

ook de „el” als lengtemaat ooit afgeschaft, evenals boog-scheut, steenworp, uur-gaans en vele andere?! Calorie, mm H₂O, mm kwik, erg en dyne zijn echt niet betere eenheden.) Voorts echter zijn aanpassingen en omrekeningen zo eenvoudig en weinig tijdrovend, dat zij zelfs door een betrekkelijke leek vlot zijn te realiseren en in te passen in zijn denkpatroon. Ter illustratie de omrekening van enkele richtgetallen door prof. BIRKENHÄGER genoemd: 150/100 mm kwik = 19,95/13,3 kPa en 20/13,5 kPa = 150,38/101,50 mm kwik; de fout is resp. 0,25% en 1,50% systolisch en diastolisch. Voor 120/80 mm kwik = 15,96/10,64 kPa en 16/10,5 kPa = 120,30/79,95 mm kwik is de fout resp. 0,25% en 1,31% systolisch en diastolisch. (Als omrekeningsfactoren van mm kwik naar kPa v.v. werden resp. 0,133 en 1/0,133 gebruikt cf. tabel 6; TAMMELING en QUANJER (1977).

Ervan uitgaande, dat ook de oorspronkelijke „fraaie” waarden als 150/100 en 120/80 afgeronde richtgetallen zijn, presenteer ik u hierbij de — mogelijke — nieuwe afgeronde richtgetallen. Wanneer bovendien de artsen van werktabellen worden voorzien om daarmee de aanloopperiode tot de — eventuele — definitieve invoering van het SI door te komen en zo te wennen aan de nieuwe eenheden, dan mag een invoering van het SI naar mijn bescheiden mening ook geen probleem meer opleveren voor een grootschalige „hypertension-survey”, zeker niet voor niet-leken, waarvoor ik de medici practici stellig wens te houden. Of probeert prof. BIRKENHÄGER de lezer langs de wegen der cryptiek attent te maken op een mogelijke starheid in de houding van de Nederlandse arts?

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 596. — TAMMELING, G. J. en PH. H. QUANJER (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 590.

Amsterdam, april 1977

R. A. DE KRIEGER

Bij alle waardering voor de zo voorzichtig ingeleide oppositie van de heer DE KRIEGER moet ik vaststellen, dat de strekking van het commentaar hem is ontgaan. De intrinsieke waarde van het *Système International* staat niet ter discussie en men kan hiervan denken wat men wil. Menigeen is blijkbaar in adoratie verzonken voor de kuisheid van het systeem. Aan de tegenpool vindt men de opvatting dat de technologie zich met obsoleete eenheden tot nu toe aardig heeft weten te redden. Het gaat nu om het „oneigenlijk” gebruik van de SI-eenheden en om het gedrag der technocraten.

De analogie met de el, die door sommigen als een (ietwat leuterachtig) argument voor de omzetting wordt gebruikt, kan ik in zoverre aanvoelen, dat de overeenkomst met de alledaagse bloeddrukmeting te vinden is in het gebruik van de menselijke arm. Het bedrog ligt in de pretentie, dat aan de ellepijp van de winkelierster bij decreet een exacte standaardlengte zou worden toegekend. De indirecte bloeddrukmeting pretendeert daarentegen niet identiek te zijn met de werkelijke intra-arteriële bloeddrukmeting, die gezien de laboratoriumsituatie voor mijn part best in SI-eenheden zou mogen worden uitgedrukt. De analogie met de el geeft — waarschijnlijk onbedoeld — ook in een ander opzicht te denken. Er waren immers een Franse revolutie en een Napoleontische bezetting voor nodig om de el te elimineren, maar in de praktijk werd een eeuw later nog in de garenen bandwinkeltjes met de ulna gemeten. Zulk een tempo zou ik bij de introductie van het SI alleszins aanvaardbaar vinden.

Wat bij het gebeuren van nu vooral de aandacht trekt, is

dat men (alweer) vanuit Parijs enerzijds decreteert dat de mm kwik buiten de wet zal worden gesteld, maar dat men zich anderzijds veel toleranter opstelt tegenover de karaat, de knoop (zeemijl) en de minuut. Vanwaar deze merkwaardige innerlijke tegenstelling? Het antwoord is niet moeilijk te geven: zou men in deze consequent geweest zijn, dan had men zich in een conflictsituatie begeven met industrie, handel en vervoer. Aangezien deze belangen vertegenwoordigd waren aan de conferentietafel, in tegenstelling tot de gezondheidszorg, lag hiermee de besluitvorming vast. Het is vooral dit element van machtsbewust meten met twee maten, om niet te spreken van hypocrisie, dat deze affaire zo onverteerbaar maakt, en waartegen men stelling behoort te nemen.

In de tweede helft van zijn schrijven onttrekt mijn correspondent zich aan een zinnig antwoord, mede omdat hij zich een valse voorstelling heeft gemaakt van de werksituatie van de medicus practicus.

