

Особенно надо подумать о психических моментах тогда, когда болезнь развивается, а установить развитие болезни трудно. В таких случаях надо избегать ненужных хирургических вмешательств. Нельзя утверждать особенно теперь после двух лет от окончания войны, что мучения неврастеников являются последствием только войны.

Dr. Dojč:

#### THE ATTITUDE OF THE PATIENT TOWARDS HIS ILLNESS

Every doctor has to act as a psychotherapeutic. It is therefore necessary that he becomes acquainted during his studies with the principles of medical psychology and furthermore with the main ideas of psychotherapeutics. The physician has to consider the psychic factors of the patient, his attitude towards his illness and has to endeavour to influence him psychotherapeutically specially in cases of neurotics, hysterics, and psychopaths. It is always necessary to consider psychic factor when difficulties which exist already for a long time and which the patient suffered calmly increase although the objective diagnosis shows no change which would explain a course for the worse. In such cases it is advisable to avoid unnecessary operations.

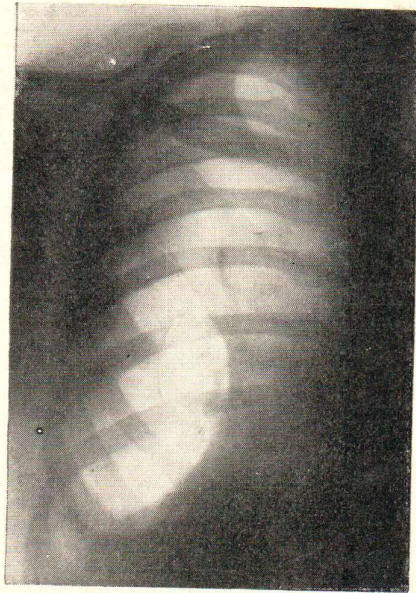
It is not true that the war be blamed for neurastenic troubles as they cannot be considered as direct consequences of the war which is now two years over.

Iz lječilišta Državnog zavoda za socijalno osiguranje »BRESTOVAC«  
(Direktor: prim. Dr Stanko Dujmušić)

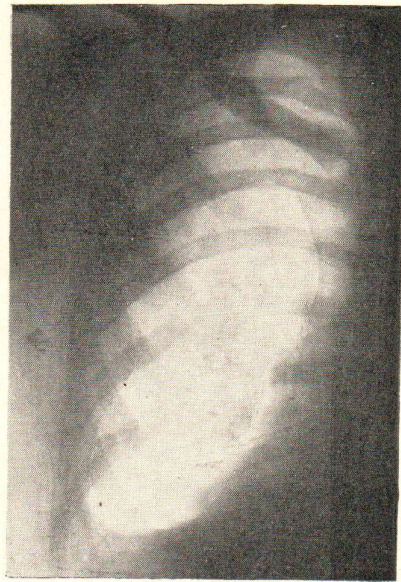
Dr. STANKO DUJMUŠIĆ :

#### FIBRINOLYSIS THORACOSCOPICA

Mi smo se već u više navrata osvrnuli na svježju fibrinsku simfizu pleure i njezino operativno liječenje. Budući je i operativna terapija akutne postoperativne simfize, kao komplikacije torakokaustike, ostala osamljenim postupkom nekolicine operatera (Michetti, Kubik, Dujmušić, Schmidt H.) — unatoč lahkoće zahvata i njegovog sigurnog ishoda, to je potrebnije uvijek ponovno upozoriti na ove nove operativne mogućnosti u liječenju pneumotoraksom. Gutta cavat lapidem saepe cadendo! Pogotovo to važi za torakoskopijsku fibrinolizu akutnih, fibrinom bogatih eksudativnih pleuritida pneumotoraksa. Premda smo u više navrata upozoravali i na ove mogućnosti — ipak naš postupak (sudeći po publikacijama) nije kolege izazvao na imitiranje. A takove pleuritide su dnevne — može se reći — kobne pratilice pneumotoraksa. Pneumotoraks, koji već u početku, ili kasnije akutno ili subakutno obliterira pod uplivom, ili bolje rečeno »pod zasto-



