Utrecht University Library
Partner in Science
Universiteit Utrecht

Over lichamelijke gebrekkigheid

https://hdl.handle.net/1874/298423

OVER LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID

DOOR

W. MOL

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

H. J. PAR
AMSTERD

OVER LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID

A gw 192 1930

OVER LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS Dr A. A. PULLE, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 29 APRIL 1930, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

WILLEM MOL, Arts

GEBOREN TE AMSTERDAM

H. J. PARIS

AMSTERDAM MCMXXX

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

AAN MIJNE VROUW

Het verschijnen van dit proefschrift biedt mij een welkome gelegenheid U, Hoogleeraren en Oud-Hoogleeraren, Lectoren en Privaat-Docenten der Medische Faculteit van de Universiteiten te Amsterdam en Leiden, hartelijk dank te zeggen voor de opleiding, die ik bij U genoten heb.

Hooggeleerde BAART DE LA FAILLE, Hooggeachte Promotor, ik ben U dankbaar voor den steun, belangstelling, aanmoediging en leiding van U bij de bewerking van dit proefschrift ontvangen.

Zeer geleerde Dr M. JANSEN, steeds gedenk ik met dankbaarheid den tijd, dat ik onder Uw leiding heb mogen werken. De ervaringen bij U opgedaan, zijn mij van zeer veel nut geweest en zullen dat altijd blijven.

Zeer geleerde Dr KERSBERGEN, voor de vrijheid, die gij mij steeds gelaten hebt in mijn werk, voor Uw steun, waarop ik steeds heb mogen rekenen, kan ik U niet genoeg danken.

Zeer geleerde VAN KONIJNENBURG, Uw belangstelling en welwillendheid hebben mij het werk in Haarlem zeer vergemakkelijkt.

Zeer geachte SCHUYT, onze prettige samenwerking zal mij steeds in aangename herinnering blijven. Het werk, door U als Hoofd van de Gemeentelijke Nazorg te Haarlem verricht, heeft mijn grootste bewondering afgedwongen.

Voorts breng ik hier gaarne mijn welgemeenden dank aan allen, die mij behulpzaam waren bij het verzamelen en door het afstaan van gegevens voor dit proefschrift.

INHOUD

INLEIDING 1

HOOFDSTUK I
DEFINITIE VAN „LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID" 3

HOOFDSTUK II
WAT IS ER BEKEND OVER DE LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID IN ONS LAND? 7

HOOFDSTUK III
a) DE ENQUÊTE TE HAARLEM EN BENSCHOP . . 13
b) DE MEDISCHE VERZORGING VAN EENIGE GROEPEN LICHAMELIJK GEBREKKIGEN TE HAARLEM 60

HOOFDSTUK IV
DE VERZORGING DER LICHAMELIJK GEBREKKIGEN IN HET BUITENLAND 74

HOOFDSTUK V
WAT WORDT ER VOOR DE LICHAMELIJK GEBREKKIGEN IN NEDERLAND GEDAAN? 104

HOOFDSTUK VI
SAMENVATTING EN CONCLUSIES 113

LITTERATUUR 118

INLEIDING

De wereldoorlog heeft door de sterke toeneming van het aantal lichamelijk gebrekkigen in de oorlogvoerende landen een groote belangstelling gaande gemaakt met hun lot. Plotseling zag men zich voor de groote taak gesteld de duizenden oorlogsgewonden niet alleen medisch te verzorgen, doch ook financieel te ondersteunen en door beroepsopleiding en andere maatregelen zoo snel mogelijk weer een nuttige plaats in de maatschappij te doen innemen. Het vraagstuk der lichamelijke gebrekkigheid, dat vòòr den oorlog slechts in enkele landen belangstelling had gevonden, was, nu er sprake was van een maatschappelijk euvel, urgent geworden. Zoo werd in vele landen naar een oplossing gezocht.

Ook na vroegere oorlogen had men dergelijke problemen, zij het dan ook van veel geringeren omvang, gekend. Zoo was reeds in 1816 te Mariënwerder een der eerste Duitsche inrichtingen voor lichamelijk-gebrekkigen gesticht, die bestemd was voor beroepsopleiding en verpleging van invalide soldaten.

Het is ook wel waarschijnlijk, dat het ontstaan van de orthopaedie als specialisme de maatregelen tot opheffing der lichamelijke gebrekkigheid, de verzorging der verminkten en oorlogsgewonden en hunne reclasseering, sterk in de hand gewerkt heeft. Na den laatsten oorlog is tevens een algemeen streven ontstaan om ook hen, die door ziekte (vooral tuberculose) of na bedrijfs- of verkeersongevallen hulpbehoevend waren geworden, na hun herstel weer in de maatschappij een zelfstandige plaats te doen vinden. In dit verband wijzen wij op de Amerikaansche „Rehabilitation-Act", de Duitsche „Erwerbsbeschränkten-Gesetz", enz.

In Nederland vinden wij als uiting van deze algemeene belangstelling het „Congres betreffende Arbeid en Arbeidsmethoden voor Onvolwaardige Arbeidskrachten (A.V.O.)"; dat van 8 tot 12 October 1928 in het Koloniaal Instituut te Amsterdam werd ge-

houden. De lichamelijke gebrekkigheid vormde daarbij ook een punt van bespreking.

Nu is weliswaar het vraagstuk der lichamelijke gebrekkigheid in Nederland geenszins zoo urgent als in de oorlogvoerende landen; immers bij ons heeft door den wereldoorlog geen plotselinge stijging van het aantal lichamelijk gebrekkigen plaats gevonden. Toch kwam het ons voor, waar een juist inzicht in den aard en den omvang der lichamelijke gebrekkigheid in Nederland ontbreekt, dat een onderzoek gewenscht was. Dank zij de reeds jarenlang bestaande „Gemeentelijke Nazorg voor zwakzinnigen en blinden" en subsidies door den gemeenteraad en de gemeentelijke Verbandscommissie geschonken, was het mogelijk in Haarlem een **telling huis aan huis** te verrichten en na te gaan, hoe het stond met het aantal, den maatschappelijken toestand en de verzorging der lichamelijk gebrekkigen. Teneinde een indruk te krijgen van de lichamelijke gebrekkigheid op het platteland hebben wij in de dorpen Benschop en Polsbroek een soortgelijk onderzoek verricht als in Haarlem.

De volgende bladzijden zijn het resultaat van de bewerking der medische en sociale gegevens van deze enquêtes.

HOOFDSTUK I

DEFINITIE VAN „LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID"

De beantwoording der vraag, wat men onder lichamelijke gebrekkigheid verstaat, is buitengewoon moeilijk. In den loop der jaren zijn tientallen definities opgesteld, waarvan er zich eenige hebben gehandhaafd.

Toch hebben we allen ongeveer een gelijke voorstelling omtrent lichamelijke gebrekkigheid, welke onafhankelijk is van sociale factoren en die slechts eenigszins wisselt in de sterkte van onzen maatstaf. Zoo is syndactylie zeker een lichamelijk gebrek, evenals een scheeve neus, doch niemand zou de lieden, hiermee behept, als lichamelijk gebrekkig kwalificeeren, hoewel dit theoretisch volkomen juist zou zijn. Men zal aan den anderen kant niet aarzelen, iemand met een kunstbeen, die nagenoeg volmaakt loopt en volwaardig werk verricht, als lichamelijk gebrekkig te bestempelen.

Ditzelfde geldt voor allerlei andere aangeboren of verkregen misvormingen van de organen, die voor de beweging dienen, welke met betrekkelijk eenvoudige hulpmiddelen kunnen worden verholpen.

Vele lichamelijke gebreken behoeven in het leven geen beletsel te zijn om te slagen, als er normale werklust, energie en verantwoordelijkheidsgevoel tegenover staat.

Dr W. F. Wassink geeft de volgende definitie van lichamelijke gebrekkigheid [1]: „Als gebrekkigen moeten wij aanmerken alle volwassenen, die, tengevolge van een gebrek, niet in staat zijn zonder den steun van familie of maatschappij in hun levensonderhoud te voorzien".

[1] Dr W. F. Wassink, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, Nov. 1928.

De onlangs overleden Prof. BIESALSKI de volgende: „Een **hulpbehoevende** lichamelijk gebrekkige is een lijder, die, tengevolge van een aangeboren of verkregen aandoening van het zenuwstelsel, der beenderen of gewrichten, in het gebruik van zijn romp of ledematen in die mate is belemmerd, dat hij door de ongunstige verhouding van den graad van zijn gebrek en de levensomstandigheden van zijn omgeving het zonder hulp niet tot een onafhankelijk bestaan kan brengen". [1]

Volgens de wet op de „Krüppelfürsorge", van 1 October 1920 in Pruisen, spreekt men van „Verkrüppelung", „.... wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlen eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauche ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaszen, nicht nur vorübergehend, derart behindert ist, dasz ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird". Dit is ook weer een sociale definitie.

Bij de telling der lichamelijk gebrekkigen in Duitschland, verricht in de jaren 1925—1926, rekende men tot de lichamelijk gebrekkigen die lieden, waarvan de normale bewegingsmogelijkheid voortdurend sterk beperkt was, of wier lichaamsvorm sterk afweek van het normale. Aan deze norm hebben wij ons gehouden. Hieronder viel:

1 — Het ontbreken of sterk verminkt zijn der armen of beenen of gedeelten daarvan. Hiertoe werden niet gerekend verminkingen van de hand, welke op het gebruik daarvan weinig invloed uitoefenen.

2 — Ankyloses, luxaties, of sterke graden van slapheid van gewrichten. Hieronder vielen totale verstijvingen en daarmede practisch gelijkstaande toestanden. Ankyloses van de vingergewrichten tellen dan alleen maar mee, wanneer de functie van de hand duidelijk heeft geleden.

3 — Belangrijke verkortingen der extremiteiten:

a — wanneer door een eenzijdige beenverkorting een ernstige stoornis in den gang ontstaat.

b — wanneer door een sterke verkorting van een of beide armen het gebruik daarvan zeer verminderd is.

[1] Prof. Dr K. BIESALSKI: Leitfaden der Krüppelfürsorge, 2e Aufl. 1921.

c — wanneer door een verkorting van beide extremiteiten de gestalte van een dwerg ontstaat.

4 — Ernstige verkrommingen van de wervelkolom of van de ledematen, welke ook reeds in aangekleeden toestand opvallen.

5 — Slappe of spastische verlammingen van den romp of van de extremiteiten.

6 — Verlammingsachtige toestanden, die het geheele lichaam aantasten, zooals b.v. paralysis agitans, St. Vitusdans, enz.

Onder de lichamelijk gebrekkigen rekent men niet personen met het verlies van teenen, verminking van den neus, oorschelp of borstklier of met ziekten of verlies van inwendige organen, zooals de blinde darm, geslachtsklier, enz.

Ook rekent men niet personen met onbeduidende aandoeningen, zooals schrijfkramp en verlammingstoestanden, die slechts tijdelijk optreden, onder de lichamelijk gebrekkigen.

Torticolles zijn bij onze enquête niet meegeteld.

Dr W. F. Wassink (Handelingen A.V.O.-congres, Amsterdam 8—12 October '28, blz. 119 e.v.) was het somtijds opgevallen, hoe weinig bij gebrekkigen de mate der anatomische afwijkingen met de daarbij aanwezige arbeidsongeschiktheid parallel gaat.

Om een beter inzicht te krijgen in het verband tusschen deze feiten, deed hij een proefonderzoek. Honderd personen met ernstige lichamelijke gebreken, geen van allen tot de verzekerden behoorend, werden uitgezocht uit de bezoekers van de Gemeentelijke Orthopaedische polikliniek te Amsterdam, waarna met behulp van het Bureau voor Maatschappelijk Hulpbetoon en met medewerking van den Gemeentelijken Geneeskundigen- en Gezondheidsdienst werd nagegaan, hoe de maatschappelijke toestand dezer personen was. Vooreerst bleek een groot verschil in de gevolgen bij mannen en vrouwen. Bij de laatsten zag hij, behalve een geringe vermindering van de huwelijkskans, dat, terwijl de valide zusters ook buitenshuis werk vinden, de gebrekkigen veelal in het huishouden blijven, waarin zij dan gewoonlijk, praktisch gesproken, volwaardigen arbeid verrichten.

Bij de mannen kwam weer een sterk verschil in de mate van geslaagd zijn voor den dag, dat slechts een los verband deed onder-

kennen met den ernst hunner gebrekkigheid. Slechts een zeer klein deel der mannen bleek zoo onvolwaardig, dat er eigenlijk alleen door gestichtsverpleging iets voor hen gedaan zou kunnen worden.

Volgens WASSINK komt men noch met een eenzijdig maatschappelijk-economisch, noch met een eenzijdig medisch-anatomisch criterium voor de onvolwaardigheid uit, doch moet men trachten een soort verbinding tusschen beide te vinden. Aan deze eisch voldoet m.i. de definitie van BIESALSKI het best.

Een telling kan nut hebben, zoowel ter opsporing van gebrekkigen als ter bestudeering van de oorzaken en dus ook van de middelen om de gebrekkigheid te voorkomen en te genezen. Nu moeten we niet vergeten, dat de komst op de polikliniek, welke vrijwillig geschiedt, de eerste stap is tot, en de uitdrukking is van een verlangen naar genezing, dat niet alle lichamelijk gebrekkigen bezielt. Het zijn deze lieden, die maatschappelijk hun best doen, zoowel om van hun gebrek af te komen, als om in hun eigen onderhoud te voorzien. In tegenstelling daarmede zien we den ongeveer 65-jarigen man voor ons, dien we bij een onzer bezoeken aantroffen. Welk een wereld van ellende moet die bijvoorbeeld hebben doorgemaakt! Op 20-jarigen leeftijd kreeg hij een verlamming der beide beenen ten gevolge van poliomyelitis anterior acuta, waarna hij steeds in een kamertje geleefd had op kosten van familie en Burgerlijk Armbestuur.

Naar dezen man was nooit anders, dan door het Burgerlijk Armbestuur omgezien, terwijl hij toch op betrekkelijk gemakkelijke wijze met beugels op de been had kunnen worden gebracht en had kunnen werken.

Bij het Burgerlijk Armbestuur hooren dergelijke menschen niet thuis, zij vragen veeleer om medische hulp en arbeid, dan om een aalmoes.

Niet slechts om praktische redenen, doch ook gedreven door onze naastenliefde, moeten wij de medische en sociale verzorging der lichamelijk gebrekkigen, evenals die der overige onvolwaardige arbeidskrachten, ter hand nemen.

Het „sedare dolorem, divinum opus" geldt zoowel voor de lichamelijke, als geestelijke nooden der lichamelijk gebrekkigen!

HOOFDSTUK II

WAT IS ER BEKEND OVER DE LICHAMELIJKE GEBREKKIGHEID IN ONS LAND?

Het Centraal bureau voor de Statistiek heeft bij de volkstelling van 1921 getracht gegevens te verzamelen over het voorkomen van lichamelijke gebrekkigheid.

Ingeleverd werden o.a. voor Haarlem, zooals het na de annexatie is geworden, 367 kaarten van sterke lichamelijke gebrekkigheid en 56 ongeldige kaarten van onbeduidende, of niet bedoelde afwijkingen, zooals: stijve vinger; twee kromme pinken; doofheid; blindheid enz.

Onder de 367 geldige kaarten vinden wij van:

0—14 jaar:	47	kaarten.
15—21 „	35	„
22—30 „	62	„
31—40 „	68	„
41—50 „	54	„
51 en ouder	101	„

Vele der diagnosen zijn echter onbruikbaar. De meeste gebrekkigen gaven slechts op: stijfheid; gedeeltelijke verlamming; mank; kreupel; kromme voeten; gedraaide armen enz.

Het heeft geen zin hier een gedetailleerde opgaaf te geven van de afzonderlijke getallen voor elke ziekte, daar de diagnostiek daarvan te gebrekkig is.

Gezien den uitslag onzer enquête blijkt, dat 35 % der gebrekkigen te Haarlem zich bij deze volkstelling opgegeven hadden.

De oorzaken van lichamelijke gebrekkigheid zijn echter zoo tallooze, dat men de invulling der diagnose onmogelijk kan overlaten aan leeken. Niets is moeilijker dan een inzicht te hebben over een gebrek, dat men zelf heeft en wat wij van deze menschen

bij gelegenheid der volkstelling wilden weten, is niets minder dan een diagnose, een inzicht over de wording, de aetiologie en den aard van hun gebrek.

Gelijk door Mr Dr J. R. B. DE ROOS, adj. directeur van het Centraal bureau voor de Statistiek, in zijn referaat ter gelegenheid van het A.V.O. congres zeer terecht is opgemerkt, moet men bij de ondervraagden niet alleen kunnen rekenen op een zekere mate van intellectueele volwaardigheid, maar ook op immuniteit tegen overdreven zelfgevoel en valsche schaamte; tegen neiging tot verzet en spotlust.

„Menschen, die hun gebreken en kwalen op elegante wijze plegen te camoufleeren, moeten zich opeens bloot geven. Zullen ouders hun illusie prijs geven, dat hun kinderen zoo niet beter, dan toch even goed zijn als die van anderen? Als zij de waarheid verzwijgen, hoe zal men dan bij een gewone volkstelling met gewone volkstellers gehouden, kunnen controleeren, of hun antwoorden bezijden de waarheid zijn? Aan den anderen kant zal men er ook niets aan hebben, wanneer over-gewetensvolle menschen allerlei kleine mankementen opgeven, welke practisch hun arbeidsvermogen niet verminderen. Er zijn ook menschen, die graag met hun kwalen te koop loopen. En het gevaar is niet denkbeeldig, dat met allerlei wissewasjes even vlijtig zal worden gecoquetteerd, als meer belangrijke gevallen zorgvuldig zullen worden verzwegen".

Het totaal aantal aangegeven misvormden bij de volkstelling 1921 bedroeg: 44882, waaronder 6358 kinderen onder het 15e jaar.

Daar dit laatste getal ver achterbleef bij die, welke waren verkregen bij de telling der gebrekkige kinderen in 1906 in Duitschland gehouden, werd een contrôle onderzoek verricht in Rotterdam en Leiden.

Van 656 patiënten, van wie Dr M. JANSEN en Dr v. ASSEN bekend was, dat zij op 31 December 1920 lijdende waren aan een misvorming, bleken er slechts 95 aangifte gedaan te hebben.

In Rotterdam en Leiden had dus minder dan $^1/_6$ van een groep lieden, die met zekerheid bekend waren als misvormden, dit gebrek bij de volkstelling aangegeven. Naar aanleiding hiervan, merkt Dr M. JANSEN het volgende op:

„Indien mag worden aangenomen, dat degenen van wie ons niet bekend is, dat zij misvormd zijn, in gelijke verhouding in gebreke

gebleven zijn hun misvorming aan te geven, dan zouden er in Nederland zesmaal zooveel misvormden zijn als de statistiek der volkstelling aangeeft. Dan heeft Nederland 6 × 44882 of meer dan een kwart millioen misvormden, waaronder meer dan 30.000 misvormde kinderen beneden het 15e jaar. En wij hebben gronden, om aan te nemen, dat deze getallen waarschijnlijk bij de werkelijkheid achterblijven, ook wanneer alle lieden met platvoeten buiten beschouwing gelaten worden". [1]

Nu is het merkwaardig, dat vele patiënten, die te Haarlem onder behandeling waren op de orthopaedische poliklinieken aan de ziekenhuizen, zich ook niet opgegeven hadden.

Degenen, die zich laten behandelen, zijn herhaaldelijk van meening, dat de afwijking, gelijk bij krampplatvoeten, klompvoeten en vele andere afwijkingen ook het geval is, van voorbijgaanden aard is en niet opgegeven behoeft te worden.

Hetzelfde ondervonden we bij ons onderzoek bij den Raad van Arbeid te Haarlem.

Personen, aan wie blijvende invaliditeitsrente werd uitgekeerd op grond van een of ander gebrek of ziekte, hadden hun lichamelijk gebrek slechts in 60 % der gevallen aan onze tellers opgegeven.

Wij vermoeden, dat angst voor intrekking der uitkeering en de meening dat hun lichamelijk gebrek vrijwel ontoegankelijk voor behandeling is, daar anders geen blijvende invaliditeitsrente wordt uitgekeerd, hen van de opgave weerhouden hebben.

Patiënten, die onder behandeling zijn en zij, die uitkeering genieten van de Rijksverzekeringsbank, hebben in zekeren zin met hun gebrek afgerekend, of zijn bevreesd voor inmenging van derden en tornen aan hun uitkeering.

Nauwkeuriger dan de volkstelling 1921 en de speculatieve beschouwingen naar aanleiding daarvan gegeven door Dr J. v. Assen en Dr M. Jansen, is het onderzoek door Dr W. F. Wassink.

Met de hulp van het geneeskundig schooltoezicht en het bureau voor de leerplicht, onderzocht hij te Amsterdam de lichamelijke gebrekkigheid onder de schoolkinderen van 6 tot 14 jaar.

De uitkomsten waren de volgende:

Vijftig à zestig kinderen tusschen het 6e en 14e jaar bleken door

[1] Openingsrede van het congres ter herdenking van het 25-jarig bestaan der Ned. Orth. Ver., Tijdschrift v. Geneeskunde 1923, No. 21.

gebrekkigheid niet in staat geregeld het schoolonderwijs te volgen. Later is nog bij een groot gedeelte van deze nader onderzocht, of de opgaven omtrent lichamelijke gebrekkigheid bij hen klopten, hetgeen practisch gesproken steeds het geval bleek. Daarnaast vond door 3 schoolartsen een speciaal onderzoek der gezonde schoolgaande kinderen plaats.

In totaal werden 18.000 kinderen onderzocht, die in verschillende deelen der stad scholen bezochten, zoodat zooveel mogelijk alle lagen der bevolking werden bereikt.

Waar er in dat jaar in totaal ongeveer 84.000 schoolkinderen onder het geneeskundig schooltoezicht vielen, was dit aantal van 18.000 zeker groot genoeg, om voor fouten door toeval gevrijwaard te zijn.

Van ieder kind, dat nu tot de lichamelijk gehandicapten werd gerekend, werd op een formulier naam, adres, school, leeftijd, en diagnose ingevuld, terwijl verder deze formulieren 4 vragen bevatten, waarop zoo noodig een meer uitvoerig antwoord kon worden gegeven.

De eerste was: Welke afwijkingen vertoont het kind?

De tweede: Zal het kind ten gevolge dezer afwijking later maatschappelijk minder waard zijn of daarvan moeilijkheden ondervinden bij het voorzien in zijn levensonderhoud?

De 3e en 4e vraag waren gesteld met het oog op de wenschelijkheid van behandeling.

Door deze formulieren was het mogelijk ieder geval afzonderlijk nog nader te bespreken of te onderzoeken, zoo twijfel aan de rubriceering mocht bestaan.

Alle drie deze schoolartsen nu vonden een cijfer van 2‰ voor de lichamelijke gebrekkigheid van de schoolkinderen.

Worden hierbij de 60 kinderen, die de scholen niet konden bezoeken, opgeteld, voorkomend op een totaal van ongeveer 90.000 schoolplichtigen, dan wordt dit cijfer tot ongeveer 0,3 % verhoogd.

Een der schoolartsen, die een overzicht genomen had van 6000 kinderen, gaf een opgave van alle gevallen met geringe afwijkingen, welke vermoedelijk niet voor dit doel van beteekenis zouden zijn. Werden ook deze minder beteekenende afwijkingen medegeteld, dan kon dit cijfer stijgen tot 6 à 7‰.

Ongetwijfeld komt er op lateren leeftijd door allerlei oorzaken nog een groot aantal gebrekkigen bij.

Daar tegenover staat echter ook een niet onbelangrijke afname der

gebrekkigheid met toenemenden leeftijd, hetgeen uit de volgende cijfers kan blijken:

Bij het onderzoek in het 1e schooljaar werden op 13.000 schoolkinderen 453 ernstige rachitische misvormingen gevonden, in het 4e leerjaar op 12.000 135 en in het 6e op 9.000 50.

Wij zien dus, zooals trouwens algemeen bekend is, dat op ouderen leeftijd een groot aantal der rachitische misvormingen verdwijnt.

Daar nu onder de opgegeven gevallen van gebrekkigen een niet onbelangrijk aantal rachitische misvormden van het eerste schooljaar voorkomt, mag worden aangenomen, dat dit aantal op den duur zal verminderen.

Daarnaast hebben wij rekening te houden met het feit, dat voortdurend veel kinderen door de behandeling worden „entkrüppelt".

Hoewel het een grove schatting is, meent Dr W. F. WASSINK ten naastenbij te mogen aannemen, dat de vermindering van het aantal gebrekkigen met toenemenden leeftijd als gevolg van deze beide oorzaken, opweegt tegen de toeneming van het aantal uit anderen hoofde.

Wij zouden dus een cijfer voor gebrekkigheid krijgen van 3‰.

Dit door WASSINK gevonden cijfer stemde overeen met dat van het Amsterdamsche Bureau voor Beroepskeuze.

Ook hier vond hij een getal van ongeveer 2‰, n.l. 29 lichamelijk gebrekkigen op 14.000 consulten.

In het jaarverslag van den schoolartsendienst te Amsterdam vinden wij cijfers voor:

1 — aangeboren afwijkingen.
2 — ernstige rachitische misvormingen.
3 — derde-graads scoliosen.
4 — kinderverlamming.
5 — beentuberculose.

Wanneer men de lichtere afwijkingen meetelt, komt men daar tot ongeveer 1 % voor de lichamelijke gebrekkigheid onder de schoolkinderen.

De meest betrouwbare wijze om te komen tot een statistiek over lichamelijke gebrekkigheid is aangegeven door Prof. Mr H. W. METHORST [1].

[1] Handelingen van het A.V.O. congres 1928 Amsterdam, blz. 121.

„Indien men statistische gegevens betreffende onvolwaardigheid van alle ingezetenen in Nederland wil verzamelen, welke eenigszins betrouwbaar zijn, zal men deze niet moeten willen verkrijgen door middel van de gewone volkstellingskaart en zelfs bij voorkeur niet bij gelegenheid van een volkstelling.

Alleen een speciale enquête zal min of meer (dit hangt van de organisatie der enquête af), betrouwbare uitkomsten geven.

Staat eenmaal vast wat men onder onvolwaardigheid meent te moeten verstaan, en wil men weten, hoeveel van deze personen in Nederland zijn, en welke soort onvolwaardigheid deze personen vertoonen, dan zullen deskundigen, doktoren, **huis aan huis** moeten onderzoeken, of daar personen aanwezig zijn, die onder de definitie van onvolwaardigheid vallen.

Aan deze doktoren zal een door hen in te vullen vragenlijst moeten worden meegegeven met een nauwkeurige instructie, hoe zij daarbij te werk moeten gaan.

In geval van twijfel zouden dan door deze doktoren-onderzoekers nadere instructies gevraagd moeten worden aan een centraal comité van deskundigen, dat met de leiding der geheele enquête belast is".

In geen geval kan men de diagnostiek van het lichaamsgebrek aan den gebrekkige zelf overlaten, dat is ook onze ervaring bij deze telling.

Voor zoover ons bekend, is de Haarlemsche enquête de eerste huis aan huis georganiseerde telling van lichamelijk gebrekkigen in Nederland.

In hoofdstuk 3 zullen we nader uiteenzetten wat de resultaten daarvan waren.

