

INGEZONDEN

STOFNAMEN EN MERKNAMEN

In het Commentaar (1964), getiteld „Hyaliene-membranen-syndroom en fibrinolyse”, en in de klinische les van Prof. JONXIS (1964) heb ik de „generic name” van THAM, t.w. tromethamol, gemist.

De naam THAM is inmiddels wel ingeburgerd in de medische wereld. Ik ben echter van mening, dat aan het gebruik van de door de Wereld Gezondheids Organisatie vastgestelde namen de voorkeur moet worden gegeven.

Het zou wellicht nuttig kunnen zijn, wanneer dit door uw *Tijdschrift* zou worden gestimuleerd.

Literatuur: Commentaar (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 473.
— JONXIS, J. H. P. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 445.

Groningen, 1 april 1964

T. HUIZINGA

Het noemen van „stofnamen” („generic names”), in plaats van merknamen, is een zaak die de Redactie zeer ter harte gaat. Wij gaan daarbij volgens een bepaald systeem te werk: Merknamen schrijven wij met een hoofdletter en letterlijk overeenkomstig de spelling van de industrie. Stofnamen schrijven wij met een kleine letter, en wij maken er zo mogelijk een Nederlands woord van. Wij schrijven dus zelfs Aspirin, en niet meer aspirine, zoals nog vaak gedaan wordt. Maar bij voorkeur gebruiken wij voor dit middel de stofnaam acetosal. Van woorden zoals cortisone maken wij cortison, sulphathiazole wordt sulfathiazol.

Er is een eenvoudige verklaring waarom wij niet de stofnaam voor THAM hebben gebruikt: van nieuwe preparaten zijn de stofnamen moeilijk of niet te vinden. Wij hebben althans „tromethamol” niet aangetroffen in MARLER (1961) *Pharmacological and chemical synonyms* (Excerpta Medica Foundation) en in DE HAAN (1962) *Geneesmiddelencompendium II* (Stafleu, Leiden). Wij beschikken (nog) niet over de „International non-proprietary names” resp. „Dénominations communes internationales”, die de Wereldgezondheidsorganisatie regelmatig publiceert in de *Chronicle of the World Health Organization*. Overigens zijn deze lijsten in de praktijk, juist door hun wijze van verschijnen, ongeschikt om in een voorkomend geval snel op te zoeken, welke stofnaam correspondeert met een bepaalde merknaam.

Amsterdam, 2 april 1964

REDACTIE

DE DIAGNOSE MONONUCLEOSIS INFECTIOSA

Professor STAHLIE (1964) wekt m.i. de indruk, te menen dat mononucleosis infectiosa niet zelden een epidemische ziekte is. Het is mij echter gebleken dat mononucleosis infectiosa bijna nooit duidelijk epidemisch verloopt. Ik heb nooit bij een ziektegeval een bron van infectie kunnen aanwijzen. Zo heb ik ook niet kunnen waarnemen dat meer leden uit één gezin tegelijkertijd of korte tijd na elkaar deze ziekte doormaakten. Twee keer heb ik daarentegen kunnen opmerken dat twee leden uit hetzelfde gezin, die geregeld met elkaar in contact stonden, met een tussenpoos van ruim één jaar ziek werden. Misschien is het derhalve raadzaam bij de beschreven epidemieën na te gaan of het epidemisch karakter wel vaststond.

