

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



INFLUENZA B IN NEDERLAND

Influenza-B-virus werd na de tweede wereldoorlog in Nederland voor het eerst geïsoleerd als sporadische vondst tijdens de grote epidemie van influenza A in de winter van 1948/1949.

In het najaar van 1950 heerste in ons land een kleinere epidemie van influenza B, die werd gevolgd door een grote epidemie in de winter van 1951/1952. In December 1954 verscheen influenza B epidemisch in Engeland met slechts een geringe stijging van de algemene sterfte.

Thans heerst de ziekte in Nederland, waar dr. C. L. DE BOER in een militair kamp te Den Helder, op de klinische symptomen, influenza vaststelde. De aldaar geïsoleerde stam is waarschijnlijk verwant met de 1952-B-stammen en schijnt af te wijken van de klassieke Bon-stam, die in 1943 in Australië werd gevonden en die tot dusverre met het grootste deel der latere geïsoleerde stammen identiek was of er nauw verwant aan.

Leiden, 15 Januari 1955

J. MULDER

ERVARINGEN MET HET NIEUWE ANTI-EPILEPTICUM MYSOLINE

De conclusie van collega LORENTZ DE HAAS¹ dat mysoline een waardevolle aanwinst voor de geneeskunde is, kan ik geheel onderschrijven.

Een nieuw geneesmiddel zal men niet licht aan epilepsie-lijdens voorschrijven die men slechts korte tijd kent. Aan hen geeft men eerst de „beproeefde” geneesmiddelen: diphantoïne en luminal, die in de meeste gevallen wel voldoen. Zo niet, dan kan men een modern anti-epilepticum verstrekken. Dan moet de band tussen arts en patiënt inmiddels hecht zijn geworden, want iedere wijziging in de behandeling is nog geen verbetering en de nieuwe middelen zijn veelal toxischer dan de beproefde.

Voor het aanpassen aan nieuwe middelen zal men de patiënt bij voorkeur enige weken in een ziekenhuis opnemen, hetgeen welhaast een *conditio sine qua non* is voor de behandeling met phenuronpreparaten („phacetur”, „phetylureum”). Mysoline kan men m.i. goed aan ambulante patiënten geven, omdat de normale levenswijze er ook in de eerste weken niet in belangrijke mate door wordt gestoord, mits men het op een juiste wijze doseert. Toch moet men niet op hoogtijdagen op mysoline overschakelen, omdat het (naar mijn ervaring) in de eerste weken nogal eens sufheid, ataxie of verwardheid veroorzaakt. De kans op deze bijverschijnselen kan men verminderen door het geneesmiddel in stijgende doses te geven. Ik schrijf aan volwassenen naast de reeds voorgeschreven medicamenten 's avonds 1 tablet mysoline voor, en stijg om de drie dagen met 1 tablet tot drie maal daags 1 of 2 tabletten. Dan kan de hoeveelheid luminal meestal tot $\frac{1}{3}$ of $\frac{1}{2}$ worden verminderd, terwijl de hoeveelheid diphantoïne gelijk blijft. Sufheid enz. verdwijnen meestal snel, wanneer men tevens 's ochtends en 's middags 10 mg pharmedrine voorschrijft, hetgeen men na enige weken geleidelijk aan kan weglaten.

Dr. LORENTZ DE HAAS schrijft terecht dat mysoline epileptische aanvallen onderdrukt, de patiënten weinig suf maakt en niet toxisch is. Waar ik vooral op wil wijzen, is dat het een zekere mate van euphorie geeft. Hierdoor zijn vele patiënten in het aanvalsvrije interval gemakkelijker voor zichzelf en voor de omgeving. De problemen aangaande epilepsie-lijdens worden vooral bepaald door de neuropsychische (cerebrale) toestand tijdens het interval. Aangezien het mysoline ook hierin verbetering kan brengen, zal het aangewezen zijn sommige lijdens aan epilepsie, bij wie de aanvallen door luminal en diphantoïne wegblijven, met deze stof te behandelen.

Literatuur: ¹LORENTZ DE HAAS (1954) *N.T.v.G.* **98**, 3778.

Heemstede, Januari 1955

W. KRAMER