HOOFDSTUK III

A DE ENQUÊTE TE HAARLEM EN BENSCHOP

1 INLEIDING TOT DE HAARLEMSCHE ENQUÊTE

4 Maart 1925 ging de Raad der Gemeente Haarlem er toe over de Nazorg voor oud-leerlingen der Buitengewone Scholen te regelen en werd o.a. de **Gemeentelijke Verbandscommissie Nazorg** ingesteld, waarin zitting namen de vertegenwoordigers van 22 vereenigingen en instellingen, welke direct of indirect behulpzaam konden zijn bij de maatschappelijke, moreele en godsdienstige verzorging van deze groep van onvolwaardigen.

Het hoofddoel van deze Nazorg is, om in samenwerking met de drie bestaande Buitengewone Scholen de leerlingen na het verlaten dezer scholen zoo goed mogelijk te werk te stellen en om door geregeld toezicht de kans van maatschappelijk slagen te vergrooten.

De onmaatschappelijken worden op de Gemeentelijke Nazorgwerkplaats, Donkere Spaarne 34, geplaatst, waar ze productieven arbeid verrichten.

Thans zijn daar twee groepen jonge mannen en een groep vrouwen geplaatst.

Verder bestaat er sinds een 10-tal jaren een Vervolgcursus, meer avondverzorging dan avondschool, waar een 75-tal oud-leerlingen der Buitengewone Scholen gedurende 5 avonden per week bijeenkomen. Eén avond is geheel gewijd aan ontspanning en de verdere avonden ontvangen de zwakzinnigen onderricht in slöjd, teekenen, handwerken, huishoudelijke bezigheden en gewone vakken.

In 1927 bereikte den Raad van Haarlem een verzoek, om ook maatregelen te willen nemen voor de groep: **blinden.**

Het Hoofd der Nazorg werd opgedragen een onderzoek in te stellen. Het gevolg van dat onderzoek was, dat de Raad 2 November 1927 besloot, om de geheele blindenverzorging tot zich te trekken.

Een gemeentelijke blindencommissie werd ingesteld, welke de behartiging der belangen dezer menschen, in den ruimsten zin van het woord, op zich nam.

Einde 1928 werd er voor deze groep van onvolwaardigen eveneens een Nazorgwerkplaats geopend. Een der leden van de blindencommissie kreeg tevens zitting in de Verbandscommissie Nazorg.

Begin 1928 meende de Verbandscommissie, dat de tijd gekomen was, om ook eens na te gaan, wat er voor de **lichamelijk gebrekkigen** gedaan zou kunnen worden.

Naar aanleiding dezer besprekingen werd aan Burgemeester en Wethouders van Haarlem verzocht, om naast de zorg voor zwakzinnigen en blinden ook de zorg voor de lichamelijk gebrekkigen te willen regelen.

Ook bij de behandeling van de begrooting voor het dienstjaar 1929 werd daarop aangedrongen.

8 April 1929 deden Burgemeester en Wethouders aan den Raad het voorstel om ter beschikking van B. en W. een bedrag van f. 500.— te stellen ten behoeve van het instellen van een onderzoek naar het aantal lichamelijk gebrekkigen in deze gemeente en naar de wijze, waarop de zorg voor deze kan worden geregeld.

Dit voorstel werd in de Raadszitting van 8 Mei 1929 met algemeene stemmen aangenomen.

De Verbandscommissie Nazorg stelde voor dit doel f. 1000,— beschikbaar en droeg aan de H.H. W. Mol, arts voor Orthopaedie en E. P. Schuyt, hoofd der Gem. Nazorg, op, een onderzoek in te stellen.

2 WERKWIJZE

Allereerst werd nu getracht om in samenwerking met de politie, zooals in Duitschland in 1906 geschiedde, een betrouwbaar onderzoek naar het aantal lichamelijk gebrekkigen in te stellen, daar men in ons land niet over voldoende gegevens betreffende deze groep van onvolwaardigen beschikte.

Toen dit niet mogelijk bleek en ook de afd. Haarlem v. d. Bond v. Ziekenverpleging niet behulpzaam kon zijn bij deze enquête, besloot men gebruik te maken van de Nazorgorganisatie der Verbandscommissie.

De Verbandscommissie Nazorg heeft n.l. in 1928 Haarlem en omgeving in 25 wijken ingedeeld. In iedere wijk is een vertrouwd persoon aangesteld, die, in verreweg de meeste gevallen geheel belangeloos, gelden inzamelt, welke eens per jaar afgedragen worden aan de Nazorgfondsen voor de zwakzinnigen, blinden en lichamelijk gebrekkigen.

De dames en heeren van de 20 „Haarlemsche" wijken werden ter vergadering opgeroepen en uitvoerig werd hen uiteengezet, hoe we ons de enquête gedacht hadden.

In de plaatselijke bladen werden eenige artikelen geplaatst over het vraagstuk der lichamelijk gebrekkigen en werd er op gewezen, dat dit onderzoek slechts dan kon slagen, als alle ingezetenen naar waarheid op wilden geven, of er in de gezinnen lichamelijk gebrekkigen waren.

Ter contrôle werden aan het Centraal Bureau voor de Statistiek de kaarten van de laatste volkstelling opgevraagd, voor zoover ze op lichamelijk gebrekkigen betrekking hadden.

In totaal bleken er voor Groot Haarlem 367 van deze kaarten te bestaan, welke echter zeer weinig practische waarde hebben (zie blz. 7).

De 20 dames en heeren kregen voor de huis aan huis telling een brief mede, waarin ten overvloede nogeens uitvoerig het doel van deze enquête uiteengezet werd, benevens een aantal kaarten, welke als volgt bedrukt waren en waarop zij het adres, de voorloopige diagnose enz. moesten invullen (zie model blz. 16).

In de plaatselijke bladen werd nogmaals van een en ander mededeeling gedaan en er op gewezen, dat alle ingezetenen vóór 1 October 1929 bezocht zouden worden.

In totaal werden er na de huis aan huis telling, met mondelinge en schriftelijke toelichting, 877 ingevulde kaarten ingeleverd.

Door W. Mol, orthopaedisch chirurg en E. P. Schuyt, Hoofd der Nazorg, zijn alle 877 personen daarna bezocht en werd van ieder het volgende rapport ingevuld: (zie model blz. 17)

GEMEENTELIJKE NAZORG HAARLEM
Koningstraat 1

NAAM:
VOORNAMEN:
ADRES:
LEEFTIJD:

1. Gemis, vergroeiïng of te kort zijn van ledematen?
2. Verlammingen?
3. Ernstige bochel?
4. Heupontwrichting?
5. Been- en gewrichtstuberculose?
6. Ernstige graad van Engelsche ziekte?

TOELICHTING:

Van verschillende personen bleken de opgegeven gebreken, òf te gering te zijn, òf het betroffen aandoeningen, welke met dit onderzoek niets te maken hadden, zooals blindheid, doofheid, anus praeternaturalis, enz.

In vele gevallen met een moeilijke diagnose was het ons mogelijk van de behandelende medici inlichtingen te krijgen, de X-foto te raadplegen of de ziektegeschiedenis bij ziekenhuisverpleging in te zien. Hierdoor konden we in bijna alle gevallen tot een vrij juiste diagnose komen. Onze bekendheid met de plaatselijke verhoudingen en de behulpzaamheid der medici en directeuren der ziekenhuizen, was ons daarbij van veel nut.

Behalve de ziekenhuizen te Haarlem werden ook de verdere inrichtingen, o.a. voor oude mannen en vrouwen en lijders aan vallende ziekte, bezocht, terwijl de Raad van Arbeid toestond, dat wij inzage namen van haar dossiers, om te zien of alle, aldaar als gebrekkig geboekstaafde verzekerden, op onze staten voorkwamen.

In de volgende bladzijden vindt men de lichamelijk gebrekkigen

GEMEENTELIJKE NAZORG HAARLEM

Telling van lichamelijk gebrekkigen

Datum onderzoek
Namen en voornamen
Geslacht
Woonplaats
Sinds wanneer?
Waar en wanneer geboren?
Kerkgenootschap-man-vrouw-kinderen
Gehuwd
Kinderen
Het hoeveelste kind is dit?
Wekelijksche verdiensten v. d. man — waarmee? —
id. v. d. vrouw — waarmee? —
id. v. d. kinderen — waarmee? —
Ontvangt hij/zij ondersteuning? zoo ja, hoeveel en van wie?
Ouderdomsrente of pensioen?
Totaal inkomen van dit gezin?
Huur
Fondsen

Welke school bezocht hij/zij en hoe lang?
Tot welke klasse bracht hij/zij het?
Wat waren de oorzaken van het zitten blijven?
Beroep voor het optreden der gebrekkigheid?
Beroep na het optreden der gebrekkigheid?

Het gebrek is wanneer ontstaan?
Het gebrek is waardoor ontstaan?
Welk lichaamsdeel is gebrekkig?
Kan medisch ingrijpen hier nog verbetering brengen?
Bestaat er naast de lichamelijke gebrekkigheid ook nog zwakzinnigheid?

Kan hij/zij een vak leeren?
Is daarvoor plaatsing op een Werkinrichting met vakopleiding gewenscht?
Wat zou er nog meer in het belang van hem/haar gedaan kunnen worden?
Welke wenschen heeft hij/zij zelf nog?

Is aparte verpleging voor hem/haar gewenscht?

Diagnose en korte beschrijving van den aard van het gebrek

naar den leeftijd verdeeld. Deze gaat van 0—14, 15—21, 22—30, 31—40, enz. De beide eerste groepen zijn de belangrijkste, zoowel wat de stand van de medische verzorging, als wat de school- en beroepsopleiding betreft.

UITSLAG DER TELLING

Onder de **kinderen van 0—14** jaar vonden wij 146 lichamelijk gebrekkigen, te weten 83 jongens en 63 meisjes.

Jongens		Meisjes	
Leeftijd	Aantal	Leeftijd	Aantal
1 jaar	6	1 jaar	1
2 „	3	2 „	2
3 „	3	3 „	1
4 „	7	4 „	4
5 „	3	5 „	7
6 „	5	6 „	4
7 „	6	7 „	3
8 „	3	8 „	5
9 „	9	9 „	7
10 „	8	10 „	3
11 „	5	11 „	8
12 „	12	12 „	3
13 „	7	13 „	9
14 „	6	14 „	6
Totaal	83	Totaal	63

Hieronder bevonden zich 23 zwakzinnigen, te weten 16 jongens en 7 meisjes.

Van **0—6 jaar** vonden wij 36 kinderen; van **6—14** 110, dat is 6 à 7 pro mille der schoolbevolking.

Aan **spastische verlammingen** en dergelijke aandoeningen, met uitzondering van de kinderverlamming, leden 37 kinderen, waaronder 23 jongens en 14 meisjes.

	Jongens	Meisjes
diplegia spastica	12	5
hemiplegia spastica	7	7
geboorteverlamming	3	1
spina bifida (met paralyse der beenen en incontinentie)	1	—
cerebellair ataxie	—	1

Door de **poliomyelitis anterior acuta** waren 34 kinderen gebrekkig, waaronder 18 jongens en 16 meisjes.

De misvorming was hierbij gezeteld:

	Jongens	Meisjes	Totaal
Rechter been	4	3	7
rechter voet	2	5	7
linker been	3	3	6
linker voet	3	1	4
beide beenen	1	4	5
beide voeten	1	—	1
rechter arm	2	—	2
beide armen en rug	1	—	1
rug	1	—	1
	18	16	34

Dertig kinderen waren lijdende aan **aangeboren afwijkingen** en wel 14 jongens en 16 meisjes. Hiervan vonden wij:

	Jongens	Meisjes	Totaal
aangeb. enkelz. heupontwr.	3	7	10
dubbelz. heupontwr.	1	4	5
enkelz. klompvoeten	3	1	4
dubbelz. klompvoeten	1	2	3
aangeb. gemis van linker arm	1	—	1
aangeb. gemis van rechter arm	1	—	1
aangeb. gemis van alle vingers	1	—	1
aangeb. klomphandjes met hakvoeten	—	1	1
klauw-holvoeten	1	—	1
ontbreken van rechter tibia (gedeeltelijk)	1	—	1
klomphandjes	1	—	1
gaffelhand	—	1	1
	14	16	30

Ten gevolge van **rachitis** waren 24 kinderen misvormd.

	Jongens	Meisjes	Totaal
derde-graads scoliose	7	7	14
sterke O- of X-beenen	6	2	8
coxa vara	1	1	2
	14	10	24

Been- of gewrichtstuberculose had 12 kinderen aangetast.

	Jongens	Meisjes	Totaal
coxitis	4	—	4
gonitis	1	2	3
spondylitis	1	1	2
voettuberculose	1	1	2
ziekte van PONCET	1	—	1
	8	4	12

Door een **ongeval** was lichamelijke gebrekkigheid aanwezig bij 7 kinderen.

	Jongens	Meisjes	Totaal
gemis van linker been	1	—	1
beenbreuk met sterke verkorting	1	—	1
fractuur van nekwervel	—	1	1
epiphysiolyse	—	1	1
ischaemische contractuur van onderarm en hand	2	1	3
	4	3	7

Verder vonden wij in deze groep nog 1 osteomyelitis van het dijbeen in de buurt van den trochanter major bij een jongen, waarbij een sterke coxa vara was ontstaan en een osteomyelitis van het linker scheenbeen met pseudarthrosevorming.

Van deze kinderen waren Roomsch Katholiek 47, Nederduitsch Hervormd 46, Gereformeerd 6, Luthersch 2, Doopsgezind 2, Remonstrant 2, van andere Protestante richting 1 en geen godsdienst 40.

Hoe staat het met het **onderwijs** van de 110 gebrekkige kinderen van 6—14 jaar?

Van 51 kinderen waren de vorderingen normaal, 33 waren enkele klassen ten achter, 7 waren op de school voor buitengewoon onderwijs, 7 genoten huisonderwijs en 12 kinderen hadden geen onderwijs. Onder de 59 laatstgenoemden bevonden zich 21 zwakzinnigen. De stand van het onderwijs van de 110 was als volgt:

Leeftijd	Aantal	Geen onderw.	Huisonderw.	L.O.	B.O.
6 jaar	9	6	1	1e kl 2	—
7 jaar	9	3	—	1e kl 2	—
				2e kl 4	
8 jaar	8	1	—	2e kl 5	2e kl 1
				3e kl 1	
9 jaar	16	—	—	2e kl 1	4e kl 1
				3e kl 10	
				4e kl 4	
10 jaar	11	—	—	3e kl 1	—
				4e kl 6	
				5e kl 4	
11 jaar	13	2	—	1e kl 1	1e kl 1
				4e kl 3	4e kl 1
				5e kl 5	
12 jaar	15	—	1	5e kl 2	1e kl 1
				6e kl 8	
	verder 1 op de H.B.S., 1 op de M.U.L.O. en 1 op het Lyceum.				
13 jaar	17	—	4	4e kl 1	2e kl 1
				6e kl 6	
				7e kl 4	
	verder op M.U.L.O. 1.				
14 jaar	12	—	1	4e kl 1	5e kl 1
				5e kl 1	
				6e kl 1	
				7e kl 4	
	verder op de M.U.L.O. 1, op de H.B.S. 1 en op het Lyceum 1.				
Totaal	110				

We kunnen hieruit de conclusies trekken, dat meer en beter toezicht op het onderwijs gewenscht is en dat meerdere plaatsing op de buitengewone school aanbeveling verdient. Medisch en paedagogisch toezicht zal noodzakelijk zijn. Goed geregeld huisonderwijs zal in bizondere gevallen, met contrôle, aanbeveling verdienen.

Op bladz. 60 kan men den stand der medische behandeling vinden, voor de voornaamste groepen van lichaamsgebreken. Hier zij vermeld, dat van de 110 gebrekkige kinderen er 57 onder geneeskundige behandeling waren of geweest waren. 53 waren er niet voldoende of nooit onder behandeling geweest, hoewel dit wegens den aard van hun gebrek veelal gewenscht was. Hoe vaak hoorden wij bovendien niet, dat bij een kinderverlamming een beugel voorgeschreven, afgeleverd en door de gemeente of ziekenfonds betaald was, terwijl de patiënt hem eenvoudigweg niet droeg, hoewel dat, met het oog op een abnormalen voetstand of contractuur, wel degelijk noodig was. In dergelijke gevallen is toezicht op de ouders noodig en dit zou gemakkelijk uitgeoefend kunnen worden door den huismedicus of wijkverpleegster. Wanneer men bedenkt, dat ook dergelijke gevallen onder de „behandelden" gerekend worden, dan laat ook de medische verzorging van het opgroeiend geslacht, voor zoover het het voorkomen van lichamelijke gebrekkigheid betreft, nog veel te wenschen over.

Wij vonden 88 lichamelijk gebrekkigen **tusschen 15 en 21 jaar.** Hieronder waren 9 zwakzinnigen, 7 meisjes en 2 jongens. Het volgend staatje geeft het aantal aan, verdeeld volgens den leeftijd:

	Jongens	Meisjes
Leeftijd	Aantal	Aantal
15 jaar	11	7
16 „	5	7
17 „	6	9
18 „	6	4
19 „	6	4
20 „	3	6
21 „	9	5
Totaal 88	46	42

Aan **spastische verlammingen** en dergelijke aandoeningen, met uitzondering van de kinderverlamming, leden 11 patiënten, te weten 4 jongens en 7 meisjes.

	Jongens	Meisjes	Totaal
diplegia spastica	1	3	4
hemiplegia spastica	3	3	6
sterke hysterische verlamming van beide beenen	—	1	1

Door de **poliomyelitis anterior acuta** waren 16 personen gebrekkig tusschen 15 en 21 jaar.

	Jongens	Meisjes	Totaal
rechter been	1	2	3
rechter voet	2	—	2
linker been	2	—	2
linker voet	2	—	2
beide beenen	1	—	1
rechter schouder	2	—	2
rechter arm	2	1	3
paralytische kypho-scoliose . .	—	1	1
	12	4	16

Wij vonden 14 lijders aan **aangeboren afwijkingen:**

	Jongens	Meisjes	Totaal
enkelzijdige heupontwrichting .	4	7	11
dubbelzijdige heupontwrichting	—	1	1
sterke platvoeten	1	—	1
gemis van hand	1	—	1
	6	8	14

Ten gevolge van **rachitis** vonden wij in deze groep 18 misvormingen:

	Jongens	Meisjes	Totaal
derde-graads scoliose	8	3	11
sterke X-beenen	—	1	1
coxa vara	—	2	2
sabelbeenen	—	1	1
sterke krampplatvoeten	—	2	2
dwerggroei	1	—	1
	9	9	18

Lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** waren 20 patiënten:

	Jongens	Meisjes	Totaal
coxitis	4	4	8
gonitis	1	—	1
spondylitis	2	2	4
voettuberculose	—	2	2
schoudertuberculose	—	1	1
elleboogtuberculose	2	2	4
	9	11	20

Er waren in deze groep 6 lichamelijk gebrekkigen door een **ongeval,** 5 jongens en 1 meisje:

paralyse van beide beenen, 1 jongen
gemis van linker been, 1 jongen
femurbreuk met sterke verkorting (4 cM.), 1 jongen
doorsnijding van de strekpezen van de rechter pols, 1 jongen
verlies van drie vingers en duim, 1 jongen
spastische verlamming van rechter arm en been door schedeltrauma, 1 meisje.

Verder vonden wij in deze groep 2 lijderessen aan een polyarticulairen vorm van **chronisch gewrichtsrheumatisme** en één uitgesproken geval van multipele exostosen bij een jongen.

Van deze kinderen waren Roomsch Katholiek 31, Nederduitsch

Hervormd 26, Gereformeerd 3, Luthersch 4, Doopsgezind 1, van andere Protestante richtingen 3; 20 hadden geen godsdienst.

Van de 88 kinderen konden er 58 voldoende in hun onderhoud voorzien, te weten 32 jongens en 26 meisjes.

Jongens		Meisjes	
kantoor	7	kantoor	2
fabriek	7	fabriek	1
fietsenreparateur	2	modiste	1
schoenmaker	3	naaister	4
drukker	3	dienstbode	8
stoffeerder	2	thuis	10
bloemist	1		
koopman	1		
loopjongen	1		
schilder	1		
behanger	1		
kleermaker	1		
metselaar	1		
chauffeur	1		

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 16 meisjes en 14 jongens. Hiervan waren er:

Jongens		Meisjes	
hulpbehoevend en bedlegerig.	1	hulpbehoevend en bedlegerig	10
nog op school en hulp noodig.	4	thuis wegens zwakte	4
zonder werk en hulp noodig	4	nog op school en hulp noodig	1
geschikt voor een Nazorg-werkplaats	4	voor lichte bezigheden geschikt	1
reeds op een Nazorgwerkplaats (zwakzinnig)	1		
	14		16

De mate van het lichamelijk gebrek is geen maatstaf voor de behoeftigheid, behalve in de allerergste gevallen. De intellectueele ontwikkeling van deze groep laat veel te wenschen over, hetgeen bij een lichamelijk gebrekkige een groote handicap is.

Van **22 tot 30 jaar** hadden zich 113 lichamelijk gebrekkigen opgegeven en wel:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
22 jaar	8	2
23 „	8	5
24 „	6	10
25 „	6	5
26 „	3	11
27 „	3	11
28 „	5	6
29 „	4	8
30 „	7	5
Totaal	50	63

Van deze 113 leden aan **spastische verlammingen** 10:

	Mannen	Vrouwen
hemiplegia spastica	3	—
diplegia spastica	—	4
spina bifida, met verlamming van beide beenen en incontinentie	1	—
multiple sclerose	—	2
Totaal	4	6

Aan de gevolgen der **poliomyelitis anterior acuta** leden 17 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	2	3	5
rechter voet	—	1	1
linker been	1	—	1
linker voet	1	2	3
beide beenen	—	4	4
beide voeten	—	1	1
rechter arm	—	1	1
linker arm	1	—	1
Totaal	5	12	17

Aan **aangeboren afwijkingen** lijdend vonden wij:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
enkelz. heupontwrichting . .	—	8	8
dubbelz. heupontwrichting .	—	1	1
enkelzijdige klompvoet . . .	2	—	2
dubbelzijdige klompvoet . .	—	1	1
ontbreken van linker voet .	—	1	1
gemis linker hand	1	—	1
stijfheid en verminkt zijn van linker hand	—	1	1
	3	12	15

Aan **rachitische misvormingen** leden 11 mannen en 12 vrouwen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	8	10	18
sterke O- of X-beenen . . .	1	1	2
coxa vara	1	1	2
sterke platvoeten	1	—	1
	11	12	23

Wij vonden 29 gevallen van **been- en gewrichtstuberculose.**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
coxitis	8	1	9
gonitis	2	8	10
spondylitis	2	2	4
voettuberculose	1	1	2
polstuberculose	—	2	2
elleboogtuberculose	2	—	2
	15	14	29

Aan **chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme** (arthritis deformans generalis) leden 6 personen: 3 mannen en 3 vrouwen; aan de gevolgen van osteomyelitis 3 mannen en 1 vrouw.

In deze groep vonden wij ten gevolge van een ongeval 9 lichamelijk gebrekkigen.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis van beide beenen . .	2	1	3
idem rechter been	—	1	1
idem rechter voet	1	—	1
idem linker voet	2	—	2
amputatie volgens CHOPART, rechts	—	1	1
gemis van alle vingers rechter hand	1	—	1
	6	3	9

In deze groep waren Roomsch Katholiek 42, Nederduitsch Hervormd 39, Gereformeerd 7, Doopsgezind 3, Luthersch 2, Remonstrant 3; 17 personen hadden geen godsdienst.

Van de 113 lichamelijk gebrekkigen van 22 tot 30 jaar waren er 27 gehuwd, 12 mannen en 15 vrouwen.

89 personen konden voldoende in hun onderhoud voorzien.

	Mannen		Vrouwen
kantoor	7	thuis	23
fabriek	5	kantoor	4
winkelbediende . .	1	naaister	9
koopman	5	dienstbode	6
schoenmaker . . .	4	winkeljuffrouw	1
colporteur	3	werkster	1
kleermaker	2	strijkster	1
schilder	2	onderwijzeres	1
metselaar	1	lampekappenmaakster .	1
kapper	1		
slager	1		
melkboer	1		
bloemist	1		
broodbezorger . . .	1		
meubelmaker . . .	1		
kellner	1		
horlogemaker . . .	1		
chauffeur	1		
musicus	1		
los arbeider	2		
	42		47

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 8 mannen en 16 vrouwen. Van deze 8 mannen waren er: geschikt voor lichte bezigheden 4, geschikt voor plaatsing op een Nazorg-werkplaats 3, reeds geplaatst op een Nazorgwerkplaats 1. Van de 16 vrouwen waren er 8 thuis, terwijl er 8 bedlegerig waren.

Onder de 42 mannen zijn er verschillende die o.i. een verkeerd beroep uitoefenen. Zoo zijn er 3 met een ernstig voetgebrek colporteur of melkslijter, één met een fistelende tuberculose van den elleboog was chauffeur.

Tusschen **31 en 40 jaar** vonden wij 134 lichamelijk gebrekkigen:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
31 jaar	5	7
32 „	4	5
33 „	9	5
34 „	13	5
35 „	5	13
36 „	2	6
37 „	11	5
38 „	4	8
39 „	6	6
40 „	4	11
Totaal	63	71

Van deze 134 lichamelijk gebrekkigen leden aan **spastische verlammingen** en dergelijke aandoeningen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
hemiplegia spastica	1	—	1
diplegia spastica	—	1	1
multipele sclerose	3	2	5
tabes	1	—	1
	5	3	8

Verlammingen ten gevolge van de **poliomyelitis anterior acuta:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	—	1	1
linker been	—	2	2
voet	2	1	3
beide beenen	1	—	1
rechter arm	1	—	1
linker arm	—	1	1
	4	5	9

Aan **aangeboren afwijkingen** vonden wij:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
enkelz. heupontwrichting	4	12	16
dubbelz. heupontwrichting	—	3	3
enkelzijdige klompvoet	1	—	1
dubbelzijdige klompvoet	1	—	1
sterke platvoeten	1	—	1
	7	15	22

Wij vonden 21 **rachitische misvormingen:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	10	9	19
sterke platvoeten	—	1	1
dwerggroei	1	—	1
	11	10	21

Aan **been- en gewrichtstuberculose** leden in deze groep 37 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
coxitis	6	4	10
gonitis	7	10	17
spondylitis	2	1	3
voettuberculose	1	1	2
schoudertuberculose	1	—	1
elleboogstuberculose	—	1	1
polstuberculose	1	2	3
	18	19	37

Aan **arthritis deformans generalis** leden 13 personen, 1 man en 12 vrouwen; aan de gevolgen van osteomyelitis 3 mannen.

Ten gevolge van een **ongeval** bestond er lichamelijke gebrekkigheid bij 14 mannen en 7 vrouwen.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis van rechter been	1	—	1
gemis van linker been	3	—	3
gemis van rechter voet	2	—	2
gemis van linker arm	1	—	1
gemis van rechter hand	—	1	1
dijbeenhalsbreuk met groote verkorting	1	2	3
femurbreuk met sterke verkorting	1	—	1
intraarticulaire fracturen	5	2	7
sterke ulcera varicosa	—	1	1
geboorteverlamming (l. arm)	—	1	1
	14	7	21

Gemakshalve vermelden wij de ulcera varicosa onder de ongevallen.

In deze groep waren Roomsch Katholiek 49, Nederduitsch Hervormd 40, Gereformeerd 12, Doopsgezind 3, Remonstrant 2, andere Protestante godsdiensten 1; 27 personen hadden geen godsdienst. Van de 134 lichamelijk gebrekkigen waren er 82 gehuwd, 44 mannen en 38 vrouwen, bovendien waren er 2 weduwen.

