

ANNALS
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. II, 1.

SECTIO D

1947

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie (Dyr. Prof. Dr. T. Ostrowski) i Kliniki Chirurgicznej
Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie (Dyr. Prof. Dr. F. Skubiszewski).

T. JACYNA ONYSZKIEWICZ i W. RZEPECKI

Wpływ wycięcia wola na współistniejące schorzenia sercowe.

Influence of subtotal Thyroidectomy in cases of goitre with coexisting cardiac diseases.

Zaburzenia czynności układu krążenia w przebiegu nadtarczyczości, zwróciły uwagę lekarzy na tarczycę jako ten gruczoł dokrewny, który w cierpieniach narządu krążenia ma swoją niezaprzeczoną, niekiedy nawet dominującą rolę.

Stwierdzano wielokrotnie już dawno znaczną poprawę, a nawet zupełne ustępowanie dolegliwości sercowych po częściowym wycięciu tarczycy w chorobie Basedowa, a później także w przypadkach wola bez wyraźnych klinicznie objawów nadtarczyczości (Levine).

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach wr. 1933 Blumgart i jego współpracownicy: Berlin, Gilligen, Weistein, Riseman, Davis, Stern, Volk zastosowali całkowite wycięcie tarczycy dla leczenia niewyrównanej niedomogi serca i dusznicy bolesnej. Do dnia dzisiejszego mamy już wiele doniesień i prac opartych nawet na większym materiale chorych autorów, niemieckich (Mandl, Scherf) francuskich i włoskich (Bérard, Santy, Lian, Welti, Facquet, Coelho, Pugliese, Antonucci) i bardzo liczne autorów polskich (Glatzel, Hrom).

Zanim przejdziemy do przedstawienia wyników z naszego materiału chorych dla możliwości porównania i krytycznej oceny samej metody leczenia chorób serca wycięciem tarczycy, przytoczymy w krótkości dane i spostrzeżenie oparte na materiale innych autorów.

W pierwszym rzędzie rozpatrując kwestię wskazań u różnych autorów, napotykamy na dość ogólnikowe i ściśle nie określone schorzenia, ujęte w nazwy „niedomoga serca i dusznica bolesna“.

Wszyscy autorowie są naogół zgodni co do tego, że do leczenia chirurgicznego nadają się schorzenia przewlekłe serca u osób dorosłych z objawami niewyrównania, które mimo należytego leczenia zachowawczego, albo nie dają spodziewanej poprawy, względnie poprawy krótkotrwałe i niepełne. Wspominając tu o należytych leczeniu zachowawczym mamy na myśli także uwzględnienie przyczyn powstania choroby serca i ewentualne ich usunięcie (migdałki, zęby, choroby płuc). Pomyślnie lub niepomyślnie zejście cierpienia u wspomnianych chorych, leczonych wycięciem tarczycy, nie mogłoby przemawiać ani za ani przeciw tej metodzie, ponieważ nie uwzględniono przyczyn choroby:

Spostrzeżenia niektórych autorów, (Facquet, Lian Welti) że do zabiegu nadają się raczej tzw. mitralne wady, nie mają zdaje się większego znaczenia.

W dusznicy bolesnej do zabiegów nadają się chorzy cierpiący na dusznicę zarówno spoczynkową jak i wysiłkową, niepowikłaną.

Przeciwwskazania są ściślej ujęte, należą tu przede wszystkim ostre schorzenia serca, choroby serca u osób młodych, postępujące kiłowe choroby, rozległa miażdżyca, współistniejąca marskość nerek i czynne sprawy w płucach, znaczne uszkodzenie anatomiczne mięśnia sercowego i wreszcie te cierpienia serca, przy których leczenie zachowawcze nie daje absolutnie żadnej poprawy, bo wówczas i po usunięciu tarczycy nie można spodziewać się poprawy.

Niektórzy (Antonucci, Mandl, Singer), rozszerzają zakres wskazań do leczenia wycięciem tarczycy na takie schorzenia jak, nadciśnienie samoistne, chromanie przestankowe i zarostowe zapalenie tętnic, a więc na te schorzenia, które dotychczas były dziedziną zabiegów na układzie nadnerczowo-współczulnym, i mają wyniki zachęcające do tego sposobu leczenia.

