proLékaře.cz | 26.4.2024

Jak to bylo na neurochirurgii ve Střešovicích před 50 lety?

Profesor Kunc byl dobře stavěný pán středního vzrůstu, s pěkně utvářenou hlavou a příjemnou přirozenou mimikou. Jeho gestikulace byla úsporná, řeč výmluvná, a když popisoval svoje zážitky, až naléhavá. Při promluvě na veřejnosti, a to bylo časté a často nepřipravené, vždy našel vhodná slova. Nechyběl smysl pro nadsázku a dávka herectví. Na sjezdu v Karlových Varech, někdy kolem 1965, uvedl přednášku o zanedbané péči o paraplegiky. Parafrázoval Emila Zolu v jeho obvinění prezidenta Napoleona III. v aféře Alfréda Dreyfuse, kde Zola každou větu začínal „J'accuse!" Kunc neomylně zvolil logo naléhavé, ale nikoliv urážlivé, nebo dokonce politicky neúnosné. Každou větu přednášky zahajoval „Žaluji!" a žaloval nedostatek akutní péče, dlouhé čekací lhůty do rehabilitačních zařízení, malý zájem státu, lhostejnost veřejnosti.

Na kliniku jsem nastoupil 1. dubna 1969.

Začínám svoji zprávu popisem prof. Kunce, jak jsem ho já viděl, když mi bylo 38 a jemu 60. On byl představitelem kliniky a nás všech. Zatímco k většině ostatních byl můj vztah přátelský nebo kolegiální, k prof. Kuncovi byl uctivý. Bylo to přirozené už tím, že podobně se chovali všichni. Profesor byl hodně komunikativní, ale všem kromě doc. Beneše vykal. Všichni byli ve shodě, že operoval dobře, tak dobře jako on by to asi jiný nedovedl. Nebyla to však jeho chirurgická dovednost, která vedla k příznivému oceňování jeho osobnosti, ale způsob jeho chování, které bylo ve všech situacích, jichž jsem byl svědkem, v každém případě, ve styku se všemi osobami, pozitivní. Nedalo mu to moc úsilí: všechny imperializmy mají dočasné trvání, politické přizpůsobení pro zdar kliniky bylo nutné. To bylo pro nás, jeho lékaře, nanejvýš důležité. Měl široká záda. Každým rokem mu přibývalo příznivců a s ním se vezla i klinika. Bolševický režim ani nemohl jinak než si ho považovat: každou chvíli byla nějaká bolševická celebrita nechirurgicky nemocná. Na klinice odnesl normalizaci vlastně jen doc. Beneš, otec dnešního přednosty, který nepodepsal souhlas se vstupem Střední skupiny vojsk.

Ráno jsme začínali v 7:00, jako nyní. Kdo měl pokoje, šel na vizitu, V 7:30 jsme se sešli v knihovně staré budovy, obdélníkové místnosti s dlouhým stolem, na hlášení. Stůl byl v ose místnosti, v čele seděl profesor, za ním bylo velké okno. Pro ty, co seděli na druhém konci stolu, to byla trochu jevištní podívaná, protože mu nebylo dobře vidět do tváře a proti oknu vystupovala jeho silueta skoro jako duch v Hamletovi.

Bylo nás devět; po profesorově pravici seděli v hierarchickém pořadí doc. Beneš, doc. Vladyka, doc. Šourek a poslední já, po levici doc. Fusek, Eda Zvěřina, Eugen Daněk a Mirek Metelka. Nedlouho po mně přišel Franta Tovaryš a ten usedl proti profesorovi v opačném čele stolu.

Ti, co byli po službě, referovali. V noci se operovalo málokdy, nejspíš, ale naštěstí vzácně, pro pooperační komplikace, krvácení. K revizi rány vedl klinický stav. Záleželo na vitálních funkcích a na stavu vědomí, CT ještě nebylo.

Nočních příjmů nebylo moc. Traumata, hlavně akutní subdurální hematomy a řezná poranění periferních nervů, zajišťovaly okresní a krajské nemocnice. K nám byli přiváženi akutně vzniklí paraplegici a kvadruplegici.

Soudobá doktrína velela k okamžité dekompresi míchy. Poraněný byl operován na břišním rámu obracecího lůžka ze zadního přístupu, v místním znecitlivění. Několik týdnů zůstával na klinice, k prevenci proleženin po čtyřech hodinách otáčen z břišního rámu na zádový.

V celém souboru standardně přijímaných nemocných vysoce převažovaly výhřezy L4–L5, L5–S1, jak je to na všech neurochirurgiích. Pozoruhodně nízký byl počet nemocných s příznaky degenerací krční páteře. Těch začalo přibývat ve zřejmé souvislosti s rostoucím počtem osobních počítačů. Těžko si představit, že by někdo pracoval na počítači, aniž by měl hlavu neustále v předkyvu a předklonu a nepoškozoval C5–C6.

