

Snijden in vrouwen: 'A chance to cut is a chance to cure'¹

Jelto Drenth, Groningen

Samenvatting

In de geschiedenis van de genees- en heelkunde zijn met regelmaat uitglijders te vinden, die achteraf soms onbegrijpelijk en bizar over komen. Dit artikel behandelt de bemoeienissen van de snijdende medici met het vrouwelijk genitaal, en, breder gesteld, met de vrouwelijkheid *in toto*.

1862

Aan Amerika's eerste gynaecoloog (d.w.z. de eerste arts wiens praktijk exclusief voor vrouwen bedoeld was), James Marion Sims, werd vaak gerefereerd met de eretitel *Architect of the Vagina* (Drenth, 2016²). Die had hij verdiend met zijn vaardigheid in het repareren van vesicovaginale fistels, een buitengewoon invaliderend bevalingstrauma. Met zo'n fistel waren vrouwen levenslang veroordeeld tot incontinentie. Sims ontwierp voor deze taak het Sims' speculum, en hij bedacht de Sims' positie (knie-elleboog) voor inwendige visuele inspectie van de vaginavoorwand. Hij is ongetwijfeld de eerste man geweest die een blik in de vagina geworpen heeft. Proefkonijnen voor zijn zoektocht naar herstel waren neger-slavinnen, die hij met zijn experimenten (aanvankelijk nog zonder anesthesie) zeer zwaar belastte. Daar was wel enige kritiek op.

Onder seksuologen is Sims bekend omdat hij als eerste het probleem vaginisme beschreef, er een naam voor bedacht en het meende te kunnen verhelpen door middel van een operatie. Hij verwijderde de hymenring, kliefde op een paar plekken gedeeltelijk de kringsspieren en verplichtte de vrouw tot dagelijkse oefeningen met glazen pelottes, om littekenretractie te voorkomen. Chirurgie in combinatie met pelottes heeft over de hele wereld enthousiaste voorstanders

gekend, maar er was ook meteen forse kritiek. Al in 1867 werd in de *Wiener Medizinische Wochenschrift* een veel zachtzinniger methode met oefeningen voorgesteld (Von Scanzoni, 1867). In Frankrijk kende men de bijzondere groep van medische gynaecologen (vooral vrouwen), die niet chirurgisch geschoold waren en die vaginisme met massage probeerden te verhelpen (Portanéry – Rougier, 1948). Nederland had in de Amsterdamse hoogleraar gynaecologie Hector Treub een prominente criticaster, die bij zijn inaugurele rede in 1917 betoogde dat men emotionele problemen niet met het mes te lijf moet gaan.

William Masters en Virginia Johnson maakten in 1972 wereldkundig dat zij bij paren vaginisme in 100% van de gevallen in 14 dagen uit de wereld konden helpen. De sekstherapie die zij introduceerden maakte het seksuologische werkveld veel meer toegankelijk voor maatschappelijk werkenden en psychologen. De indruk bestond dat snijden bij vaginisme wel uitgestorven zou zijn, maar toen Jos Frenken in 1987 Nederlandse gynaecologen bevroeg over hun praktijkvoering kwam hij tot de conclusie dat er in het laatste jaar voor zijn enquête nog zo'n 117 vrouwen in de stijl van Sims behandeld waren (Frenken & Van Tol, 1987). Dat leidde zelfs tot Kamervragen.

1866

Engeland's meest prominente gynaecoloog, Isaac Baker Brown, eigenaar-directeur van *the London Home for Surgical Diseases of Women* en in 1865 verkozen tot president of *The Medical Society of London*, publiceerde *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy,*

Drs. J. Drenth, arts-seksuoloog, gepensioneerd
Correspondentie: E: drenth.dekker@planet.nl

Ontvangen: 6 juli 2018; Geaccepteerd: 22 november 2018

¹ Deze chirurgienbelijdenis is de titel van een artikel in *Law, Deviance and Social Control* (Scull & Favreau, 1986), maar in PubMed kan deze uitspraak vaker getraceerd worden. Het is mij niet gelukt om de bron er van op te sporen. Curieus is dat het ook de titel is van een album van Techno-rockgroep Matmos, waarin muziek gemaakt wordt gebaseerd op de geluiden in operatiekamers, vooral bij plastisch-chirurgische operaties. De beide musici zijn artsenkinderen, zo lees ik in Wikipedia.

² Ik geef mijn boek *De Oorsprong van de wereld als overkoepelende referentiebron* voor de historische figuren, omdat voor seksuologen dit boek een gemakkelijk toegankelijke weg is naar een flink aantal biografische publicaties.

Catalepsy and Hysteria in Females, waarin hij op nogal hooghartige toon poneerde dat het verwijderen van de clitoris hysterische vrouwen als bij toverslag van hun ziekte afhielp. In zijn casuïstiek benadrukt hij keer op keer dat zijn patiëntes hersteld waren in hun waardige, sociaal onberispelijke vrouwelijkheid. Hun klachtencomplex en hun mentale instabiliteit werd namelijk veroorzaakt door ‘*peripheral irritation*’ van de nervus pudendus, waardoor het centraal zenuwstelsel ernstig verzwakt raakte. De goede verstaander had het eufemisme wel in de gaten: hysterie was het gevolg van masturbatie, en die hypothese was destijds voor veel artsen plausibel. Baker Brown beweerde dan ook dat hij echt niet de enige specialist was die clitorissen verwijderde, maar daarmee overspeelde hij zijn hand, en waarschijnlijk had zijn arrogante presentatie ook een averechts effect. Het *inspectorate of mental homes* vond Baker Brown incompetent in het beoordelen van psychische ziekten, en zijn methode was voor de Britse psychiaters veel te destructief. Een jaar na publicatie werd hij in een bijzondere vergadering, waarin het woord *quack* (kwakzalver) ontelbaar vaak gebezigd werd, geroyeerd. Hem wachtte de bedelstaf, en het lijkt waarschijnlijk dat de meedogenloosheid van zijn vernedering ervoor gezorgd heeft dat er in de UK sindsdien geen clitorissen meer werden verwijderd.