Widzimy z tego, że sprawa wskazań do leczenia chirurgicznego chorób serca i naczyń jest sprawą dość subtelną i tu chirurg musi zapewnić sobie współpracę wytrawnego, zdecydowanego i zorientowanego w rzeczy internisty.

Ocena wyników łączy się ściśle ze sprawą rozległości zabiegu t. zn. czy należy wykonać doszczętne wycięcie tarczycy, czy t.zw. subtotalne wycięcie. Doszczętne wycięcie tarczycy zaproponowane, jako zasadniczy sposób leczenia jest stosowane powszechnie przez chirurgów amerykańskich i przez większość chirurgów europejskich. Tłumaczą oni konieczność stosowania zabiegu doszczętnego, przemijającymi, krótkotrwałymi poprawami po wycięciu subtotalnym z powodu łatwego przerastania pozostawionych części mięszu, a ewentualne następstwa wypadnięcia czynności tarczycy są według nich rzadkie i łatwo dają się usunąć podawaniem preparatów tarczycowych.

W ostatnich czasach jednak zwiększa się ilość zwolenników wycięcia subtotalnego (Rouhier, Ewald, Scherf) którzy w szeregu przypadków osiągnęli trwałe i dobre wyniki po wycięciu subtotalnym, a nie narażali się na ewentualność wystąpienia obrzęku śluzakowego, występującego przecież niezbyt rzadko i nieraz w późniejszych okresach po doszczętnym wycięciu tarczycy.

Wystąpienie obrzęku śluzakowego przekreśla w znacznej mierze cel zabiegu, ponieważ upośledza sprawność serca, (leniwie słabe skurcze) może stwarzać nowe trudności dla pracy serca, (wysięk w jamie osierdziowej) i wystąpienie lub przyspieszenie procesu miażdżycowego, znane z podtarczyczności doświadczalnej.

Wydaje się wątpliwym, czy podawane jako całkowite wycięcia tarczycy zawsze takimi są, ponieważ przy tarczycach małych silnie unaczynionych, ze względów technicznych nie daje się uniknąć pozostawienia drobnych części mięszu przy torebce bez narażania się na niebezpieczeństwo uszkodzenia nerwu krtaniowego dolnego i przytarczyc.

Z drugiej strony pozostawione resztki gruczołu po podwiązaniu naczyń tarczycowych górnych i dolnych i zeszczeniu torebki po subtotalnym wycięciu mogą ulegać zanikowi i zbliznowaceniu, niedoszczętne wycięcie po jakimś czasie staje się doszczętnym w znaczeniu czynnościowym (Mandl).

Wyniki ogłaszane z rozmaitych zakładów są naogół zgodne. Ponieważ wyniki operacji zależą w znacznej mierze od podmiotowej oceny chorego, cyfrowe dane mogą być brane jedynie w przybliżeniu. W każdym razie w niedomodze serca leczonej wycięciem tarczycy bardzo dobre wyniki osiągnęto w 35—50% przypadków, a częściową poprawę w 25—40% (Bérard, Creery, Parsons, Mixter, Lian, Mandl, Scherf). Tu należą ci chorzy, którzy mimo leczenia zachowawczego byli przykuci przez długi czas do łóżka, a po zabiegu mogli powrócić do swoich zajęć, względnie cierpienia ich uległy takiej poprawie, że życie ich stało się znośne i przestali być ciężarem dla otoczenia. Te fakty mówią same za siebie i mogą przekonać nawet największych sceptyków.

Śmiertelność pooperacyjna waha się w granicach 8—15%, a śmiertelność późna około 15%, o niej najtrudniej jest coś powiedzieć, czy spowodowana jest pogarszaniem się zasadniczej choroby serca czy też jakimiś innymi powikłaniami. Pozostaje jeszcze 7—20% chorych u których po zabiegu nie osiągnięto żadnego dodatniego wyniku. Należy przypuszczać, że są to te przypadki, których prawdopodobnie nie należało operować i że te cyfry zmniejszają się w miarę większego precyzowania wskazań operacyjnych.

Wyniki osiągnęte w dusznicy bolesnej są naogół nawet lepsze aniżeli w niedomodze serca.

