

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 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,

hoewel daar wel degelijk een, zij het microscopische, ontsteking is. Wanneer een bacterieflora van een open wond wordt verwijderd, verdwijnt het granulatieweefsel. Granulatieweefsel is vies en dient vermeden te worden.

Als plastisch chirurg moet ik helemaal niets van granulatieweefsel hebben. Granulatieweefsel betekent littekenweefsel; hoe meer granulaties, des te groter (en meer hypertrofisch) het litteken. „Iets laten dichtgranuleren” is een medische vloek. Toch zijn er heden ten dage nog voldoende artsen die deze vloek regelmatig uitspreken. Het resultaat is óf een hypertrofisch litteken, óf een instabiel litteken, of een combinatie van beide. Wanneer granulatieweefsel als diagnosticum wordt gebruikt, getuigt dit van oerwoudgeneeskunde.

Granulatieweefsel ontstaat slechts dan, wanneer het lichaam ter plaatse voldoende afweer vertoont. Dat is waarschijnlijk de reden waarom het zo geestdriftig wordt begroet. Met de ons ten dienste staande methoden en therapeutica is dit echter geheel overbodig geworden. Débridement, irrigatie, kwalitatieve en kwantitatieve bacteriologie, antibiotica, biologische verbanden en moderne huidtransplantatie-technieken maken het afwachten van granulatieweefsel tot een medisch onjuiste beslissing. Bij klinische patiënten wordt de opnemingsduur ook onnodig verlengd, want granulatieweefsel laat soms lang op zich wachten, vooral bij decubitus-ulcera en het ulcus cruris. Tenslotte is het uit economisch oogpunt – een argument dat tegenwoordig aanspreekt – de moeite waard hierop te attenderen. Wat mij, en naar ik hoop ook de collegae betreft, granulatieweefsel hoeft niet.

*Literatuur:* LICHTVELD, P. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2234.

Arnhem, januari 1981

A. MOLENAAR

Het betoog van Molenaar heeft weinig te maken met de inhoud van het desbetreffende referaat. Het was slechts mijn bedoeling erop te wijzen dat het, om een ulcus voor te bereiden voor Thiersch-plastiek, niet nodig is daarop allerlei esoterische en kostbare produkten zoals amnion, korrels of sera te plakken, strooien, resp. te spuiten, maar dat zo'n defect in enkele dagen kan worden gereinigd van pussig en stinkend beslag, door het enkele malen daags appliceren van een ouderwets, simpel en goedkoop laagje vochtig zoutgaas. Misschien wil collega Molenaar dit toch eens proberen, en aldus leren hoe er inderdaad economisch gewerkt kan worden.

Amsterdam, februari 1981

P. LICHTVELD

### *Algehele verdoving bij kleine heelkundige ingrepen*

Na lezing van het commentaar van L. B. W. JONGKEES (1981) leek de klok 30 jaar teruggedraaid. Twee pagina's tekst heeft de schrijver ervoor nodig om aan te tonen, dat hij niet begrijpt dat zijn stuk over een onderdeel van het handelen met de patiënt gaat, namelijk de heelkundige ingreep zelf.

Anesthesiologen zijn zich ervan bewust dat zij zo goed mogelijk de patiënt, met al zijn eventuele ziekten en gebreken, dienen te beschermen tegen het trauma dat de heelkundige of diagnostische ingreep nu eenmaal veroorzaakt. Dat de scheidende hoofdredacteur van dit tijdschrift een zó lokale (Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam) controverser zo'n

commentaar waard acht, een advies van een provinciaal geneeskundige inspecteur openlijk tegensprekend, ontlokt mij twee uitspraken: Schoenmaker blijf bij je leest – God helpe de patiënten in een dergelijke atmosfeer de brug over, de collegae academici zullen het niet doen!

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237.

Amersfoort, februari 1981

J. H. J. H. HELMERS

Collega Helmers heeft er maar enkele regels voor nodig om aan te tonen dat operaties geleid moeten worden door anesthesisten want hun past des schoenmakers rol, en God staat voor hen en voor hen alleen op de brug, om patiënten te helpen tegen de boze heelmeesters. Het is wel duidelijk dat heelkundigen het soms niet gemakkelijk hebben bij het vinden van een samenwerkingsvorm die werkelijk de patiënt in de praktijk het best (be)dient.

Amsterdam, februari 1981

L. B. W. JONGKEES

Het Commentaar van professor JONGKEES (1981) verdient een wederwoord omdat naar het oordeel van de schrijver de houding van de anesthesiologen wordt gekenschetst als aanmatigend en aanleiding geeft tot ongerustheid. Dat de vooruitgang van de chirurgie in haar algemeenheid veel te danken heeft aan de grote opbloei van de anesthesiologie, zoals prof. Jongkees in de eerste zin schrijft, is niet een feit waar anesthesiologen zich regelmatig op beroemen. Aan de andere kant is het niet juist een specifieke deskundigheid en ervaring van een medisch specialisme zonder goede bewijsvoering in twijfel te trekken. Indien dit gebeurt op grond van gegevens die controleerbaar zijn dan is dit toelaatbaar, maar de argumenten in het Commentaar zijn beweringen, die qualitate qua moeilijk weerlegbaar en bovendien nogal eens onjuist zijn. Chirurgen, gynaecologen en keel-neus-oorartsen zijn nu eenmaal niet meer ten minste zo goed geoefend in algemene verdoving als officieel opgeleide narcotiseurs in 1981. Het verleden heeft nu eenmaal wél bewezen dat er een noodzaak is voor verandering uit het oogpunt van veiligheid. Voor anesthesiologen is het kort durende roesje bepaald géén terra incognita waar zij eigenlijk niet aan willen, en dat zij eigenlijk niet aankunnen. Enfin.

Er zijn echter wel enkele concrete punten waarover verandering moet worden weggenomen. In het Commentaar speelt de „geheel ingeburgerde naam roesje” een hoofdrol. Maar, en dat is steeds weer de hamvraag: wat wordt daar dan toch mee bedoeld? De term roesje is niet gedefinieerd, en Jongkees geeft deze definitie ook niet. Het is duidelijk dat een korte narcose, roesje – een lichte narcose is iets anders – voor de anesthesioloog vaak een eenvoudige handeling is, voor de niet-deskundige lijkt dit althans. Men dient echter niet te vergeten dat dit zo is door de opleiding en ervaring van de deskundige: met andere woorden, de risico's worden voor de leek niet zichtbaar. Ook in andere specialismen zijn er vele handelingen die als technisch eenvoudig kunnen worden gekwalificeerd. Maar daar gaat het niet om. Het gaat erom dat de anesthesioloog door zijn jarenlange opleiding, studie en ervaring als klinische specialist de volle omvang van zijn handelen overziet. Hij weet met zijn kennis van (patho-)fysiologie, farmacologie en speciële anesthesiologie wat er gebeurt en kan eventueel optredende complicaties, die ernstig van aard kunnen zijn, snel doorzien, waarden en behandelen. Prof. Jongkees stelt roesjes voor