Wel waren de ideeën van Baker Brown inmiddels in de VS opgepikt en zijn vernietigde prestige had bij de Amerikaanse beroepsgroep veel minder remmende invloed. Wetenschapshistoricus Sarah Rodriguez publiceerde in 2014 een uitvoerige historie van de chirurgische praktijken rond de clitoris (Rodriguez, 2014). De indicatie dwangmatige masturbatie/nymfomanie kon in Amerikaanse medische artikelen ongecamoufleerd genoemd worden, maar er was wel meer terughoudendheid met de totale vernietiging van de clitoris. Vaker beperkte de ingreep zich tot het verwijderen van smegma; en soms werd het preputium verwijderd. Clitoridectomie *in toto* zag men als het *ultimum refugium*. Een literaire vermelding van de ingreep vinden we in Alice Walker's roman *Possessing the secret of joy*: het personage Amy deelt haar trauma met een Afrikaanse lotgenote. Amy is ergens in het interbellum verminkt, vanwege masturbatie (Walker, 1992).

1872

Clitoridectomie is natuurlijk technisch geen moeilijke ingreep; daarentegen was ‘*normal ovariectomy*’, een nieuwe aanpak van hetzelfde symptomencomplex, voor die tijd een uiterst riskante, om niet te zeggen heroïsche onderneming, waarmee de meest prominente gynaecologen grote bewondering oogstten. Waarbij de *early adopters* zich niet lieten tegenhouden door een fors sterfterisico.

De bedenker ervan, Robert Battey uit Rome, Georgia, beschouwde hysterie als een soort menstruatieprobleem van vulkanische omvang, dus streefde hij naar een voortijdige menopauze (Scull & Favreau, 1986).

Ook hij meldde in zijn vroege casuïstiek dat iedere patiënte herstelde tot een sieraad voor haar sekse. Hij had de ingreep geleerd van de Britse coryfee Howard Spencer Wells, maar die benadrukte dat hij ovariëctomie uitsluitend op ernstige somatische indicatie verantwoord vond, met name bij grote cystes en carcinoemen. Hij is zijn tovenaarsleerling voortdurend blijven achtervolgen, en daarbij had hij een scherp oog voor het vrouwenonderdrukkende karakter van de nieuwe hype. Zoals zovele satirici hanteerde hij de spiegel:

Fancy the reflected picture of a coterie of the Marthas of the profession on conclave, promulgating the doctrine that most of the unmanageable maladies of men were to be traced to some morbid change in their genitals, founding societies for the discussion of them and hospitals for the cure of them, one of them sitting in her consultation chair, with her little stove by her side and her irons all hot, searing every man as he passed before her; another gravely proposing to bring on the millennium by snuffing out the reproductive powers of all fools, lunatics and criminals; a third getting up and declaring that she found at least seven or eight men in her wards with some condition of his appendages which would prove incurable without surgical treatment...

Should we not, to our shame, see ourselves as others see us?

Een verfrissend standpunt uit het jaar 1886, maar het hielp niet. Mede vanwege vorderingen op het gebied van anaesthesie en antisepsis waagden steeds meer artsen zich aan laparotomieën. In Europa was Duitslands prominentste gynaecoloog, Ernst Hegar, supporter: *normal ovariectomy* heette in Duitsland een *Batley-Hegar Operation*. In de VS was het verzet vanuit de *mental health*-wereld beperkt. Sterker nog, historicus Edward Shorter toonde aan dat nogal wat krankzinnigengestichten een eigen chirurgieafdeling hadden, en dat daarin opvallend veel vrouwelijke operateurs het mes hanteerden (Shorter, 1979). Een wonderlijk fenomeen was het enthousiasme van de vrouwen zelf voor de ingreep:

Pelvic operations on women has become a fad. It is fashionable, and the woman who cannot show an abdominotomy line is looked upon as not in style, not belonging to the correct set. It is a mark of favor and considered 'as pretty as the dimple on the cheek of sweet sixteen'. (Scull & Favreau, 1986)

Ook in Nederland hadden sommige vrouwen met psychiatrische problemen de onwrikbare overtuiging dat alleen een operatie hen kon genezen. Hector Treub ‘kreeg kippenvel’ als zich een nieuwe patiënte met ‘bekkenpijn’ meldde. Naar zijn overtuiging was dit een somatische manifestatie van psychopathologie, maar hij wist dat er een vruchteloze machtsstrijd met de vrouw zou kunnen ontstaan. Hij gebruikte het woord hysterie vaak, en dikwijls behoorlijk pejoratief, maar in het begin van zijn carrière was hij toch vaak geneigd om te castreren, soms na een aantal vergeefse pogingen om met suggestieve methoden de vrouw tot opgeven

van haar klachten te verleiden. Soms lukte een doorverwijzing naar een psychiater, maar in drie geciteerde gevallen slaagde ook deze er niet in om de patiënte van operatie af te houden. Treub raakte er steeds meer van doordrongen dat opereren geen soelaas bood; in de loop der jaren verschoof zijn voorkeur van heel- naar geneeskunde. In zijn Amsterdamse inaugurele rede deelde hij mee dat hij regelmatig consulten met hysterische vrouwen eindigde met als enig advies: blijf uit de buurt van artsen (Schoon, 1995).

Batthey en zijn eerste navolgers hebben na een jaar of tien het pad der castratie weer verlaten, althans er niet meer over gepubliceerd, maar anderen bleven trouw aan de ingreep, mede vanwege het enthousiasme van de patiëntes. In Lawrence Longo's *The rise and fall of Batthey's operation* (Longo, 1979) wordt een kritische geest geciteerd, E. Van De Warker, die in 1906 stelde dat er op dat moment in Amerika zeker 150.000 vrouwen gecastreerd waren. Longo houdt bij dat getal een slag om de arm, omdat Van De Warker geen bronnen vermeldde.

1900

A.S. Wais, een gynaecoloog uit Chicago, markeerde in het eeuwwisselingsjaar een omslag in de chirurgie van het vrouwelijk genitaal. Hij deed verslag van een patiënte wier klacht was: totale, levenslange desinteresse in seks, hetgeen haar enorm dwarszat. Wais vond bij onderzoek dat haar clitoris geheel door de voorhuid bedekt was, dus besneed hij haar, en daarna 'was zij een andere vrouw' (Rodriguez, 2014). In de 20^{ste} eeuw gaan artsen zich op de borst kloppen omdat zij vrouwen konden perfectioneren tot erotisch enthousiastere partners, terwijl in de 19^{de} eeuw de verbetering juist expliciet gericht was op hogere seksuele passiviteit! Niet alleen masturbatie diende te verdwijnen; Batthey's geestverwant E.W. Cushing stelde dat orgasmes bij de vrouw pathologisch waren, en dat vernietiging van dat vermogen essentieel was voor genezing (Barker-Benfield, 2000). Voor seksueel uit-de-band-springen konden mannen in bordelen terecht.