Po náročnější operaci byl nemocný převezen na pooperační pokoj. Ten měl pět lůžek, nad lůžkem visel monitor vysílající tepovou frekvenci. Ostatní funkce byly měřeny samostatně, ručně, i krevní tlak. Byl tam jeden lékař, sestry byly ve dne tři, v noci jedna. Když byla nízká saturace, byla indikace k orotracheální intubaci nebo tracheotomii. Když byly příznaky dušení, byl zapnut ventilátor, který měl ovladatelnou regulaci kyslíku, ale neměl zpětnou vazbu, nemilosrdně vháněl vzduch do plic. Nebyl režim podpůrného dýchání. Jednotlivá inspiria vydávala zdaleka slyšitelný hekavý zvuk, podle jednoho hitu Ringo Čecha nazývali jsme přístroj „njatatá". Ne všichni nemocní opustili „njatatá" živí. O systému intenzivní péče se teprve začínalo jednat a nebyla v té věci všeobecná shoda. Na sjezdu v Žinkovech jeden radikální účastník uvedl, že když budou sestry o pacienty intenzivně pečovat, nebudou nutné žádné jednotky intenzivní péče.

K věhlasu kliniky významně přispívala úspěšnost diagnostiky a klipsování aneuryzmat. Tou dobou byla už přímo píchaná karotická i vertebrální angiografie zavedenou metodou, a tak v případě, že byl přivezen nemocný, který utrpěl náhlou krutou bolest hlavy a v lumbálním moku byla krev, byl povolán radiolog dr. Bret. Ten, pokud pacient ještě nepřišel s Ag, přesnou diagnózu zařídil. V době 1965–1970 bylo u nás operováno 150 nemocných s rupturou vakovitého aneuryzmatu, přibližně 30 za rok. Skoro všechny operoval profesor.

Stálou konkurencí střešovické kliniky byla klinika královéhradecká. V některých ohledech měla až příznaky soupeření. Jestliže prof. Kunc se zdarem operoval 30 aneuryzmat na přední komunikantě, prof. Petr jich operoval už 31. A jestliže prof. Petr udělal u neuralgie trigeminu už 20 Sjoequistů, prof. Kunc v diskuzi na sjezdu oznámil, že už jich má 40.

Bylo to soupeření podnětné, v konferenčním prostředí až radostné, skoro očekávané a vítané.

Po svém pařížském školení doc. Vladyka provedl první stereotaktické operace. Neznám všechny obtíže, které musel překonávat, to už bylo před mým příchodem, ale jen konstrukce rámu, který u nás nebyl koupen, ale vyroben, musel být problém. Fascinující byl efekt, který měla maličká koagulace několika mm^3 v subthalamu na parkinsonský třes. Ruka nemocného, kterou držel v předpažení, se ve vteřině zklidnila. Po poučení, že mnoho obstrukčních hydrocefalů, znemožněných dětí a nešťastných matek vznikne proto, že stenóza mokovodu způsobí v postranních komorách městnání, vedl

proLékaře.cz | 26.4.2024

dr. Breta k penetraci mokovodu polyetylénovou cévkou z přístupu přes čelní roh a III. komoru k uvolnění průtoku a úžasným úspěchům. Profesoři pediatrie se u nás jednou sešli a shodli se, že to je na Nobelovu cenu. Jiří Bret na to nebyl, ani na tituly, ani na ceny, bavila ho práce. Ještě víc ho bavilo starat se o lesní zvěř. Za několik let po mém příchodu přišel první operační mikroskop. Jeho využití bylo okamžité: Fusek (tehdy docent) s mikroskopickým přehledem uvolňoval krční páteř z předního přístupu podle Clowarda, Eda Zvěřina začal sešívat přerušený nerv po jednotlivých fascikulech. Profesor mikroskop nepoužíval, operoval i AV malformace s pomocí binokulární lupy. Jak jsem se zmínil, nebyly vhodné kontrastní látky, byly nahrazovány vzduchem: pneumoencefalografie podporovala diagnózu tumoru v zadní jámě podle případného posunu IV. komory. Pneumoperimyelografii byla dávána přednost před škodlivým lipiodolem. Až přišel František Tovaryš a začal nesporný průkaz výhřezu meziobratlové ploténky Conrayem. V mnoha ohledech byla střešovická neurochirurgie jedinečná, velmi úspěšná, a to i v době, o které pojednávám. Vědělo se o nás i venku. Evropský neurochirurgický kongres v Praze 1971 měl obrovský úspěch.