Wy tłumaczenie wpływu wycięcia tarczycy na chore serce nie jest dotychczas całkiem zadawalające i posiada wiele niejasnych punktów. W niedomodze serca jest zwiększone zapotrzebowanie tlenu, któremu chore serce nie jest w stanie wydołać. Wycięcie tarczycy obniża bardzo wydatnie natężenie procesów utleniania, wywołuje spadek przemiany materii, a za nim zmniejsza pojemność minutową, a więc pracę serca. Zachodzi tu przypadek zrównania bilansu przez obniżenie zapotrzebowania w stosunku do zmniejszonego dowozu tlenu, tym tłumaczy się według Blumgarta skuteczność całkowitego wycięcia tarczycy w dusznicy bolesnej i w chorobach serca.

Dla niektórych przypadków takie tłumaczenie nie jest zupełnie wystarczające, mianowicie nieraz stwierdza się wyraźną poprawę już w kilka dni po zabiegu, a przemiana spoczynkowa obniża się dopiero po kilku tygodniach albo wogóle nie ulega obniżeniu.

Takie fakty jak to, że najwdzięczniejsze są przypadki ze znacznie podwyższoną przemianą, która po zabiegu wydatnie obniża się osiągając optimum od — 10% do — 20%, brak wszelkiej poprawy u chorych u których przemiana przed zabiegiem była bardzo niska, przemawiają za tym, że jednak skuteczność zabiegu opiera się zasadniczo na obniżeniu przemiany materii.

Chorzy z przemianą spoczynkową bardzo niską od — 10% w dół nie nadają się już do zabiegu.

Należy jeszcze nadmienić, że i w chorobie Basedowa wysokość przemiany nie zawsze idzie w parze z nasileniem objawów klinicznych i że nie tyle bezwzględne cyfry mają tu znaczenie, ile zachowanie się krzywej przemiany spocz. badanej kilkakrotnie przed i po zabiegu.

Singer wyraża przypuszczenie, że przyczyną leczniczych wyników po wycięciu tarczycy jest obok obniżenia przemiany materii, także uwolnienie serca i naczyń od bezpośredniego toksycznego wpływu tyroksyny.

Doświadczenia Rosenbluma i Lewine'a wykonywane na zwierzętach ze sztuczną tyreotoksykozą, a przeniesione na ludzi wykazały znacznie zwiększoną wrażliwość chorych z nadtarczycznością na adrenalinę. Bardzo małymi dawkami adrenaliny wywoływano migotanie przedsionków, znaczny wzrost ciśnienia, przyśpieszenie tętna, a u chorych z dusznicą bolesną wywoływano typowe ataki dusznicy bolesnej (Lewine, Rosenblum, Eppinger).

Chorzy po wycięciu tarczycy tracą tę wrażliwość na adrenalinę. Tym obniżeniem wrażliwości na adrenalinę (korelacja nadnerczowo tarczycowa) tłumaczy się między innymi skuteczność wycięcia tarczycy w niedomodze serca, a zwłaszcza w dusznicy bolesnej (Cutler, Bérard, Pijon).

Ze spostrzeżeń klinicznych nad chorobą Basedowa znany nam jest wpływ, jaki wywiera tarczycza na układ współczulny, któremu przypisuje się również duże znaczenie w nadciśnieniu samoistnym i w dusznicy bolesnej. Skuteczność wycięcia tarczycy w dusznicy bolesnej może tłumaczyć się obniżeniem napięcia układu współczulnego.

Z przedstawionych spostrzeżeń widoczne jest, że wycięcie tarczycy nie leczy zasadniczej choroby serca, co wyraźnie podkreślił Glatzel i nie wpływa nawet wyraźniej na jej rozwój, obniża jedynie tlenowe zapotrzebowanie ustroju dostosowując je do gorszej pracy serca. Po wycięciu tarczycy nie mogą zniknąć zmiany anatomiczne w sercu, a wątpliwe i trudne do stwierdzenia jest, czy przewlekły proces chorobowy w mięśniu sercowym wzgl. osierdziu może ulec zahamowaniu.

