

Clinica Medicală Nr. 1 (cond.: prof. Pál Döczy, doctor în științe medicale)
și Clinica chirurgicală (cond.: conf. Zoltán Pápai) din Tg.-Mureș

REZULTATE OBTINUTE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STENOZEI MITRALE

(În legătură cu 30 de bolnavi operați)

*Coman Wilhelm Kund, Zoltán Csizér, Endre Horváth, Tibor Maros,
Kornel Markus, Zoltán Pápai*

Dintre leziunile valvulare ale inimii primul loc în ordinea frecvenței îl ocupă afecțiunile valvei mitrale, care, potrivit datelor publicate de *Lepeskin* (pe 1.024 de observații necroptice) reprezintă 86% din totalul leziunilor valvulare. Trebuie să notăm că din această proporție ridicată, așa-numitele vicii mitrale combinate constituie 29,2% și numai 5% cazurile de stenoză a orificiului atrioventricular. Progresele realizate

atit în domeniul anesteziei și resuscitării cardiace, cit și în acela al măiestriei chirurgicale, au făcut ca astăzi să se deschidă perspective foarte încurajatoare în tratamentul stenozelor mitrale ce păreau înainte nerezolvabile sub aspect terapeutic.

Intrucit bolile aparatului cardiovascular prezintă în toata lumea o importanță din ce în ce mai mare, înfuntarea unei secții de chirurgie cardiacă a devenit actuală și în orașul nostru.

Cițiva ani în șir, membrii colectivului nostru au studiat experimental problemele chirurgiei cardiace. După ce și-au însușit cunoștințele teoretice necesare, perfecționarea clinică au dobândit-o la spitalul Colțea din București, în cadrul secției de chirurgie cardio-toracica, de sub conducerea acad. prof. Hortolomei. În urma asigurării condițiilor obiective, am putut executa și la Tg.-Mureș primele intervenții pe cord, în martie 1957. Exprimăm și pe această cale mulțumirile noastre tov. acad. Hortolomei, pentru rodnicul ajutor personal ce ni l-a dat, tov. ministru S.P.S. Voinea Marinescu, și tov. profesori Bazil Teodorescu și Th. Burghelc, pentru posibilitatea pe care au oferit-o în repetate rânduri colectivului nostru de a-și îmbogați pregătirea de specialitate și a face schimbul de experiențe cu clinicile din capitală.

Tinărul nostru colectiv de muncă își exprimă mulțumirea și recunoștința față de partid și guvern care au creat posibilități de dezvoltare chirurgiei cardiace și în orașul nostru.

Comunicarea noastră cuprinde experiența pe care am dobândit-o în cursul celor 30 de operații cardiace executate începind din martie 1957. La stabilirea indicației operatorii am luat drept bază clasificarea lui Bakulev, Bailey, Lewis și Dexter, care împarte bolnavii suferind de stenoză mitrală, în cinci grupe, după rezistența din circulația mică și gradul stricturii orificiului mitral. Această clasificare însă nu trebuie să se aplice rigid, deoarece între unele grupe sînt posibile și forme intermediare.

Trei dintre cazurile operate de noi aparțin grupei a II-a (10%), 17 grupei a III-a (56.6%) și 10 grupei a IV-a (33.4%). Nu am operat nici un bolnav care pe baza examenelor funcționale enumerate mai jos, să fi aparținut grupei a V-a, deoarece în astfel de cazuri orice intervenție chirurgicală e sortită eșecului. La 17 bolnavi am descoperit în antecedentele personale un proces reumatismal, la 2 bolnavi o maladie reumatismală asociată cu scarlatină, la 1 bolnav tot o maladie reumatismală asociată cu difterie și scarlatină, iar la 9 bolnavi amigdalite repetate. La un singur bolnav nu am putut stabili etiologia afecțiunii. Bolnavii noștri au prezentat în proporție de 75% posibilitatea unei infecții de focar de origine nazo-faringeană și dentară.

