

standsgewaarwording, die in gewrichten, spieren en pezen zetelt, leert ons de consistentie kennen.

De individueele verschillen in fijnheid van het tastgevoel zijn groot. In het algemeen staat de volwassene achter bij het kind, de jongen bij het meisje. Door oefening kan men niet slechts de kinderlijke fijnheid van den tastzin behouden, maar deze zelfs doen toenemen. Het is opmerkenswaardig, dat deze oefening ook op de omgeving en op symmetrische lichaamsdeelen invloed heeft (de linkerhand wint door oefening van den rechter, enz.).

SELLHEIM eischt, bij de opleiding van den toekomstigen vrouwenarts, een opzettelijke oefening van de tastvaardigheid. Reproductie van het gevoelde (met het woord, de teekenstift of, liever nog, geboetseerd in klei) is daarbij een gewichtig hulpmiddel.

CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

---

## BRIEFWISSELING.

---

HET VEJLEFJORD SANATORIUM

EN

IETS OVER DE BEHANDELING MET KUNSTMATIGEN  
PNEUMOTHORAX.

*Geachte Redacteur!*

Het is misschien voor uw lezers niet zonder belang iets te hooren van een land, dat hoewel dicht bij het onze gelegen, toch veel minder bezocht wordt, dan het om vele redenen verdient. Reeds sinds eenige jaren trekken wij des zomers naar de Deensche kusten en ik kan iedereen, die zich met eenvoudige hotels tevreden stelt, aanraden, om desgelijks te doen. Zij zullen dan kennis maken met een intelligent en sympathiek volk, dat gewoonlijk behalve de eigen taal minstens een der drie algemeen verspreide talen spreekt, zoodat kennis van het Deensch geen vereischte is.

Een bijzondere reden om de pen op te vatten, geeft mij dit jaar een bezoek aan de omstreken van Vejle, een klein, maar bedrijvig stadje aan den Vejlefjord in het zuiden van Jutland. Vejle zelf komt voor een zomerverblijf weinig in aanmerking; men gaat er slechts heen om boodschappen te doen, een telegram te verzenden en dergelijke zaken, die men in een vacantielijd al zeer gewichtig vindt. Een der meest bezochte plaatsen echter aan den Fjord, is Munkebjerg's Badehotel, van den ouden heer NIELSSEN. Men bereikt het per spoor of per boot van Vejle uit in 10 of 20 minuten, of kan op den weg van Hamburg naar Frederikshavn over Fredericia, een trein nemen, die aan de halte van Munkebjerg ophoudt; met 10 minuten vrij steil klimmen, door een prachtig beuken- en dennenbosch, bereikt men dan het bovengenoemde hotel, van welks terras men een uitgebreid gezicht op den

Vejle fjord heeft. Deze fjord is de zuidelijkste, welke het Kattegat in Jutland maakt, dicht bij den noordelijken ingang van de Kleine Belt gelegen.

Zeker zou ik het niet der moeite waard hebben gevonden u en uw lezers met deze bijzonderheden in kennis te stellen, wanneer het niet als aanloop dienen moest, om het een en ander mede te deelen van het *Sanatorium voor longlijders*, dat in 1900 aan de noordkust van dezen fjord is opgericht geheel volgens de aanwijzingen van prof. CHR. SAUGMAN, den bekwamen leider van dit sanatorium. SAUGMAN, een leerling en bewonderaar van den bekenden dr. WALTHER in Nordrach, is een der meest bekende sanatorium-artsen in Denemarken. Onder meer is hij bekend uit zijn strijd met FLÜGGE over de beteekenis der „Tröpfcheninfection” voor de verspreiding der tuberculose; ten gevolge toch van een zeer nauwgezet onderzoek naar de lotgevallen van sanatorium-artsen en van laryngologen kwam hij tot de slotsom, dat het inademen van tuberkelbacillen-houdende druppels voor gezonde volwassenen, zonder of ten minste bijna zonder beteekenis is voor de verspreiding der tuberculose. „De strijd tegen de tuberculose onttaarde niet in een strijd tegen de tuberculeusen” aldus waarschuwde hij indertijd.