Skuteczność zabiegu przejawia się w złagodzeniu wzgl. znikaniu objawów chorobowych niedomogi serca, a co zatem idzie w podmiotowo wyraźnie przez chorych odczuwanej uldze w cierpieniu. Dlatego też nie możemy spodziewać się różnic w wykresie EKG, który pozostaje niezmienny, obraz Rtg serca albo nie ulega zmianie, albo nawet wykazuje znaczniejsze powiększenie wymiaru serca aniżeli przed zabiegiem (może to być objaw podtarczyczności), również ciśnienie krwi nie wykazuje zazwyczaj znaczniejszych różnic w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym.

Przypadki, które zebraliśmy w Klinice Chirurgicznej Lwowskiej dotyczą chorych z wolem zarówno z nadtarczycznością, jak i bez, u których stwierdziliśmy współistnienie choroby serca z objawami mniej lub więcej zaznaczonej niedomogi. U chorych tych wykonano subtotalne wycięcie tarczycy, w Klinice Lwowskiej stosowano zawsze rozległe wycięcie wola z pozostawieniem jedynie cienkiej warstewki mięszu przylegającego do tylnej części torebki.

Spostrzeżenia nasze dotyczą 30 chorych z okresu 8-miu lat, u których oprócz wola stwierdziliśmy klinicznie objawy niedomogi serca i większe dolegliwości podmiotowe, duszność wysiękową i spoczynkową, niemiarowość, bicie serca, obrzęki, których samo wole wzgl. nadtarczyczność nie mogły spowodować. Większość chorych była powodu tych objawów leczona poprzednio zachowawczo z wynikiem słabym albo żadnym.

Musimy tu zaznaczyć, że nie posiadamy materiału chorych, jakim dysponują wymienieni wyżej autorowie, t. j. cierpiących na niedomogę serca i dusznicę bolesną, których po bezskutecznym leczeniu zachowawczym skierowano do zabiegów, a więc takich, dla których choroba serca była wskazaniem do usunięcia tarczycy nawet normalnej. My wykonywaliśmy subtotalne wycięcie tarczycy powiększonej, wola, u chorych z współ-

istniejącą chorobą serca, a dziś kontrolujemy wyniki zabiegu, stan przedmiotowy narządu krążenia i stan przedmiotowy, samopoczucie chorych, w porównaniu z okresem przed zabiegiem.

Ponieważ omawianie kolejno wszystkich przypadków zajęło by zbyt wiele miejsca, przedstawię obecnie w skrócie tylko kilka z pośród naszych przypadków.

1) M. F. Kobieta lat 23. Przed 8 miesiącami angina follic. potem ostre zapalenie wsierdzia, równocześnie zaczęło pojawiać się powiększenie tarczycy. Stan mimo leczenia pogarszał się, zjawiała się duszność, bicie serca, łatwe męczenie się, obrzęki nóg, utrata miesiączki. Pojawił się wytrzeszcz gałek ocznych. Środki nasercowe niemal bez wyniku, pewna poprawa po jodzie; nie może pracować, ostatnio od 6-ciu tygodni przebywa w szpitalu, leży. Serce o wymiarach prawidłowych, nad końcem serca szmer skurczowy, koci mruk, nad tętn. płucną drugi ton akcentowany. Wątroba nie powiększona, obrzęki nóg, tarczyca nieznacznie powiększona, wytrzeszcz gałek ocznych, tętno miarowo 120 na minutę. WR —, RR 132/70. Rtg. serce o konfiguracji mitralnej, o powiększonej lewej komorze i przedsionku. Ekg: nieznaczne cechy uszkodzenia mięśnia sercowego P.S. + 43%.

W lutym 1937 subtotalne wycięcie tarczycy. W przebiegu pooperycyjnym zapaleniu płuc, przy opuszczeniu kliniki, tętno 108 na min. duszność znacznie mniejsza.

Kontrola w dwa lata po zabiegu: serce o prawidłowych wymiarach, nad końcem dwa głucho, ciche tony, wątroba nie powiększona, tętno miarowe 82/min RR 105/75. P.S. — 12 1%. Bicie serca i duszność zupełnie ustały, obrzęki nóg ustąpiły, samopoczucie bardzo dobre, pracuje zawodowo jako urzędniczka.

2) P. M. mężczyzna lat 22. Od 2 lat powiększanie się obwodu szyi. Od pół roku silna duszność wskutek czego nie może pracować. Wole średnich rozmiarów, kyphoscoliosis prawostronna, wymiary serca powiększone, nad końcem pierwszy ton głuchy, zresztą tony czyste, uderzenie koniuszkowe podnoszące, wątroba 3 palce niżej łuku, mocz-, WR-. PS+21%.

