

in de longcapillairen achter. Ter vergelijking kan het percentage dienen van de activiteit die het linkerhart passeert als ongebonden technetium in de vorm van pertechnetaat wordt ingespoten: 25-37%.

Bij de patiënte van wie sprake is in het artikel van collega VAN ASSEN, werd een shuntpercentage van 14% gevonden, hetgeen dus wijst op een rechtstreekse verbinding zonder dat een capillairbed wordt gepasseerd.

Literatuur: KAZEM, I. (1970) Clinical evaluation of intrapulmonary shunting by means of the cardiopulmonogram. *I.A.E.A. Symposium on dynamic studies with radioisotopes in clinical medicine and research*. Rotterdam 1970. SM 136/59.

Rotterdam, november 1972

D. VAN ZWOL

Luchtverontreiniging en diagnosepatroon

Na herhaaldelijk selecties te hebben toegepast, komt Dr. HOOGENDOORN (1972) gelukkig tot de conclusie dat er geen overtuigend verschil tussen noord en west bestaat in het ziektespectrum van ziekenhuisbevolking ten gevolge van mogelijke invloeden van luchtverontreiniging. Aangehaald moge worden: „Het diagnosepatroon verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis tamelijk sterk en is blijkbaar afhankelijk van zeer veel factoren, waarvan de luchtverontreiniging er slechts één is . . .” en „ . . . dat tussen artsen verschillen in medisch woordgebruik bestaan.”

Genoemd mogen worden de geboden oplossingen voor de verwarring tussen acute tonsillitis en hypertrofie van tonsillen en adenoïd weefsel, en voor het storend effect van roken op milieu-vervuiling in relatie tot longkanker.

Het artikel illustreert op voortreffelijke wijze „Berkson's fallacy”, zoals eerder door collega RÜMKE (1970) in dit tijdschrift werd beschreven.

Tenslotte is de aanhaling uit VAN DER LENDE onjuist: „hoesten” dient te worden vervangen door „expectoreren”.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1858. — RÜMKE, CHR. L. (1970) *Ned. T. Geneesk.* 110, 766.

Rotterdam, oktober 1972

F. N. GROUSTRA

Collega GROUSTRA dank ik voor zijn reactie. Uit de bewoordingen waarmee het resultaat van het onderzoekje werd samengevat, moge inderdaad blijken dat ik gepoogd heb het gevaar van „Berkson's fallacy” te ontlopen. Wellicht is het nuttig, dat collega GROUSTRA nog eens op dit gevaar heeft gewezen.

Wijhe (Ov.), november 1972

D. HOOGENDOORN

De frequentie van manifeste jicht

De firma Hoechst heeft dezer dagen een serie informaties het licht doen zien over het coronairrisico in relatie tot enkele andere aandoeningen. Informatie nr. 3 handelt over „jicht en coronairrisico” waarin, o.a. ter bestrijding van psychische belasting (en eventueel gelijktijdig voorkomende coronair-insufficiëntie), het gebruik van het preparaat Synadrin wordt aanbevolen.

Ik wil deze aanbeveling laten voor wat ze is, maar wel wijzen op m.i. ongefundeerde en onjuiste informatie over de frequentie van jicht. Gesteld wordt dat manifeste jicht „véél frequenter voorkomt dan vroeger en onder de mannelijke

bevolking thans bijna gelijk is aan die van diabetes mellitus. Eén op de 5 arthritis-patiënten lijdt aan manifeste jicht”.

Deze informatie is, althans wat Nederland betreft, en zeker voor het werkgebied van het „reumacentrum Groningen”, in strijd met de werkelijkheid. Sinds 1948 is de frequentie van het aantal jichtpatiënten bij ons, in verhouding tot het aantal mannelijke lijdende aan reumatoïde arthritis, iets gestegen en wel van 1 op ca. 15 tot 1 op ca. 10. Deze verhouding bleef de laatste 5 jaar constant.

Manifeste jicht is thans een relatief zeldzame ziekte. Er zijn mij overigens ook geen gegevens bekend uit andere Westeuropese landen, zelfs niet uit het traditionele jichtland Engeland, die er op zouden wijzen dat in vergelijking met reumatoïde arthritis en diabetes mellitus, jicht (weer) zo'n voorname plaats in de ziektestatistiek zou innemen. En wanneer men naast mannelijke lijdende aan reumatoïde arthritis ook nog de mannelijke patiënten met bv. Arthritis psoriatica, spondylitis ankylopoetica, ziekte van Reiter en chondrocalcinosis (die eveneens met perifere arthritis gepaard gaan) in beschouwing neemt in verhouding tot jicht, wordt de verstrekte informatie nog twijfelachtiger.

Natuurlijk is het goed dat bij de diagnostiek van „arthritis” ook aan jicht wordt gedacht. Informatie nr. 3 van Hoechst kan er echter toe leiden dat de arts te snel tot de diagnose „jicht” komt met als gevolg het missen van de juiste diagnose en behandeling.

De farmaceutische industrie, die haar algemene informatie op smakelijke wijze, en kort en duidelijk pleegt te brengen, dient zich in dit opzicht zijn verantwoordelijkheid terdege bewust te zijn.

Groningen, 9 november 1972

J. J. DE BLÉCOURT

Nogmaals nevenwerkingen van lokaal geapliceerde corticosteroiden

Naar aanleiding van het onderschrift van Prof. JANSEN op ons „Ingezonden” (1972) zouden we graag het volgende opmerken:

Wij zijn in het geheel niet overtuigd van de door JANSEN zo geroemde grondigheid, degelijkheid en objectiviteit van SCHÖPF (1972), ondanks de 76 literatuurverwijzingen bij diens overzichtsartikel. Over de algemene nevenwerkingen van lokaal toegepaste corticosteroiden zegt SCHÖPF: „dass sie im allgemeinen subklinisch bleiben, aber gelegentlich bis zum Vollbild eines Cushing Syndroms führen können.” SCHÖPF citeert ter adstructie van deze opvatting 4 artikelen (GILL en BAXTER 1964; SCOGGINS 1962; MARCH, REA en PORTER 1965; SCOGGINS en KLIMAN 1965).

Leest men deze artikelen in het origineel, dan blijken de schrijvers juist wat het Cushingsyndroom betreft het tegendeel te constateren. Zo concluderen bijvoorbeeld MARCH, REA en PORTER op bladzijde 47 van hun artikel: „The usual adverse effects of steroid therapy (peptic ulceration, osteoporosis, *cushingoid changes*) have not been noted to date following topical steroid therapy under occlusive dressings.” Evenmin stellen de andere door SCHÖPF geciteerde auteurs dat externe steroidtherapie Cushingverschijnselen zouden veroorzaken. Ons zijn nóch uit eigen ervaring nóch uit de meer recente literatuur gevallen van het syndroom van Cushing bekend uitsluitend door het gebruik van uitwendige corticosteroiden.

Wij zijn het met JANSEN eens dat corticosteroidzalven helaas veel op onjuiste indicatie worden toegepast. Maar evenzeer willen wij voorkomen dat deze medicamenten bij goede indicatie door onvoldoende gemotiveerde angst voor