De ideale echtgenote transformeerde in een wezen voor wie overgave aan de lust van haar echtgenoot vanzelfsprekend is, en die daarbij zonder poespas tot orgasmes komt. Zelfs Theodoor van de Velde, een voor zijn tijd ongewoon enthousiaste propagandist van de vrouwelijke erotiek, stelde in *Het Volkomen Huwelijk* (1926) dat er voor de vrouw geen sterkere orgasmeprikkel was dan het ontvangen van het zaad van haar echtgenoot in haar vagina. Deze voor vrouwen meest destructieve theorie was gepostuleerd door Sigmund Freud. Hij was zich er goed van bewust dat meisjes al

op kinderleeftijd masturberen, clitoraal, maar hij was wel zozeer kind van zijn tijd dat hij onderschreef dat niet van mannen verwacht mocht worden dat zij bij hun lustbevrediging aandacht zouden besteden aan de clitoris. Bij de volwassenwording hoorde een *clitovaginal transfer*, en daarna heeft een gezonde vrouw vaginale orgasmes. Had zij die niet, dan labelde Freud haar als frigide, en die term heeft gedurende een groot deel van de 20^{ste} eeuw vrouwen op de nek gezeten. En het waren, met één opmerkelijke uitzondering, mannen die hun medische en chirurgische inventiviteit inzetten om frigiditeit te genezen.

Wais' ingreep, de clitorale circumcisie, in modernere tijden *unhooding* genoemd, is in latere decennia steeds geafficheerd als methode voor het makkelijker bekomen van orgasmes tijdens de coïtus. De plastische chirurgen die hiervoor nog steeds reclame maken op websites en in bladen zoals *Playgirl*, combineren *unhooding* vaak met labiareductie en *vaginal rejuvenation*. Door Sunny Bergmans documentaire 'Bepert Houdbaar' heeft Nederland een beeld van de idealen van genitale esthetiek, die ons misschien ook te wachten staan. Overigens heeft de *American College of Obstetricians and Gynecologists* in 2007 en 2017 krachtig stelling ingenomen tegen deze praktijken, en al in 1977 zette verzekeraar Blue Shield Association de genitale cosmetische ingrepen op een lijst van 28 onnodige, niet-vergoedbare kosten. Maar dat suggereert wel dat het geen zeldzame ingrepen zijn.

1924

Een Europese chirurgische aanpak van frigiditeit, van minuscule omvang, maar uiterst illustratief voor het denken over de vrouwelijke seksualiteit, komt op het conto van prinses Marie Bonaparte.³ Deze ervaringsdeskundige had door haar exorbitante rijkdom de mogelijkheid om een eigen, meer biologische theorie te propageren en een operatie voor frigiditeit te testen. Marie Bonaparte had Freud gelezen en zij onderkende daardoor haar hopeloze frigiditeit, maar ze geloofde niet in de theorie van de clitovaginale transfer. Zij waardeerde haar clitorale gevoelens en ze ontwierp een anatomische theorie. Zou het misschien zo zijn dat de afstand clitoris-vagina bij frigide vrouwen groter is dan bij seksueel gezonden? In 1924 verscheen er in *Bruxelles-Medical* een artikel onder het pseudoniem A.-E. Narjani waarin, aan de hand van metingen en interviews bij 200 Parijsiennes, haar theorie bevestigd werd. En zelf zat zij inderdaad in de groep met de meeste millimeters tussen clitoris en urethra.

Tegen Freud's dictum *Anatomie ist Schicksal* in, ging de prinses speculeren over operatieve mogelijkheden

³Een korte biografie: Haar vader was een kleinzoon van Napoleon's oudste broer, van hoge adel maar straatarm. Moeder was enig kind van de puissant rijke eigenaar van het casino van Monte Carlo; zij stierf kort na Marie's geboorte, en het was evident dat vader daar geen traan om heeft gelaten. Hij ondermijnde dochters zelfvertrouwen met ontelbare vernerende oordelen ("als ik je in het bordeel tegenkwam zou ik zeker niet voor jou kiezen"), maar zag wel kans om haar uit te huwelijken aan een zoon van de Griekse koning, tevens prins van Denemarken. Die hoefde haar zeker niet om haar geld te trouwen, maar erotiek had evenmin zijn interesse. Marie Bonaparte had vele minnaars, de meesten prominente politici of geleerden, die helaas doorgaans geneigd waren om haar duidelijk te laten voelen dat ze seksueel insufficiënt was.

tot genezing. In Londen was de plastische chirurgie in opkomst en zij had de grondlegger, Harold Gillies, al eens naar Parijs besteld om haar borsten te laten verfraaien. Zij bezorgde Gillies het artikel van Narjani (waarschijnlijk zonder haar auteurschap te onthullen) en vroeg hem de mogelijkheden van clitorisverplaatsende chirurgie te onderzoeken. Gillies haakte af, nadat hij haar een tijdje aan de lijn gehouden had. Inmiddels had Marie Bonaparte zich bij Freud gemeld voor behandeling van haar neuroses en de relatie met haar analyticus was binnen de kortste keren van een grote wederzijdse warmte. Zij is waarschijnlijk de enige analysand die geruime tijd tweemaal per dag een uur op de sofa lag. Daarnaast werd ze zelf opgeleid, en startte zij, met behulp van haar onuitputtelijke financiële middelen, een levenslange carrière als verspreider van het psychoanalytische gedachtegoed. Zonder haar zou de beweging in Frankrijk veel minder succesvol geweest zijn.

Zij gebruikte haar verblijf in Wenen echter ook om een gynaecoloog te zoeken voor haar chirurgische plannen, en ze vond Joseph Halban. Samen experimenteerden zij op verse lijken. De *Klitorikathese nach Halban-Narjani* die in 1932 gepubliceerd werd bestond uit een omgekeerde-Y-vormige incisie, het doorsnijden van het ophangbandje, het terugbuigen van het corpus clitoridis vaginaalwaarts en het ter plekke fixeren middels het vrij strak hechten van de huid. In '32 had Halban vijf vrouwen geopereerd. Hij was gematigd optimistisch over de resultaten (Drenth, 2016).

