisten-vereeningen in onderling overleg gekozen, vragen die liggen op het grensgebied dier vereeningen. Rapporteurs omtrent die vragen zijn uitgenoodigd, de rapporten zijn gereed en zullen morgen behandeld worden. Slaagt deze poging, dan is dat blijkbaar de goede weg. Maar de hoofdzaak blijft toch steeds de algemeene sectievergadering. De geneeskunde kan slechts dan vooruitgaan, als zij beoefend wordt als een natuurwetenschap; welnu het programma van deze algemeene sectievergadering bewijst, dat ook op die wijze de geneeskunde gelukkig nog steeds beoefenaars heeft.

Het eerste punt van de agenda is de voordracht van prof. C. H. H. SPRONCK (Utrecht) *over adenoma destruens bij cavia cobaya*, welke voordracht onder de oorspronkelijke artikelen in dit nummer is opgenomen. De voordracht werd gevolgd door de projectie van een aantal mikroskopische praeparaten op deze ziekte betrekking hebbende.

Vervolgens sprak de heer J. J. VAN LOGHEM *over proeven met betrekking tot de ziekte*. Bij jicht blijft een deel van het urinezuur, in plaats van door de nieren te worden uitgescheiden, in de weefsels in onopgelosten toestand als natrium-uraat achter. Spuit men urinezuurkristallen onder de huid van een konijn, dan worden deze spoedig opgelost, doch ter plaatse zetten zich de voor jicht typische kristallen af. Zulk een proef lukt ook in de reageerbuis met serum of met een zwak alkalische natrium-bevattende vloeistof; urinezuur wordt in deze vloeistoffen opgelost, de oplossing wordt gevolgd door een neerslag van natriumuraat. Merkwaardig in verband met de gewoonte den jichtlijder alkaliën voor te schrijven is het feit, dat dit neerslaan van de jichtkristallen door vermeerdering van het natriumgehalte van het oplosmiddel juist wordt bevorderd. Het gelukte aan spreker de beteekenis van dit natriumgehalte ook voor de jichtkristallen in het levende lichaam aan te toonen. Door het toedienen van zoutzuur aan konijnen (met de maagsonde) kon de afzetting der jichtkristallen worden voorkomen; door natriumcarboonaat werd zij daarentegen juist verergerd. Op grond van deze en andere, bij honden, genomen proeven besluit spreker, dat het mogelijk is door toediening van alkaliën en zuren langs het darmkanaal het oplossingsvermogen van de weefselvochten ten opzichte van urinezuur te wijzigen; dat deze wijziging berust op een verandering van het natriumgehalte der weefselvochten, en wel in dien zin: dat vermeerdering van dit natriumgehalte het neerslaan van de jichtkristallen begunstigt, vermindering daarentegen de afzetting voorkomt. Sprekers proeven gaven tevens een verklaring van den proef van PFEIFFER, die vond, dat de ontstekingsverschijnselen, die bij den mensch optreden na het inspuiten van acidum-uricum-kristallen onder de huid, toenemen bij het gebruik van alkaliën, uitblijven bij het gebruik van zuur. Spreker onderstelt nl., dat ook bij de proef van PFEIFFER zich jichtkristallen vormen en vindt hiervoor steun in eigen proeven bij een aap, bij welken, zooals uit het mikroskopisch onderzoek bleek, hetzelfde verschijnsel was opgetreden. Ten slotte treedt spreker in eenige beschouwingen over het verband van zijn proeven met het jichtvraagstuk: 1^o. over de oorzaak van de hevige ontstekingsverschijnselen bij den acuten jichtaanval, die hij op grond van zijn proeven beschouwt als de reactie op den mechanischen prikkel door de volumineuse afzetting van uraatsaaltjes teweeggebracht; 2^o. over de beteekenis het hooge natrium-

gehalte van kraakbeen en bindweefsel, juist de weefsels, in welke jichtkristallen zich bij voorkeur afzetten; 3^o. over de alkaliëntherapie. Het is thans duidelijk, zegt spreker, dat een eenvoudige chemische verklaring voor het succes der bronwatertherapie bij jicht op chemische gronden niet mogelijk is; nl. sinds wij weten dat vermeerdering van het natriumgehalte der weefselvochten de kans op natrium-uraatafzetting juist verhoogt. Spreker aarzelt dan ook niet een proef met een systematische *zoutzuur*-behandeling in hardnekkige, voor de beoordeeling der werking geschikte gevallen (jicht met typische aanvallen, wier optreden en verloop aan patiënt en medicus goed bekend is) aan te bevelen. Reeds is gebleken, dat dit, in de huishouding van het organisme thuisbehoorende, zuur in doses van enkele grammen daags (in een of ander tafelwater verdund) door de vele jichtlijders goed wordt verdragen. Spreker lichtte zijn voordracht toe met teekeningen naar mikroskopische praeparaten van konijnenorganen, in welke de afzetting van jichtkristallen had plaats gegrepen.

Daarna spreekt prof. A. W. NIEUWENHUIS (Leiden) *Over het kweeken van den schimmel van tinea albigena*. Deze ziekte, behoorend tot de oppervlakkige dermatiden en voorkomend bij inlanders van den Oost-Indischen archipel, bij wie zij de donkere huid wit maakt, is door spreker voor 4 jaren op het congres te 's-Gravenhage behandeld. Sedert is hij er in geslaagd den parasiet, een schimmel, kunstmatig te kweeken en de ziekte er mede te maken. Spreker begint met eenige photo's der ziekte en een paar inlanders, die er aan lijden, te vertoonen. Daarna deelt hij mede, dat hij voor het kweeken te werk is gegaan volgens de methode door KRÁL toegepast op de scutula van *f. vus*; men wrijft de ziekteproducten, huidschilfers en diergelijke, fijn met amorph kiezelzuur. Hierdoor worden alle deelen fijn verdeeld en vernield en de sporen alleen blijven goed, en brengt men nu die fijn verdeelde massa op geschikte voedingsbodems, dan kunnen die onvernieldde sporen zich ontwikkelen. Als voedingsbodem gebruikt hij biermoutagar volgens SABOURAUD. Deze schimmel bleek een zeer langzamen groei te hebben; 23 dagen waren noodig om een behoorlijke cultuur te krijgen. Om uit te maken of deze culturen inderdaad reïnculturen waren, volgde hij de methode van SCHOUTEN, om onder het mikroskoop met fijne glazen haakjes een zeer klein deeltje weg te nemen en dit weer te enten op den voedingsbodem. Zoo kreeg hij weder culturen uit zijn culturen en deze vertoonden op denzelfden voedingsbodem steeds hetzelfde beeld als de oorspronkelijke cultuur, waaruit hij besluit dat zijn cultuur inderdaad een reïncultuur was. De voedingsbodem heeft een grooten invloed op de culturen; op denzelfden bodem gelijken de culturen geheel op elkaar, op verschillende bodems bestaat er groot onderscheid. Spreker vertoont een groot aantal culturen op verschillende media. Het is hem verder gelukt met den gekweekten schimmel de ziekte te veroorzaken. De ziekte is gelocaliseerd aan de voetzolen en de handpalmen en er komt vaak bij voor een nagelaandoening, een onychomykose, en door den schimmel onder den nagel te enten is het hem ten slotte gelukt deze nagelaandoening experimenteel te doen ontstaan. In den nagel werden de mycelia van den schimmel gevonden en bij de cultuurproeven is na lang wachten ook één kolonie gelijk aan de eerste ontstaan. Het is dus wel zeker geworden, dat deze schimmel de oorzaak der ziekte is.

