

Hoewel symptoomloze besmetting met *Schistosoma mansoni* ook hierbij voorkomt, hebben de lijdens hiearaan toch ook veel meer vroege klachten, zoals vage pijn achter het sternum, pijn in botten en gewrichten, algemene malaise, dan lijdens aan schistosomiasis haematobia. Ondanks gelijksoortige bezwaren tegen specifieke therapie als voor schistosomiasis haematobia vermeld, menen wij hier daarom, iedere besmette een volledige antimoonkuur te moeten geven.

De diagnose is meestal zeer simpel: de eieren van *Schistosoma haematobium* vindt men in de urine (laatste portie) en die van *Schistosoma mansoni* in de ontlasting (zo nodig na toediening van een laxerend middel). Het is maar zelden nodig, tot verdere ingrepen over te gaan. Als men bij een gegronde vermoeden na verschillende malen urine en ontlasting te hebben onderzocht niets vindt, kan men voor schistosomiasis haematobia cystoscopie doen, met zo nodig biopsie van het blaaslijmvlies. Voor schistosomiasis mansoni is dan een rectumbiopsie aangewezen. Door het verwijderde stukje slijmvlies met wat 0,9 pct NaCl-oplossing tussen twee objectglazen plat te drukken en onder een microscoop te leggen, kan men durante operatione de diagnose stellen en zo nodig nog biopsie doen. Leverbiopsie is voor de diagnose van schistosomiasis haematobia een overbodige ingreep, omdat het rectum als „primaire huisvesting” van de wormen altijd veel meer eieren bevat dan de lever. Als men bij een leverbiopsie één ei mocht vinden, zou men er in het rectum zeker vele hebben gevonden, en een negatieve leverbiopsie sluit om dezelfde reden een infectie met *Schistosoma mansoni* geenszins uit.

Wat de therapie betreft, dient naast de door RODRIGUES PEREIRA en BRANDT vermelde middelen zeker nog natriumantimonylgluconaat (Triostam) genoemd te worden. Van dit middel geeft men dagelijks 3 mg/kg lichaamsgewicht intraveneus gedurende zes dagen. Met dit middel werden hier bij enige Europese patiënten goede resultaten geboekt zonder noemenswaardige bijverschijnselen. Bij Afrikanen daarentegen moesten wij er vanwege ernstige reacties: hoge koorts, braken, ernstig gevoel van onbehagen, spoedig mee ophouden. Misschien berustte dit op een soort reactie van Herxheimer, in hevigheid evenredig aan het aantal wormen dat de patiënt herbergt. Omdat Europese lijdens in het algemeen maar weinig wormen zullen herbergen, lijkt Triostam het aangewezen middel voor patiënten, die in Nederland onder behandeling komen, omdat de kuur maar zo kort is. Het zou jammer zijn, als bv. van een kostbare verloftijd onnodig lang aan een medische behandeling zou moeten worden besteed.

*Literatuur:* BERG, J. A. G. TEN (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1599. — RODRIGUES PEREIRA, A. en K. H. BRANDT (1960) Blaasafwijkingen, veroorzaakt door *Schistosoma haematobium*. *Ned. T. Geneesk.* 104, 1326.

Ukerewe, Tanganyika

A. P. OOMEN

#### RETINOPATHIA DIABETICA EN DE ZORGVULDIGHEID VAN DE DIABETESBEHANDELING

Over de invloed van de diabetesbehandeling op het ontstaan van de zogenaamde late complicaties bestaat bij de internisten nauwelijks twijfel. De steeds frequenter wordende retinopathia maakt hierop geen uitzondering. Het is van

weinig belang, of het hoge bloedsuikergehalte dit veroorzaakt dan wel of de stofwisselingsstoornissen die tegelijk met het hoge bloedsuikergehalte ontstaan, de oorzaak ervan zijn. Hoe groot het belang van een goede behandeling is, moge blijken uit enige aanhalingen uit een recent artikel van Root c. s. (1959) handelende over 849 gevallen van retinitis proliferans: „It is not merely the duration of the diabetes, but the quality and degree of the control of diabetes which will prevent or postpone retinitis”. „In the experience at the Joslin Clinic no patient with excellent or good control of diabetes, immediate use of insulin at the onset of diabetes, continuous and good medical supervision and daily testing of the urine to prevent glycosuria and hyperglycemia, has been seen to have proliferative retinopathy”. Waarschijnlijk heeft geen kliniek op dit punt een zo grote ervaring als het diabetescentrum van JOSLIN. De conclusies van andere internisten, die vele gevallen langdurig hebben geobserveerd, stemmen hiermede overeen (zie o.a. SVEN JOHNSON 1960).

Helaas wordt de overgrote meerderheid van de suikerzieken niet gedurende het gehele verloop van de ziekte goed behandeld en bij ieder geval van retinitis die met blindheid eindigt, moet de arts zich afvragen, of hij voldoende tijd aan deze patiënt heeft besteed en of hij hem voldoende heeft gewezen op de gevaren van een slecht gecontroleerde diabetes. Het zou ons geweten ontlasten als zou blijken, dat retinitis niet toe te schrijven is aan tekortkomingen van de patiënt en zijn arts.

Helaas ben ik door de stellige uitspraak van Prof. DEKKING (1960), dat het standpunt van JOSLIN „ten enenmale onjuist is” niet gerustgesteld, al weet ik, dat dit de opvatting is van vele oftalmologen. Deze specialisten zien de patiënt vaak pas als het kwaad reeds is geschied, en het is denkbaar, dat het mededogen met de patiënt, die zij van zijn schuldgevoel willen bevrijden, hun oordeel beïnvloedt. Wanneer dit mededogen zich echter ook over de behandelende internisten uitstrekt, moet ik deze bescherming beslist van de hand wijzen.

*Literatuur:* DEKKING, H. M. (1960) Substitutie therapie met droppreparaten na adrenalectomie. *Ned. T. Geneesk.* 104, 2249. — JOHNSON, S. (1960) Retinopathy and nephropathy in diabetes mellitus. *Diabetes*, 9, 1. — ROOT, H. R., S. MERSBY en J. DITZEL (1959) Proliferative retinopathy in diabetes mellitus. *J. Amer. med. Ass.* 169, 903.

Amsterdam, 9 november 1960

J. G. G. BORST

JOSLIN schrijft: „no patient with excellent control of diabetes . . . has been seen to have proliferative retinopathy”. Dat is zeer goed mogelijk; zo hebben ook de meeste radiologen nooit een röntgen-cataract gezien. Immers, patiënten die een achteruitgaande visus hebben, gaan naar de oogarts, en gaan niet terug naar de radioloog die hen heeft bestraald of naar de internist die hen indertijd voor diabetes heeft behandeld.

Ik heb zelf te veel patiënten blind zien worden aan een proliferatieve diabetische retinopathie, patiënten die altijd volmaakt gereguleerd zijn geweest, om enige waarde te hechten aan de apodictische uitspraak van de internist: JOSLIN.

Groningen, 23 november 1960

H. M. DEKKING