

tot overgave vereist echter een hoge graad van ontwikkeling der persoonlijkheidsstructuur, een ontwikkeling die voor de hedendaagse mens, die als devies het „ieder voor zich” in zijn vaandel voert, haast onbereikbaar lijkt.

Het lijkt mij wel aannemelijk, dat er in vele huwelijken in een lacune zou zijn voorzien, wanneer beide huwelijkspartners dit „vrouwelijke orgasme” als normaal en bevredigend zouden beschouwen, maar het staat voor mij vast, dat zij daarmee op de verkeerde weg zouden zijn.

Literatuur: ZELDENRUST, E. L. K. (1959) Impotentie en frigiditeit. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2377. — WESTERMAN HOLSTIJN, A. J. (1959) Anorgasmie bij de vrouw. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2539.

Rotterdam, 19 december 1959

J. M. VERSTEEG

Indien het essentiële van de coitus, zoals collega VERSTEEG zegt, is: „Genot verschaffen en verkrijgen in een lichamelijk en geestelijk één-worden”, dan wordt dit door de vrouw bij de langduriger bevredigingsvorm rijker en dieper beleefd dan in de acute-orgasmevorm. Het typische, korte, intense genot van de plotselinge ontlading in de acme moge er ontbreken, het harmonisch zich lichamelijk aan elkaar geven zowel als de geestelijke eenwording kan daarbij op de uitvoerigste en intensiefste wijze worden beleefd (zie bv. mijn citaten van MARYSE CHOISY). Maar de orgastische vorm heeft — zeer zeker dikwijls — meer de kleur van wat bij de onanie beleefd wordt. De één-wording (lichamelijk en geestelijk) daarentegen valt van de genitale lustgevoelens wél te onderscheiden, en kan zeker niet alleen, maar ook niet bij uitstek, beleefd worden als men zich en de ander tot een genitaal „klaar-komen” ophitst, dat — zeker voor de man — vaak meer een speciaal „lekker gevoel” is. En als men daarin het „hoogtepunt” van de coitus zoekt, staat men dicht bij de „masturbation à deux”.

Dat de gevoelens bij de coitus reservatus (carezza) met coitus niets uit te staan hebben, is een mij onbegrijpelijke paradox. In ieder geval wordt daarin wat collega VERSTEEG het essentiële van de coitus noemt, ten duidelijkste betracht en beleefd.

Amsterdam, 15 januari 1960

A. J. WESTERMAN HOLSTIJN

EEN ZWAKZINNIG JONGETJE

Naar aanleiding van de Klinische Les van Prof. QUERIDO (1959), zou ik de volgende vragen willen stellen:

1. Is de titel wel juist? Vóór de plaatsing op een school voor slechthorenden is het intelligentiequotiënt „geschat” op „tussen de 70 en 80”, maar klaarblijkelijk gaat het hier om een typisch geval van *pseudo-debiliteit* door een gehoorstoornis (zie GREWEL en VAN DEN HORST 1959). Bewijs: de onmiddellijke vooruitgang van het kind op de school voor slechthorenden!

2. Op welke wijze gaat de G. G. en G. D. te Amsterdam te werk? Daarover wordt niets vermeld. Is bv. contact opgenomen met het Overijsselse dorp van herkomst (schoolhoofd, huisarts, schoolarts)? Voorts is het niet duidelijk, of de door Prof. QUERIDO wenselijk geachte gang van zaken — observatie in een kinderpsychiatrische afdeling, consulten van neuroloog en oorarts enz. — inderdaad heeft plaatsgevonden. Evenmin of hierbij, en bij de plaatsing van het kind in een pleeggezin, de medewerking van de huisarts en de toestemming van de ouders is gevraagd en verkregen. Indien de ouders weigeren, hun goedkeuring te hechten aan de nuttig en noodzakelijk geachte maatregelen, kan dan een officiële instantie worden ingeschakeld — Raad voor de Kin-

derbescherming — die de verantwoordelijkheid van de ouders overneemt?

3. Prof. QUERIDO kent slechts betrekkelijke waarde toe aan de methode „Binet-Simon-Herderscheë”, welke test toch nog alom in den lande wordt toegepast! Houdt dit als consequentie in, dat dergelijke kinderen voortaan ter observatie in een kinderpsychiatrische afdeling moeten worden opgenomen?

Literatuur: GREWEL, F. en A. P. J. M. VAN DEN HORST (1959) Pseudo-imbecillitas door gehoorstoornissen. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1716, 2184, 2577. — QUERIDO, A. (1959) Een zwakzinnig jongetje. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2629.

Warnsveld, 28 december 1959

W. F. C. HEERING,
schoolarts

Bovenstaand ingezonden stuk is Prof. QUERIDO toegezonden. Deze zal de schrijver persoonlijk antwoorden.