De heer J. H. ZAAIJER (Leiden) spreekt vervolgens over: *carcinoom van de appendix vermiformis*. De lezers van dit *Tijdschrift* zullen zich herinneren zijn mededeeling over hetzelfde onderwerp in den jaargang 1906, Tweede helft bldz. 369; toen kon hij over 44 gevallen, die hem bekend waren, berichten, waaronder twee van zichzelf. Nu beschikt hij zelf over 7 gevallen, terwijl hem nu 60 in het geheel bekend zijn. Het carcinoom zit vooral in den top van geoblitereerde appendices. Spreker acht het waarschijnlijk, dat zeer vaak de tumor over het hoofd is gezien, dat bij nauwkeurig onderzoek wel meer gevallen zullen worden waargenomen. Merkwaardig is, dat bijna alle bekende gevallen dateeren van na 1900. De leeftijd, waarop het gevonden is, is gemiddeld het 30ste jaar, terwijl coecum-carcinomen voorkomen van het 40ste tot het 60ste jaar. Spreker veronderstelt, dat het appendix-carcinoom in deze gevallen het primaire is en uit dit verschil in leeftijd leidt hij af, dat de tumor langzaam groeit en wel een jaar of 10 noodig heeft om uit te groeien tot een groot, symptomen gevend darmcarcinoom. Dit maakt, dat men niet zonder meer de appendix-carcinomen als goedaardig mag beschouwen, op grond van het nog niet gevonden zijn van recidieven na de operatie. De langste duur na een operatie is ongeveer $5\frac{1}{2}$ jaar; als de groei zoo langzaam is, dan moet men veel langer wachten eer men mag zeggen, dat de tumor niet gerecidiveerd is. In vele gevallen bestaat er eerst een appendicitis en komt op dien bodem het carcinoom tot stand. Statistische berekeningen hebben uitgemaakt, dat het aantal bekende appendix-carcinoom 1 pCt. uitmaakt van het aantal appendicitis-gevallen; in elk geval van appendicitis heeft men dus 1 pCt. kans op appendix-carcinoom en dit moet vooral ook tot operatie aansporen. Ook op de techniek der operatie oefent deze zienswijze invloed uit, daar men in geval van tumor niet alleen de appendix, maar vooral ook het geheele mesenterium moet wegnemen. Vindt men een appendix met geoblitereerden top, dan zal het voorzichtig zijn ook het mesenterium mede te nemen; en zoo acht spreker het voorzichtig in elk geval steeds dit mesenterium mede te nemen, dan verhoogt men daardoor het praeventieve karakter der chirurgie. Over den mikroskopischen bouw der appendix-carcinomen deelt spreker nog een aantal bijzonderheden mede; vooral zeer zeldzaam is het colloïed-carcinoom, waarvan slechts twee exemplaren bekend zijn; een dezer twee is door spreker waargenomen. Soms zijn de tumoren zeer klein. Ten slotte demonstreert spreker met behulp van het projectie-toestel de praeparaten zijner gevallen.

Bij de discussie deelt de heer SITSEN (Amsterdam) mede, dat hij de praeparaten van ZAAIJER heeft gezien en tot de overtuiging is gekomen, dat slechts twee zijner gevallen carcinoom zijn. Het z. g. colloïed-carcinoom houdt hij o. a. niet voor carcinoom. Het zijn atypische epitheel-woekeringen zooals bijv. ook ontstaan bij experimenteele adrenaline-inspuiting. De heer ZAAIJER verdedigt daartegen zijn opvatting.

Ten slotte demonstreert de heer LANGELAAN (Leiden) een paar praeparaten van zeer jonge foetus, betrekking hebbende op de *ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel van den mensch*. Zijn demonstratie heeft in hoofdzaak ten doel de aandacht der praktiseerende geneeskundigen te vestigen op het onvoldoende materiaal, zoowel wat quantiteit als wat qualiteit aangaat, en hen te verzoeken, wanneer zij in hun praktijk in de gelegenheid zijn zulk materiaal te verzamelen, dat niet te verwaarloozen, maar het hen te zenden.

Des namiddags te 2 uur hadden in het academisch ziekenhuis klinische demonstraties plaats door de hoogleraren NOLEN, VAN DEN HOEVEN, KORTEWEG en VAN CALCAR 1).

Vooraf in de collegekamer van prof. NOLEN hadden zich een groot aantal belangstellende congresleden verzameld. Moge die groote opkomst en de aandacht, waarmede de belangrijke demonstraties gevolgd werd, prof. NOLEN, die blijkens zijn inleidend woord van meening was, dat zulke demonstraties eigenlijk niet op het congres thuis behooren, overtuigd hebben, dat velen der medische congresleden een andere meening zijn toegedaan en dat zijn welwillendheid en die zijner collegae door de bezoekers op grooten prijs zijn gesteld.

De eerste patiënt was een lijder aan zwaren diabetes, die nu reeds maanden lang in het leven werd gehouden, door hem telkens, wanneer een coma dreigde groote hoeveelheden bicarbonas natricus ongeveer (50 à 60 gr. per dag) te geven. Bij dit lijden had zich gevoegd een lipaemie, in het oogspiegelbeeld zich uitend in lipaemia retinalis. Het bloed bevatte toen 8 pCt. vet. Door toediening van laevulose (100 gr. per dag) was het beeld der lipaemia retinalis geheel verdwenen en het vetgehalte van het bloed sterk gedaald.

Vervolgens werden ons twee patiënten vertoond met elephantiasis van een been of beter genaamd trophoedeem (HENRY MEIGE). Daarop zagen wij een vijftal cretins deels met hypothyreoidie deels met thyreoaplasie en werd ons gedemonstreerd hoe bij de eersten de psychische functies tamelijk goed zijn en door het schildklierpoeder nog verbeterd worden, terwijl bij de laatsten het schildklierpoeder wel een goeden invloed uitoefent op de fysieke ontwikkeling, maar weinig verbetering brengt in de psychische functies.

Prof. VAN CALCAR demonstreerde tegelijkertijd in het BOERHAAVE-laboratorium een methode tot het bereiden van de „cultures homogènes” (ARLOING). Vervolgens vertoonde hij tuberkelbacillen-culturen onder het mikroskoop. Daarna liet hij zijn dialyseerapparaat zien, dat voorzien is van amnionvlies tot het scheiden van toxonen en toxinen in diphtheriegifbouillon, om te eindigen met een mededeeling omtrent proeven over tegenstoffen gevormd tegenover verschillende tuberkelbacillenstammen en lagere schimmels, in verband met een mogelijke verwantschap tusschen deze mikroorganismen.

Zaterdagochtend te 9 uur had de tweede vergadering der sectie voor geneeskundige wetenschappen in het ziekenhuis plaats. Deze was gesplitst in twee onderafdeelingen. In de eene, die vergaderde in de collegekamer van prof. NOLEN onder voorzitterschap van prof. KORTEWEG, waren twee onderwerpen aan de orde gesteld door de samenwerking der Nederl. Vereeniging voor Heelkunde en de Nederl. Vereeniging voor Verloskunde en Gynaecologie.

1) Daar alle demonstraties op denzelfden tijd gehouden werden, was het mij niet mogelijk meer dan èèn zelf bij te wonen. Van de demonstratie van prof. VAN CALCAR gelukte het mij een kort overzicht te krijgen, maar tot mijn spijt, ben ik niet erin geslaagd van de demonstraties van de heeren KORTEWEG en VAN DER HOEVEN een verslag machtig te worden.

Het eerste onderwerp, was: *De indicatie der operatieve behandeling von appendicitis*. Rapporten waren hierover uitgebracht door de heeren: OTTO LANZ (Amsterdam), B. J. KOUWER (Utrecht) en A. E. SITSEN (Amsterdam).

In zijn rapport en zijn nadere mondelinge toelichting in de vergadering stelt LANZ op den voorgrond, dat appendicitis een zóó veelvuldig voorkomende ziekte is, dat men gerust mag zeggen, dat ieder volwassen mensch die in zijn leven wel eens gehad heeft. Op het voetspoor van SAHLI vergelijkt hij haar met angina, waaraan ook wel niemand ontsnapt. In verreweg de meeste gevallen zou de ziekte zich dan echter beperken tot een lichte ontsteking van het slijmvlies en dientengevolge geen klinische symptomen maken. Deze lichte slijmvlies-aandoening geneest dan ook zonder een spoor achter te laten. De symptomen der appendicitis doen zich echter pas voor, als de wand van de appendix in het proces betrokken wordt en dan acht LANZ een restitutio ad integrum een groote uitzondering; het proces geneest dan slechts met litteekens, adhaesies, enz. en duurzame beschadiging van het orgaan is dan de regel. Hij acht verder de groote meerderheid van alle gevallen van peritonitis van de appendix afhankelijk. De genezingen na interne behandeling zijn dikwijls slechts schijn-genezingen; een derde tot de helft van alle gevallen recidiveeren. Door bij zijn patienten vóór de operatie lycopodium in te brengen, hetzij per os hetzij per rectum (clysma), en daarna in de appendix daarnaar te zoeken bleek hem, dat het ingenomen lycopodium 5 uur na de ingestie in de appendix aanwezig was, terwijl het per clysma veel sneller daarin kwam. Door het geven van een laxans kwam het lycopodium niet sneller in de appendix en gelukte het evenmin haar daarvan vrij te houden. Zonder laxans blijft het lycopodium drie dagen in de appendix, met een laxans één dag. Daaruit volgt wel, dat de voornaamste zorg van de praeventieve therapie moet zijn koprostase te vermijden. Vooral bij angina, influenza en bij iedere gastro-intestinale stoornis (ziekten die hij voor de meest voorkomende oorzaken van appendicitis houdt) moet voor geregelde ontleding van den darm door purgantia gezorgd worden. Met het oog op de sterfte in den aanval van appendicitis van 10 pCt., den langen duur der ziekte zonder operatie en het gevaar voor recidief is LANZ voor operatie liefst de z. g. „vroegoperatie”. Hij is van meening, dat de toekomst van de appendicitis-therapie behoort aan de vroegoperatie, d. w. z., die, welke geschiedt in het allereerste begin van de ziekte, nog vóór het optreden van een algemeene, etterige, bacterieele peritonitis, of schematisch uitgedrukt, den 1sten of 2den dag. Zoo radikaal hij gezind is, waar sprake is van dit vroege stadium, zoo weinig is hij het in het hoogtestadium der ziekte. In dit geval zal men zich voorloopig van operatie onthouden en afwachten, hoe de loop van de ziekte zal zijn. Blijft het bij een lokale aandoening van het peritoneum, dan opereere men niet; deze gevallen zijn wat de prognose betreft gunstig. Komt het tot abscesvorming, dan moet dit geopend worden, maar men ga niet naar de appendix zoeken. In de gevallen waar echter een algemeene peritonitis bestaat door perforatie, wil LANZ zoo spoedig mogelijk de appendix wegnemen en het exsudaat verwijderen. Is de perforatie al wat langer geleden, dan wil hij afwachten, en wordt hij geroepen bij een patient in het allerlaatste stadium, in extremis, dan onthoudt hij zich geheel van operatie. Van systematische operatie op het hoogtestadium, of, zooals de Franschen het genoemd hebben,

