

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

incisies van abcessen, het verwijderen van vreemde lichamen bijvoorbeeld bij een angstig kind, adenotomie, behandeling van panaritita, gynaecologische curettages en (nota bene) spoedeisende ingrepen onterecht op een lijn. De rechtvaardiging hiervoor in de vorm van een aanhaling van prof. VERMEULEN-CRANCH (1980) is ongegrond. Bij haar voordracht „Inhalatie, sedatie en analgesie bij tandheelkundige ingrepen” ging het juist niet om narcose of roesje. Ik citeer: „De patiënt blijft bij bewustzijn en werkt actief mee aan de verzoeken van de tandarts”, en elders: „met behoud van bewustzijn!” (VERMEULEN-CRANCH 1981). Anesthesie voor abcesincisies enz. en inhalatiesedatie bij conservatieve tandheelkunde hebben niets met elkaar te maken en vallen zeker niet onder het verzamelwoord „roesje”.

Op de problematiek bij de anesthesietechniek van de tonsillectomie zoals besproken door prof. Jongkees wil ik niet ingaan. Ook hier echter is het niet zo dat „het verleden heeft bewezen dat er geen noodzaak bestaat voor verandering uit het oogpunt van veiligheid”. De operatieve sterfte is de laatste jaren zeker gedaald (DE RIJK 1980). Een goede en veilige techniek kan men inderdaad slechts ontwikkelen in goed overleg tussen chirurg, anesthesist en verpleegkundige. Maar deze filosofie staat al jarenlang hoog in het vaandel van de anesthesiologie. Men dient niet te vergeten dat ook in de samenwerking met andere heelkundige specialismen de anesthesist alléén in het belang van de veiligheid van de patiënt nogal eens een advies moet geven dat niet direct overeenkomt met de voor de chirurg meest ideale werkomstandigheden of techniek. In dit kader is de opmerking over de onvoldoende aandacht die de anesthesist zou hebben voor de wensen omtrent veiligheid van opereren zoals de operator die stelt, begrijpelijk maar niet juist. De inaugurele rede van de eerste hoogleraar anesthesiologie op het Europese vasteland was niet voor niets getiteld: „In somno securitas” (VERMEULEN-CRANCH 1958).

Het is vanuit dit oogpunt van veiligheid niet te hopen dat veel gynaecologen, chirurgen en keel-neus-oorartsen zich door het Commentaar van prof. Jongkees als gezaghebbend medicus, geroepen voelen in hun dagelijkse werk uit rancune ten opzichte van de anesthesist te vragen: „Zuster, geef mij eens even de kemithalspuit of de chloroformpot!”

De patiënt verdient in 1981 beter.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – RIJK, A. DE (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1232. – VERMEULEN-CRANCH, D. M. E. (1958) *In somno securitas*. Inaugurale Rede Universiteit van Amsterdam. Scheltema & Holkema, Amsterdam; (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1231; (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 159.

Naarden, februari 1981

J. T. A. KNAPÉ

Het is prettig een weerwoord te krijgen van iemand die zijn standpunt versterkt door eerst de beweringen aan te halen die hij bestrijdt en de redenen op te geven waarom hij ten strijde trekt. Beide benaderingen maken discussie mogelijk.

De aanhalingen waarmee hij begint, maken reeds duidelijk dat er enkele misverstanden zijn ontstaan toen collega Knapé mijn commentaar las. Ik heb nergens gesteld – en collega Knapé zal dat moeten bevestigen als hij mijn stuk sine ira et studio naleest – dat anesthesiologen zich regelmatig beroemen op de vooruitgang van de chirurgie dank zij de grote bloei van hun vak, en nog minder heb ik hun specifieke deskundigheid in twijfel getrokken. Zeker heb ik nergens

gezegd, ook niet impliciet, dat chirurgen, gynaecologen en keel-neus-oorartsen ten minste zo goed geoefend zijn in algemene verdoving als officieel opgeleide narcotiseurs in 1981.

Dat het begrip „roesje” niet zo goed bij hen is ingeburgerd als bij hun heelkundige collega's, blijkt wel uit het verdere betoog van collega Knapé. Ik was mij van hun onbekendheid daarmee inderdaad niet voldoende bewust. Laat mij proberen het duidelijk te maken. Het roesje dient om een kort durende ingreep met zo min mogelijk onaangename psychische beleving door de patiënt te laten verlopen. Spierontspanning of bewusteloosheid is hierbij niet van betekenis, wel opheffen van het pijngevoel en van de herinnering.

„Roes” bij Van Dale is „toestand van bedwelming der zinnen of van het denkvermogen door opwindung, vreugde, overspanning enz.” of door alcohol. Over bewusteloosheid spreekt Van Dale – en ik met hem – niet. Waar de door mij aangehaalde heelkundigen om vragen is zo'n roesje, zoals de tandartsen en in de V.S. de verloskundigen gebruiken, vaak zelfs met het kapje door de patiënt gehanteerd, naar behoefte. Dit is het soort „narcose” waarover heelkundigen in de gevallen dat de anesthesie-specialist niet tijdig – d.w.z. zonder de patiëntodeloos lang te laten wachten – zouden willen beschikken. Daarbij zouden zij uiteraard hoge prijs stellen op de hulp van een met bedwelming bekende verpleegkundige, als de anesthesiologen dat zouden toestaan.

Ik twijfel natuurlijk niet aan de woorden van collega Knapé als hij mij nazegt dat een goede en veilige techniek slechts ontwikkeld kan worden in goed overleg tussen chirurg, anesthesist en verpleegkundige, maar het verbaast dan wel wat, als hij mij in een van zijn laatste zinnen in de schoenen schuift dat ik mijn heelkundige collega's een alibi zou hebben verschaft om uit rancune tegen de anesthesist naar de chloroformpot te grijpen. De patiënt verdient in 1981 inderdaad beter.

Amsterdam, februari 1981

L. B. W. JONGKEES

## *Rapport Alternatieve Geneeswijzen in Nederland*

Het artikel van prof. dr. P. MUNTENDAM (1981) begint met een uiteenzetting op licht verontschuldigende toon, hoe hij in een commissie terecht kwam, die de taak had een oordeel uit te spreken over de maatschappelijke betekenis van alternatieve geneeswijzen en beleidsadviezen te geven aan de Rijksoverheid: „Een wetenschappelijke waardering en beoordeling werd niet gevraagd en kon van dit gezelschap ook niet worden verlangd.” Dit was natuurlijk het moment voor prof. Muntendam geweest zich af te vragen in welke kwaliteit hij voor deze functie werd gevraagd, om vervolgens tot de conclusie te komen dat deze opdracht een onmogelijkheid inhield en dat zijn wetenschappelijke functie een onwetenschappelijke lading zou moeten dekken. Helaas heeft hij dit niet gedaan. Dit trieste artikel is er het gevolg van. Het is ondoenlijk en het heeft geen zin om alle onlogische gevolgtrekkingen en alle tegenstrijdigheden uit zijn korte bijdrage op te sommen. Een enkel voorbeeld ter illustratie: „Aangezien onbevoegde uitoefening duizenden malen per dag geschiedt, behoort handhaving van deze wet niet tot de reële mogelijkheden.” Voor rijden door rood licht geldt hetzelfde, maar het is wel strafbaar en laten we hopen dat het zo blijft.

Na de inleiding geeft de auteur er echter steeds duidelijker blijk van het spoor der rede geheel bijster te zijn ge-