După vîrstă și sex, repartitia bolnavilor e următoarea:

Vîrstă	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	Total
Bărbați	—	3	—	—	1	4
Femei	4	8	9	5	—	26

Datele de mai sus arată preeminența covîrșitoare a femeilor, fapt care concordă cu constatările rezultate din cele mai răspindite cifre statistice, potrivit cărora stenoza mitrală e în primul rînd o afecțiune a sexului feminin.

Dintre cei 30 de bolnavi, 8 au avut stenoză mitrală pură, 16 stenoză și insuficiență mitrală, iar unul stenoză și insuficiență mitrală, asociate cu insuficiență aortică. La 5 bolnavi, pe lingă stenoza și insuficiența mitrală a fost prezentă o fibrilație atrială, la 2 bolnavi am descoperit în antecedente o embolie (unul dintre ei fiind hemiplegic în ziua operației). În toate cazurile tabloul clinic a fost dominat de consecințele stricturii orificiului, iar obiectivul intervenției chirurgicale a fost remedierea acestora.

În caz de fibrilație atrială, ne-am străduit în perioada de pregătire preoperatorie să reducem pulsul la sub 100 de bătăi pe minut și să prevenim eventualitatea complicațiilor embolice, administrând bolnavilor anticoagulante.

Dintre cazurile noastre de stenoză mitrală asociată cu fibrilație atrială și embolie — deci mai puțin favorabile în ce privește suportarea traumatismului operator — merită să fie relevat acela al bolnavului N. A. în vîrstă de 51 de ani, cu mai multe decompensări și hemiplegii. În ultimii 12 ani a avut de 5 ori embolie, suferimî de fibrilație atrială de 10 ani. După un tratament de 6 săptămîni ne-am decis să executăm o intervenție ce părea riscantă și nesigură. Nu am găsit trombi intraoperatorii nici în auricul și nici în atriu. Am lărgit orificiul îngust și rigid executînd o diluție bilaterală totală. Bolnavul a suportat bine traumatismul, iar după operație nu s-a produs nici o complicație.

Cazul acesta constituie o ilustrare a faptului că după o pregătire preoperatorie corespunzătoare, comisurotomia poate fi executată cu succes și în cazurile complicate, aplicînd o tehnică menajantă și circumspectă. Trebuie să notăm însă că fibrilația atrială solicită întotdeauna din partea chirurgului o prudență deosebită, și în vederea executării cu succes a intervenției e nevoie să combatem cu toate mijloacele posibile tulburările de ritm.

Am operat o femeie (V. A.) de 22 de ani, gravidă în luna a treia. Cu trei ani în urmă, fiind gravidă în luna a șaptea, prezentînd o puternică hemoragie uterină a avortat. După executarea comisurotomiei în timpul celei de a doua sarcini, bolnava a născut în condiții normale, un copil de 4 kg, părăsind maternitatea după 8 zile de la naștere și alăptînd sugarul la sin. Se prezintă la control din 3 în 3 luni, se simte bine și își poate îndeplini munca profesională (e învățătoare) fără greutate.

Credem că acest caz merită să fie reținut, deoarece o părere definitivă în legătură cu judiciozitatea executării comisurotomiei în timpul gravidității nu s-a formulat decît în ultima vreme. Se știe că graviditatea impune inimii cu stenoză — care și altminteri e solicitată — un plus de efort. Paralel cu avansarea gravidității, crește progresiv și efortul. Avortul tardiv și nașterile premature sînt deseori însoțite de hemoragii abundente, iar dacă mama suportă sarcina normal, atunci eforturile inerente nașterii pot să ducă la o epuizare completă a inimii. Potrivit părerilor în general acceptate, graviditatea nu mai constituie azi o contraindicație în comisurotomie. Intervenția se poate executa în primele luni de graviditate, fără nici un risc, slujindu-se astfel atît interesul mamei cit și al fătului.