„opération à chaud”, is hij dus in het algemeen geen voorstander. Maar in het derde stadium, als de aanval voorbij is en de patient weer genezen is, dan is hij, met het oog op zijn meening, dat restitutio ad integrum niet mogelijk is en recidief in meer dan de helft der gevallen te wachten is, weer zeer sterk voor operatie, voor de z.g. operatie „à froid”. Hij acht het tijdstip daarvoor gekomen, wanneer de patient subjectief van den aanval hersteld is en objectief geen rest daarvan meer is aan te toonen. Een groote last geven eindelijk de chronische vormen. Aan den eenen kant zou hij bij deze een afwachtende houding willen aannemen, aan den anderen kant heeft hij toch ook ervaringen, dat zulk een chronische vorm in een heftigen acuten aanval overgaat, welk feit hem weer tot een proef laparatomie bij zulke patienten zou doen overhellen; hij zal dus in deze gevallen zeker streng individualiseeren.

Vervolgens kreeg de heer KOUWER het woord om zijn rapport nog nader toe te lichten. Zijn standpunt ten opzichte van appendicitis (alleen bij vrouwen, over appendicitis bij mannen matigt hij zich geen oordeel aan) komt hierop neer: Complicatie van zwangerschap met appendicitis is zeer zeldzaam. Onder 12000 zwangeren heeft hij slechts driemaal de vraag te overwegen gehad of er appendicitis bestond; één ervan was er zeker geen, de twee andere zijn zeer twijfelachtig gebleven. Onder ruim 6000 vrouwen, die geen laparotomie ondergingen, is in 0.7 pCt. der gevallen ernstig aan de diagnose appendicitis gedacht en eindelijk heeft hij bij 420 laparotomiën 23 gevallen gezien, waarin twijfel bestond omtrent het gezond zijn van de appendix (5 pCt). Bij 49 obducties zijner patienten is geen enkele zieke appendix gevonden. Zijn conclusie is, dat infectie van de geslachtsdeelen bij de vrouw geen voorliefde vertoont op de appendix over te gaan. Vooral zijn percentage bij laparotomieën is laag en in tegenspraak met cijfers van anderen. En toch, als hij zich vergist had, zou zich dat aan zijn patienten hebben moeten wreken. En dat is niet het geval, terwijl hij zijn patiënten ook later nog herhaaldelijk nagaat en met haar in verbinding blijft. Hij legt den nadruk er op, dat de diagnose zoo bij uitstek moeilijk is; een aantal vrouwen zijn voor appendicitis geopereerd en bij de operatie kwam een aandoening van het genitaal-apparaat voor den dag. Zelf heeft hij ook fouten gemaakt in de diagnose. In vele van die twijfelachtige gevallen is zorgvuldige geneeskundige behandeling voldoende om het proces tot genezing te brengen. Het is hiermede als met de se lert vele jaren uitgevoerde adnex-operaties; veel te veel ovaria zijn weggenomen en nadat men daarmede al zuiniger en zuiniger is geworden, genezen vele aandoeningen met rust en zorgvuldige behandeling. Om met zekerheid een appendicitis te diagnosticeeren is het noodzakelijk, dat de patiente behandeld wordt door een internist en chirurg samen en dat het onderzoek der geslachtsorganen niet verzuimd wordt. Is werkelijk de appendix ziek en blijven daarvan symptomen bestaan, dan is de operatie „à froid” te verdedigen, mits men het orgaan den tijd late te genezen. Dat doet LANZ niet; hij opereert „à froid” 8 à 14 dagen na den aanval en zegt dan geen restitutio ad integrum te hebben gevonden. Dat is te kort. Waarom zou juist dit orgaan alleen niet kunnen genezen? Eindelijk acht KOUWER de incisie, die voor de appendectomie gemaakt wordt, te klein; men make een laparotomie in de linea alba, die gelegenheid geeft het kleine bekken en de genitalia te

overzien en te bezien. Voorts late men een appendix, die geen andere verschijnselen vertoont dan peritoneale adhaesies of zoogenaamde erectie, onaan-geroerd; de adhaesies worden losgemaakt. Men neme geen orgaan, dat niet ziek is, weg. Spreker betreurt het, dat men verzuimd heeft ook een internist uit te noodigen een rapport over deze zaak uit te brengen. Vele gevallen worden tehuis door den huisdokter behandeld en wij missen de gegevens, hoe deze gevallen afloopen, en hun cijfers. Wat wij noodig hebben is een betrouwbare statistiek over deze ziekte van de internisten en voorts moeten de chirurgen ook hun negatieve bevindingen mededeelen. Er is onrust onder het publiek en ook onder de geneeskundigen; een onpartijdige enquête zou zeer noodig zijn; de weggenomen appendices moeten niet door den chirurg zelf onderzocht worden maar door betrouwbare patholoog-anatomen.

Daarna krijgt SITSSEN het woord, die in een uitvoerig rapport het vraagstuk van den patholoog-anatomischen kant heeft bekeken. Op de praktische vraag, die nu aan de orde is, heeft zijn rapport minder betrekking. In zijn mondelinge toelichting legt hij den nadruk er op, dat de afloop van een aanval niet te voorspellen is. Hij wil onderscheid maken tusschen appendicitis tengevolge van bacterieele en van chemische oorzaken. In het eerste geval heeft men in den regel eerst een licht verloop, dat plotseling heftig wordt als de bacteriën het peritoneum bereiken en zich voldoende vermeerderd hebben. Dan is echter de tijd van de vroegoperatie al voorbij. De chemische ontsteking begint heftig maar gaat daarna beter. En eindelijk is nog mogelijk een combinatie van die twee.

De voorzitter stelt nu voor, het vraagstuk ter wille van een scherper behandeling in vier punten te splitsen n. l.: 1°. de vraag van de vroegoperatie; 2°. de operatie à chaud; 3°. de operatie à froid en 4°. de behandeling der chronische gevallen. Op het oogenblik acht hij het derde punt het meest gewichtig en het meest de gemoederen warm makend en stelt derhalve allereerst dit derde punt aan de orde.

De heer KOCH (Groningen) zegt, dat ook hij gaarne een rapport van een internist gezien had; de internist kan alleen uitmaken, hoeveel gevallen van appendicitis recidiveeren en hoe de afloop der gevallen is zonder operatie. Wat betreft de indicatie voor operatie à froid, daarbij is voor den chirurg een groote moeilijkheid, dat hij vaak den patient gezonden krijgt met de boodschap, dat hij appendicitis gehad heeft. Is altijd die diagnose te vertrouwen? Hoe dit zij, de chirurg ziet op dat oogenblik een *gezond* persoon voor zich, zonder afwijkingen; wel kan men bij palpatie soms een strengetje voelen, maar dat heeft geen beteekenis en is trouwens nog zeer onzeker. Zal men nu die gezonde persoon opereeren? Weliswaar is de mortaliteit dier operatie niet groot. Spreker heeft onder 94 à froid geopereerden geen sterfgeval gehad, LANZ onder een veel grooter aantal evenmin. Toch blijft het een operatie, waarbij men het gevaar niet nul mag rekenen. KOCH heeft in 17 gevallen geen appendicitis gevonden en de operatie was dus niet noodig geweest. Hij meent derhalve, dat LANZ te ver gaat met te zeggen, dat men ook na een lichten aanval zoo spoedig mogelijk moet opereeren. Men zal den patient waarschuwen, maar nog eens een aanval afwachten; de eerste lichte aanval is geen indicatie voor de operatie à froid.