Het Vejle fjord-sanatorium ligt op de noordkust van den Vejle fjord, 300 M. van de kust en 25 M. boven het oppervlak der zee, met het front nagenoeg geheel op het zuiden, in een ongeveer 40 hectaren groot park van beuken- en dennenbosch. Het is het eerste van een aantal sanatoria, welke in Denemarken, door de National-verein für Bekämpfung der Tuberculose zijn opg. richt. Het uit drie verdiepingen bestaande gebouw met een façade van 90 M. lengte, heeft twee vleugels, die eenige meters voor de façade uitspringende, deze tegen Oost en West nog meer beschutten, dan dit reeds geschiedt door de ten Oosten, Noorden en Westen gelegen 80 M. hooge heuvels. Frischheid en eenvoud voeren er den boventoon, alle kamers en lighallen komen op het zuiden uit; de verlichting geschiedt met electrisch licht, de verwarming met warm water; een ruime zwem- en bad-gelegenheid bestaat in het sousterrain, en aan de zee, nabij het gebouw is de gelegenheid voor het nemen van zeebaden gecombineerd met die voor zonnebad in het zand aan de kust. In de ziekenkamers en in het geheele gebouw is bijzondere zorg besteed aan de ventilatie. Voor de faecaliën is het septic-tank-systeem in gebruik; het hiervan afkomstige water en het huiswater wordt in een groote 550 M. lange afvoerbuis verzameld en 100 M. ver in zee geleid, 1.6 M. onder het waterniveau.

Het groote voordeel van dit sanatorium is zeker gelegen in de combinatie van gemitigeerde zeelucht in onbepaalde mate met zeer uitgestrekte wandelingen in dennenbosch. Het aantal patiënten, dat kan worden opgenomen, bedraagt op het oogenblik 105: en wel 60 in afzonderlijke kamers, 30 in kamers met 2 bedden en 15 in kamers met 3 bedden; de meesten zijn Denen, Zweden of Duitschers. De kosten van op- en inrichting bedroegen ongeveer f 450000.—.

De hoofdverpleegster, die met een drietal verpleegsters en overigens met bedienden de zorg voor de verpleging en huishouding draagt, is een Deensche, die in het Wilhelmina-gasthuis te Amsterdam haar opleiding heeft genoten en haar examen bij „Het Witte Kruis” alhier met goed gevolg heeft afgelegd.

De directeur neemt met zijn beide assistenten aan de eerste twee maaltijden deel en houdt een wakend oog op hetgeen in de ruime eetzaal voorvalt; een te-laat-komer werd aan het ontbijt, waaraan ik deelnam, op goeddelijke, maar niet minder zakelijke wijze de waarheid gezegd, een berisping, die door den overtreders op even goeddelijke wijze werd opgenomen.

Prof. SAUGMAN bleek van onze sanatoriën vrij goed op de hoogte te zijn en daarvan in het bijzonder de koninklijke stichting Oranje-Nassau's-Oord, de inrichting te Hellendoorn en die te Hoog-Laren te kennen, benevens het particuliere sanatorium van dr. SCHUT te Nunspeet en dat van dr. HAENTJENS te Putten. Behalve dit Vejleljord-sanatorium bestaan er in Denemarken 7 groote en 3 kleine volks-sanatoriën, waarvan 4 groote en 2 kleine aan het bovengenoemde National-verein behooren met te zamen 900 bedden. Daarenboven zijn in kleine private inrichtingen ongeveer 100 bedden beschikbaar, zoodat in geheel Denemarken circa 1100 sanatorium-bedden voor longlijders bestaan. Bovendien wordt een kinder-sanatorium voor 120 patiëntjes met longtuberculose gebouwd en worden ook in niet speciaal daarvoor bestemde ziekenhuizen nog een paar honderd longzieken verpleegd. De bovengenoemde 7 groote en 3 kleinere sanatoriën zijn alle door den Staat erkend en ontvangen derhalve eene ondersteuning van den Staat, en wel van 2 kr. 25 Øre per verpleegdag. Het kleine Denemarken geeft jaarlijks voor de bestrijding der tuberculose en voor de behandeling van patiënten een zeer belangrijk bedrag uit. In het jaar 1906 trad de nieuwe tuberculose-wet (van 14 April 1905) in werking en op de begroting 1906—1907 werden tengevolge dier wet niet minder dan 1394000 kronen of ongeveer f 920000.— uitgetrokken als uitgaven voor de bestrijding van tuberculose, scrofulose en lupus, d. i. ongeveer  $\frac{1}{6}$  van het bedrag der geheele staatsbegroting! Was het bij ons niet f 10000.—?