W październiku 1933 subtotalne wycięcie tarczycy.

Kontrola 5 lat po zabiegu. Chory nie zjawił się osobiście do kontroli, jedynie przesłał odpowiedź, że nie odczuwa żadnych dolegliwości, nie ma duszności, pracuje zawodowo jako krawiec. Poprawa.

3) T. B. Mężczyzna lat 36. Od półtora roku cierpi na bóle atakowe w okolicy serca, promieniujące od lewej górnej kończyny powodujące drętwienie palców, które unieruchamiają go zupełnie nieraz na kilka dni. Bóle te powtarzają się co kilka lub kilkanaście dni, zwłaszcza po wysiłku fizycznym. W ostatnim czasie zauważył powiększenie się obwodu szyi.

Serce o wymiarach prawidłowych, przysłuchem nad końcem i ujęściami tętn. po 2 słabe słyszalne tony, wątroba nie powiększona WR-, RR 136/84 P.S. + 38% Rtg: poprzeczne ustawienie serca. Ekg: bez odchyleń od normy.

Kwiecień 1937 subtotalne wycięcie prawego powiększonego i lewego prawidłowego płata tarczycy.

Kontrola po dwóch latach: stan przedmiotowy bez zmian, brak nawrotu wola. Podmiotowo: wyraźniejszą poprawę odczuwa dopiero od 3-ch miesięcy po zabiegu, bóle o poprzednim charakterze początkowo pojawiały się, słabsze, i znacznie rzadziej. Obecnie pojawiają się tylko wyjątkowo po silnym zdenerwowaniu, słabe i krótko trwające. Nie obawia się fizycznych wysiłków, chodzi na polowania, do pracy powrócił jako kierownik Ref. Bezp. Popr. niezup.

4) M. N. mężczyzna lat 22. Od dzieciństwa ma zgrubienie szyi od 5-ciu lat odczuwa duszność stale powiększającą się, od roku tak znaczną, że nie może pracować.

Serce w granicach prawidłowych nad końcem wybitny podmuch rozkurczowy. wątroba powiększona, (zwężenie zestawki dwudzielnej). Wole, oba płaty duże, miękkie silnie rozszerzone żyły.

W maju 1929 wykonano niedoszczętne wycięcie tylko lewego płata ponieważ było duże krwawienie i stan chorego w czasie zabiegu wyraźnie pogorszył się. Po zabiegu czuł się nieco lepiej, po 8-miu miesiącach wykonano u niego subtotalne wycięcie prawego płata.

Kontrola po 9-ciu latach wykazuje brak wszelkich dolegliwości, duszność zupełnie ustąpiła, pracuje na roli. Znaczna poprawa.

5. S. W. kobieta lat 41. Od 10 lat zgrubienie szyi, bicie serca potem wytrzeszcz, chudnięcie, poty, drżenie rąk. Po naświetlaniach Rtg. pewna poprawa przez 4 lata. Obecnie objawy te nawróciły, wystąpiła ponadto duszność wysiłkowa i ataki niemiarywości tętna, migotanie przedsionków, trwające po kilkanaście godzin. Nie może pracować, jest lekarzką, ostatnio pozostawała w leczeniu szpitalnym.

Tarczycza miernie powiększona. Serce: powiększenie granic, tony nieco głuche, tętno niemiarowe 108 na min.

Wątroba niepowiększona, Rtg. serce o typie mieszanym i większej komorze lewej. Ekg: cechy nadtarczyczości, brak wyraźnych cech uszkodzenia mięśnia sercowego, pojedyncze skurcze dodatkowe przedsionkowe. P. S. + 25% WR—.

W grudniu 1935 r. subtotalne wycięcie tarczycy.

Kontrola po 3 latach: chora osobiście nie zgłosiła się do kontroli, przesała dokładne wiadomości o swoim stanie zdrowia, jest lekarką. Poprawa po zabiegu występowała powoli, obecnie miewa jeszcze czasami bicie serca, duszność ustąpiła, ustąpiło też zupełnie migotanie przedsionków, pracuje zawodowo. Poprawa.

