

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 lijders 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