De heer NOLEN (Leiden) zegt zich niet te kunnen houden aan de indeeling van

het debat door den voorzitter voorgesteld. Hij wil het vraagstuk in het algemeen bespreken. Het is de taak van den chirurg er voor te zorgen, dat hij geen normaal orgaan wegneemt; wij weten nog wel niets van de physiologische beteekenis van de appendix, maar het is niet te denken dat zij die niet zal hebben. Men wachte zich voor overdrijving; men zou ertoe komen, ieder van zijn appendix te bevrijden. Het publiek denkt veel te lichtvaardig over opereeren en wordt daarin gesteund door sommigen chirurgen, die eveneens veel te lichtvaardig denken over een operatie. Zal men steeds, zooals LANZ wil, den eersten dag opereeren, dan kan het niet missen dat men een aantal gezonde appendices zal wegnemen, want den eersten dag is de diagnose zeer moeilijk en moet men wel fouten maken. Voorts is de chirurg bij de operatie niet in staat den toestand van het orgaan te beoordeelen tengevolge van de kleine incisie. Het publiek wordt tegenwoordig gesuggereerd, dat elke buikpijn rechts appendicitis is; komt er dan nog koorts bij, dan is het zoo goed als zeker. Toch is het zeker, dat vele menschen (bijv. lijders aan latente tuberculose) onder den invloed van emotie koorts kunnen krijgen. DIEULAFOY heeft er op gewezen, dat de „entero-colite mucomembraneuse” de verschijnselen maakt van appendicitis. Spreker wil verder met kracht waarschuwen tegen de beweerde ongevaarlijkheid der operatie; er vormen zich na de operatie zeer vaak adhaesies in den buik, wellicht tengevolge van lichte infectie; juist na kleine operaties ontstaan zij, maar zij geven tot groote bezwaren aanleiding; zoo weet spreker uit eigen ervaring, dat deze adhaesies dezelfde bezwaren kunnen geven, alsof de appendix nog aanwezig was. Eindelijk wil spreker wijzen op de psychischen invloed der operatieve behandeling; de operatie kan aanleiding geven tot het ontstaan van neurosen. De chirurg kan dan niets meer voor den patiënt doen, hij is zijn appendix kwijt, hij mag dus niet meer klagen; maar de internist heeft verder met deze patiënten voort te sukkelen. Ook de psychische invloed van de operatie met al den aanleve er van op het huisgezin is niet te onderschatten.

De heer OIDTMANN (Amsterdam) wil een middenweg bewandelen. Hij heeft een 400-tal appendectomieën gedaan, waarvan 300 à froid. Hij gelooft niet aan het bestaan van een chronische appendicitis. Maar het meest legt hij den nadruk op wat hij noemt de anamnestiche appendicitis, waarover ook KOCH sprak. De patient heet dan appendicitis te hebben gehad en moet nu à froid geopereerd worden. Vroeger meende hij ook in die gevallen een strengetje te kunnen voelen, er werd geopereerd, de appendix bleek normaal. Maar als hij zelf een acute appendicitis heeft geconstateerd, dan opereert hij liefst een week of drie na het herstel en vindt dan steeds afwijking. Hij zou dus wenschen, dat de internist steeds consulteerde met den chirurg, zoodat deze zich zelf kan overtuigen van het al of niet bestaan der appendicitis, en hij niet bij de operatie à froid op de anamnese behoeft af te gaan. Zijn overtuiging is, dat er te veel geopereerd wordt à froid, maar — vaak wordt geopereerd om den naam van den internist te redden; de huisdokter heeft gezegd, dat de ziekte appendicitis was en dat om herhaling te voorkomen de appendix à froid moest geopereerd worden. Als de gekozen chirurg niet opereert, doet een ander het wel.

De heer HIJMANS VAN DEN BERGH (Rotterdam) verheft zijn stem tegen het telkens als argument tegen de operatie gebruiken, dat de diagnose zoo moeie-

lijk is en dat vele gevallen twijfelachtig blijven. Men moet natuurlijk onderscheid maken tusschen de gevallen, waar de diagnose werkelijk vaststaat en die waar zij twijfelachtig blijft. En hij meent als in het acute stadium de diagnose vaststaat, menschelijkerwijs gesproken, men opereeren moet. Wat men zal doen, als de diagnose twijfelachtig is, hij ziet eigenlijk niet het nut in van het bespreken dier vraag. Laten wij ons beijveren de diagnose steeds nauwkeuriger te leeren stellen, nieuwe criteria te vinden. Hetzelfde geldt volgens hem omtrent de vraag of wij na den eersten aanval zullen opereeren; waarom niet na den eersten aanval en wel na den tweeden? Of na de hoeveelste? Maar de diagnose moet vaststaan. Ook moet men elken patient op zich zelf beschouwen. Zoo zal men een zeeman liefst spoedig opereeren, want deze kan bij een volgenden aanval in omstandigheden verkeeren, dat een operatie niet mogelijk, goede behandeling niet te verkrijgen is; iemand met neiging tot hyponchondrie zal men ook liefst spoedig opereeren.

De voorzitter wijst er op, dat de internisten (NOLEN en HIJMANS VAN DEN BERGH) buiten de vraag aan de orde zijn gegaan. Hij heeft ze echter laten legaan, omdat de vergadering zoo gaarne het oordeel der internisten over de algemeene vraag wenschte te vernemen. Hij zelf is geen groot voorstander der operatie à froid. Men kan immers zeer goed een tweeden aanval afwachten en dan in de eerste 24 uur opereeren. In den regel zal het niet zoo'n vaart loopen, dat men op die wijze den patiënt wel kan redden. En wat hem betreft, liever verliest hij een enkele maal een patiënt, die misschien anders te redden zou zijn geweest, dan een gezond mensch te opereeren.

De heer LANZ zegt, dat het een zeldzaamheid is, dat hij een gezonde appendix wegneemt; wel opereerde hij weleens om de diagnose ex juvantibus te stellen. Vroeger stond hij evenals KORTWEG op het standpunt verdere aanvallen af te wachten, maar daarvan is hij teruggekeerd. De vroegoperatie bij een recidief is technisch veel moeilijker en gevaarlijker dan die bij den eersten aanval. Overigens opereert hij ook niet elken patiënt, die hem gezonden wordt met de mededeeling dat hij appendicitis gehad heeft; er gaat haast geen week voorbij, dat hij zulk een operatie moet weigeren. Maar vaak geeft dat aanleiding tot boosheid bij den internist, die den patiënt zond. Aan den heer OIDTMANN zegt hij, dat chronische appendicitis zeker bestaat. Zelf is LANZ overtuigd van de onzekerheid der palpatie; het zoo dikwijls te voelen, over den m. psoas rollende strengetje is vaak de uitmondingsplaats van het contraheerde ileum. Maar vooral in het vroege stadium kan men vaak de zieke appendix duidelijk voelen. Tegen het maken van een groote laparotomie, zooals KOUWER en NOLEN wenschen, maakt LANZ ernstig bezwaar; waar men met een knoopsgat kan uitkomen, is men niet gerechtigd een groote buiksnode te maken; daarmede worden de gevaren van de operatie veel grooter.

De voorzitter zegt, dat het hem moeilijk valt een algemeene conclusie uit het debat te trekken. Alleen is gebleken, dat vele volgers van LANZ zijn „plus royalistes que le roi” of in dit geval „meer Lanzerig dan LANZ”. Wat LANZ gezegd heeft, brengt ons allen meer tot overeenstemming; voor de rust der leeken en der geneesheeren zijn zijn navolgers door dik en dun gevaarlijk.

Vervolgens het eerste punt, de vroeg-operatie, aan de orde stellend stelt de voorzitter nog eens in het licht, dat hij voor de operatie liever een tweeden aanval afwacht en zeker niet met twijfelachtige diagnose wil opereeren.

De heer KOCH zegt, dat men niet zoo vaak in de gelegenheid komt voor de vroegoperatie. LANZ heeft er slechts 40 gedaan, hij zelf in de laatste 3 jaren slechts 2. Maar hij is het met HIJMANS VAN DEN BERGH eens, dat hij in de goed gediagnosticeerde gevallen, waar hij bijtijds bij geroepen is, wél de vroegoperatie wil doen, maar als men het goede oogenblik daarvoor heeft laten voorbijgaan is het nog niet zoo erg; in den regel loopt de aanval wel goed af en dan kan men altijd nog den tweeden aanval afwachten en dan de vroegoperatie doen. LANZ zegt wel, dat de operatie dan zooveel moeilijker en gevaarlijker is, maar dat is spreker voor de meeste gevallen niet eens.

De voorzitter heeft weinig vroegoperaties gedaan; éénmaal was de appendix gezond, en is de patiënt bezweken aan de nawerking van de chloroform-narcose. Men denke toch aan de moeilijkheid van de diagnose en aan de ernst van een operatie, als men een verkeerde diagnose heeft gesteld. Er zijn gevallen bekend, dat een chirurg werd verzocht te opereeren en dat er geen appendicitis maar een pneumonie bestond; in zulk een geval is de narcose bijna zeker doodelijk. Ook bij bestaande angina, volgens LANZ zoo vaak de oorzaak der appendicitis, is een narcose geen onschuldige zaak. KORTEWEG verkiest dan liever de operatie à froid, wanneer ook de angina genezen is.