Prof. SAUGMAN houdt zich sedert een paar jaar bezig met de aanwending van den *kunstmatischen pneumothorax* bij ernstige gevallen van hoofdzakelijk eenzijdige longtuberculose; hij was zoo welwillend mij op mijn verzoek het bijwonen van eenige dergelijke behandelingen toe te staan en het zal den lezers van dit *Tijdschrift* wellicht eenig belang inboezemen over deze methode, waarover men in den jaargang 1906 van dit *Tijdschrift* korte referaten vindt medegedeeld, nog het een en ander te lezen.

Door prof. CARLO FORLANINI te Pavia in 1882 het eerst geopperd, sedert in het vergeetboek geraakt, maar later door hem zelve (1894 en 1906), door MURPHY, door SAUGMAN, BRAUER, SCHMIDT, LEXER, PETERSEN en WÜRTZEN weder toegepast, wordt het maken van een kunstmatischen pneumothorax in Italië, Denemarken en Duitschland in den lateren tijd als therapeutischen ingreep bij ernstige gevallen van hoofdzakelijk eenzijdige longtuberculose aangewend. SAUGMAN heeft daaromtrent in de *Zeitschrift für Tuberculose* 1908 eenige mededeelingen gedaan en hoewel zijn aanvankelijke uitkomsten niet zeer opwekkend waren, hebben zijn latere ervaringen hem de overtuiging geschonken, dat met deze methode belangrijke verbeteringen in den toestand van sommige zware gevallen gebracht kunnen worden.

De methode werd door FORLANINI voorgeslagen, omdat „zijn opvatting over „het phthisiogene proces in de longen tot de gevolgtrekking leidde, dat dit „tot stilstand en de long tot genezing moest komen, zoodra deze laatste tot

„absolute rust gebracht zou zijn”. In allen geval is hiermede in overeenstemming het meermalen waargenomen feit, dat een ernstige longaandoening nu en dan een gunstige wending neemt, wanneer de zieke long door een pleuritisch exsudaat of door een spontanen pneumothorax gecomprimeerd werd. Waar deze complicaties nu niet spontaan optraden, meende men met den kunstmatig verwekten pneumothorax compressie van de long te mogen bewerken, en daardoor de talrijke holten in de long te doen samenvallen. De infectieuse massa's, welke zich in die holten verzamelden, zouden op die wijze verwijderd worden (zich uitende in een tijdelijke toeneming van de hoeveelheid sputa), de long, zooals BRAUER het noemt, zou „als een spons” worden uitgedrukt.

De pneumothorax wordt verwekt door stikstof in de pleuraholte te brengen; van gewone dampkringslucht, waarmede FORLANINI de eerste proeven deed, is deze teruggekomen, toen hij opmerkte, dat de zuurstof zeer spoedig geresorbeerd werd.

Het toestel, zooals ik het bij SAUGMAN zag gebruiken, bestaat uit twee aan een statief bevestigde, communiceerende verticale vaten, elk van 500 cm<sup>3</sup> inhoud; het eene, gegraduateerde, is met stikstof, het andere met een 1 per duizend sublimateoplossing gevuld. Aan het bovineinde van het eerste vat is een met een kraan afsluitbare caoutchouc buis bevestigd, waaraan de troicart, waarmede de punctie gedaan zal worden, verbonden is; het andere vat kan met een dubbelballon van RICHARDSON in verbinding worden gebracht, waarmede men den druk van het vocht verhoogen kan, als deze onvoldoende mocht zijn om de stikstof in de pleuraholte te doen overgaan. De buis, die den troicart voert, staat daarenboven in communicatie met een gewonen watermanometer, om den druk in de pleuraholte te meten.

