

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