98 lichamelijk gebrekkigen konden voldoende in hun onderhoud voorzien:

Mannen		Vrouwen	
koopman	7	thuis	35
colporteur	5	naaister	4
kantoor	5	werkster	1
winkelier	5	onderwijzeres	1
fabriek	5	pensionhoudster	1
schoenmaker	4	dienstbode	1
kleermakers	3	kantoor	1
melkslijters	2	verpleegster	1
schilder	2		
chauffeur	2		
rietvlechter	1		
stoker	1		
garagehouder	1		
sigarenmaker	1		
broodbezorger	1		
monteur	1		
winkelbediende	1		
bakker	1		
student	1		
groenteboer	1		
fotograaf	1		
musicus	1		
los arbeider	1		
	53		45

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 10 mannen en 26 vrouwen. Van deze 10 mannen waren er: geschikt voor lichte bezigheden 6, geschikt voor plaatsing op een Nazorgwerkplaats 4. Van deze 26 vrouwen waren er thuis zonder iets te kunnen doen 4, hulpbehoevend en bedlegerig 11 en voor lichte bezigheden geschikt 11.

Wij vonden 141 lichamelijk gebrekkigen tusschen: **41 en 50 jaar:**

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
41 jaar	8	6
42 „	6	7
43 „	7	8
44 „	8	9
45 „	9	6
46 „	5	2
47 „	3	6
48 „	6	7
49 „	6	9
50 „	13	10
Totaal	71	70

Aan **spastische verlammingen** en dergelijke aandoeningen met uitzondering van de kinderverlamming, leden 21 patiënten, te weten: 16 mannen en 5 vrouwen.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
hemiplegia spastica	1	—	1
diplegia spastica	1	1	2
multiple sclerose	3	2	5
paralysis agitans	—	1	1
tabes	11	1	12
	16	5	21

Door **poliomyelitis anterior acuta** waren 8 personen gebrekkig, n.l. 3 mannen en 5 vrouwen.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	1	1	2
linker been.	2	—	2
rechter voet	—	1	1
beide beenen.	—	1	1
rechter arm	—	2	2
	3	5	8

Wij vonden 21 lijders aan **aangeboren afwijkingen:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
enkelzijdige heupontwr. . . .	6	6	12
dubbelzijdige heupontwr. . .	—	6	6
enkelzijdige klompvoet . . .	1	—	1
dubbelzijdige klompvoet . .	1	1	2
	8	13	21

Ten gevolge van **rachitis** vonden wij in deze groep 14 misvormingen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	3	8	11
sterke krampplatvoeten . . .	1	2	3
	4	10	14

Lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** waren 38 patiënten:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
coxitis	7	4	11
gonitis	7	9	16
spondylitis	1	1	2
voettuberculose	1	4	5
schoudertuberculose	—	1	1
elleboogtuberculose	1	2	3
	17	21	38

4 personen waren lijdende aan aandoeningen **van den Ouden Dag.**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	2	1	3
arthritis deformans v. d. heup	—	1	1
	2	2	4

Aan **arthritis deformans generalis** leden 14 personen: 4 mannen en 10 vrouwen; aan de gevolgen van osteomyelitis 1 man en aan een gonorrhoische arthritis 2 mannen en 1 vrouw.

Er waren in deze groep 17 lichamelijk gebrekkigen door een **ongeval:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis van rechter been . . .	1	1	2
gemis van linker voet . . .	2	—	2
gemis van linker arm	1	—	1
gemis van linker hand . . .	3	—	3
geboorteverlamming	1	—	1
dijbeenhalsbreuk met groote verkorting	2	1	3
intraarticulaire fracturen . .	4	—	4
sterke ulcera varicosa	—	1	1
	14	3	17

In deze groep waren Roomsch Katholiek 35; Nederduitsch Hervormd 49; Gereformeerd 5; Doopsgezind 5; Luthersch 5; Remonstrant 1; andere Protestante godsdiensten 7; 34 personen hadden geen kerkgenootschap.

Van de 141 lichamelijk gebrekkigen waren er 95 gehuwd, 60 mannen en 35 vrouwen; bovendien waren er 2 weduwen.

99 dezer konden voldoende in hun onderhoud voorzien:

Mannen		Vrouwen	
kantoor	10	thuis	42
koopman	7	naaister	4
sigarenmaker . . .	5	werkster	2
fabriek	4	kantoor	1
kleermaker	4	modiste	1
schoenmaker . . .	4	strijkster	1
drukker	2		
los arbeider	2		
matrassenmaker . .	1		
notaris	1		
monteur	1		
loodgieter	1		
winkelier	1		
stoffeerder	1		
bloemist	1		
glazenwasscher . .	1		
melkslijter	1		
fotograaf	1		
	48		51

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 23 mannen en 19 vrouwen. Van deze 23 mannen waren er geschikt voor lichte bezigheden in de maatschappij 8; geschikt voor plaatsing op een Nazorgwerkplaats 2 en hulpbehoevend en bedlegerig 13.

Van de 19 vrouwen waren er 3 geschikt voor lichte bezigheden en 16 hulpbehoevend en bedlegerig.

Tusschen de **51 en 60 jaar** bleken te Haarlem 127 lichamelijk gebrekkigen te zijn:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
51 jaar	9	2
52 „	10	8
53 „	3	6
54 „	5	8
55 „	6	3
56 „	6	4
57 „	8	9
58 „	8	8
59 „	4	4
60 „	7	9
Totaal	66	61

Aan **organische aandoeningen** van het zenuwstelsel en verlammingen met uitzondering van de kinderverlamming leden 15 gebrekkigen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
paralysis agitans	3	1	4
tabes	8	3	11
	11	4	15

Door de **poliomyelitis anterior acuta** waren 8 personen gebrekkig: 6 mannen en 2 vrouwen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	3	—	3
linker been	1	1	2
linker voet	2	—	2
beide beenen	—	1	1
	6	2	8

Met **aangeboren afwijkingen** vonden wij 8 vrouwen:

enkelzijdige heupontwr. . . .	3
dubbelzijdige heupontwr. . .	2
klompvoeten	2
achondroplast	1
	8

Ten gevolge van **rachitis** waren in deze groep 7 misvormingen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	2	2	4
sterke O- of X-beenen . . .	—	2	2
sterke platvoeten	1	—	1
	3	4	7

24 personen waren lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
coxitis	—	2	2
gonitis	6	2	8
spondylitis	3	2	5
voettuberculose	5	2	7
polstuberculose	1	—	1
elleboogtuberculose	1	—	1
	16	8	24

Aandoeningen van den „Ouden Dag" constateerden wij bij 22 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	4	5	9
arthritis def. v. d. heup . .	3	5	8
ulcera cruris	1	3	4
arteriosclerose v. d. beenen . .	—	1	1
	8	14	22

Aan **arthritis deformans generalis** leden 21 personen en wel 7 mannen en 14 vrouwen; aan de gevolgen van osteomyelitis 1 vrouw; aan een gonorrhoische ankylose v. d. rechter knie 1 man en aan een gummeuse aandoening van het linker onderbeen 1 vrouw.

Verder vonden wij in deze groep 19 gebrekkigen door een **ongeval:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis linker been	1	—	1
gemis rechter voet	2	—	2
gemis rechter arm	—	1	1
gemis linker hand	2	—	2
thrombose met amputatie van linker voet	—	1	1
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	4	2	6
intraarticulaire fracturen. . .	5	1	6
	14	5	19

Van deze groep waren Roomsch Katholiek 43; Nederduitsch Hervormd 45; Gereformeerd 8; Doopsgezind 5; Luthersch 6; Remonstrant 2; Israëliet 1; andere Protestante godsdiensten 3; geen kerkgenootschap 14.

Van de 127 gebrekkigen waren er 84 gehuwd (51 m. en 33 vr.); weduwe 6, weduwnaar 5, terwijl er 3 (2 m. en 1 vr.) gescheiden waren.

67 konden voldoende in hun onderhoud voorzien:

Mannen		Vrouwen	
kleermaker	6	thuis	25
winkelier	5	naaister	3
koopman	5	werkster	1
schoenmaker . . .	5		
fabriek	4		
kantoor	4		
sigarenmaker . . .	2		
colporteur	2		
ingenieur	1		
schilder	1		
rietvlechter	1		
metselaar	1		
melkslijter	1		
	38		29

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 28 mannen en 32 vrouwen.

Van deze 28 mannen waren er: geschikt voor lichte bezigheden in de maatschappij 4; geschikt voor plaatsing op een Nazorg-werkplaats 3 en hulpbehoevend en bedlegerig 21.

Van de 32 vrouwen waren er 5 geschikt voor lichte bezigheden en 27 hulpbehoevend en bedlegerig.

Wij vonden tusschen de **61 en 70 jaar** 105 lichamelijk gebrekkigen:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
61 jaar	6	9
62 „	9	8
63 „	6	1
64 „	6	5
65 „	5	9
66 „	3	5
67 „	6	5
68 „	4	5
69 „	3	2
70 „	4	4
Totaal	52	53

Aan **organische zenuwaandoeningen** met uitzondering der kinderverlamming leden 9 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
paralysis agitans	1	4	5
multiple sclerose	1	—	1
encephalitis met paresen . .	—	1	1
tabes	1	1	2
	3	6	9

Door de **poliomyelitis anterior acuta** waren 5 personen gebrekkig (4 m. en 1 vr.):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	1	1	2
rechter voet	1	—	1
linker voet	1	—	1
beide voeten	1	—	1
	4	1	5

Met **aangeboren afwijkingen** vonden wij 7 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
enkelzijdige heupontwr.	3	3	6
klauwvoeten	1	—	1
	4	3	7

Ten gevolge van **rachitis** waren in deze groep 2 gebrekkigen:

	Vrouwen
derde-graads scoliose	1
sterke platvoeten	1
	2

17 personen waren lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
coxitis	3	2	5
gonitis	4	1	5
spondylitis	—	1	1
voettuberculose	1	4	5
polstuberculose	—	1	1
	8	9	17

Aandoeningen van den **„Ouden Dag"** vonden wij bij 28 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	6	2	8
arthritis def. v. d. wervelkolom	—	1	1
arthritis def. v. d. heup	4	9	13
arthritis def. v. d. knie	1	—	1
ulcera cruris	3	2	5
	14	14	28

Aan **arthritis deformans generalis** leden 17 personen: 5 mannen

en 12 vrouwen; aan de gevolgen van osteomyelitis: 1 man.

Verder vonden wij in deze groep 19 lichamelijk gebrekkigen door een **ongeval:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis v. rechter been . . .	2	—	2
gemis v. beide beenen . . .	1	—	1
gemis v. rechter arm	1	—	1
geboorteverlamming	—	1	1
ischaemische contractuur . .	1	—	1
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	4	4	8
femurbreuk met sterke verkorting	1	—	1
sepsis met amputatie v. rechter arm	—	1	1
breuken, die het gewricht beschadigd hebben	3	—	3
	13	6	19

Van deze groep waren Roomsch Katholiek 35; Nederduitsch Hervormd 41; Gereformeerd 7; Doopsgezind 6; Luthersch 2; Remonstrant 1; andere Protestante godsdiensten 1 en geen kerkgenootschap 12.

Van de 105 lichamelijk gebrekkigen waren er 69 gehuwd (41 mannen en 28 vrouwen); weduwe 13; weduwnaar 3.

41 konden er voldoende in hun onderhoud voorzien:

Mannen		Vrouwen
koopman 4	thuis	21
kleermaker 3		
fabriek 3		
kantoor 2		
stucadoor 2		
los arbeider 2		
winkelier 1		
boekbinder 1		
drukker 1		
smid 1		
20		21

Onvoldoende of geen arbeid werd verricht door 32 mannen en 32 vrouwen.

Deze mannen en vrouwen waren **alle** hulpbehoevend.

Tusschen de **71 en 80 jaar** vonden wij 35 gebrekkigen:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
71 jaar	6	2
72 „	5	2
73 „	—	—
74 „	4	2
75 „	3	—
76 „	1	2
77 „	—	—
78 „	2	—
79 „	1	3
80 „	1	1
Totaal	23	12

Met **aangeboren afwijkingen** vonden wij 2 personen (1 man en 1 vrouw) beide met een enkelzijdige heupontwrichting.

Ten gevolge van **rachitis** waren in deze groep 4 personen lichamelijk gebrekkig:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
sterke X-beenen	—	1	1
derde-graads scoliose	1	1	2
rachitische dwerg	1	—	1
	2	2	4

2 personen waren lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** (1 man en 1 vrouw) beide voettuberculose.

Aandoeningen van den **„Ouden Dag"** vonden wij bij 15 gebrekkigen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	5	3	8
arth. def. v. d. heup	2	3	5
arth. def. v. d. wervelkolom	1	—	1
seniel gangraen	1	—	1
	9	6	15

Aan de gevolgen van **arthritis deformans generalis** leden 2 vrouwen.

10 personen waren gebrekkig door een ongeval:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis van beide beenen . .	1	—	1
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	8	1	9
	9	1	10

Van deze groep waren Roomsch Katholiek 13; Nederduitsch Hervormd 13; Gereformeerd 2; Doopsgezind 2; Geen Kerkgenootschap 5.

Gehuwd waren er 19 (17 mannen en 2 vrouwen).

Weduwe 7 en Weduwnaar 5.

14 personen tusschen de **81 en 90 jaar** bleken gebrekkig:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
81 jaar	2	2
82 „	1	—
83 „	1	2
85 „	—	2
87 „	—	1
88 „	1	—
89 „	—	1
90 „	1	—
Totaal	6	8

Met **aangeboren afwijkingen** vonden wij 1 vrouw, gemis van de vingers van rechter hand.

1 persoon, man, was lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** (coxitis).

Aandoeningen van den **„Ouden Dag"** vonden wij bij 4 gebrekkigen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	1	1	2
arthritis def. v. d. heup . . .	—	1	1
seniel gangraen	1	—	1
	2	2	4

Aan de gevolgen van **arthritis deformans generalis** leden 1 man en 1 vrouw; gemis van rechter hand wegens **tumor** vonden wij bij een man.

5 personen waren gebrekkig door een **ongeval:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gemis rechter hand	1	—	1
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	—	4	4
	1	4	5

Van deze groep waren Roomsch Katholiek 6; Nederduitsch Hervormd 4 en Gereformeerd 4.

Gehuwd waren er 6 (4 mannen en 2 vrouwen), weduwe 5 en weduwnaar 2.

Samenvatting

In totaal bleken er te Haarlem 903 lichamelijk gebrekkigen in de maatschappij te zijn te weten 460 mannen en 443 vrouwen.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	
0—14 jaar	83	63	van 0—6 jaar: 36 kinderen
15—21 „	46	42	van 6—14 jaar: 110 „
22—30 „	50	63	onder wie 23 zwakzinnigen
31—40 „	63	71	16 j. en 7 m.
41—50 „	71	70	
51—60 „	66	61	
61—70 „	52	53	
71—80 „	23	12	
81—90 „	6	8	
Totaal	460	443	

Gehuwd waren: 229 mannen en 154 vrouwen; weduwnaar 15; weduwe 35; gescheiden 2 mannen en 1 vrouw.

Volgens het kerkgenootschap was de indeeling aldus:

Leeftijd.	N.H.	R.K.	geen.	Geref.	Luth.	Doopsgez.	Rem.	andere Prot.	Israëliet.
0—14	46	47	40	6	2	2	2	1	—
15—21	26	31	20	3	4	1	—	3	—
22—30	39	42	17	7	2	3	3	—	—
31—40	40	49	27	12	—	3	2	1	—
41—50	49	35	34	5	5	5	1	7	—
51—60	45	43	14	8	6	5	2	3	1
61—70	41	35	12	7	2	6	1	1	—
71—80	13	13	5	2	—	2	—	—	—
81—90	4	6	—	4	—	—	—	—	—
Totaal	303	301	169	54	21	27	11	16	1

Arbeid

Van 15—60 jaar vonden wij 603 personen.

Voldoende was de arbeid van 411 lichamelijk gebrekkigen of 68 % t.w.: 213 mannen en 198 vrouwen. Onvoldoende bij 192 of 32 % t.w.: 83 mannen en 109 vrouwen:

	Mannen		Vrouwen	
	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende
15—21 jaar	32	14	26	16
22—30 „	42	8	47	16
31—40 „	53	10	45	26
41—50 „	48	23	51	19
51—60 „	38	28	29	32
Totaal	213	83	198	109

De 213 mannen en 198 vrouwen deden het volgende:

Mannen				Vrouwen	
kantoor	33	rietvlechter	2	thuis	135
koopman	25	fotograaf	2	naaister	24
fabriek	25	loopjongen	1	dienstbode	8
schoenmaker	20	kapper	1	kantoor	15
kleermaker	16	slager	1	werkster	5
winkelier	11	melkhandel	1	modiste	2
colporteur	10	meubelmaker	1	strijkster	2
sigarenmaker	8	kellner	1	onderwijzeres	2
schilder	6	horlogemaker	1	fabriek	1
drukker	5	stoker	1	winkeljuffrouw	1
los arbeider	5	garagehouder	1	pensionhoudster	1
melkslijter	4	bakker	1	verpleegster	1
chauffeur	4	student	1	lampenkappen-maakster	1
stoffeerder	3	groenteboer	1		
bloemist	3	matrassenmaker	1		
metselaar	3	notaris	1		
fietsenreparateur	2	ingenieur	1		
winkelbediende	2	loodgieter	1		
broodbezorger	2	glazenwasscher	1		
musicus	2	behanger	1		
monteur	2				

Onvoldoende was de toestand van 83 mannen en 109 vrouwen:

Mannen		Vrouwen	
hulpbehoevend en bedlegerig	35	hulpbehoevend en bedlegerig	72
voor lichte bezigheden in de maatschappij geschikt	19	voor lichte bezigheden in de maatschappij geschikt	20
voor een Nazorgwerkplaats geschikt	16	thuis wegens zwakte	16
zonder werk en hulp noodig	7	nog op school en hulp noodig	1
nog op school en hulp noodig	4		
reeds op een Nazorgwerkpl.	2		

De aandacht moet er echter op gevestigd worden, dat verschillende mannen, die thans nog wel voldoende met hun arbeid ver-

dienen, in verband met hun gebrek een geheel verkeerd beroep uitoefenen en vandaag of morgen dus ook onder de groep: „onvoldoende" terecht zullen komen b.v. eenige mannen met ernstige voetgebreken zijn colporteur, melkslijter etc.

Lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** waren: 180 personen (94 mannen en 86 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gonitis	28	32	60
coxitis	33	17	50
voettuberculose	12	15	27
spondylitis	11	10	21
elleboogtuberculose	6	5	11
polstuberculose	2	3	5
schoudertuberculose	1	2	3
handtuberculose	—	2	2
ziekte van PONCET	1	—	1
Totaal	94	86	180

Aangeboren afwijkingen vonden wij bij 120 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
aangeboren enkelz. heupontwr.	21	47	68
id. dubbelz. heupontwr.	1	17	18
id. enkelz. klompvoeten	8	4	12
id. dubbelz. klompvoeten	2	3	5
id. gemis linker arm	1	—	1
id. gemis van alle vingers	1	1	2
id. gemis rechter arm	1	—	1
id. klomphandje en hakvoet	—	1	1
id. klauw holvoet	1	—	1
id. klomphandje	1	—	1
id. gaffelhandje	—	1	1
id. ontbreken van rechter tibia (gedeeltelijk)	1	—	1
Transporteeren	38	74	112

Transport	38	74	112
id. sterke platvoeten	2	—	2
id. gemis rechter hand . . .	1	—	1
id. gemis linker voet	—	1	1
id. gemis linker hand	1	—	1
id. stijfheid linker hand . . .	—	1	1
id. klauwvoeten	1	—	1
achondroplast	—	1	1
Totaal	43	77	120

113 lichamelijk gebrekkigen waren dit geworden door **rachitis:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	39	41	80
sterke O- of X-beenen . . .	7	7	14
sterke krampplatvoeten . . .	3	6	9
coxa vara	2	4	6
dwerggroei	3	—	3
sabelbeentjes	—	1	1
Totaal	54	59	113

Onder de 80 personen met derde-graads scoliose vonden we slechts 6 (3 mannen en 3 vrouwen) ingezetenen met een **links** dorsale bochel.

113 inwoners van Haarlem waren gebrekkig door een **ongeval:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	19	14	33
breuken, die het gewricht beschadigd hebben	17	3	20
gemis van rechter been	4	2	6
gemis van linker been	6	—	6
gemis van linker hand	5	—	5
gemis van rechter voet	5	—	5
gemis van beide beenen	4	1	5
femurbreuk met sterke verkorting	4	—	4
ischaemische contractuur van onderarm en hand	3	1	4
gemis van minstens drie vingers	2	—	2
gemis van linker voet	4	—	4
thrombose	—	2	2
gemis van linker arm	2	—	2
fractuur van nekwervel	—	1	1
epiphysiolyse v.h. dijbeenhoofd	—	1	1
paralyse v. beide beenen	1	—	1
doorsnijden v. pezen r. pols	1	—	1
spastische verlamming v. r. arm en r. been door schedeltrauma	—	1	1
gemis v. voorvoet	—	1	1
gemis v. rechter hand.	1	1	2
ulcera cruris	—	1	1
geboorteverlamming	1	2	3
gemis rechter arm	1	1	2
sepsis	—	1	1
Totaal	80	33	113

Lijdende aan **spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen** waren 111 personen (66 mannen en 45 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
hemiplegia spastica	15	10	25
diplegia spastica	14	13	27
geboorteverlamming	3	1	4
spina bifida met verlamming der beenen en incontinentie	2	—	2
cerebellair ataxie	—	1	1
sterke hysterische verlamming der beenen	—	1	1
spasmen door encephalitis	—	1	1
tabes	21	5	26
multiple sclerose	7	6	13
paralysis agitans	4	6	10
encephalitis met paresen	—	1	1
Totaal	66	45	111

Kinderverlamming vonden we bij 97 (52 mannen en 45 vrouwen) gebrekkigen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
rechter been	12	11	23
rechter voet	7	8	15
linker been	9	6	15
linker voet	9	3	12
beide beenen	3	10	13
rechter arm	5	3	8
linker arm	1	1	2
beide voeten	2	1	3
rechter schouder	2	—	2
beide armen en rug	1	—	1
rug	1	1	2
rechter hand	—	1	1
Totaal	52	45	97

77 personen (21 mannen en 56 vrouwen) hadden **chronisch gewrichtsrheumatisme:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
sterk misvormd	15	45	60
in ernstigen graad	6	11	17
Totaal	21	56	77

Aan **aandoeningen van den „Ouden Dag"** leden 73 personen (35 mannen en 38 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	17	12	29
arthritis deformans der heupen	9	19	28
id. v. d. wervelkolom	1	1	2
id. v. d. knie	1	—	1
seniel gangraen	2	—	2
arteriosclerose	1	1	2
ulcera cruris	4	5	9
Totaal	35	38	73

Tumoren en ontstekingen bij 19 gebrekkigen (15 mannen en 4 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
osteomyelitis	10	2	12
tumor	1	—	1
gonorrhoische gewrichtsaandoeningen	2	1	3
multiple exostosen	1	—	1
gummeuse aandoening linker onderbeen	—	1	1
ontsteking rechter hand . . .	1	—	1
Totaal	15	4	19

ONDERZOEK IN DE INRICHTINGEN TE HAARLEM

N.H. Diaconie; Tehuis voor Ouden van Dagen; St. Jacobs Godshuis; Luth. Weeshuis; St. Joannes de Deo.

In totaal vonden wij in deze inrichtingen 72 lichamelijk gebrekkigen (46 mannen en 26 vrouwen):

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
15—21 jaar	1	3	4
22—30 „	5	—	5
31—40 „	3	2	5
41—50 „	6	1	7
51—60 „	5	5	10
61—70 „	7	7	14
71—80 „	13	6	19
81—90 „	5	2	7
91—100 „	1	—	1
Totaal	46	26	72

Roomsch Katholiek waren er 37; Nederduitsch Hervormd 30; Luthersch 4 en Gereformeerd 1.

19 personen (13 mannen en 6 vrouwen) waren gebrekkig door **Aandoeningen van den „Ouden Dag":**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
beroerte	9	3	12
arthritis deformans der heupen	3	2	5
arthritis def. v. d. wervelkolom	—	1	1
ulcera varicosa	1	—	1
Totaal	13	6	19

Spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen vonden we bij 11 personen (8 mannen en 3 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
tabes	6	1	7
paralysis agitans	1	2	3
multiple sclerose	1	—	1
Totaal	8	3	11

Aangeboren aandoeningen bij 9 personen (6 mannen en 3 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
aangeboren enkelz. heupontwrichting	2	2	4
id. dubbelz. heupontwrichting	1	—	1
id. klauw holvoet	2	—	2
id. klomphand	1	—	1
id. sterke scheefhals	—	1	1
Totaal	6	3	9

Verder vonden we 8 gevallen (4 mannen en 4 vrouwen) tengevolge van **Rachitis:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
derde-graads scoliose	4	3	7
sterke O- of X-beenen	—	1	1
Totaal	4	4	8

Lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** waren 6 personen (4 mannen en 2 vrouwen):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
gonitis	1	1	2
coxitis	2	—	2
spondylitis	—	1	1
polstuberculose	1	—	1
Totaal	4	2	6

7 personen (4 mannen en 3 vrouwen) waren gebrekkig door **ongevallen:**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	1	1	2
femurbreuk met sterke verkorting	1	—	1
stijve linker arm	—	1	1
gemis rechter voet	—	1	1
gemis linker arm	1	—	1
verlamming rechter lichaamshelft door schedeltrauma	1	—	1
Totaal	4	3	7

Aan **chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme** (arthritis deformans generalis) leden 5 personen (2 mannen en 3 vrouwen):

Spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen vonden wij bij 3 personen (2 mannen en 1 vrouw):

	Mannen	Vrouwen	Totaal
hemiplegia spastica	1	—	1
diplegia spastica	—	1	1
hydrocephalus met sterke spasmen	1	—	1
Totaal	2	1	3

Kinderverlamming bij 2 personen (1 man en 1 vrouw):
bijna geheel verlamd 1 man
beide beenen : 1 vrouw

Tumoren en ontstekingen bij 2 mannen, n.l.:
osteomyelitis: 1 man en een gezwel van de heup: 1 man.

Als laatste van de Haarlemsche inrichtingen noemen we: Bethesda Sarepta.

Hierin vonden we de volgende epileptici enz. met lichamelijke gebrekkigheid:

Leeftijd	Vrouwen
0—14 jaar	2
15—21 „	5
22—30 „	11
31—40 „	8
41—50 „	10
51—60 „	5
61—70 „	1
71—80 „	2
Totaal	44

Nederduitsch Hervormd 36; Roomsch Katholiek 1; Gereformeerd 3; Doopsgezind 1; geen kerkgenootschap 3.

Spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen hadden 20 vrouwen:

hemiplegia spastica links . .	10
id. rechts . .	3
diplegia spastica	6
hydrocephalus met spasmen .	1
	20

Rachitis: 7 vrouwen (derde-graads scoliosen).

Kinderverlamming bij 4 vrouwen:

rechter hand	1
linker voet	1
linker onderbeen	1
voeten	1
	4

Ongevallen: 3 vrouwen t.w.

dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting	2
misvorming linker hand. . .	1
	3

Lijdende aan **been- en gewrichtstuberculose** waren 3 vrouwen:

coxitis	2
elleboogstuberculose	1

Chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme (arthritis deformans generalis) hadden 2 vrouwen.

