

- SHELMIRE, B. (1940) Nature of the excitant of poison ivy dermatitis. *Arch. Derm. Syph. (Chic.)* **42**, 405.
- SIDI, E. en S. DOBKEVITCH-MORRILL (1951) The injection and ingestion test in cross-sensitization to the para-group. *J. invest. Derm.* **16**, 299.
- SKOG, E. (1961) The effects of pretreatment with an allergen in active and passive sensitization. Experiments on guinea-pigs with 2,4-dinitrochlorobenzene. *Acta dermat.-venereol. (Stockh.)* **41**, 135.
- STEVENS, F. A. (1945) Status of poison ivy extracts. *J. Amer. med. Ass.* **127**, 912.
- STORCK, H. (1955) Ekzem durch Inhalation. *Schweiz. med. Wschr.* **85**, 608.
- SULZBERGER, M. B. (1929) Hypersensitiveness to arspenamine in guinea-pigs. I. Experiments in prevention and in desensitization. *Arch. Derm. Syph. (Chic.)* **20**, 669.
- VOISIN, G. A. en F. TOULLET (1963) Etude sur l'hypersensibilité. *Ann. Inst. Pasteur* **104**, 169.
- WALTHARD, B. (1926) Production of experimental nickel idiosyncrasy in laboratory animals. *Schweiz. med. Wschr.* **7**, 603.
- WATT, TH. L. en R. R. BAUMANN (1968) Nickel earlobe dermatitis. *Arch. Derm.* **98**, 155.
- WECK, A. L. DE en J. R. FREY (1966) *Immunotolerance to simple chemicals*. Monographs in allergy. Karger, Basel.
- WECK, L. A. DE (1967) In: *Immunopathology*, bl. 295. Onder redactie van P. A. MIESCHER en P. GRABAR.
- WECK, L. A. DE en R. BRUN (1957) De l'eczéma expérimental. 3. A propos de l'effet protecteur de l'acanthose. *Dermatologica (Basel)* **114**, 91.
- WIT, R. F. E. DE en E. BLEUMINK (1970) Suppression of contact hypersensitivity to DNCB by previous intravenous injection of DNP-protein conjugate. *Dermatologica (Basel)* (ter perse).

November 1969

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

ORALE THERAPIE VAN DIABETES BIJ KINDEREN

Vraag Nr. 13. Waarom wordt therapie met orale antidiabetica niet toegepast bij kinderen met diabetes mellitus?

Antwoord. Orale antidiabetica en in het bijzonder de sulfonylureum-derivaten worden bij kinderen met diabetes mellitus niet gebruikt, omdat voor hun toepassing noodzakelijk is, dat de patiënt nog functionerende beta-cellen heeft. De diabetes mellitus bij het kind pleegt echter in het algemeen spoedig een „totale diabetes” te zijn, d.w.z. dat geen functionerende beta-cellen meer aanwezig zijn.

BRAKEN BIJ KINDEREN MET PRAECOMA DIABETICUM

Vraag Nr. 14. Wat is de pathogenese van buikverschijnselen (met name het braken van grote hoeveelheden bruin gekleurd vocht) bij kinderen met praecoma diabeticum?

Antwoord. Het klinische beeld van het coma diabeticum bij het kind is meer gevarieerd dan bij volwassenen. Niet zelden bestaan in de aanvang verschijnselen van een pseudo-peritonitis met hevige pijnen in de bovenbuik en heftig braken van grote hoeveelheden bruin vocht. Als oorzaak van dit laatste wordt een ernstige gastrectasie aangenomen, opgewekt door de sterke ketose.

INGEZONDEN

RISICOBEPALING VOOR LEVENSVZERKERINGEN

De vraag of het gebruik van orale anticonceptiva een factor is die in aanmerking moet komen bij de risicobepaling van de levensverzekering wordt ter discussie gesteld (1970). Ik meen dat het standpunt van de redactie en van de verzekeringmaatschappijen op dit tijdstip juist is. In het geval

dat er een verhoogd risico is, is dat nu niet te calculeren.

Maar hoe staat het met het verzekeren van de sterke roker? Het staat vast dat hij een duidelijk groter risico voor de levensverzekeringmaatschappijen oplevert. Evenwel, zijn premie is gelijk aan die van de niet-roker. Dat betekent dat degene die niet rookt, een deel van de premie van de ketter-roker voor zijn rekening neemt.

Eveneens kan men zich dan afvragen of de tijd in Nederland niet rijp is voor een wijziging van premietarieven voor diegene die geen alcohol gebruikt. Beide factoren behoren bij een risicobepaling in een modern levensverzekeringssysteem thuis.

Literatuur: Vraag Nr. 5 (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 65 en 295.

Groningen, 17 februari 1970

L. MEYLER

BABY-INENTING VOOR IVOORKUST

Naar aanleiding van Vraag Nr. 8 (1970) en het daarop gegeven antwoord zou ik het volgende willen opmerken.

Hoewel mij geen landen bekend zijn die inentingscertificaten voor gele koorts verlangen van kinderen beneden het jaar spreekt, het vanzelf dat ook voor kinderen beneden die leeftijd een zeker risico aanwezig is wanneer zij naar landen vertrekken waar een aantal infectieziekten zoals pokken, tetanus, poliomyelitis, gele koorts, tuberculose en tyfus tot een mogelijke besmetting aanleiding kunnen geven. Zeer zeker behoort hierbij ook hepatitis infectiosa genoemd te worden.

De leeftijd van 2-4 maanden is de slechtste leeftijd waarop vaccinaties kunnen worden gegeven; de moederlijke globulinen zijn dan nl. uit de circulatie van het kind verdwenen terwijl de eigen gammaglobulinen nog maar net in die circulatie beginnen te verschijnen. Persoonlijk zou ik dan ook nimmer met vaccinaties willen beginnen vóór het kind de leeftijd van tenminste 4 maanden heeft bereikt (liever zelfs 6 maanden). Een uitzondering kan hierbij worden gemaakt voor de BCG-vaccinatie, die men bv. in Frankrijk al dadelijk na de geboorte geeft wanneer het kind dan bovendien nog bescherming heeft van de moederlijke gammaglobulinen. In Indonesië werd dit in 1949 tijdens de pokkenepidemie op Java ook wel gedaan met de pokkenvaccinatie (persoonlijke mededeling van Dr. W. NANNING) waarbij, zoals bij de beantwoording van de vraag terecht werd opgemerkt, moeilijkheden kunnen ontstaan door nog aanwezige moederlijke antilichamen; er ontstaat dan geen pokpuist. Dit is natuurlijk