Daarop komt aan de orde de tweede vraag, de operatie à chaud of de z. g. intermediaire operatie.

De heer KOCH heeft vroeger gemeend, dat, als men à chaud opereerde, men ook radicaal-operatie moest doen; als men toch opereerde, dan maar alles in eens afdoen. Langzamerhand is hij daarvan teruggekomen en nu is hij er voor, te wachten tot zich abscessen vormen en dan deze te openen; de patiënten, die hij zoo behandeld heeft, zijn allen genezen; van elf patiënten, bij wie hij èn abscessen geopend èn appendectomie heeft gedaan, zijn 2 overleden. De appendectomie in dit stadium is vaak zeer moeilijk. Spreker raadt aan die abscessen zooveel mogelijk, als zij aldus te bereiken zijn, bij den man van uit het rectum, bij de vrouw van uit de vagina te openen.

De voorzitter was vroeger van meening, dat men in elk stadium kon opereeren, maar hij is daarvan teruggekomen. Er zijn in het hoogtestadium te groote moeilijkheden en daardoor te groote gevaren aan de appendectomie verbonden. Daarom wacht hij dan liever af. Gaat het echter slecht, dan moet men wel eens terwille van de peritonitis opereeren. Zijn de abscessen te voelen in het rectum, dan kan men afwachten; deze perforereen meestal van zelf in het rectum. Men heeft dan niet noodig een operatie in narcose om het absces te incideeren.

De heer KOCH zegt, dat narcose daarvoor niet noodig is. Past men anus-verwijding toe, dan is lokale anaesthesie noodig, doet men dat niet, dan kan men zelfs deze missen. Op geleide van den vinger brengt men een bedekt mes in en incideert het absces.

De voorzitter merkt op, dat men aldus in den blinde werkend groote kans heeft een arterie te verwonden.

Eindelijk komt het vierde punt, de behandeling der chronische appendicitis ter sprake. De voorzitter wijst er op, dat men hierbij nog twee soorten onderscheiden moet nl.: de acute appendicitis die niet tot rust komt, en dus niet in een stadium geraakt waarbij de operatie à froid aan de orde komt, en dien vorm waarbij de ziekte van huis uit chronisch is zonder acute aanvallen.

De heer VAN DER SCHEER ('s-Gravenhage) zegt, dat twijfel aan het bestaan van een chronischen vorm ongerechtvaardigd is. Vooral in de tropen komt de chronische vorm vrij vaak voor. En hij verdedigt zijn meening, dat deze vorm de Indische spruw veroorzaakt. De spruw is een gevolg van chronische darmsepsis; zoo is er ook een secundaire spruw na de chronische dysenterie. En voor die patiënten uit de tropen acht hij de operatie noodig, vooral als zij naar de tropen moeten terugkeeren. Hij suggereert zijn patiënten dan ook in die gevallen de operatie. Het is er mede als met de zeelui, waarvan HIJMANS VAN DEN BERGH sprak.

De heer SITSEN bestrijdt de meening van VAN DER SCHEER, als zou spruw een gevolg zijn van chronische appendicitis. Hij acht deze onderstelling absoluut onbewezen.

De heer LANZ wijst ten slotte erop, dat een verzamelings-statistiek, zooals KOUWER die wenscht, reeds bestaat; SAHLI te Bern heeft indertijd een onderzoek ingesteld onder de praktiseerende geneesheeren in Zwitserland en daaruit de gevolgtrekking gemaakt, dat onder 7213 gevallen 91 pCt. zieken spontaan genazen van hun *aanval*. Maar dat is niet voldoende; wie een aanval gelukkig doorstaat, is volgens LANZ niet genezen en voorts heeft SAHLI bij zijn onderzoek alle gevallen van peritonitis ten onrechte uitgesloten. Dat verder chronische vormen bestaan, al zijn deze pathologisch-anatomisch nog niet volkomen opgehelderd, is buiten allen twijfel. LANZ heeft het meermalen bijgewoond, dat patiënten, vooral kinderen, die aan vage verschijnselen van chronische appendicitis leden, in een acuten aanval zijn gestorven; hij geeft daarvan eenige treurige voorbeelden.

De voorzitter concludeert, dat ook in dit opzicht gebleken is, dat het meeningsverschil tusschen LANZ en de overige chirurgen niet zoo heel groot is. Immers reeds in zijn rapport schrijft LANZ, dat men bij de chronische vormen een afwachtende, waarnemende houding moet aannemen. Dat wij er naar streven moeten overigens de operatie zooveel mogelijk te volmaken en het gevaar zoo gering mogelijk moeten doen zijn, zal ieder kunnen beamen.

Hiermede was deze interessante discussie afgelopen en werd overgegaan tot het tweede vraagstuk voor deze vergadering aan de orde gesteld n. l. *de nawerking der chloroformnarcose*. Over dit onderwerp waren twee rapporten uitgebracht n. l. door J. C. J. BIEBENS DE HAAN (Rotterdam) en J. P. L. HULST (Leiden). De eerste had in zijn rapport de klinische zijde van den laten chloroformdood in het licht gesteld. In zijn mondelinge toelichting schetste hij in het algemeen het beeld der late chloroform-intoxicatie, welke ziekte in haar zwaren vorm gelukkig zeldzaam is, maar bij de geneeskundigen niet genoeg bekend is. De lichte gevallen zijn niet zoo zeldzaam; zij zijn gekenmerkt door het optreden van lichten icterus met galkleurstoffen in de urine, geringe albuminurie soms met enkele cylinders. De pols is frequent en blijft dat langen tijd; de patiënten blijven langen tijd braken. Men heeft dit ziektebeeld opgevat als afkomstig van een gastro-intestinalen katarrh ten gevolge van het doorslikken van in het speeksel opgelost chloroform; de icterus zou dan een stuwingsicterus zijn door zwelling van het slijmvlies van het duodenum. Maar icterus is nooit gezien bij patiënten, die chloroform hadden gedronken; voorts zou men verwachten eens een geval van totale afsluiting der papilla Vateri te vinden, met acholische faeces, maar dat is

nooit gezien. De ernstige vorm der ziekte is gekenmerkt door hardnekkig braken soms in aansluiting aan het gewone postnarcotische braken, maar meestal daarvan gescheiden door een vrijen tusschentijd van één of anderhalven dag; spoedig wordt het braaksel zwart door bloedbijmenging. De pols is zeer frequent, klein en week, men vindt aan het hart dilatatie en er bestaat lichte cyanose. Icterus. De urine bevat urobiline, galkleurstoffen, eiwit, cylinders; spoedig treedt oligurie op, die overgaat in anurie. Er voegen zich bij psychische stoornissen, onrust en deliriën, soms vertoonen zich krampen of epileptiforme aanvallen. Tengevolge der cholaemie treden bloedingen op in de huid en de inwendige organen. Na een paar dagen treedt de dood in. Herstelt de patiënt echter, dan treedt de beterschap snel op en is hij spoedig genezen. Men heeft beweerd, dat men in deze gevallen niet met een nawerking van chloroform te doen heeft, maar dat het gevallen van sepsis zijn; daar staat tegenover dat men na den dood geen spoor van sepsis vindt; men vindt geen localisatie, geen metastasen, geen endocarditis, geen huidexanthemen. De patholoog-anatomen eischen, dat in elk geval een bacteriologisch onderzoek moet plaats hebben en dat men zonder dat niet mag ontkennen met een geval van sepsis te doen te hebben gehad. Deze eisch gaat spreker te ver.

De heer HULST heeft den pathologisch-anatomischen kant van het vraagstuk behandeld. In de lijken van de aan late chloroform-intoxicatie gestorven patiënten vindt men niet heel veel; in hart, lever en nieren vindt men korrelige zwelling en vettige ontaarding. De maag, het darmkanaal en de hersenen zijn nog te weinig onderzocht; in de gevallen waar de hersenen wel onderzocht zijn, bevatten de gangliëncellen ook nogal veel vet. Spreker meent, dat men voorzichtig moet zijn, deze veranderingen aan den invloed van chloroform toe te schrijven; hij heeft in het lijk van een lijder aan diabetes mellitus dezelfde veranderingen gevonden als die aan chloroform worden toegeschreven. Men denkt zich, dat chloroform de chromocyten vernielt, of direct op de parenchymateuse organen werkt (vooral de lever); maar daartegenover is de veronderstelling gemaakt, dat het chloroform een zoodanigen invloed op de stofwisseling zou uitoefenen, dat een zuurintoxicatie optrad, die dan den dood en de pathologisch-anatomische veranderingen zou bewerken. En voor deze onderstelling voelt spreker veel. Maar om te mogen spreken van een intoxicatie moet men zeker het bestaan van sepsis uitsluiten en daarvoor is noodig een bacteriologisch onderzoek; laat men toch steeds bij deze gevallen de hulp van een bacterioloog inroepen. Voorts stelle men vòòr de operatie een nauwkeurig onderzoek naar aceton en diaceetzuur in, symptomen van zuurintoxicatie; vindt men deze stoffen in de urine, dan zij men dubbel op zijn hoede voor een chloroformnarcose.