Verder vonden wij nog 2 lichamelijk gebrekkige vrouwen en wel:

arthritis der heupen	1
sterke spitsvoeten	1
	2

Aangeboren aandoeningen (enkelzijdige heupontwrichting) 1 vrouw.

Tumoren en ontstekingen vonden wij bij 1 vrouw (oude osteomyelitis van de rechter arm), terwijl we ten slotte nog 1 vrouw aantroffen met multiple sclerose.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	83	65	148
15—21 „	47	50	97
22—30 „	55	74	129
31—40 „	66	81	147
41—50 „	77	81	158
51—60 „	71	71	142
61—70 „	59	61	120
71—80 „	36	20	56
81—90 „	11	10	21
91—100 „	1	—	1
	506	513	**1019**

In totaal waren Nederduitsch Hervormd 369; Roomsch Katholiek 339; geen kerkgenootschap 172; Gereformeerd 58; Luthersch 25; Doopsgezind 28; Remonstrant 11; andere Protestante richtingen 16; Israëliet 1.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Been- en Gewrichtstuberculose	98	91	189
Aangeboren aandoeningen . .	49	81	130
Rachitis	58	70	128
Ongevallen	84	39	123
Kinderverlamming	53	50	103
Aandoeningen „Oude Dag" .	48	46	94
Chronisch gewrichtsrheumatisme	23	61	84
Spastische verlammingen etc. .	36	48	84
Zenuwaandoeningen	40	22	62
Tumoren en ontstekingen (behalve T.B.C.)	17	5	22
Totaal	506	513	1019

SAMENVATTING

	leeftijd									Totaal	Totaal met Inrichtingen	Absoluut Cijfer
	0-14	15-21	22-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90			
Been- en gewrichtst.b.c. .	8 %	23 %	26 %	27½%	27 %	19 %	16 %	6 %	7½%	20 %	18 %	(189)
Aangeb. afwijkingen . . .	20½%	16 %	13 %	16½%	15 %	6½%	6½%	5½%	7 %	13 %	13 %	(130)
Rachitis	16½%	20 %	20 %	15½%	10 %	6 %	2 %	11 %	—	12½%	12½%	(128)
Ongevallen	5 %	7 %	8 %	15½%	12 %	15 %	18 %	29 %	36 %	12½%	12 %	(123)
Spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen	25 %	12½%	9 %	6 %	15 %	12 %	8½%	—	—	12½%	14½%	(146)
Kinderverlammingen . . .	23 %	18 %	15 %	7 %	5 %	6½%	5 %	—	—	11 %	10%	(103)
Chron. gewr.rheumatisme .	—	2½%	5½%	10 %	10 %	16½%	16 %	5½%	14 %	8½%	8½%	(84)
Aandoeningen Oude Dag .	—	—	—	—	3 %	17 %	27 %	43 %	28½%	8 %	9½%	(94)
Tumoren en ontstekingen .	2 %	1 %	3½%	2 %	3 %	1½%	1 %	—	7 %	2 %	2 %	(22)
										100 %	100 %	1019

Ten einde een indruk te krijgen van het vraagstuk der lichamelijke gebrekkigheid op het platteland, hebben wij de dorpen **Benschop** (1883 inw.) en **Polsbroek** (924 inw.) bezocht. Door de welwillendheid van den Burgemeester, de ambtenaren ter secretarie en den aldaar gevestigden medicus, viel het ons zeer gemakkelijk het aantal lichamelijk gebrekkigen, zwakzinningen, enz. te tellen.

Op de gemeentesecretarie te Benschop werden eenvoudig de registers van den Burgerlijken Stand doorgenomen. Uit de inlichtingen van een viertal ambtenaren, die allen jarenlang ter plaatse hadden gewoond en van wie er twee aldaar waren geboren, kregen wij de namen en adressen der vermoedelijk lichamelijk gebrekkigen. Met behulp van den medicus en eventueel door huisbezoek kwamen wij tot een diagnose.

Dat het echter noodzakelijk is bij elke telling over deskundige voorlichting te beschikken en dat men haar dus niet uitsluitend aan de gemeenteambtenaren kan overlaten, merkten wij tijdens ons verblijf op de secretarie te B., waar men ons ook hazelippen en allerlei, buiten dit vraagstuk vallende aandoeningen, had willen opgeven, hoewel wij tevoren schriftelijk het doel van onze komst hadden uiteengezet.

In de dorpen B. en P. waren op 2807 inwoners **36 gevallen** van lichamelijke gebrekkigheid, volgens de op blz. 4 gestelde norm aanwezig. Dit was **1,3** % van de bevolking.

Onder deze gevallen vonden wij van:

0—14 jaar:	1 rachitische bochel	jongens 4
	1 diplegia spastica	
	1 hemiplegia spastica dextra	
	1 hemiplegia spastica sinistra	
	1 diplegia spastica	meisjes 1
15—20 jaar:	1 osteomyelitis van het dijbeen	jongens 1
	1 aangeboren klompvoet rechts	meisjes 3
	1 coxitis tuberculosa dextra	
	1 aangeboren heupontwrichting links	

21—40 jaar:	1 spondylitis tuberculosa 1 coxitis tuberculosa dextra 1 coxitis tuberculosa sinistra 2 paralytische klompvoet 2 rachitische bochel	mannen 7
	1 rachitische dwerg 2 rachitische bochel 1 dwerggroei (door chronische darmcatharr) 1 paralytische spitsvoet	vrouwen 5
41—60 jaar:	1 chronisch polyart. gewrichtsrheumatisme 1 collumfractuur	mannen 2
	1 paralytische spitsvoet rechts 1 paralytische klompvoet rechts 1 chronisch polyart. progressief gewrichtstheumatisme 1 gonitis purulenta in hoekstand genezen 1 arthritis deformans v/d wervelkolom	vrouwen 5
61 en ouder:	1 beroerte 1 osteomyelitis v/h onderbeen 1 paralysis agitans 1 chronisch polyart. progressief gewrichtsrheumatisme 1 ouderdomskyphose 1 aangeboren klompvoeten	mannen 6
	1 coxa vara 1 paralytische spitsvoet	vrouwen 2

Het geheele aantal lichamelijk gebrekkigen bedroeg 36, te weten 20 mannen en 16 vrouwen. Slechts in 6 gevallen kon men spreken van afhankelijkheid van de omgeving.

Overigens hadden de meeste lichamelijk gebrekkigen, evenals de zwakzinnigen, in de landbouwindustrie een voldoende bestaan gevonden. Geregelde oppassing en verzorging was slechts noodig bij 1 arthritis deformans van de wervelkolom, 1 ouderdomskyphose,

1 paralysis agitans en 3 gevallen van chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme. Ondersteuning werd slechts heel zelden verleend.

In sommige gevallen was behandeling zeker wel aangewezen en zouden deze lieden daardoor verbeterd kunnen worden.

Hulpbehoevende lichamelijk gebrekkigen, volgens de definitie van BIESALSKI, hebben wij in deze beide dorpen niet aangetroffen. Het wil ons voorkomen, dat het aantal lichamelijk gebrekkigen op het platteland, vermoedelijk iets grooter is dan in de steden. Het opsporen der lichamelijk gebrekkigen lijkt ons daar eenvoudiger, doordat de bewoners van elkaars leven beter op de hoogte zijn en vaak ter plaatse geboren en hun geheele leven woonachtig zijn. Onze indruk is, dat van hulpbehoevende lichamelijk gebrekkigen op het platteland slechts een gering aantal aanwezig is. Het spreekt vanzelf, dat in streken, waar de normalen moeite hebben om aan den kost te komen, de onvolwaardigen hiervan den terugslag ondervinden.

B — DE MEDISCHE VERZORGING VAN EENIGE GROEPEN VAN LICHAMELIJK GEBREKKIGEN TE HAARLEM

GEWRICHTSTUBERCULOSE

Gonitis tuberculosa

Onder de 60 patiënten met gonitis tuberculosa, was in 34 gevallen de rechter knie aangetast, in 28 gevallen de linker knie en in 2 gevallen beide knieën.

De behandeling had in 15 gevallen uit resectie bestaan; hiervan waren 11 knieën in goeden stand stijf geworden en voor het loopen geschikt. Vier knieën waren na de resectie niet vergroeid; zij liepen ondanks een beugel slecht en hadden pijn. Bij 18 patiënten was een amputatie boven de knie verricht, hiervan liepen er 10 behoorlijk en voorzagen in hun eigen onderhoud; 4 waren er matig tevreden, 1 liep er in het geheel niet meer, 3 liepen zeer slecht. Degenen die tevreden waren, hadden een zittend beroep. Hier speelde dus ook

weer de beroepskeus en de sociale mogelijkheid tot reëducatie een belangrijke rol.

In 9 gevallen troffen wij een floride gonitis tuberculosa met fistels aan, waarbij de patiënt niet meer onder behandeling was.

In 12 gevallen was, door fixatie in gips of beugel, een niet-operatieve vergroeiïng der gewrichtsuiteinden verkregen; 4 hiervan hadden een voor de functie bruikbaren stand en 8 een ongeschikte. Opvallend was de lange duur der aandoening, indien deze niet operatief behandeld wordt; zoo vonden wij 3 gevallen, die langer dan 40 jaar floride geweest waren en nog fistelden. Dit op zichzelf is al een bewijs hoe zeer contrôle en na-onderzoek van patiënten noodzakelijk is. Vooral in gevallen waar het Burgerlijk Armbestuur van gemeentewege steun verleent, is toezicht zeer gemakkelijk.

De leeftijden der patiënten waren:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	1	2	3
15—21 „	1	—	1
22—30 „	2	8	10
31—40 „	7	10	17
41—50 „	7	9	16
51—60 „ en ouder	10	3	13
Totaal	28	32	60

Spondylitis tuberculosa

Onder de 21 lijders aan spondylitis tuberculosa vonden wij van:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	1	1	2
15—21 „	2	2	4
22—30 „	2	2	4
31—40 „	2	1	3
41—50 „	1	1	2
50 jaar en ouder	3	3	6
Totaal	11	10	21

Hieronder bevonden zich 1 cervicale, 15 dorsale en 5 lumbale spondylitiden.

In deze groep nemen wij mede op één geval van spondylosis rhizomelica bij een man van 34 jaar, die invalide was.

Onder deze lijders vonden wij 17 invaliden, waarbij het proces, blijkens reflectoire stijfheid of fistels, nog steeds floride was en 4, waarbij een sterke gibbus zonder ontstekingsverschijnselen den lijder tot een gebrekkige stempelde.

Tuberculosis pedis

Wij vonden 27 lijders aan tuberculosis pedis:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	1	1	2
15—21 „	—	2	2
22—30 „	1	1	2
31—40 „	1	1	2
41—50 „	1	4	5
51 jaar en ouder	7	7	14
Totaal	11	16	27

Evenals bij andere vormen is hierbij de lange duur der aandoening en haar geringe neiging tot genezing opvallend. Zoo vonden wij bij een patiënt van 43 jaar, dat de klachten op 6-jarigen leeftijd waren begonnen in den calcaneus; daarna was hij een paar maal geopereerd en omdat de voet nog altijd gevoelig was en pijnlijk bij het loopen, werkte hij niet meer. Overigens had hij dat met lange onderbrekingen wel gedaan. Bij een vrouw van 68 jaar was de voet sinds haar 24ste jaar open geweest; sinds 9 jaar kon zij niet meer loopen. De voet stond in maximale varus- en equinusstand. Een andere patiënte van 68 jaar was gaan sukkelen op haar 2de levensjaar. Zij was altijd naar school gedragen, voor zoover zij deze bezocht had. Op haar 12de jaar liep zij pas, zij het dan ook met pijn. Dit hield zij vol tot haar 38ste, terwijl de voet altijd open was en fistelde. Op haar 38ste jaar werden verschillende kleinere voetgewrichten gereseceerd, waarna de voet 15 jaar goed was; daarna ging hij weer open, werd opnieuw pijnlijk, wat hij tot nu toe gebleven is.

Een man van 61 jaar kreeg op 14-jarigen leeftijd een zwelling van zijn rechter voet, welke open ging en open bleef gedurende 47 jaar. In de laatste jaren is het onderbeen ook gezwollen; de stank, welke de voet verspreidde, was ondragelijk. Patiënt heeft veel pijn.

Bij 13 lijders is de voet geamputeerd; hiervan loopen er 12 uitstekend met een prothese, slechts één loopt op krukken.

Tuberculose van het schoudergewricht

Wij vonden 3 gevallen van tuberculose van het schoudergewricht, één bij een 18-jarig meisje, waarbij de rechter schouder voor deze aandoening voor twee jaar gereseceerd was, nadat zij 5 jaar invalide geweest was door een flexie-adductie contractuur van den bovenarm en pijnlijkheid in den schouder. Thans was zij sinds 1 ½ jaar dienstbode en had zij geen klachten meer. De andere patiënten waren een man van 35 jaar, die kantoorwerkzaamheden verrichtte en die leed aan een caries sicca van zijn linker schouder, waarvan hij betrekkelijk weinig last had, en een vrouw van 48 jaar, die het huishouden deed voor haar broer. Zij had vóór 30 jaar een tuberculose gekregen van haar rechter schouder, welke na ± 15 jaar geopereerd was, doch die slechts gedeeltelijk stijf geworden was. De schouder was ook daarna pijnlijk gebleven. Patiënte was zeer nerveus en genoot invaliditeitsrente.

Tuberculose van den elleboog

Wij vonden 11 gevallen van elleboogstuberculose, waarvan 6 bij mannen en 5 bij vrouwen. Negen maal was de linker elleboog, twee maal de rechter elleboog aangetast. Bij 5 patiënten vonden wij nog reflectoire stijfheid en nachtelijke pijn, met sterke last tijdens hun werkzaamheden. In 5 andere gevallen was de elleboog geheel stijf en goed bruikbaar. In één geval was 26 jaar geleden de linker arm afgezet, nabij den schouder.

Tuberculose van het polsgewricht

In 5 gevallen van polstuberculose bij 2 mannelijke en 3 vrouwelijke patiënten, was 3 maal de linker, 2 maal de rechter pols getroffen. De leeftijd der patiënten variëerde tusschen 20 en 40 jaar. In 3 gevallen vonden wij reflectoire stijfheid en pijnlijkheid, in 2 gevallen was de onderarm geamputeerd.

Tuberculose van het heupgewricht

In de 50 gevallen met coxitis tuberculosa was 26 maal de rechter heup en 24 maal de linker heup aangetast. Wij vonden:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	4	—	4
15—21 „	4	4	8
22—30 „	8	1	9
31—40 „	6	4	10
41—50 „	7	4	11
51 jaar en ouder	4	4	8
Totaal	33	17	50

Hieronder bevonden zich 23 hulpbehoevende invaliden en 27 personen, die in hun eigen onderhoud konden voorzien, zij het dan ook met moeite.

Bij 23 lijders was, op het oogenblik van het onderzoek, de aandoening nog floride.

De gemiddelde duur der behandeling dezer aandoening, waarop wij speciaal gelet hebben, bedroeg 2½ jaar, hetgeen natuurlijk veel te kort is, wanneer men er nog bij denkt, dat de lijders meestal thuis liggen onder betrekkelijk ongunstige hygiënische omstandigheden.

Chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme

Onder de lichamelijk gebrekkigen vonden wij 77 lijders aan chronisch polyarticulair progressief gewrichtsrheumatisme, waaronder 21 mannen en 56 vrouwen. Bij 15 mannen en 45 vrouwen vonden wij die uitgesproken misvormingen van handen, ellebogen, schouders, voeten, knieën, heupen, enz., waaraan men den naam heeft gegeven van arthritis deformans generalis. In lichteren graad vonden wij dit bij 6 mannen en 11 vrouwen. Naar den leeftijd verdeeld vonden wij:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
15—21 jaar	—	2	2
22—30 „	3	3	6
31—40 „	1	12	13
41—50 „	4	10	14
51—60 „	7	14	21
61—70 „	5	12	17
71 en ouder	1	3	4
Totaal	21	56	77

De aandoening bestond bij deze lijders op het tijdstip van het onderzoek gemiddeld 12 jaar. Slechts een 10-tal bevond zich nog onder medische behandeling. Ze waren allen gedurende jaren behandeld met antirheumatica en physische therapie, die tegen deze ziekte machteloos schijnen te zijn.

Van deze lijders lagen er 37 gedurende gemiddeld 3 jaar te bed, waarbij zij hoogstens passief nog eens verplaatst werden. Hunne contracturen in heupen, knieën en voeten waren van dien aard, dat staan en loopen onmogelijk was geworden; elke hoop op herstel hadden zij reeds lang laten varen. De leeftijd van deze bedlegerige patiënten was: 2 mannen, één van 43 jaar en één van 57 jaar; 35 vrouwen, waarvan 3 van 22—30 jaar, 6 tusschen 31 en 40, 7 tusschen 41 en 50, 9 tusschen 51 en 60 en 9 tusschen 61 en 70, benevens één van 73 jaar. Het spreekt vanzelf, dat de lijders aan deze aandoening, in dit vergevorderde stadium, niet meer te helpen zijn. Een enkele is door een redressement forcé of operatieve behandeling nog wel een paar jaar op de been te houden. Het infauste verloop is in de groote meerderheid der gevallen niet te stuiten en het is zelfs te verwachten, dat de 40 lijders, die nog rondliepen, zij het dan ook met veel pijn, voor het grootste deel, naar alle waarschijnlijkheid binnen eenige jaren mede zullen behooren tot de bedlegerigen.

Slechts bij 2 lijders was de aandoening begonnen na een aanval van polyarthritis rheumatica acuta, bij de overige 74 was zij sluipend, primair chronisch ontstaan.

Het is te hopen, dat de toekomst ons over de aetiologie en therapie van dit sombere lijden licht zal brengen.

Hemi- en diplegia spastica

Lijdend aan diplegia spastica waren 27 patiënten. Wij vonden 25 lijders aan hemiplegia spastica, waarvan 16 links- en 9 rechtszijdig.

14 lijders aan hemiplegia spastica en 19 lijders aan diplegia spastica waren idioot of in sterke mate zwakzinnig. Een redelijk verstand vonden wij bij 2 lijders, een goed verstand bij 16 lijders aan hemiplegia spastica en 3 aan diplegia. Verdeeld naar den leeftijd komen wij tot de volgende staat:

Diplegia spastica	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	12	5	17
15—21 „	1	3	4
22—30 „	—	4	4
31—40 „	1	—	1
41 en ouder	—	1	1
Totaal	14	13	27

Hemiplegia spastica	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	7	7	14
15—21 „	3	3	6
22—30 „	3	—	3
31—40 „	—	1	1
41 en ouder	1	—	1
Totaal	14	11	25

Het is waarschijnlijk, dat het afnemen van het aantal lijders met het toenemen van den leeftijd wordt veroorzaakt, doordat de meesten in een inrichting worden geplaatst, waar zij wegens hun zwakzinnigheid thuis behooren.

In 12 gevallen had een verlenging der Achillespezen plaats gevonden. De meeste van deze kinderen waren door deze behandeling verbeterd, bij 2 echter had men de operatief te lang gemaakte Achillespezen later weer moeten inkorten. In 40 gevallen was therapeutisch nooit iets gedaan, noch met oefeningstherapie, noch operatief. Voor de meesten was hiervan met menschelijke zekerheid wel verbetering te verwachten. Eén lijder aan hemiplegia en 10 aan diplegia konden niet loopen door de hevige spasmen, de buigcontractuur der knieën en de abnormale equinusstand der voeten.

Aangeboren heupontwrichting

Wij vonden 86 lijders met aangeboren heupontwrichting, waarvan 22 mannen en 64 vrouwen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Linkszijdige heupontwrichting	7	21	28
Rechtszijdige „	14	26	40
Dubbelzijdige „	1	17	18
Totaal	22	64	86

Naar den leeftijd verdeeld vonden wij:

Enkelzijdige heupontwrichting	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	3	7	10
15—21 „	4	7	11
22—30 „	—	8	8
31—40 „	4	12	16
41—50 „	6	6	12
51 en ouder	4	7	11
Totaal	21	47	68

Dubbelzijdige heupontwrichting	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	1	4	5
15—21 „	—	1	1
22—30 „	—	1	1
31—40 „	—	3	3
41—50 „	—	6	6
51 en ouder	—	2	2
Totaal	1	17	18

Bij de kinderen van 0—14 jaar vonden wij dus nog 4 jongens en 11 meisjes met een aangeboren heupontwrichting. Hiervan waren er 10 behandeld, doch met een zoo matig succes, dat zij duidelijk zwikten bij het loopen, de ouders niet tevreden waren en het kind als gebrekkig hadden opgegeven. Vijf kinderen met deze aandoening waren nooit onder behandeling geweest.

Opvallend was, dat ook op ouderen leeftijd de klachten meestal gering waren en sommigen zelfs heelemaal geen last hadden. Bij de oudere patiënten was natuurlijk van een behandeling nooit sprake geweest. Eén vrouw was er van ± 40 jaar met een dubbelzijdige heupontwrichting, welke beiderzijds gedecapiteerd was en zeer slecht liep en één vrouw van ± 50 jaar met een linkszijdige heupontwrichting, die rechtszijdig gedecapiteerd was, wegens arthritis deformans en die hierdoor zeer was verbeterd. Een vijftal patiënten met een enkelzijdige heupontwrichting, droegen een verhooging onder den schoen; de meesten hadden dit ook wel geprobeerd, doch hadden er door de hooge onkosten, van afgezien.

De arbeidsprestatie en beroepen, waren als volgt:

15—21 jaar: één fabrieksarbeider, één stoffeerder, één winkeljuffrouw, vier dienstbodes, vier naaisters, drie thuis.

22—30 jaar: één vr. klerk, twee in de huishouding thuis, twee dienstbodes, vier gehuwd.

31—40 jaar: één werkster, één non, één dienstbode, één costumière, twee winkeliers, vier naaisters, één zilversmid, zeven gehuwd, één schoenmaker.

41—50 jaar: twee naaisters, één notaris, één onderwijzeres, één dirigent, één werkster, één monteur, één matrassenmaker, één kleermaker, één huishoudster, zeven gehuwd en één man, die ondersteund werd door het Burgerlijk Armbestuur.

50 jaar en ouder: één naaister, twee kleermakers, één huishoudster, één fabrieksarbeider, één sigarenmaker thuis, één costumière, drie gehuwd en drie vrouwen, welke ondersteund werden door het Burgerlijk Armbestuur.

De arbeidsprestaties bij de aangeboren heupontwrichting zijn dus bijna normaal.

Rachitis

Wij vonden 113 gevallen van rachitische misvormingen en wel 54 bij mannen en 59 bij vrouwen.

Hieronder bevonden zich 80 derde-graads scolioses en wel:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	7	7	14
15—21 „	8	3	11
22—30 „	8	10	18
31—40 „	10	9	19
41—50 „	3	8	11
51 en ouder	3	4	7
Totaal	39	41	80

Van deze derde-graads scolioses zat de bochel slechts in 6 gevallen links, in 74 gevallen rechts. Van de kinderen waren er slechts 4 onder behandeling (met heilgymnastiek of corset), 10 waren er nooit behandeld of korter dan ½ jaar.

Van 14—21 jaar waren er slechts 2 onder behandeling geweest en 9 niet, van 22—30 jaar 2 onder behandeling geweest en 14 niet. Van 31—40 was er één onder behandeling geweest en 18 niet.

Moeheid, rugpijn, slapte en kortademigheid waren boven het 25 à 30-ste jaar veelvuldig voorkomende klachten, welke wij zeker in 90 % der gevallen aantroffen.

Rachitische sabelbeenen vonden wij bij 4 kinderen van 1 à 2 jaar en bij één meisje van 16. Overigens hebben wij op ouderen leeftijd deze aandoening niet aangetroffen, hetgeen bewijst, dat de rachitische aandoeningen met het toenemen van den leeftijd afnemen. Sterke X- of O-beenen zagen wij bij 10 patiënten van respectievelijk, 3, 4, 11, 13, 17, 28, 55, 57, 64 en 76 jaar. Wij kunnen het geringe aantal X- en O-beenen, op jeugdigen leeftijd aangetroffen, slechts verklaren uit het feit, dat de ouders deze aandoening als misvorming geringschatten, daar zij van een spontaan herstel overtuigd zijn. Dit gebeurt ook in de overgroote meerderheid der gevallen. Wij vonden 3 rachitische dwergen, één jongen van 18 jaar, één meisje van 24 jaar en één man van 74 jaar. De beide eersten hadden nog nooit geloopen en vertoonden buitengewoon sterke verkrommingen van armen en beenen. Zij zaten beiden thuis op een stoel of kropen door de kamer, doch zij kwamen nooit buiten. De andere rachitische dwerg is een bekende Haarlemsche straatfiguur, hij was ongehuwd, had als boekbinder altijd goed zijn werk kunnen doen en had waarschijnlijk zijn schaapjes op het droge.

Verder vonden wij 6 gevallen van uitgesproken coxa vara rachitica en wel van 2, 12, 15, 17, 17 en 22 jaar. Hiervan waren er 5 onder behandeling.

Merkwaardig is in dit verband ook de mededeeling van Dr H. Eckhardt in het Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie van 14 Maart 1930, dat sinds 1920 in alle Duitsche Krüppelheime het aantal rachitische misvormingen sterk afneemt. Terwijl volgens een statistiek der Preusische Landesfürsorgeverbände in 1920 nog 23 % der lichamelijk gebrekkigen, voor wie opname noodig was, aan rachitische misvormingen der extremiteiten leden, verminderde dit percentage in 5 à 6 jaar tot 13 %.

Aangeboren klompvoeten

Hiervan vonden wij 17 gevallen en wel:

Enkelzijdig	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	3	1	4
15—21 „	—	—	—
22—30 „	2	—	2
31—40 „	1	—	1
41—50 „	2	1	3
51—60 „	—	2	2
Totaal	8	4	12

Dubbelzijdig	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	1	2	3
22—30 „	—	1	1
31—40 „	1	—	1
Totaal	2	3	5

Wat de behandeling betreft, vonden wij, dat behandeling (hoewel onvolledig, vandaar de opgaaf), had plaats gevonden:

van 0—14 jaar in 4 gevallen wel, in 3 gevallen niet,
„ 22—30 „ „ 1 „ „ „ 2 „ „
„ 31—40 „ „ 2 „ „
„ 41—50 „ „ alle gevallen niet (3)
„ 51—60 „ „ „ „ „ (2)

Verder is ons nog een Haarlemsch gezin bekend, dat ons niet is opgegeven en dat ook niet is meegeteld, waarin de moeder van ± 50, een dochter van 25 en een zoon van 16 jaar, rondloopen met een onbehandelde enkelzijdige klompvoet.

Wanneer we nu bedenken, dat een aangeboren klompvoet, wanneer de behandeling onmiddellijk na de geboorte begint, voor het einde van het eerste levensjaar volledig geredresseerd kan zijn, dan is het toch wel zeer te betreuren, dat er nog onbehandelde gevallen onder de kinderen worden aangetroffen.

Kinderverlamming

Lichamelijke gebrekkigheid, door deze aandoening veroorzaakt, vonden wij bij 97 personen:

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0—14 jaar	18	16	34
15—21 „	12	4	16
22—30 „	5	12	17
31—40 „	4	5	9
41—50 „	3	5	8
51 en ouder	10	3	13
Totaal	52	45	97

Na het ontstaan van de verlamming waren van:

0—14 jaar	10	van	de	34
15—21 „	4	„	„	16
22—30 „	15	„	„	17
31—40 „	5	„	„	9
41—50 „	4	„	„	8
51 en ouder	8	„	„	13

nooit meer onder orthopaedische of chirurgische behandeling geweest.