Het is evident dat Marie Bonaparte een van die vijf was, en ook is duidelijk dat ze daarmee Freud veel verdriet bezorgde. Sterker nog, ze was in de hele psychoanalytische gemeenschap de risée, en de ingreep hielp ook al niet. Nog twee keer heeft ze Halban een herhaalde poging laten uitvoeren, maar daarna zag hij kennelijk geen heil meer in de ingreep. Ook deze Europese genitale operatie is in zeer korte tijd af geserveerd. Aan het eind van Marie Bonaparte's leven was zij zover dat zij de vraag op durfde te werpen wat er eigenlijk zo bezwaarlijk was aan het feit dat vrouwen zowel vaginale als clitorale lustgevoelens kunnen waarderen.⁴

1975

James Burt, gynaecoloog uit Dayton, werd in de Playboy toegejuicht als boegbeeld van de *love surgery*. Vanaf het begin van zijn praktijk had hij bij het hechten van episiotomieën geëxperimenteerd met kleine veranderingen, waarbij zijn eerste doel was: het verkleinen van het risico van recidiverende post-coïtale blaasontstekingen. De penis kan wel erg stevig langs de blaasbodem wrijven, en daarnaast vinden sommige vrouwen diepe penetratie onaangenaam vanwege het 'boksen' tegen de portio. Burt vond het niet nodig zijn patiëntes te vertellen dat hij een beetje verder ging

dan de basale hechting, maar hij kreeg een enkele keer te horen dat na zijn ingreep de vrouw meer lust beleefde aan de coïtus. Uiteindelijk kwam hij uit op de *postero-lateral redirection extension vulvo-vaginoplasty*, doorgaans gecombineerd met *unhooding*. De labia majora werden aan de dorsale zijde een stukje aan elkaar gehecht, de vaginawanden werden wat gereefd en het resultaat was dat tijdens de coïtus de penis meer achterwaarts in de vagina bewoog. Dat hield ook in dat de clitoris meer wrijving meekreeg, en dat de portio niet geraakt werd. Nadeel: standjes "achterlangs" waren niet meer mogelijk. In 1975 zocht Burt, samen met zijn echtgenote het grote publiek (Burt & Burt, 1975), en daarbij schuwde hij het reclamejargon niet:

By tightening the vagina, any man at any age can love his woman to exhaustion; every man can be a stud!

De 25 jaar jongere echtgenote werd ter getuigenis opgevoerd:

Joan has climaxed in elevators from the Southampton Princess in Bermuda to the Kuilima in Hawaii, more than many women do in their entire lives.

Sindsdien kwamen vrouwen in groten getale naar zijn praktijk in de hoop op een beter seksleven. Hij vergrootte zijn prestige door samen te werken met de psychiater Arthur Schramm, die verkondigde dat psychologische methodes qua succes absoluut niet konden wedijveren met Burts operatie. Desgevraagd vertelden de geopereerde vrouwen dat zij veel minder vaak moesten doen alsof zij klaargekomen waren (*faking*), en dat zij, als zij moesten kiezen, graag hun clitorale orgasmes zouden opofferen voor de vaginale (Burt & Schramm, 1982).

Het verhaal heeft een dramatisch einde: Burt bleef zijn zegenrijke werk ook doen bij vrouwen die er niet om gevraagd hadden, en sommigen werden er juist slechter van. Er waren in 1988 zeven *malpractice suits*, en daarom liet hij zich failliet verklaren en gaf hij zijn medische bevoegdheid op. Ook Schramms carrière eindigde rampzalig. Hij bleek zich ten aanzien van vrouwelijke patiënten regelmatig grensoverschrijdend te hebben gedragen, waarvan een flink aantal naaktfoto's getuigde. Pijnlijk detail: Schramm werd aangegeven door een stiefzoon, die niet kon accepteren dat zijn moeder vanwege haar gynaecoloog zijn vader had verlaten (Rodriguez, 2014).

1982

Het universum van de vrouwelijke lust werd in 1982 uitgebreid met de G-plek en het vrouwelijk ejaculeren (*squirting*). Alice Kahn Ladas gaf wijdere bekendheid aan een artikel van Ernst Gräfenberg uit 1950 (Kahn, Whipple, & Perry, 1982). De tijd was er kennelijk rijp voor, want veel seksueel ambitieuze vrouwen startten een erotische zoektocht. Artsen hebben lange tijd cynisch gereageerd op het vrouwelijk ejaculaat, omdat

⁴Een veel uitvoeriger schets van Marie Bonaparte's leven, met nog veel andere zijstraten, is te vinden in *De Oorsprong van de Wereld* (Drenth, 2016)

het inderdaad nogal lastig is om te verklaren waar het door geproduceerd wordt. Men kan de G-plek zien als het vrouwelijke rudiment van de prostaat, maar dan is die nog steeds heel klein. Er is echter veel beeldmateriaal, dus de medische wereld is in grote lijnen wel om, en uiteraard zijn er dan artsen die zich afvragen of zij een positieve rol kunnen spelen in deze vrouwelijke graaltocht. Zo kwam dus *G-spot augmentation* op de markt: het injecteren van een kwaddeltje collageen vlak onder de vaginavorwand, waardoor de penisbewegingen effectiever op de G-spot overkomen. Zoeken wij op Pubmed, dan is er één n=1-verslag van een Duitse kliniek voor plastische chirurgie, waarbij autoloog vetweefsel gebruikt werd. De vrouw gaf een positieve waardering, maar op vragenlijsten was haar score onveranderd, en het gewenste vaginale orgasme was ook niet bereikt (Herold, Motamedi, Hartmann, & Allert, 2015). Maar er zijn op YouTube illustratieve filmpjes, en in de Huffington Post rangschikt men *G-spot augmentation* onder de *lunchtime procedures*. Tevreden gebruiksters moeten zo eens in de vier maanden hun shot halen (Mosbergen, 2012).

