

Secția chirurgicală a Spitalului clinic „Fundeni”, București (cond.: prof. V. Marinescu)

## UTILITATEA EXPLORAȚIILOR COMPLEXE PENTRU EVITAREA GREȘELILOR DE INDICAȚIE OPERATORIE ÎN CHIRURGIA CARDIACĂ

Voinea *Marinescu*, E. *Malițchi*, B. *Foliade*

Expunerea de față se bazează pe experiența căpătată în examinarea a peste 1.000 de bolnavi propuși pentru operație în secția de chirurgie cardiacă a Spitalului Colțea din București.

Intervențiile chirurgicale au fost făcute pentru stenoză mitrală (comisurotomie), canal arterial (ligaturi sau secționare și suturare), defecte septale interatriale (sutura defectului sub hipotermie cu cord deschis), trilogia Fallot (anastomoză sau valvulotomie), pentalogie (valvulotomie sau anastomoză), coarctarea aortei (operația Crafoord-Gross).

Majoritatea bolnavilor internați au fost în prealabil examinați la diferite clinici medicale, cei mai mulți la Centrul de asistență a cardiacilor. În clinica noastră toți bolnavii au fost reexaminați atât prin mijloacele clinice clasice cât și prin intermediul explorărilor speciale.

Lucrarea ridică problema examinării cât mai amănunțite a bolnavilor propuși pentru operație și dacă clinicianul poate sau nu să se dispenseze, în formularea diagnosticului, de tehnicile complexe, cum ar fi cateterismul cardiac și angiocardiografia. Trebuie să precizăm că în tratamentul medical nu întotdeauna sînt necesare detalii de diagnostic anatomic și funcțional, în timp ce în cel chirurgical ele sînt indispensabile.

Dacă în vederea corecției chirurgicale a unui defect septal atrial bolnavul trebuie examinat prin prisma datelor obținute cu ajutorul cateterismului cordului, această tehnică poate lipsi din arsenalul diagnosticului pur medical. Pentru scopurile medicale care se bazează în principiu pe un tratament de susținere a circulației nu are importanță prea mare cunoașterea mărimii anatomice a defectului și gradul modificărilor asociate. Un defect septal atrial asociat cu transpoziție parțială de vene pulmonare are același tratament medical ca și un defect septal simplu. Aceste două forme pun însă probleme chirurgicale diferite, tactice și tehnice.

Pe baza experienței noastre am constatat că cel puțin în momentul actual examenul clinic singur nu poate formula corect o indicație operatorie. Examenul clinic clasic ajunge uneori la concluzii inexacte atît din punct de vedere al diagnosticului de leziune cât și a indicării momentului optim de intervenție.

Acest fapt este explicabil pe de o parte de lipsa de experiență a clinicianului pe un număr suficient de mare de cazuri, precum și de lipsa semnelor specifice diferențiale pentru fiecare tip de leziune cardiacă. De aici reiese evident necesitatea unei explorații complexe a majorității bolnavilor cu ajutorul cateterismului cardiac și eventual al angiocardiografiei. S-ar putea aduce ca contraargumente următoarele: metodele complexe necesită o aparatură costisitoare cu personal specializat, prelungesc timpul de spitalizare, nu sînt lipsite de pericol — pentru bolnavul sub 2 ani etc. De asemenea s-ar putea spune că,

dacă se aplică tehnica cu cord deschis și mai ales cea cu circulație extracorporeală, ne-am putea dispensa de un diagnostic preoperator precis, diagnosticul perfectându-se chiar pe masa de operație cu ajutorul curbelor de presiune luate prin puncția cavitațiilor și prin examenul direct al cordului deschis. Dar un astfel de mijloc de investigație poate fi incomplet nerelevând toate leziunile anatomice asociate și mai ales alterările funcționale, iar pe de altă parte poate arăta prea târziu existența unui defect anatomic care nu poate fi operat.