6) K. T. kobieta lat 38, przed rokiem zapalenie stawów, poczym wystąpiło bicie serca, duszność, nieznaczny wytrzeszcz, utrata wagi, leczona ostatnio w klinice lekarskiej.

Tarczycza wykazuje rozlane powiększenie niewielkiego stopnia. Serce w granicach prawidłowych, nad końcem i słabiej nad ujęciami szmer skurczowy, drugi ton czysty, tętno miarowe 100 na min. Ślady obrzęku na nogach, wątroba nie powiększona Rtg.: serce o konfiguracji pseudo-mitralnej, komora lewa powiększona, łuk tętn. płucnej zaznaczony. P. S. początkowo + 80% po przygotowaniu + 30%.

Kwiecień 1937 subtotalne wycięcie tarczycy.

Kontrola po dwu latach, podmiotowa poprawa, duszność ustąpiła, bicie serca słabsze i tylko po znaczniejszym wysiłku, skarży się na nadmierne tycie: przy wzroście 153 cm. waga 90 kg.

Przedmiotowo narząd krążenia jak poprzednio, obrzęki ustąpiły, P. S. + 10%, znaczna otyłość, lipodystrofia. Ponieważ jednak tętno jest 90 na min. skóra jest cienka, wilgotna przemiana jeszcze - 10%, skłonność do biegunek, nie jest ona spowodowana niedotarczynnością. Poprawa.

7) Z. Z. kobieta lat 45. od dłuższego czasu bicie serca, osłabienie, od roku duszność potem wzmoczona pobudliwość, drżenie kończyn, utrata na wadze, powiększenie szyi. Tarczycza miernie powiększona, rozlana. Serce w granicach prawidłowych, tony głuche, źle oddzielone, szmer skurczowy nad końcem, nad tętn. płucną szmer o charakterze skrobiącym. Tętno miarowe 108 na min. wątroba 2 palce niżej łuku. P. S. +47. Rtg: serce tyreotoksyczne, wypukłony łuk średni. Ekg. nie wykazuje cech uszkodzenia mięśnia sercowego.

Luty 1936 subtotalne wycięcie tarczycy.

Kontrola po 3 latach: przedmiotowo chora wykazuje cechy nie wielkiego stopnia obrzęku śluzakowego, skóra sucha, nalana, gruba, blada. Przybytek na wadze 22 kg. Rtg: serce wskazuje stan jak poprzednio. Ekg. odpowiada niedoczynności tarczycy. Wątroba macalna pod łukiem. P. S. —23 8%, potem —12 3%, wreszcie —3 8%. Chora po zabiegu czuła się znacznie lepiej, ustąpiła duszność i bicie serca. Z powodu objawów niedoczynności tarczycy leczona preparatami tarczycowymi, stwierdzono przedawkowanie i co bardzo charakterystyczne nastąpił nawrót poprzednich objawów sercowych, wystąpiły nawet skurcze dodatkowe, po zmniejszeniu dawek wszystkie objawy najpierw osłabły a obecnie zupełnie uspokoiły się. Poprawa.

8) A. P. kobieta lat 64. Od szeregu lat skarży się na szybkie męczenie się, bicie serca, duszność wysiłkową, była już dwukrotnie operowana, w 1913 i w 1918 r., z powodu wola stale odrastającego.

Po lewej stronie szyi widoczny i macalny lewy płat tarczycy w postaci nieregularnej wyniosłości złożonej z kilku guzków wielkości orzechów włoskich. Serce o wymiarze poprzecznym nieco powiększonym. Nad końcem podmuch skurczowy, drugi ton czysty. Wątroba niepowiększona. Rtg: przerost komory lewej znacznego stopnia.

Wrzesień 1934 wyluszczone przerosłe reszki lewego płata tarczycy.

Kontrola w 4,5 roku po zabiegu. Podmiotowo: samopoczucie lepsze, aniżeli przed ostatnim zabiegiem, nie męczy się, nie ma duszności i bicia serca, pracuje w domu (Popr.)

Przedmiotowo stwierdza się brak nawrotu wola, pogorszenie stanu narządu krążenia jako wyraz postępowania samej choroby serca, powiększenie wymiaru serca, objawy zastojów żylnych w dolnych partiach płuc, powiększenie wątroby, obrzęki nóg nie dużego stopnia, RR 188/105. Szmer skurczowy nad końcem serca, nad ujściami tętn. i podstawą pierwszy ton nieczysty, drugi ton głośny.