În ceea ce privește rezultatele examenelor fizice ale bolnavilor noștri, dorim să stăruim deocamdată asupra suflului sistolic, dat fiind că în practică intensitatea acestuia e socotită drept semnul care indică gradul de insuficiență mitrală. E important să menționăm că înainte de operație am constatat prezența unui suflu sistolic la vîrf mai accentuat, la mai mulți bolnavi care cu ocazia intervenției au arătat că au o stenoză pronunțată și o insuficiență mitrală ușoară. Dar nu-i mai puțin adevărat că am observat și contrariul, insuficiența accentuată ce s-a constatat cu ocazia intervenției, manifestîndu-se preoperator prin sufluri sistolice discrete abia perceptibile.

Studiînd minuțios cazurile urmărite, și noi am ajuns la concluzia că nu există întotdeauna paralelism între gradul de strictură a orificiului și de insuficiență mitrală pe de o parte, și intensitatea suflului sistolic la vîrf pe de altă parte. Astfel, dintre 19 bolnavi la care s-a stabilit semnul auscultatoric al suflului sistolic la vîrf, cei mai mulți au avut o strictură a orificiului de 1 cm² (sau mai mică), în timp ce regurgitația dinspre ventricul s-a observat numai în cîteva cazuri. La peste 50% dintre bolnavi, suflu sistolic a persistat timp de 6—12 luni după efectuarea comisurotomiei, nemicsorîndu-și intensitatea decît rareori. În nici unul dintre cazuri nu s-a constatat după operație intensificarea suflului sistolic — sau instalarea acestuia, dacă în prealabil a lipsit. Acest lucru pare a fi important pentru aprecierea eficacității intervențiilor noastre, știîndu-se că intensificarea sau instalarea postoperatorie a suflului sistolic e socotită în general ca un semn nefavorabil.

Constatări similare am făcut și în legătură cu suflul presistolice și uruitura diastolică la vîrf, care, după unii ar fi un semn concludent al stenozei mitrale accentuate. Dintre bolnavii noștri, la 26 am găsit uruituri diastolice, iar la 4 suflu presistolice. Paralelism între intensitatea uruiturii diastolice și gradul stenozei stabilit în timpul operației, nu am constatat decît în cîteva cazuri. De cele mai multe ori, intensitatea uruiturii diastolice la vîrf, nu s-a dovedit a fi o indicație precisă cu privire la aprecierea gradului de îngustare. Rezultă deci că uruitura diastolică, deși constituie un semn diagnostic valoros, e mai puțin proprie pentru aprecierea gradului de dezvoltare a stenozei.

La examenele de control efectuate după 6 și 12 luni de la executarea comisuromiei, am constatat că intensitatea uruiturii diastolice a scăzut în 19 cazuri, a rămas neschimbată în 3 cazuri și s-a accentuat ușor în 2 cazuri.

După cum era de așteptat, operația a fost mai eficientă în cazurile în care intensitatea uruiturii s-a atenuat în comparație cu cea constatată la examenul preoperator.

Cu ocazia examenelor de control efectuate după 6—12 luni de la executarea intervenției, am observat că dedublarea zgomotului al II-lea la vîrf a rămas neschimbată în toate cazurile, iar accentuarea zgomotului al II-lea la pulmonară a dispărut complet în 20 de cazuri, s-a atenuat sensibil în 3 și a rămas neschimbată într-un singur caz.

La examenul E.K.G., 17 bolnavi au prezentat o hipertrofie ventriculară dreaptă și 22 un „P” mitral. Așa cum s-a stabilit cu ocazia intervenției, gradul de stenoză al celor 17 pacienți suferind de HVD a variat între 0.60—1.20 cm². Semne E.K.G. indicînd tulburări de repolarizare am găsit la 6 bolnavi, mai ales la cei care au avut și o fibrilație auriculară.

În cele mai multe cazuri, nu am reușit să stabilim paralelism între ameliorarea clinică postoperatorie și curba E.K.G.