Diagnosticul preoperator (la rece) elimină factorul surpriză dându-i chirurgului o mai mare siguranță în atacul leziunii, arătând exact gradul leziunilor anatomic și al alterărilor funcționale. Starea funcțională a miocardului și a patului vascular sînt elemente de bază pentru indicarea liniei de conduită în tratamentul medical preoperator și postoperator, factori de incontestabilă valoare pentru succesul tratamentului chirurgical.

Problemele principale care se pun în stabilirea unui diagnostic complet preoperator sînt: existența, localizarea și gravitatea leziunii. Toate aceste elemente pot fi bănuite cu mai multă sau mai puțină exactitate de către examenul clinic dar totdeauna diagnosticul nu are acea certitudine dată de examenele instrumentale obiective. Nu rareori examenul clinic nu a putut preciza tipul maladiei. Astfel din 58 cazuri de Fallot (penta- și tetralogie) explorate, numai 28 au avut înainte un diagnostic clinic de suspiciune de Fallot, celelalte avînd diagnosticul general de cardiopatie congenitală. În alte multe cazuri diagnosticul clinic ne-a dus la concluzii greșite, care dacă nu ar fi fost corectate de către explorațiile suplimentare, ar fi determinat indicații operatorii greșite.

Pentru a ilustra și mai bine expunerea celor de sus ne permitem să dăm cîteva exemple foarte succinte:

*A) Exemplu de caz în care clinicianul pune un diagnostic greșit de existența unei maladii cardiace.*

V. G. băiat de 10 ani se internează pentru oboseală și dispnee de efort ce a început să se accentueze în ultimele 3 luni, cu o ușoară cianoză a feței și a mucoaselor, rare lipotimii. La auscultație un mic suflu sistolic la focarul pulmonarei. Proba ia eter: negativă. Radioscopic: cord nemodificat, lăuri ușor încărcate central, desen pulmonar accentuat. Electrocardiograma: normală. Insuficiență energodinamică. Policitemie de 5,5 milioane. Clinic se suspectează o cardiopatie congenitală care din anumite motive a devenit cianogenă în ultimele luni. Se propune cateterismul cordului drept. Presiunile sînt normale fără semne de baraj. Ventricolul drept insuficient (cu presiune diastolică ridicată). Nu se descoperă semne de shunt stînga-dreapta. Oximetria singelui din artera humerală efectuată la spectrofotometru arată o saturație de numai 80% HbO<sub>2</sub>. La prima analiză se rămîne la diagnosticul de comunicare interauriculară cu shunt inversat, probabil din cauza insuficienței ventriculare drepte incipiente; punîndu-se astfel prenuzele unei indicații operatorii de închidere a defectului auricular după un tratament toni-cardiac. Lipsa de pozitivitate a probei de eter, neintrarea în auriculol stîng cu sonda și mai ales aspectul radioscopic normal al cordului ne fac să examinăm mai amănunțit bolnavul. Analiza spectrofotometrică a benzilor de absorbție a hemoglobinei ne arată existența unei mari cantități de methemoglobină in vivo, iar oximetria arterială examinată prin tehnica Van Slyke arată o saturație normală de 97% HbO<sub>2</sub>. Methemoglobina din sînge dădea bolnavului tenta de gris-albastru pielii și tot ea a falsificat citirile în roșu și infraroșu a tehnicii curenți de oximetrie. Amîndouă aceste elemente plus policitemia au dus la concluzia greșită a existenței unei cianoze prin desaturare insuficientă a singelui arterial și de aici probabilitatea de comunicare interauriculară cu shunt inversat.

Diagnosticul final a fost de methemoglobinemie, cu tulburări metabolice, miocardice pe un cord anatomic normal. Cauza methemoglobinemiei și a tulburărilor metabolice nu s-a putut decela. Dar amîndouă fenomenele au diminuat foarte mult după un tratament susținut cu vitamina C 0,5 grame timp de 12 zile.

Dacă s-ar fi rămas la primul diagnostic bolnavul ar fi fost trimis inutil la operație.