1981

De recentste genitale chirurgie is de perioneoplastiek volgens Woodruff, waarvoor één specifieke indicatie gold, te weten focale vulvitis (FV) (Woodruff & Poliakoff, 1981). Deze diagnose voor een subgroep van dyspareunie werd voor het eerst beschreven door Eduard Friedrich. De criteria die hij postuleerde waren: branderige pijn tijdens de coïtus (en soms ook bij activiteiten zoals fietsen) in de vagina-ingang. Meer precies: in een hoefijzervormig gebiedje net buiten de hymenaalring, met aldaar roodheid en kleine slijmvliesdefecten, die bij aanraking met een wattenstaafje extreem pijnlijk zijn (Friedrich, 1987). Deze *touch test* is natuurlijk erg subjectief, dus er is geprobeerd om de pijn te objectiveren met een algesiometer. De slijmvliesdefectjes waren aanvankelijk een *conditio sine qua non* voor de diagnose (en dus voor inclusie in onderzoeksgroepen), maar in het tijdvak waarin de benaming FV werd vervangen door Provoked Vestibulodynia (PVD) lijkt dit criterium een minder prominente rol gekregen te hebben. In een follow-uponderzoek onder patiëntes van de Groningse seksuologieafdeling lezen we: *Although erythema is usually present, it was not an inclusion criterion* (Spoelstra, Dijkstra, Van Driel, & Weijmar Schultz, 2011).

Op conceptualisering en diagnostiek van PVD ga ik in dit artikel over chirurgie niet dieper in. Woodruff publiceerde tussen '81 en '85 drie artikelen met verslag van 76 geopereerde patiëntes, en zijn succes was bijna 100%. Uit een overzichtstabel uit 2006 blijken er nog 31 publicaties bijgekomen te zijn, met in totaal 1199 ingrepen, en de positieve resultaten zaten steeds boven de 80%, op één uitbijter na, die nog behandeld gaat worden (Goldstein, Klingman, Christopher, Johnson, & Marinoff, 2006). Als wij ons even een eeuw terug verplaatsen, dan dringt zich de mogelijkheid op

dat er door niet-publicerende gynaecologen veel meer perineoplastieken uitgevoerd zijn. En gedeclareerd: in 2002 klaagde Sophie Bergeron, de voortrekster van de onderzoeksgroep in Montreal, dat voor FV-lidsters psychologische en multimodale therapie behoorlijk prijzig was, terwijl de verzekeraar een plastiek zonder vragen vergoedde (Bergeron, Binik, & Khalifé, 2002).

In de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw was het natuurlijk onverteerbaar dat op grote schaal een therapie gepraktiseerd werd zonder enige *evidence*, waarbij men zich realiseerde dat dubbelblind gerandomiseerd onderzoek bij chirurgische ingrepen problematisch is. Bij geneesmiddelenonderzoek wordt in *randomized controlled trials* het te testen farmacon vergeleken met een placebo, en wel dubbelblind. Bij chirurgische ingrepen echter is een dubbelblinde conditie alleen haalbaar als men de controlegroep een *sham*-operatie laat ondergaan, en daar deinzen de meeste researchers voor terug, om begrijpelijke redenen. In Nederland is overleg geweest tussen de seksuologieafdelingen van Amsterdam, Groningen, Rotterdam en Nijmegen om multicentrisch een prospectief gerandomiseerd onderzoek op te starten. Tijdens de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie in 1992 werd duidelijk dat de standpunten ver uiteen lagen. Groningen en Rotterdam gingen door met het onderzoeksproject, en uit hun noeste inspanningen resulteerde één van de twee methodologisch adequate researchverslagen die in reviews steeds weer als *evidence* erkend worden (Weijmar Schultz et al., 1996).

Eerst even de afhakers: Julien Dony, een Nijmeegse autoriteit op het gebied van vaginale operaties, had over de voortreffelijke resultaten van zijn operaties al geen enkele twijfel meer. Hij vond het daarom onethisch om vrouwen met zulke ernstige problemen de beste behandeling te ontzeggen, en dus het belang van de wetenschap boven die van de patiënte te zetten. (Dony & De Rooy, 1992). Seksuoloog Rik van Lunsen vertelde een diametraal ander verhaal vanuit het AMC: de Amsterdamse gynaecologen waren *early adopters* van de operatieve interventie (die er overigens nooit over gepubliceerd hebben), en als reactie daarop hadden de seksuologen een follow-up-onderzoek geëntameerd. Psychologiestagière Jantje de Jong bracht met lange (3 à 4 uren) gestructureerde interviews een wereld aan onvrede aan het licht. Haar inspanningen culmineerden in een doctoraalscriptie en, in het verlengde daarvan, in de al aangestipte er uitspringende internationale publicatie (De Jong, Van Lunsen, Robertson, Stam, & Lammes, 1995). De bevindingen: slechts drie vrouwen rapporteerden een bescheiden verbetering, maar dat hield voor twee van hen niet in dat ze pijnvrij gemeenschap konden hebben. Zelfs waren twee van de veertien geïnterviewde vrouwen, na een eerste teleurstelling, andermaal geopereerd, met een even deprimerend resultaat. Deze vrouwen hadden zich juist onderworpen aan het mes omdat hen voorgespiegeld was dat er eindelijk licht gloorde aan het eind van een

lange, duistere tunnel. De Amsterdamse seksuologen constateerden dat FV, inclusief de slijmvliesdefecten, geïnterpreteerd moest worden als inadequaat pijngedrag. Ergo: de vrouwen zitten volgens hen verstrikt in de bekende psychosomatische pijncirkel.

Het Gronings-Rotterdamse onderzoek heb ik recent nog uitvoerig beschreven (Drenth, 2018). De deelnemers volgden allen een behoorlijk uitgebreid en langlopend multimodaal programma, waarbinnen de operatie het cruciale researchfocus vormde. Getoetst werd of de therapie beter/snelser verliep als er van tevoren een vestibulectomie gedaan werd (Weijmar Schultz et al., 1996). Daartoe werd gestart met een 24-uursopname voor alle vrouwen die, na informatie over het onderzoek, met deelname hadden ingestemd. Hierdoor startten beide groepen in een zoveel mogelijk identieke context de verschillende procedures: operatie dan wel de controleconditie (eenmalige behandeling met een lokaalanaestheticum). Randomisatie vond plaats tijdens de opname. De opzet was enkel-blind: de betrokken gedragswetenschappers en fysiotherapeuten wisten niet of de vrouw al dan niet geopereerd was. Al met al verliep het onderzoeksproject traag, en daarom werd na veertien opnames een tussenevaluatie ingelast. Daarbij werd er tussen de twee groepen nauwelijks een verschil in resultaat gevonden, en hiermee bleek de meerwaarde van opereren bij dit multidimensionele behandelingspakket evident twijfelachtig. Er werd besloten de randomisatie los te laten, waarmee de onderzoekers accepteerden dat het project aan methodologische power verloor. In de tweede, niet gerandomiseerde fase van het project kozen de vrouwen zelf, waarbij 82% van hen de voorkeur gaf aan een niet-invasieve behandeling.