Rotterdam, mei 1977

W. H. BIRKENHÄGER

Vaccinaties bij zwangeren

Met belangstelling hebben wij het artikel van LOENDERSLOOT (1977) gelezen. Wij stellen het op prijs enige kanttekeningen hierbij te maken.

1. *Vaccinatie tegen pokken.* Het is niet juist te stellen dat de International Health Regulation (IHR) pokkenvaccinatie voor alle (sub-)tropische landen voorschrijft: dergelijke eisen worden immers door de gezondheidsadministratie van de landen zelf uitgevaardigd, over het algemeen binnen het kader van deze regeling. Variola is teruggedrongen tot enkele — buiten de toeristische gebieden gelegen — landstreken in Somalië en Ethiopië (WHO 1977). Meer en meer landen eisen dan ook — in overeenstemming met een desbetreffende aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie — nog slechts een geldig certificaat indien men in de voorafgaande twee weken een land bezocht waar variolatransmissie *thans* nog plaatsvindt. Zwangerschap is een algemeen aanvaarde contra-indicatie voor pokkenvaccinatie (IHR 1974).

Met betrekking tot Australië kan worden opgemerkt dat dit land sedert oktober 1975 zijn eisen tot toelating geheel heeft aangepast aan de aanbeveling van de WHO: dit houdt derhalve in dat reizigers vanuit Nederland naar Australië niet in het bezit hoeven te zijn van een geldig inentingsbewijs tegen pokken. Hetzelfde geldt voor landen als India, Pakistan en Bangladesh, daar variola ook in deze landen reeds twee jaren geleden werd uitgeroeid.

Met betrekking tot de toepassing van anti-vaccinia-immunoglobuline bij revaccinatie deelt LOENDERSLOOT de opvatting van uw adviseur bij de beantwoording van vraag 44 (1972). Wij zijn evenwel van mening dat daarvoor geen argumenten zijn aan te voeren, ook niet wanneer het een zwangere betreft of de laatste vaccinatie vele jaren geleden plaatsvond. Ten aanzien van zwangeren kan in dit verband worden opgemerkt dat nimmer is aangetoond dat 1000 IE het optreden van foetale vaccinia kan voorkomen. Het is a priori zelfs onwaarschijnlijk te achten dat dit effect bestaat daar antistoffen ten opzichte van vaccinia na (primo-) vaccinatie persistent zijn (GISPEN e.a. 1974) en deze rest-titer door 1000 IE specifieke immunoglobuline niet aantoonbaar wordt verhoogd. Met betrekking tot de gedachte van LOENDERSLOOT dat men aan de grens in bijvoorbeeld India de beschikking zou hebben over anti-vaccinia-immunoglo-

globuline zij opgemerkt dat dit preparaat buiten Europa en Noord-Amerika nauwelijks voorhanden is.

2. *Gele-koorts-vaccinatie*. Ook is het in het algemeen niet juist te stellen dat gele-koorts-vaccinatie verplicht is voor reizigers uit besmet gebied. Zo eisen bijvoorbeeld de Europese landen in dergelijke gevallen geen gele-koortsinentingsbewijs. Dat geldt wél voor landen als India, Pakistan en Australië omdat in deze landen weliswaar geen gele koorts maar wel de vector *Aedes aegypti* voorkomt.

Met betrekking tot de gele-koorts-vaccinatiecentra in ons land merken wij op dat de lijst met centra, vorig jaar gepubliceerd in dit tijdschrift (1976, 120, 1759), niet meer up-to-date is. Verwezen mag worden naar de desbetreffende lijst in de brochure „Vakantie en hygiëne. Wenken voor reizigers en toeristen” van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, welke in april jl. aan alle artsen werd toegezonden.

3. *Vaccinatie tegen poliomyelitis*. In de desbetreffende paragraaf wordt abusievelijk de indruk gevestigd dat geïnactiveerd poliovaccin (Salk) als zodanig in ons land verkrijgbaar is. Dit vaccin wordt echter uitsluitend als D(K)TP-vaccin geleverd. Geïnactiveerd poliovaccin is in de tropen overigens hoogstens bij uitzondering te verkrijgen, daar in deze landen vaccinatie tegen kinderverlamming bijna steeds met levend poliovaccin (Sabin) plaatsvindt.

4. *Vaccinatie tegen buiktyfus*. LOENDERSLOOT wekt min of meer de indruk dat vaccinatie tegen buiktyfus vooral is aangewezen bij reizen naar Azië en Afrika. Doch ook voor reizigers naar Zuid-Europa, het Midden-Oosten, Midden- en Zuid-Amerika moet deze inenting dringend worden aangeraden gezien de hoge incidentie van deze ziekte in deze landen. Men bedenke dat met name in de laatstgenoemde gebieden chlooramfenicol-resistente stammen van *S.typhi* voorkomen.