*B) Exemple în care semnele clinice ne fac să localizăm greșit defectul cardiac.*

1. — Bărbat de 21 ani trimis pentru operație de o clinică de cardiologie cu diagnosticul de stenoză valvulară pulmonară congenitală. Suferea din copilărie cu accentuare progresivă de dispnee la efort, oboseală rapidă, lipotimii, palpitații nocturne, spute hemoragice. Cord mărit de volum, fără congestie venoasă. cu un suflu sistolic aspru fără frează în sp. II. și III. parasternal stîng, cu transmisie spre claviculă. La efort mic suflu diastolic la pulmonară. Radiologic cordul, cu diametrele mari, conul de eiecție ventricular drept mărit, artera pulmonară și ramul ei stîng cu expansiuni ample, hiluri încărcate. ECG ritm sinusal, cord cu ax la  $+100^\circ$ , bloc de ramură dreaptă complet.

Clinic se pune diagnostic de stenoză valvulară pulmonară congenitală, asociat probabil și cu un canal arterial. Cateterismul în schimb arată existența unei comunicări interauriculare foarte mari de  $6,5 \text{ cm}^2$  cu shunt stînga-dreapta ce mărește debitul pulmonar de 3,25 ori mai mult ca debitul sistematic. Dilatație de arteră pulmonară, fără canal arterial patent. Ventricol drept ineficient dinamic. Vena cavă superioară stîngă vărsată în atriul drept. Operația și examenul anatomopatologic confirmă diagnosticul.

Dacă s-ar fi rămas la primul diagnostic s-ar fi deschis inutil artera pulmonară sau s-ar fi încercat o valvulotomie pe cale transventriculară. În caz de atac transventricular fără cord oprit, chirurgul s-ar fi mulțumit poate să introducă dilatatorul în artera pulmonară de cîteva ori și apoi să închidă toracele fără să exploreze integritatea septului interauricular.

2. — Femeie de 18 ani trimisă de o clinică de cardiologie pentru operație cu diagnosticul de insuficiență mitrală. Cu antecedente de reumatism poliarticular acut la 14 ani, după care apare oboseală, dispnee și palpații la efort ce se accentuează progresiv. Impulsul apical în sp. V. la 9 cm de linia medie claviculară, suflu sistolic rugos la apex și sp. IV. retransmis în axilă, cu ușor frează. VSH normală, atriul stîng dilatat, ventriculul stîng hipertrofiat moderat, circulația pulmonară încărcată, hiluri normale. ECG = ritm sinusal, ax spre stînga la  $+28^\circ$ , tulburări de repolarizare ventriculare stîngi cu bloc focal stîng, cateterism drept = hipertensiune capilară și arterială pulmonară probabil din cauza unei maladii mitrale cu o stenoză de  $1,5 \text{ cm}^2$ .

Concluziile, pînă în prezent, îndreptătesc diagnosticul de maladie mitrală cu stenoză medie și cu încărcarea ventriculului stîng. Avînd în vedere existența unei suprafețe de stenoză de  $1,5 \text{ s-ar propune de principiu încercarea unei comisurotomii mitrale, eventual cu valvuloplastie, corectare pentru insuficiența mitrală.$

Dar fonocardiograma ne face să punem în dubiu acest diagnostic. Suflul sistolic este în romb (aspect de stenoză a căii de ieșire a ventriculului) cu maximum frecvențelor înalte în sp. III. fără semne de stenoză mitrală.

Cateterismul stîng precizează diagnosticul care este de stenoză subaortică de  $0,9 \text{ cm}^2$ , cu o insuficiență ventriculară stîngă incipientă cu creșterea presiunii diastolice ce a denaturat rezultatul calculării orificiului mitral la cateterismul drept. Orificiul mitral, după datele noi obținute, era de  $3,2 \text{ cm}^2$ , deci normal. Deci în acest caz după primul diagnostic bolnava ar fi fost trimisă greșit pentru comisurotomie mitrală, operație ce se face cu cord închis, ea nebeneficiind în realitate decît de desfacerea stenozei subaortice sub protecția circulației extracorporeale.