Zolang de verwekker van mononucleosis infectiosa nog niet bekend is, blijft het natuurlijk moeilijk, betreffende de specificiteit van de reactie van Paul-Bunnell een ondubbelzinnige uitspraak te doen. Het is mij echter — zoals anderen — gebleken, dat bij een kenmerkend beeld (angina lacunaris gecombineerd met multipale lymfomen, karakteristiek wit bloedbeeld, gestoorde leverfunctie, eventueel milttumor) de indirecte reactie van Paul-Bunnell altijd positief uitviel, zij

het soms pas na enige tijd. Bij jongere kinderen treft men uiteraard de combinatie van angina lacunaris, multipale lymfomen en lymfocytose vaker aan, ook bij andere ziekten dan mononucleosis infectiosa; op deze leeftijd is lymfocytose normaal, en moeilijk van de bij mononucleosis infectiosa voorkomende veranderingen in het witte bloed te onderscheiden. Daardoor is ongedwongen te verklaren dat wij bij jonge kinderen bij een bovengenoemd symptomencomplex vaak een negatieve uitslag van de indirecte reactie van Paul-Bunnell en normale waarden van leverfunctieproeven vinden.

Professor STAHLIE vermeldt niet of bij zijn patiënt leverfunctieproeven verricht zijn. In mijn reeks van patiënten heb ik kunnen constateren dat deze patiënten met typische mononucleosis infectiosa nagenoeg altijd op gestoorde leverfuncties wijzen (voornamelijk verhoogde waarden van SGPT en van de thymolreactie). Zouden dus in het onderhavige ziektegeval normale waarden gevonden zijn, dan zou deze bevinding m.i. een goede aanwijzing geweest zijn om de diagnose mononucleosis infectiosa onwaarschijnlijk te achten. Naar mijn mening moeten bij elke patiënt, bij wie mononucleosis infectiosa wordt verondersteld, behalve het witte bloedbeeld en de indirecte reactie van Paul-Bunnell ook altijd de leverfuncties worden onderzocht.

Literatuur: STAHLIE, T. D. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 685.
Groningen, 5 april 1964

A. LÖWENBERG

Het spijt mij de indruk gewekt te hebben „te menen dat mononucleosis infectiosa niet zelden een epidemische ziekte is”. Ik ben het geheel met collega LÖWENBERG eens, dat in de grote meerderheid der gevallen deze ziekte een sporadisch karakter draagt. Wat ik heb betoogd, is dat bij de (schaarse) epidemieën van mononucleosis infectiosa niet bij alle personen met klinische en hematologische tekenen van deze ziekte de reactie van Paul-Bunnell positief uitvalt. In het bijzonder bij jonge kinderen blijft ze vaak negatief. Of hier dan het epidemische karakter wel vaststond, hangt af van de wijze waarop men het begrip „epidemie” wil definiëren. Volgens JUSATZ betekent „epidemie” het in een hoger percentage dan gewoonlijk voorkomen, dan wel de plotselinge uitbreiding van een infectieziekte in een bepaald gebied. De Wereld Gezondheids Organisatie strekt dit begrip zelfs ook tot niet-infectieuze aandoeningen uit. Aanvaardt men bovenstaande definitie, dan stond bij de beschreven epidemieën (in scholen, onder verplegend personeel, onder studenten) het epidemische karakter wel vast. Anders wordt het, indien met „het epidemische karakter” de infectieteken is bedoeld. Die valt in den regel zeer moeilijk aan te tonen. Maar gold dit ook niet voor bv. poliomyelitis voordat het gelukte het virus daarvan te isoleren?

Bij onze patiënt zijn geen speciale leverfunctieproeven verricht, omdat daar eigenlijk weinig aanleiding toe was. Geheel onderschrijf ik de mening van collega LÖWENBERG dat bij typische mononucleosis infectiosa vrijwel steeds gestoorde leverfuncties in het beloop worden aangetroffen. Dat men er voor de differentiële diagnostiek veel aan zou hebben, lijkt mij twijfelachtig, daar ze juist bij de soms moeilijke differentiële diagnose tussen mononucleosis infectiosa en hepatitis infectiosa de onderzoeker in de steek laten.

Literatuur: JUSATZ, H. J. (1963) *Handbuch der Kinderheilkunde*, Bd. V, bl. 17. Springer-Verlag, Berlijn, Göttingen, Heidelberg.

Amsterdam, 14 april 1964

T. D. STAHLIE