

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. Malariaprofylaxe 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. visbeksne. (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