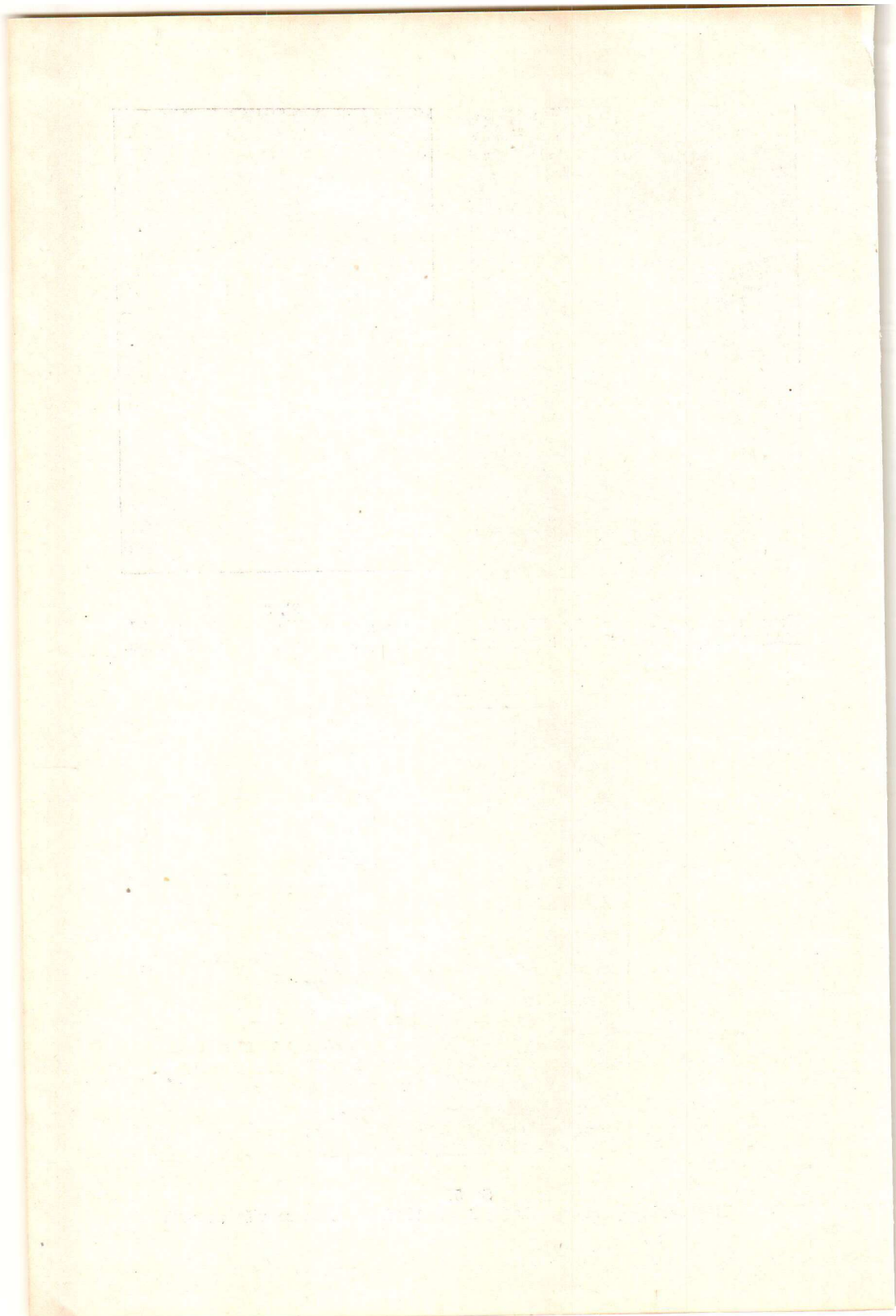
Sl. 2.  
Neposredno poslije punkcije, 25. XI.  
1946. Strelica pokazuje na kavernu.



Sl. 3.  
Neposredno poslije kaustike, 26. XI.  
1946. Strelica pokazuje na kavernu.

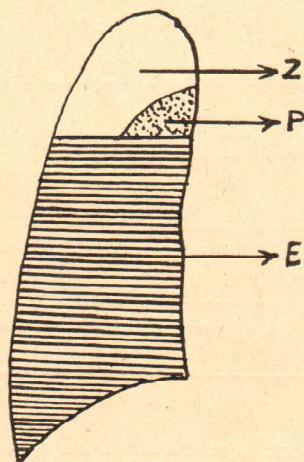


Sl. 5.  
Neposredno poslije punkcije, 23. I. 1947. Kaverna se više ne vidi.



rom« abundantne pleuritide, tako je česta pojava, da se može reći, da je to pomalo »crux medicorum«, a bome još u većoj mjeri »crux aegrotorum«. O bolesničkoj se koži napokon radi, pogotovo, ako je indikacija za pneumotoraks bila striktna.

Polazimo sa stanovišta, da je pleuritični fibrin — jednako kao i krvni — u velikoj mjeri adhezivan jedino u fazi svog obaranja iz tekućine eksudata, dakle u nascentnom stanju, a da se ta adhezivna svojstva fibrina kasnije, poslije precipitacije, u velikoj mjeri inaktiviraju. Istom ta pretpostavka daje opravdanja operativnoj terapiji svježih fibrinskih simfiza. Bez tog svojstva fibrina bila bi takova operativna fibrinoliza jalov posao, sličan Sizifovom. Kad se fibrin ne bi kasnije u tom smislu inaktivirao,



Sl. 1. Skica stanja kod dolaska. Z = zrak, P = pluće, E = eksudat.