De heer KOUWER (Utrecht) juicht het toe, dat dit onderwerp ter sprake is gekomen, omdat daardoor nog eens met nadruk op de gevaren der chloroformnarcose wordt gewezen; velen zijn maar al te geneigd deze als een zaak van weinig gewicht te beschouwen. Vooral de gynaecologen geven nog te veel narcose aan patiënten enkel voor het onderzoek, en vaak eenige malen kort na elkander. Juist bij deze narcosen heeft spreker nog wel eens stoornissen gezien, al is geen zijner patiënten er aan overleden; hij zag meer verschijnselen van den kant van het hart dan van de lever. Zoo herinnert hij zich een patiënte,

bij wie tijdens de narcose asphyxie intrad en die daarna aan myocarditis leed, welke genas; een andere patiënt genas echter niet van de myocarditis. Zoo heeft hij onder 47 patiënten, die herhaaldelijk genarcotiseerd werden, bij acht min of meer belangrijke hartverschijnselen waargenomen. Men zij dus voorzichtig; een narcose is een ernstige zaak en met herhaalde narcose heeft men groote kans zijn patiënten ernstig nadeel toe te brengen. Het is meer dan tijd dat wij ons er op toeleggen een minder gevaarlijk middel voor anaesthesie te vinden dan de inhalatienarcose met chloroform en aether. Dan is de lumbaal-anaesthesie verre te verkiezen; de toestand der patiënten na afloop van deze laatste verschilt hemelsbreed met die na een chloroformnarcose. Wat de therapie van late chloroform-intoxicatie betreft, gaat spreker geheel mede met BIERENS DE HAAN, die onderhuidsche inspuitingen van zout water van groot nut acht.

De heer HAMMES (Amsterdam) maakt eenige aanmerkingen op het rapport van BIERENS DE HAAN. Overigens behandelt hij niet zoozeer het punt in quaestie, den laten chloroformdood, maar houdt een pleidooi voor het beter leiden der narcose; meestal wordt te veel chloroform toegediend.

De heer DE JOSSELIN DE JONG (Rotterdam) is het, al is hij patholoog-anatoom, met BIERENS DE HAAN eens. Hem is een geval bekend, dat zeker geen sepsis was. Hij meent, dat als men nergens localisatie van een septische infectie vindt en wel degeneratie van hart, lever of nieren, men dan mag besluiten tot chloroformintoxicatie.

De heer BIERENS DE HAAN geeft toe, dat zuurintoxicatie precies op de chloroformintoxicatie kan gelijken; de acetonurie na de narcose is lang bekend, maar komt even goed voor na aethernarcose en hierna is het besproken ziektebeeld niet bekend. Acetonurie kan het gevolg zijn van inanitie en, aangezien operatiepatiënten eenigszins hongerlijden, zou zij hiervan afhankelijk kunnen zijn. Hij waardeert den raad van HULST om in deze gevallen zooveel mogelijk bacteriologisch onderzoek te verrichten en zal er naar handelen, maar, als dit ontbreekt, is de ziekte *daarom* nog geen sepsis.

De heer HULST wil voorkomen, dat men denken zal, dat hij niet gelooft aan het bestaan van laten chloroformdood; hij gelooft er wel aan, maar wil er op wijzen, dat de pathologische anatomie geen anatomisch substraat kent voor die ziekte. Eveneens wil hij volhouden, dat ook zonder localisatie sepsis aanwezig kan zijn. Zijn conclusie is dus, dat de pathologische anatomie voor de kennis dezer ziekte niet veel kan doen; de clinicus en de chirurg zullen haar moeten ophelderen.

De voorzitter brengt dank aan de rapporteurs en aan hen die zich in het debat hebben gemengd en sluit daarna de vergadering.

P. MUNTENDAM.

De andere helft der Sectie vergaderde, onder voorzitterschap van prof. PEKELHARING, in de collegekamer van prof. VAN DER HOEVEN. Hier was de ziekte van *Ménière* aan de orde, ingeleid door drie vooraf in druk rondgezonden rapporten, van de heeren WINKLER, ZWAARDEMAKER en TEN SIETHOFF.

Het rapport van den heer WINKLER gaf allereerst een schema van den centralen loop van den nervus octavus bij het konijn, ontworpen naar aan-

leiding van secundaire degeneraties en atrophieën, ontstaan na wegnemingen van slakkenhuis of labyrinth en na kleine verwondingen op verschillende plaatsen van de wortelloop binnen het centrale zenuwstelsel. Deze banen werden nauwkeurig beschreven, waaruit bleek, dat de primaire cochlearis- en vestibularisvezels in hoofdzaak denzelfden loop nemen, echter met vrij groote quantitatieve verschillen. De secundaire vezels volgen uitsluitend banen, waar ook primaire vezels loopen. Door primaire en secundaire banen treedt de n. octavus in verband met een groot aantal motorische kernen. In een tweede hoofdstuk beschreef WINKLER de klinische gevolgen van de operatieve verwijdering van slakkenhuis en labyrinth, in hoofdzaak bestaande, na éénzijdige operatie, in blijvenden dwangstand van oogen, kop, hals en romp, sterke atonie van de gelijkzijdige extremiteiten; na dubbelzijdige, in algeheele atonie. Deze laatste dieren kon hij niet langer dan 2 à 3 weken in het leven houden. Alle ontstane bewegingsstoornissen zijn terug te brengen tot de atonie, zonder dat ter verklaring prikkeling te hulp behoeft te komen. In het laatste hoofdstuk bespreekt WINKLER hetgeen uit deze experimenteele gegevens voor de ziekte van MÉNIÈRE bruikbaar is. De bewegingsstoornissen, die daarbij voorkomen — scheefstand van het hoofd, rolbewegingen, nystagmus — acht hij, op het voorbeeld van het konijn, niet afhankelijk van prikkeling, maar van het wegvallen van functie. Zij mogen niet afhankelijk worden gesteld van een verstoorde evenwichtsgewaarwording.

Het rapport van den heer ZWAARDEMAKER behandelde allereerst de theorie van MACH-BREUER, die zoo goed als alle bekend geworden feiten en experimenten met betrekking tot labyrinth-prikkeling, wegval van labyrinth-functie en evenwichtsstoornis vereenigt. Deze theorie verklaart ook geheel het ziektebeeld van MÉNIÈRE. Hij noemt echter met dezen naam alleen die gevallen, welke als pathologisch-anatomische substraat of een labyrinthbloeding of een labyrinthitis idiopathica hebben. Naast deze groep A, besprak hij vervolgens: B, duizelingen, in het beloop van andere ooraandoeningen optredend; C, de etterige ontsteking en de operatieve verwonding van het labyrinth en D, algemeene ziekten, die met duizeligheid gepaard gaan. ZWAARDEMAKER gaf vervolgens een overzicht van de middelen tot functioneel onderzoek van het statisch orgaan en behandelde als aanhangsel de therapie van den vertigo auralis.

Het rapport van den heer TENS SIETHOFF, minder stelselmatig ingericht, leent zich niet tot een kort uittreksel. Als hoofdzaak stip ik aan, dat hij de ziekte van MÉNIÈRE in verreweg de meeste gevallen niet beschouwt als een gevolg van organische afwijkingen in het labyrinth, maar als van functioneelen aard, als een reflexziekte, die in den regel van den neus uit, bij ziekten van het neusslijmvlies, wordt opgewekt. Hij laat de aanvallen optreden tengevolge van het ontstaan van abnormale aanrakingen in den neus, bijv. door het opzwellen van het slijmvlies eener neusschelp, waardoor deze het tusschen-schot aanraakt, soms ook door polypen en andere neusziekten. Van hier uit worden reflexen op de oogspieren, op het labyrinth of op de kleine hersenen opgewekt, die tot de voor de ziekte van MÉNIÈRE kenmerkende aanvallen voeren. Zijn opvatting berust op het ervaringsfeit van het genezen van een aantal lijders aan deze ziekte door neusbehandeling, nl. het ruim maken van den neus en het opheffen van de abnormale aanraking door middel van

galvanocaustiek; ook op het eenige malen door hem vastgestelde feit, dat de aanval door cocaïnisation van het neusslijmvlies wordt afgesneden.

Ter inleiding der bespreking verkrijgen eerst de rapporteurs het woord tot mondelinge aanvulling van hun rapporten.

De heer WINKLER vertoont een aantal lantaarnplaatjes, die de dwangstanden van oogen, kop, romp en extremiteiten bij de door hem geopereerde konijnen weergeven, en eenige groote schema's van de door hem ontworpen acusticus-banen.

