

de *clinische waarneming*, blijft de röntgenplaat voor zulke gevallen een kostbare en overbodige weelde".

Met alle waardeering voor hetgeen dr. BRONKHORST in het midden heeft gebracht, sta ik, voorloopig althans, toch nog op het standpunt, dat ik ook eerder meende te moeten innemen.

Den Haag, 11 Maart 1922.

J. LANKHOUT.

HOMOSEXUALITEIT.

Mijn antwoord op het antwoord van VAN GILS (*Tijdschrift* 4 Maart) kan kort zijn. Zijn eerste betoog had ik kalm en aandachtig gelezen; heb het nu nog eens herlezen. Het is mij echter, ook met den besten wil, onmogelijk er iets anders uit te lezen. VAN GILS schreef woordelijk: „de voorstelling, dat homosexualiteit zuiver aangeboren is, dat men er niet aan ontkomen kan, dat zij niet kan genezen, is even troosteloos als onwaar". Dit is en blijft een groote onjuistheid. Ik ben blij, dat VAN GILS ook per slot een andere meening is toegedaan. Het komt hierop neer, dat hij feitelijk ook als homosexueel rekent een groote groep, die het niet zijn. Dat deze jongens zichzelf voor homosexueel en daarom ongeneeslijk zullen houden, vrees ik niet zoozeer. Het zijn meest afdwalingen tijdens de puberteit, die later vanzelf voorbijgaan zonder nadeelige gevolgen. Of de schrijfster deze gevallen bedoelde? Ik meen, ook na lezing van het stuk, van niet. Zij bedoelt wel degelijk een aangeboren, echten homosexueel te teekenen.

VAN GILS vervolgt echter zijn antwoord aan mij met mededeelingen uit brieven, die hij ontving, en besluit uit deze enkele aanhalingen, dat de verschillende schrijvers op grond van die enkele genoemde, en waarschijnlijk uit hun verband gerukte feiten zich voor homosexueel houden.

Nu is het, dunkt mij, voor ieder arts duidelijk, dat men een diagnose stelt op een complex van verschijnselen en niet op één enkel verschijnsel. Wat VAN GILS uit zijn brieven aanhaalt zijn verschijnselen, die afzonderlijk genomen zoowel bij hetero- als homosexueelen kunnen voorkomen. Hij besluit, dat deze „ongelukkigen" hieruit zeer lichtvaardig hun homosexualiteit afleiden. Zeker zou het zeer lichtvaardig zijn, als het op grond van deze enkele feiten geschiedde. Ik acht het echter zeer onwaarschijnlijk.

Bovendien zouden al deze misverstanden niet ontstaan, als men beter verstond de diagnose homosexualiteit te stellen, m. a. w. als de sexuologie niet langer in de geneeskundige wereld als stiefkind behandeld werd.

Berlijn, Maart 1922.

H. C. VALKEMA BLOUW.

Institut für Sexualwissenschaft.

DE STRIJD TEGEN DE DIPHTHERIE.

Als HERDERSCHÉE mijn artikel (van 25 Februari) behoorlijk gelezen had, dan zou hij het zijne niet geschreven hebben. In mijn jonge jaren eischte de diphtherie veel meer slachtoffers dan nu: 1^o, omdat wij toen geen serum gebruikten en 2^o, omdat de *genius epidemicus* zich toen veel kwaadaardiger gedroeg dan thans. Om dat laatste goed te doen uitkomen, deelde ik mee, dat wij in die dagen „de patiëntjes meestal *direct* met *croup* onder behandeling kregen". en ik voegde er bij: „wat nu zelden schijnt voor te komen". Desliettegenstaande — dus ondanks de door mij gebezigde *curiveering* — meent HERDERSCHÉE mij het volgende ten laste te mogen leggen: „VAN DIEREN zegt, dat *croup* zelden schijnt voor te komen"! Ter weerlegging hiervan deelt hij eenige sterftcijfers mede, en vertelt hij, dat in het Wilhelmina-gasthuis in 59 gevallen tracheotomie verricht moest worden wegens stikkingsgevaar als gevolg van laryngitis crouposa. Een en ander was echter volkomen overbodig! De ouderen zullen het ongetwijfeld allen met mij eens zijn, dat wij vroeger dikwijls, ook bij nacht en ontijden, gealarmeerd werden wegens „*croup d'emblée*", en ik herhaal het nog eens: „dit schijnt tegenwoordig zelden voor te komen".