La examenul radiologic pe care l-am completat cu ortodiagramă, am găsit în marea majoritate a cazurilor profilul cardiac specific stenozei mitrale: bombarea arcului mijlociu stîng, extinderea umbrei atriale în spațiul retrocardiac, ventriculul stîng mic, imagini de stază pulmonară, bombarea conului pulmonar etc. De obicei, după cîteva luni de la executarea comisuromiei, semnele stazei pulmonare dispar. În schimb am observat că dilatarea atriului stîng a persistat luni de-a rîndul după intervenție, și numai în cîteva cazuri a cedat într-o mică măsură, după un an sau chiar mai mult.

În afară de examenele amintite mai sus, am efectuat explorări spirometrice în vederea stabilirii stării funcționale a plămînilor.

După interpretarea rezultatului examenelor funcționale și de laborator, membrii colectivului nostru au discutat în fiecare caz aparte problema necesității intervenției chirurgicale. La fixarea indicației operatorii și a termenului de executare a operației, am acceptat drept criteriu decisiv faptul că procesul reumatismal să fie într-o fază inactivă și să fi trecut cel puțin șase luni de la ultima exacerbare a lui. Lăsînd la o parte cazurile excepționale, acest criteriu concordă cu punctul de vedere unanim acceptat în literatură.

Ca tratament preoperator am aplicat: repaus la pat, digitalizare, vitaminoterapie, sedative și anticoagulanți. Am acordat o atenție deosebită decelării și asanării focarelor de infecție. Durata tratamentului preoperator a variat de la caz la caz în funcție de timpul cît a fost necesar pentru a se produce ameliorări în starea fiziopatologică a bolnavului, ca urmare a repausului la pat și a tratamentului medicamentos. Grație unei observații stăruitoare, unei îngrijiri conștiincioase și unui tratament minuțios, am reușit ca unii bolnavi ce păreau la început inoperabili să prezinte o stare care a permis executarea intervenției în condiții bune. Pregătirea preoperatorie are de multe ori un rol decisiv.

Dilatarea orificiului mitral și secționarea lui le-am executat sub narcoză prin intubație. Nu am comunicat niciodată bolnavilor ziua cînd se va executa intervenția. De aceea cu cîteva zile înainte de operație le-am administrat i. v. glucoză, pentru ca

În dimineața intervenției, injecția de evipan dată ca bază narcotică să nu provoace nici o bătăială din partea pacientului. Bolnavul astfel anesteziat cu evipan, a fost transportat apoi în sala de operație, și după ce i-am administrat i. v. 7—15 mg de tubocurarin și i-am pulverizat gâtul cu cocaină, am procedat la introducerea canulei traheale servindu-ne de oglinda exploratoare.

Am continuat anestezia administrând eter și amestec de gaze N_2O-O_2 , după metoda circuitului Sword sau Waters. Am urmărit activitatea inimii pe un ecran electrocardioscopic, înregistrând mereu în timpul intervenției tensiunea arterială. Dozarea celorlalte medicamente (pronestyl, sparteină, atropină, hydergin, hexametonină, $CaCl_2$, C, vitamina B₁ și B₂) am făcut-o de la caz la caz, în diferite compoziții, ținând seama de modul în care s-au modificat circulația, respirația și sensibilitatea teritoriilor reflexogene. De fiecare dată am avut la îndemână defibrilatorul electric, confecționat de unul dintre noi (Maros).

Toracotomia am executat-o printr-o incizie pe traiectul spațiului IV. intercostal. Cu excepția unui singur bolnav, la care din cauza unui torace de tip astenic persistent a trebuit să facem rezecția coastei a IV-a la nivelul sternului pentru a asigura o abordare mai favorabilă, în toate celelalte cazuri incizia intercostală s-a dovedit complet satisfăcătoare. Am deschis pericardul paralel cu traiectul nervului frenic și după așezarea firului circular de stringere auriculară, am introdus indexul în atriu drept, potrivit metodei obișnuite în chirurgia cardiacă. În legătură cu aceasta trebuie să menționăm că mărimea urechii și conformația ei, ce diferă de la individ la individ, ne-au pus deseori în fața unei situații dificile. De aceea e recomandabil ca sutura circulară menită să asigure închiderea ermetică a inimii, să se plaseze potrivit unui plan întocmit anterior cu toată minuțiozitatea.