REDACTIE

VERGELIJKING VAN DE UREUMKLARING EN DE BEPALING VAN SERUMCREATININE IN HUN BETEKENIS ALS NIERFUNCTIEPROEF

Het deed mij genoegen te lezen, dat VISMANS en BERKHOUT (1960) de methode van De Vries en Van Daatselaar (GORTER en DE GRAAFF) hebben gebruikt voor het bepalen van het creatininegehalte in serum. In de kliniek van Prof. BORST wordt deze methode sinds 1952 als routine toegepast, ter beoordeling van de nierfunctie.

Het is echter jammer, dat de schrijvers niet hebben vermeld, dat in GORTER en DE GRAAFF (1955, 1956) reeds uitvoerig zijn besproken de nadelen van de ureumklaring en de grote voordelen van de bepaling van de creatinine-concentratie in het plasma (bl. 281, 812, 814). Ik beveel deze gedeelten gaarne ter lezing en ter vergelijking met de getallen van VISMANS en BERKHOUT aan.

Literatuur: GORTER, E. en W. C. DE GRAAFF (1955 en 1956) *Klinische diagnostiek*, Deel I en II. 7e druk. Stenfert Kroese N.V., Leiden. — VISMANS, J. B. M. en H. W. BERKHOUT (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 9.

Amsterdam, 6 januari 1960

S. T. BOEN

In antwoord op de ingezonden mededeling van Dr. S. T. BOEN het volgende: Het is ons bekend, dat in GORTER en DE GRAAFF de moeilijkheden en nadelen van de ureumklaring en de grote voordelen van de creatinine-concentratie in het plasma zijn beschreven. Het is echter onze overtuiging, dat het bovenstaande nog onvoldoende bekendheid heeft, zo niet bij de internisten en klinische chemici dan toch stellig bij vele superspecialisten en huisartsen. Het is dan ook de bedoeling van ons artikel geweest, vooral voor laatstgenoemde twee groepen collegae de aandacht op deze eenvoudige bepaling te vestigen.

Enschede, 22 januari 1960

J. B. M. VISMANS
H. W. BERKHOUT

ZIEKTE VAN BESNIER-BOECK EN TUBERCULOSE

DAGNELIE (1959) schrijft: „Bij de eerste statistiek (BAAS en VAN VOORST VADER 1557) valt waarschijnlijk het grootste deel van de lijdens aan *actieve tuberculose* in de omgeving van patiënten met morbus Besnier-Boeck weg, als men het betrekkelijk kleine aantal lijdens aan ziekte van Besnier-Boeck dat *zelf als contactpersoon* op het consultatiebureau kwam, buiten beschouwing laat” (cursivering van ons).

Deze kritiek zou inderdaad ernstig zijn als ze juist was. De cijfers zijn echter als volgt:

	Lijders aan M. Besnier-Boeck	Lijders aan actieve tuberculose in hun omgeving	Perce- tage
Gehele groep	128	23	18
Contactpersonen met m. B.-B.	17	5	
Groep zonder contactpersonen	111	18	16

Gezien onze statistiek en het gelijklopende resultaat van ten minste 4 overeenkomstige onderzoeken zijn wij van mening, dat zij, die de vele gevallen van actieve (en niet-meer-actieve) tuberculose in de omgeving van lijders aan morbus Besnier-Boeck trachten weg te redeneren, hun ogen sluiten voor een evident feit.

Literatuur: BAAS, M. A. en P. J. A. VAN VOORST VADER (1957) Epidemiologisch onderzoek bij het syndroom van Besnier-Boeck (sarcoidosis). *Ned. T. Geneesk.* 101, 1111. — DAGNELIE, P. R. (1959) in Klinisch-pathologische Conferenties, Een patiënte met de ziekte van Besnier-Boeck en met tuberkelbacillen in het sputum en urine. *Ned. T. Geneesk.* 103, 2612.

Eindhoven, 7 januari 1960

M. A. BAAS

P. J. A. VAN VOORST VADER

Mijn veronderstelling berustte op de vermelding, dat 17 lijders aan morbus Besnier-Boeck wegens contact met tuberculose op het consultatiebureau waren gekomen. Indien thans wordt medegedeeld, dat in de omgeving van deze 17 patiënten slechts 5 lijders aan actieve tuberculose werden gevonden, moet men aannemen, dat in de andere gevallen inactieve tuberculose, tuberculose bij het vee en morbus Besnier-Boeck aanleiding tot het contactonderzoek hebben gevormd. De statistiek van BAAS en VAN VOORST VADER wijst dan inderdaad op een etiologisch verband tussen tuberculose en ziekte van Besnier-Boeck. Merkwaardig blijft, dat in de groep besnier-boeck-patiënten veel meer contacten met morbus Besnier-Boeck worden gevonden dan in de tuberculose-groep. Dit zijn niet alleen bloedverwanten, zodat men dan wel aan een bijzondere eigenschap van de bacterie moet denken.