De heer ZWAARDEMAKER vertoont lantaarnbeelden van labyrinth-doorsneden en van toestellen voor statisch onderzoek, benevens een in zijn laboratorium vervaardigd viervoudig vergroot model van de beide stelsels van halfcirkelvormige kanalen en van de oogen, waarmee alle individueele variaties en combinaties kunnen worden nagebootst, zoodat het tot steun kan strekken bij onze voorstellingen in physiologische en pathologische gevallen. Wat het rapport van den heer TEN SIETHOFF betreft, waarmee hij het oneens is, merkt hij op, dat door deze geen gevallen zijn genoemd van oogspierbewegingen, reflectorisch van het neusslijmvlies uit opgewekt.

Namens den heer TEN SIETHOFF, die verhinderd is tegenwoordig te zijn, voegt de heer HARTOG een korte toelichting aan zijn rapport toe.

De voorzitter brengt warmen dank aan de drie rapporteurs voor hun uitnemenden arbeid.

De heer BURGER wijst er op, dat de heer WINKLER uitsluitend exstirpatieproeven heeft beschreven en dat de daardoor opgewekte verschijnselen zóó zeer verschillen van wat wij het ziektebeeld van MÉNIÈRE noemen, dat — zoo men al gevolgtrekkingen mag maken van een konijn-operatie voor een ziekte van den mensch — het voorloopig moeilijk een andere kan zijn, dan dat het anatomisch substraat van de ziekte van MÉNIÈRE niet gelijkwaardig kan zijn aan de exstirpatie van labyrinth of slakkenhuis. De ziekte van MÉNIÈRE is een klinisch begrip, gekenmerkt door *aanvalsgewijs* optredende duizelingen van een bepaald type, meestal gescheiden door geheel vrije, vaak zeer lange tusschenpoozen, aanvallen, waarbij de subjectieve duizelgheid sterk op den voorgrond staat, gepaard aan heftig oorsuizen, eindigend met misselijkheid en braken, en meestal een meer of minder hevige doofheid achterlatend. Het geopereerde konijn echter vertoont „nimmer enig spoor van vertigo”. Deze proeven rechtvaardigen niet de gevolgtrekking, dat ook bij de ziekte van MÉNIÈRE de rolbewegingen resp. nystagmus niet gevolg van prikkeling, maar van wegval van functie zouden zijn. Spreker is het niet met den heer WINKLER eens, dat voor deze ziekte kenmerkend zouden zijn gemis van de gewaarwording der versnelling bij draaibewegingen en der gewaarwording van kathode-vertigo; integendeel! Ook niet, dat het oorsuizen zou zijn een hyperaesthesie; in de meeste gevallen is het, z. i., geen entotisch geruisch, maar een echt subjectieve gewaarwording. De patiënten van spreker hadden geen scheefstand van het hoofd door atonie, maar hielden het hoofd angstvallig gefixeerd, omdat iets te snelle beweging een aanval zou kunnen opwekken. Een aequivalent voor de exstirpatie-proeven in de menschelijke pathologie levert niet het ziektebeeld van MÉNIÈRE, maar de *doofstomheid*. Dáár is werkelijk in een groot deel der gevallen de algheele vernietiging der nerveuse

elementen in het labyrinth aangetoond; dáár vindt men statische en dynamische stoornissen, welke aan die der konijnen herinneren; dáár vindt men gemis van rotatie-duizeling, van rotatie-nystagmus, van galvanische duizeling. Tegenover den heer ZWAARDEMAKER meent spreker dat het niet gewenscht is den naam ziekte van MÉNIÈRE te beperken tot de gevallen van labyrinthbloeding en labyrinthitis idiopathica. Spreker rekent daartoe wel degelijk ook ZWAARDEMAKER's groep B, en van C die gevallen, waar de oorduizelingen in het ziektebeeld op den voorgrond staan. Praktisch de belangrijkste van deze groepen is niet A, maar B. Daar ook de heer ZWAARDEMAKER den aanval van MÉNIÈRE wil verklaren door functie-wegval, wijst spreker er op dat veel er voor pleit, althans in een aantal gevallen, een prikkelingsmoment aan te nemen, en wel: de nystagmus, het suizen, het braken en het aanvalsgewijze optreden met vrije tusschenpoozen.

De heer JELGERSMA vertoont een imbeciel met de diagnose aangeboren atrophie der kleine hersenen, waarbij de draaiingsreflexen — nystagmus van de oogen en van het hoofd — in buitengewone mate zijn versterkt en na een sterke draaiing wel een dag of langer nablijven. Hij verklaart dit door in de kleine hersenen een remcentrum van het vestibulair apparaat aan te nemen. Naar aanleiding van het rapport van den heer WINKLER wijst hij op het groote verschil in psychologisch opzicht tusschen het vestibulaire en het gehoor-orgaan. Het laatste is het meest belangrijke bewustzijnszintuig, waarop het geestelijk leven in hoofdzaak berust, terwijl het statisch orgaan geheel automatisch werkt. Al zijn deze beide phylogenetisch uit één orgaan ontstaan, zoo is, met de ontwikkeling van de groote hersenen en van het bewustzijn, de samenhang verloren geraakt, en het is daarom zeer vreemd, dat er bij de hogere dieren zoo weinig differentiatie in de banen en centra van vestibularis en cochlearis zou zijn als uit de onderzoekingen van WINKLER blijkt.

De heer TER KUILE maakt opmerkzaam op de werken van VON CYON, door alle drie rapporteurs onvermeld gelaten, en op wiens opvattingen hij de aandacht vestigt. Met het rapport van den heer TEN SIETHOFF kan hij zich in het geheel niet vereenigen.

De heer LANGELAAN wijst er op, dat aan de scheiding tusschen ganglion spirale en ganglion Scarpae niet beantwoordt een scherpe scheiding in het centraal orgaan. Dit wekt bij hem twijfel of men wel met twee afzonderlijke zintuigen te doen heeft en of er eigenlijk wel een zintuig voor ruimte-oriëntatie is. Ook bij gesloten oogen heeft men de halfcirkelvormige kanalen niet noodig om den stand van het hoofd te kennen; daartoe is de spierzin voldoende, zoo zou ook de duizeligheid kunnen worden opgevat als een orgaangevoel. De duizeligheid laat zich alleen reeds van de oogen uit verklaren. Het verband tusschen slakkenhuis en halfcirkelvormige kanalen kan wellicht een dergelijk zijn als dat tusschen netvlies en corpus ciliare.

De heer SCHUTTER vertoont het gehoorveld van een lijder aan ziekte van MÉNIÈRE, dat kenmerkend is voor geleidingsdooftheid en niet voor labyrinthlijden. Onder de onderzoekingsmiddelen heeft de heer ZWAARDEMAKER slechts zeer terloops genoemd die van BARANY, die inderdaad een zeer gewenschte aanvulling is, die in zijn geval aantoonde, dat patiënt met een vrij normaal hoorveld een zeer defect statisch labyrinth had. Door de methode van VON STEIN wordt niet uitgemaakt welke kant ziek is.

De heer QUIX vertoont een radiogram van een haaiekop, waarop de otolithen zeer duidelijk zichtbaar zijn. Door deze methode wordt het mogelijk de verschuiving van de otolithen onbetwistbaar vast te stellen. Naar aanleiding van het rapport van den heer WINKLER vraagt hij of de sacculus behoort tot het gebied van den n. cochlearis of tot dat van het ganglion Scarpae. Hij is het met den heer BURGER eens, dat het beeld na eenzijdige labyrintoperatie niets heeft van dat der ziekte van MÉNIÈRE. Hij wijst op de herhaalde malen reeds gepubliceerde gevallen van operatieve verwijdering van het labyrint. Het beeld, dan verkregen, vertoont geen overeenkomst met de ziekte van MÉNIÈRE, evenmin met de dierproeven. Hij heeft den indruk verkregen, dat bij de ziekte van MÉNIÈRE wel degelijk ook prikkeling in het spel is. In het rapport van den heer TEN SIETHOFF mist hij een uiteenzetting van de gevonden afwijkingen in den neus.

De heer MUSKENS heeft niet kunnen volgen welke van de vele door den heer WINKLER beschreven banen door deze nieuw zijn aangegeven. Het schijnt hem zeer moeilijk de beide takken van den n. acusticus afzonderlijk door te snijden. Wat de dwangbewegingen betreft meent hij, dat de tot standkoming daarvan niet, zooals de heer WINKLER het beschrijft, alleen gevolg zou zijn van atonie. De ook door LEWANDOWSKY voorgestane meening, dat vestibularis en cochlearis in hun centrale banen alleen quantitative verschillen zouden vertoonen, zal niet algemeen worden toegestemd. Het gemakkelijker loopen op trommelslag pleit voor een samenhang van het oor met het evenwicht.