3. — Copil de 3 ani cu cianoză intensă de la naștere cu degete hipocratice, dispnee, hipotrofie staturală și ponderală. Policitemie  $6,9 \text{ milioane}$ . Suflu sistolic intens rugos cu frează în sp. III parasternal stîng Rx = hipertrofie marcată de ventriculul drept, cu talia foarte scobită, transparență pulmonară accentuată. ECG = ritm sinusal tahicardic, ax  $+150^\circ$ , hipertrofie de atriu și ventricul drept.

Diagnostic clinic = tetradă Fallot cu stenoză infundibulară. Din cauza crizelor de cianoză se propune să nu se mai facă examinări suplimentare (cateterism, angiogramă) și se

recomandă operație cu anastomoză aorto-pulmonară. Operat sub hipotermie 31°, cordul se oprește ireversibil la disecția arterei subclaviculare. Examenul anatomo-patologic arată o transpoziție parțială a marilor vase (aorta și pulmonară pornesc din ventriculul drept) cu stenoză infundibulară pulmonară stângă și defect septal ventricular superior.

Indicația operatorie în acest caz a fost greșită. În caz de transpoziție parțială ca și în tetrada Fallot cu aortă mult călare nu se face anastomoză, ci se încearcă o tehnică complexă cu circulația extracorporeală. Probabil că diagnosticul și indicația operatorie ar fi fost puse corect dacă s-ar fi efectuat angiocardiografie selectivă.

*C) Exemple în care semnele clinice pun diagnosticul corect de localizarea leziunii dar nu pot aprecia gravitatea defectului și dau în consecință o indicație operatorie eronată.*

1. Femeie de 37 ani cu pusec-reumatismale și repetate în antecedente, și cu lezarea aparatului nival. Dispnee de efort, uneori paroxistică, cu scăderea capacității la efort și semne clinice de debit mic. Clinic, suflu sistolic și diastolic apăsător cu clacment de închidere și deschidere al mitralei.

Diagnostic clinic = maladie mitrală de origine reumatică cu predominanța stenozei. Stenoză strânsă. Indicație de comisurotomie.

În schimb examenele suplimentare nu susțin acest diagnostic de stenoză strânsă. Radiologic = cord normal alături de o ușoară mărire a atrului stâng. Încălcarea circulației pulmonare moderată. ECG = ritm sinusal ax la stînga + 22°.

Fono = semne de maladie mitrală dar cu insuficiența nică și stenoză largă.

Cateterism = stenoză mitrală largă de 3,4 cm<sup>2</sup>, fără semne de insuficiența mitrală, cu presiuni normale. La efort debitul cardiac nu crește iar reacția patului vascular arată o dereglare de tip distonie vegetativă.

Concluzia finală = maladie mitrală reumatică, dar de mică importanță dint punct de vedere hemodinamic și anatomic, nu necesită comisurotomie mitrală. Tulburările subiective sînt date de distonia neuro-vegetativă. La un examen mai amănunțit se descoperă cauza acestei distonii; intoxicație cronică cu solvenți organici, bolnava lucrînd într-un atelier de vopsit piele.

Deci bolnava într-adevăr avea o leziune mitrală dar tratamentul tulburărilor ei nu era chirurgical ci dezintoxicarea și schimbarea mediului de lucru.

