

In het leven van elk kind komen bijna steeds oogenblikken voor, waarin exogene oorzaken zich voordoen, die tot homosexualiteit zouden *kunnen* leiden in de toekomst. Ik noem onanie, alleen of met vriendjes uitgevoerd. Maar we zien, dat slechts bij zeer enkelen homosexualiteit zich ontwikkelt, omdat de meesten een heterosexueelen aanleg hebben. Bij kinderen met homosexueelen aanleg kan men vaak reeds in de jeugd voorspellen, dat ze homosexueel zullen worden. SCHULTE acht het beter, dat een *reeks* twee-eiige tweelingen waren onderzocht. Ik heb echter een reeks onderzocht. Alle tweelingen, die mij bekend werden en waarvan één of beiden homosexueel waren, heb ik onderzocht. Het waren allen onuitgezochte gevallen. Het toeval wil, dat er slechts één twee-eiige tweeling bij was. HIRSCHFELD schrijft, dat hij verscheiden twee-eiige tweelingen heeft onderzocht, die echter allen discordant bleken te zijn ten opzichte van homosexualiteit.

Dat ik geval 7 tot de pseudohomosexueele reken, kan ik natuurlijk niet bewijzen. Vandaar dat ik mij zeer voorzichtig uitdruk. De mogelijkheid is niet uit te sluiten, evenmin als LANGE het doet in het door hem beschreven geval.

Wat het eene geval van LANGE betreft (Gebr. Maat), daarvan zegt LANGE zelf: „Dass hier die Anlage eine ganz entscheidende Rolle spielt, ist wohl fraglos.”

Zooals ik in mijn artikel heb gezegd, is het getal van 14 homosexueele tweelingen nog niet groot. Er moeten meer onderzoeken op dit punt plaats hebben. Ik houd mij voor mededeelingen van homosexualiteit bij tweelingen aanbevolen. Nog dezer dagen werd mij van hooggeleerde zijde een geval van concordantie meegedeeld van een vrouwelijke, homosexueele, eeneiige tweeling.

Den Haag, 18 September 1934.

J. SANDERS.

POSTOPERATIEVE STOORNISSEN.

Naar aanleiding van de door collega C. A. SCHOEMAKER op 5 Mei j.l. voor de Ned. Vereen. v. Heelkunde gehouden voordracht over „Postoperatieve stoornissen” (zie No. 35 van dit *Tijdschrift*, bldz. 4016), een uiteenzetting, die den internist evenzeer belang inboezemt als den chirurg, zij het mij vergund een paar opmerkingen te maken. Coll. SCHOEMAKER onderscheidt:

1. Hartinsufficiëntie. 2. Vaatinsufficiëntie (gepaard met shock-acidosis). 3. Uraemie met zouttekort. 4. Uraemie met watertekort en 5. Acidosis (als interne stofwisselingsstoornis).

Laatstgenoemden toestand besprekend, zegt spreker: „Bij deze zieken schiet de stofwisseling als zoodanig te kort, d.w.z. er is onvoldoende verbranding, waarbij „zure afvalproducten ontstaan, die onvoldoende worden omgezet of verwijderd „door lever, nier, enz.”

Deze, acidosis veroorzakende, afvalproducten zijn, bij dergelijke pas geopereerde en dus in zekeren zin vastende patiënten, ongetwijfeld ketonlichamen; m.a.w. de zuren, die het zuur-base-evenwicht van het bloed verstoren, zijn het β -oxyboterzuur en het diaceetzuur (zie hierover o.a. KREHL, *Pathologische Physiologie*, 11e dr., bldz. 147 e.v.). In het geval van „shock-acidosis”, waarop tabel I betrekking heeft, bevatte de urine aceton en diaceetzuur. In de gevallen van „stofwisselings-acidosis”, waarbij de tabellen V, VI en VII behooren, wordt over het voorkomen van aceton en diaceetzuur niets vermeld. Ik vermoed, dat zij aanwezig zijn geweest, precies als in alle acidosis-gevallen (diabetische en niet-diabetische), die wij in de practijk zien.

Het zou dus *diagnostisch* een belangrijke vereenvoudiging beteekenen, als wij — ons houdende aan SCHOEMAKER's indeeling der post-operatieve ziekte-toestanden — doormiddel een paar druppels Fe Cl_3 de acidose-gevallen kunnen aantoonen en, vooral, uitsluiten.

