

In plaats van deze deskundigen in commissie te vereenigen en uit den „choc des opinions" de „vérité" te doen voortkomen, heeft men ieder van hen afzonderlijk een rapport laten uitbrengen, alsof een wedstrijd moest worden gehouden. Toen de verschillende rapporten een blijkbaar niet verwachte gelijkkluidendheid vertoonden, heeft men zijn oor weer elders te luisteren gelegd en zijn de artsen ter plaatse en de S. O. gehoord. Als gevolg van dien is men tot de overtuiging gekomen, dat er toch verschil van meening was in den lande over het ziekenhuisvraagstuk, al was het alleen over de vrije artsenkeuze. Dus diende de beperkt vrije artsenkeuze in het gemeente-ziekenhuis te Zwolle bewaard.

Uit het stuk van NORD in het laatst verschenen nummer onder „Nieuws uit de Afdelingen" blijkt mij nu, dat over de vrije artsenkeuze een afschuwelijk misverstand is ingeslopen. Men heeft n.l. in de 2de conclusie, die destijds door afgevaardigden van de S. O. in gecombineerde vergadering met bestuursleden van de Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen genomen is, het woord „specialismen" door „specialisten" vervangen, waardoor de conclusie verkeerdelijk luidt: (2). In de ziekenhuizen moet er naar gestreefd worden alle erkende specialisten toe te laten. Volgens die lezing zou vrije specialistenkeuze zijn aanvaard, wat overigens nog heel wat anders is dan vrije (huis)artsenkeuze, zooals in Zwolle in beginsel wordt toegepast. Maar met grooten nadruk is in die gecombineerde vergadering erop gewezen, dat vrije specialistenkeuze ontwrichting in onze openbare ziekenhuizen zou veroorzaken, en dus niet aanvaard kon worden. Toegegeven werd van beide zijden, dat alle te goeder naam en faam bekende specialisten in de gelegenheid moeten zijn, klinische behandeling voor hun patiënten toe te passen. Vandaar conclusie 3. Een specialist zonder beschikking over een ziekenhuis kan zijn werk slechts ten deele verrichten. Op welke wijze de specialist die beschikking moet krijgen, is evenwel in het midden gelaten.

Amsterdam, 2 September 1922.

J. L. C. WORTMAN.

#### NAAR AANLEIDING DER GEVALLEN VAN NEOSALVARSAAN- VERGIFTIGING.

De drie door VAN ASSELT medegedeelde gevallen, en vooral dat met doodelijken afloop, zullen zeer zeker weder door de tegenstanders van dit zegenrijke geneesmiddel worden benut, om aan hun bestrijding kracht bij te zetten. Toch geloof ik, dat hier de fout schuilt in de toediening van het middel. Giften van 750 en 900 mgr. met tusschenruimten van 3 à 4 dagen zijn en blijven schadelijk, al moge men na herhaalde en langdurige toepassing op groot menschenmateriaal niet al te dikwijls dergelijke ernstige reacties waarnemen. En zeer zeker was het gevaar hier grooter, daar het hier een vrouw gold (bij wie wij toch in den regel kleinere giften toedienen, dan bij den man), bij wie bovendien vroeger één nier was geëxstirpeerd wegens albuminurie (?). Als wij nu verder lezen, dat deze vrouw, kort te voren met kwik was behandeld en in haar urine vorm-elementen en eiwit werden aangetoond, terwijl niettegenstaande daags daarna neosalvarsaan werd ingespoten, dan mogen wij inderdaad vragen, of hier de noodige voorzichtigheid is in acht genomen en of men nu de schuld mag werpen op het middel in verband misschien met een individueele overgevoeligheid.

Toen ik in 1914 een studiereis in Duitschland maakte en aldaar de hoofdcntrader salvarsaantoeppassing bezocht, was het EHRlich zelf, die mij den dringenden raad gaf, eenigen tijd mijn licht op te steken bij dr. GENNERICH, den chef van het Marinehospitaal te Kiel. Deze autoriteit, met zijn toen reeds ruime ervaring, gaf mij vele wenken, die ik steeds als richtsnoer heb behouden.

Zijn standpunt was toen (misschien wel wat al te exclusief) om nooit tegelijk of onmiddellijk in aansluiting, kwik en salvarsaan toe te passen; steeds met de salvarsaan-toediening te wachten of uiterst voorzichtig te zijn, bij vastgestelde nieraandoening na voorafgeganen kwik-toepassing, voor zoover men geen luetische nierontsteking meent te moeten aannemen. Maar bovendien geen te hooge giften salvarsaan in éénmaal in te spuiten en als regel niet binnen de week.

Bij de zeer vele intravenöse inspuitingen, die ik sindsdien in mijn praktijk heb toegediend, behoefde ik voor het verkrijgen van nuttige uitwerking nooit de gift van 600 mgr. neosalvarsaan te overschrijden en verrichtte ik deze nooit dan met een tusschenpauze van 8 dagen. Ik blijf overtuigd, dat het ongelukkig verloop van het medegedeelde geval niet op rekening van het geneesmiddel mag worden gesteld.

Amsterdam, 2 Sept. 1922.

BERN. S. DE SMITT.

### HOMOSEXUALITEIT.

In zijn stukje over homosexualiteit in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* zegt ROGGE, dat VON KRAFFT—EBING in zijn *Psychopathia sexualis* de homosexualiteit een ziekelijke afwijking noemde, doch later op die meening is teruggekomen en haar een aangeboren eigenschap noemde. Dit is niet geheel juist. In de laatste uitgave der *Psychopathia sexualis* kon men vinden, dat VON KRAFFT—EBING een *verworven* en een *aangeboren* „konträre Sexualempfindung” onderscheidt; verder dat hij de aangeboren homosexualiteit beschouwt als „een functioneel degeneratieteken en onderdeel van een neuro(psycho-)pathischen, meestal erfelijk veroorzaakten toestand”.

Evenzeer is het onjuist, dat FREUD aanvankelijk de homosexualiteit voor een ziekelijke afwijking zou hebben gehouden, doch later zou zijn gaan inzien, dat bij een deel der homosexueelen deze afwijking op constitutioneelen grondslag berust. Reeds in de door ROGGE aangehaalde uitgave (de tweede, van 1910) der *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* schrijft FREUD: „Het probleem der inversie (homosexualiteit) is zeer ingewikkeld en omvat zeer verschillende typen van sexueele uitingen en ontwikkeling. Vooral moet men streng uit elkaar houden, of de inversie het geslachtskarakter van het objekt of dat van het subject omgekeerd heeft”. Later zijn door hem en zijn leerlingen verschillende gevallen nader bestudeerd en groote verschillen in hun oorzaken gevonden. Zoo heeft reeds in 1911 op het Psychoanalytisch Congres in Weimar s. FERENCZI gewezen op het hemelsbreed verschil tusschen den homosexueelen man, wiens geslachtskarakter „geïnverteerd” is, die zich tegenover mannen passief, vrouwelijk gevoelt, en den homosexueelen man, die zich tegenover den geliefden man actief gevoelt. Bij den eerste, dien hij „Subjekt-homoërotiker” noemt, vond hij grootendeels constitutioneële oorzaken voor zijn afwijking. Bij den anderen, den „Objekt-homoërotiker”, die dan ook meestal niet door volwassen mannen, doch door knapen aangetrokken wordt, vond hij als oorzaak stoornissen in de ontwikkeling zijner gevoelens, vond hij verdringing; bij hem bleek de homosexualiteit de uiting eener psychoneurose. FERENCZI legde nadruk er op, dat homosexualiteit slechts een verschijnsel is, gewoonlijk een der verschijnselen van een psychoneurose. Door onderzoekingen van verschillende psycho-analytici werd dit bevestigd en werden voor dit verschijnsel allerlei oorzaken gevonden.

Door de onjuiste voorstelling, welke ROGGE geeft van de opvattingen van VON KRAFFT—EBING en FREUD en door het heenloopen over de genoemde verschillen, geeft zijn stuk geen samenvattend overzicht van hetgeen over homosexualiteit bekend is, doch een pleidooi voor zijn eenzijdige opvatting. In navolging van MAGNUS HIRSCHFELD tracht hij alle homosexueelen tot één enkele menschengroep samen te persen, die gekenmerkt zou zijn door aangeboren afwijkingen der geslachtsklieren.

Een dergelijk zich blind staren op de onderstelling van een met aangeboren defecten behepte kiemklier, lijkt mij vooral bedenkelijk voor onze therapeutische bemoeiingen. Het psychisch onderzoek had daarentegen reeds meermalen goede gevolgen voor de behandeling.

Haarlem, September 1922.

ADOLPH F. MEIJER.