2. Femeie de 39 ani. Cu dispnee de efort, uneori și la repaus, ce a apărut insidios și s-a accentuat în ultimul timp. Examenul clinic arată un cord ușor mărit de volum cu înălțime și suflu sistolic la pulmonară, confirmat și pe fonocardiogramă cu o dedublare de zgomot I și II. ECG = ritm sinusal cu un ax la dreapta de = 115° și bloc de ramură dreaptă incomplet. Radiologic arcu pulmonar bombat și pulsati; cord la limitele normalului. Pe baza acestor date se pune diagnosticul clinic de stenoză valvulară pulmonară și se indică valvulotomie pulmonară. În schimb examenul anatomo-funcțional cu ajutorul cateterismului arată într-adevăr o stenoză valvulară, care este însă largă de 2,6 cm<sup>2</sup> (indice de stenozare de + 23% față de normalul suprafeței orificiului pulmonar de 3,3 cm<sup>2</sup>, corespunzător acestei vîrste). Diagnosticul rămîne de stenoză valvulară pulmonară, dar atitudinea terapeutică se modifică, indicîndu-se un tratament medical în loc de valvulotomie. Dacă s-ar fi trimis la operație, chirurgul nu ar fi putut face practic nimic la o stenoză atît de largă.

Din exemplele alese mai sus rezultă posibilitatea de a se trimite chirurgului bolnavi cu un diagnostic greșit sau incomplet. Dacă la unii poate abilitatea chirurgului ar fi corectat leziunea în funcție de noul diagnostic pus pe toracele deschis, la alții descoperirea intraoperatorie ar fi fost decepționantă, neputîndu-se trata chirurgical leziunea, toracotomia rămînd deci inutilă.

În afară de problema diagnosticului se pune și problema momentului intervenției. Unii autori sînt de părere de a opera o leziune cardiacă în momen-

lul cînd suferința bolnavului o cere sau cînd tratamentul medical nu mai dă ameliorări, sau după alții leziunile trebuie operate în momentul descoperirii lor.

Noi împărțim leziunile cardiace operabile în două categorii:

— unele care duc mai repede sau mai tirziu la insuficiență cardio-vasculară și care merită a fi operate și

— altele care cu mare probabilitate nu vor determina niciodată o alterare a funcției circulatorii și deci nu merită a fi operate. De exemplu: o comunicare auriculară foarte mică (sub 1 cm<sup>2</sup>) ca singură leziune nu va determina practic niciodată trecerea unui debit de shunt așa de important, ca să modifice dinamica cardio-vasculară. Suferințele ce ar exista întîmplător la un astfel de bolnav nu sînt determinate de defectul septal însuși și nu vor dispărea odată cu închiderea lui chirurgicală. În acest caz tentativa chirurgicală nu ar reprezenta decît un risc inutil pentru viața bolnavului.

Pornind de la constatarea că o cardiopatie operată beneficiază de intervenție cu atît mai mult cu cît miocardul și patul vascular sînt mai puțin alterate, sîntem de principiul de a ataca cît mai devreme leziunea anatomică, indiferent dacă bolnavul prezintă sau nu suferințe majore în acel moment. A temporiza pînă ce tulburările funcționale sînt avansate, înseamnă a opera pe un miocard și un pat vascular alterat, a căror revenire spre normal este problematică.

Reiese evident că pentru precizarea momentului de intervenție ca și pentru formularea unui prognostic postoperator trebuie să avem în vedere leziunile anatomice, cît și alterările funcționale. Pentru acest lucru tabloul fiziopatologic trebuie să fie în primul rînd obiectivizat în valori absolute de debit sanguin, debit de shunt, rezistență vasculară, mărime de suprafață, de stenoză sau de defect septal, etc., iar aceste elemente trebuie raportate la cerințele normale ale organismului, legate de vîrsta și de activitatea fizică a bolnavului. Nu este suficient să știm că un anumit individ are o stenoză de pulmonară. O stenoză de pulmonară poate coexista cu evoluția normală a individului pînă la adînci bătrînețe sau poate întrerupe viața din primii ani ai copilăriei. După precizarea existenței leziunii trebuie să ne intereseze gradul în care această leziune tulbură activitatea bolnavului și cum va reacționa acesta în decursul vieții. Numai așa putem indica un tratament corect.

