

(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.

De door HOOGENDOORN gegeven opmerking krijgt echter meer betekenis indien men zich realiseert dat slechts ten hoogste een derde van het aantal klinische gevallen betrekking heeft op vroege syfilis en gonokokkeninfecties. Hierbij ga ik nog voorbij aan de 52 klinisch behandelde gevallen van gonorrhoe in de leeftijdsgroep 10-14 jaar. De door mij geschatte incidenties namelijk hebben uitsluitend betrekking op primaire, secundaire en vroeg latente syfilis en op gonorrhoe. In het door HOOGENDOORN gegeven overzicht blijken echter de meeste patiënten aan late gevolgen van een luetische infectie te lijden.

De door mij in 1967 onder dermatologen gehouden enquête heeft geen enkele patiënt met gonorrhoe onder de 10-14-jarigen opgeleverd. Interessant is dan ook de bevinding dat in de periode 1967-1970 bij ten minste 52 kinderen in die leeftijdsgroep een klinische op gonorrhoe gerichte behandeling werd ingesteld. Terecht merkt HOOGENDOORN op dat bij deze groep een andersoortige besmettingswijze moet worden verondersteld. Patiënten uit deze groep zullen dan ook veel frequenter door huisartsen en gynaecologen dan door dermatologen worden gezien en behandeld.

Literatuur: BIJKERK, H. (1969) *Het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland, 1967*. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage. — HOOGENDOORN, D. (1972) Geslachtsziekten in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 2004.

Leidschendam, november 1972

H. BIJKERK

Cholelithiasis, symptoom of diagnose?

Het belangwekkende artikel van collega VAN DE WALL (1972) heeft een zeer interessante discussie uitgelokt, die zich hoofdzakelijk schijnt te concentreren op twee vragen.

Het eerste vraagstuk geldt de betekenis van de galblaas voor de galsteengenese. Deze wordt door VAN BERGE HENEGOUWEN (1972) niet, door VAN DE WALL (1972) wel erkend. De eerste wordt in zijn opvatting krachtig gesteund door de resultaten van vooraanstaande Amerikaanse onderzoekers, die bij galsteenpatiënten weinig of geen verschil tussen hepaticus- en galblaasgal vonden. De meest recente gegevens schijnen echter toch de laatste in het gelijk te stellen. Drie van elkaar onafhankelijke groepen, SIMMONS, ROSS en BOU-

CHIER (1972), NAKAYAMA en VAN DER LINDEN (in druk) en SCHERSTÉN et al. (te publ.), hebben nu namelijk vastgesteld dat de samenstelling van de hepaticusgal na cholecystectomie belangrijk verandert en minder „lithogeen” wordt. Ook voor de velen, die, als schrijver dezes, moeilijk kunnen begrijpen om welke duistere reden galstenen er zo hardnekkig de voorkeur aan geven zich in de galblaas op te houden, als juist deze galblaas in het geheel niets met hun genese te maken heeft, is het misschien het verstandigste dit vraagstuk als niet afgedaan te beschouwen.

Het tweede vraagstuk geldt de long-term-behandeling met chenodeoxycholzuur. Deze behandeling wordt door collega REISEL (1972) terecht aanvechtbaar gesteld. Niet alleen is in de Mayo-kliniek na het stoppen der behandeling steenrecidief waargenomen, maar bovendien is het middel onder bepaalde omstandigheden toxisch gebleken (BERGMAN en VAN DER LINDEN, in druk). De suggestie, patiënten met „lithogene” gal met thyreoïd te behandelen is echter, hoewel misschien theoretisch aantrekkelijk, toch waarschijnlijk minder gelukkig. Ten eerste schijnt het effect van thyroxine op de galzuren sterk beïnvloed te worden door het basisdieet (BERGMAN en VAN DER LINDEN 1972) en ten tweede werd bij proefdieren met thyroxine juist een bevordering der galsteenvorming waargenomen (BERGMAN en VAN DER LINDEN 1965, 1966).

Onze ideeën over de galsteengenese bevinden zich thans in een wel zeer snelle fase van ontwikkeling. In deze fase is het wellicht het beste ons niet te binden aan theorieën. Meer van toepassing op deze fase zijn misschien de woorden van CHARLEY CHAN: „Mind should be like parachute, open when necessary.”

Literatuur: BERGE HENEGOUWEN, G. P. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2233. — BERGMAN, F. en W. VAN DER LINDEN (1965) *Acta chir. scand.* 129, 547; (1966) *Acta chir. scand.* 131, 319; (1972) *Z. Ernährungsw.* 11, 40; *Acta path. microbiol. scand.* (in druk). — NAKAYAMA, F. en W. VAN DER LINDEN *Acta chir. scand.* (in druk). — REISEL, J. H. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 131, 2232. — SCHERSTÉN, T. e.a. (te publ.). — SIMMONS, F., A. P. J. ROSS en I. A. D. BOUCHIER (1972) *Gastroenterology* 63, 466. — WALL, J. W. M. VAN DE (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1282.

Östersund, Zweden, december 1972 W. VAN DER LINDEN

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND (B.R.)

Verkeersdelicten van epileptici. Men schat het aantal epilepsie-lidders met insulden („Anfallskranken”) in de Bondsrepubliek op ongeveer 300.000, hetgeen overeenkomt met een morbiditeit van 0,3-0,5 pct der bevolking. Herhaaldelijk heeft men zich afgevraagd of het actief deelnemen van deze mensen aan het verkeer geen extra gevaar oplevert. In Oost-Duitsland en de Oostblokstaten worden bij de uitreiking van een rijbewijs aan epileptici nogal strenge beoordelingsmaatstaven aangelegd; in de Scandinavische landen is men vrijgevinger en minder streng, mede op grond van de overweging dat het onthouden van een rijbewijs aan epileptici niet de juiste wijze is waarop men hen kan beletten, aan het verkeer deel te nemen, en dat het illegaal besturen van een auto

erdoor bevorderd wordt. In de Bondsrepubliek is een strenge beoordeling voorgeschreven ten aanzien van lijdens aan cerebrale insulden, alsook ten aanzien van lijdens aan endogene psychosen. Om een inzicht in het probleem te verkrijgen, hebben RITTER en RITZEL (*Münch. med. Wschr.*, 24 nov. 1972 bl. 2077), met medewerking van de autoriteiten, bij 546 insultlijders boven de 14 jaar (allen in behandeling bij de Göttinger Universitäts-Nervenkliniek) nagegaan, hoeveel verkeersdelicten zij hadden veroorzaakt. In totaal hadden 81 van deze mensen (14,8 pct) eens of meermalen een strafbaar feit gepleegd, waarvan 47 (8,6 pct) in het verkeer (108 verkeersdelicten, waarvan een derde vóórdat de eerste verschijnselen van epilepsie zich hadden gemanifesteerd). Van de 47 personen waren 26 uitsluitend wegens verkeersdelicten gestraft; de overige 21 hadden bovendien nog andere strafbare feiten gepleegd. Bij laatstgenoemde 21 waren de ver-