Rotterdam, 24 januari 1960

P. R. DAGNELIE

PLASTISCHE OPERATIE TER VERANDERING VAN HET FENOTYPISCH GESLACHT

In „Nuttige Notities” No. 9 (1959) wordt op ernstige en openhartige wijze mededeling gedaan over de pioniersarbeid betreffende de indicatiestelling voor een bepaald plastisch-chirurgisch ingrijpen. Door het casuïstische karakter van het artikel komt echter de algemene strekking niet goed tot uiting. In feite is deze, dat bij een ieder die psychologisch niet overeenstemt met zijn (haar) genotypische en fenotypische geslacht, het verwijderen, resp. zo mogelijk plastisch aanbrengen van uit- en inwendige genitalia en secundaire geslachtskenmerken in aanmerking komt, wanneer twee psychiaters de indicatie daartoe ondersteunen.

Plastische heelkunde kan, ook wanneer men niet van ziekte wil spreken, worden toegepast zodra men heeft vastgesteld, dat een ongerief duurzaam het levensgeluk dreigt te verstoren, en het verhelpen ervan een redelijk voorspelbare verbetering belooft. De „Notities” behandelen nu de vraag, of men moet overgaan tot het aanbrengen van een ornamentele penis bij een zich man voelende vrouw. Ook hier is de algemene achtergrond uit het oog verloren. Vooropgesteld dient

te worden de vraag, of voor het levensgeluk van deze vrouw een zo volledig mogelijke transformatie tot man onontbeerlijk is. Wanneer men tot een bevestigend antwoord komt, is het onnodig, zich nog in beginsel te beraden over de indicatie voor de ondergeschikte operaties. Men gaat dan alleen na, of een bepaalde ingreep geschikt, voldoende doeltreffend en niet te gevaarlijk is.

Daarom krijgt men een andere benaderingswijze van het probleem, nl. het bieden van medische hulp, wanneer de verschillende factoren die voor de bepaling van het geslacht van betekenis zijn, divergeren. Voor hermafrodiëten en zg. pseudo-hermafrodiëten bestaat hier reeds een zekere traditie, waarbij partiële ontvrouwing of ontmanning als geoorloofd wordt beschouwd, wanneer psychologisch al een ontwikkeling in mannelijke of vrouwelijk richting heeft plaats gevonden.

De gynaecoloog in het gezelschap van deze „Notities” stelt, dat men hier niet met een „interseks” te maken heeft. Hij heeft op religieus-ethische gronden bezwaar tegen de ontvrouwing. Zijn vaststellen van het normaal als vrouw geschapen-zijn berust op anatomische, hormonologische en genetische gegevens. Alsof de Schepping in deze factoren kan worden ontbonden en de psychologie nooit werd uitgedacht!

Men onderscheidt een genitaal, een gonadaal, een genetisch en een zg. psychoseksueel geslacht. Ook al is dit laatst misschien meer door opvoeding, omstandigheden enz. dan door de inborst bepaald, toch zal men soms hebben uit te gaan van een onwiltbaar psychologisch man- of vrouw-zijn, hetgeen voor het levensgeluk belangrijker is dan de andere factoren. In dat geval is er geen reden om anders te handelen dan bij hermafrodiëten en pseudo-hermafrodiëten. Voorwaarde is hier het vaststellen van een duurzaam en onwiltbaar gedrongen zijn tot het zich voelen en gedragen als man en dat is niet hetzelfde als alleen „haar wens, het leven anders in te richten dan waarvoor zij lichamelijk geschapen is”. Evenmin behoeft er sprake te zijn van een psychopathologisch geval, al geschiedt de beoordeling het beste door toepassing van psychiatrische methoden.

Hoe het zij, deze „Notitie” was bijzonder nuttig. Gevallen als het onderhavige verdienen ruim besproken te worden, aangezien het om indicaties met verstrekkende betekenis gaat.

Leiden 26 december 1959

F. L. M. STEENWINKEL

Naar aanleiding van de als nuttige notitie weergegeven bespreking in het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem zou ik de volgende punten en vragen naar voren willen brengen:

1. Uit de gesprekken meen ik te moeten opmerken, dat wel degelijk enige leden van de staf bezwaar hebben tegen de plannen van de plastisch chirurg, al ontkent de laatste alinea in de publikatie dit feit.

2. De verwachte resultaten zijn zo weinig zeker, dat de voorgestelde gruwelijke en grote ingrepen volkomen onverantwoord zijn. De plastisch chirurg zegt zelf: „Al kan uiteraard niemand nauwkeurig bepalen, in welke mate zij door nieuwe operaties geholpen zal zijn”.

3. Een operateur is altijd verantwoordelijk voor zijn daden en kan deze nimmer op anderen afwentelen.

4. Aan de aard van een ziekte mag nooit ruchtbaarheid worden gegeven; de voorgenomen privé-verpleging doet onprettig aan.

5. Voor twee jaren had ik een patiënte met precies hetzelfde verlangen. Ik heb haar naar een psychiater verwezen. Moet ik daarvan nu spijt hebben?

6. Als de ingreep het gewenste succes zou hebben, moet men dan ook niet rekening houden met de mogelijkheid, dat