

selen der mondholte in de eerste 4 maanden geen neiging tot genezing, wat des te opmerkelijker is, waar in de inleidende woorden met nadruk gewezen wordt op de merkwaardige vluchtigheid dezer verschijnselen die spontaan of wel in verband met een rationeel dieet, binnen korten tijd kunnen verdwijnen. Heeft men niet het recht, juist hier waar de afwijkingen van oppervlakkigen aard zijn na de exstirpatie een snelle verbetering te verwachten, die gemakkelijk gecontroleerd kan worden? Kan hier sprake zijn van secundaire orgaanveranderingen die langen tijd de genezing op zich moeten laten wachten, zooals de schrijver ter verklaring van de vertraging het wil voorstellen? Dezelfde bedenkingen gelden voor geval 3, waar de appendicitis of de dermoïedcyste aansprakelijk gesteld wordt voor de klachten, die ditmaal voornamelijk van de zijde van de maag komen. Hierbij teekent de schrijver zelf lakoniek aan: „het verloop bewijst, dat bij het bestaan van hardnekkige mondstoornissen de goede gevolgen der operatieve therapie ettelijke maanden op zich kunnen doen wachten”.

Wordt op zulk een wijze niet wat al te veel van de gemoedelijkheid van den lezer gevergd?

Bij een chronische ziekte als de Indische spruw is, met zoo grillig verloop, waarbij dieet en koel klimaat zoo gunstig inwerken, en bij niet al te ver voortschreden proces volkomen genezing plezen aan te brengen, daar heeft men m. i., alvorens een dergelijke verstrekkende conclusie te maken, dubbel voorzichtig te zijn, en komt het mij voor, dat VAN DER SCHEER'S betoog niet zal kunnen overtuigen.

Kan het mij euvel geduid worden, dat ik in casu bij patiënt IX, waar het onderzoek door den mageren en slappen buikwand zeer vergemakkelijkt werd en desniettenstaande klinisch een aanwijzing van een appendicitis niet bestond, noch anamnestic kon worden opgegeven, geen vrijheid vond een indicatie tot operatie te steunen? Aangenaam was het mij van andere zijde te vernemen, dat ik in dezen mij in het gezelschap van Prof. LANZ mocht verheugen, wien men toch allerminst conservatisme op dit gebied kan verwijten.

's-Gravenhage, 14 Maart 1905.

G. TH. WALTER.

NITROSO-INDOLREACTIE.

In het laatste nummer van dit *Tijdschrift* komt een artikel voor van Dr. HIJMANS VAN DEN BERGH, getiteld: „Enterogene cyanose”, waarin schrijver in een noot (blz. 725) betreffende een door mij in normale urine gevonden stof, het volgende zegt: „STEENSMA is blijkbaar omtrent den aard der roode kleurstof, die zich vormde, wanneer hij aan de rottende (dus nitrieten bevattende) urine HCl toevoegde, in het onzekere gebleven. Het komt mij echter voor, dat deze reactie niet anders is dan de reeds in het jaar 1875 door NENCKI beschreven nitroso-indolreactie”. Naar aanleiding van deze opmerking, acht ik het van belang mede te deelen, dat ik bij mijn onderzoekingen wel degelijk aan deze zeer bekende reactie heb gedacht, maar dat uit een vergelijking met zuiver indol bleek, dat de stof waaruit de roode kleurstof ontstaat, niet met indol identiek was. De verschillen zijn o. a.:

1^o. de moederstof der roode kleurstof gaat uit zure oplossing in azijnaether

over en kan daaraan weer door kaliloog onttrokken worden, terwijl indol wel uit een zure oplossing in azijnaether overgaat, maar daaraan *niet* door kaliloog onttrokken kan worden.

2^o. de door mij beschreven roode kleurstof vertoont spectroscopisch een streep in het groen, terwijl het nitroso-indol een diffuse verduistering van het spectrum (behalve van het rood) geeft.

Hiermede is niet gezegd, dat in urine geen vrij indol voorkomt; integendeel uit onderzoekingen der laatste tijd door mij verricht meen ik zelfs te mogen concludeeren, dat in urine ook wel eens indol voorkomt. Maar de moederstof der door mij beschreven kleurstof, die door kaliloog aan azijnaether onttrokken kan worden, is geen indol.

Om verder misverstand te voorkomen meld ik tevens, dat de door mij beschreven kleurstof met geen enkele der tot dusverre uit urine verkregen roode kleurstoffen identiek is. Binnen kort hoop ik verdere onderzoekingen over het voorkomen van indol in urine en indolvorming door bacteriën te publiceeren en meen daarom thans met het bovenstaande te kunnen volstaan.

Amsterdam, 21 Maart 1905.

F. A. STEENSMA.

BERICHTEN.

Wetten, Besluiten, Officiële verslagen, enz.

Wetsontwerp tot beveiliging der caisson-arbeiders.

Met de behandeling van dit wetsontwerp wordt grooten spoed gemaakt met het oog op het feit, dat binnen korten tijd bij een groot bouwwerk (de verlegging der westelijke viaduct te Amsterdam) de caisson-arbeid in toepassing zal worden gebracht. Het Voorloopig Verslag naar aanleiding van het afdelingsonderzoek van dit wetsontwerp (zie dit *Tijdschrift* 1905, Eerste Helft, blz. 628) is dan ook reeds verschenen.

Niet algemeen werd goedgekeurd, dat het vaststellen der bepalingen ter beveiliging der werklieden overgelaten werd aan een Koninklijk besluit en dat de wet slechts de punten aangeeft, welke zullen moeten geregeld worden. In elk geval zou de wet toch reeds aanstonds zekere eischen kunnen stellen, welke als minimum zouden zijn te beschouwen. Gevraagd werd of de gevolgen van de zoogenaamde caisson-ziekte steeds als ongeval in den zin der wet zullen zijn aan te merken, en of de caisson-arbeid wel kan worden gerangschikt onder een der in de Ongevallenwet genoemde verzekeringsplichtige bedrijven.

In verband met de woorden „of gewerkt hebben” in art. 1 van het ontwerp, werd gevraagd hoe lang na het verlaten van den caisson de arbeider aan de te stellen veiligheidsbepalingen zal zijn onderworpen.

Uit de bepalingen onder *h* en *i* van art. 1 genoemd, met elkaar in verband gebracht, schijnt te blijken, dat de Regeering niet noodig vindt, dat voortdurend geneeskundig personeel tegenwoordig is op het werk; daartegen werd protest aangeteekend; een behoorlijk en voortdurend medisch toezicht scheen velen, als regel, noodzakelijk. Men zou de volgende bepalingen daaromtrent wenschelijk achten. Bij minder dan 0.3 atmosfeer (het werk met de