In deze groep vonden wij 3 zwakzinnigen, 28 personen, die in beugels en 6, die met krukken liepen. De beugeldragers waren als volgt verdeeld:

0—14 jaar	13
15—21 „	7
22—30 „	5
31—40 „	1
41—50 „	1
51—60 „	1
61—70 „	1

Van deze beugeldragers waren er ons inziens zeker 20 door operatieve behandeling van hun beugel af te helpen; bij 8 was dit door een al te groote uitgebreidheid der verlamming niet mogelijk of zeer bezwaarlijk.

De personen, welke met krukken liepen, stonden op hun goede been en hadden één been, dat door een sterke buigcontractuur van hun knie of/en heup, te ver van den grond stond. Door tijdige behandeling was stellig een groot gedeelte der contracturen en verlammingen te voorkomen geweest.

Het lijkt ons overbodig de wenschelijkheid van een aangifteplicht, bij dreigende lichamelijke gebrekkigheid, voor artsen, vroedvrouwen, onderwijzers, kinderverzorgsters, enz. te bepleiten om daarop een passende vroegtijdige behandeling te doen volgen.

Dijbeenhalsbreuk

Wij vonden lichamelijke gebrekkigheid, tengevolge van een dijbeenhalsbreuk met sterke verkorting, bij 19 mannen, allen op 5 na boven den 60-jarigen leeftijd. Vijf hiervan bevonden zich in een inrichting, slechts 4 verrichtten eenige bezigheid. De overige 11 werden ondersteund door het Burgerlijk Armbestuur, genoten invaliditeitsrente of pensioen. De 4, die nog aan het werk waren, waren respectievelijk 47, 57, 34 en 52 jaar oud. De 47-jarige was gemeenteambtenaar, de 57-jarige was koetsier in een eigen sleeperszaak, deed niet veel meer, de 52-jarige was petroleum- en fruitventer, verdiende goed zijn brood, de 34-jarige hielp een weinig in de zaak van een familielid.

Verder vonden wij 14 vrouwen met dezelfde aandoening en één meisje van 13 jaar met een epiphysiolyse, dat onder medische behandeling was. Van deze vrouwen werden er 7 ondersteund door het Burgerlijk Armbestuur of genoten invaliditeitsrente; de overigen waren gehuwd.

De invaliditeit, door deze aandoening veroorzaakt, was zeer groot, hetgeen waarschijnlijk ook samenhangt met den hoogen leeftijd der patiënten. Het is mogelijk, dat door de, in de laatste jaren verbeterde, behandelingsmethode, de dijbeenhalsbreuk minder funeste gevolgen zal hebben. Het ontstaan der aandoening lag, bij de patiënten, die zich bij ons hadden opgegeven, gemiddeld 11 jaren terug.

Intraarticulaire fracturen

Deze troffen wij aan bij 17 mannen en 3 vrouwen. Het waren meest arthritische bezwaren, welke een geheele of gedeeltelijke invaliditeit veroorzaakten. Overigens is het aantal te gering om er een conclusie uit te trekken, temeer, waar de aandoening aan knie, voet, elleboog, enz. voorkwam en dus uiteenloopende klachten en bezwaren gaf.

Gemis rechter been

Dit vonden wij bij 4 mannen en 2 vrouwen. Het beroep der mannen was bloemenverkooper (61 jaar oud, op 15de jaar tusschen machine gezeten, gehuwd, 9 kinderen), chauffeur (34 jaar, gehuwd, verdient goed zijn brood), ex-timmerman (49 jaar, sinds 17 jaar houten stelt rechts, krijgt van R.V.B. Fl. 10, doet niets meer), kioskhouder (37 jaar, was vroeger drukker, gehuwd, heeft goed zijn brood). De beide vrouwen zijn respectievelijk 25 en 50 jaar; de eene is naaister, de andere huishoudster.

Gemis linker been

Dit troffen wij aan bij 6 mannen. Zij waren respectievelijk ambtenaar, koopman (2), klerk, en schoenmaker (2). Hunne inkomsten waren voldoende. Zij droegen evenals de vorige groep protheses, waarmee zij tevreden waren. Een was er, die tijdens zijn werk (hij liep als koopman met borstels, enz), krukken verkoos.

Gemis van beide beenen

Dit troffen wij aan bij 4 mannen en 1 vrouw. Hiervan waren er 2 gepensioneerd sinds 30 en 35 jaar, voor dit ongeval hen op de Centrale Werkplaats overkomen; verder vonden wij 1 schoenmaker en 1 stoelenmatter, waarvan de inkomsten gering waren. De vrouw was 25 jaar; zij had op 13-jarigen leeftijd, terwijl het vroor, aan het roer moeten staan. Den volgenden dag had men beide onderbeenen moeten amputeeren wegens bevriezing. Zij was gehuwd en droeg twee prothesen, reikende tot aan de lies, waarmee zij uitstekend liep.

HOOFDSTUK IV

DE VERZORGING DER LICHAMELIJK GEBREKKIGEN IN HET BUITENLAND

a — **Duitschland**

In den aanvang der vorige eeuw was ook in Duitschland de verzorging der lichamelijk gebrekkigen nog geheel overgelaten aan de openbare liefdadigheid en leefden de lichamelijk gebrekkigen meestentijds van bedelarij en ondersteuning. In 1816 werd te Marienwerder in West-Pruisen een school opgericht voor soldaten, die door den oorlog invalide waren geworden. Hierop werden blinden, doofstommen, kreupelen en andere misvormden opgeleid tot een nuttig beroep.

In 1832 werd in München het eerste opvoedingsgesticht voor lichamelijk gebrekkigen door Von Kurz opgericht, waar men hen door opvoeding en onderwijs tot een zelfstandig bestaan opleidde. Deze inrichting werd door koning Lodewijk I eenige jaren later aan den staat getrokken en uitgebreid tot de thans bestaande groote inrichting voor gebrekkigen te München-Harlaching. Korten tijd hierna ontstonden er in Zuid-Duitschland tal van confessioneele inrichtingen.

Omstreeks 1885 begon de evangelische zending, onder leiding van dominee Hoppe, haar aandacht te schenken aan de verzorging der lichamelijk gebrekkigen. Van katholieke zijde was het Rector Heinrich Sommer, die den bouw van vele inrichtingen tot stand bracht, nadat in 1904, speciaal voor beroepsopleiding van mannelijke gebrekkigen, het Josefsheim te Bigge aan de Ruhr gebouwd was.

De medische behandeling werd in den loop der jaren steeds beter en het karakter der inrichtingen daardoor gewijzigd. Van zuiver opvoedkundige instellingen, werden het meer chirurgische-ortho-

paedische klinieken met school- en beroepsopleiding daarnevens. Het voorkomen en genezen der lichamelijk gebrekkigen werd hoofdzaak. Dit komt vooral in de moderne inrichtingen tot uiting. Toch gaan ook daar meestal behandeling, opvoeding en onderwijs, dat rekening houdt met de psyche van den gebrekkige, juiste beroepskeus en beroepsopleiding, hand in hand. Ook in de afzonderlijke inrichtingen is een zekere specialisatie waarneembaar, die noodzakelijk en begrijpelijk is, wanneer we bedenken, dat er door middel van gestichtsopleiding 51 beroepen open staan voor gebrekkige jongens en 26 voor meisjes. Een groote beroepskeus is voor lichamelijk gebrekkigen noodzakelijk. Wij hebben niet te maken met een bezig houden, zooals bij blinden, zwakzinnigen en achterlijken zoo vaak het geval moet zijn, maar bij hen is een beroepsopleiding noodzakelijk, die boven het normale moet uitsteken. Door het groote aantal werkeloozen vinden alleen die lichamelijk gebrekkigen een plaats in de maatschappij, die uitmunten door een bizondere kwaliteit van hun werk. Zoo wordt dan ook in vele Krüppelheime niet slechts gewerkt, doch wordt de nadruk gelegd op artisticiteit en werk met een bizonder cachet.

Hoewel de noodzaak van behandeling en opvoeding van lichamelijk gebrekkigen in Duitschland al zeer lang werd ingezien, werd een juist inzicht in den omvang en uitgebreidheid der lichamelijke gebrekkigheid eerst verkregen door een telling van alle lichamelijk gebrekkige kinderen door het geheele Duitsche rijk, met uitzondering van enkele kleine staten, in 1906 en 1907. Daarvóór hadden in enkele provinciën en bondsstaten reeds tellingen plaats gevonden en had men gemiddeld 1,17 lichamelijk gebrekkig kind onder de 14 jaar op 1000 inwoners gevonden [1]. De telling van 1906 werd verricht op verzoek en onder leiding van den onlangs overleden Prof. Dr CONRAD BIESALSKI door het ministerie van Justitie. Hierbij gingen in elke stad en dorp politie-agenten rond, die in hun wijk of streek goed bekend waren en werd elke lichamelijk gebrekkige tusschen 0 en 14 jaar ingeschreven. De aard van het gebrek werd zoo goed mogelijk vermeld. Hierbij vond men 97907 lichamelijk gebrekkige kinderen, van wie er volgens BIESALSKI 48206 verpleging of opvoeding in een Krüppelheim noodig hadden,

[1] Prof. Dr A. SCHLOSZMANN: Die öffentliche Krüppelfürsorge 1920.

terwijl het aantal beschikbare bedden in dergelijke inrichtingen slechts 7293 bedroeg en 80 % behandeling noodig had.

De oorzaken der lichamelijke gebrekkigheid waren gewrichtstuberculose bij 15 %, besmettelijke kinderverlamming 16,4 %, rachitis 9,5 %, scolioses 12,2 %, aangeboren afwijkingen 27,8 %.

Mede ten gevolge van deze statistiek ontstond er een groote belangstelling in de zoogenaamde Krüppelfürsorge, waardoor een snelle uitbreiding van het aantal poliklinieken en inrichtingen tot stand kwam. Terwijl er in 1902 slechts 0,8 % der lichamelijk gebrekkigen verzorgd werden, was dit in 1921 met 21,6 % het geval. De bemoeiïngen van de overheid op het gebied der voorkoming en genezing der lichamelijke gebrekkigheid breidden zich steeds meer uit.

Onder invloed van de geweldige vermeerdering van het aantal lichamelijk gebrekkigen door den wereldoorlog 1914—1918 (oorlogsverwondingen, gevolgen van de hongerbloccade), werd den 6den Mei 1920 voor **Pruisen** een wet over de openbare zorg voor de lichamelijk gebrekkigen afgekondigd. Ook de andere staten van Duitschland volgden dit voorbeeld spoedig na, zoodat deze wet thans over bijna het geheele Duitsche Rijk is ingevoerd.

In de *wet van 11 Juli* 1891 was de verzorging van geesteszieken, zwakzinnigen, epileptici, blinden en doofstommen geregeld. Hierbij waren de lichamelijk gebrekkigen vergeten, hoewel zij in zeer vele gevallen veel meer hulpbehoevend zijn dan bovengenoemde gebrekkigen. Reeds was door de wetgevende „Landesversammlung" in een zitting van 12 Dec. 1919 vastgesteld, dat een goede orthopaedische opleiding van de aanstaande artsen de meest wezenlijke en billijkste eisch was, die men op het gebied der verzorging van lichamelijk gebrekkigen mag stellen. Zij had daartoe bij de bespreking der begrooting der universiteiten het besluit genomen het onderwijs in de orthopaedie uit te breiden en te verbeteren. Reeds in 1909 was aan de „Kreis"-artsen opgedragen aan de verzorging der lichamelijk gebrekkigen evenzeer aandacht te wijden, als aan die van geesteszieken, epileptici en idioten. Zij moesten lijsten aanleggen over de in hun dienstgebied aanwezige lichamelijk gebrekkigen. Het ontstaan van de Krüppelfürsorge-wet en de officieele toelichting daarbij, vindt men in „Die öffentliche Krüppelfürsorge" van Prof. Dr A. SCHLOSZMANN (Berlin 1920).

Een dergelijke wet bestaat in Nederland niet; ons land wordt op geheel andere wijze bestuurd en zoo is het ook niet goed mogelijk een juiste en begrijpelijke vertaling te geven van den tekst dezer wet. Wij laten haar daarom onvertaald volgen. Zij lijkt ons, om een goed begrip te krijgen van de gevolgen, die zij moet hebben bij de voorkoming en genezing van de lichamelijke gebrekkigheid, in dit verband op haar plaats.

§ 1. Die Landarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie die Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter 18 Jahren umfaszt diese Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel.

§ 2. Die Fürsorge für Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Masznahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise. Die Aufsichtsbehörde ist befugt, diese Kreise nötigenfalls zur Erfüllung der Verpflichtung anzuhalten.

§ 3. Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes bei einer Person unter achtzehn Jahren eine Verkrüppelung wahrnimmt, ist verpflichtet hiervon binnen einem Monat unter Bezeichnung des Krüppels und der Verkrüppelung Anzeige zu erstatten.

Wer als Arzt oder Hebamme Geburtshilfe leistet, ist verpflichtet, das mit seiner Hilfe geborene Kind auf die Anzeichen von Verkrüppelung zu untersuchen und, falls solche sich vorfinden, die gleiche Anzeige zu erstatten.

Eine Anzeigepflicht besteht nicht, wenn eine nach diesem Gesetze ausreichende Anzeige bereits früher erstattet worden ist.

Verletzungen der Anzeigepflicht werden mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu vier Wochen bestraft.

§ 4. Lehrer (Lehrerinnen), welche gelegentlich des zur Erfüllung der Gesetzlichen Schulpflicht erteilten Unterrichtes oder des Ersatzunterrichtes hierfür bei ihren Schülern Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet, diese Schüler namhaft zu machen.

Die näheren Vorschriften zur Durchführung dieser Bestimmung erläszt der Minister für Volkswohlfahrt im Verordnungswege. Die Verordnungen sind durch die Regierungsamtsblätter derjenigen Bezirke bekanntzumachen, in welchen sie Geltung erlangen sollen, und treten mit dem achten Tage nach Ablauf desjenigen Tages an welchem das betreffende Stück des Amtblatts ausgegeben ist, in Kraft. Für die Nichtbefolgung der in der Verordnung gegebenen Vorschriften können Geldstrafen bis zu einhundertfünfzig Mark oder Haft bis zu vier Wochen angedroht werden.

§ 5. Ärzte, sowie solche Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane, welche gelegentlich ihrer Berufsausübung bei jugendlichen Per-

sonen unter achtzehn Jahren die Anzeichen drohender Verkrüppelung beobachten, sind verpflichtet, diese der in § 6 dieses Gesetzes bezeichneten Stelle namhaft zu machen.

§ 6. Die in §§ 3, 4, 5 vorgesehenen Anzeigen sind an das zuständige Jugendamt zu richten. Für den Zeitraum, bis alle Stadt- und Landkreise auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Jugendämter haben, bestimmt der Minister für Volkswohlfahrt im Verordnungswege die Stelle, an welche die Anzeige zu richten ist.

§ 7. Auf Grund von Anzeigen, die nach § 5 eingehen, kann die unter Umständen auch zu wiederholende Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses angeordnet werden, ob die nötigen Masznahmen zur Verhütung dauernder Verkrüppelung getroffen sind.

§ 8. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern. In dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder für solche Personen unter 18 Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Die Beratungsstelle beantragt die Einleitung der notwendig erscheinenden Masznahmen.

§ 9. Eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlens eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauche ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaszen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, dasz ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird.

§ 10. Mit der Ausführung dieses Gesetzes wird der Minister für Volkswohlfahrt beauftragt.

§ 11. Dieses Gesetz tritt mit dem 1 Oktober 1920 in Kraft. Soweit den im § 1 bezeichneten Verbänden geeignete Anstalten in ausreichender Anzahl nicht zur Verfügung stehen, kann der Minister bis zum 31 März 1926 Befreiung von der Verpflichtung zur Anstaltsunterbringung gewähren.

In de toelichting op deze wet wordt een scherp onderscheid gemaakt tusschen „Bewahrung", waaronder men verstaat het plaatsen in een inrichting, waarin de verpleegde verzorgd, gevoed en beschermd wordt tegen zichzelf en anderen, „Kur", waaronder men de maatregelen verstaat, die noodig zijn tot het herstel van de gezondheid, verbetering van de lichamelijke en geestelijke toestand, het voorkomen van verergeringen en „Pflege", waaronder men de hulp verstaat, welke degenen, die tengevolge van hun leeftijd of hun geestelijke of lichamelijke toestand, niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen en zichzelf te helpen, noodig hebben.

Hulpbehoevend noemt men den lichamelijk gebrekkige, die niet voldoende krachten of middelen bezit om in zijn noodzakelijk

levensonderhoud te kunnen voorzien of deze van een daartoe verplichte bloedverwant ontvangt. De lichamelijke gebrekkigheid sluit niet persé hulpbehoevendheid in zich; het doel van de wet is immers de lichamelijk gebrekkigen zooveel mogelijk uit dien toestand te brengen.

Opname in een inrichting is noodig, wanneer „Bewahrung, Kur, Pflege of Erwerbsbefähigung" daarzonder niet of niet voldoende tot hun recht kunnen komen.

De eischen, die aan de inrichtingen gesteld worden, hangen ervan af wat men met de verpleging in een inrichting wil bereiken. Wanneer het erom gaat de lichamelijke gebrekkigheid mechanotherapeutisch of operatief te genezen of te verbeteren, moeten de medische verzorging en therapeutische inrichting aan zeer hooge eischen voldoen. Wanneer het erom gaat beroepsopleiding te geven, moet de inrichting daarvoor zijn uitgerust. Wanneer het slechts gaat om het „opbergen" van lichamelijk gebrekkigen, waarvan therapeutisch en paedagogisch niets te maken is, kunnen de inrichtingen eenvoudiger zijn.

Het is de bedoeling van den wetgever, dat de beroepsopleiding met het 18de levensjaar voleindigd is. Ondanks deze leeftijdsgrens staat het echter de overheid toch vrij ook oudere lichamelijk gebrekkigen, vooral wanneer de aandoening op ouderen leeftijd is opgetreden, door therapeutische maatregelen en beroepsopleiding weer tot een zelfstandig bestaan te brengen.

De resultaten van de opleiding tot een zelfstandig beroep overtreffen iedere verwachting, al is speciaal de beroepsopleiding een zaak van groot geduld en bizonderen aanleg. Elke gedachte aan ondersteuning, in den geest van het burgerlijk armbestuur, is door deze wet komen te vervallen.

Nadat deze wet was ingevoerd, is, ter aanvulling van de **„Volks-, Berufs-, und Betriebszählung"** van 16 Juni 1925, een telling gehouden van alle gebrekkigen in het Duitsche rijk, in aansluiting aan de **„Personenstandsaufnahme"** van 10 October 1925 of door bizondere maatregelen. Wij ontleenen aan **„Wirtschaft und Statistik"**, welke uitgegeven wordt door het „statistische Reichsamt", van 1 April 1927, de voorloopige resultaten van deze telling. Deze geven het aantal gebrekkigen in Duitschland, met uitzondering van het Saargebied, Württemberg en Lübeck.

In het Duitsche rijk bevonden zich in 1925 292635 **mannelijke- en** 112030 **vrouwelijke lichamelijk gebrekkigen,** tezamen 404665. Het aantal **geestelijk** gebrekkigen bedroeg 98926 **mannelijke- en** 95443 **vrouwelijke,** tezamen 194369 personen.

Per tien duizend der getelde bevolking (59.859.460) vond men 101,4 mannelijke lichamelijk gebrekkigen en 36,2 vrouwelijke, gemiddeld 67,6. Voor de geestelijke gebrekkigheid bedroeg dat respectievelijk 34,3 en 30,8.

Als gebrekkig in den zin dezer telling golden **blinden, doofstommen, dooven, lichamelijk-gebrekkigen** (Krüppel) **en geestelijk-gebrekkigen** (geesteszieken, zwakzinnigen).

Verreweg het talrijkst zijn de lichamelijk gebrekkigen; meer dan 1 % van de mannelijke bevolking heeft een uitgesproken lichaamsgebrek. Ten gevolge van de tallooze oorlogsverwondingen, is hierbij ook het overwegen der mannen, dat overigens bij alle vormen van gebrekkigheid bestaat, het meest in het oog vallend. Van de 100 mannelijke en vrouwelijke gebrekkigen waren respectievelijk 14,5 en 28,5 in inrichtingen voor gebrekkigen geplaatst. Hieronder vallen ook de geestelijk gebrekkigen. Dit overwegen van het aantal vrouwen in inrichtingen vindt zijn oorzaak hierin, dat de lichamelijk gebrekkigen, die slechts zelden in inrichtingen hun leven doorbrengen, bij het mannelijke geslacht verre overheerschen.

Wij ontleenen aan „Wirtschaft und Statistik", van 1 Februari 1930, de voornaamste resultaten der „Reichsgebrechlichenzählung 1925", welke geschiedde door middel van de „Personenstandserhebung". Deze was opgedragen en de invulling der voorgeschreven telkaarten geschiedde door de „Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden", terwijl de gebrekkigen, die in inrichtingen waren ondergebracht, door den directeur werden opgegeven. De kleinere gemeenten voorzagen in de telling der gebrekkigen via het gemeentebestuur. Het vaststellen van het lichamelijke gebrek en de waarschijnlijke oorzaak was voor het grootste deel aan specialisten opgedragen. Schema 1 geeft het totaal aantal gebrekkigen in het Duitsche rijk in het jaar 1925 weer.

Uit Württemberg zijn de kaarten nog niet binnengekomen; in het Saargebied heeft de telling nog niet plaats gevonden, terwijl de getallen voor Baden slechts gedeeltelijk bewerkt zijn. Het sterke

overwegen der blinden en vooral der lichamelijk gebrekkigen onder de mannen, hangt in zeer geringe mate van het beroep, in hoofdzaak echter van den oorlog af. Hierdoor namelijk waren 2411 blinden, 833 doofstommen en/of dooven, 132939 lichamelijk gebrekkigen en 6303 geestelijk gebrekkigen ontstaan. In het geheele Duitsche Rijk bevonden zich 700796 gevallen van gebrekkigheid. Hieronder werden 22517 lieden geteld, die gelijktijdig aan een zwaar lichamelijk gebrek leden en geestelijk gebrekkig waren.

Naar den godsdienst verdeeld bevinden zich op elke 10000 belijders der verschillende godsdiensten:

Aard v/h gebrek	evang.	kath.	isr.	anderen
Blind	5,5	4,8	6,3	2,7
Doofstom	5,4	5,8	8,3	1,6
Doof	1,6	1,4	1,7	1,0
Zwaar lich. gebrekkig . . .	49,9	44,4	23,8	41,9
Licht lich. gebrekkig	19,8	21,2	8,9	19,8
Geestelijk gebrekkig.	35,8	37,6	48,7	11,1

Opvallend is het betrekkelijk groote aantal Israëlieten onder de geestelijk gebrekkigen. Dit, reeds sinds langen tijd in alle landen bekende, verschijnsel, wordt meestal op rekening gesteld van het langdurige isolement van de Israëlieten van de overige bevolking en de daaruit ontstane inteelt.

Bijna twee derde van de geestelijk gebrekkigen (60,7 %) bevindt zich in een inrichting. In een eigen huishouding leven voornamelijk de lichte-lichamelijke gebrekkigen en de dooven, daar zij het minste van alle gebrekkigen op vreemde hulp zijn aangewezen. Maar ook de zwaar-lichamelijk gebrekkigen bevinden zich voor meer dan de helft (57,3 %) in een eigen huishouding. Van de doofstommen zijn 20,2 %, van de blinden slechts 17,5 % in inrichtingen ondergebracht. Het grootste gedeelte van hen is in den schoolplichtigen leeftijd of in opleiding.

Het volgende staatje geeft een overzicht van de huisvesting der lichamelijk gebrekkigen, waarbij de meerdere malen gebrekkigen bij elk van hun gebreken zijn geteld. Dit is dus een overzicht van het aantal gevallen en niet van de personen.

Huisvesting der gebrekkigen

Aard der huisvesting	Aantal gebrekkigen						
	blinden	doofstommen	dooven	lichamelijk zwaargebrekkig	lichtgebrekkig	geestel. gebrekkig	totaal
In eigen huishouding . .	14152	8703	5332	158475	73767	16554	276983
in % . .	47,0	27,5	60,9	57,3	63,1	8,0	41,2
Bij ouders, familie of kennissen	9841	13774	2302	93193	35886	61059	216055
in % . .	32,7	43,5	26,3	33,7	30,7	29,4	32,2
In pension bij vreemde familie	625	2603	408	7440	3732	3584	18392
in % . .	2,1	8,2	4,7	2,7	3,2	1,7	2,7
In inrichtingen.	5282	6400	613	16265	3200	125899	157659
in % . .	17,5	20,2	7,0	5,9	2,7	60,7	23,5
Onbekend	214	190	100	1094	389	418	2405
in % . .	0,7	0,6	1,1	0,4	0,3	0,2	0,4
Totaal . . .	30114	31670	8755	276467	116974	207514	671494

(Zonder Württemberg en Baden).

Degenen, die meer dan één gebrek vertoonen, zijn in elk van de groepen geteld.

Terwijl bij alle gebreken met den leeftijd een toename van het cijfer der gebrekkigheid is te bespeuren, waarop, tengevolge van de groote sterfte van de gebrekkigen, boven de 60 jaar een afname volgt, stijgt bij de blinden en bij de dooven het aantal lijders met toenemenden leeftijd. Na het 30ste jaar neemt het aantal blinden snel toe, vooral bij de mannen, zoowel tengevolge van den oorlog als door de gevaren van het beroep.

Bij de doofstommen stijgt het aantal boven het 10de levensjaar snel. Volgens den Duitschen statisticus hangt dit samen met het feit, dat de ouders bij het jonge kind de doofstomheid niet willen erkennen.

Bij de lichamelijk gebrekkigen lette men speciaal op het verschil, dat op elken leeftijd voorkomt tusschen de mannelijke en vrouwe-

lijke lichamelijk gebrekkigen. Vooral bij de 30 tot 60-jarigen is dat tengevolge van de „Kriegsbeschädigten" in het oog vallend. Dat in het algemeen het aantal lichamelijk gebrekkige mannen grooter is, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de meerdere levens- en beroepsgevaren, waaraan het mannelijk geslacht blootstaat.