5. *Malaria*. In het algemeen wordt tegenwoordig aangeraden met de profylaxe op de dag van vertrek aan te vangen en niet een week daarvoor en die profylaxe ten minste 4, liefst 6 weken voort te zetten. Op die wijze wordt de ernstige malaria tropica voorkomen. Men zij echter bedacht op de mogelijkheid dat na beëindiging van een goed doorgevoerde profylaxe, malaria tertiana en quartana zich nog wel kunnen voordoen. Malaria profylaxe is ook noodzakelijk indien men Noordafrikaanse landen wenst te bezoeken.

In de aanhef van dit artikel wordt de gevaarlijke opmerking gemaakt dat bij een verblijf in een goed hotel in tropisch Afrika een zwangere van de meeste vaccinaties zou mogen afzien. Deze „slip of the pen” wordt dan ook gelogenstraft in de paragrafen over buiktyfus en het vaccinatieschema voor Noord-Afrika, waarin wordt opgemerkt dat ook in een goed hotel in de tropen het risico van buiktyfus of hepatitis A niet denkbeeldig is!

Tenslotte heeft het ons teleurgesteld dat de auteur niet heeft verwezen naar de publikaties *Immunisatie infectieziekten* (1974) en *Uitheimse ziekten in Nederland* (1975).

LITERATUUR: GISPEN, R., J. HUISMAN, B. BRAND-SAATHOF e.a. (1974) *Arch. ges. Virusforsch.* 44, 391. — *Immunisatie infectieziekten* (1974) (De Nederlandse bibliotheek der geneeskunde, deel 89.) Stafleu, Leiden. — *Ingezonden* (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1950. — *International health regulations* (1974) 2e druk, annex 7. World Health Organization, Genève. — LOENDERSLOOT, E. W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 798. — *Uitheimse ziekten in Nederland. Profylactische maatregelen bij vertrek naar het buitenland*. GHI-bulletin, augustus 1975. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage. — Vraag 44

(1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1195. — World Health Organization (1977) *Wkly epidem. Rec.* 52, 167.

Leidschendam, mei 1977

H. BIJKERK
J. HUISMAN

Graag dank ik BIJKERK en HUISMAN voor hun waardevolle kritische kanttekeningen. Over enkele punten wordt ook door de deskundigen verschillend gedacht, zoals het wel of niet toedienen van anti-vaccinia-immunoglobuline, het vaccineren bij buiktyfus bij reizen naar Zuidoepese landen en het begintijdstip van de malariaprofylaxe.

Het niet vermelden van het GHI-bulletin en het boek *Immunisatie infectieziekten* is een nalatigheid; van beide publikaties werd wel degelijk gebruik gemaakt bij het schrijven van mijn overzicht.

Haarlem, juni 1977

E. W. LOENDERSLOOT

Handverwonding door hoge-drukpistolen

In zijn artikel „Handverwonding door hoge-drukpistolen” geeft collega POLDERMANS (1977) een treffende beschrijving van dit letsel; met name beklemtoont hij terecht dat de ernst van het trauma betrekkelijk gemakkelijk kan worden miskend omdat de uitwendige verwonding slechts klein is en het slachtoffer — ook naar onze ervaring — aanvankelijk geen of weinig pijn heeft.

Uit ervaring en uit de literatuur wordt duidelijk, dat behoud van een zo groot mogelijk deel van de vinger is gelegen in een zo vroeg mogelijke verwijdering van een zo groot mogelijke hoeveelheid ingespoten substantie. Als aanvulling op het artikel van collega POLDERMANS zouden wij hierbij als therapeutische suggestie de techniek willen aanbevelen, waarmee onlangs in onze kliniek een grote hoeveelheid smeervaseline uit een vinger werd verwijderd, waarna de vinger gedeeltelijk behouden bleef. De techniek bestaat hieruit, dat men — onder narcose, doch zonder bloedleegte — lengteincisies maakt ter weerszijden van de vingerkootjes, waarbij de meest distale incisie de vorm heeft van de orthodoxe, voor het panaritium terecht verlaten zg. visbeksnede. (Bij het maken van deze incisies is men getroffen door de geringe bloeding en het onder druk naar buiten komen van de ingespoten substantie.) Vervolgens wordt met behulp van een rubber slang de vinger van proximaal naar distaal zo strak mogelijk omwikkeld, waardoor de ingespoten substantie via de gemaakte incisies naar buiten wordt geperst en de doorbloeding van de vinger terugkeert.

Gezien de slechte prognose van het letsel lijkt het alleszins gerechtvaardigd te proberen op bovenbeschreven wijze een zo groot mogelijk deel van de vinger te behouden, alhoewel de methode op zichzelf traumatiserend is en weinig elegant aandoet. Logischerwijze mag worden verondersteld, dat, naar mate de „inschotopening” meer distaal in de vinger is gelegen er meer substantie met bovenbeschreven methode kan worden verwijderd. Of de „omsnoeringsmethode” ook bruikbaar is bij proximale verwondingen, waarbij substantie in de hand terechtgekomen is, is ons niet bekend, doch ook dan valt wellicht een dergelijke methode te proberen.

Literatuur: POLDERMANS, L. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 741.

Amsterdam, mei 1977

J. BENDER