Ik zag een inblazing verrichten bij een ongeveer 40-jarige patiënte, bij wie nog geen inblazing geschied was, wier toestand echter gedurende de paar maanden, welke zij in het sanatorium verpleegd werd, niet verbeterd was, bij wie de koorts bleef aanhouden en de sputa overvloedig werden afgescheiden. Zij had een uitgebreide linkszijdige tuberculeuse longaandoening en, hoewel ook in de rechter long een duidelijke topaandoening bestond, werd tot het maken van een linkszijdigen pneumothorax besloten. De patiënte werd zoodanig op de *rechter* zijde gelegd, dat de linker 9de tusschenribsruimte ongeveer in de scapulaairlijn gemakkelijk te bereiken was. (Het vaststellen van de plaats, waar de eerste punctie zal verricht worden, is niet altijd gemakkelijk; natuurlijk moet zulk een plaats worden uitgezocht, waar vaste vergroeiing van pleura costalis en pleura pulmonalis niet waarschijnlijk is. Bestaat de pneumothorax eenmaal, dan is het meestal onverschillig waar de volgende puncties geschieden). Onder gestrenge asepsis werd nu een dunne troicart, zooals bij den toestel van POTAIN gebruikelijk is, ingevoerd loodrecht op den borstwand tot op een diepte van 2 à 3 cM.; zoodra S. meende, dat de naald in de pleuraholte was gekomen, werd de inwendige naald teruggetrokken en nu door het meten van den druk in den manometer gezien of inderdaad de canule in de pleuraholte was gekomen, blijkend uit den negatieven druk; wegens verstopping der canule door kleine coagula moest de naald nog eens worden ingebracht om de verstopping op te heffen, zooals men dit bij de aspiratie van pleuritische exsudaten ook kent,

maar spoedig bleek uit den negatieven druk in den watermanometer en uit de respiratieschommelingen, die men daarin waarnam, dat de vrije pleuraholte was bereikt. Nu werd onder voortdurende contrôle van den druk, voorzichtig de door steriele watten gefiltreerde stikstof toegelaten en na elke 100 cM<sup>3</sup> — de patiënte kreeg binnen het half uur 500 cM<sup>3</sup> stikstof — de intrapleurale druk bepaald; toen deze van negatief positief was geworden werd de inblazing gestaakt. Ik had verwacht, dat met een duidelijke dyspnoe op deze bewerking zou geantwoord worden en met aandacht heb ik gedurende de operatie op de ademhalingsfrequentie dezer patiënte gelet. Tot mijn niet geringe verwondering bleef de ademhaling van het begin tot het einde volkomen onveranderd (20 per minuut), rustig en gelijkmatig, niettegenstaande door de ligging der patiënte het gebruik van de rechter long zeer beperkt moet zijn geweest. Na de operatie had patiënte slechts een gering gevoel van pijn en spanning in de linker zijde, maar richtte zich, na bekomen verlof, onmiddellijk in bed op zonder eenig teeken van dyspnoe. Percutorisch en auscultatorisch was, bij oppervlakkig onderzoek, geen pneumothorax aan te toonen, volgens SAUGMAN bij de eerste uitblazing een gewoon verschijnsel hetgeen hij aan de betrekkelijk kleine hoeveelheid gas toeschreef.

Bij een andere patiënte, bij wie reeds meer inblazingen gedaan waren, en bij wie nu een duidelijke uitgebreide pneumothorax was waar te nemen (SAUGMAN bepaalt die door percussie van een met een vingerhoed gewapenden vinger op den nagel van den anderen vinger) kostte het inbrengen van het gas wat meer moeite, eensdeels door het telkens verstopt geraken van de canule, en anderdeels waarschijnlijk door de aanwezigheid van vergroeiingen tusschen de beide pleurabladen. Bij deze patiente bestond nu reeds een *positieven* druk in de pleuraholte: Hier was de zwakke druk van de waterkolom onvoldoende om het gas tot de pleuraholte te doen toetreden en werd door middel van den ballon een positieven druk op het water uitgeoefend. Ook hier werden weder 500 cM<sup>3</sup> stikstof ingebracht, en ook hier werd de behandeling zonder eenige stoornis verdragen en zonder dat eenige invloed op de ademhalingsfrequentie kon worden waargenomen.