Men trof op 100000 levenden in den leeftijd van . . . . . jaren aan:

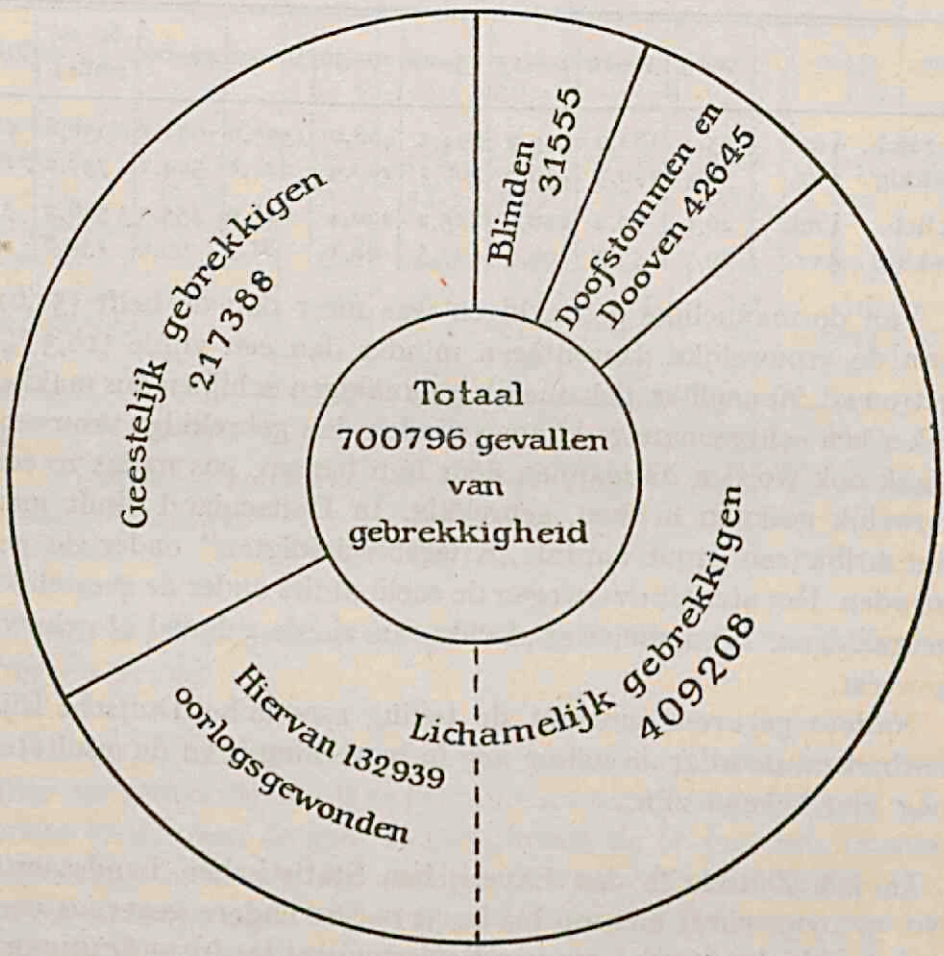
		0—5	5—10	10–15	15–20	20–30	30–40	40–60	60 en ouder	totaal
zwaar lich. gebrekkig	ml.	55,4	181,7	245,7	294,1	468,0	1577,6	951,1	1058,8	675,1
	vr.	56,4	170,3	230,8	266,1	209,9	221,8	344,2	738,2	286,3
licht lich. gebrekkig	ml.	26,0	69,2	106,9	125,2	230,4	848,0	455,5	346,2	318,2
	vr.	19,7	57,3	96,9	107,5	88,1	81,3	99,6	150,8	90,6

Van de mannelijke gebrekkigen was meer dan de helft (51,6), van de vrouwelijke daarentegen minder dan een vijfde (18,3 %) getrouwd. Mannelijke lichamelijk gebrekkigen schijnen dus makkelijker een echtgenoote te kunnen vinden dan gebrekkige vrouwen. Vaak ook worden de mannen door hun beroep, pas nadat ze een huwelijk gesloten hebben, gebrekkig. In Duitschland vindt men natuurlijk een groot aantal „Kriegsbeschädigten" onder de gehuwden. Het sterkst overwegen de coelibatairs onder de geestelijke gebrekkigen. Hieronder was slechts een vierde gehuwd of gehuwd geweest.

Nadere gegevens omtrent de telling 1925 in het Duitsche Rijk ontbreken, doordat de telling nog in bewerking is en de resultaten nog niet bekend zijn.

In het Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamts, No. 3, 1929, vindt men op bladz. 313—361 nadere gegevens over de gebrekkigheid in Beieren van Regierungsrat Dr Josef Schubert. Dit is de bewerking van de telling in 1925 en '26 verricht. De minister van Financiën had erin toegestemd bij het aangiftebillet voor de inkomstenbelasting een vraag bij te voegen naar de eventueele aanwezigheid, in het betrokken gezin, van een gebrekkige. In Beieren werd aan de gemeentebesturen opgedragen lijsten aan te leggen van de inlichtingen omtrent gebrekkigen, welke langs dezen weg op de belastingkantoren waren ingekomen.

Voor de afzonderlijke gebreken werden daarna speciale telkaarten vervaardigd: telkaart A voor de blinden, telkaart B voor de doofstommen en doof-gewordenen, telkaart C voor lichamelijk gebrekkigen en telkaart D voor de geestelijk gebrekkigen. De kaarten, die steeds dubbel ingevuld moesten worden, hadden een verschillende



Aantal gebrekkigen in het Duitsche Rijk, met uitzondering van Württemberg en Baden.
Anno 1925

kleur al naar het gebrek. Zij bevatten een demographisch gedeelte, dan vragen omtrent school-, beroepsopleiding en inkomen en ten

derde vragen naar den aard en de oorzaak van het gebrek. Aan de beambten en „Fürsorgeärzte", welke in dienst waren van de verschillende districten, was opgedragen voor de juiste invulling te zorgen. De verschillende verplegingsinrichtingen en ziekenhuizen voor gebrekkigen zorgden voor invulling der telkaarten der bij hen verpleegden. Alle telkaarten werden opgezonden aan het Statistische Landesamt, dat voor de bewerking zou zorgdragen.

Het totaal aantal van de in Beieren opgegeven gebrekkigen bedraagt 90444. Het mannelijk geslacht overweegt met 56305 personen ver boven het vrouwelijke (34139).

Het volgende staatje geeft een overzicht over de verschillende soorten en aantal der gebrekkigen:

Gebrek	Aantal gebrekkigen							
	mannen		vrouwen		tezamen		daarvan in inrichtingen	
	totaal	%	totaal	%	totaal	%	totaal	%
Blinden	2268	4,0	1569	4,6	3837	4,2	617	16,1
Doofstommen	2517	4,5	2423	7,1	4940	5,5	1494	30,2
Doof-gewordenen . . .	605	1,1	550	1,6	1155	1,3	97	8,4
Zwaar-lich. gebr. . . .	24350	43,3	8146	23,9	32496	35,9	1299	4,0
Licht-lich. gebr.	10049	17,8	4911	14,4	14960	16,5	336	2,2
Geestelijk gebr.	14760	26,2	14895	43,6	29655	32,8	17311	58,4
Blinden met een ander zwaar gebrek	193	0,3	177	0,5	370	0,4	167	45,1
Doofstommen of doofgewordenen, met andere zware gebreken, behalve blindheid . .	384	0,7	329	1,0	713	0,8	379	53,2
Zwaar-lich. gebr. en tegelijk geestelijk gebr. .	1179	2,1	1139	3,3	2318	2,6	834	36,0
Totaal . . .	56305	100	34139	100	90444	100	22534	24,9
Daarvan in een inrichrichting	10580	18,8	11954	35,0	22534	24,9		

Hieruit zien we dus, hoe in Beieren, waarvan het aantal inwoners in 1925 7.385.300 bedroeg, zich 1635 lichamelijk gebrekkigen in een inrichting bevonden, zijnde 6,2 % van het totaal aantal lichamelijk gebrekkigen (47.456).

Het onderscheid, dat gemaakt wordt tusschen zwaren en lichten graad van lichamelijke gebrekkigheid komt op het volgende neer:

Als zwaar lichamelijk gebrekkig gelden:

Het ontbreken van een arm, een hand, het onderbeen met verlies van het kniegewricht of het ontbreken van meerdere ledematen of gedeelten van meerdere ledematen.

Ankylose of ontwrichting van een heupgewricht, van een kniegewricht in gebogen of afgeknikten stand, verstijving van de gezamenlijke gewrichten van één of beide handen, verstijving van de geheele wervelkolom in strekstand of van meerdere groote gewrichten: heup, knie, elleboog en schouder.

Een sterke graad van slapheid van één of beide knieën, vorming van pseudarthrosen aan het been.

Sterke verkorting van een arm of been of van meerdere ledematen, uitgesproken dwerggroei.

Sterke, de bewegingsmogelijkheid zeer beperkende verkromming van alle ledematen of van de wervelkolom.

De overige als bizonder zwaar aangemerkte misvormingen van een geheelen arm of been of van meerdere ledematen of van deelen van meerdere ledematen.

Verlammingen van een geheelen arm of been, van meerdere ledematen of van deelen van meerdere ledematen.

Verlammingen met gelijktijdig voorkomende andere stoornissen van een geheelen arm of been, van meerdere ledematen of van deelen van meerdere ledematen (kinderverlamming; verlammingen door het verdwijnen van spieren, tengevolge van traumata of andere oorzaken).

Zware rachitis, osteomalacie, osteopsathyrosis van alle ledematen of van het geheele lichaam.

Been- of gewrichtstuberculose aan verschillende gewrichten tegelijk of aan een heupgewricht.

Paralysis agitans of chorea voor zoover het gaat over zeer uitgebreide, blijvende toestanden.

Jicht of chronisch gewrichtsrheumatisme aan twee of meerdere groote gewrichten of aan alle gewrichten van beide handen.

Andere als bizonder zwaar gekenmerkte gebreken of combinaties van lichte gebreken.

De overige lichamelijke gebreken en gebreken, die niet voldoende zijn aangeduid, werden als lichte gebreken geteld.

De zware lichamelijk gebrekkigen zijn zeer talrijk onder het mannelijk geslacht. Het totale aantal bedraagt 35105. Hieronder vinden wij 25703 mannen tegen 9402 vrouwen. Het groote aantal mannen wordt ten deele veroorzaakt door 13412 oorlogsgewonden.

Het aantal zwaar-lichamelijk gebrekkigen, dat in een inrichting verpleegd moest worden, bedroeg 2197, dat is 6,3 %. Van degenen, die zich niet in inrichtingen bevonden, waren er meer dan de helft in een eigen huishouding en bijna een derde bevond zich bij ouders, bekenden of bloedverwanten. Een onderkomen bij een vreemde familie kwam in 4,2 % van het aantal gevallen voor. Het volgende staatje geeft een overzicht van de huisvesting der zwaar-lichamelijk gebrekkigen in Beieren:

Aard der huisvesting	Zwaar-lichamelijk gebrekkigen					Totaal aantal		
	0—5	5—15	15–20	20–60	60 en ouder	mannel.	vrouwel.	totaal
In eigen huishouding	—	—	5	16823	2863	16991	2700	19691
Bij ouders, verwanten en kennissen	305	1766	1330	6765	1307	6440	5033	11473
In pension bij vreemde familie	7	32	32	1114	283	1069	399	1468
In inrichtingen voor lich. gebrekkigen . . .	—	62	90	4	—	87	69	156
In andere inrichtingen	57	303	228	1048	405	947	1094	2041
Onbekend	—	7	15	213	41	169	107	276
Totaal . .	369	2170	1700	25967	4899	25703	9402	35105

Verdeeld over de verschillende leeftijden was het aantal gebrekkigen als volgt:

Leeftijd	Aantal zwaarlichamel. gebrekkigen			Aantal zwaarlichamel. gebrekkigen in %			Aantal zwaarlichamel. gebrekkigen op 10.000 personen		
	mannel.	vrouwel.	totaal	mannel.	vrouwel.	totaal	mannel.	vrouwel.	totaal
0—5 jaar	193	176	369	0,8	1,9	1,1	5,2	4,8	5,0
5—10 „	468	404	872	1,8	4,3	2,5	18,5	16,1	17,3
10—15 „	702	596	1298	2,7	6,3	3,7	18,5	15,7	17,1
15—20 „	910	790	1700	3,5	8,4	4,8	23,4	20,2	21,8
20—30 „	3350	1363	4713	13,0	14,5	13,4	52,5	19,5	35,3
30—40 „	9296	1241	10537	36,2	13,2	30,0	212,9	22,7	107,1
40—60 „	7942	2775	10717	30,9	29,5	30,5	102,1	33,1	66,3
60 en ouder	2842	2057	4899	11,1	21,9	14,0	91,9	57,6	73,5

Opvallend is hierbij het zeer groote aantal gebrekkigen in de groep van de 30—40-jarigen. Dit wordt voor het grootste gedeelte hierdoor veroorzaakt, dat men op dezen leeftijd een zeer groot aantal oorlogsgewonden vindt.

Wat den burgerlijken stand der zwaar-lichamelijk gebrekkigen betreft, zijn van degenen, die ouder zijn dan 20 jaar, 68 % van de mannen tegen 23,5 % van de vrouwen gehuwd. Bij de mannen is het algemeene huwelijksgemiddelde overschreden, bij de vrouwen wordt het niet bereikt.

Volgens den godsdienst vindt men:

godsdienst	mannel.	vrouwel.	totaal	in %	Aantal zwaar-lich. gebrekkigen op 10.000 lidmaten	Aantal zwaar-lich. gebr., welke in inrichtingen zijn ondergebracht in %
Katholiek	17951	6497	24448	69,6	47,4	6,4
Evangelisch	7168	2736	9904	28,2	46,6	6,1
Israëlitisch	75	48	123	0,4	25,0	4,1

Er bestaat bijna geen verschil in het voorkomen van zware lichamelijke gebreken bij de beide groote christelijke godsdiensten; onder de israëlieten vinden wij een geringer aantal. Het % in in-

richtingen verpleegden is bij de protestanten iets kleiner dan bij de katholieken, veel geringer nog bij de israëlieten.

De lichamelijk gebrekkigen zijn, voor zoover zij de school slecht kunnen volgen, hierbij meestal slechts lichamelijk, niet door een geringer intellect, verhinderd.

Van de zwaar-lichamelijk gebrekkigen boven de 6 jaar, wier aantal 34543 bedraagt, hebben er 29207 of 84,5 % uitsluitend de Beiersche Lagere School bezocht. 3,5 % hebben onderwijs genoten aan een inrichting voor vak- of voortgezet onderwijs. 4,4 % hebben onderricht ontvangen aan een „höhere Lehranstalt" en 0,8 % aan een „Hochschule". Slechts 230 of 0,7 % werden in een „Hilfsschule", 183 of 0,5 % in een „Krüppelerziehungsanstalt" onderricht. 60 (0,2 %) genoten er privaatonderwijs. Men moet hierbij in het oog houden, dat het grootste deel van het aantal lichamelijk gebrekkigen eerst na afloop van de schoolopleiding door het gebrek getroffen werd. Slechts bij 27,8 % valt het optreden van het gebrek vóór het 16de levensjaar.

De verschillende soorten van de zware lichamelijke gebreken zijn in Beieren in negen groepen samengevat, welke als volgt verdeeld zijn:

Aard en zetel van het gebrek	Zwaar-lichamelijk gebrekkigen					
	mannelijk		vrouwelijk		tezamen	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
a) Ontbreken van ledematen .	10944	41,1	1280	13,1	12224	33,6
b) Verstijvingen of ontwrichtingen	3758	14,1	993	10,1	4751	13,0
c) Schlottergelenke of pseudarthrosen	271	1,0	28	0,3	299	0,8
d) Sterke verkortingen	861	3,2	454	4,6	1315	3,6
e) Sterke verkrommingen . .	1108	4,2	1440	14,7	2548	7,0
f) Andere misvormingen . . .	1970	7,4	1120	11,4	3090	8,5
g) Verlammingen, zonder gelijktijdig voorkomende andere stoornissen	7009	26,3	4325	44,1	11334	31,1
h) Verlammingen, met gelijktijdig voorkomende andere stoornissen, van dezelfde lichaamsdeelen . .	217	0,8	82	0,8	299	0,8
i) Meerdere lichte lichaamsgebreken	494	1,9	87	0,9	581	1,6

Het meest voorkomende gebrek is het ontbreken van ledematen, dat tengevolge van den oorlog, maar ook tengevolge van beroepsgevaren in zeer sterke mate bij het mannelijk geslacht overheerscht. Bijna evenzoo frequent zijn de verlammingen, waarbij ook de vrouwen een hoog percentage bereiken.

Bij de personen, die het 20ste jaar nog niet bereikt hebben, vormen de verlammingen meer dan de helft van alle gevallen van lichamelijke gebrekkigheid; het ontbreken van ledematen speelt bij deze leeftijdsgroep, die nog niet zoo sterk den strijd om het bestaan behoeft te voeren, nog bijna geen rol. Tusschen 20 en 40 jaar komt het ontbreken van ledematen dubbel zooveel voor als het optreden van verlammingen. De volgende tabel geeft een overzicht over het voorkomen van de verschillende lichamelijke gebreken in de verschillende leeftijdsgroepen:

Aard van het gebrek	Zwaar-lichamelijk gebrekkigen					
	Leeftijd					
	0—20		20—40		40 en ouder	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
a) Ontbreken van ledematen. .	403	9,1	6492	41,0	5329	33,0
b) Verstijvingen of ontwrichtingen	278	6,3	2379	15,0	2094	12,9
c) Schlottergelenke of pseudarthrosen	24	0,5	177	1,1	98	0,6
d) Sterke verkortingen	213	4,8	619	3,9	483	3,0
e) Sterke verkrommingen . .	664	15,0	981	6,2	903	5,6
f) Andere misvormingen. . .	424	9,6	1202	7,6	1464	9,1
g) Verlammingen zonder gelijktijdig voorkomende andere stoornissen	2285	51,6	3596	22,7	5453	33,7
h) Verlammingen met gelijktijdig voorkomende andere stoornissen van dezelfde lichaamsdeelen . .	51	1,2	128	0,8	120	0,7
i) Meerdere lichte lichaamsgebreken	85	1,9	270	1,7	226	1,4

Bij het optreden van het gebrek waren ongeveer twee derde van de getroffenen, en wel 22623, in een beroep werkzaam, waarvan 20348 mannen en 2275 vrouwen. Zonder beroep waren 5355 mannen en 7127 vrouwen, tezamen 12482 personen. Bij degenen, die geen beroep hadden, werd dit in de groote meerderheid der gevallen veroorzaakt door den jeugdigen leeftijd, want van deze 12482 in aanmerking komende personen, waren er 9563 nog geen 20 jaar oud. Bij het optreden van het gebrek waren:

	mannel.		vrouwel.		tezamen		Gebrekkig geworden			
							in den leeftijd van:			op onbekenden leeftijd
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	0—20	20–40	40 en ouder	
Werkzaam in een beroep	20348	79,2	2275	24,2	22623	64,4	2525	15059	4380	659
Zonder beroepsopgave	5355	20,8	7127	75,8	12482	35,6	9563	889	1474	556
Totaal . .	25703	100	9402	100	35105	100	12088	15948	5854	1215

Het grootste gedeelte was in de nijverheid bezig, ruim een derde in de land- en tuinbouw en ongeveer 10 % in den handel.

Slechts 515 personen ontvingen een pensioen, slechts 20 waren bedelaars en zonder opgave van beroep waren er 36.

In het geheel hebben 10917 personen, na het optreden van het gebrek, een ander beroep genomen. Meestal in de nijverheid of in den handel. Na het optreden van het gebrek wendden zich tot de volgende beroepen: (zie tabel blz. 92 bovenaan).

De beroepsopleiding geschiedde dus in de overgroote meerderheid der gevallen buiten een Krüppelanstalt; slechts 392 personen (dat is 3,6 %), werden in een inrichting voor gebrekkigen opgeleid.

Terwijl bij het optreden van het gebrek van de 35105 in aanmer-

Beroep	mannelijk		vrouwelijk		tezamen		Daarvan in	buiten
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	een „Krüppelanstalt" opgevoed	
Land- en bosch-bedrijf	1326	13,7	210	16,7	1536	14,1	7	1529
Nijverheid	3709	38,4	765	60,8	4474	41,0	294	4180
Handel en verkeer.	3285	34,0	127	10,1	3412	31,2	67	3345
Openbare ambten, leger, kerk, vrije beroepen . . .	1189	12,3	31	2,4	1220	11,2	19	1201
Openbare gezondheidszorg . . .	136	1,4	15	1,2	151	1,4	2	149
Huishouding . . .	13	0,2	111	8,8	124	1,1	3	121
Totaal	9658	100	1259	100	10917	100	392	10525

king komende personen 34,4 % een beroep hadden (79,2 % van de mannen en 24,2 % van de vrouwen), is het percentage van degenen, die op het oogenblik van de telling nog een beroep hadden, aanmerkelijk geringer. Daaruit blijkt de ongunstige invloed van het opgetreden ongeluk.

Ten tijde van de telling waren:

	mannel.		vrouwel.		tezamen	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
Werkzaam in een beroep . . .	17197	66,9	1259	13,4	18456	52,6
Zonder beroep	8506	33,1	8143	86,6	16649	47,4
Totaal	25703	100	9402	100	35105	100

Een derde deel van de zwaar lichamelijk gebrekkigen had het tot een zelfstandig beroep gebracht. Meer dan drie vijfde zijn

beambten en arbeiders. De zelfstandigheid wordt met toenemenden leeftijd veelvuldiger:

	Aantal van, op het tijdstip der telling, in een beroep werkzame lichamelijk-gebrekkigen (zwaar)					
	mannelijk		vrouwelijk		tezamen	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
Zelfstandig	6070	35,3	465	36,9	6535	35,4
Huisnijverheid verrichtend en als hulp bij de familie . . .	340	2,0	139	11,1	479	2,6
Beambten en arbeiders . . .	10787	62,7	655	52,0	11442	62,0
Totaal	17197	100	1259	100	18456	100

Het gebrek is bij 4648 (25,2 %) van de personen, die een beroep uitoefenden, vóór en bij 13808 (74,8 %) nà het 20ste levensjaar opgetreden. Bij het mannelijk geslacht is het gebrek, voor zoover aangegeven, in 21½ % van de gevallen vóór en in 78½ % nà het 20ste jaar ontstaan, bij het vrouwelijk geslacht is dit precies omgekeerd; 75,6 % hadden het 20ste levensjaar nog niet bereikt, slechts 24,4 % was ouder. Van de ten tijde der telling aanwezige 9402 zwaar-lichamelijk gebrekkige vrouwen, hadden slechts 1259 een beroep, de groote massa (86,6 %) was zonder beroep.

37,4 % der zwaar-lichamelijk gebrekkigen, was werkzaam in de industrie, 28,9 % in het landbouwbedrijf, 23,4 % in handel en verkeer. Deze % blijven nagenoeg hetzelfde wanneer men de mannen alleen neemt, omdat deze niet minder dan 93,2 % uitmaken van de zware lichamelijk gebrekkigen, die een beroep hebben.

8506 mannelijke en 8143 vrouwelijke zwaar-lichamelijk gebrekkigen waren ten tijde van de telling zonder beroep. Hiervan was ongeveer de helft van beide geslachten jonger, respectievelijk ouder dan 40 jaar. Het volgende staatje geeft hiervan een overzicht:

Aantal zwaar-lichamelijk gebrekkigen, die op het tijdstip der telling geen beroep hadden.

Leeftijd	mannelijk		vrouwelijk		tezamen	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
0—20 jaar	1900	22,3	1821	22,4	3721	22,3
20—40 jaar	2380	28,0	2042	25,1	4422	26,6
40 en ouder	4226	49,7	4280	52,5	8506	51,1
Totaal	8506	100	8143	100	16649	100

De beroepsloozen, die jonger zijn dan 20 jaar, zijn voor meer dan 80 % nog bij hun familie; een aanzienlijk gedeelte, 16,4 %, wordt in inrichtingen verpleegd.

Het volgende staatje geeft een overzicht over de sociale positie van de beroepslooze zwaar-lichamelijk gebrekkigen:

Sociale positie:	Beroeplooze zwaar-lichamelijk gebrekkigen in den leeftijd van:					
	0—20		20—40		40 en ouder	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
Rentetrekkers	25	0,7	1831	41,4	5248	61,7
Bedelaars	8	0,2	47	1,1	185	2,2
Gestichtsbewoners	609	16,4	481	10,9	861	10,1
Huisvrouwen zonder inkomsten	—	—	197	4,4	1359	16,0
Andere familieleden zonder inkomsten	3079	82,7	1861	42,1	837	9,8
Gevangenis, verbeterhuizen . .	—	—	1	0,02	5	0,1
Zonder opgave van beroep . .	—	—	4	0,1	11	0,1
Totaal	3721	100	4422	100	8506	100

Van de 35105 zwaar-lichamelijk gebrekkigen kon van 33062 de oorzaak van het gebrek worden vastgesteld. In 18580 (56,2 %) is de oorzaak een ongeval, voornamelijk door den oorlog veroorzaakt. Oorlogsverwondingen vond men namelijk bij 13416, waaronder 4 vrouwen, dat is bij 38,2 % der zware lichamelijke gebrekkigheid.

Dan komen de aangeboren gebreken als tweede hoofdgroep. Het volgende staatje geeft een overzicht over de verschillende aetiologie:

Oorzaak van het gebrek:	Zwaar-lichamelijk gebrekkigen						Optreden v/h gebrek op .... jaar				
	mannen		vrouwen		tezamen		0—5	5—20	20—40	40 en ouder	onbekend
	totaal	in %	tot.	in %	totaal	in %					
Aangeboren afwijkingen	1449	5,9	1504	17,8	2953	8,9	2953	—	—	—	—
Tuberculose . . .	599	2,4	603	7,1	1202	3,6	253	436	231	240	42
Rachitis	534	2,2	795	9,4	1329	4,0	972	228	23	16	90
Poliomyelitis . . .	1188	4,8	1040	12,3	2228	6,7	1827	306	25	7	63
Spastische verlamming	229	0,9	221	2,6	450	1,4	154	65	78	134	19
Rheumatiek of jicht.	813	3,3	1239	14,6	2052	6,2	47	171	600	1158	76
Osteomyelitis . .	298	1,2	223	2,6	521	1,6	50	196	131	126	18
Diphteritis	22	0,1	28	0,3	50	0,2	24	23	2	—	1
Trauma	17506	71,2	1074	12,7	18580	56,2	328	2334	13558	1961	399
Verbranding . . .	50	0,2	20	0,3	70	0,2	2	20	28	14	6
Andere oorzaken .	1908	7,8	1719	20,3	3627	11,0	397	608	826	1685	111

Het maandelijksch inkomen van de lichamelijk gebrekkigen is bescheiden. Een groot gedeelte ontvangt rente of ondersteuning. Het aantal van deze laatsten is 25367.

Het aantal licht-lichamelijk gebrekkigen is aanmerkelijk geringer dan de zwaar-lichamelijk gebrekkigen, 14960 tegen 35105. De helft van de lichte lichamelijk gebrekkigen heeft een eigen huishouden, 14,7 % vertoeft bij ouders, familie of bekenden, 5,4 % in een vreemde familie. De schoolopleiding is nagenoeg normaal; slechts 0,5 % was in een inrichting voor lichamelijk gebrekkigen groot gebracht. Het volgende staatje geeft een overzicht over de soort en aantal: (zie tabel pag. 96)

Nog niet geheel de helft van de lichte lichamelijk gebrekkigen, had bij het optreden van het gebrek een beroep uitgeoefend, doch meer dan de helft van de beroeploozen was nog geen 20 jaar oud. Toen het gebrek optrad was het grootste gedeelte van de getroffenen

SOORT EN AANTAL DER LICHT LICHAMELIJK-GEBREKKIGEN.

