

MEȘA RESTANTĂ ÎN PREVENIREA HEMORAGIILOR SECUNDARE ALE PNEUMOTORAXULUI EXTRAPLEURAL

O. Ghenciu, O. Berbescu, I. Berbescu, I. Demișcă, L. Vulpe

Cu toată hemostaza minuțioasă, realizarea unei pungi extrapleurale e urmată în mod obișnuit de instalarea unei extravazat sanguin mai mult sau mai puțin abundent, soldat deseori cu formarea de chiaguri care compromit calitatea colapsului.

Diversele metode preconizate pînă în prezent: crușarea neuro-corticală, menținerea masei sanguine la volum normal, oxigenarea trans și postoperatorie, serul fiziologic introdus în cavitatea extrapleură, etc., au redus numai parțial procentul acestor complicații. Exuflarea pungi la sfîrșitul intervenției, cu menținerea plămîntului la perete în primele 3—4 zile, deși pare să fie o metoda eficace, prezintă riscul formării de aderențe anterioare și mediastinale.

Procedeu de meșă restantă, preconizat de prof. Zeno Barbu, pare să înlăture acest inconvenient. El constă în a introduce în punga extrapleură creată chirurgical, o meșă de tifon lungă de 7 pînă la 10 metri și lată de 4 cm. (în raport cu mărimea punții), blocînd astfel spațiul dintre peretele toracic și plămîntul colabat. Capătul terminal al meșei este lăsat înafară. Punga este exuflată, iar meșa se extrage la 3 zile după intervenție, cînd se face și prima puncție. În marea majoritate a cazurilor, evoluția postoperatorie imediată este favorabilă și nu se semnalează modificări mai însemnate ale funcției cardio-respiratorii.

Începînd din anul 1956 am aplicat acest procedeu la 86 cazuri de pneumotorax extrapleură, practicate la 84 de bolnavi. Acolo unde dimensiunile meșei

au fost insuficiente pentru blocarea întregii zone decolate, s-au înregistrat totuși hemoragii moderate. Deterisia chirurgicală a chiagurilor consecutive a fost necesară numai la 3 bolnavi. La restul de 83 cazuri, pungile și-au menținut forma inițială; epanșamentul hematic sau sero-hematic, după extragerea meșei, a fost în general moderat și în primele 3 săptămâni după intervenție, s-a obținut uscarea pungii prin punții evacuatoare.

Prin aplicarea acestei metode am redus indicele de revărsate hemoragice cu chiaguri pînă la 3,48%, spre deosebire de un lot similar, la care crearea pneumotoraxului extrapleural după tehnica clasică a fost urmată de 20 hemoragii cu chiaguri, adică 23,25%.

Pentru ilustrarea metodei prezentăm comparativ 2 cazuri la care s-a aplicat procedeul meșei restante și unul neblocaț, complicat cu instalarea de coaguli în pungă.

1. Bolnava N. M. de 22 ani, casnică. Se internează la 9. IV. 1956 cu o tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă cavitară (2/2 cm) a lobului superior drept. După o pregătire prin cură igienico-dietetică și tuberculostatice (20 gr. streptomycină, 950 tbl. hidrazidă și 450 gr. PAS) se creează la 13. IX. 1956 un pneumotorax extrapleural drept blocaț cu meșă. După extragerea meșei se constată un mic nivel de lichid în pungă cu bontul pulmonar tasat la hil. Punga e uscată după 4 luni de la intervenție.

2. Bolnava G. E. de 16 ani, casnică. Se internează la 22. IX. 1955 cu o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară (2/3 cm) a lobului superior stîng. După o pregătire prin cură igienico-dietetică și tuberculostatice (30 gr. streptomycină și 400 tbl. hidrazidă) se creează la 21. IX. 1956 un pneumotorax extrapleural blocaț cu meșă. După extragerea meșei se constată nivel de lichid în pungă, cu bontul pulmonar tasat în lun. Punga devine uscată după 4 luni de la intervenție.

