

gelezen. Enkele woorden moeten mij van het hart om u te zeggen, dat ik na rijp beraad vóór en nu ook ná de beschrijving van mijn geval (in n^o. 18 van 4 Mei) voor het vraagteeken achter de door mij gestelde diagnose niets gevoel. Ik meen toch, dat voldoende bewijzen aanwezig zijn om dit ziektebeeld voor een primaire tuberculosis rheumatoides sive inflammatoria te mogen houden, hoewel — en dat blijkt in mijne mededeeling herhaaldelijk — langen tijd aan een geval van septisch gewrichtsrheuma werd gedacht.

Het koortsverloop was onregelmatig, de diazoreactie was licht positief, elk aetiologisch moment voor sepsis, als een voorafgegane ontsteking der keel of van een ander orgaan, dat als „porte d'entrée” beschouwd kon worden, ontbrak; het endocardium, de nieren (die bij sepsis toch meestal zeer spoedig door de bacteriën worden aangetast) bleven volkomen intact, doch ook het onderzoek van het pleuravocht (dat optrad, toen de longafwijking door hoesten en sputum duidelijk was geworden) leverde geen positief bakteriële gegevens om aan primaire sepsis te denken.

Van bijzonder belang echter acht ik — hetgeen ik niet nadrukkelijk genoeg zeide —, dat ik reeds in den beginne der ziekte geringe longafwijkingen waarnam. Overigens stemt dit geval — ik zou bijna zeggen zoo volkomen — overeen met enkele der door professor NOLEN beschrevene, dat ik na lezing van diens studie niet aarzelde, het ziektebeeld van PONCET in mijn geval weer te vinden.

Tenslotte is het klinisch verloop voor dengeen, die een ziekte dagelijks waarneemt, toch stellig een moment, dat den differentiaal diagnose doet stellen.

Om nu op uwe casuïstische mededeeling te komen, begrijp ik niet, waarom gij bezwaar hebt, de ontsteking van het ileosacraal- en voetgewricht voor tuberkuleus te houden, wellicht door tuberkel-toxinen veroorzaakt, waar toch de ontsteking van het schoudergewricht positief tuberkuleus is gebleken. Gij vaart dan juist in PONCET's schuitje, die zegt, dat vaak de ontsteking in enkele gewrichten optreedt en snel verbetert zonder tot pathologisch-anatomisch tuberkuleuze veranderingen te leiden, om dan in een enkel gewricht zich te manifesteren als typisch tuberkuleus.

In uw geval is een lichte deformatie, na caries sicca van het schoudergewricht, achtergebleven.

In het door mij beschreven geval vind ik het niet *jammer*, wel zeer merkwaardig, dat het vocht der pleuraholte *uitsluitend* polynucleaire cellen bevatte; collega MOEYS noemt in zijn dissertatie één geval van tuberkuleuze pleuritis, waar hij *overwegend* polynucleaire en slechts enkele mononucleaire cellen bij mikroskopisch onderzoek vond.

Rotterdam, 4 Juni 1912.

K. A. ROMBACH.

SUIKERTITREEREN IN URINE.

Naar aanleiding van mijn stukje over het titreeren van suiker in urine heeft collega SWART een tweetal opmerkingen gemaakt, die mij niet juist voorkomen en die ik daarom even wensch te beantwoorden. Het lijkt mij, dat beide opmerkingen voortvloeien uit het feit, dat collega SWART niet goed het verschil begrepen heeft tusschen de methode van LEHMANN en die van SCHOORL.

In de eerste plaats schijnt collega SWART te meenen, dat de methode, welke LEHMANN in 1897 gepubliceerd heeft, eigenlijk al in beginsel dezelfde is als die, welke prof. SCHOORL in 1899 beschreven heeft. Dit is niet zoo. De gedachte de methode van FEHLING zóó te veranderen, dat niet het gereduceerde koper gewogen, maar het niet gereduceerde getitreerd wordt, ligt voor den scheikundige zóó voor de hand, dat zij nauwelijks als verdienste gelden kan. Het verdienstelijke bij een dergelijke methode is haar zoo ver uit te werken, dat zij *practisch bruikbaar* wordt. Dit nu is LEHMANN niet gelukt en daarom heb ik zijn stuk niet vermeld. Hij filtreert het gereduceerde koper af en titreert het filtraat. Ongelukkigerwijze loopt somtijds — en onder onberekenbare omstandigheden — het gereduceerde koper door het filter. Dan moet men telkens weer filtreren; en daar het cupro-oxyde zich daarbij weer oxydeert, kan men zeer groote fouten maken. Ook het quantitatief uitwasschen van het filter brengt bezwaren met zich. Tengevolge dezer moeilijkheden was de methode niet zóó eenvoudig en betrouwbaar, dat zij voor de kliniek aanbevelenswaardig was. Pas door de vondst van SCHOORL, dat men — in strijd met wat men verwachten zou — het gereduceerde koper niet behoeft af te filtreren, wordt dit anders. Ik wendde mij in dezen om advies tot prof. HONDIUS BOLDING, hoogleeraar in de analytische scheikunde aan de universiteit van Amsterdam, en deze meende evenals ik, dat het voorschrift pas practisch bruikbaar wordt door de verandering van SCHOORL.

In de tweede plaats zegt collega SWART, dat CITRON de methode SCHOORL reeds in 1904 en niet in 1909 — gelijk ik beweerde — beschreven heeft. Deze bewering schijnt mij voort te komen uit het feit, dat collega SWART niet begrepen heeft, dat de in 1904 beschreven methode eigenlijk slechts de methode van LEHMANN was met een kleine verandering (toevoegen van wat puimsteen). Dat deze niet voldoende is, geeft CITRON zelf in 1909 toe. Toen pas heeft CITRON in zijn voorschrift die veranderingen aangebracht, welke zijn methode tot principieel dezelfde maken als die welke SCHOORL in 1899 aangegeven heeft. In elk geval ben niet *ik* degene die verkeerd citeert, maar . . . mijn geërde criticus die mij daarvan beschuldigt!

Amsterdam, 5 Juni 1912.

J. R. KATZ.

BERICHTEN.

BUITENLAND.

DÜSSELDORF. — **Internationaal congres voor ongevalle-geneeskunde.** Van 6 tot 10 Augustus 1912 zal te Düsseldorf het derde internationale congres voor ongevalle-geneeskunde plaats vinden. De volgende onderwerpen staan op het programma: Vergelijkend overzicht van den tegenwoordigen stand der ongevalle-wetgeving in de verschillende landen. De verzekering tegen bedrijfsziekten. Belang van een vroegtijdige, de functioneele genezing bedoelende behandeling na ongevalle. Vaatziekten en ongevalle. Arthritis deformans en ongevalle. Invloed van ongevalle op het ontstaan en de verergering van gezwellen. Onderzoekingsmethoden bij ongevallijders met bijzondere inachtneming van metingen, eeltvorming aan handen en voeten