De inblazingen worden in den beginne om de twee of 3 dagen herhaald, totdat de compressie van de long zoo volledig mogelijk is geworden en het ademhalingsgeruisch en de rhonchi volkomen verdwenen zijn. Men ziet dan veelal, dat de temperatuur normaal is geworden en de hoeveelheid sputa belangrijk is gedaald; dan worden grootere tusschenpoozen gelaten en om de een, twee of drie weken ingeblazen al naar gelang der omstandigheden: begint het ademhalingsgeruisch weder te verschijnen, dan wordt de gas-hoeveelheid weder aangevuld. Door middel van RÖNTGEN-foto's wordt de toestand in de thoraxholte gecontroleerd.

SAUGMAN verrichtte bijv. bij een patient 21-maal de behandeling met de volgende tusschenruimten: 3, 2, 3, 2, 3, 3, 6, 2, 5, 5, 3, 3, 3, 12, 10, 16, 23, 19, 23, 10 dagen en had daarbij ongeveer 7 liter gas ingevoerd. Hij meent, dat daardoor de toestand van den patiënt, die eerst een zeer wanhopige scheen, geheel veranderd is en dat de kansen op een redelijk welzijn daardoor vrij goed geworden zijn; toen de patiënt ontslagen werd, bestond nog duidelijk een partiëele linkszijdige pneumothorax aan de voorvlakte, maar achter scheen de long, kenbaar aan bronchiaal ademen en vele vochtige

kleinblazige rhonchi zich weder aan den thoraxwand te hebben aangelegd. Deze patient was bij zijn ontslag in vrij goeden doen, kon in heuvelachtig terrein tot ongeveer 4 kilometer ver wandelen, had geen koorts en geen sputa meer.

Het aantal malen, dat bij andere patienten werd ingeblazen, wisselde tusschen 5 en 27; hangt natuurlijk ook af van den tijd, gedurende welken de patiënten in behandeling waren. Gewoonlijk duurde de behandeling verscheidene maanden. FORLANINI meent, dat de long jaren lang in gecompri-meerden toestand kan en moet gehouden worden en ook PETERSEN en WÜRTZEN in Kopenhagen zijn van dit gevoelen, maar SAUGMAN verzet zich daartegen, omdat dit vermoedelijk op hetzelfde neerkomt als het voor goed buiten werking stellen der long, wat natuurlijk niet in de bedoeling der methode kan liggen.

Zooals hierboven werd medegedeeld, heeft ook BRAUER in Marburg, de bekende hoogleeraar in de interne geneeskunde, zich met het maken van een kunstmatigen pneumothorax bij longlijders beziggehouden. Zijn methode verschilt in twee hoofdpunten van die van FORLANINI-SAUGMAN. In de eerste plaats daardoor, dat hij de eerste inblazing bij zijn patiënten doet niet met een eenvoudige punctie, maar met incisie (onder lichte narcose) van den borstwand tot op de pleura costalis en eerst dan punctie; hij meent daardoor met te meer zekerheid in de pleuraholte te komen; is eenmaal een pneumothorax aanwezig, dan kunnen de volgende inblazingen door eenvoudige punctie geschieden. In de tweede plaats verschilt zijn methode van de hierboven beschrevene door de hoeveelheid stikstof, welke op éénmaal wordt ingeblazen. BRAUER blaast namelijk reeds dadelijk 1600—1800 cM<sup>3</sup> in den tijd van 10 minuten in en merkwaardigerwijze is ook hierbij geen enkel stormachtig verschijnsel van dyspnoe of zoo opgemerkt (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906). Het voordeel van dergelijke groote hoeveelheden stikstof ligt natuurlijk daarin, dat men spoediger zijn doel: het samenvallen of samendrukken der long, bereikt en dat de kunstbewerking niet zoo dikwijls behoeft herhaald te worden; BRAUER herhaalde bijv. de inblazing in zijn geval ongeveer om de 4 weken, zoodra de koorts, welke na de inblazing belangrijk daalde, weder neiging tot opkomen vertoonde. Deze methode wordt door FORLANINI afgekeurd, omdat hij meent, dat het weder opkomen der koorts niet afgewacht, maar door het telkens weder aanvullen van het geresorbeerde gas, voorkomen moet worden.