Gebreken:	mannen		vrouwen		tezamen		leeftijd:					
							0—20		20—40		40 en ouder	
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %
Ontbreken van deelen van: 1 hand	376	3,8	82	1,6	458	3,1	57	2,0	163	3,0	238	3,6
Ontbreken van deelen van: 1 been	1397	13,9	365	7,4	1762	11,8	121	4,3	569	10,4	1072	16,1
Verstijving of ontwrichting van: 1 groot gewricht aan een arm	957	9,5	166	3,4	1123	7,5	72	2,6	524	9,5	527	7,9
Verstijving of ontwrichting van: 1 kniegewricht in strekstand	1480	14,7	720	14,7	2200	14,7	363	12,9	826	15,0	1011	15,2
Verstijving of ontwrichting van: gedeelten van de wervelkolom in strekstand	2	0,02	1	0,02	3	0,02	1	0,04	—	—	2	0,03
Sterke verkromming van: beide beenen (b.v. zware X- of O-beenen)	147	1,5	138	2,8	285	17,3	113	4,0	82	1,5	90	1,4
Sterke verkromming van: de wervelkolom	1287	12,8	1300	26,5	2587	17,3	759	27,1	1100	20,0	728	11,0
Andere misvormingen van: 1 arm	1033	10,3	272	5,5	1305	8,7	134	4,8	498	9,1	673	10,1
Andere misvormingen van: 1 been	2062	20,5	1149	23,4	3211	21,4	697	24,8	979	17,8	1535	23,1
Verlammingen van deelen van: 1 arm	416	4,2	147	3,0	563	3,8	88	3,1	255	4,6	220	3,3
Verlammingen van deelen van: 1 been	530	5,3	337	6,9	867	5,8	278	9,9	282	5,1	307	4,6
Verlammingen met gelijktijdig voorkomende andere stoornissen van: 1 arm	25	0,2	8	0,2	33	0,2	4	0,2	13	0,2	16	0,2
Verlammingen met gelijktijdig voorkomende andere stoornissen van: 1 been	43	0,4	30	0,6	73	0,5	16	0,6	27	0,5	30	0,4
Onbepaalde gebreken	294	2,9	196	4,0	490	3,3	103	3,7	179	3,3	208	3,1
Totaal	10049	100	4911	100	14960	100	2806	100	5497	100	6657	100

nog jong. Een groot gedeelte heeft naderhand een of ander beroep gekregen, zoodat het aantal beroepen ten tijde van de telling grooter is dan bij het optreden van het gebrek. Op jeugdigen leeftijd is er natuurlijk minder sprake van beroep. Overigens is de toestand ongeveer gelijk aan die bij de zwaar-lichamelijk gebrekkigen: ongeveer $^3/_5$ zijn beambten of arbeiders, flink $^1/_3$ is zelfstandig. Hoe hooger de leeftijd is, des te meer zelfstandige beroepen vindt men.

Bij 13968, dat is dus 93,4 % der lichte lichamelijk gebrekkigen is de oorzaak van het gebrek aangegeven. Bijna in de helft van de gevallen berust zij op een ongeval; dan volgen de aangeboren misvormingen met 14,8 %.

Het volgende staatje geeft hiervan een overzicht:

Oorzaak van het lich. gebrek	mannen		vrouwen		tezamen		Daarvan gebrekkig geworden in den leeftijd van .... jaren				
	totaal	in %	totaal	in %	totaal	in %	0—5	5—20	20—40	40'en ouder	onbekend
Aangeboren afwijkingen	1095	10,9	1117	22,7	2212	14,8	2212	—	—	—	—
Tuberculose	443	4,4	434	8,8	877	5,9	265	369	114	95	34
Rachitis	554	5,5	638	13,0	1192	8,0	824	313	7	3	45
Poliomyelitis	402	4,0	326	6,6	728	4,9	597	99	8	—	24
Spastische verlamming	28	0,3	32	0,7	60	0,4	29	9	8	13	1
Rheumatiek of jicht	213	2,1	219	4,5	432	2,9	15	64	106	232	15
Osteomyelitis	254	2,5	189	3,8	443	3,0	84	218	81	44	16
Diphteritis	9	0,1	10	0,2	19	0,1	7	9	1	1	1
Ongeval	5857	58,3	1037	21,1	6894	46,1	458	1315	3482	1285	354
Verbranding	31	0,3	12	0,2	43	0,3	16	10	8	8	1
Andere oorzaken	606	6,0	462	9,4	1068	7,1	224	343	182	289	30

Van de licht-lichamelijk gebrekkigen boven 20 jaar hadden 1674 (19,6 %) mannen en 1952 (52,4 %) vrouwen geen inkomen uit eigen arbeid; 6880 (80,4 %) mannen en 1648 (45,8 %) vrouwen hadden hieruit wel inkomen. Aan 5636 mannen en 1411 vrouwen werd rente of ondersteuning verleend.

Waar de Beiersche telling de invulling van het al dan niet aan-

wezig zijn van een lichamelijk gebrek overliet aan de gezinshoofden, komt het ons voor, dat de cijfers aan den lagen kant zijn en dat er waarschijnlijk meer lichamelijk gebrekkigen in Beieren aanwezig zullen zijn.

Om ons van de werking der wet op de Krüppelfürsorge in Duitschland op de hoogte te stellen, werden verschillende Krüppelheime en orthopaedische universiteits- en particuliere klinieken bezocht. Wanneer we bedenken, dat in 1925 reeds 78 inrichtingen voor gebrekkigen (met 10877 bedden), die over een orthopaedische kliniek, school- en beroepsonderwijs beschikken, aanwezig waren, en dat het aantal inrichtingen nog voortdurend wordt uitgebreid, dan zal het een ieder duidelijk zijn, dat Duitschland den toon aangeeft op dit gebied.

Als eerste der bezochte inrichtingen noemen wij het Oscar-Helene-Heim, gelegen in Berlin-Dahlem, dat ongeveer 350 bedden telt en in het bezit is van een 10-tal werkplaatsen voor beroepsopleiding. Het stond onder leiding van Prof. Biesalski, den grooten organisator van de zorg voor de gebrekkigen. Het is belast met de verzorging van een vijfde gedeelte van de provincie Brandenburg en ongeveer een zesde gedeelte van Berlijn. Wanneer we bedenken, dat in de stad Berlijn bij de telling in 1925 17801 mannelijke en 7351 vrouwelijke lichamelijk gebrekkigen, dat is respectievelijk 98,4 en 34,6 per tien duizend inwoners, aanwezig waren, dan wordt het duidelijk, dat men voor de verzorging van een zoo groot aantal lichamelijk gebrekkigen over veel meer inrichtingen moet beschikken. Wij vinden dan ook nog Hohenlychen, een inrichting voor been- en gewrichtstuberculose, twee groote stedelijke Krüppelheime, de universiteitsklinieken van Prof. Gocht, Bier en nog vele andere voor de uitvoering van de wet aangewezen.

Wanneer men in elk Krüppelheim alle soorten van lichamelijk gebrekkigen opneemt, wordt de inrichting en exploitatie door de kostbare klinische behandeling en beroepsopleiding te duur. Zoo is het dan ook noodig geweest enkele inrichtingen speciaal aan te wijzen voor de verpleging van onherstelbare, achterlijke of voor beroepsopleiding ongeschikte lichamelijk gebrekkigen. Ook munten sommige inrichtingen speciaal uit door een ruime beroepskeus en een grondige beroepsopleiding. Als voorbeeld daarvan zouden wij

het Krüppelheim in Bigge aan de Ruhr willen noemen. Dit beschikt over een kliniek met ongeveer 90 bedden voor chirurgische en orthopaedische behandeling. Daarnaast staat een inrichting met ± 300 bedden, waar in 1929 268 jongens werden opgeleid tot boekbinder, zetter, drukker, houtbewerker, schilder, schrijnwerker, borstelmaker, sleutelmaker, instrumentmaker, bandagist, orthopaedisch schoenmaker, kleermaker, mandenvlechter, witter, tuinman, bakker, lithograaf en allerlei kantoorwerkzaamheden. Wanneer we bedenken, dat deze inrichting in 1904 begon met 7 verpleegden en dat in den loop der jaren een voortdurende stijging viel waar te nemen en dat dit in alle inrichtingen het geval is, dan spreekt het vanzelf, dat ook in Nederland bij een goed georganiseerde verzorging der lichamelijke gebrekkigheid uit alle hoeken en gaten van ons land lichamelijk gebrekkigen zouden tevoorschijn komen, die nu een kommervol bestaan leiden, doordat zij slecht de school konden volgen en voor een beroep niet konden worden opgeleid. Hoe belangrijk zou ook een dergelijke bepaling voor ons land zijn: „schoolplichtigen, die ten gevolge van geestelijke of lichamelijke gebreken het onderwijs niet kunnen volgen, kunnen hiervan worden vrijgesteld, doch bij voldoende aantal zullen **afzonderlijke klassen** worden gevormd". Voor jonge menschen is het buitengewoon funest, wanneer zij jarenlang in een ziekenhuis behandeld worden, zonder dat voor de ontwikkeling van hun geest gezorgd wordt. Een lang ziekbed stompt af en maakt onverschillig. Wanneer deze menschen niet door een „Nazorg" beschermd worden, vervallen zij weldra tot het Burgerlijk Armbestuur; wanneer zij echter onder den prikkel van de „Nazorg" opleven en een kans krijgen, worden zij herhaaldelijk tot de ijverigste menschen. De ziel van de lichamelijk gebrekkigen is namelijk een zeer bizondere [1]; iedere lichamelijke afwijking werpt een schaduw op den misvormde en geeft zielsafwijkingen en lichte of sterkere eigenaardigheden: prikkelbaarheid, achterdochtigheid, wantrouwen, een verhoogd gevoel van eigenwaarde en soms ook een sterk ontwikkeld eergevoel. Daarom behoorden lichamelijk gebrekkige kinderen ook misschien het b.g. onderwijs thuis, waarbij zij volgens bepaalde, voor hen geschikte, onderwijsmethoden, in overeenstemming met

---

[1] Würtz: Das Seelenleben des Krüppels. Vosz. Leipzig 1921.

den aard van hun gebrek, behandeld worden. Bovendien is goed onderwijs voor den lichamelijk gebrekkige van nog grooter belang dan voor den normale, daar voor hem de sociale strijd moeilijker is. Slechts nuttige arbeid maakt den mensch zelfstandig en tot een sociaal wezen, daarom heeft ook de lichamelijk gebrekkige recht op onderwijs in school en werkplaats, waar hij zoo wordt opgeleid, dat hij niet later ten prooi moet vallen aan ondersteuning. Ook wanneer hij geen bizonderen aanleg heeft voor een bepaald beroep, of wanneer hij, tengevolge van zijn lichamelijk gebrek, niet tot een volledige arbeidsprestatie in staat is, heeft hij toch recht op arbeid die hem de achting van zichzelf en van zijn medemenschen doet herwinnen. Niet alleen is het tewerk stellen van lichamelijk gebrekkigen en ook van andere onvolwaardige arbeidskrachten van economisch voordeel, doch vooral is het een daad van barmhartigheid en naastenliefde. Hierin geeft Duitschland ons een prachtig voorbeeld.

De Rijnprovincie bezit in de Orthopädische Provinzial-Kinderheilanstalt Süchteln, een mooi gelegen inrichting met ongeveer 400 bedden, voornamelijk voor de behandeling van jeugdige lijders aan gewrichtstuberculose, kinderverlamming en andere orthopaedische aandoeningen, waarbij een kleine plaats is ingeruimd aan de beroepsopleiding. Naast deze inrichting beschikt de Rijnprovincie, die ongeveer 6 à 7 millioen inwoners heeft, nog over eenige andere inrichtingen, met meerdere mogelijkheid voor beroepsopleiding en ook voor volwassenen bestemd.

Het zou ons te ver voeren alle bekende inrichtingen op te sommen en te beschrijven. Wij willen volstaan met er den nadruk op te leggen, dat men zonder uitzondering in Duitschland zeer tevreden is met de preventieve en curatieve werking van de „Krüppelfürsorgegesetz". Klompvoeten, aangeboren heupontwrichting, bochels komen thans zóó tijdig in behandeling, dat er van ernstige misvormingen door verwaarloozing en te laat in behandeling komen, geen sprake meer is, doordat elke vroedvrouw, pleegzuster, schoolarts en praktiseerend medicus tot aangifte van het bestaande of dreigende gebrek verplicht is, waarna de overheid voor behandeling zorgt, als dit nog niet of niet voldoende gebeurd is.

b — **De verzorging der lichamelijk gebrekkigen in Engeland**

Hier bezit men geen volledige gegevens door een telling en is men

grootendeels op vrijwillige hulp aangewezen, hoewel in de laatste jaren ook de staat en gemeenten helpen. Als belangrijkste vereeniging noemen wij de „Invalid Children's Aid Association" en de „Maternity and Child Welfare Association". Het belangrijkste werk echter wordt verricht door „the Central committee for the Care of Cripples", welke de bestrijding der lichamelijke gebrekkigheid in de laatste jaren sterk heeft bevorderd. Doel en uitvoering van haar werk vindt men beschreven in „The Care and Cure of Cripple Children", van G. R. Girdlestone, F.R.C.S.

Een wet gaf in 1899 aan de onderwijsautoriteiten toestemming tot het oprichten en onderhouden van scholen voor physiek gebrekkigen. In 1923 bestonden reeds 60 dagscholen en 35 internaten. Een latere wet heeft de onderwijsautoriteiten de verplichting opgelegd, gebrekkige kinderen op te voeden. Deze verplichting wordt in Londen en enkele andere plaatsen reeds nagekomen. Een onderwijswet in 1918 breidde de hulp, die daarvóór bijna uitsluitend verleend werd aan jeugdige lijders aan chirurgische tuberculose, uit over alle lichamelijk gebrekkige kinderen gedurende de schooljaren. Het is de meening van R. Jones, dat het voortduren van het hooge percentage van gebrekkigen in Engeland (in 1923 geschat op 100 000 kinderen) wordt veroorzaakt door de onwetendheid, dat behandeling mogelijk is, door onvoldoende ruimte in ziekenhuizen, waardoor chronische gevallen te spoedig worden ontslagen en door het gemis aan goede nabehandeling en contrôle. Volgens hem kan men misvormde kinderen vinden in gestichtsziekenhuizen, herstellingszalen en thuis, waar zij nòch doelmatige behandeling, nòch opvoeding krijgen en toch meenen oningewijden, dat deze kinderen „verzorgd" worden. We vinden hier dus een toestand, die sterk doet denken aan Nederland, met dien verstande, dat de particuliere hulp en organisatie voor de verzorging van gebrekkigen bij ons minder ver ontwikkeld en slechter georganiseerd is. Ook in Engeland wint de meening veld, dat het voorkomen en behandelen van misvormingen bij kinderen zoo nauw samenhangt met het opgroeien van krachtige burgers, dat de Staat, in samenwerking met de bestaande particuliere vereenigingen, de lasten moet dragen, die een goede verzorging medebrengt [1].

---

[1] N. T. v. G. 1923, I, no. 21.

c — **De verzorging der lichamelijk gebrekkigen in Frankrijk**

Deze is voor zoover het de chirurgische tuberculose betreft uitmuntend. Overigens echter staat zij o.i. op een lager plan dan Nederland. Het nagenoeg ontbreken van de orthopaedische chirurgie als specialisme en haar samenkoppeling met de kinderchirurgie heeft gemaakt, dat de bestrijding der lichamelijke gebrekkigheid niet die vlucht genomen heeft, welke wij in Duitschland waarnemen. Toch is in Frankrijk de heropleiding der oorlogsinvaliden op uitnemende wijze ter hand genomen. Van de 65 000, die tot deze opleiding waren toegelaten, hebben er meer dan 55 000 van het onderricht profijt getrokken. Dit geschiedt onder leiding van het Office National des Mutilés et Réformés. Voor deze oorlogsinvaliden bestaan allerlei faciliteiten. Overigens bestaan er, even min als bij ons, wettelijke maatregelen ter voorkoming en behandeling van lichamelijke gebrekkigheid.

d — **De verzorging der lichamelijk gebrekkigen in België**

Hier vinden wij in Charleroi en Brussel twee openbare inrichtingen voor de behandeling van lichamelijke gebrekkigheid, opleidingsscholen met internaat voor invaliden. Daarnaast komen nog een zestal particuliere, meest Roomsch-Katholieke inrichtingen voor. Dr CHRISTIAAN DAM [1] klaagt erover, dat de resultaten van de opleiding niet zijn, zooals ze zijn moeten, tengevolge van het lage ontwikkelingspeil, waarop de meerderheid der leerlingen staat. Er is dan ook een wetsontwerp in behandeling, dat de leerplicht wil uitstrekken tot abnormale, lichamelijk gebrekkige, doofstomme, blinde kinderen, enz. De beroepsopleiding omvat schoenmakerij, leerlooierij, binderij, kleermakerij, orthopaedische werkplaats en een zadelmakerij. Verder is men bezig een fonds in te stellen, om een uitkeering te verleenen aan elken lichamelijk gebrekkige, die in hulpbehoevenden toestand verkeert, 14 jaar oud is en die zich wenscht te onderwerpen aan een beroepsopleiding of een heropleiding voor een beroep. De administratie hiervan berust bij de Ongevallenkas. In de laatste jaren is in België het vraagstuk van de zorg voor lichamelijk gebrekkigen zeer tot een oplossing genaderd.

---

[1] Handelingen van het A. V. O.-congres 1928, blz. 82 vv.

Langs de Noordzeekust vonden wij reeds vóór den oorlog evenals bij ons te lande, tal van sanatoria voor been- en gewrichtstuberculose. Overigens is in sociaal opzicht voor de verzorging van het jonge kind in België reeds meer gedaan door de groote vereenigingen voor Moederschaps- en Zuigelingenzorg, dan in Nederland het geval is.

e — In Zweden bestaat een invaliditeits- en ouderdomsverzekering, waarbij practisch genomen aan de geheele bevolking boven het 15de jaar, indien een blijvende arbeidsongeschiktheid tengevolge van ziekte of invaliditeit optreedt, een pensioen wordt uitgekeerd. De verpleging in inrichtingen wordt grootendeels door dit verzekeringsfonds betaald. In hoofdzaak is deze verzorging provinciaal geregeld.

f — Aan den Heer Th. W. te Nuyl dank ik een uiteenzetting van de reclasseering van onvolwaardige arbeidskrachten in Amerika. Deze is geregeld door de Unie-reclasseeringswet. Voor verdere gegevens verwijs ik naar het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde van 1 Febr. '30.

Het heeft geen zin nog andere landen in deze bespreking te betrekken. Wij zien, dat Nederland op een bescheiden wijze, op het gebied van de verzorging van de lichamelijk gebrekkigen, haar plaats inneemt (zie volgend hoofdstuk). Door Duitschland worden wij, zoowel als alle andere landen, verre overtroffen. Het komt ons echter voor, dat zelfs zonder wettelijke maatregelen bij de steeds grooter wordende belangstelling voor dit vraagstuk, met betrekkelijk eenvoudige middelen prophylactisch, door samenwerking met huisartsen, vroedvrouwen, verloskundigen, kinderartsen, schoolartsen en geneeskundige diensten, veel meer zou zijn te bereiken.

HOOFDSTUK V

WAT WORDT ER VOOR DE LICHAMELIJK GEBREKKIGEN IN NEDERLAND GEDAAN?

Allereerst mogen hier volgen de inrichtingen voor behandeling en opleiding van lichamelijk gebrekkigen en sanatoria voor lijders aan been- en gewrichtstuberculose:

1. De **Johannastichting** in 1900 te Arnhem geopend.
   Opgenomen worden lichamelijk gebrekkige jongens en meisjes van alle gezindten. Leeftijd bij opname: 3—15 jaar.
   De instelling verstrekt verzorging, onderwijs en geneeskundige behandeling.
   Het onderwijs omvat:
   a. schoolonderwijs L.O. en U.L.O. met kantooropleiding.
   b. vakonderwijs: voor jongens een rietvlechterij en een mattenmakerij,
   voor meisjes opleiding tot naaister en coupeuse en opleiding in huishoudelijke vakken.
   Verpleegkosten ongeveer f 700 per jaar.
   Plaatsruimte voor 37 bedden: 20 jongens en 17 meisjes.
2. De **Adriaanstichting** in 1914 te Hillegersberg geopend.
   Opgenomen worden lichamelijk gebrekkige jongens en meisjes van alle gezindten, die geestelijk normaal zijn.
   Leeftijd tot 21 jaar.
   De instelling verstrekt verzorging, onderwijs en geneeskundige behandeling.
   Ook hier is een goed functioneerende school met buitenschool L.O. en U.L.O. met kantooropleiding.
   Het vakonderwijs omvat dezelfde vakken als in 1.
   Verpleegkosten: f 3,50 per dag.
   Plaatsruimte voor 52 kinderen.

3. De **Corneliastichting** voor eenige jaren te Beetsterzwaag geopend. Deze is bestemd voor ziekelijke en gebrekkige kinderen van alle gezindten.
   Opgenomen worden alleen Friesche kinderen. Leeftijdsgrens: 12—14 jaar.
   De opname geschiedt gratis.
   De inrichting verstrekt verzorging, verpleging en lager onderwijs. Het verblijf varieert van 3 maanden tot 4 à 5 jaar.
   Plaatsruimte voor 37 kinderen, waarvan ongeveer de helft voor gebrekkigen. In de inrichting bestaat geen gelegenheid voor beroepsopleiding. Soms kan voor vakopleiding elders worden gezorgd.
4. **Amsterdamsch Kindersanatorium „Hoog Blaricum".**
   Opgenomen worden kinderen tot het 16de jaar, lijdende aan alle vormen van inwendige en chirurgische tuberculose.
   De inrichting is neutraal en beschikt over een openluchtschool.
   Verplegingsprijs f 2,60 per dag. Plaatsruimte voor 218 kinderen, waarvan een gedeelte bestemd is voor lijders aan gewrichtstuberculose.
5. De **Annastichting** te Leiden.
   Dit is een chirurgisch-orthopaedische kliniek, waarin patiënten van alle gezindten en van elken leeftijd worden opgenomen, uitsluitend ter behandeling van aandoeningen van spieren, gewrichten, beenderen en perifere zenuwen. De opnemingskosten varieeren van f 2,50 tot f 10,50 per dag. Plaatsruimte voor 60 patiënten. Geen onderwijs, geen beroepsopleiding.
6. **Clara-stichting,** Kinderhospitium te Zandvoort.
   Opgenomen worden bij voorkeur Israëlietische kinderen van 2—12 jaar, lijdende aan chirurgische en gesloten longtuberculose.
   Verpleegprijs ongeveer f 3 per dag. Plaatsruimte voor 27 kinderen. Geen onderwijs.
7. **Julianaoord** te Laren.
   Dit orthopaedische sanatorium voor lijders aan been- en gewrichtstuberculose, ook voor volwassenen, is in aanbouw.
   Verpleegkosten f 2,50 tot f 3,50 per dag. Ongeveer 60 bedden.
   Geen onderwijs voorloopig.
8 **Rotterdamsch Zeehospitium** te Katwijk aan Zee.

Opgenomen worden kinderen van 3—15 jaar van alle gezindten, lijdende aan chirurgische tuberculose of lichte longtuberculose. Een lagere school voorziet in de meest dringende behoefte aan onderwijs.
Er zijn 200 bedden. Verpleegkosten f 2,50 per dag.

9. **Sophiastichting** te Scheveningen.
Opgenomen worden kinderen van 1½—16 jaar. Hoofdzakelijk is de inrichting bestemd voor de behandeling van chirurgische tuberculose en lichte gesloten vormen van longtuberculose; verder van aandoeningen, waarvoor verblijf aan zee wenschelijk wordt geacht met belangrijke kans op verbetering.
Geen onderwijs.

10. In aanbouw is een **Roomsch Katholiek Zeehospitium** te Wijk aan Zee (± 400 bedden).

Geestelijk zwakke lichamelijk gebrekkigen, een vrij belangrijk percentage, worden in geen dezer inrichtingen opgenomen, volwassenen slechts in enkele. De vakopleiding is tot rietvlechten, mandenmaken en kantoor beperkt. Zij wordt slechts in enkele inrichtingen gegeven.

Voor eenige maanden verscheen in de dagbladen het bericht, dat H.M. de Koningin Moeder het bedrag, door de Nederlandsche vrouwen hier te lande en in het buitenland, ter gelegenheid van H.M.'s jubileum, geschonken, geheel zal besteden aan een door H.M. in het leven te roepen stichting voor verpleging, opleiding, alsmede onderwijs aan lichamelijk gebrekkige kinderen van Nederlandsche nationaliteit.

Voorts heeft Amsterdam een orthopaedische kliniek in het Wilhelmina Gasthuis (12—20 bedden), Leiden heeft in het Academisch Ziekenhuis 3 bedden beschikbaar voor orthopaedische patiënten. 's Gravenhage, Amsterdam en Rotterdam hebben bovendien bedden hiervoor in hun Kinderziekenhuizen. In bijna alle plaatsen van ons land van eenigen omvang, worden in de verschillende ziekenhuizen op de chirurgische afdeelingen door tal van chirurgen en orthopaeden patiënten, die lichamelijke afwijkingen hebben, behandeld. Vooral dit laatste, behandeling in algemeene ziekenhuizen, is, naar verhouding, in ons dicht bevolkte land met zijn vele steden van veel grootere beteekenis dan het is in die landen, waar men over meer inrichtingen voor gebrekkigen moet

beschikken, doordat grootere centra in het uitgebreide platteland slechts sporadisch voorkomen. De graphische voorstelling van Dr J. VAN ASSEN in zijn verdienstelijk geschrift: „De zorg voor lichamelijk gebrekkigen uit sociaal, economisch en medisch oogpunt" van het aantal bedden in inrichtingen voor lichamelijk gebrekkigen per millioen inwoners (in Nederland 14, in Noorwegen 111, in Duitschland 200), is, gezien het bovenstaande, bizonder aanvechtbaar. Bovendien zijn deze landen niet met elkaar te vergelijken; in beide laatstgenoemde overweegt het platteland in zeer sterke mate.

In geen geval zal de verzorging der lichamelijk gebrekkigen moeten gaan in sterke vermeerdering van het aantal inrichtingen, die op blz. 104—106 aangegeven zijn.

Wanneer de bestaande inrichtingen worden uitgebreid en er een goed functioneerende school-vakschool en/of orthopaedische kliniek aan verbonden worden, zal m.i. voorloopig aan de behoefte aan verpleging in inrichtingen wel voldaan kunnen worden.

De aparte verpleging der been- en gewrichtstuberculose in sanatoria vraagt echter in het bizonder onze aandacht. Zeer terecht merkt Dr VAN ASSEN op in zijn hiervoor aangehaald geschrift: „Wanneer eenmaal een tuberculose van een gewricht of been is opgetreden, moet deze zoo spoedig mogelijk behandeld worden. Hoe eerder dit doelmatig geschiedt, des te minder kans op invaliditeit. Deze behandeling bestaat uit een algemeene behandeling van den zieke met lucht, licht en goede voeding en uit een plaatselijke behandeling van het zieke lichaamsdeel met rustgevende verbanden, welke tevens zorgen, dat geen verkeerde standen der zieke gewrichten ontstaan. Men bedenke, dat nimmer de been- of gewrichtsaandoening de eenige in het lichaam is, doch dat deze altijd een uitzaaiing is van een elders gelegen haard.

Deze behandeling kan slechts bij uitzondering in de woning van den patiënt geschieden; in den regel is een langdurig verblijf in een sanatorium noodig, dat speciaal voor lijders aan been- en gewrichtstuberculose is ingericht en geleid wordt door een arts, die bekwaam is in de algemeene en orthopaedische behandeling van deze patiënten. Deze wijze van behandelen kost geld, maar brengt zijn geld op, omdat ze in staat is de lijders voor invaliditeit te behoeden, dikwijls ook levensreddend werkt.

