

UIT DE PRAKTIJK: ALS HET NIET PAST^o

W.C.M. Weijmar Schultz en M.F. van Driel*

Vorm en grootte van de mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen zijn weliswaar sterk verschillend, maar dit geeft doorgaans geen problemen. Er zijn echter grenzen. Hierover gaat het in dit artikel.

Patiënt A, een 52-jarige man, had sedert 6 maanden bij erectie last van een pijnlijke kromstand van de penis. Zowel door de pijn als door de kromstand was coïtus niet goed meer mogelijk. Vooral de immissio penis was bemoeilijkt. Daarnaast kreeg zijn echtgenote last van 'doorstootpijn'.

Na lichamelijk onderzoek bleek patiënt de ziekte van Peyronie te hebben. Halverwege de schacht van de penis was op meerdere plaatsen een 'plaque' te voelen. Dit is een harde plek in de wand van één van de zwellichamen als gevolg van een ontstekingsreactie. De oorzaak van deze ontsteking is onbekend, zo werd patiënt en echtgenote ook medegedeeld. Zoals we wel vaker zien bij deze aandoening, had patiënt tevens de ziekte van Dupuytren, eveneens een bindweefselaandoening.

Omdat bij een aantal patiënten na 6 à 12 maanden de klachten spontaan afnemen, werd aanvankelijk voor een expectatief beleid gekozen. De pijn verdween, maar de kromstand en de doorstootpijn bij de partner niet. Na ruim een jaar koos patiënt om die reden voor operatieve behandeling. De operatie bestond uit een penoplicatie volgens Nesbit (Zeegers en Zwartendijk, 1985.) Hierbij wordt de tunica albuginea van de penis aan de contralaterale zijde van de plaque ingekort. Dientengevolge werd de penis wel ruim 1 cm korter en was circumcisie noodzakelijk. Het uiteindelijke operatieresultaat was uitermate bevredigend. Acht weken na operatie leverde de coïtus geen enkel probleem meer op, ook niet voor de echtgenote.

Patiënte B, 50-jarige vrouw, moeder van vijf kinderen, werd verwezen in verband met dyspareunie in de vorm van zowel immissio- als doorstootpijn. Vanwege verzakkingsklachten was drie jaar eerder een vaginale uterusextirpatie met voor- en achterwandplastiek verricht. Na deze operatie had zij last van pijn bij de coïtus. Helaas waren nog geen twee jaar later ook de verzakkingsklachten teruggekomen. Er werd een verzakking van de voorwand van de vagina gediagnostiseerd. Ondertussen werd naar aanleiding van recidiverende urineweginfecties een urodynamisch onderzoek verricht waaruit bleek dat patiënte een zwakke blaas had ontwikkeld met dientengevolge een groot blaasresidu na het plassen. In verband hiermee moest zij zichzelf intermitterend gaan catheteriseren.

* Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS¹⁾, dr. M.F. van Driel, uroloog/seksuoloog NVVS²⁾

¹⁾ Vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen

²⁾ Vakgroep Chirurgie, onderafdeling Urologie

^o Dit artikel is een bewerking van een klinische les in het Tijdschrift voor Geneeskunde, 139: 1425-1427, 1995.

Geaccepteerd voor publicatie 5 januari 1996.

Vanwege de dyspareunie en de urineweginfecties post-coïtum, verging haar geleidelijk aan de lust tot geslachtsverkeer. Een zeefpessarium gaf helaas geen verlichting van de verzakkingsklachten, reden waarom zij zich opnieuw operatief liet behandelen. De vaginatop werd aan het heiligbeen vastgezet en wederom werd een voor- en achterwandplastiek verricht. Hoewel bij gynaecologisch onderzoek van een adequaat operatieresultaat mocht worden gesproken, bleef patiënte toch klagen over immissioepijn.

Om die reden werd zij naar de polikliniek Seksuologie verwezen. Er vond een uitvoerig gesprek plaats met zowel patiënte als haar echtgenoot, gevolgd door een 'educatief' gynaecologisch seksuologisch onderzoek. Daarbij werden de in- en uitwendige genitalia bekeken met een handspiegel. Het bleek in diezelfde zitting mogelijk zonder angst, spanning of pijn een pelote maat 3.5 te introduceren (Een pelote is een gladde staaf van kunststof waarmee het inbrengen van de penis kan worden nagebootst; maat 3.5 komt ongeveer overeen met de omvang van de gemiddelde penis in erectie = 12-13 cm).

