

niet te snel te associëren op een hoofdklacht, ook al blijken de vakbroeders dit in de praktijk wel te doen. Misschien moet men het de vakbroeders overigens ook alsnog trachten af te leren!

Over het hooronderwijs heb ik inderdaad niets geschreven. Technieken van kennisoverdracht is een ander verhaal dan trachten te analyseren wat er gebeurt en wat er zou moeten gebeuren bij het proces dat men kan noemen „klinisch denken”. Dunning is overigens niet de enige schrijver in het Tijdschrift die naar aanleiding van mijn bijdrage mij iets in de schoenen schuift, waar ik het niet over gehad heb. Daarom vond ik persoonlijk in het algemeen de serie bijdragen over het medisch onderwijs in dit tijdschrift meer een indruk geven van lokale zorgen en gedachten, dan dat zij op verhelderende wijze ingingen op het „klinische denken”.

Collega Bleys ben ik dankbaar, dat hij zich wel aan dit onderwerp – het „klinische denken” – heeft gehouden.

Amsterdam, juni 1983

J. VREEKEN

Horen, luisteren en verstaan

In een Klinische les laat prof. Schmidt na enige uitleg over doofheid prof. Groen (patiënt) vertellen over diens zoeken naar en vinden van de juiste apparatuur als hulpmiddel bij zijn handicap.¹ Aan de wensen die prof. Groen opsomde wil ik, die perceptiedoof ben, nog enige aanvullenden wensen toevoegen, die niet alleen de doven zelf betreffen, maar ook de niet-doven:

- Beter training in liplezen. Te vaak keren doven hun oor naar de sprekers en gaan de horenden schreeuwen. Dit zou door lipleestrainingen kunnen veranderen, zodat de ogen van de doven gericht zijn op de mond van de spreker.
- Toegankelijkheid tot de ontspanningsmogelijkheden door tekstverwerking en algehele ondertiteling bij de televisie.
- Meer gebruikmaking van draadloze microfoon en ontvangapparaat bij rondleiding op tentoonstellingen e.d.
- Het komt voor dat men vindt, dat de doven de gebarentaal moeten leren. Doch dit kan slechts de onderlinge taal van de doven zijn, want welke horende gaat deze taal leren? Een belangrijke wens onzerzijds is het beter spreken, goed gearticuleerd en niet te snel, gericht spreken naar de ogen van de doven op niet te grote afstand. U moet van mij aannemen, dat de dove medemens zich al heel veel inspanning getroost om te luisteren en te verstaan.
- Voorlichtingsavonden geven voor familieleden en belangstellenden van degenen die op latere leeftijd doof zijn geworden vanuit de audiologische centra. Misschien kunnen ook doofstommeninstituten of scholen voor slechthorenden die over voorlichtingsmateriaal beschikken, helpen.
- Bij het onderwijs meer zorg besteden aan het duidelijk leren spreken, goed articuleren, gericht tot de persoon spreken en iets langzamer. Er wordt nl. ontzettend slordig gesproken. Ik denk hierbij ook aan winkelpersoneel, cassières, desk-informanten, stewardessen, secretaresses, verplegend personeel, personeel in de bejaardenzorg, onderwijzend personeel, politiepersoneel, maatschappelijke werkers enz. en ook aan artsen, psychologen, andragogen, psychiaters, ja zelfs aan keel-, neus- en oorartsen.
- Niet alleen optimale gebruikmaking van de technische mogelijkheden in de geluidstechniek kan een hulpmiddel verschaffen aan de doven, maar in dit computertijdperk zijn

ook andere technische hulpmiddelen mogelijk dan de geijkte: de wachtkamers in ziekenhuizen, instellingen, bij artsen etc. werken met een luidspreker als oproepsysteem. Altijd moet de dove mens zich afvragen of hij/zij wordt opgeroepen, anders gaat zijn beurt voorbij.

Zoals prof. Schmidt zijn artikel beëindigde met de woorden: „ik heb met genoeg naar hem (prof. Groen, de patiënt) geluisterd”, wil ik eindigen met: „ik heb met verbazing, tevredenheid en bewondering het artikel gelezen en ben er door gesterkt, omdat het een juiste weergave was van mijn persoonlijke ervaringen in mijn leven bij zoeken naar en vinden van (beroeps)hulpmiddelen”.

LITERATUUR

¹ Schmidt PH, Groen JJ. Horen, luisteren en verstaan. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 457-61.

Rijswijk, februari 1983

C.F.J. FORTUIN

Het koeriersyndroom

De symptomatologie van het koeriersyndroom zoals dit ziektebeeld zo kernachtig door Geerling, Kastelein en Batchelor werd benoemd,¹ varieert met de contrabande. Als aanvulling van de casuïstiek kan ik een geval melden van een 16-jarige jongeman die vanuit Mexico naar de Verenigde Staten heroïne smokkelde in 8 dubbele „finger stalls” (vingercondomen) die hij had ingeslikt. Kort na aankomst voltrok zich een ware metamorfose. De jongen werd euforisch, met toenemende onrust en motoriek. Hij klaagde over hittegevoel trok zijn overhemd uit en begon met enkele vriendinnen luid neuriënd, opgewonden te dansen in de kroeg. Na nog geen half uur collapseerde hij en werd hij door vrienden die hem onder de armen grepen vrijwel levenloos naar het ziekenhuis gebracht. Daar bleek hij te zijn overleden.

Bij de obductie bleken 7 van de 8 rubber omhulsels nog intact in het jejunum-ileum te liggen; één was opengebarsten. Naar schatting 2,5 g van 40% heroïnepoeder was plotseling vrijgekomen en klaarblijkelijk snel geresorbeerd. Gelukkig dat het nieuws van het gevaar van deze smokkelwijze zich snel verspreidde in de wereld van verslaafden. De openbaarheid van het gerechtelijk geneeskundige onderzoek ter plaatse droeg hiertoe bij.

LITERATUUR

¹ Geerling J, Kastelein JJP, Batchelor DA. Het koeriersyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 874-6.

Utrecht, mei 1983

R. HAUSMAN

Geerling e.a. behandelden een patiënt met het „koeriersyndroom” ten gevolge van hasjies met bitterwater toegediend door een maagsonde.¹ De auteurs adviseren in het geval van het „koeriersyndroom” door cocaïne een agressievere behandeling, zelfs operatieve verwijdering van de ingenomen drugs. De totale hoeveelheid drugs die dergelijke koeriers enteraal herbergen is vaak groot. Door openbarsten van de verpakking kunnen ernstige intoxicaties optreden, zelfs met dodelijke afloop.² Snelle verwijdering is dus geboden.

Wij behandelen een 15-jarige Columbiaanse cocaïnekoerier, opgenomen met een acute cocaïne-intoxicatie, met lavage volgens een methode zoals in dit tijdschrift is