

De voordracht op de vergadering van 4 december 1982 is een samenvatting van twee onderzoeken, waarvan er een nadien in een proefschrift is gepubliceerd (A. Steenhoek „Drugs given by intravenous infusion” d.d. 28-11-1983). Het tweede onderzoek zal binnenkort in „Respiration” verschijnen. De samenvatting van de voordracht in dit tijdschrift kon niet anders dan een bekorte weergave ervan zijn. Vandaar waarschijnlijk ook de vraag van de collegae Jonkman en Koëter. Het lijkt ons beter dat zij eerst beide bronnen bestuderen, misschien kan dan in een later stadium de discussie worden geopend.

Wel wil ik op enkele opmerkingen ingaan, die verwijzen naar onnauwkeurigheden. Inderdaad moet de dosis aminofylline van 1440 ml per 24 uur gewijzigd worden in 1440 mg per dag. Verderop moet inderdaad „zeer lage toxische doses” veranderd worden in „zeer hoge toxische plasmaconcentraties”. De vermelde formule was niet compleet en dient te zijn:

$$R = \frac{V_D \times ke. \times C_{ss}}{0,85}$$

Ik hoop u, naast verontschuldigen voor de grote hoeveelheid onnauwkeurigheden, met deze reactie van dienst te zijn.

Tilburg  
Alkmaar, december 1983

F. PALMEN  
A. STEENHOEK

### *Een echtpaar met koorts en eosinofilie*

In de klinische les van Wetsteyn en Van Lijf wordt de rectumbiopsie niet genoemd voor het stellen van de diagnose schistosomiasis: „De definitieve diagnose berust op het aantonen van de eieren in faeces of urine”.<sup>1</sup>

De rectumbiopsie is een eenvoudige, weinig tijdrovende en goedkope methode die in veel ziekenhuizen in de tropen informatie verschaft over het al dan niet bestaan van schistosomiasis in die gevallen waarin het faeces- en (of) urine-onderzoek negatief uitvalt. Voor grotere trefzekerheid kunnen multiële biopsies genomen worden. Bij sterk vermoeden op schistosomiasis en negatief uitgevallen rectumbiopsie kan de biopsie op een aantal achtereenvolgende dagen herhaald worden. Theoretisch zullen rectumbiopsies bovendien eerder eieren te zien geven dan faeces of urine-onderzoek omdat infiltratie van rectum en (of) blaas-mucosa eerder plaatsvindt dan excretie van de eieren in faeces of urine.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Wetsteyn JCFM, Lijf JH van. Een echtpaar met koorts en eosinofilie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 361-3.

<sup>2</sup> Lorette G, Jaafar MR, Grojean MF, Duong Th. Schistosomiasis mekongi diagnosed by rectal biopsy. Br Med J 1983; 286: 2012-3.

Tukuyu (Tanzania), december 1983 G.C. DUN

Wij danken collega Dun voor zijn reactie vanuit het veld. Voor de diagnostiek van schistosomiasis is zeker de „rectal snip” (sneller en te verkiezen boven de biopsie) een goede methode. Wij gebruiken de rectal snip als na herhaald faeces- en (of) 24-uursurine-onderzoek geen eieren van *Schistosoma mansoni* of *haematobium* worden gevonden bij een patiënt uit een endemisch gebied.

Of de rectal snip eerder positief zal uitvallen dan het faecesonderzoek bij een patiënt met een Katayamasyn-

droom kunnen we ontkennen noch bevestigen. De portee van de klinische les was echter veeleer het stellen van de diagnose Katayamasyndroom zonder de parasiet gezien te hebben, hetgeen zeer zelden gebeurt bij parasitaire infecties; de grote uitzondering is het leveramoebenabces. Met de waarschijnlijkheidsdiagnose voor ogen kan ieder verder – vaak ingrijpend – onderzoek naar de oorzaak van de koorts en (of) de eosinofilie worden gestaakt. Het rustig durven afwachten lijkt een anachronisme te worden in de technologische geneeskunde van vandaag.

De patiënt beschreven door Lorette et al. betreft een bewoner van een *endemisch* schistosomiasisgebied en heeft derhalve een chronische infectie.

Amsterdam, januari 1984

J.C.F.M. WETSTEYN  
J.H. VAN LIJF

### *Praktische problemen rondom het inspuiten van insuline*

Het artikel van Michels is een voorbeeld van goede voorlichting aan in de praktijk werkzame hulpverleners.<sup>1</sup> Het zou aanbeveling verdienen om dergelijke informatie ook aan wijkverpleegsters te geven. Op één aspect wil ik graag ingaan en dit onderstrepen. Collega Michels stelde dat de meeste diabetici tegenwoordig wegwerpspuiten en -naalden gebruiken. Vanuit de praktijk is duidelijk dat in zeker 80% van de gevallen de patiënt gebruik maakt van het wegwerpmateriaal. In Nederland zijn ca. 80.000 insuline-afhankelijke diabetici die dan met elkaar per jaar meer dan 40 miljoen spuiten en naalden gebruiken. Uit recente publikatie van onderzoek omtrent steriliteit van de spuiten en de naalden blijkt dat zonder enig gevaar van besmetting de naalden en de spuiten gedurende een week kunnen worden gebruikt. Het zal duidelijk zijn dat hier een enorme besparing mogelijk zal zijn. Bovendien zou een besparing kunnen worden verkregen door patiënten te adviseren de spuiten te betrekken van de Diabetes Vereniging Nederland, waarbij gemiddeld zeker voor f 25,— per 100 spuiten goedkoper kan worden gekocht dan bij de andere leveranciers. Tellen wij beide bezuinigingsmaatregelen op, dan is alleen op spuiten en naalden voor heel Nederland een jaarlijkse besparing van ongeveer 18 miljoen gulden reëel. Wanneer wij praten over eigen bijdragen, dan zou eerst eens moeten worden gekeken of dat onheil niet te vermijden zou zijn door juist eens te kijken naar andere mogelijkheden van besparing.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Michels RPJ. Praktische problemen rondom het inspuiten van insuline. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1974-8.

Wezep, december 1983

D. Post

Gaarne wil ik collega Post danken voor zijn reactie op mijn artikel. Wat de omvang van de besparingen betreft, die kunnen worden bereikt door materialen aan te schaffen via de Diabetes Vereniging Nederland, wil ik graag de aandacht vestigen op de prijslijsten in het afgelopen decembernummer van het DVN-Voorlichtingsblad „DIABC”.

De laatste zin uit het commentaar van collega Post onderstreep ik van harte: aan ons medici practici het eerste woord door ons dagelijks handelen ook in dezen steeds kritisch te blijven beschouwen.

R.P.J. MICHELS