Nog véél bonter maakt HERDERSCHÈE het door te schrijven: „Het optimisme van VAN DIEREN („die nog nooit *een volwassene* aan diphtherie heeft verloren, en die sinds 1895 slechts één kind er aan sterven zag, ondanks de *directe* toediening van serum"!) eischt een woord van protest. Indien alle Amsterdamsche dokters dachten als hij, dan zouden wij nog meer dan thans diphtherielijders te laat in behandeling krijgen". Deze gevolgtrekking raakt kant noch wal. Als alle Amsterdamsche dokters in de gelegenheid waren geweest te handelen zooals ik, dan zou men op de diphtherie-barakken zoo goed als niets te doen hebben gehad, en dan zou over „*sterfte*" aan diphtherie bijna niet te klagen zijn geweest.

Vandaar dan ook, dat ik in *mijn* praktijk volstrekt geen reden heb te hunkeren naar een *voorbehoedende* behandeling. In Rotterdam wordt deze nu weder toegepast op de zusters in de diphtherie-barakken! Met het oog hierop vroeg ik: „Hoe groot is in den loop der jaren de *sterfte* geweest bij deze zusters?" en ik legde den nadruk op het woord „sterfte": 1^o. omdat ondanks de actieve immunisatie met BEHRING'S T A, toch wel een *plaatselijke oppervlakkige abortieve ontsteking* van de keel kan ontstaan; *veroorzaakt door den diphtheriebacil*" (bldz. 667 en 668, *Tijdschrift*) en 2^o. omdat de al te actieve immunisatie een oorzaak was, dat 8 dooden te betreuren waren! (bldz. 670). KRAMER antwoordt, dat hij de cijfers niet verzameld heeft, en HERDERSCHÈE schijft: „verleden jaar stierf in het Wilhelminagasthuis „slechts" één (niet-geënte) verpleegster". Eilieve, één zwaluw maakt geen zomer, en één zuster geeft in dit geval den doorslag niet. In Amsterdam is eris een jonge dokter aan diphtherie gestorven en tóch zal geen enkele arts er aan denken zich zelf deswege te laten „voorbehoeden"; zelfs KRAMER heeft dat niet gedaan; wél heeft hij de methode onlangs op zijn *kinderen* toegepast! Die ééne zuster bewijst dus niets! Ik vroeg dan ook, hoe groot (hoe klein!) de sterfte bij de verpleegsters geweest was *in den loop der jaren*! Dat ik hiertoe alle reden had, blijkt uit de volgende getallen, die mij inmiddels door het Statistisch Bureau van de gemeente verschaft werden: in gehéél Amsterdam was de sterfte aan diphtherie van 1905—1914, dus over 10 jaren, voor den leeftijd boven de 14 jaren: 6 mannelijke en 7 vrouwelijke; 14—19 jaar: 4 en 5; 20—29 jaar: 1 en 0; 30—39 jaar: 0 en 2; 40—49 jaar: 1 en 0; op nog hooger leeftijd niemand. De kans voor de moeders, de oudere zusters en de *verpleegsters* (de meest bedreigden!) blijkt dus ongeveer even groot te zijn als bij de vaders, de oudere broeders en de dokters! Beter gezegd: net zoo miniem! Welnu, men gebruikt geen mitrailleur om een paar spreuwen te dooden, en wij dienen ons dan ook in casu af te vragen, of er geen andere gebieden te vinden zijn, waar wij onzen tijd, onze werkkraft enz. veel nuttiger kunnen aanwenden; ik zelf ken vele „dankbare" gebieden, waar de meesten tot dusver over heen kijken, maar hierover kan ik nu niet uitweiden, omdat mij ditmaal slechts weinig plaatsruimte wordt afgestaan.

Ik vroeg aan KRAMER: „Op welke wijze is „gebleken", dat alleen die personen, bij welke het antitoxinegehalte minder bedraagt dan $\frac{1}{100}$ eenheid per cm^3 , gevoelig zijn voor een *algemeene* diphtheriebesmetting? Welke gegevens zijn hieromtrent gepubliceerd?" Hij antwoordde: „Ik had juist gedaan te schrijven, dat alleen personen met een negatieve reactie van SCHICK ongevoelig zijn voor de algemeene diphtherie-besmetting". Maar met dit antwoord ben ik niet tevreden; wederom vraag ik: *Hoe* is dat „gebleken"? Des te meer reden heb ik om die vraag te stellen, omdat mij juist dezer dagen een nummer van *The Lancet* in handen kwam, waarin omtrent deze kwestie het volgende te lezen staat (29 October 1921, bldz. 917 en 918): „We pointed out some time ago that the crucial test of the value of the reaction had not been carried out, as no cases giving a negative reaction had been purposely infected with diphtheria. Whether toxin-antitoxin confers lasting immunity has yet to be demonstrated".

Amsterdam, Maart 1922.

E. VAN DIEREN, *arts*.