Op grond van genoemde bevinding werd de immissioepijn geduid als een belevingsprobleem als gevolg van de verzakkingsoperaties en de blaasproblemen. Het echtpaar kreeg streel-oefeningen volgens Masters en Johnson voorgeschreven in combinatie met een tijdelijk coïtusverbod. Een en ander had tot effect dat beide echtelieden na verloop van enkele weken weer in staat bleken plezier te beleven aan het vrijen. Omdat zowel man als vrouw weer naar coïtus verlangden, werd de behandeling met streeloefeningen gevolgd door "pelote-therapie". De pelotes dienen niet om de introitus op te rekken, een veel voorkomende misvatting, maar vormen slechts een hulpmiddel voor de vrouw om te leren haar bekkenbodemspieren te controleren. Dit oefenen kan ook met de vingers gebeuren. Gedurende deze oefeningen geldt een coïtusverbod doch daarnaast het advies vooral door te gaan met vrijen. Bij deze behandeling behoren ook hygiënische adviezen zoals het niet toepassen van vaginale douches, geen strakke panty's etc. Zijn er aanwijzingen voor bijvoorbeeld problemen met het zelfbeeld of met de autonomie of problemen in de relatie dan vindt psychologische counseling plaats of zondig verwijzing voor relatietherapie. Soms zijn wijzigingen in het maatschappelijk functioneren gewenst. Als patiënte na verloop van tijd in staat is zich optimaal te ontspannen, ook op bekkenboderniveau, en ook in aanwezigheid van de partner, dan kan de stap worden gemaakt richting coïtus. Hierbij is het van essentieel belang is dat zij zelf het moment waarop aangeeft en zelf de condities bepaalt.

Voor de behandeling begon, kreeg de echtgenoot van onze patiënte de opdracht om met behulp van een centimeter de omtrek van zijn penis in erectie te meten. Deze bleek maar liefst 17.5 cm te bedragen. Desgevraagd gaf patiënte te kennen dat ook in het begin van haar huidige relatie de coïtus voor haar pijnlijk was geweest. Ze was er toentertijd echter aan gewend geraakt door bewust haar bekkenbodemspieren te ontspannen op het moment van de insertie van de penis. Sedert de verzakkingsoperatie evenwel lukte dat niet meer en was ze in een negatieve pijnspiraal beland. Gaandeweg de seksuologische behandeling slaagde zij er in zich in de vrijsituatie weer zodanig te ontspannen dat insertie van de penis mogelijk bleek zonder daarbij angst, spanning of pijn te ervaren en kon ze er weer van genieten. Na een aantal maanden kon de therapie dan ook met succes worden afgesloten.

De vagina

Men kan zich afvragen hoe (on)gevoelig de geslachtsorganen in feite zijn. De eerste gege-

vens over de gevoeligheid van de baarmoedermond en de vaginawand dateren uit de jaren vijftig. In 1953 publiceerden Kinsey en medewerkers de resultaten van een onderzoek naar de gevoeligheid van de portio en de vaginawand met behulp van een staafje (Kinsey e.a., 1953). Het aanraken met een staafje werd door slechts 14 % van de vrouwen uit de onderzoekspopulatie gevoeld, maar ruim 90 % van de proefpersonen kon aangeven wanneer met diezelfde sonde enige druk werd uitgeoefend. Andere onderzoekers bepaalden de gevoeligheid van de vagina door deze met de vinger af te tasten onder door hen als niet-erotisch geschetste omstandigheden (Alzate and Londono, 1984; Goldberg e.a., 1983; Grafenberg, 1950; Hoch, 1980; 1986; Krantz, 1985; Ladas e.a., 1982; Perry and Whipple, 1981). Twee van hen gingen verder en slaagden erin door louter vaginale stimulatie bij een deel van de door hen onderzochte vrouwen een orgasme tot stand te brengen (Alzate and Londono, 1984; Alzate, 1985). Er werd zelfs een gevoelige structuur beschreven, de zogenaamde "G-plek". Vele onderzoekers gingen naarstig op zoek naar deze bij seksuele opwinding mogelijk palpabele structuur. Publicaties dienaangaande zijn echter niet overtuigend. Uit histologisch onderzoek is wel bekend dat tussen de blaas en de voorwand van de vagina een grotere zenuwdichtheid aanwezig is dan tussen de rest van de vaginawand en de omgevende weefsels (Krantz, 1985; Minh e.a., 1981). Met een gecontroleerd elektrisch signaal werd aangetoond dat onder niet erotische omstandigheden de vaginawand relatief ongevoelig is ten opzichte van andere lichaamsdelen (Weijmar Schultz e.a., 1989); er was bijvoorbeeld een factor 5 verschil met de gevoeligheid van de handrug. De vaginavorwand bleek in de mediaanlijn wel beduidend gevoeliger dan de rest van de vaginawand.

