

van een lang voortgezette toediening van cortison of prednison, kan ernstige ongelukken tot gevolg hebben, soms met fatale afloop. Het gevaarlijkst is natuurlijk de situatie, waarin met de toediening van corticosteroiden gestopt wordt, juist op een moment, dat van de — insufficiënte — bijnierschors een verhoogde activiteit wordt gevraagd, dus bij ernstige infectieziekten, ongevallen, operaties etc. Er ontstaat dan vrijwel zeker een ernstige bijnierschorsinsufficiëntie met sterke — eventueel dodelijke — collaps.

Geleerd door slechte ervaringen, zijn we ertoe overgegaan onze patiënten, die met corticosteroiden behandeld worden — precies als bij insulinepatiënten — een kaartje mee te geven, waarop staat, dat zij een bepaalde dosis cortison of prednison of prednisolon krijgen, die in geen geval gestaakt mag worden, althans niet ineens, en dat bij noodtoestanden — operatie, shock, ongevallen, pneumonie etc. — liefst de dubbele dosis gegeven moet worden.

(Is het door omstandigheden onmogelijk, bijvoorbeeld bij een gecollabeerde patiënt, de tabletjes per os te geven, dan zal hydrocortison of liever nog prednisolonhemisuccinaat — Di-Adreson-F-Aquosum — intraveneus gegeven moeten worden.)

Op dit terrein liggen ook de gevaren van de vooral in Amerika op zo grote schaal gebruikte „super-aspirins”, tabletjes met behalve een salicylaat, een kleine hoeveelheid cortison of prednison — meestal nog daarbij een antacidicum —. Ook al is de in deze tabletjes vervatte dosis prednison zeer klein — bijvoorbeeld 0,5 mg; bij gebruik van 6-8 tabletjes toch nog 3-4 mg! —, wanneer deze medicamenten gedurende lange tijd gebruikt worden, bestaat hier toch wel degelijk de mogelijkheid van het ontstaan van een gedeprimeerde bijnierschorsfunctie met alle gevolgen van dien in gevallen van „emergency”, waarin een hyperfunctie van de bijnierschors gevraagd wordt.

Zolang het tegendeel niet experimenteel en klinisch aangetoond is, bestaat er mijns inziens alle reden om zich totaal van deze door het publiek zo gemakkelijk geslikte „super-aspirins” (ook het Nederlandse „Rheulysin”!) te onthouden en dergelijke medicamenten zeker niet te gebruiken op vage indicaties als „autoschouder” en „tennisarm”, waar slechts een analgeticum aangewezen is. Wil men deze gecombineerde preparaten van salicylaat en corticosteroid gebruiken, dan doe men dit slechts op een goede indicatie, dat wil zeggen dezelfde indicatie als voor prednison en cortison.

Behalve het genoemde belangrijkste bezwaar en gevaar der corticosteroidtherapie, de eruit resulterende verminderde bijnierschorsfunctie, bestaat er nog een andere grote moeilijkheid bij de langdurige toediening van corticosteroiden, namelijk de verminderde resistentie tegen bacteriële infecties, een praktisch probleem, waarvan de volle draagwijdte mijns inziens nog niet is te overzien. Vaak zien wij bij deze patiënten — al of niet met verschijnselen

Prof. Dr. K. J. van Deen

In de benoeming van collega K. J. van Deen tot hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen hebben velen zich verheugd, zowel om de persoon van Van Deen als om de taak, welke hij op zich gaat nemen en die hem in de gelegenheid stelt daarbij ook de plaats van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg nader en duidelijker te bepalen. De redactiecommissie van „huisarts en wetenschap” deelt ten volle in de voldoening, welke Van Deen's benoeming tot hoogleraar heeft gewekt. Deze benoeming betekent het neerleggen van directe taken in het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarvan hij mede-oprichter en bestuurslid was; als buitengewoon lid en als adviseur zal Van Deen de relatie met het N.H.G. gelukkig kunnen voortzetten. En al is er stellig sprake van verlies voor het N.H.G., men mag vertrouwen dat Van Deen dit in zijn nieuwe taak langs indirecte weg zal gaan vergoeden door zijn werk als hoogleraar, dat met de volledige kennis en ervaring van de huisarts zal zijn doortrokken.

Er is reeds geschreven dat men in de benoeming van Van Deen een symptoom van het réveil van de Nederlandse huisarts mag zien. Van deze plaats zij de nieuwe hoogleraar van harte toegewenst dat hij op zijn nieuwe post een bijdrage in de belangrijke wisselwerking tussen huisarts en sociale geneeskunde zal mogen geven.

Fr.

van hypercortisonisme — infectie ontstaan of van latent manifest worden, infecties die vaak weerstand bieden aan de gebruikelijke antibiotica. Soms ook verlopen deze infecties met slechts geringe symptomen en zijn ze moeilijk klinisch te herkennen.

Zo zag men hardnekkige cystopyelitiden, etterige pleuritiden etc., moeilijk te behandelen en niet zelden de oorzaak van een fatale afloop.

Het feit, dat de weerstand van het lichaam tegen bacteriële infecties bij langdurige toediening van corticosteroiden zo belangrijk verminderd blijkt te zijn, toont nog eens aan, van hoe ingrijpend karakter een dergelijke behandeling is.

Geadviseerde literatuur:

- Böni, A. (1957) Schweiz. med. Wochenschr. 9, 208.
- Diraimondo, C. c.s. (1958) Metabolism, januari.
- Fallet, G. H. (1958) Schweiz. med. Wochenschr. 48, 1204.
- Holbrook, W. P. c.s. (1957) J.A.M.A. 164, 13, 1469.
- Howell, D. S. en Ch. Ragan (1956) Medicine, 35, 83.
- Kamm (1958) Het Hormoon, XXII, 149.
- Slocumb, C. H. c.c. (1957) Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic, 9, 32.
- Stillman, J. S. (1958) The new England Journ. of Medicine, 259, 17, 820.