

Tevens vervalt het onderzoek op de hoeveelheid bij-alcaloiden volgens a. Bij het onderzoek volgens b, moet „4,5 cm<sup>3</sup> ammonia” vervangen worden door „6 cm<sup>3</sup> ammonia”.

Groningen, 22 April 1941

*Namens de Pharmacopee-Commissie*

D. VAN OS, voorzitter

L. M. VAN DEN BERG, secretaris

## DE CHIRURGISCHE BEHANDELING DER BRONCHIËCTASIEËN (LOBECTOMIE EN PNEUMONECTOMIE)

Aangezien de thorax-chirurgie mij zeer na aan het hart ligt en ik zelf een groot voorstander ben van de chirurgische behandeling der bronchiëctasieën (zie *Aanwinsten op Diagnostisch en Therapeutisch Gebied*, Ziekten van luchtwegen, longen en borstvlies, deel II), meen ik een ernstig protest te moeten laten hooren naar aanleiding van de clinische les van prof. dr. L. D. EERLAND over dit onderwerp. In zijn les propageert schrijver deze behandeling naar aanleiding van drie patiënten, die pas korten tijd geleden geopereerd zijn; slechts één der patiënten is ongeveer een jaar geleden geopereerd, de andere eenige maanden geleden en bij nader beschouwing hiervan lijkt mij patiënt I toch zeker geen aanbeveling voor de therapie.

Bij dit kind met beiderzijds bronchiëctasieën is een totale verwijdering van de linker long verricht. Het eindresultaat van deze wel zeer „heroischen” ingreep is hier nog niet te overzien. Reeds twee maanden na den ingreep is er een aanzienlijke scoliose en ik vraag mij af, welk een deformiteit deze kinderthorax zal toonen, wanneer het schrompelingsproces in de thoraxholte tengevolge van den pyopneumothorax zal zijn voltrokken. Het post-operatieve beloop is van dien aard geweest, dat men zich wel zeer zal bedenken, alvorens een kind aan deze gevaren te onderwerpen. Immers twee cardinale technische tekortkomingen, de bloeding en de lekkage van de stomp, hebben zijn leven ernstig bedreigd; bovendien heeft zich een empyeem gevormd, dat zich gelukkigerwijs door den bronchus heeft ontlast. Tenslotte vraag ik mij af, welke uitbreiding de bronchiëctasieën rechts hebben; is er een afzonderlijk lipiodol-onderzoek van den rechter kant gedaan, alvorens tot de pneumonectomie links werd besloten?

Zelf heb ik eenige jaren geleden op de Vereeniging voor Heelkunde de lobectomie bij jonge menschen sterk aanbevolen, omdat deze veel minder op de operatie reageeren dan oudere. Tegenover de verwijdering van een geheele long (zoogenaamde pneumonectomie) sta ik echter anders. Uit eigen gevallen heb ik zeer mooie resultaten van de conservatieve behandeling der bronchiëctasieën bij het kind gezien. Vooral het in beide longen voorkomen der ectasieën acht ik een strenge tegenaanwijzing tegen een pneumonectomie; de resterende, niet geheel gezonde long is uiterst vatbaar voor infecties. Nestelt zich hierin een pneumonie, dan is de patiënt verloren. Bij een lobectomie hebben wij dit bezwaar niet, de overgebleven volkomen ontplooide bovenkwab heeft voldoende capaciteit om voor de oxygenatie te zorgen, getuige mijn geval, besproken op een vergadering van de Vereeniging voor Heelkunde in 1938.

Het zou alleszins wenschelijk zijn geweest, indien prof. EERLAND behalve zijn drie genoemde voorbeelden, de resultaten vermeld zou hebben, die hem er toe gebracht hebben deze clinische les over de chirurgische behandeling der bronchiëctasieën te schrijven. Ik kan toch niet aannemen, dat hij zijn conclusies baseert op de ervaringen, opgedaan bij deze drie patiënten.

Volgens mijn ervaringen, gebaseerd op een twaalfstal lobectomieën, waaronder één totale verwijdering van de linker long, zonder operatieve mortaliteit, moet in een clinische les over de chirurgische therapie der bronchiëctasieën, aan de indicatie tot operatie, die ten nauwste samenhangt met de diagnostiek en het clinische beeld, een eerste plaats in de besprekingen worden ingeruimd. Dit onderdeel is slechts oppervlakkig behandeld en nooit mag een indicatie afhangen van den vorm der bronchiëctasieën. Ik heb ernstige cilindervormige en volkomen onschuldige nap-

vormige ectasieën gezien. Het klinische beeld en de subjectieve klachten zullen onze voornaamste richtsnoeren moeten zijn.