Tent-effect

Contracties van de bekkenbodemspieren gedurende de seksuele opwinding maken de vagina 30 % dieper, waardoor de penis makkelijker wordt ontvangen: het zogenaamde 'tent-effect'. Op welke wijze de verschillende spieren hierbij samenwerken, zodanig dat deze verandering van vorm en grootte optreedt, is niet bekend. Mogelijk hangt het ervaren van doorstootpijn mede af van het al dan niet optreden van dit 'tent-effect' en dus met het niveau van opwinding.

Lubricatie

Dyspareunie kan ook samenhangen met lubricatie. Wanneer deze uitblijft, kan dyspareunie optreden. Het vocht is afkomstig uit het netwerk van bloedvaten dat de schedewand omgeeft en dat door een verhoogde doorgankelijkheid van de bloedvatwand via het vaginaepitheel in de schede komt. Het vasoactieve intestinale polypeptide (VIP) speelt daarbij een belangrijke rol. De vochtproductie is oestrogeen-afhankelijk en is evenals de vorm en grootte veranderingen van de vagina, afhankelijk van de mate van seksuele opwinding. De combinatie van lubricatie, vele elastische weefsels in de schedewand en tijdens seksuele opwinding optredende verleniging en verbreding van de schede, maakt de vagina toegankelijk voor een penis van uiteenlopende grootte, zij het niet van elk formaat. De vorm van de schede is niet recht, maar gebogen waarbij het diepe deel van de schede als het ware rust op de bekkenbodemspieren. De hoek tussen de onderste en bovenste vagina-as bedraagt 130° (Funt e.a., 1978). De diepte van de schede in rust, gemeten vanaf het maagdenvlies tot in het achterste gewelf varieert in de literatuur van 8 tot 9 centimeter (Castallo e.a., 1950; Jewett, 1951; Funt e.a., 1978). Verkorting van de schede door gynaecologische operaties vooral in het kader van de behandeling van

kanker leidt in de praktijk zelden tot problemen. Komt de verkorting tot stand door bestraling of chemotherapie dan is dat wel degelijk het geval. Toch is het onder deze omstandigheden niet zozeer de minder diepe schede die de vrouw parten speelt als wel de gevoeligheid en kwetsbaarheid van de beschadigde schedewand. Als gevolg van bestraling of chemotherapie wordt de bekleding van de schede dun en kwetsbaar, worden de omringende weefsels stug, verliezen hun elasticiteit en is het lubricerend vermogen van de schedewand verminderd (Weijmar Schultz e.a., 1992).

Immissiopijn

Een verhoogde tonus van de bekkenbodemmuscultuur leidt vrijwel altijd tot pijn op het moment dat de penis de introïtus passeert, de zg. immissiopijn. Dit kan zich uiten in initiële coïtusmoeilijkheden. Soms ligt hier een gebrek aan kennis en ervaring bij de partners aan ten grondslag (Levie, 1984). Onvoldoende relaxatie van de bekkenbodemmuscultuur is evenwel vaker het gevolg van angst. Oorzaak voor die angst is niet zelden terug te vinden bij lichamelijk onderzoek in de vorm van afwijkingen zoals adhaesies, ontsteking van de glandula vestibularis major (klier van Bartholin), een pijnlijk litteken na episiotomie of ruptuur, candidiasis, seksueel overdraagbare aandoening, vulvadystrofie of focale vulvitis. Soms zijn er oorzaken hogerop, zoals een vaginaseptum, endometriose, een sterk achterovergekantelde uterus of een uterus myomatosus, een te laag liggend ovarium of een ovariumtumor. Bij oorzaken hogerop is er doorgaans meer sprake van doorstootpijn.

Geen aanwijsbare somatische oorzaak

In ongeveer eenderde van de gevallen van dyspareunie wordt echter geen somatische oorzaak gevonden en is de angst en de daarmee gepaard gaande verhoogde tonus van de bekkenbodemspieren het gevolg van bijvoorbeeld een seksueel traumatische voorgeschiedenis of van relatieproblemen.

Ongeacht of de oorzaak van de verhoogde tonus van de bekkenbodemmuscultuur wel of niet gelegen is in de somatische of de belevings sfeer, kan de dyspareunie versterkt worden door ongunstige anatomische verhoudingen, zoals een relatief laag gelokaliseerd ostium urethrae, een te stug hymen, te grote labia minora of door een relatief grote penis. Dit laatste bleek het geval te zijn bij de echtgenoot van patiënte B. Ook in het begin van hun seksuele relatie was de coïtus tijdelijk problematisch geweest. Haar klachten werden opnieuw geluxeerd door de verzakkingsoperatie. Bij een verzakkingsoperatie nemen de meeste gynaecologen de omtrek van twee vingers als maat voor een adequate introïtus. Doorgaans geeft dit geen probleem, maar soms pakt dit kennelijk verkeerd uit. Dyspareunie na een verzakkingsoperatie is overigens meestal het gevolg van te hoog ophechten van de bekkenbodemspieren, een te ruime excisie van de vaginawand of te hoog ophechten van het perineum.

De penis

Evenals de vagina is de penis relatief ongevoelig. Dat geldt vooral voor de huid van de penischacht. De corona van de glans en de binnenzijde van de urethra zijn het meest gevoelig (Kinsey e.a., 1953). Bij de man is pijn tijdens het vrijen een weinig voorkomende klacht. Zowel lichamelijke als psychische factoren kunnen eraan ten grondslag liggen. Niet alleen de ziekte van Peyronie, maar ook een te kort frenulum, phimosis, chordae penis (littekens), balanitis,

urethritis en prostatitis zijn lichamelijke afwijkingen die pijn bij de coïtus kunnen veroorzaken. Meestal is het de erectie zelf die pijn doet. Bij prostatitis is vooral de ejaculatie een pijnlijke ervaring. Bij de ziekte van Peyronie leidt het gebrek aan elasticiteit ter plaatse van de plaque tot locale pijn.

De Amerikaanse psychotherapeut Zilbergeld wees erop dat mannen met een relatief grote penis tijdens de geslachtsgemeenschap geremd kunnen worden door de angst hun partner hiermee pijn te doen, of door het feit dat zij ooit eerder werden afgewezen vanwege hun grote penis (Zilbergeld, 1982). Dit kan er toe leiden dat de penis minder goed stijf wordt of blijft, of dat de man zeer snel na de immissio vaginalis tot ejaculatie komt.

In een uit 1899 daterend onderzoek van Loeb bij 50 mannen van 18 tot 53 jaar liep de lengte van het zichtbare deel van de slappe penis uiteen van 8 tot 11 centimeter (gemiddeld 9.4) (Loeb, 1899). De omtrek varieerde van 8 tot 10.5 cm. Over de omtrek bij erectie publiceerde hij geen gegevens. Die gegevens vinden we wel in de in 1933 gepubliceerde "Atlas of human sex anatomy" (Dickinson, 1933/1971). De omtrek van de penis in erectie varieert van 8.3-12 cm met een gemiddelde van 11. Ook de plaats waar gemeten wordt speelt een rol. Slob geeft aan dat bij meting aan de basis van de penis de grenswaarden iets hoger worden: 9.8-14.2 cm (Stoekart, 1995).

Dokter Jacobus X was het pseudoniem van een chirurg in het Franse leger die jaren van zijn leven besteedde aan het onderzoeken en meten van honderden geslachtsorganen en, in tegenstelling tot Kinsey e.a., van mannen en vrouwen uit alle windstreken. Gemiddeld bleken negroïde mannen de langste penis te hebben: in rust zo'n 12.5 tot 15 cm, en in erectie 19 tot 20 cm (Jacobus, 1898). Jacobus meende eveneens te kunnen constateren dat het formaat van de penis altijd aansloot bij dat van de vagina van vrouwen van hetzelfde ras. 'Hindoe-staanse vrouwen, wier mannen een slanke en korte penis hebben, zullen moeite hebben met een gemiddelde Europeaan,' schreef deze legerarts. De omtrek van de penis was volgens hem het kleinst bij het Chinese ras. Het is overigens bekend dat een kleine penis bij erectie gemiddeld meer in lengte en omvang toeneemt dan een relatief grote penis (Jamison and Gebhard, 1988). Op de polikliniek seksuologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen is de gemiddelde omtrek van de penis in erectie 12 à 13 cm met tot nu toe een maximum van 17.5 cm.

Penis en vagina

In de literatuur zijn twee studies verschenen die de relatie hebben onderzocht van de vagina in termen van weerstand en van de penis in termen van rigiditeit (Wabrek et al., 1986; Wagner et al., 1986). In deze studies zijn artificiële "penissen" van verschillende grootte gebruikt, waarbij de 'intracorporele' druk van deze penissen gevarieerd kon worden, om te kijken hoeveel druk nodig is om penetratie te kunnen bereiken. De auteurs van deze studies concluderen onder andere dat mannen met een grotere penis meer problemen zullen hebben met penetratie dan andere mannen, maar dat is niet alles. De benodigde druk voor penetratie blijkt onder meer afhankelijk van het niveau van seksuele opwinding dat de vrouw ervaart op het moment dat penetratie plaats vindt en de positie waarin zij vrouw ligt (benodigde druk in rugligging minder dan in knieligging). Daarnaast is de druk die nodig is voor penetratie hoger bij vrouwen die geen kinderen hebben dan bij vrouwen die van een of meerdere kinderen zijn bevallen.

De moraal van het verhaal

Wij hebben geprobeerd u duidelijk te maken dat niet alleen psychische maar ook lichamelijke factoren coïtus tot een pijnlijke bezigheid kunnen maken. Volgens de Kama Sutra, het eeuwenoude Indiase seks-handboek, zijn zowel mannen als vrouwen op basis van vorm en grootte van hun geslachtsorgaan in te delen in drie groepen, de mannen in haas, stier of hengst, de vrouwen in hert, merrie of olifant (Kama Sutra, 1883). Tot bindende adviezen moeten, zeker westers opgeleide, artsen zich niet laten verleiden. Niettemin blijkt het in sommige gevallen toch verstandig dat men zich niet alleen vergewist van eventuele vormafwijkingen van het geslachtsorgaan, maar ook van de grootte. Een groot geschapen 'hengst' en een klein uitgevallen 'hert' - om maar een voorbeeld te noemen - kunnen immers een pijnlijke combinatie opleveren.

Dankwoord

De auteurs danken prof. dr. H.J.A. Mensink, uroloog, drs. D.H. Bogchelman, gynaecoloog, dr. E. Janssen, psychofysioloog en prof. dr. A. K. Slob, medisch fysioloog/seksuoloog NVVS voor hun waardevolle suggesties bij het schrijven van dit artikel.

Literatuur

- Alzate, H. en Londono, M.L. (1984). Vaginal erotic sensitivity. *J. Sex. Marit. Ther.* 10: 49-56.
- Alzate, H. (1985). Vaginal eroticism: a replication study. *Arch. Sex. Behav.* 14: 529-537.
- Castallo, M.A., Wainer, A.S. (1950). Length of the vagina following abdominal hysterectomy, total and subtotal. *Am. J. Obst. Gynec.* 60: 406-410.
- Dickinson, R.L. (1933/1971). Atlas of human sex anatomy. Krieger Publishing, New York.
- Funt, M.I., Thompson J.D., Birch H. (1978). Normal vaginal axis. *South. Med. J.* 71: 1534-1552.
- Goldberg, D.C., Whipple, B., Fishkin, R.E., Waxman, H., Fiñk, P.J. en Weisberg, M. (1983). The Grafenberg spot and female ejaculation: a review of initial hypothesis. *J. Clin. Psychiat.* 40: 348-351.
- Grafenberg, E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. *Int. J. Sexuol.*, 3: 145-148.
- Hoch, Z. (1980). The female orgasmic reflex- its sensory arm. In: Sakomoto, S., Tojo, S. en Nakayama, T. (red). *Proceedings of the Ninth World Congress of Gynecology and Obstetrics* (pp. 1268-1272). Excerpta Medica, Amsterdam.
- Hoch, Z. (1986). Vaginal erotic sensitivity by sexual examination. *Acta Obstet. Gynecol.* 65: 767-773.
- Jacobus X. (1898). *Untrodden fields of anthropology*. Charles Carrington, Paris.
- Jamison, P.L., Gebhard, P.H. (1988). Penis size increase between flaccid and erect states: an analysis of the Kinsey data. *J. Sex Res.* 24: 177-183.
- Jewett, J.F. (1951). Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 63: 400-407.
- Kama Sutra of Vatsyayana (1883). Translated from the Sanskrit. Cosmopoli, London.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Saunders, Philadelphia.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H. (1953) *Sexual behavior in the human female*. Saunders, Philadelphia.
- Krantz, K.E. (1985). Innervation of the human vulva and vagina. *Obstet. Gynecol.* 12: 382-396.
- Money, J., Lehne, G.K., Pierre-Jerome, F. (1984). Micropenis: adult follow-up and comparison of size against new norms. *J. Sex. Marit. Ther.* 10: 105-116.
- Ladas, A.K., Whipple, B., Perry, J.D. (1982). *The G Spot*. Holt & Rinehart & Winston, New York.
- Levie, L.H. (1984). Initiële coïtusmoeilijkheden. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 128: 1121-1124.
- Loeb, H. (1899). Hamröhrenkapazität und Tripperspritzen. *Münch. Med. Wochenschrift.* 46: 1019.
- Minh, M.H., Smadja, A., De Siaglony, J.P.H.Y. en Aetherr, J.F. (1981). Rôle du fascia d'Halban dans la physiologie orgasmique feminine. *Cahiers de Sexuologie Clinique* 7: 169.

- Perry, J.D. en Whipple, B. (1981). Pelvic muscle strength of female ejaculators - evidence in support of a new theory of orgasm. *J. Sex. Res.* 17: 22-39.
- Stoeckart, R., Slob, A.K., Moors-Mommers, M.A.C.T. (1995) Fysiologie en anatomie van de seksuele respons. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors, W. Everaerd (red.) *Seksuologie voor de arts* (pp. 57-58) Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Wabrek, A.J., Whitaker, K.F., McCahill, D., Woronick, C.L. (1986). Vaginal penetration pressure: a pilot study. In: P. Kothari (Ed.). *Proceedings of World Congress of Sexology*. Bombay.
- Wagner, G., Wabrek, A.J., Dalgaard, D. (1986). Vaginal penetration pressure: a parameter in impotence diagnosis? *World J. of Urol.* 4: 250-251.
- Weijmar Schultz, W.C.M., Wiel, H.B.M. van de, Klatter, J.A. en Nauta, J. (1989). Vaginal sensitivity to electric stimuli: theoretical and practical implications. *Arch. Sex. Behav.* 18: 87-95.
- Weijmar Schultz, W.C.M., Van de Wiel, H.B.M., Hahn, D.E.E., Van Driel, M.F. (1992). Sexuality and cancer in women. *Ann. Rev. Sex. Res.* III: 151-200.
- Zeegers, A.G.M. en Zwartendijk J. (1985) De gemodificeerde operatie volgens Nesbit voor de behandeling van kromstand van de penis. *Ned. Tijdsch Geneesk.*, 129: 2505-2507.
- Zilbergeld, B. (1982). *Mannen en sex*. Masereelfonds, Gent.

1976 - 1996 20 JAAR TVS

Hebt u zich nog niet opgegeven voor het symposium:

"SEKS TUSSEN GENOT EN GEVAAR"

ter gelegenheid van het 20-jarig bestaan van het
Tijdschrift voor Seksuologie?

Nog tot 1 april heeft u tijd om dit te doen. Gebruik de kaart en pak uw giroboekje.

Zonder betaling is uw inschrijving ongeldig.
Op 19 april ter plaatse aanmelden is niet mogelijk.

Voor meer informatie: Drs M. Moors-Mommers, Debussylaan 3,
NL-5242 HH Rosmalen. Tel: 073-521 34 56, fax: 073-522 01 71.