Ani klinická neurofyziologie nebyla výjimkou. Těsně před mým příchodem emigroval do Švýcarska doc. Škorpil, dřívější dlouholetý pracovník Fyziologického ústavu Akademie. Vyšetřoval rychlost vedení periferních nervů, napsal o tom dávno před Kimurou krásnou knížku. Technické podmínky pro elektrofyziologii nebyly nejlepší. I jednoduché vyhledávání n. VII při operacích schwannomu (při tehdejší nomenklatuře neurinomu) bylo zatíženy vším možným rušením. Sály nebyly elektricky izolovány a ani přístroje neměly potřebné vnitřní stínění. Vždyť ještě nedávno byla pro EMG nutná drátěná Faradayova klec, objevil jsem ji pak jednou na půdě střešovické nemocnice. Nebyl více deprimující pocit než intraoperační neúspěch při monitoraci. Teprve za delší dobu jsme dostali EMG s paměťovou obrazovkou. Tenkrát mne uvedl profesor na Státní plánovací úřad a vysvětloval jsem tam, jak je pro záchranu zdraví občanů socialistické republiky důležité zprůměrnění elektrické stimulační odpovědi. Jako první v republice jsme pak díky tomuto zařízení, ale s obvyklou socialistickou latencí, zavedli intraoperační lokalizaci arey pro ruku v centrální rýze.

Každý z nás desíti, o 10 let později už 15 (Plas, Urgošík, Haninec, Houšťava, Pěkný), měl svoji vlastní anamnézu, vzdělání každého pozůstávalo z přečtení jiných knih, z poučování jinými učiteli, ze setkávání s jinými odborníky, každý měl jinou vnímavost a jiné ambice. V této vzdělané a sečtělé malé společnosti nebylo možné, aby nevznikaly situace s vnitřním třením způsobující jednotlivá interpersonální napětí. Když to dneska posuzuji, vzniklé konflikty nevedly k vzájemnému nepřátelství a nakonec byly spíše k prospěchu společné věci.

Celá československá medicína trpěla nedostatkem peněz, techniky a kontaktů. Boj za mír byl drahý, bylo nutné vyrobit a dodat tři migy denně. Co se dělo jinde, jsme viděli jen průzorem, který dovolovala strana. Dovážené časopisy nemohly nahradit osobní zkušenost. Jen některým se podařilo ji kratším nebo i delším pobytem v zahraničí získat.

Před mým příchodem odešel z kliniky dr. Malý, miláček paní a dívek. Položil základy neurochirurgického oddělení v Ústí na Labem. Byl to prý vynikající praktik, který si v každé operační situaci rychle věděl rady. Odešel dr. Mraček, zakladatel oddělení v Plzni. Oba měli v novém prostředí problémy, brali chirurgům a ortopedům práci. Stále ovšem trval tlak neurologů na střešovickou neurochirurgii.

Neurologové přicházeli každý pátek po 9. hod do naší knihovny s nabídkou. Po 9. hod proto, že časné páteční ráno bylo obsazeno tenisovou čtyřhrou. Profesor zařídil v létě kurt na Dukle, v zimě v hale na Klamovce. Střídali jsme se: Beneš, Vladyka, Fusek, Tovaryš a já, nejlíp hrát tenis uměl Franta Tovaryš, proto většinou hrál s profesorem on. Vrátili jsme se, posadili se na svá obvyklá místa v knihovně a vyslechli nabídky. Neurolog rozvěsil snímky na prohlížečce, kde bylo místa dost i pro jejich větší počet, my jsme, když šlo o výhřez, zůstali sedět a jen otočili hlavu, a když šlo o malou výduť na AComA, přistoupili k obrazovce a vedli řeči. Mezitím kolega z neurologie uvedl klinický stav a dostal termín k operaci. Termíny nebyly dlouhé, mozek několik dnů nebo zadní jáma s konusovými příznaky ihned, výhřez nejvýš několik týdnů. Zůstává záhadou, jak i při rozmnožení pracovišť a větším počtu lůžek trvá dnes obsazenost nejen naší kliniky, ale i ostatních neurochirurgií a prodlužují se termíny.

Když byli všichni neurologové spokojeni, šli jsme na chodbu k sálu, první dveře vpravo, Hanka, Věra, Vlasta nebo Marie udělaly kafe a Vladimír řekl nový vtip. Pořád jsme jen nepracovali. Čas od času jsme měli schůzi s divadelním programem v barokním sklepě premonstrátů ve strahovském klášteře, bylo to tam jednoduché a nádherné. Dneska už je všechno jinak: jde se tam dolů po červeném koberci, po stranách na stupních schodiště planou noblesní svíčky a číšníci ve fracích chodí s levou rukou za zády.

prof. MUDr. Lubor Stejskal, DrSc., 85 let, 56 let šťastně ženatý, chovatel ovcí Suffolk, sběratel starých hrnků Petrohrad a Sevres

prof. MUDr. Lubor Stejskal, DrSc.