In Kopenhagen zag ik in het Oeresund-hospitaal op de afdeeling voor interne zieken van dr. PETERSEN verscheidene behandelingen van longzieken met pneumothorax. Hier werd de punctie-methode toegepast, met een speciaal door den len assistent, dr. WÜRTZEN, daarvoor aanbevolen naald 1) waarvan de punt niet doorboord is, maar die beneden de punt aan langzijde een ongeveer 2 cM. lange spleetvormige opening heeft. WÜRTZEN meent hiermede met meer zekerheid de pleuraholte te kunnen bereiken en gemakkelijker te kunnen beletten, dat de naald door coagula of zoo verstopt raakt. Dit geschiedde dan ook bij de zeven gevallen, die ik zag behandelen, geen

---

1) Om kunstig Pneumothorax, *Meddelelse fra Oeresunds-hospitalets medicinske Afdeling* 1908.

enkele maal. Ook WÜRTZEN is een voorstander van het inbrengen van matige hoeveelheden stikstof tegelijk : 500—700 cM<sup>3</sup>.

Zij gebruiken niet het draagbare, door FORLANINI aanbevolen en gewijzigd door SAUGMAN gebruikte toestel, maar een vast toestel in een bijzonder daarvoor ingericht lokaal, waarbij de benoodigde sterkere drukking op de stikstof werd verkregen door het hooger optrekken van het vochtreservoir (in casu carbolwater). Van definitieve resultaten kunnen deze beide onderzoekers nog niet spreken, daar zij eerst in de laatste 4 maanden met de toepassing zijn begonnen; maar het ligt in hun bedoeling, indien ik dit wel begrepen heb, de long als regel voor goed buiten werking te stellen. Een patiënt bijv. die na deze behandelingen veel verbeterd was, werd naar een sanatorium gezonden met het verzoek zich telkens om de 4 weken tot het ondergaan der inblazing aan te melden.

De eerste auscultatorische verandering bestond bij SAUGMAN in lichte verzwakking van het adembalingsgeruisch en afneming van het aantal rhonchi; eerst bij latere behandelingen komen de metallische verschijnselen voor den dag, ve schillend natuurlijk bij de verschillende patiënten en afhangende van een aantal omstandigheden, waarop in SAUGMAN'S artikel in de *Zeitschrift für Tuberculose* nader wordt ingegaan.

De behandeling wordt in den regel zonder stoornis verdragen. SAUGMAN zag enkele malen een lichte dyspnoe optreden onmiddellijk na de behandeling; slechts zelden was die van betekenis. Sommige malen werd gedurende de behandeling over pijn geklaagd, welke SAUGMAN toeschrijft aan het losmaken van vergroeiingen; maar die ook in sommige gevallen door het optreden van een lichte exsudatieve pleuritis kan worden verklaard. Ook werd subcutaan emphyseem waargenomen aan de zijde, waar de punctie was geschied, een enkele keer zelfs aan de tegenovergestelde zijde.

PETERSEN zag gedurende de behandeling plotseling een halfzijdige parese met blindheid optreden, die na 12 uur geheel verdwenen was.

SAUGMAN, die zich in Denemarken het langst met deze methode bezig heeft gehouden, meent dat in gevallen, die weinig kans op verbetering aanboden, op deze wijze door hem een duidelijke verbetering is verkregen. Genezingen waren natuurlijk niet te verwachten, aangezien de methode slechts in als ongeneeslijk beschouwde gevallen werd toegepast; maar SAUGMAN noemt den invloed op de ziekteverschijnselen zóó sprekend, dat degene, die zich met deze methode bezighoudt, volgens hem spoedig moet overtuigd zijn, dat de verbetering ook aan de behandeling mag worden toegeschreven. FORLANINI, die meer dan 25 gevallen op deze wijze heeft behandeld, meent ook in enkele gevallen volkomen genezing te hebben verkregen.