3. Bolnavul J. M. de 27 ani, paznic. Se internează în sanatoriu la 2. V. 1955 cu o tuberculoză pulmonară fibro-cavitară a lobului superior drept. La 25. V. 1955 i se practică un pneumotorax extrapleural drept, fără blocaț cu meșă. După prima punție evacuatoare se constată nivel de lichid cu coaguli în pungă. Cazul a necesitat deterisia chirurgicală a chiagurilor.

Din cele expuse se desprinde net ideea că tamponarea cavității extrapleurale cu o meșă de tifon, după indicațiile prof. Zeno Barbu, reduce cu aproximativ 86% hemoragiile mari consecutive acestei metode.

Dacă la aceasta se mai adaugă și utilizarea pe scară mare a tuberculostaticelelor care au diminuat considerabil pericolul complicațiilor pioide și au îmbunătățit condițiile de întreținere a colapsului, apare ca inexplicabilă rezerva excesivă a ftizio-chirurgilor noștri față de pneumotoraxul extrapleural, metodă care în stadiul actual al endemiei tuberculoase de la noi este capabilă să rezolve favorabil și să readucă în cîmpul muncii un număr însemnat de bolnavi purtători ai unei tuberculoze fibrocazeoase cavitare.

Sosit la redacție: 14. VI. 1958.

ПОСТОЯННЫЙ ФИТИЛЬ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕПЛЕВРАЛЬНОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

О. Генчу, О. Бербеку, И. Бербеку, И. Демиска, Л. Вульпе

Метод постоянного фитиля, предложенный З. Барбу, состоит во введении в созданный хирургическим путем внеплевральный мешок фитиля из марли длиной от 7 до 10 метров шириной в 4 см (в зависимости от размера мешка), блокируя таким образом пространство между грудной стенкой и сплюснутым легким. Конец фитиля оставляется снаружи. Мешок продувается, а спустя 3 дня после вмешательства фитиль удаляется.

Применив способ временного блокирования, авторы получили при 86 вмешательствах 86% снижения вторичного кровотечения по сравнению с прежними методами.

O. GHENCIU ȘI COLAB.: MEȘA RESTANTĂ ÎN PREVENIREA HEMORAGIILOR
SECUNDARE ALE PNEUMOTORAXULUI EXTRAPLEURAL



Fig. Nr. 1.



Fig. Nr. 2.



Fig. Nr. 3.

Observația nr. 1., unde nu s-a aplicat meșă restantă și a necesitat rețeschiderea pentru coteria chirurgicală (figurile nr. 1., 2., 3.)



Fig. Nr. 4.

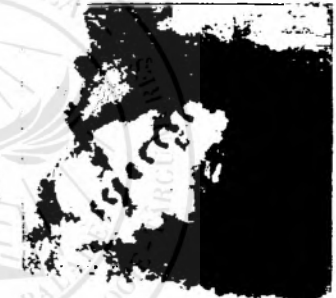


Fig. Nr. 5.



Fig. Nr. 6.

Observația nr. 2., caz cu meșă unde nu a mai apărut hemoragie (figurile nr. 4., 5., 6.)

LA MÈCHE RESTANTE DANS LA PRÉVENTION DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU PNEUMOTHORAX EXTRA-PLEURAL.

O. Gbenciu, O. Berbescu, I. Berbescu, I. Demişea, L. Vulpe

Le procédé de la mèche restante, préconisé par Z. Barbu, consiste à introduire dans la poche extra-pléurale, une mèche en gaze, longue de 7 à 10 mètres et large de 4 cm (en rapport avec les dimensions de la poche), en bloquant ainsi l'espace compris entre la paroi thoracique et le poumon collabé. Le bout terminal de la mèche est laissé à l'extérieur. La poche est exsufflée, la mèche est extraite 3 jours après l'intervention.

Par le procédé de blocage provisoire, les auteurs ont obtenu, sur un nombre de 86 interventions, une réduction des hémorragies secondaires de 86%, par rapport aux anciennes techniques.