Alvorens longchirurgie te beoefenen dient men zich in de pathologie, de kliniek en de therapie der diverse longaandoeningen te verdiepen. De post-operatieve complicaties zullen dan naar waarde geschat en op de juiste wijze behandeld kunnen worden.

Tevens zou ik er nog op willen wijzen, dat behalve de door prof. EERLAND genoemde methode, er nog talrijke andere radicale methodes voor de behandeling der bronchiëctasieën bestaan, welker bespreking toch zeer zeker een ruimer plaats in een klinische les verdient. De baanbrekers op dit gebied hebben voor ons het pad geëffend; ik noem hier slechts SAUERBRUCH, ZAAIJER, BRUNN en GRAHAM. Een nauwkeurige kennis van hun ervaringen kan ons slechts helpen de mortaliteit te verminderen en zal ons leiden in de keuze van operatie. De veelzijdigheid van het ziektebeeld eischt immers, dat elk geval afzonderlijk beoordeeld wordt en niet, zooals men uit deze klinische les zou kunnen opmaken, dat een stereotype operatie moet dienen om alle gevallen te behandelen. Men zou daardoor kunnen verwachten, dat naast enkele successen talrijke mislukkingen zouden voorkomen, of, indien men de indicatie tot operatie scherper stelt, dat een groot deel der lijdens aan bronchiëctasieën niet meer voor radicale behandeling in aanmerking zou komen. Het moet ons streven zijn ook ernstige gevallen te genezen en niet alleen de gunstige.

Tenslotte zij het mij vergund den naam van ZAAIJER te rehabiliteeren en als Nederlander op het niveau te brengen van de buitenlandsche pioniers op het gebied der longchirurgie. ZAAIJER had zijn eigen methode voor lobectomie en dat was de intrapleurale tamponnade met elastische omsnoering. De „cautery pneumectomy” van GRAHAM werd in Nederland in 1936 voor het eerst door mij bij een patiënt op de Vereniging voor Heelkunde gedemonstreerd.

Haarlem, 21 April 1941

H. WAMSTEKER

#### ONTHULLEN OF VERZWIJGEN?

Collega SCHNITZLER is het niet eens met de zienswijze, welke ik onder bovenstaand opschrift in het nummer van 12 April gaf. Nu geef ik onmiddellijk toe, dat op het terrein van spreken of zwijgen in verband met ons beroep het persoonlijke oordeel van den betrokken arts in belangrijke mate meetelt, dus dat in eenig geval afwijking in de zienswijze mogelijk is. In dit geval blijkbaar ook. De geachte inzender maakt het er mijns inziens voor den keurenden arts niet beter op, door zijn verwijt, dat hij *bij zijn onderzoek een verkeerden weg insloeg*. Zóóver ga ik niet. Het onderzoek geschiedde in opdracht van de verzekeringmaatschappij en op de naar het inzien van den onderzoekenden arts eenige juiste wijze. Het resultaat van dit onderzoek moet hij de verzekeringmaatschappij mededeelen.

L. L. POSTHUMA

## BERICHTEN



### BUITENLAND

DUITSCHLAND. — DE LEVENSDUUR DER GEAMPUTEERDEN. Een onderzoek van ZUR WERTH te Hamburg, medegedeeld in *Journ. Am. med. Ass.* van Juni 1940 (vermeld in *Riforma Medica* van 1 Februari) heeft de verrassende uitkomst opgeleverd, dat zij, die een amputatie hebben ondergaan, een betere levenskans hebben dan hun ongedeerde tijdgenooten. Het onderzoek loopt over 60000 nog levende en 4600 reeds overleden geamputeerden. De meeste amputaties hadden plaats gehad op den leeftijd van 14 tot 44 jaar. De schrijver heeft de leeftijden opgeteekend, waarop de overledenen waren heengegaan, en zich cijfers ter vergelijking verschaft omtrent niet-geamputeerde personen. De sterfte onder de ongedeerden had 5.98 per honderd bedragen; die onder geamputeerden 3.68 per