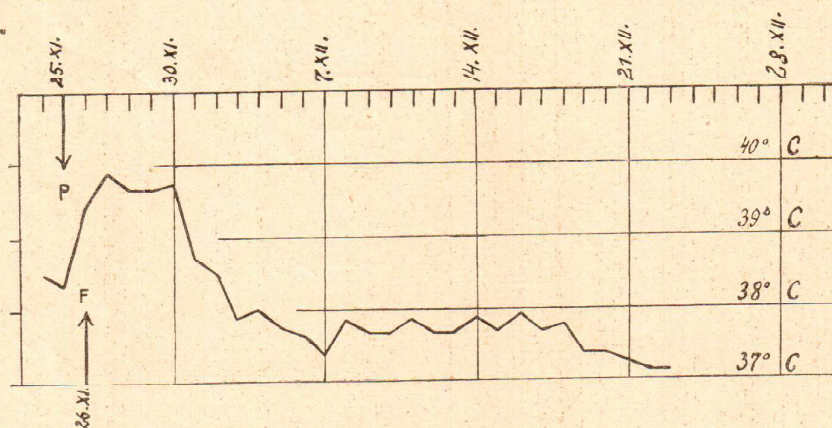
onda bi se on i poslije našeg zahvata ponovno slijepio i sa dijelovima vlastite mase i sa površinama susjednih organa. Na ta svojstva fibrina upozorili smo bili u našim ranijim publikacijama, te i na ovom mjestu upućujemo na njih.

Ovdje ćemo samo potanje prikazati jedan svježi slučaj iz prakse, koji opet jednom, veoma zorno prikazuje i neškodljivost zahvata i njegovu korist:

S. Dž., 16. god. star, gimnazijalac. Primljen u zavod 24. XI. 1946. g. Anamneza: Otac (liječnik) ima kronično, benigno oboljenje pluća. Bolesnik je imao skarlatinu i morbile. Koncem prošle godine kašljao, imao temperature. Na röntgenu su mu pronašli proširene hiluse. Ovoga ljeta u Dalmaciji mnogo se je kupao i sunčao. Po povratku s mora, u septembru prilikom slučajnog kontrolnog pregleda (bolesnik se je tada osjećao potpuno zdravim) nađena kaverna desno. Odmah je stavljen u bolnicu, te mu je 5. X. apliciran pneumotoraks desno. Svega primio sedam

insuflacija, zadnju 10. XI. 1946. U zadnje vrijeme povišene temperature, oko 38,0 C. Kašlje, izbacuje. Ne puši, ne pije, inf. ven. negatur.

Status praesens: srednje visok (172 cm), čvrst dobro hranjen (74 kg) mladić. Temp.: 38,5 C. Westergren: 82—98 mm. Sputum: jako pozitivan na Kocha. Vital. kap.: 1600 ccm. Urin: b. o. Klinički nalaz pokazuje nad desnim hemitoraksom izrazitu muklinu i jako oslabljeno disanje. Röntgen pokazuje kod dolaska likvidopneumotoraks s desne strane (sl. 1.) s velikom količinom tekućine, koja gotovo potpuno zastire sliku plućnog bataljka. S lijeve strane povećan, razliven hilus s razlivenim, odebljalim prugastim izdancima, naročito prema klavikuli. Decursus:



Sl. 4. Temperaturna krivulja. Prikazani su samo dnevni maksimumi.  
P = puncija, F = fibrinoliza

odmah po prijemu u zavod punktiramo 1700 ccm bistre serozne tekućine — i radi odterećenja, a ponajviše, da razjasnimo nejasne odnose plućnog bataljka. Poslije puncije prikaže se slika (sl. 2.) koja unekoliko razjašnjuje odnose u pneumotoraksu: plućni bataljak u donjoj polovici sadrži kavernu, deblje infiltriranog ruba. Nad tim mjestom idu prema lateralno, gore i natrag opsežnije adhezije, a isto tako i prema dijafragmi, te je i freniko-kostalni sinus ispunjen sraštenjima, jamačno fibrinskog sastava.