2000 en later

In 2009 werd een retrospectief onderzoek verricht naar alle vrouwen die tussen 2002 en 2006 in Groningen behandeld waren voor PVD, waaraan 64 van 70 aangeschrevenen participeerden (Spoelstra, Dijkstra, Van Driel, & Weijmar Schultz, 2011). Van deze vrouwen hadden 15 een operatie ondergaan. Van de 64 vrouwen rapporteerden 52 vermindering van de pijn, 7 hadden geen verandering ervaren en 5 meldden verergering van hun klachten. Uiteindelijk hebben 52 vrouwen weer geslachtsgemeenschap, maar slechts 5 van deze 52 waren daarbij helemaal vrij van pijn. Voor dit artikel was het relevant geweest als de resultaten van de geopereerde en de niet-geopereerde respondentes vergeleken waren, *quod non*. Opmerkelijk is dat, ondanks de bescheiden resultaten, de overgrote meerderheid wel degelijk geneigd was om de multidimensionele behandeling aan lotgenoten aan te bevelen. Al met al is de eindconclusie in Groningen: ook als er verbetering bereikt wordt, dan nog zullen de meeste vrouwen er verstandig aan doen om enige voorzichtigheid in hun seksleven aan te houden. Die boodschap dient met de vrouw (en zo mogelijk haar partner) al bij de indicatie-

stelling besproken te worden.

De Amsterdamse groep zou van deze resultaten waarschijnlijk vinden dat men er kennelijk maar gedeeltelijk in is geslaagd om de perfide pijncirkel te doorbreken. Het seksleven van deze vrouwen blijft gekleurd door inadequaat pijngedrag. In Groningen behield men chirurgie als *ultimum refugium*, maar aan het behandelingspakket werd in 2011 TENS toegevoegd, Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie, door de pijnlijdsters, na uitvoerige instructie, zelf thuis toe te passen. In Spoelstra's proefschrift worden bemoedigende resultaten gerapporteerd. Voor dit artikel is relevant dat na de introductie van TENS het percentage PVD-patiëntes dat uiteindelijk alsnog voor operatie koos daalde van 23% naar 4% (Vallinga, Spoelstra, Hemel, Van de Wiel, & Weijmar Schultz, 2015).

Doorgaan met penetratieseks bij persisterende pijn werd ook gevonden in *follow-up*-onderzoek naar de eerste serie geopereerde vrouwen in de universiteitskliniek in Montreal. In de succesgroep (24) was de coïtusfrequentie voor de operatie gemiddeld 3,63 per maand, en ten tijde van het interview 7,68. Maar bij de *failures* (14) was er ook een stijging, van 3,83 naar 6,77 gemiddeld. De start van het project in Montreal was analoog aan de Amsterdamse onderzoekslijn: drie gynaecologen hadden tussen 1986 en 1994 samen 70 vrouwen geopereerd toen de afdeling psychologie bij deze groep betrokken raakte. 53 geopereerde vrouwen werden getraceerd; 46 zegden telefonisch hun medewerking toe, maar 8 stuurden vervolgens hun *informed consent*-formulier niet op. De psychologe die hen vervolgens interviewde (in het kader van haar promotieonderzoek) was niet bij de gynaecologiepraktijken betrokken; in ongeveer 15 minuten werden telefonisch 36 vragen afgewerkt. Criteria voor succes dan wel mislukking waren vooraf vastgelegd. Curieus is dat op de vraag of men in dezelfde situatie weer zou kiezen voor de operatie, 4 van de 14 *failures* bevestigend antwoordde. In Montreal worden echter geen vrouwen gemeld die een tweede keer geopereerd zijn (Bergeon, Bouchard, Fortier, Binik, & Khalifé, 1997).

Na dit onderzoek constateerde Yitzchak Binik, de psychologiehoogleraar in Montreal, dat het essentieel was dat er *evidence* gegenereerd ging worden, prospectief, en men koos voor randomisatie van een groep van 78 PVD-patiëntes tussen de modaliteiten cognitieve gedragstherapie in groepen, electromyografisch gestuurde biofeedback en vestibulectomie. De ingreep was poliklinisch, onder narcose, en pas 6 weken later werd de vrouw weer gezien door de operateur, en kreeg zij suggesties voor het weer opstarten van haar coïtusactiviteiten. In vergelijking met het Nederlandse project valt op dat men in Montreal nadrukkelijk niet multidimensioneel wil zijn. Bij halfjaars-*follow-up* bleek 39,3% van de gedragstherapie-deelnemers substantieel verbeterd te zijn, 34,6% van de biofeedbackgroep, en 68,2 van de vestibulectomiegroep. Twee geopereerde vrouwen waren er echter na de ingreep slechter

aan toe. Twee jaar later waren nog 51 vrouwen bereid om te vertellen over de lange-termijnresultaten, waarbij zij de instructie kregen om aan de interviewster niet te verklappen in welke behandelgroep zij zaten (single-blind dus; Bergeron, Khalifé, Glazer, & Binik, 2008). Over blinding ten tijde van de eerste *follow-up* heb ik geen informatie gevonden. Ik viel over een verwarrende uitspraak:

Although results generally continue to support the superiority of vestibulectomy over the two behavioral interventions, this is not the case for self-reported pain during intercourse, where vestibulectomy is not superior to CGT, suggesting that long-term improvements associated with each treatment are very similar with regard to the most relevant outcome criterion for women with PVD, that of pain during intercourse.