Het is er verre van af, dat ik, na een vluchtige kennismaking met hetgeen hier gedaan wordt, eenig oordeel heb kunnen vormen over de betekenis van den kunstmatigen pneumothorax voor de behandeling van longtuberculose; maar mijn indruk is, dat men aan de mededeelingen van een nauwgezet onderzoeker als SAUGMAN waarde mag hechten, al zijn zij misschien ook van een zeker optimisme niet vrij te pleiten.

Als van zelf komt de vraag op of deze methode geen toekomst heeft bij hardnekkige gevallen van putriede bronchitis of bronchiectatische cavernen, waar alle andere therapeutische middelen in den steek lieten

BRAUER en SCHMIDT deelen reeds waarnemingen hierover mede met wisselend succes en ook PETERSEN en WÜRTZEN in Kopenhagen hebben in een dergelijk geval met goed gevolg, tot deze methode hun toevlucht genomen.

Maar, geachte collega, ik begin misbruik te maken van de gastvrijheid van uw blad, en ik wil het niet voor een volgend maal bederven.

*t. t.*

Sandagerhus, 31 Aug. 1908.

C. C. DELPRAT.

---

VIERDE INTERNATIONAAL CONGRES VOOR GENEESKUNDIGE  
ELECTIOLOGIE EN RADIOLOGIE TE AMSTERDAM,  
2—5 SEPTEMBER 1908,

*Geachte collega.*

Toen ik u mijn vorigen brief, in vliegend tempo geschreven, toezond, had ik slechts gelegenheid mijn aantekeningen tijdens het congres gehouden de voordrachten op den voet volgend te resumeeren; Thans na het hooren van meer dan 50 mededeelingen, zal men mij gelijk geven, wanneer ik de chronologische volgorde verlatende een algemeen overzicht geef van bij elkaar behorende zaken. Dit heeft dan tevens het voordeel, dat ik de verschillende voordrachten en discussie's van weinig beteekenis stilzwijgend of met korte vermelding voorbij ga, alsmede „the things which had rather been left unsaid”

Even moet mij nog de opmerking van het hart over de schaduwzijde van dit congres en van congressen in het algemeen n. l. dat er zoo vaak het wijkgevoerd wordt om ook een duit in het zakje te doen, terwijl de belangrordheid van het onderwerp dit niet motiveert.

Meer beperking en eenige training voor ongeoeffende sprekers zullen vrees ik echter wel tot de pia vota blijven behooren.

Wanneer ik mij afvraag of dit congres succes gehad heeft, dan is het antwoord beslist ja. Van de wetenschappelijke zijde *zeker*, als men in aanmerking neemt, dat van de brandende vraagstukken van onzen tijd enkele nader gebracht zijn tot de oplossing, dank zij geniale vindingen, zooals de luchtgehalte-regeling in de buis van BAUER, de stroomopwekking met apparaten van SNOOK, GRISSON, GROEDEL, terwijl verkregen werd iets eenvoudigs en grootsch als de radio-electroscop van DEANE BUTCHER, enz.

De gezellige kant van het congresleven is niet minder tot zijn recht gekomen. Over den eersten avond heb ik reeds bericht, de ontvangst door de studenten, de ontvangst ten huize van den burgemeester van Amsterdam, het uitstapje naar Haerlem, waar kerk en musea bezichtigd werden, gelukkig bij goed weder, werden door de vreemdelingen zeer gewaardeerd, waarvan menig welsprekend en voor ons land waardeerd woord blijk gaf. Het gezamenlijk maaltijden, de gesprekken op binnenplaats en in de gangen gevoerd, kortom de onderlinge omgang in groote opgewektheid heeft blijvende banden achtergelaten. Het bestuur, dat met ijzeren volharding groote moeilijkheden overwon, mag ik hier zeer gelukwenschen zoowel met het congres als met de tentoonstelling. Wie de drukte in de bovenzalen heeft gadeslagen en zijn ooren en oogen den kost heeft gegeven, heeft daar niet minder opgedaan aan kennis dan beneden, maar bovendien door den persoonlijken omgang zijn relaties uitgebreid.