Wat betreft de *therapie*, die (zie bldz. 4023 2e al.) volgens spr. „minder dankbaar

is dan bij het zouttekort" en die bestaat in intraveneuse toediening van een buffermengsel (tutofusine e.d.), zou het m.i. logisch zijn in *deze* gevallen intraveneus glyucose te geven. De verbranding hiervan zal op effectieve wijze de acidosis tegengaan, evenals dit bij diabetische zuurvergiftiging gelukt, (waarbij het insuline slechts een rol speelt, die bij niet-diabeteslijders door het organisme zelf wordt vervuld).

De tyrode-vloeistof, waarvan spr. de samenstelling opgeeft en naar wier voorbeeld het tutofusine gemaakt is, bevat slechts 1 gr. glyucose per liter. Er wordt dus bij een infusie van 500 cM³ 0,5 gr. ingespoten, terwijl men bij coma diabeticum, met succes, van hoeveelheden van 50 tot 100 gr. glyucose gebruik maakt!

Collega SCHOEMAKER vergunne mij ten slotte nog eenige opmerkingen. Ten eerste is het mij onduidelijk wat in de tabellen II, III, V, VI en VII het getal beduidt, dat het chloorgehalte aangeeft in de kolom waarboven „bloed" staat. Is dan het Cl-gehalte van het plasma plus het Cl-gehalte der roode bloedlichaampjes niet tezamen gelijk aan het Cl-gehalte van het „bloed"? Volgens de mij ter beschikking staande werken is het chloorgehalte van het bloed ongeveer 5,5 gr. per L., dat van het plasma ongeveer 3,6 gr. en dat der roode bloedlichaampjes ongeveer 1,8 gr. Hoe is het dan mogelijk dat in de kolom „bloed" getallen staan, die *lager* zijn dan die in de kolom „plasma"?

Ten tweede zou ik nog willen wijzen op een onjuistheid in noot 1 van bldz. 4018: „Het bloed bevat normaliter per 100 cM³ : 0,200 tot 0,400 gram ureum, ongeveer 0,340 gr. chloor." Dit moet m.i. zijn: „Het bloedplasma bevat normaliter per 100 cM³ : 0,020 tot 0,040 gr. ureum, ongeveer 0,340 gr. chloor". Een gevolg van deze „slip" is, dat in alle tabellen het ureumgehalte per Liter, het chloorgehalte per 100 cM³ berekend is, wat verwarrend werkt.

Coll. SCHOEMAKER vatte deze opmerkingen op als bewijs van de groote aandacht waarmee ik zijn belangwekkende voordracht gelezen heb.

B. VAN TRICHT.

Monte Carlo 9 Sept. 1934.

MAAGSPOELING EN MAAGSCHEUR.

In hun mededeeling over „een geval van maagbersting" (No. 36, 8 Sept. 1934, van dit *Tijdschrift*) loopen BEHR en ROEPER over het verband tusschen de spoeling en de scheur heen. Niettemin acht ik dat verband buiten allen twijfel.

Ik heb ettelijke malen geschreven dat deze „gewone wijze van maagspoelen met slang en trechter" een onlogische, gevaarlijke en volmaakt overbodige wijze van doen is.

Men verwisselde de „platte maagslang", een instrument, dat ik niet ken, met een „normale dikke maagsonde". Indien „dikke" letterlijk moet worden opgevat, dan is de opmerking op haar plaats, dat een dikke sonde voor patiënt en arts een onnoodige kwelling is. Een sonde van 10 tot 11 mM. middellijn voldoet in elk opzicht.

Men spoele met een kleine, afgemeten hoeveelheid vloeistof, niet meer dan 100 cM³. Een *kleine* hoeveelheid, omdat die de spanning in de maag niet onnoodig vergroot en men alleen dan werkelijk schoonspoelen kan, als de maag niet zóó gevuld is, dat haar inhoud onder spanning staat. Reeds de dagelijksche ervaring leert, dat een vast bezinksel uit een receptaculum gemakkelijker met behulp van een kleine hoeveelheid van in beweging gehouden vloeistof dan met die van een groote hoeveelheid, verwijderd wordt.

De hoeveelheid zij afgemeten, omdat moet worden nagegaan of men de met hulp van een kleinen trechter ingebrachte hoeveelheid teruggewonnen heeft. Het is ook noodig, te weten *wat* men terugkrijgt. Daarom moet de teruggewonnen vloeistof in een puntglas worden opgevangen, dat van een maatverdeling voorzien is. Zoo alleen is studie van het bezinksel en van de verhouding tusschen vaste stof en vloeistof mogelijk.