De heer HARTOG heeft 11 gevallen van ziekte van MÉNIÈRE endonasaal behandeld. In 7 bestond acusticus-aandoening, in 3 sclerose met labyrintcomplicatie, in 1 stijgbeugel-ankylose. In al deze gevallen was de neus ziek. De ooren werden plaatselijk niet behandeld. In een geval, bij een kind van 11 jaar, werd tweemaal een aanval opgewekt door de behandeling; in een ander geval werd een aanval door cocaïnisatie in 5 minuten afgesneden. In 7 van deze gevallen zijn de duizelingen geheel verdwenen; 3 zijn nog in behandeling met goeden kans op genezing; één is niet genezen. Het gehoor verbeterde in verscheidene gevallen.

De heer ZWAARDEMAKER, de sprekers beantwoordende, heeft E. VON CYON'S geschriften opzettelijk weggelaten; wiens nativistische voorstelling een geheel andere is dan de zijne. Op de vraag van den heer TER KUILE of spreker stroomingen in de endolymphe aanneemt, antwoordt hij bevestigend, al bereiken de verplaatsingen ternauwernood eenige mikra. In antwoord aan den heer LANGELAAN omschrijft hij duizeligheid als het gevolg van discongruentie der zintuigelijke indrukken, die normaliter elkaar opheffen, doch in geval van ongelijkmatigheid, vooral bij na-reacties, zooals op een schommel, onderling in strijd komen. Aan den heer BURGER merkt hij op, dat veel van wat voor prikkelingsverschijnsel wordt gehouden, thans door de experimentatoren wordt opgevat als gevolgen van gedeeltelijk defect. Hij brengt den heer SCHUTTER hulde voor diens nauwkeurig onderzoek; houdt echter het door deze vertoonde hoorveld voor een van labyrint-dooftheid. Waar de heer QUIX wees op de groote verschillen in de uitkomsten der dierproeven en der operaties bij den mensch, daar beroept hij zich op de groote verschillen reeds tusschen de dieren onderling en den veel grooteren afstand, die den mensch van de proefdieren scheidt. De heer HARTOG heeft nu voor het eerst een van

het neusslijmvlies uitgaanden oogspierreflex vermeld, maar deze is juist door bemiddeling van het labyrint en niet rechtstreeks tot stand gekomen.

De heer WINKLER stemt den heer BURGER toe, dat de uitkomsten der dierproeven niet dadelijk op den mensch mogen worden overgedragen; maar zij hebben toch aangetoond, dat de rolbewegingen tot stand kunnen komen zonder prikkeling, en de vraag moet dus onder oogen worden gezien, of ook de bij de ziekte van MÉNIÈRE optredende bewegingsstoornissen aldus ontstaan. Hij beschouwt het oorsuizen geenszins als een prikkelingsverschijnsel en wijst er op, dat, bij typischen wegval van functie, aan den rand van een defect overgevoeligheid kan bestaan zonder prikkeling. De heer JELGERSMA heeft terecht gewezen op de latere differentieering van de reflectorische en de bewustzijns-functie, maar er is van de vroegere eenheid een rest overgebleven.

Ter beantwoording van de heeren QUIX en MUSKENS vertoont hij nog eenige mikroskopische lantaarn-platen. Tegenover het verwijt, dat de proeven van spreker niet rechtstreeks te maken zouden hebben met de ziekte van MÉNIÈRE, wijst hij er op, dat ter verklaring der verschijnselen de anatomie aan de physiologie behoort vooraf te gaan. Dat is op dit gebied niet geschied. Het is dus zeer noodzakelijk, dat er anatomisch klaarheid worde gebracht, op grond waarvan dan de physiologie zich heeft te herzien, terwijl ten slotte aan de kliniek het beslissende woord toekomt.

De voorzitter hernieuwt zijn dank aan de rapporteurs en dankt ook de andere sprekers. Hij stelt met voldoening vast, dat deze bijeenkomst uitstekend is geslaagd en meent, dat de thans gevolgde regeling tot navolging zal leiden.

Hierop sluit hij zeer snel de vergadering, zoodat een welverdiend woord van hulde voor zijn uitnemende leiding achterwege blijft. Ik laat de gelegenheid niet voorbijgaan, om aan deze hulde, door alle aanwezigen in stilte gebracht, aan het eind van dit mijn verslag openlijk uiting te geven.

H. BURGER.

Van de voordrachten in de tweede sectie, die voor biologische wetenschappen, gehouden heeft voor de geneeskundigen alleen belang, die van den heer MURK JANSEN, arts te Leiden, *over de substantia spongiosa bij den mensch* 1). Spreker bestrijdt de reeds lang bestaande meening, dat een trekkende kracht de physiologische prikkel zou zijn voor beenformatie. Nadat dit principe door de beschouwingen van CULMANN, die het dijbeen vergeleek met een kraan, een mathematischen steun scheen gekregen te hebben, werden zijn beschouwingen door MEYER en WOLFF tot andere beenderen uitgebreid, terwijl ook ROUX in dezen gedachtengang verder ging. Spreker toont nu aan, dat de beenbalkjes, welke de ongeveer vertikale elementen in wervellichamen, dijbeen-ondereinde en scheenbeen onder rechte hoeken verbinden (dus horizontaal loopen) wel degelijk aan druk zijn blootgesteld. Niet de trekking is de oorzaak voor beenformatie, maar de druk door spieren teweeggebracht. ZSCHOKKE te Zürich heeft terecht er op gewezen, dat beenuitsteeksels zich

1) De in de biologische sectie aangekondigde voordrachten van dr. VAN WAYENBURG en prof. LANGELAAN werden niet gehouden.

niet ontwikkelen in de richting van de trekkende kracht naar loodrecht daarop, daar waar de spier het been drukt. Alle z.g. trekelementen der spongiosa, in de literatuur vermeld, blijken op *druk* te berusten. Bij rachitisch verkromde beenderen wordt, als de verkromming een zekeren graad heeft overschreden, door den belastingsdruk trekking uitgeoefend op de convexe zijde der kromming, drukking aan den concaven kant; aan het gebogen pijpbeen, zoowel als aan de gebogen wervelkolom laat zich gemakkelijk aantoonen, dat de beenzelfstandigheid aan de convexe zijde verminderd, aan de concave vermeerderd is. Wat *normale* beenderen betreft, is spreker door de beschouwing der uitholling in de zijvlakte der werwellichamen ook alweer tot hetzelfde resultaat gekomen, dat die deelen van het been blijven bestaan, waarop druk wordt uitgeoefend. Plaatsen aan de beenoppervlakte, waar pezen of banden loodrecht aangrijpen, worden uitgehold; er ontstaan groeven. Nergens waar uitsluitend trekking werkt, is beenvorming waarneembaar; waar beenvorming wordt waargenomen, zijn drukkende krachten daarvoor aansprakelijk te stellen. Ten slotte knoopt spreker hieraan nog eenige beschouwingen vast omtrent de richting der beenbalkjes in de gewrichtsuitenden der beenderen.

P. MUNTENDAM.

BERICHTEN.

BUITENLAND

BERLIJN. — **Virchow en de kwakzalverij.** In de *Deutsche med. Wochenschr.* n^o. 13 legt HANS VIRCHOW de verklaring af, dat zijn vader nimmer den kwakzalver heeft geraadpleegd, wiens advocaat zich op hem had beroepen (zie n^o. 12 van dezen jaargang). Hij doet dit niet terwille van zijns vaders nagedachtenis, die boven zulke praatjes verheven is, maar om het publiek niet op dwaalwegen te laten brengen. Het is hem gebleken, dat een dergelijke vorm van laster buiten het bereik van de strafwet valt. Indien zulke kunstgrepen van een advocaat geoorloofd zijn, is het te verwachten, dat andere kwakzalvers op dezelfde wijze reclame maken.

— **Zilveren feest van den tuberkelbacil.** De voorzitter der Koninklijke Academie voor Geneeskunde te Rome heeft aan GAFFKY, als directeur van het Instituut für Infektionskrankheiten te Berlijn een gelukwensch getelegrafeerd op den 24sten Maart, 25 jaren na KOCH's voordracht over de aetiologie der tuberculose (*Deutsche med. Wochenschr.*)

PARIJS. — **Pokken en pokkenvrees.** De pokkenepidemie te Duinkerken heeft tot bijzondere waakzaamheid van de zijde van België aanleiding gegeven. De spoorwegen en vaarten van Frankrijk naar Oost-Vlaanderen en de schepen die van Duinkerken komen worden aan een onderzoek onderworpen. In de gemeenten wordt gelegenheid tot kosteloze inenting gegeven (*Belgique médicale*).

Le Progrès médical waarschuwt voor overdrijving. Uit zucht om sensatie te wekken vindt men in sommige couranten vet gedrukte opschriften als: „de zwarte pokken te Parijs”; „weder een slachtoffer van de pokken” enz., ter-