U tej ostatniej chorej zachodzi przypadek paradoksalnej podmiotowej poprawy, mimo pogorszenia stanu narządu krążenia. Wycięcie subtotalne tarczycy nie wpłynęło na zahamowanie procesu chorobowego serca.

Przy kontroli stanu przedmiotowego chorych stwierdziliśmy, że stan serca naogół nie ulega zmianie, objawy przysłuchowe utrzymują się, obraz Rtg i Ekg nie wykazuje wyraźniejszych różnic w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym. (Wydatną pomoc przy kontroli chorych i wiele cennych spostrzeżeń zawdzięczamy st. asyst. Klin. Chor. Wewn. Lwowskiej Dr. B. P e t r y ń s k i e m u).

Przemiana materii stale ulega obniżeniu i najlepsze wyniki są u tych chorych u których P.S. osiąga minusy od -3% do -20% , w kilku takich przypadkach stwierdzono wyższy poziom cholesteryny we krwi, co może również oprócz P.S. służyć jako miernik obniżenia czynności tarczycy. Te badania były w Klinice Lwowskiej wykonywane na dużym materiale i będą ogłoszone (K o c z o r o w s k i).

Ocenę wyników opieramy na samopoczuciu chorego, na podmiotowym określeniu swego stanu przez samego chorego.

Na 30 przypadków, znaczną poprawę, tzn. brak wszelkich dolegliwości podmiotowych, wykazało 11 chorych, 36% , częściową poprawę, tzn. złagodzenie wzgl. niepełne ustąpienie dolegliwości 13 chorych, 43% . Brak poprawy w 3 przypadkach w 1 nawet pogorszenie, 10% . Jeden przypadek śmierci pooperacyjnej wśród objawów ostrej niedomogi serca. Na sekcji stwierdzono: przewlekłe zapalenie wsierdza, niedomykalność zastawki dwudzielnej, przerost i rozstrzeń całego serca, zastój żylny wszystkich narządów mięszzowych

Jeden chory zmarł w rok po zabiegu — przyczyna śmierci nieznana.

Wyniki nasze przedstawiają się cyfrowo nieco lepiej od wyników podawanych przez innych autorów, co tłumaczymy sobie tym, że za wyjątkiem kilku, nie mieliśmy tych skrajnie ciężkich przypadków, co inni.

Dwie chore ze znaczną niedomogą serca były operowane przed miesiącem, wynik bezpośredni jest zadawalający, jednak ze względów na krótki czas obserwacji musimy wstrzymać się z oceną.

Ze spostrzeżeń nad naszymi chorymi wynika w pierwszym rzędzie że schorzenie serca z objawami niewyrównania, po należyтым leczeniu zachowawczym i odpowiednim przygotowaniu nie jest przeszkodą do operacji wola, nawet przeciwnie, ta choroba serca może być wskazaniem do subtotalnego wycięcia tarczycy.

Nie mamy możliwości porównania naszego materiału z wynikami po doszczętnym wycięciu tarczycy. To jednak co wiemy z fizjologii o tarczycy, nie skłania nas do próbowania wycięcia całkowitego tarczycy, mimo, że doniesienia wielu autorów są bardzo zachęcające, pytanie jednak czy nie są zbyt optymistyczne.

Wyniki nasze są wcale zadawalające po subtotalnym wycięciu tarczycy, a co najważniejsze są trwałe, najdłuższy okres obserwacji wynosi 8 lat, a najkrótszy 2 lata,

Ten sposób, tzn. wycięcie subtotalne, ma tę wyższość, że można go stosować i u osób młodych, jest technicznie łatwiejszy, nie naraża chorego na możliwość wystąpienia obrzęku śluzakowego i daje znacznie większą gwarancję nieuszkodzenia ciałek przytarczycznych i nerwu krtańowego dolnego.

Chirurgia gruczołów dokrewnych zyskuje coraz większe pole działania i zaufania, zaś chirurgia gruczołu tarczycowego najwcześniej to pole zdobyła (choroba Basedowa). Wyniki leczenia schorzeń serca wycięciem gruczołu tarczycowego, znane są w Polsce szerokiemu ogółowi lekarzy raczej z piśmiennictwa, sądzymy więc, że dobre wyniki przedstawione po raz pierwszy przez Glatzla, a obecnie w naszej pracy, powinny być zachętą do stworzenia szerszej płaszczyzny porozumienia między lekarzami chorób serca a chirurgami.¹⁾

¹⁾ Praca powyższa ma za podstawę referat wygłoszony na Zjeździe chirurgów polskich we Lwowie w kwietniu 1939 r.

S U M M A R Y

After reviewing the literature of the cardiac diseases treated by thyroidectomy, the authors come to the conclusion that two groups of heart diseases are most suitable for the surgical treatment:

1. Chronic heart failure in adults which either responds to the usual conservative treatment only temporarily or do not show the improvement hoped for.

2. Uncomplicated cases of coronary diseases with symptoms of angina at rest or angina of exertion.

There are not a few authors whose indications are wider and cover also those diseases which are usually treated by the operations performed on the suprarenal — sympathetic system.

Contra — indications for thyroidectomy are acute cardiac diseases in adolescents, progressing syphilis affecting the vascular system, advanced arteriosclerosis, renal impairment (cirrhosis), structural diseases of the heart and cardiac diseases not responding to the usual treatment at all.

The result of the surgical treatment depends largely on the method of operation and on the amount of removed thyroid tissue. In this respect both authors prefer the subtotal thyroidectomy on the ground of their own experience and of the literature. They maintain that this method is safer physiologically and easier technically and that the thyroid tissue left after the operation eventually undergoes atrophy ensuing after the ligation of vessels.

The results of the surgical treatment in heart failure are based on the subjective feeling of the patient himself; they are said to be very good in 35%, good in 25% to 40%; there is no change in 7% to 20% and this appears to be the result of unsuitable indications. The mortality rate is 15%.

The results are better in angina pectoris.

The explanation of the improvement in cardiac diseases taking place after the surgical treatment remains still unsatisfactory and can be interpreted in two ways:

1. Thyroidectomy either reduces the basal metabolic rate and thus the work of the heart is better adapted to its needs.

2. Besides the lowering of the metabolic rate, both the heart and the vessels are free from the toxic effect of thyroxine which is said to sensitize the human body to adrenalin (suprarenal—thyreoid correlation). Thus the thyreoidectomy has again no influence on the heart itself but it adapts the conditions for the hearts work. After the operation the patients feel better but on the whole the electrocardiogram, the blood pressure and the heart diameter show no change.

These observations made by different authors are in accord with the experience of both authors at the Lwów's Clinic based on thirty cases with goitre operated upon in the last eight years.

In these patients besides the presence of non toxic goitre (parenchymatous, cystic, adenoma, colloid) the decompensation of the heart and the subjective symptoms connected with it but which could not have been attributable to the goitre, were diagnosed. The majority of the patients was treated with medical therapeutic measures but the results were unsatisfactory. There were no patients with normal thyreoid gland operated upon on the grounds of cardiac disease.

In all thirty cases the subtotal thyreoidectomy was performed and the late post-operative results were followed up and compared with the pre-operative condition.

There was no material change of the heart condition on electrocardiographic and X-Ray examination neither on auscultation. The cases with the best improvement showed in the post operative course lower basal metabolic rate varying between minus 3 per cent. to minus 20 per cent. with coexisting lowered blood cholesterine.

The estimation of the results is based on the subjective feeling of the patients and the „very good“ and „good“ results are illustrated by eight most characteristic case reports. In thirty cases there were eleven cured, thirteen improved two without improvement and one was worse. One died during the post-operative course from acute heart failure and one died one year after the operation from unknown cause. Two cases were too recently operated upon to be followed up.

C o n c l u s i o n s .

1) The heart failure is not a contra-indication for the surgical treatment of goitre. On the contrary it may be an indication for thyreoidectomy.

2) Subtotal thyreoidectomy in certain cardiac diseases with coexisting non toxic goitre has a safe physiological base it is easy from the technical point of view and it is followed by a long lasting improvement. In this procedure the post operative myxoedema is less probable and the damage done both to the parathyreoid glands and the recurrent laryngeal nerve are less likely to occur.