Ik lees dit als volgt: volgens de criteria van onze testbatterij blijft snijden superieur, maar als je dat aan de vrouw voorlegt, dan spreekt zij dat tegen, althans als zij de dyspareunie haar hoofdklacht vindt (en dat zal toch meestal wel het geval zijn). Na dit detail heb ik even gecheckt of de Canadese groep ergens het interviewonderzoek van Jantje de Jong citeert, *quod non*. Alleen in de tabel van publicaties uit hun review van 1997 figureert zij als laatste van 80, maar in de tekst krijgen haar bevindingen geen aandacht. Het is niet hun enige blinde vlek: in een latere review werd in de tabel publicaties over vestibulectomie zelfs het onderzoek van Weijmar Schultz e.a. "vergeten" (Landry, Bergeron, Dupuis & Desrochers, 2008). De researchprojecten in Montreal en in Groningen/ Rotterdam zijn doorgaans de enigen die bij reviews de Cochrane-kwaliteitseisen overleven, en die dus als *evidence* erkend worden: de laatste die ik vond was Duits: Schmidt, Höhn, Widmeyer, & Berner (2017). Vooral Bergeron's werk heeft ertoe geleid dat het adagium '*vestibulectomie is het meest succesvol*' in nogal wat publicaties doorgegeven werd. Uit het jaar 2016:

It is well established that surgical treatment of PVD is the most effective medical strategy to decrease the pain. (Goldstein et al., 2016).

Weijmar Schultz en zijn co-auteurs zijn opmerkelijk openhartig over de moeilijkheden die zij ondervonden tijdens hun onderzoek, en de beperktheid van hun eindresultaat, maar Bergeron en Binik lijken mij blinde vlekken te hebben voor de zwaktes van hun methodiek. Weijmar Schultz en de zijnen hadden de vrouwen die daartoe bereid waren gerandomiseerd, en de behandelaars van het multidimensionale programma wisten van de individuele vrouwen niet of zij al dan niet geopereerd waren. Bij de randomisatie van Binik zijn meer vraagtekens te plaatsen. Men had 110 vrouwen die geheel aan de inclusiecriteria voldeden, maar 23 van hen haakten af na de uitvoerige mondelinge informatie. Echter, na de randomisatie bleken de vrouwen die voor de operatie ingeloot waren, veel meer geneigd om alsnog zich te bedenken: 7 van 29 (bij zowel de CGT-groep en de biofeedbackgroep waren dat er maar een).

De afhakers scoorden hoger op *psychological distress*, en daarmee kan de randomisatie niet meer a-select genoemd worden. Van de te opereren vrouwen zijn de meest problematische verdwenen, dus als geopereerden er aan het eind positief uitspringen, dan kan de selectie van de minst-problematische vrouwen een even plausible verklaring zijn voor het verschil als de chirurgie. Het is ook relevant dat vrouwen die voor CGT ingeloot waren, significant lagere verwachtingen hadden, en minder geloof in de methodiek. Dat het woord randomised zelfs in de titel van hun publicatie voorkomt, mag je dan ook een gotspe noemen.

Nog één vaak geciteerd artikel vanuit de klinische praktijk wil ik aanstippen (Schover, Youngs & Cannata, 1992). Van een kliniek in Cleveland vallen 45 patiëntes ongetwijfeld in de categorie zeer problematische gevallen: de helft had ook diepe dyspareunie, en andere chronische pijnklachten werden ook door de helft gemeld. Men was door de bank genomen erg ingesteld op de macht van medici om wonderen te verrichten. Na het gynaecologisch onderzoek hadden 31 van de 45 vrouwen ook een intake met Lesley Schover, een zeer ervaren psycholoog-seksuoloog. Daarbij viel haar op dat nogal wat vrouwen bij het invullen van een testbatterij de problemen gebagatelliseerd hadden. *Face-to-face* kwam veel meer (relatie-)ellende boven tafel. Allen kregen het aanbod van een kort sekstherapeutisch natraject, waarvan slechts 16 gebruik maakten. De er uitspringende resultaten zijn: van vrouwen die het contact met de psychologe geheel uit de weg gegaan zijn (8), is niemand door operatie beter geworden, en diegenen die ook een stukje sekstherapie hadden gehad waren allemaal *much better of some better*. Het lijkt er dus op dat, als bij een researchproject praten met een psycholoog een verplicht onderdeel is, je volautomatisch de vrouwen met de beroerste prognose uitgesloten hebt!

Epiloog

Eén langetermijn-*follow-up* (2 à 3 jaar) moet nog genoemd worden: in 1997 werden in Nijmegen de tussen 1991 en 1994 geopereerden aangeschreven, en als zij bereid waren deel te nemen, volgde een telefonische enquête door twee vrouwelijke seksuologen die niet bij de eerste fase betrokken waren (Schreuders-Bais, Baas, & Dony, 1997). Met 225 patiëntes representeert Dony veruit de grootste gepubliceerde groep wereldwijd. De onderzoekers waren wat teleurgesteld over de bereidheid tot deelname: 70%. Van hen was 57% geheel klachtenvrij, maar dat had voor de meerderheid wel flink wat geduld gevraagd. De pijn na de ingreep was belastender dan men verwacht had, en duurde ook langer. 15% had de geadviseerde pelotte-oefeningen niet op kunnen brengen. 16% was ook op het moment van het interview nog niet tot gemeenschap in staat, of in ieder geval niet zonder pijn. Een verrassende uitkomst, in geen enkele andere publicatie vermeld, is dat 40% aangaf dat de lubricatie bij opwinding verminderd

was.

Navraag bij de huidige groep gynaecologen in de Nijmeegse Universiteitskliniek door Marianne Vergeer, werkzaam aan de poli seksuologie aldaar, levert als uitkomst dat de operatieve aanpak van vulvodynie niet meer gepraktiseerd wordt. Dat is in harmonie met het standpunt van het Nederlands Huisartsengenootschap, dat in de toelichting bij hun richtlijnen rond dyspareunie zich onverdond negatief uitlaat over de kwaliteit van het onderzoek rond chirurgie voor dyspareunie.

Ik heb uiteraard het eerste artikel van Dony recent herlezen, en dan valt me op dat hij qua toon eigenlijk behoorlijk lijkt op de auteurs van de late 19^{de} eeuw. Het vocabulair waarmee Dony zichzelf op de borst klopt verschilt uiteraard van dat van Battey, maar de boodschap is dezelfde. Zo is hij ervan overtuigd dat het succes dat elders gerapporteerd wordt met psychologische middelen alleen verklaard kan worden doordat men andere (lichtere) diagnostische criteria hanteert. Hij opereert alleen "echte" FV-vrouwen, en die kunnen alleen op die manier weer coïtusvaardig gemaakt worden.