Het geringe aantal dezer inrichtingen in ons land is verbazingwekkend en bedroevend. Ziet men niet in, dat het geldvermorsen is, deze patiënten voor korten tijd op te nemen in algemeene ziekenhuizen en longlijders-sanatoria, waar het niet mogelijk is aan de eischen te voldoen, welke de behandeling stelt? Na eenigen tijd wordt de patiënt loopend ontslagen met een gipsverband of corset, om zes maanden later terug te keeren met fistels of met verlammingen, omdat de werveltuberculose overgreep op het ruggemerg, terwijl dan de kans op herstel zeer verminderd, de zekerheid van blijvende invaliditeit vaststaande is. Het is moeilijk te becijferen, maar zeer zeker kost een lijder aan been- of gewrichtstuberculose, die onmiddellijk na de herkenning van zijn ziekte goed en afdoende behandeld wordt, minder aan de gemeenschap, dan zij, bij wie perioden van halve en kwart behandeling afwisselen met perioden zonder behandeling, totdat de lijders eindelijk met fistels opgenomen worden in een ziekenhuis, om na lang lijden te sterven, of na een lang ziekbed invalide te blijven voor het leven. De voorkoming van de been- en gewrichtstuberculose en de voorkoming van het optreden van lichaamsgebreken als gevolg daarvan kan en moet veel krachtiger aangepakt worden, dan thans hier te lande geschiedt".

Het onderzoek naar de been- en gewrichtstuberculose te Haarlem, één der meest welvarende steden van ons land, bevestigt deze woorden volkomen. Slechts ± 5 der gevonden lijders werden in een inrichting verpleegd, waarvan slechts 2 in een sanatorium voor been- en gewrichtstuberculose. Deze verpleging wordt om finantieele redenen door de gemeente meestal voor niet langer dan ½ jaar toegestaan.

Het was ons niet mogelijk de bezwaren na te gaan, welke de door een ongeval getroffenen moeten overwinnen, alvorens zij weer een plaats in de maatschappij kunnen innemen. Daarvoor waren onze gegevens onvoldoende. Wij verwijzen hiervoor naar een onderzoek van Dr KRAUS: Uber das Berufsschicksal Unfallverletzter, van 1915. Hierin vindt men de resultaten van een onderzoek naar het levenslot van 680 getroffenen.

Bovendien is in 1926 op verzoek van Mr G. W. SANNES, door den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, beloofd een commissie in het leven te roepen van medici en technici, die zou onder-

zoeken, hoe een, door een ernstig ongeval, getroffene voor de gemeenschap en voor zichzelf als nuttige werkkracht behouden zou kunnen blijven. Tevoren is door den Minister aan de Rijksverzekeringsbank om inlichtingen gevraagd omtrent hen, die door een bedrijfsongeval waren getroffen en wel speciaal naar de omstandigheden, waarin de rentetrekkers verkeerden. Door collega D. Brocx was reeds in 1920 in het Nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde op de wenschelijkheid gewezen van een onderzoek naar het lot der, door een ongeval, getroffenen. Onlangs is het beredeneerde verslag van de Rijksverzekeringsbank over de financieele positie van 3847 rentetrekkers verschenen. „Met het oog op den langen duur van de periode van waarneming, bleek het niet mogelijk om, zooals Dr Kraus deed, den ontwikkelingsgang der sociale positie van de rentetrekkers gedurende de geheele periode volledig te volgen". De moeilijkheden, die de getroffenen ondervinden, voordat zij de invaliderenten van de R.V.B. definitief ontvangen, blijven ons voorloopig onbekend en het zal dan ook niet mogelijk zijn uit dit beredeneerd verslag den weg te vinden, waarlangs men de invaliditeit zoo gering mogelijk maakt en de reclasseering in de maatschappij kan bevorderen. De aanpassingsmogelijkheden van den mensch zijn geweldig en een parallelisme tusschen de mate van het lichamelijk gebrek en de sociale positie van den gebrekkige hebben wij niet aangetroffen. Aan den anderen kant schiet de aanpassingsmogelijkheid bij vele individuen te kort, en het gaat niet aan hiervan sociale omstandigheden altijd de schuld te geven. Het volgend geval zal ons zelfs duidelijk maken, dat de welwillendheid van een armbestuur, die van een liefhebbend ouderpaar soms overtreft. Hierbij denk ik aan een 31-jarige man, bij wien 12 jaar geleden door een sprong uit een rijdenden trein, de linker arm werd afgereden. Daar hij geen werk kon vinden en het ongeval niet tijdens zijn werk gebeurd was, kreeg hij ondersteuning van het Burgerlijk Armbestuur. Een jaar later trouwde hij daarop, waarna de ondersteuning bijna werd verdubbeld. Op het oogenblik krijgt hij nòg ondersteuning van het Armbestuur en inmiddels is hij vader geworden van 9 kinderen, allen uit het huwelijk voortgekomen en allen levend op kosten van het Burgerlijk Armbestuur. Als deze Burgerlijke Armbesturen zoo te werk gaan en vaak kan het bij heerschende werkeloosheid niet anders, dan is het waarschijnlijk,

dat de uitgaven der gemeenten van jaar op jaar zullen stijgen.

Artikel 25 van de, op 1 October 1921 in werking getreden herziene ongevallenwet, geeft aan het bestuur van de R.V.B. de bevoegdheid een door een bedrijfsongeval getroffene voor rekening der bank een opleiding te geven in een ander beroep, wanneer hierdoor zijn arbeidsgeschiktheid kan worden verhoogd. Door Dr P. H. VAN EDEN en G. VERBEEK zijn de ervaringen van 7 jaar toepassing in eenige artikelen in het Zeitschrift für orthopädische Chirurgie en in het Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank beschreven. Hun meening is, dat de mogelijkheid om bij bepaalde ernstige letsels een getroffene een beroep te leeren, dat hem op de arbeidsmarkt een behoorlijke kans zal geven, uiterst gering is, doordat het meestal ontbreekt aan voldoende intelligentie en geschiktheid, om van een opleiding in intellectueele richting het gewenschte resultaat te mogen verwachten. De ernstige wil om door het leeren van een nieuw beroep de arbeidsgeschiktheid te verhoogen, ontbreekt meestal. Bovendien is de kans op plaatsing voor invaliden, waar zich in het meerendeel der beroepen geheel valide arbeiders in meer dan voldoende aantal aanbieden, uiterst gering. Terwijl in het algemeen het verlies van een onderbeen een getroffene toch in staat laat een zittend beroep uit te oefenen, wordt dit bij verlies van een hand of arm moeilijker. Hierbij komt, dat door het gebruik van een arbeidsprothese voor het verrichten van handenarbeid niet veel verbetering is te verwachten. Zoo zijn arm- of handverminkten in den regel aangewezen voor een opleiding in intellectueele richting. De vele teleurstellingen bij de opleiding ondervonden hebben het bankbestuur huiverig gemaakt. De opleiding wordt slechts toegestaan, wanneer zich reeds bij het begin een werkgever bereid verklaart den getroffene tijdens of na de opleiding op een kantoor te werk te stellen. Tot 1 November 1928 waren er 177 verzoekschriften ingekomen, om voor rekening der Rijksverzekeringsbank te mogen worden opgeleid. 72 werden er afgewezen, 98 ingewilligd, 4 ingetrokken, terwijl over 3 op dien datum nog geen beslissing was genomen. Van de 98 opleidingen zijn er 80 geëindigd. Dr P. H. VAN EDEN zegt dat successen bij deze opleidingen bijna een uitzondering vormen en hij betwijfelt of men op den duur zonder dwingende maatregelen wel resultaten kan bereiken.

Onze indruk is dezelfde. Gelegenheid tot behandeling bestaat er

althans in onze groote steden, te over en het spreekt vanzelf, dat het voorkomen van klompvoeten bij kinderen, die nooit behandeld zijn, in de eerste plaats geweten moet worden aan de nalatigheid der ouders.

Zoolang er echter geen aangifteplicht bestaat, of zelfs op het platteland geen mogelijkheid tot behandeling, daar vele besturen van kleinere gemeenten de kosten van een dergelijke behandeling niet kunnen of willen dragen, kan het niet anders of ons land zal op het gebied van de verzorging der lichamelijk gebrekkigen een pover figuur slaan.

Wij mogen niet volstaan met het voorzien in de eerste levensbehoeften van de gebrekkigen, door hier en daar voor ondersteuning te zorgen of de ondersteuning eenigszins te verhoogen, doch het zal aanbeveling verdienen dit vraagstuk in zijn vollen omvang trachten op te lossen. Het is in zeer vele gevallen mogelijk, na goed onderwijs en juiste plaatsing in de maatschappij de hulpbehoevende lichamelijk gebrekkigen tot zelfstandige burgers te maken.

Vóór alles echter zal onze aandacht zich moeten concentreeren op de medische verzorging van het jonge kind. Hierdoor is het aantal lichamelijk gebrekkigen en onvolwaardigen met menschelijke zekerheid sterk te verminderen. Hiertoe zal de uitzending van kinderen met been- en gewrichtstuberculose, via de consultatiebureaux voor tuberculose, moeten worden bevorderd en de duur der verpleging tot nà de definitieve genezing worden uitgebreid. Het is geld vermorsen, deze kinderen voor een half jaar uit te zenden en daarvan is geen genezing te verwachten. Ik geef toe, dat de grootere gemeenten wel voor langeren tijd uitzenden en het is heel goed mogelijk, dat kleinere gemeenten de kosten hiervan niet kunnen dragen. Dan ligt het m.i. op den weg van de provincie of rijk in dergelijke gevallen helpend op te treden.

Zij, die het er op aan sturen de lichamelijk gebrekkigen bij een Burgerlijk Armbestuur of bij Maatschappelijk Hulpbetoon onder te brengen, veroorzaken onnoemelijke schade aan de uiteindelijke regeling van dit vraagstuk. Er zal altijd een gering aantal lichamelijk gebrekkigen blijven bestaan, dat voor een beroep ongeschikt is en blijft. Deze hooren bij het Burgerlijk Armbestuur thuis, doch het gaat niet aan alle onvolwaardigen daarbij onder te brengen. Een maatschappelijke verzorging van lichamelijk gebrekkigen sluit

in zich, dat vóór alles de verzorging van het opgroeiende geslacht goed geregeld is. Het mag niet voorkomen, dat, zooals de Haarlemsche enquête aan het licht bracht, veel gebrekkige kinderen eenvoudig geen of te weinig onderwijs ontvangen, omdat ze niet in staat zijn de lagere scholen te bezoeken. Het toepassen der leerplichtwet en streng toezicht op het geregeld volgen van het onderwijs is een dringende eisch.

Het zal nuttig zijn, wanneer in onze groote steden de „Nazorg" of het geneeskundig schooltoezicht op de hoogte komt van alle gevallen, waarin huisonderwijs gewenscht is en dat dit laatste haar oog laat gaan over het al of niet aanwezig zijn van medische behandeling, opdat deze, indien noodig, zoo vlug en doelmatig mogelijk wordt ingesteld.

Gezien de groote ontwikkeling der chirurgie en orthopaedie, waardoor veel lichamelijk gebrekkigen bij tijdige behandeling zijn te genezen, is het dringend noodzakelijk, dat de overheid eventueel met wettelijke maatregelen dit vraagstuk in zijn vollen omvang aanvat.

HOOFDSTUK VI

SAMENVATTING EN CONCLUSIES.

Bij een onderzoek in 1929 te Haarlem gehouden naar de lichamelijke gebrekkigheid in deze plaats, werd een totaal van 1019 lichamelijk gebrekkigen gevonden.

Bij het vaststellen of iemand al of niet lichamelijk gebrekkig was, volgde men de norm, welke in 1925 bij de telling in Duitschland was gesteld.

Aangeboren scheefhalzen, platvoeten (met uitzondering van sterke congenitale, of krampplatvoeten), lichte X-beenen en lichte scolioses werden niet meegeteld.

Ondanks alle moeite en contrôle waren er lichamelijk gebrekkigen, die bij de **huis-aan-huis telling** weigerden inlichtingen te geven. Aan onze huisbezoekers was opdracht gegeven om te trachten toch te weten te komen, wie dit waren en welke afwijkingen zij hadden, eventueel door informaties bij buren of familie. Zoo ontvingen wij nog 75 namen en/of adressen van lieden, die zeker een lichamelijk gebrek hadden. Deze personen ontvingen echter onzerzijds geen bezoek.

Met vrij groote zekerheid kan het aantal lichamelijk gebrekkigen gesteld worden op 1100; wanneer wij veronderstellen dat zich 100 lichamelijk gebrekkigen niet hebben opgegeven of aan de aandacht van de tellers zijn ontsnapt, op 1200. Gerekend op de 116 000 inwoners, die Haarlem toentertijd telde, is dat **9 à 10** $^0/_{00}$ der bevolking.

Deze uitkomst komt vrijwel overeen, ook in de verschillende groepen der lichamelijk gebrekkigen, met de telling van Prof. Biesalski in 1906 en die van 1925 in Duitschland. Ter vergelijking dienen nog de volgende cijfers, welke reeds vroeger in Haarlem waren verkregen, namelijk 18 $^0/_{00}$ voor de zwakzinnigen en 0,6 $^0/_{00}$ voor de blinden.

Er waren 146 lichamelijk gebrekkige kinderen beneden 15 jaar. Van deze kinderen bleek een zesde gedeelte zwakzinnig te zijn. 40 % was onbehandeld (blz. 22).

Onder de kinderen van den leerplichtigen leeftijd (15 200), werden 110 lichamelijk gebrekkigen gevonden, dat is 7 °/₀₀. We hebben den schoolleeftijd gerekend van 6 tot 15 jaar. Van deze konden er 51 normaal de lessen volgen, bleven er 33 één of meer klassen ten achter, volgden er 7 het buitengewoon onderwijs en kregen er 7 huisonderwijs. Twaalf waren er, die heelemaal geen onderwijs ontvingen, hoewel zij wel voor huisonderwijs in aanmerking kwamen. Onder de 59 kinderen, die niet normaal de klassen volgden, waren er 21 zwakzinnig.

Van 0—60 jaar vonden wij 880 lichamelijk gebrekkigen of ± 8 °/₀₀ der bevolking.

Van de 603 mannen en vrouwen van 15—60 jaar, die in de maatschappij verkeerden, bleken de arbeidsprestaties in 68 % der gevallen voldoende (411 lichamelijk gebrekkigen, 213 mannen en 198 vrouwen). In 32 % der gevallen was de arbeid onvoldoende, namelijk bij 83 mannen en 109 vrouwen. Daarvan waren er 107 hulpbehoevend en bedlegerig, te weten 35 mannen en 72 vrouwen; 39 waren voor lichte bezigheden in de maatschappij geschikt (19 mannen en 20 vrouwen), terwijl er 16 mannen in aanmerking kwamen voor plaatsing op een Nazorg werkplaats. Voor **Nederland** zou volgens dit onderzoek het **totaal aantal gebrekkigen 70 000** bedragen, waaronder dan 9000 kinderen van 0—15 jaar. Het is natuurlijk mogelijk, dat het gemiddelde cijfer voor Nederland in de een of andere richting van het Haarlemsche cijfer iets zal afwijken, maar het alarmeerende cijfer van ¼ millioen, in de openingsrede van het congres bij het 25-jarig bestaan der Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging gegeven, is zeker veel te hoog. Daar tegenover zijn de cijfers der volkstelling 1921 te laag.

Van 903 lichamelijk gebrekkigen, die in de maatschappij verkeerden, waren er:

a — lijdende aan been- en gewrichtstuberculose . . 180 of 20 %
b — lijdende aan aangeboren aandoeningen . . . . 120 of 13 %
c — lijdende aan rachitische misvormingen . . . . 113 of 12½%
d — lichamelijk gebrekkig door een ongeval . . . . 113 of 12½%

e — lijdende aan spastische verlammingen en dergelijke aandoeningen . . . . . 111 of 12½%
f — lichamelijk gebrekkig door kinderverlamming . 97 of 11 %
g — lijdende aan chronisch gewrichtsrheumatisme . 77 of 8½%
h — lijdende aan gebreken van den ouden dag . . 73 of 8 %
j — lijdende aan gezwellen en ontstekingen . . . . 19 of 2 %

De medische verzorging der lichamelijk gebrekkige kinderen was zelfs in een welvarende stad als Haarlem onvoldoende. Nalatigheid der ouders speelt hierbij een groote rol. Vermoedelijk is echter de verzorging op het platteland veel slechter en zou ingrijpen en ondersteunen van Provincie of Rijk voor kleine gemeenten aanbeveling verdienen.

Een staatscommissie ter bestudeering van dit vraagstuk en ter vaststelling der noodige maatregelen, was zeker op haar plaats en het ware te wenschen, dat deze allereerst besloot te adviseeren om, bij wijze van steekproeven, in verschillende streken van ons land een telling te doen plaats vinden.

Ten einde voortdurend op de hoogte te blijven van den toestand, zullen wettelijke maatregelen, waarbij medici, vroedvrouwen, leeraren, enz. verplicht worden om er tijdige aangifte van te doen, of een kind door de een of andere aandoening lichamelijk gebrekkig dreigt te worden, noodzakelijk zijn, tevens teneinde bijtijds maatregelen tot genezing te kunnen bevorderen. Om een zoo vroegtijdig mogelijke behandeling in de hand te werken, ware het gewenscht, dat de medicus-practicus, bij de aanvaarding van zijn werkkring, meer dan thans het geval is, op de hoogte is van de herkenning en therapie dier afwijkingen.

Door een goede regeling van het onderwijs aan huis en in inrichtingen moet voorkomen worden, dat een gebrekkige gedurende maanden en soms jaren in zijn jeugd van onderwijs verstoken blijft.

Voorlichting bij de beroepskeus van lichamelijk gebrekkigen is zeer gewenscht. De beroepsopleiding in de bestaande inrichtingen voor lichamelijk gebrekkigen is te beperkt. Niet uitbreiding van het aantal inrichtingen, doch verdere volmaking der bestaande komt allereerst in aanmerking.

Voor de lijders aan been- en gewrichtstuberculose, waarvan het aantal in Nederland waarschijnlijk ± 14 000 bedraagt, zijn meerdere

sanatoria, onder aparte deskundige leiding, gewenscht. Enkele groote inrichtingen, waar opleiding en onderwijs der gebrekkigen mogelijk is, verdienen de voorkeur boven vele kleine.

De provincie of het rijk regele de kosten van de verzorging, gestichtsverpleging en beroepsopleiding der lichamelijk gebrekkige kinderen en, indien noodig, van de volwassenen.

Ook bij de beste medische en sociale hulp blijft een aantal lichamelijk gebrekkigen over, dat in de gewone maatschappij geen plaats kan vinden en voor welke een Nazorgwerkplaats of gestichtsverpleging het meest geschikt is. Dit aantal dient zooveel mogelijk beperkt te worden en de plaatsing van gedeeltelijk onvolwaardigen in de maatschappij verdient de voorkeur. Medewerking van en samenwerking met werkgevers- en werknemersorganisaties is hiertoe noodzakelijk.

In geen geval behoort de verzorging van lichamelijk gebrekkigen en andere onvolwaardigen bij het Burgerlijk Armbestuur thuis. Ook indien ondersteuning verleend moet worden aan hen, die geheel of gedeeltelijk invalide zijn, is het ongewenscht, dat dit uitsluitend geschiedt door een Burgerlijk Armbestuur of Maatschappelijk Hulpbetoon zonder deskundige voorlichting. Samenwerking met de organen, belast met de uitvoering der sociale verzekeringswetten, zou nuttig zijn.

Het vraagstuk der lichamelijke gebrekkigheid in Nederland is niet alleen gebaat met uitsluitend de leuze: Arbeid voor Onvolwaardigen. Wat geeft het of we een gedeelte al tijdelijk aan arbeid helpen, als het leger der gebrekkigen blijft toenemen en er geen maatregelen komen, die behandeling en opleiding in de jeugd, of wanneer het gebrek op ouderen leeftijd ontstaan is, ook later, bevorderen of mogelijk maken.

Goed geregelde Nazorg, ook na behandeling, is voor lichamelijk gebrekkigen noodzakelijk, om hen zooveel mogelijk zelfstandig in de maatschappij aan het werk te houden. In het algemeen zullen Nazorgwerkplaatsen slechts aangewezen zijn voor lichamelijk gebrekkigen, die te gebrekkig zijn om tot een zelfstandig bestaan te kunnen komen, of voor hen, die tegelijkertijd geestelijk achterlijk zijn. De bestaande Nazorgwerkplaatsen kan men tevens belasten met de zorg voor de werkverschaffing der lichamelijk gebrekkigen, die slechts huisarbeid kunnen verrichten. Zij kunnen eveneens

dienen voor de tijdelijke plaatsing en reclasseering der andere groepen van onvolwaardige arbeidskrachten. Centralisatie is ook hier ten zeerste gewenscht.

Voor de lichamelijk gebrekkigen op het platteland, die niet in de maatschappij geplaatst kunnen worden, is opleiding in internaten aangewezen, waar tevens de geneeskundige verzorging kan plaats vinden. Provincie en rijk maken een regeling voor de verzorging, verpleging en beroepsopleiding der lichamelijk gebrekkigen op het platteland.

De telling te Benschop heeft ons duidelijk gemaakt, dat het aantal lichamelijk gebrekkigen op het platteland door bemiddeling van de gemeentebesturen en aldaar gevestigde medici, gemakkelijk te bepalen is en dat de medische verzorging op het platteland, zonder steun van rijk of provincie, niet tot haar recht kan komen. Naarmate een stad grooter is, nemen de moeilijkheden om tot een betrouwbare bepaling van het aantal lichamelijk gebrekkigen te komen, toe.

Al moge uit dit onderzoek gebleken zijn, dat de economische beteekenis der lichamelijke gebrekkigheid, zoowel voor de onvolwaardigen zelf, als voor de maatschappij, niet zóó groot is als men, getuige de uitlatingen op het A.V.O.- en Orthopaedencongres, aannam, toch zijn er feiten genoeg aan het licht gekomen, die wettelijke maatregelen ter beperking van de lichamelijke gebrekkigheid en ter voorkoming van sociale misstanden op dit gebied, wenschelijk maken. Een uitgebreider onderzoek, hetzij door verdere steekproeven, hetzij door een rijkstelling, mits op de wijze op bladz. 12 aangegeven, verricht, is daartoe aangewezen.

LITTERATUUR

1 — Assen, Dr J. van: De zorg voor lichamelijk-gebrekkigen uit sociaal, economisch en medisch oogpunt, 1929.

2 — A. V. O.-congres: Handelingen van het —, Amsterdam 8—12 October 1928.

3 — Beynum, J. E. van: De zedelijke en economische beteekenis van de opvoeding der lichamelijk gebrekkige jeugd. Volksontwikkeling 1929, no. 4, Jan., blz. 119—128.

4 — Biesalski, Prof. Dr K.: Leitfaden der Krüppelfürsorge, 2—1e Auflage 1921 (L. Vosz, Leipzig).

5 — Id.: Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland, 1909 (Vosz).

6 — Brocx, D.: Wat is het lot der door een ongeval getroffenen? Ned. Tijdschrift v. Gen., 1920, II, blz. 1937.

6a — Eckhardt, Dr H.: Statistische Untersuchungen, Zeitschr. f. Orthop. Chirurgie, 14 Maart 1930.

7 — Eden, Dr P. H. van: Die Ausbildung der in ihrer Arbeitsfähigkeit beschränkten Arbeiter. Zeitschr. f. Orthop. Chirurgie, 1929, Heft 1 en 2.

8 — Gedenkboek omtrent zorg voor en onderwijs aan zwakzinnigen, uitgegeven door de Vereeniging van onderwijzers en artsen, werkzaam aan inrichtingen voor onderwijs aan achterlijke en zenuwzwakke kinderen. (Haga, 's Gravenhage 1929).

9 — Girdlestone, G. R., F. R. C. S.: The care and cure of cripple children Bristol 1924.

10 — Graf, Otto: Wirtschaftliche Hilfe für Mindererwerbsfähige im Kanton Zürich. Pro Juventute 1929, no. 2, blz. 62—65.

11 — Guildal, Paul: The care of cripples in Denmark. Rehabilitation review, 1929, vol. 3, no. 3 (blz. 73—74).

12 — Jansen, Dr M.: Ned. Tijdschr. v. Gen. 1923, I, no. 21. Openingsrede congres bij 25-jarig bestaan der Nederl. Orthop-Vereeniging.

13 — Kraus, Dr S.: Ueber das Berufsschicksal Unfallverletzter. (Cotta 1915, Stuttgart u. Berlin).

14 — Nuyl, Th. W. te: Plaatselijk nazorgwerk, 1928, Deventer.

15 — Id.: Ned. Tijdschr. v. Gen. 1 Febr. 1930, I, blz. 563. Reclasseering van onvolwaardige arbeidskrachten in Amerika.

16 — Schloszmann, Prof. Dr A.: Die öffentliche Krüppelfürsorge. Berlin 1920.

17 — THOMASSEN, Dr C.: Het voorkomen van lichamelijke gebrekkigheid door zorg voor de lijders aan been- en gewrichtstuberculose. Tegen de Tuberculose, 1929, no. 2, Maart/April, blz. 53—61.
18 — VERBEEK, G.: Reactiveering van verminkten door toepassing van art. 25 der Ongevallenwet 1921. Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., 1928, blz. 367. Id. Vijf-en-twintig jaren sociale verzekering. blz. 308.
19 — VOORTHUYSEN, Dr A. VAN: A. V. O. problemen. Tijdschr. v. buitengew. onderw., 1929, no. 3, blz. 58—71.
20 — WASSINK, Dr W. F.: Zorg voor gebrekkigen. Tijdschr. v. Sociale Gen., Nov. 1928.
21 — WIRTSCHAFT und Statistik. 1 April 1927, 1 Febr. 1930 (Reichsgebrechlichenzählung 1925).
22 — WÜRTZ, H.: Das Seelenleben des Krüppels. 1921 (L. Vosz, Leipzig).
23 — Zorg voor misvormden in het buitenland en in Nederland. Ned. Tijdschr. v. Gen. 1923, I, no. 21.
24 — Zwakzinnigenonderwijs en de nazorg. Rapport van het bureau voor kinderbescherming. P. de Boer en R. Hoogland (De Volharding, Amsterdam).

J. 3495.

STELLINGEN

I

Wettelijke maatregelen, regelende de behandeling, verzorging, onderwijs en beroepsopleiding der lichamelijk gebrekkigen, verdienen alleszins aanbeveling.

II

Langdurige ischias bij menschen van middelbaren leeftijd wekke verdenking op arthritis deformans van het heupgewricht.

III

De zoogenaamde spirochaetennesten in de hersenen bij dementia paralytica zijn nauw gebonden aan de bloedvaten.

IV

De school speelt geen rol bij het ontstaan van scoliosen. Zij verergert de reeds bestaande in geringe mate.

V

De behandeling der osteomyelitis volgens ORR verdient aanbeveling.

VI

Er bestaat een neiging de waarde der physische therapie te overschatten.

VII

Elk trauma of elke infectie kan de directe of indirecteoorzaak zijn van arthritis deformans.

VIII

De overhangende randen bij het malum coxae senile ontstaan door een woekering van het gewrichtskraakbeen, dat secundair verbeent.

IX

De icterus neonatorum is een haemolytische icterus.

X

De lachgasnarcose is voor de meeste gevallen, waar operatief moet worden ingegrepen, bruikbaar en doelmatig.

XI

Het is te betwijfelen of ziekelijke afwijkingen, gevonden aan ooren, neus, keel of aan het gebit, inderdaad causale beteekenis hebben voor rheumatische aandoeningen.

XII

Bezwaren bij den hallux valgus ontstaan meestal eerst, indien het steunpunt onder capitulum metatarsale I verloren gaat.

Rijksasiel „Veldzicht"
te Ave