În marea majoritate a cazurilor noastre, dilatarea orificiului mitral am executat-o cu indexul, neșind obligați să utilizăm comisurotomul decit la 2 bolnavi. Cheazășia unei comisurole sau comisurotonii reușite este faptul că indexul se poate mișca liber între inelul valvular intern și extern.

De cele mai multe ori, în momentul dilatării sau secționării apar extrasistole în serie, care însă dispar imediat ce retragem indexul în auricul.

În cursul intervențiilor noastre nu s-a instalat niciodată fibrilație ventriculară. Riscul sincopei care s-a observat o singură dată, am reușit să-l înlăturăm administrând sparteină, atropină, și $CaCl_2$.

După operație am aplicat procedeul drenajului toracic, apoi dacă la radioscopie s-a constatat că plămînul e dilatat, am suprimat tubul de dren de obicei după 48 de ore.

În perioada postoperatorie imediată, la 2 dintre bolnavi s-a instalat o tahicardie paroxistă, care însă a dispărut repede în urma unui tratament corespunzător. La un bolnav s-a instalat o fibrilație atrială, iar la altul stenoza nu s-a putut rezolva, deoarece urechiușa și atriu au fost atît de friabile încît din motive tehnice a trebuit să întrerupem operația. În total am avut trei decese: doi bolnavi au murit în prima zi după intervenție, iar al treilea în cea de a patra zi, în urma unei insuficiente respiratorii și de circulație. Apreciind rezultatele operatorii în lumina celor doi ani de experiență în acest domeniu, putem spune că ele sînt excelente în 6 cazuri, foarte bune în 8 cazuri și bune în 11 cazuri. În 2 cazuri starea postoperatorie a bolnavilor nu s-a schimbat în comparație cu cea preoperatorie.

Sosit la redacție: 9 mai, 1959.

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ В СВЯЗИ С 30 КОМИССУРОТОМИЯМИ, ПРОИЗВЕДЕННЫМИ ПО ПОВОДУ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

В. Қрман Кунд, Э. Чизер, Э. Хорват, Т. Марош,
К. Маркуш, Э. Папан

Авторы докладывают о результатах 30 митральных комиссуротомий, произведенных за последние две года в тыргу-мурешской хирургической клинике. У всех

30 больных в основном был митральный стеноз. Результаты в шести случаях блестящие, в восьми случаях очень хорошие, в 11 случаях хорошие.

Состояние двух больных после операции осталось прежнее. В одном случае стеноз не был разрешен из-за технических трудностей, были три летальных случая: один умер на операционном столе, двое — после операции на первый и четвертый день — из-за дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

RÉSULTATS OBTENUS À LA SUITE DES COMMISOUROTOMIES EXÉCUTÉES CHEZ 30 MALADES SOUFFRANT DE STÉNOSE MITRALE

K. V. Coman, Z. Csizér, E. Horváth, T. Maros, K. Márkus, Z. Pápai

Les auteurs relatent les résultats qu'ils ont obtenus en exécutant 30 commisourotomies mitrales, au cours des dernières deux années dans la Clinique chirurgicale de Tg.-Mureş. Chez tous les malades c'est la prédominance du rétrécissement de la valve mitrale qu'on a observée. Les résultats obtenus sont comme il suit; en 6 cas excellents, en 8 cas très bons, en 11 cas bons. En 2 cas l'état des malades n'a pas changé, en comparaison avec celui qu'on a constaté avant l'intervention.

En 1 cas on n'a pu exécuté la divulsion à cause des difficultés techniques. Les 3 décès survenus en tout sont dus à l'insuffisance respiratoire et de circulation. Un malade est mort sur la table et les autres deux, le premier et le quatrième jour, après l'intervention.
