

- 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 arsphenamine 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 ketting-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

afhankelijk van de bestaande moederlijke immuniteit tegen pokken. Dat het vaccineren tegen pokken beneden de leeftijd van 1 jaar gevaarlijk kan zijn wordt wel bewezen door het aantal complicaties dat juist beneden die leeftijd wordt opgegeven.

Ook voor gele koorts schijnt men als uiterste leeftijd minimaal 6 maanden te beschouwen. Zo vond ik in het *Yellow Book* van de Behring Werke van Maart 1965, waarin een zeer volledig overzicht wordt gegeven van de „Vaccination regulations of the individual continents and countries” voor gele koorts, de volgende zinsnede: „Usually infants need not be vaccinated until after their first birthday. Under no circumstances should they be vaccinated before they are six months old.”

Beslist oneens ben ik het met het advies dat onmiddellijk na de BCG-vaccinatie de reis kan worden aanvaard; na deze vaccinatie duurt het zeker 6 weken voor een voldoende immuniteit is ontstaan. Een typisch voorbeeld hiervan zagen wij indertijd in het leger toen alle Mantoux-negatieve-rekruten voor hun vertrek naar Nieuw-Guinea een BCG-vaccinatie ontvingen. Hun vertrek werd pas toegestaan 6 weken na deze vaccinatie; wij hebben slechts één tuberculeuze infectie in het leger in Nieuw-Guinea gehad bij een militair die men, zonder voorkennis van de Militair Geneeskundige Dienst, de dag na zijn vaccinatie naar Nieuw-Guinea had gestuurd.

Behalve de in het antwoord genoemde vaccinaties zou ik bovendien de vaccinatie tegen tyfus willen aanbevelen en tevens gammaglobuline voor de preventie van hepatitis infectiosa.

Het zal uit het bovenstaande duidelijk zijn geworden dat een vertrek van een baby van 5½ maand naar de Ivoorkust m.i. te snel is. Hoewel voor de Ivoorkust op dit moment noch gele-koorts-vaccinatie noch pokkenvaccinatie verplicht is voor een kind beneden het jaar en de mogelijkheid van besmetting met die ziekten daar op het ogenblik minimaal kan worden genoemd, kan men zich voorstellen dat ouders die geen enkel risico wensen te lopen, het kind tegen deze ziekten willen laten vaccineren. Ik zou dan het volgende schema willen aanbevelen:

Onmiddellijk na de geboorte	BCG- vaccinatie
na 3 mnd.	DKTP- „
„ 4 „	DKTP- „
„ 5 „	DKTP- „
„ 6 „	Tyfus- „
„ 6½ „	Gele-koorts- „
„ 7 „	Tyfus- „
„ 7½ „	Pokken- „
„ 8 „	Gammaglobuline voor preventie hepatitis.

Hierna vertrek.

Literatuur: Vraag Nr. 8 (1970) *Ned. T. Geneesk.*, **114**, 212.

's-Gravenhage, 2 februari 1970

B. J. W. BEUNDERS

De opmerkingen van collega BEUNDERS betreffen velerlei zaken. Wij hebben ons uiteraard te houden aan grenzen door de oorspronkelijke vraag omschreven.

De bescherming die een pasgeborene zou ondervinden van „moederlijke gammaglobulinen” tegen tuberculeuze infectie moet voor rekening van de inzender blijven. Hetzelfde geldt omtrent aanbevelingen betreffende vaccinaties die in de vraagstelling niet werden betrokken en de inspuiting van gammaglobuline tegen hepatitis infectiosa.

In tegenstelling tot de inzender, zijn wij van mening dat vaccinatie tegen pokken voor reizigers naar de Ivoorkust wel verplicht is (WHO, 1970). De gele-koorts-enting is voor dit land verplicht voor personen van 1 jaar of ouder.

Het gegeven entingsschema was bedoeld voor een bepaald geval waarbij minimaal uitstel van het vertrek naar de Ivoorkust voorop werd gesteld. Duidelijk werd gesteld dat het schema naar omstandigheden is te wijzigen. Zo is het door collega BEUNDERS gegeven geval betreffende de uitzending van een Nederlandse militair naar Nieuw-Guinea onmiddellijk na BCG-toediening, afgezien van de vragen omtrent de besmettingsbron die dit voorval oproept, inderdaad moeilijk te vangen onder aanbevelingen bestemd voor een bepaalde baby naar de Ivoorkust. Als algemene regel bij uitzending in militair verband is een wachttermijn van zes weken redelijk te noemen. De omstandigheden van een zo jong kind dat wordt verzorgd door de moeder, zijn hiermede niet vergelijkbaar.

Literatuur: WHO (1970) *Vaccination certificate requirements for international travel. Situation as on 1 Januari 1970.* Genève.

BOEKAANKONDIGINGEN

M. W. HESS, *Experimental thymectomy*. Possibilities and limitations. (Experimentelle Medizin, Pathologie und Klinik, Band 25.) 105 bl., 7 fig. Springer-Verlag, Berlijn, Heidelberg, New York 1968. Prijs: geb. DM. 38,—; \$ 9,50.

Na de opwinding in de jaren 1960-1965 over de ontdekking van de centrale functie van de thymus bij de lymfopoëse door de groep van R. A. GOOD en door J. F. A. P. MILLER, en de daardoor sterk gestimuleerde activiteit op het gebied van thymusresearch, komt op dit terrein thans weer een betrekkelijke rust. Betrekkelijk in de zin dat weliswaar nog op vrij veel plaatsen het speurwerk intensief wordt voortgezet, doch dat de vorderingen slechts traag zijn. Het fijnere mechanisme van de thymusfunctie is nog bij lange na niet duidelijk; op verschillende punten is een re-evaluatie van de eerder gerapporteerde sensationele resultaten nodig gebleken.

De monografie van HESS is een bijzonder geslaagde poging tot kritische evaluatie van wat tot eind 1967 bekend was. In slechts 78 bladzijden tekst geeft de auteur een duidelijk en objectief overzicht van de belangrijkste aspecten van de resultaten van de huidige thymusresearch. De voorzichtige opstelling ten aanzien van de conclusies die uit het experimentele werk getrokken kunnen worden, is typerend voor de school van E. P. CRONKITE, waartoe de auteur behoort. In sommige hoofdstukken wordt het eigen werk (proliferatiekinetiek van de cellen van de thymus en antistofvorming na thymectomie), dat hij samen met H. COTTIER en R. D. STONER verrichtte nogal centraal gesteld. Dit is echter het voorrecht van de auteur van een monografie en het is in dit geval, wegens de hoge kwaliteit van deze onderzoeken, voor de lezer een extra voordeel.

Het boek is in uitstekend Engels geschreven en kan zeer worden aanbevolen aan allen die in de thymus zijn geïnteresseerd.

D. W. VAN BEKKUM