Budući se radi o akutnom pleuropulmonalnom procesu kod mladenačkog individua — još u pubertetnoj dobi — nemamo što čekati nego nastojimo što prije dovesti do povoljnih mehaničkih odnosa u pneumotoraksu. Radi toga torakoskopiramo već 26. XI.: uniđemo s novim, kombiniranim Kremerovim instrumentom u IV. interkost. prostoru, u srednjoj aksilarnoj liniji. Svuda po pleuri — parietalnoj i pulmonalnoj — velike naslage dosta čvrstog fibrina, tako, da ga je teže mehanički prekinuti. Pluće je fibrinom ploštinasto slijepljeno najvećim dijelom paravertebralno, a osim toga ima u gornjem spratu lateralno i u oba donja sprata sprijeda mnogo suvislih,

slobodno razapetih, debelih fibrinskih membrana, kojima je razapeto pluće. Sve te membrane najvećim dijelom prepalimo, a ploštinasto slijepljenje odljuštimo. Osim opisanih fibrinskih adhezija postoji nad gornjim medi-jastinumom sasvim kratka, fibrozna, falciformna membrana, koju napalimo sve do njezinog korijena na medi-jastinumu. Konačno evakuiramo još cca 250 ccm seroznog, svježeg sangvinolentnog eksudata.

Rezultira kompletan kolaps (sl. 3. učinjena je neposredno poslije izvršenog zahvata). Temperature su par dana iza zahvata vrlo visoke, da se odmah poslije spuste na subfebrilne i konačno približe normali (sl. 4.). Ekspektoracija se rapidno smanjuje, te je bakterijološki nalaz sputuma od 16. XII. iste godine konstantno negativan. Eksudat sve polaganije raste: punktiramo još 2. I. 1947. 1000 ccm, a 23. I. u svemu 500 ccm. Oba pita je zelenkast, sasvim bistar. Poslije punkcije od 23. I. učinimo snimku (sl. 5.), na kojoj se više ne razabire kaverna. Bolesnik još iskašljava sasvim malo bezbojnog, staklastog sputuma. Westergren pokazuje 27. XII.: 42—77 mm, a 23. I. 1947.: 22—45 mm.

**E p i k r i z a:** radi se o jako aktivnoj, fibrokazeoznoj ftizi desnog pluća s jasno izraženom kavernom u donjoj polovici organa. Jamačno se radi o procesu u vrhu donjeg režnja. Pod pneumotoraksom se proces komplicira vrlo akutnom, fibrinom bogatom, visoko febrilnom eksudativnom pleuritidom, koja uslovljuje opsežna slijepljenja baš nad oboljelim mjestom. Ta pleuritida neposredno ugrožava opstanak pneumotoraksa, a time bitno ugrožava i onako labilnu prognozu. Mladiću je tek šesnaest godina. Torakoskopijskom fibrinolizom — u akutnoj fazi pleuritide — ponovno oslobodimo pluće, postignemo kompletan kolaps plućnog bataljka i kolaps kaverne. Svakako je time — barem za neko dulje vrijeme — spašen pneumotoraks i time najsigurnija poluga, kojom možemo lokalno djelovati na ovakav proces, a osim toga je taj pneumotoraks učinjen potpunijim i djelotvornim. Pod velikim hidrostatičkim pritiskom eksudata nije se mogla stisnuti kaverna, budući je bila fiksirana za stražnji i lateralni zid toraksa svježim fibrinskim slijepljenjem, a poslije se je pod potpunim pneumotoraksom u najskorije vrijeme stisnula. Zahvat sâm prošao je bez ikakve štete za bolesnika. Ne možemo si predstaviti neki drugi zahvat, koji bi s ovako malo muke i za bolesnika i za liječnika, a s ovoliko sigurnosti, mogao postići sličan učinak.

#### U P O T R E B L J E N A L I T E R A T U R A:

Dujmušić: Beiträge z. Kl. d. Tbc, Bd 100. — Dujmušić: Wien. med. Woch. Nr 29/30, 1944. — Dujmušić: Rad Hrv. Akad. 1945., knjiga 278. — Dujmušić: Operativna torakoskopija, Zagreb, 1946. — Kubik: Zentralblatt f. d. ges. Tbc — forschung, 54 str. 686. — Michetti: Revue d. l. tbc, 1939. — Schmidt H.: Beiträge z. Kl. d. Tbc, Bd 100.

Dr. Станко Дуймушич:

#### FIBRINOLYSIS THORACOSCOPICA.

Описан случай свежей фиброзной плевры с искусственным пневотораксом, который был угрожен фибрином с обильным плевритом. Эндоскопическим способом лёгкое освобождено от фибриновых сплещений, и таким и осталось. Каверна вскоре закрывается и постигается полный эффект.

Dr. Dujmušić:

#### FIBRINOLYSIS THORACOSCOPICA

A case of recent f. t. with an artificial pneumothorax which was threatened by pleurithyde is described. By endoscopic encroachment the lungs were freed from fibrain mucilation and thereafter remained in that state. Cavernes close after a short period and a complete clinical effect is attained.