Astfel pentru aprecierea gradului de stenoză a orificiilor sigmoidiene și pentru a diferenția o stenoză valvulară de o dilatație, noi raportăm mărimea suprafeței orificiului la suprafața normală pe care trebuie să o aibă individul la respectivă vîrstă. Acest raport noi l-am concretizat sub forma unui indice de stenoză. Am observat de exemplu că numai stenozele peste +50% au semne nete de suferință a aparatului cardiovascular.

De asemenea în cazul defectelor de sept atrial sau ventricular totdeauna calculăm suprafața acestui defect.

Tot așa cercetăm cît mai amănunțit gradul de adaptare al aparatului circulator față de leziunea anatomică. În sfîrșit apreciem cum se va modifica tabloul funcțional penîru fiecare tip de operație în parte, alegînd astfel tipul de intervenție care convine cel mai bine bolnavului.

Exemplul clinic sau datele de explorații luate separat nu pot da toate aceste elemente. Sînt cazuri în care simptomatologia clinică este disproporționat de alarmantă față de leziunea anatomică, alte cazuri prezintă aspectul invers de leziuni importante cu repercusiuni simptomatologice reduse. Importanța leziunii nu trebuie apreciată numai în valori matematice absolute, acestea trebuie cîntărite în raport cu cerințele proprii ale organismului. O stenoză pulmonară de 1 cm poate fi largă, fără repercusiuni hemodinamice pentru un copil de 3—4 ani, dar reprezintă un baraj important pentru un adult. Tot așa o stenoză mitrală de o anumită dimensiune poate fi bine suportată de un individ cu viață sedentară spre deosebire de unul cu activitate fizică intensă.

De asemenea se pune problema dacă nu este necesară o operație de tip profiactic la anumite maladii congenitale la copii. În caz de canal arterial patent, punct de chemare pentru fixarea endocarditei bacteriene, operația are aspect profiactic din punct de vedere al complicațiilor endocardice și curativ din punct de vedere hemodinamic. Aici vrem să atingem și o altă problemă.

Stenozele sigmoidiene după datele din literatură pare să rămână în cursul vieții de aproximativ aceeași dimensiune. Dacă individul s-a născut cu o stenoză pulmonară de 1 cm<sup>2</sup>, va rămâne cu aceeași mărime de orificiu toată viața dacă nu apar alte procese secundare infecțioase sau de fibroză. Dacă suprafața stenozei rămâne aceeași, în schimb valoarea funcțională ca baraj hemodinamic crește; la un copil o anumită stenoză poate fi socotită ca fiind benignă, largă în dimensiuni (în raport cu diametrul standard al orificiului pentru acea vîrstă), dar la adult dezvoltarea aparatului cardio-vascular în raport cu cerințele organismului nu este urmată de o dilatare paralelă a orificiului de stenoză și astfel stenoza devine gravă, reprezentînd un obstacol serios pentru activitatea ventriculului. Pe baza principiului de mai sus de a opera o leziune cardiacă în perioada precoce cînd nu au apărut modificările secundare miocardice, am putea enunța de principiu că stenozele pulmonare simple, largi, benigne, la copii să fie operate preventiv, pentru a nu determina dilatarea și hipertrofia ventriculară de mai tîrziu. Această atitudine este numai teoretică în prezent neavînd încă experiența rezultatelor practice.

Ca să expunem un bilanț al acestor atitudini precizăm în primul rînd că nu am avut nici un caz de toracotomie exploratorie din 427 cardiopatii operate.

Din cazurile explorate complet am avut numai două neconcordanțe în ceea ce privește tipul leziunii. Într-un caz diagnosticat ca trilogie Fallot: s-a găsit stenoză pulmonară, dar comunicarea interauriculară nu s-a decelat la palparea digitală. Nu este exclus să fi fost o venă pulmonară implantată în sinusul venos care a scăpat explorației intraoperatorii. La alt caz, diagnosticat de stenoză valvulară, s-a găsit intraoperator o stenoză infundibulară situată sus (1 caz din 58 Falloturi).