Literatuur

- Baker Brown, I. (1866). On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy, and hysteria in females. Herdrukt in: Barreca, R. (1995). *Desire and imagination*. Londen: Meridian.
- Barker-Benfield, G.J. (2000). *The horrors of a half-known life*. New York: Routledge.
- Bergeron, S., Bouchard, C., Fortier, M., Binik, Y., & Khalifé, S. (1997). The surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, 317-325.
- Bergeron, S., Binik, Y., & Khalifé, S. (2002). In favor of an integrated pain-relief treatment approach for vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23, 7-9.
- Brower, M., & Breu, G. (1989). James Burt's 'Love Surgery' Was Supported to Boost Pleasure, but Some Patients Say It Brought Pain. *People*, March 27.
- Burt, J. C., & Burt, J. (1975). *Surgery of love*. New York: Carlton Press.
- Burt, J. C., & Schramm, A.R. (1983). Plastic surgical postero-lateral redirection extension vulvo-vaginoplasty. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*, 72, 268-273.
- De Jong, J.M.J., Van Lunsen, H.W., Robertson, E.A., Stam, N.E., & Lammes, F.B. (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 16, 85-91.
- Dony, J.M.J., & De Rooy, H.J.M. (1992). Focale vestibulotomie: primair een medisch probleem en met chirurgie te verhelpen. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 106, 326-328.
- Drenth, J.J. (2016). *De Oorsprong van de Wereld. Feiten en Mythen over het vrouwelijk geslacht*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- Drenth, J.J. (2018). Seks, angst en pijn: een mediahype, een lekencommentaar, een feministisch proefschrift en de DSM. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 42, 51-56.
- Frenken, J., & Van Tol, P. (1987). Sexual problems in gynaecological practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 6, 143 - 155.
- Friedrich, E.G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 32, 110-120.
- Goldstein, A.T., Klingman, D., Christopher, K., Johnson, Chr., & Marinoff, S.C. (2006). Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: outcome assessment derived from a postoperative questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 923-931.
- Goldstein, A.T., Pukall, C.F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodinia: assessment and treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 572-590.
- Herold, C., Motamedi, M., Hartmann, U., & Allert, S. (2015). G-spot augmentation with autologous fat transplantation. *Journal of the Turkish-German Gynaecological Association*, 16, 187-188
- Kahn Ladas, A, Whipple B., & Perry, J.D. (1982). *De G-plek en andere recente ontwikkelingen op het gebied van de seksualiteit*. Baarn: De Kern.
- Landry, T., Bergeron, S., Dupuis, M., & Desrochers, G. (2008). The Treatment of Provoked Vestibulodynia; A Critical Review. *Clinical Journal of Pain*, 24, 155-171.
- Longo, L.D. (1979). The rise and fall of Battey's operation. *Bulletin of the History of Medicine*, 53, 224 - 267.
- Mosbergen, D. (2012). G-Shot For Your G-Spot: Vagina Injection Said To Enhance Sexual Pleasure Gains Popularity. *Huffington Post*, 23-10.
- Portanéry - Rougier. (1948). Action de massage gynécologique sur le vaginisme. *Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie*, 18, 15-18.
- Rodriguez, S. (2014). *Female circumcision and clitoridectomy in the United States*. Rochester: Boydell and Brewer.
- Schmidt, H.M., Höhn, C., Widmeyer, E., & Berner, M.M. (2017). Psycho-sociale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 30, 213-247.
- Schoon, L. (1995). *De gynaecologie als belichaming van vrouwen*. Walburg: Zutphen.
- Schover, L.R., Youngs, D.D., & Cannata, R. (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 167, 630-636.
- Schreuders-Bais, C.A., Baas, M.I., & Dony, J.M.J. (1997). De waardering voor operatieve behandeling van focale vestibulitis. *Nederlands Tijdschrift voor Gynaecologie & Obstetrie*, 110, 37-38.
- Scull, A., & Favreau, D. (1986). "A chance to cut is a chance to cure": sexual surgery for psychosis in three nineteenth century societies. *Research in Law, Deviance and Social Control*, 8, 3-39.
- Shorter, E. (1979). *From paralysis to fatigue*. New York, NY: Free Press.
- Spoelstra, S.K., Dijkstra, J.R., Van Driel, M.F., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2011). Long-term results of an individualized, multifaceted and multidisciplinary therapeutic approach to provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 489-496.
- Vallinga, M.S., Spoelstra, S.K., Hemel, I.L.M., Van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2015). Transcutaneous Electrical Stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia; a feasibility study. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 489-496.
- Van de Velde, Th. H. (1926). *Het Volkomen Huwelijk*. Amsterdam: N.V. Amsterdamse Boek- en Courantmaatschappij.
- Von Scanzoni. (1867). Ueber Vaginismus. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 17, 274-275.
- Walker, A. (1992). *Possessing the secret of joy*. New York: Washington Square Press. [vertaling I. van Dam. (1992). *Het geheim van de vreugde*. Amsterdam: In de knipscheer.]
- Weijmar Schultz, W.C.M., Gianotten, W.L., Van der Meijden, W.I., Van de Wiel, H.B.M., Blindeman I., Chadga S., & Drogendijk A.C. (1996). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17, 143-148.
- Woodruff, J.D.G.R., & Poliakoff, S. (1982). Treatment of dyspareunia and vaginal outlet distorsions by perineoplasty. *Obstetrics & Gynecology*, 57, 750-754.

Summary

Snijden in vrouwen: 'A chance to cut is a chance to cure'

In the history of medicine, we find a remarkable number of faulty theories and practices that, retrospectively, strike us as incomprehensible and bizarre. This article sketches surgical interventions on female genitalia, and with femininity as a whole.

Keywords: history of surgery, female sexuality, vaginismus, dyspareunia, female genital surgery, iatrogenic sexological disease, gender stereotyping

Trefwoorden: geschiedenis van de chirurgie, vrouwelijke seksualiteit, vaginisme, dyspareunie, chirurgie van de vrouwelijke genitaliën, iatrogene seksuologische problemen, genderstereotypie