

# INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

## Mucoviscidosis

Ter aanvulling van de gegevens in het artikel van K. F. KERREBIJN (1972) over de behandeling van mucoviscidosis zouden wij willen opmerken, dat het niet altijd gelukt deze kinderen met weinig of zonder verzuim het gewone onderwijs te laten volgen. Bij een drietal ons bekende kinderen was de situatie zo, dat er geen sprake kon zijn van deelnemen aan het kleuteronderwijs; twee van hen zijn daarna wel op de lagere school geweest, maar beiden waren elk jaar gedurende maanden niet in staat naar school te gaan wegens luchtweginfecties. Dit geeft dan weer aanleiding tot dubleren, gemis aan regelmatig contact met andere kinderen en andere psychologische bezwaren.

Een oplossing voor deze kinderen is de mogelijkheid, op grond van artikel 68 van het besluit buitengewoon onderwijs 1967, orgaansysteem-gehandicapte kinderen te plaatsen op scholen voor motorisch gehandicapten (Mytylscholen).

Voordelen hiervan zijn:

1. De aanwezigheid van fysiotherapeutische voorzieningen. Hierdoor kan de 2 of 3x daagse behandeling met inhalatie en systematisch kloppen deskundig „op school” worden voortgezet.

2. Door het georganiseerd vervoer (schoolbusjes, die de kinderen thuis ophalen en praktisch in de school afleveren) is het risico van infecties gering en kan verzuim tot een minimum worden beperkt. De kosten van dergelijk vervoer worden meestal door de gemeente gedragen (artikel 13 L.O. Wet 1920).

3. Door de aard van deze vorm van buitengewoon onderwijs en door de kleinere klassen (leerlingenschaal 12) heeft verzuim, als dit toch nog voorkomt, minder bezwaren dan op een gewone school. Het onderwijs is meer individueel waardoor men te allen tijde op het niveau van het kind verder kan gaan wanneer het weer beter is.

Eventuele psychologische bezwaren, zoals het zich identificeren met zwaarder motorisch gehandicapten, zijn natuurlijk aanwezig, maar in een wat groter instituut, waar ook lichter motorisch gehandicapte kinderen en andere organisch gehandicapten geplaatst zijn, vallen zij niet op, en is van dit bezwaar nauwelijks sprake.

De drie genoemde kinderen zijn allen extern in het revalidatiecentrum Franciscusoord te Valkenburg-Houthem geplaatst; zij volgen onderwijs in de kernafdeling van de bij het centrum behorende school en krijgen een gericht therapie-programma. Dit laatste is als volgt georganiseerd:

- 's morgens, thuis — voor het vervoer — inhaleren
- 's morgens, in het instituut — na het vervoer — kloppen
- 's middags, in het instituut — inhaleren en kloppen
- 's avonds thuis — inhaleren en kloppen.

Hiermee is voor deze kinderen een zinvolle en adequate oplossing voor hun schoolbezoekproblemen gerealiseerd.

*Literatuur:* KERREBIJN, K. F. 1972 *Ned. T. Geneesk.* 116, 2100.

Valkenburg, november 1972

TH. M. VAN DER KLEY  
J. VAN DER MADE

Mijn opmerking betreffende het onderwijs moet niet te absoluut worden begrepen. Hoewel het merendeel van onze patiënten een gewone school bezoekt, verdient soms onder-

wijs op een school met een aangepast leerprogramma aanbeveling. In de regio Rotterdam kan dit op de zg. openluchtscholen en op de zg. reconvalescentenschool plaatsvinden. De voorzieningen zijn dezelfde als die, welke door de collega VAN DER KLEY en VAN DER MADE in hun waardevolle aanvulling op mijn artikel worden beschreven.

Rotterdam, 11 december 1972

K. F. KERREBIJN

## Psychische duizeligheid

In het interessante artikel van Dr. J. A. M. MEERLOO (1972) over psychische duizeligheid worden oogafwijkingen als oorzaak van duizeligheid niet genoemd. Toch zijn deze niet zeldzaam.

Niet of onvoldoende gecorrigeerde brekingsafwijkingen, vooral wanneer deze links en rechts verschillend zijn, ja zelfs alleen maar een wat scheef gezakte bril, kunnen een gevoel van duizeligheid geven. Zo is de duizeligheid 's morgens bij het opstaan soms daaraan te wijten dat de patiënt dan de bril, die hij nodig heeft, nog niet heeft opgezet.

En in het bijzonder bij stoornissen in het oogspierevenwicht, speciaal bij hyperforie en exoforie, wordt vaak over duizeligheid geklaagd, soms nog eerder dan over dubbelen. Dan is met prisma-glazen meestal een verrassend succes te bereiken.

Bij onduidelijke gevallen van duizeligheid is daarom een nauwkeurig oogheelkundig onderzoek zeker gewenst.

*Literatuur:* MEERLOO, J. A. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2131.

Bergen (NH), 29 november 1972

C. WINKLER PRINS

Ik dank collega Winkler Prins voor zijn aanvullende opmerkingen. Mijn opzet was om vooral aandacht te vragen voor de psychische componenten bij duizeligheid.

Inderdaad, velerlei optische afwijkingen spelen hierbij ook een rol. Duizeligheid leidend tot een ongeval achter het stuur na het opzetten van een verkeerde bril (bv. leesbril) behoort tot de klinische ervaringen. Zelfs in dit optische systeem werken weer psychische componenten mee zoals men experimenteel kan nagaan door iemand in een kamer met verwarrende perspectieven te plaatsen. Hij voelt zich gedesoriënteerd en wordt duizelig.

Amsterdam, 11 december 1972

J. A. M. MEERLOO

## Geslachtziekten in het ziekenhuis

Gaarne veroorloof ik mij enige opmerkingen naar aanleiding van het artikel van Dr. D. HOOGENDOORN (1972). Collega HOOGENDOORN merkt terecht op dat slechts een zeer gering deel van de nieuwe gevallen van lues en gonorrhoe klinisch wordt behandeld. Hierbij vergelijkt hij de door mij geschatte incidenties (1969) van syfilis en gonorrhoe met de gegevens over klinisch behandelde gevallen van geslachtsziekten in de ziekenhuizen aangesloten bij de Stichting Medische Registratie.