

tallose kinderpsychiatrische studies op dit gebied wijzen, die vooral gepubliceerd zijn in de vele banden van de „psychoanalytic study of the child”, maar deze staan wel in een andere kast dan Menno ter Braak. Tevens wijs ik de collegae SENGERS en WAFELBAKKER op de brief van de Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie d.d. 26-02-1980, opgenomen in het eindrapport van de Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving (1980). Uit deze brief citeer ik: „Het is een pertinente onjuiste voorstelling van zaken als zouden kind en volwassene in een seksuele betrekking psychologisch gelijkwaardige partners kunnen zijn.” „De behandelingspraktijk van de kinder- en jeugdpsychiater brengt hem regelmatig in aanraking met gevallen en vooral met de psychologische gevolgen op korte en langere termijn”, (bl. 67). Ik heb geen reden om aan de juistheid van deze uitspraken van bij uitstek deskundigen te twijfelen.

Tot slot een opmerking over de misvatting die ik (naar ik hoop ten onrechte) bij de geachte inzenders vermoed. Ik bedoel de misvatting dat seksualiteitsbeleving bij het niet-geslachtsrijpe kind, volwassen seksualiteitsbeleving in het klein zou zijn, waardoor in een pedofiel contact sprake zou zijn van psychologisch gelijkwaardige partners. Het kind maakt in ons cultuurpatroon bepaalde fasen van psychoseksuele ontwikkeling door, die hun eigen wetmatigheid hebben. Dit te ontkennen is zichzelf historisch-wetenschappelijk plaatsen voor 1905 toen Freud zijn theorie over de infantiele seksualiteit publiceerde. Zij degraderen de ontwikkelingspsychologie tot een Marken-en-Volendampsychologie. Aldaar worden de kinderen precies zo gekleed als hun ouders, alleen in kleinere maten. Wie aldus pedofiel contact beoordeelt, en daar lijkt het bij de geachte inzenders bijzonder veel op, maakt niet alleen de fout van simplificatie en reductie, maar projecteert zijn eigen seksuele belevingswereld op zijn niet-geslachtsrijpe partner. En als de wens de vader is van de gedachte, waar blijft dan de wetenschap?

Literatuur: MEIJMAN, F. (1980) *Huisarts en Praktijk* 4, 45.

Amsterdam, februari 1981

H. MUSAPH

Bacteriologische aspecten van ziekten van de galwegen

In zijn artikel gaat ULRICH (1981) er vanuit dat de galblaasgal bij patiënten zonder galstenen steriel is. Omdat dit vermoedelijk onjuist is, heeft de volgende aanvulling wellicht zin. Gedurende de Journées de Chirurgie Digestives van de Université de Paris in januari van dit jaar deed de bacterioloog Boussougant over dit onderwerp een mededeling: „Bactériologie de la bile des sujets normaux et atteints d'affection bilio-pancréatique”. In een prospectief onderzoek bij 270 patiënten van wie 75 zonder biliaire afwijkingen, is hem gebleken dat er geen verschil bestaat in het percentage positieve kweken van galblaasgal tussen patiënten met galstenen en patiënten zonder stenen (13%). Ook de aard van de gekweekte bacteriën en het aantal per ml was voor beide groepen gelijk. Overigens kwamen zijn bevindingen geheel overeen met die van Ulrich.

Literatuur: ULRICH, C. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 187.

Arnhem, februari 1981

M. N. VAN DER HEYDE

De publikatie van de door collega VAN DER HEYDE geciteerde Boussougant zie ik met belangstelling tegemoet. Enerzijds om te vernemen of hij voor personen met normale galwegen dezelfde „waterdichte” criteria hanteerde als CSENDES e.a. (1975), te weten (1) afwezigheid van symptomen, (2) een normaal oraal cholecystogram, en (3) normale peroperatieve bevindingen bij palpatie en inspectie. Anderzijds is van belang wat voor soort operaties bij zijn controle-patiënten verricht werden. Alle tot nu toe gemelde negatieve galblaaskweken bij personen met normale galwegen betroffen patiënten die bovenbuikchirurgie ondergingen (EDLUND e.a. 1958; CSENDES e.a. 1975; LYKKEGAARD NIELSEN en JUSTESEN 1976). Indien men de theorie aanhangt, dat gal besmet wordt via de portale circulatie, zou men bij operatie van het colon zeker passagère positieve galkweken kunnen verwachten.

Literatuur: CSENDES, A., M. FERNANDEZ en P. URIBE (1975) *Amer. J. Surg.* 129, 629. — EDLUND, Y. A., B. O. MOLSTEDT en O. OUCHTERLONY (1958) *Acta chir. scand.* 116, 461. — LYKKEGAARD NIELSEN, M. en T. JUSTESEN (1976) *Scand. J. Gastroent.* 11, 437.

's-Gravenhage, februari 1981

C. ULRICH

Behandeling van chronische beenzweren met menselijk amnion

Collega LICHTVELD schrijft in zijn artikel (1980): „Het voornaamste bij de chirurgische behandeling van beenulcera is dat men enig inzicht heeft in de pathofysiologie van het huiddefect, en dat men de juiste verbandtechniek beheerst.” In de zin, voorafgaande aan deze uitspraak, geeft hij echter blijk niet meer dan „enig” inzicht in de pathofysiologie te hebben. Daar staat namelijk: „Het is algemeen bekend dat bij gebruikmaking van deze klassieke verbandtechniek (Blair) de meeste ulcera uitstekend gaan granuleren en na enkele dagen schoon genoeg zijn om met plasticjes volgens Thiersch te worden bedekt.” Het valt mij regelmatig op dat vele medici het ontstaan van granulatieweefsel een positief verschijnsel vinden. „Fraai granulatieweefsel”, „een wond dicht laten granuleren”, „wachten tot er granulatieweefsel ontstaat” en meer van dergelijke uitdrukkingen duiden erop dat granulatieweefsel met hoerageroep wordt verwelkomd.

Dit nu is voor mij onbegrijpelijk. Wat is granulatieweefsel? Het is een eindproduct van microbiologische invasie van beschadigd weefsel. Het is een gevolg van, en een zichtbare herkenning dat we met een open wond te maken hebben. Chirurgen willen een gesloten wond, geen open wond. Een granulerende wond is een teken van verwaarlozing. Het bevorderen van granulatieweefsel is een onheilsverschijnsel. Wanneer na een electieve operatie granulatieweefsel ter plaatse van de incisie ontstaat, betekent dit óf een geïnfecteerde onderhuidse hechting, óf een ander achtergebleven corpus alienum. Wanneer een half jaar na een halsdissectie granulatieweefsel in het litteken verschijnt, moeten we verdacht zijn op een ontsteking t.g.v. tumormoening. Een KNO-arts haat granulatieweefsel in het middenoor. Granulaties in een brandwond betekenen een geïnfecteerde (dus derde-graads) brandwond.

Intact weefsel vertoont nooit granulatieweefsel, zelfs niet wanneer het ontstoken is. Onder een intacte huid zien we het niet. Een adequaat gesloten wond vertoont het niet,