Difficultăți în explorarea completă la cateterism au fost cele în care sonda nu a putut pătrunde în artera pulmonară (21 cazuri din 91 stenoze pulmonare).

Schematic explorațiile pe care le facem în funcție de maladie sînt următoarele:

În stenoza mitrală, pericardită, canal arterial patent numai ECG, fono Rx.

În stenoza mitrală cu insuficiență mitrală, cu baraj pulmonar, canal arterial cu suflu atipic, cu cianoză, sau hipertensiune pulmonară, defectele septale, stenozele sigmoidiene, toate cardiopatiile cianogene = Rx. ECG, Fono, cateterism cardiac. Angiocardiografia o efectuăm în coarctația de aortă, și la toate cazurile în care cateterismul cordului drept și stîng nu au dat toate datele necesare. La copii sub 2 ani cu stare generală proastă am preferat pînă acum să facem numai angiocardiografie, ea fiind de durată mai scurtă față de cateterismul cardiac.

În concluzie, după experiența noastră în chirurgia cardiacă nu ne putem dispensa de explorațiile funcționale complexe pentru formularea unui diagnostic precis și complet. Diagnosticul trebuie să cuprindă următoarele elemente: existența, localizarea și gravitatea leziunii, anatomice precum și gradul tulburărilor fiziopatologice. De aici trebuie să reiasă o indicație corectă de tratament chirurgical în ceea ce privește momentul și tipul de intervenție.

Elementele de formulare a diagnosticului nu pot fi date numai de examenul clinic sau numai de explorațiile instrumentale, precum indicația operatorie nu reiese numai după gradul de suferință al bolnavului sau numai după mărirea anatomică a leziunii. Pentru a asigura un tratament eficient, indicația trebuie adaptată de la caz și numai prin colaborarea tuturor datelor clinice și funcționale.

*Sosit la redacție: 25 iulie 1960.*

## РОЛЬ ВСЕСТОРОННЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ВО ИЗБЕЖАНИЕ ПОСТАНОВКИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА СЕРДЦЕ

Маринеску В., Малццкий Е., Фотиаде Б.

Авторы на основании результатов более тысячи комплексных обследований и операций у сердечных больных приходят к выводу, что в целях постановки правильного диагноза и показаний к операции нельзя обходиться без всестороннего, индивидуально-специфического и сложного обследования сердечного больного.

В диагнозе должны быть указаны тип, место, величина анатомических изменений, а также тяжесть функциональных расстройств.

Все пороки сердца, доступные хирургическому лечению, можно разбить на две группы: на те, которые рано или поздно приводят к сердечно-сосудистой недостаточности и поэтому следует оперировать; и на те, которые вероятно не приведут к таким последствиям и поэтому не подлежат хирургическому вмешательству.

### L'UTILITÉ DES EXPLORATIONS COMPLEXES POUR L'ÉVITEMENT DES ERREURS D'INDICATION OPÉRATOIRE DANS LA CHIRURGIE CARDIAQUE

*V. Marinesco, E. Maliçchi, B. Fotiade*

À la suite de leurs observations concernant l'examen complexe de plus de 1000 malades souffrant de différentes affections cardiaques, proposés pour intervention chirurgicale, les auteurs concluent que pour établir un diagnostic de certitude et choisir le traitement chirurgical le plus indiqué, il est nécessaire que les cardiaques soient soumis à des explorations complexes.

Le diagnostic doit préciser le type, la localisation et les dimensions des lésions anatomiques, ainsi que la gravité du trouble fonctionnel causé par celles-ci.

Les auteurs groupent les lésions cardiaques qui se prêtent à l'opération en deux catégories. Du premier groupe font partie celles qui aboutissent tôt ou tard à l'insuffisance cardio-vasculaire et qui, par conséquent, valent la peine d'être opérées. Au deuxième groupe appartiennent les lésions qui selon toute probabilité ne causeront pas des troubles circulatoires, de sorte que l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire.