

Clinica de obstetrică și ginecologie (cond.: prof. András E. Lőrincz) și Clinica I. medicală
(cond.: prof. Pál Dóczy) din Tg. Mureș

CARDIOPATIILE ȘI GRAVIDITATEA

P. Dóczy, Magda Róna, L. Róna

Problema cardiopatiilor asociate cu graviditate nu este de dată recentă. De când există observații medicale scrise, găsim în fiecare perioadă unele constatări în legătură cu aceasta problemă. E suficient să ne gândim la statisticile alarmante din secolul trecut care consemnau — nu rareori — o mortalitate maternă de 60%. Chiar în jurul anului 1900, această mortalitate se menținea între 40—55%. În țara noastră, situația s-a ameliorat deceniu de deceniu, mai ales după instaurarea regimului de democrație populară. În materialul nostru clinic numărul cazurilor de graviditate cu deznodământ letal a fost numai de 3,41%. Intrucît în ultimul timp am ajuns la o cotitură importantă în tratamentul bolii mitrale de origine reumatică, am considerat că problema trebuie discutată din nou. Actualitatea ei rezultă și din faptul că numărul femeilor suferind de boală mitrală este mare în toată lumea. Eficacitatea tratamentului și profilaxia extrem de încurajatoare ce se aplică astăzi în boala reumatismală — eficacitate care se va manifesta încă îndoiela prin micșorarea numărului bolnavilor reumatici — va putea fi apreciată numai peste 10—15 ani. Pînă atunci trebuie să privim problema în fața și să ne întrebăm: poate o femeie mitrală să-și asume maternitatea, e capabilă oare inima bolnavă să suporte graviditatea, și în caz afirmativ, ce asistență medicală trebuie să i se acorde. Am studiat toate de observație a 117 femei gravide și lăuze care au fost internate în ultimii 15 ani în Clinica de obstetrică din Tg.-Mureș, utilizînd în același timp cu toată atenția și experiența Clinicii I. medicale.

Evident, pe baza datelor noastre nu putem aprecia în mod exact incidența asocierii bolii mitrale cu graviditatea, deoarece și printre femeile a căror naștere a decurs fără complicații au putut exista unele cu o boală de inimă bine compensată pe care medicul obstetrician nu a avut posibilitatea s-o identifice. În afară de aceasta, aproape toate femeile cardiopate, tratate în raza circumscripțiilor sanitare, au născut, mai ales în ultimul deceniu, în spitale, fapt care a atras după sine creșterea numărului bolnavelor ținute în evidență.

Graviditatea solicită din partea organelor circulației o serie întreagă de reacții fiziologice de adaptare, fapt care supune inima bolnavei unor eforturi deosebit de mari. Cunoașterea acestor reacții, ordinea instalării lor, complicațiile survenite în legătură cu ele etc. sînt absolut necesare pentru ameliorarea asistenței bolnavelor.

În cele ce urmează vom relata pe scurt numai cele mai importante modificări ce survin în circulație, acordând o importanță deosebită aspectelor practice. Din cauza uterului gravid ce crește din ce în ce mai mult, avînd o irigație sanguină abundentă, a instalării circulației placentare, precum și a vasodilatației generale, diametrul patului vascular se mărește. Arterele nu numai că se dilată, ci devin mai elastice; măsurînd tensiunea arterială se constată o amplitudine neobișnuit de mare. (E vorba de modificări fiziologice foarte favorabile circulației sanguine a femeilor cu cord și cu un sistem vascular hipoplazic). În arborele arterio-venos mărit circulă o cantitate de sînge crescută cu 30%, volumul hematiilor crește cu 20%, iar cel al plasmici cu 40%. Cauza acestei din urmă creșteri trebuie căutată în metabolismul electroliților ce se modifică mai ales sub acțiunea hormonilor aldosteroni, (retenția de apă și sare etc.). E important să se știe că, cantitatea de sînge crește progresiv, pînă în a 30-a săptămîină de graviditate, apoi începe să scadă, revenind la nivelul normal, numai cu cîteva săptămîni înainte de naștere. Inima își mărește randamentul, deoarece există o cantitate mai mare de sînge, circulînd cu o viteză sporită. Toate acestea inima le realizează nu prin creșterea frecvenței, ci prin mărirea volumului sistolic. În timpul gravidității masa miocardului crește. Această hipertrofie face posibilă creșterea durabilă a vitezei circulației și a volumului sistolic. În adevăr volumul sîngelui poate deveni mai mare cu 50%, astfel că volumul minut se poate ridica de la valoarea normală de 3,5—4,5 l. la 6,0—6,5 l. Valoarea maximă a minut volumului se constată tot în a 30—32-a săptămîină de graviditate, apoi scade din nou, atingînd valoarea normală în timpul nașterii. Modificările fiziologice amintite fac posibilă intensificarea metabolismului matern.

Este demn de amintit că unele dintre reacțiile de acomodare în graviditate (viteza de circulație crescută, volumul sistolic mărit și metabolismul bazal crescut) anuntesc pe cele prezente și în hipertiroidism.

Este important și factorul mecanic care îngreunează activitatea inimii, deplasarea cauzată de diafragma ridicat: cordul se deplasează în sus și puțin la stînga.

Dacă amintim și faptul că la naștere și mai ales în perioada de expulsie se poate conta, ca urmare a spasmurilor vasculare, pe o creștere marcată a tensiunii arteriale, și că după nașterea lăutului și apoi a placentei, sîngele circulant se înmulțește considerabil datorită scăderii bruste a presiunii abdominale și a evacuării sistemului vascular al uterului, atunci înțelegem că graviditatea și nașterea solicită din partea inimii nu numai un efort fizic greu, ci o sarcină cu mult mai mare și mai multilaterală.

Dar nici nașterea nu înseamnă degrevarea inimii și a circulației sanguine, întrucît în perioada de lăuzie are loc evacuarea rapidă a lichidelor acumulate în tot corpul în cursul gravidității, fapt care cauzează hidremie și creșterea tensiunii venoase.

Cu toate că suprasolicitarea inimii, și mai ales a inimii bolnave, este permanentă, totuși există 3 faze care sînt deosebit de periculoase. Prima este perioada din jurul celei de a 30-a săptămîni de graviditate, cînd cantitatea de sînge circulant și volumul sistolic al inimii ajung nivelul maxim; după aceasta, încărcarea circulației scade. A doua încercare este nașterea iar a treia poate fi considerată că are loc în primele zile de lăuzie. Fără îndoială că inima bolnavei este amenințată de cele mai multe riscuri în aceste 3 perioade.

Aici trebuie să notăm că intervențiile menite să întrerupă graviditatea sau să accelereze evoluția nașterii (secțiunea cezariană, forcepsul) nu corespund scopului de a degreva imediat circulația. Așa cum am spus evacuarea precoce sau rapidă a uterului gravid face să crească în mod considerabil cantitatea de sînge circulant. Chiar și astăzi intervențiile executate în timpul nașterii înseamnă posibilitatea unor complicații inflamatorii, a instalării trombozei, infarctului etc. care încărcă circulația.

Afecțiunile cardiace nu influențează capacitatea concepțională și tocmai de aceea o bună parte a femeilor mitrale rămîn gravide. În materialul de 15 ani al Clinicii de obstetrică din Tg.-Mureș, din totalul de

20.239 femei care au născut, 117 (5,78%) au prezentat afecțiuni cardiace. Toate datele bibliografice referitoare la această problemă sînt în evidență o majoritate de 80—90% a bolii mitrale de origine reumatică; cazurile de boală cardiacă congenitală reprezintă 1,5—5%, în timp ce afecțiunile cardiace cauzate de hipertonie și tireotoxicoză sînt mult mai rare. Din tabelul întocmit pe baza materialului nostru, rezultă de asemenea o majoritate de aproape 89% a bolii mitrale. Acest fapt ne-a îndreptățit ca în cele ce urmează ori de cîte ori vom menționa denunțierea de afecțiune cardiacă să indicăm prin aceasta boala mitrală. La redactarea lucrării de față am luat în considerare același criteriu. Studiind cazurile noastre, am constatat că dintre cele 117 bolnave, 55 au fost decompensate într-o măsură mai mare sau mai mică. În această categorie vîrsta medie a fost de 31—32 de ani, iar cea a persoanelor compensate de 29—30 ani. Așadar vîrsta nu are rol în instalarea insuficienței circulatorii, la fel ca și numărul nașterilor anterioare. Diferența la numărul total al nașterilor, în materialul nostru pentru bolnavele compensate 1,12 și pentru cele decompensate 1,63, nu este semnificativă. Factorii favorizanți ai instalării insuficienței circulatorii trebuie căutați în altă parte. Primii dintre aceștia sînt evident boala mitrală, adică gravitatea leziunii valvulare, apoi starea miocardului etc.

În 52 de cazuri simptomele decompensării s-au instalat în cursul gravidității, după cum urmează: în 42 de cazuri în luna IV.—V.; în 7 cazuri în luna VI.—VII., și în 4 cazuri în luna VIII.—IX. După cum am remarcat în considerațiile introductive cu caracter fiziologic, simptomele insuficienței circulatorii se instalează sau se agravează pînă în săptămîna a 30-a, iar după acest termen survin cu mult mai rar. În ultimele 2—3 luni de graviditate apare uneori o ameliorare surprinzătoare în starea circulației bolnavei. Această constatare relatată de mulți autori nu este luată întotdeauna în considerare de medici.

S. A., femeie în vîrstă de 38 de ani, știe de 12 ani că suferă de boală mitrală. În urma sfaturilor date de medici s-a lăsat mult timp să rămînă gravidă. În luna 3—4 a primei gravidități apar simptomele unei ușoare insuficiențe circulatorii, fapt care face ca medicul să indice întreruperea sarcinii. Bolnava însă nu vrea să renunțe la maternitate. Respectînd un mod de viață foarte menajant, ea ajunge ca în a VIII-a lună de graviditate să se compenseze, fără nici un tratament medicamentos, și apoi să nască un copil viabil.

A doua fază periculoasă în legătură cu graviditatea este nașterea. Ca urmare a unei pregătiri adecvate și a unei conduceri menajante în naștere, sau tocmai datorită intervențiilor chirurgicale, în această fază nu s-a înregistrat în Clinica de obstetrică nici un caz de insuficiență circulatorie acută.

În schimb, în faza de lăuzie, considerată ca a treia fază critică, decompensarea s-a produs în 3 cazuri. De asemenea în 8 cazuri, insuficiența anărută, apoi ameliorată sau suprimată în cursul gravidității, a reapărut respectiv s-a agravat considerabil în timpul lăuziei.

În afară de grupa, amintită mai sus, a insuficiențelor circulatorii de stază, în faza critică a gravidității, a nașterii și a lăuziei se instalează de asemenea edemul pulmonar acut, dar într-o proporție mult mai redusă. Emboliile miciei și marii circulații sanguine nu sînt complicații ale gravidității, ci ale nașterii și mai ales ale lăuziei. Deoarece trombo-

zele bazinului, frecvențe de altminteri în lăuzie, sînt favorizate de tulburările circulatorii de origine mitrală.

Cardita reumatică activă (și endocardita lentă) urmează să fie excluse de la caz la caz, cu toate că experiența de pînă acum arată că gravitatea nu joacă rol în exacerbarea bolii reumatismale.

Exceptînd insuficiența circulatorie de stază, în materialul nostru clinic am observat complicații într-un număr destul de redus: 4 cardite reumatice active, 3 edeme pulmonare acute, 2 infarcte pulmonare și 1 endocardită lentă.

Analizînd foile de observație și protocoalele de autopsie ale celor 4 bolnave sucombate (3,41%), am constatat că în 3 cazuri decesul s-a produs ca urmare a unui edem pulmonar acut, iar într-un caz datorită insuficienței circulatorii de stază. Într-un caz, apariția edemului pulmonar a fost favorizată de o complicație obstetrică: ruptura colului uterin în cursul nașterii gemelare.

Femeia care a decedat datorită unei insuficiențe circulatorii cronice de stază a fost internată în clinică într-o stare decompensată, după ce nașterea începuse. E vorba de Sz. Zs., femeie de 35 de ani, care știa de 9 ani că suferă de boală mitrală reumatică. Avusese 6 nașteri fără complicații și 1 avort artificial. Decompensarea s-a produs în luna a 6-a a ultimei gravidații. Internată în clinica medicală, după 2 săptămîni am reușit să suprimăm fără nici o greutate insuficiența circulatorie. În ciuda sfaturilor noastre, bolnava a părăsit clinica medicală prea devreme și nu s-a internat din nou, decît firziu, după începerea nașterii, avînd simptome grave de decompensare.

Din cele 117 cazuri, moartea fătului s-a produs în 12 (10,25%). Mortalitatea perinatală a fost în medie de 2—3%. Rezultă deci că bolnavele noastre au pierdut fătul destul de des, ceea ce se datorește în mare parte faptului că nașterea a început și s-a desfășurat în afara spitalului, internarea făcîndu-se numai în urma complicațiilor survenite. Se cuvine să subliniem un fapt care ilustrează marile rezultate ale politicii noastre sanitare socialiste și anume că, după eliberare, situația s-a ameliorat progresiv, iar în ultimii ani mortalitatea maternă a dispărut și mortalitatea fetală a scăzut considerabil.

După ce am relatat în cele de mai sus experiența dobîndită de noi în ultimii 15 ani, considerăm necesar să discutăm cîteva probleme pe care medicii le întîmpină în practica lor curentă.

1. Bolnava mitrală poate suporta gravitatea, nașterea?

Societatea ipocrită de la începutul secolului nostru nu recomanda nici măcar încheierea unei căsătorii în asemenea cazuri. La toate întrebările ce se puneau în legătură cu această chestiune răspunsul dat începea cu interdicția „pas de mariage”. Dar și înainte cu 2—3 decenii cei mai mulți medici protestau atunci cînd o femeie suferind de boală mitrală dorea să rămînă gravidă. Azi nu ne mai opunem căsătoriei, dar cu ocazia sfaturilor pe care le dăm trebuie să lămurim în mod serios bolnava care se căsătorește.

Nici o femeie cardiacă trecută de 35 de ani nu poate accepta gravitatea. De asemenea gravitatea nu poate fi acceptată nici de femeile care în ultimii 2 ani au avut endomiocardită sau altă exacerbare reumatică, (poliartrită, coree). Nu sîntem pentru gravitate nici în cazurile de stenoză foarte îngustă, de dilatare atrială excesivă — ceea ce este și mai grav (indicînd o boală mitrală mai veche), și nici dacă

femeia a fost într-o stare decompensată în ultimii 2 ani sau dacă în timpul examenului prezintă unele simptome ușoare (de exp. dispnee de efort.). Mai rar se ivește problema gravidității la bolnavele hipertensive. Dacă hipertensiunea este ridicată, dacă există leziuni renale sau renale atunci nu vom admite graviditatea.

Cardiopatiile congenitale și mai ales cele cu cianoză impun contraindicații. De asemenea coarctarea aortei poate prezenta un pericol deosebit pentru femeia gravidă.

Admiterea gravidității nu constituie o problemă medicală simplă. În prealabil bolnava trebuie supusă unui examen minuțios și multilateral, întrucât responsabilitatea medicului este extrem de mare. Trebuie să apreciem fiecare caz în parte. Astfel, vom lua în considerare dacă bolnava poate fi dispensarizată, dacă i se poate asigura o asistență medicală pe toată durata gravidității. Azi trebuie să cumpănim cu toată seriozitatea și soluția chirurgicală. Executând o comisurotomie putem crea o situație ideală pentru purtarea normală a sarcinii. O intervenție mai mică, dar totuși importantă, este suprimarea fibrilației auriculare care ameliorează și ea perspectivele gravidității.

2. *Despre problema intreruperii de sarcină.* Indicația de avort artificial trebuie să se facă în toate cazurile cu o mare seriozitate și circumspecție. În general ne decidem pentru intrerupere atunci când observăm complicațiile enumerate în capitolul de mai sus: primipară vîrstnică, endo-miocardită activă sau alte manifestări de natură reumatică, stenoză foarte îngustă, apariția insuficienței circulatorii încă în primele luni, fibrilația auriculară amenințînd cu decompensare, embolie etc.

În practica noastră observăm că uneori afecțiunile cardiace nu sînt diagnosticate just și în consecință indicația de avort nu se pune cu destulă temeinicie. Din cauza creșterii vitezei de circulație în graviditate, suflurile cardiace funcționale sînt frecvente. Suflurile sistolice frecvente mai ales la vîrful inimii sau la locul de auscultație al arterei pulmonare (zgomot care dispare descori la inspirație) poate induce în eroare pe medic. Accentuarea zgomotului II. pulm. se observă de asemenea deseori, dar constituie un semn de importanță minimă. Printre foile de observație studiate de noi am găsit unele din care rezultă că medicul auzind sufluri sistolice a presupus prezența unei afecțiuni cardiace organice, cînd era prezentă o hipertensiune arterială sau o nefropatie gravidică. Evident că dacă la aceste zgomote se asociază o aritmie extrasistolice, o senzație de palpații, sau tocmai de tahicardie paroxistică (aceste fenomene din urmă sînt frecvente în timpul gravidității), atunci sîntem foarte tentați să ne gîndim la o boală mitrală sau la o altă afecțiune cardiacă. Mai demult am avut ocazia să observăm un caz, în care unei femei, prezentînd o distonie cardio-circulatorie, i s-a interzis maternitatea tocmai din cauza suflurilor sistolice.

Pentru a avea posibilitatea să formulăm o apreciere judicioasă a cazului, trebuie să cunoaștem atitudinea bolnavei în legătură cu graviditatea, numărul copiilor ei, condițiile de muncă și de locuință precum și relațiile familiale.

Stadiul avansat al gravidității constituie de asemenea un factor important. Într-o fază înaintată, toate reacțiile de acomodare ale organismului sînt modificate. De aceea o intrerupere executată mai tîrziu de luna III-a, poate fi mai periculoasă decît însăși nașterea, întrucît o astfel de intrerupere nu este o intervenție chirurgicală simplă. Organismul femeii gravide modifică treptat mediul intern, schimbă echilibrul electroliților, structura proteinelor de plasmă, metabolismul celular etc. Intre-

ruperea prematură și brutală a acestor procese înseamnă o gravă dezechilibrare pentru organism, atât din punct de vedere umoral și neurovegetativ, cât și psihic.

Trebuie luate în considerare și punctele de vedere ale obstetricianului; fără îndoială că evacuarea uterului gravid în a 5-a lună sau într-o fază mai avansată, constituie o intervenție complicată și brutală din punct de vedere tehnic; ea este prelungită, fapt care dăunează inimii mitrale a cărei circulație este solicitată, așa cum s-a amintit, mai ales în săptămâna 30—32.

3. *Prin faptul că s-a hotărît menținerea gravidității nu înseamnă că bolnava nu mai trebuie ținută sub observație.* Orice femeie gravidă trebuie dispensarizată sistematic, medicul internist are datoria să controleze starea femeii gravide. Greutatea corporală, tensiunea arterială, urina, trebuie examinate respectiv controlate în repetate rânduri. Am observat deseori că în urma unei dispensarizări și a tratamentului adecvat, gravitatea mamelor suferind de grave afecțiuni cardiace s-a desfășurat normal. Scopul dispensarizării este acela de a preveni decompensarea și alte complicații. În limita posibilităților trebuie să prevenim pericolul îmbolnăvirilor infecțioase, să combatem cât mai repede o eventuală gripă, faringită etc. ce a survenit. Trebuie să ferim bolnava de recidiva endocarditei și a miocarditei.

Este necesar să observăm semnele decompensării, deoarece la instalarea acestora (în a 30-a săptămână) bolnava trebuie internată imediat pentru tratament spitalicesc. Recunoașterea simptomelor insuficienței circulatorii în cursul gravidității nu este o problemă simplă, deoarece palparea ficatului întâmpină dificultăți din cauza uterului mărit. Pe de altă parte, dispneea ușoară, edemul și tulburările de urinare ale gravidelor nu înseamnă că s-a instalat deja decompensarea.

Alteori însă, insuficiența survine cu o acuitate dramatică, excluzând orice dubiu; în timp ce bolnava se simte bine, în faringe apare o senzație de prurit ca un simptom lipsit de importanță, apoi tusea seacă este urmată de o dispnee acută și, nu peste mult, bolnava expectorează o spută sanguinolentă, spumoasă. Pe baza simptomelor de auscultație caracteristice, medicul confirmă cu ușurință prezența edemului pulmonar. Din fericire edemul pulmonar se instalează rareori, dacă survine decompensarea, aceasta se manifestă mai cu seamă printr-o insuficiență a inimii drepte care evoluează lent, însoțită de binecunoscuta insuficiență circulatorie cronică.

Trebuie să considerăm drept o regulă faptul că bolnava să fie condiționat internată în spital cu 3—4 săptămâni înainte de termenul probabil al nașterii. Chiar dacă starea ei generală este foarte bună (fenomen obișnuit și în cazurile în care au fost prezente anumite simptome de insuficiență în perioada critică din jurul celei de a 30-a săptămâni).

Cum poate să prevină decompensarea medicul care dispensarizează? Am spus că bolnava trebuie ferită de orice maladie infecțioasă. E nevoie să se aplice o serie întreagă de reguli igienice, concediul de naștere începând din a 4-a lună de graviditate, regim de viață menajant, somn de noapte liniștit, 1—2 ore de odihnă la pat în timpul zilei. O bolnavă cardiacă bine compensată nu necesită repaus la pat în permanență. Odihna exagerată este dăunătoare. În eventualitatea că mișcarea și merul obosesc bolnava, atunci activitatea musculară va fi înlocuită prin

masaje. Consumul nelimitat de lichide și mâncările foarte sărate sînt dăunătoare. Trebuie să se evite alimentația copioasă. După fiecare din cele 4 mese zilnice, este bine ca bolnava să se culce pentru cîtva timp, pe partea dreaptă.

Pentru ameliorarea metabolismului miocardului, mulți medici administrează vitamine (mai ales vitamine aparținînd grupului B și vitamine E și C). Administrarea trifosfadenului urmărește același scop.

Dacă se instalează cumulativ o aritmie extrasistolică, trebuie să urmăm combaterea ei pe cale medicamentoasă, deoarece tulburările de ritm și fibrilația auriculară pot avea drept consecință instalarea decompensării. Notăm că chinina și chinidina nu declanșează nașterea, întrucît aceste substanțe sînt eficace numai asupra unui uter pregătit pentru naștere.

Prevenirea medicamentoasă a decompensării (cu strofantină) este discutabilă. Noi nu administrăm cardiotonice decît atunci cînd simptomele insuficienței circulatorii s-au instalat deja. În asemenea cazuri utilizăm procedeele binecunoscute ale cardiologiei. Înainte de a folosi diureticele mercuriale trebuie să excludem eventualitatea nefropatiei gravidice. Știm de asemenea că diureza abundentă respectiv hidremia pronunțată provoacă simptomele grave ale insuficienței cordului stîng. Am observat apoi că diureticele — au asupra bolnavelor cardiace gravide un efect cu mult mai redus decît în mod obișnuit. În stările critice, de decompensare, administrarea de oxigen poate fi salvatoare, atît pentru mamă, cit și pentru făt. Pentru a ilustra că eforturile noastre pot fi încununete de succes chiar atunci cînd situația pare disperată, relatăm următorul caz.

S. V., femeie de 20 de ani suferînd de o stenoză mitrală decompensată de origine reumatică este internată în a șasea lună de graviditate. În timpul celor 6 săptămîni cit a fost internată în clinică am observat de 4 ori un edem pulmonar grav. În afară de aceasta s-au constatat și semne care indicau o cardiă reumatică activă cu semne auscultatorice și eeg patologică. În a 9 lună de graviditate bolnava naște prematur în urma unei secțiuni cezariene un copil viabil. Mama a suportat bine intervenția și starea ei a fost satisfăcătoare și după operație.

Tratamentul trebuie efectuat cu stăruință și din cauza faptului că, cîștigînd timp, bolnava depășește perioada considerată drept periculoasă, și prin aceasta, starea ei se ameliorează simțitor.

S. B. femeie de 26 de ani, suferă de 12 ani de o afecțiune mitro-aortică de origine reumatică. Neavînd copii, dorește cu tot prețul să păstreze sarcina. În a 6-a lună de graviditate apar simptomele decompensării: bolnava este tratată timp de aproximativ 2 săptămîni în spitalul raional cu rezultate modeste și de aceea se internază în clinică pentru a se decide în problema întreruperii gravidației. În clinică tratamentul multilateral ce i s-a aplicat 2—3 săptămîni a fost ineficace. Între timp bolnava intră în a 7-a lună de graviditate, simptomele de insuficiență încep să se amelioreze treptat pentru ca apoi să dispară. Stadiul ulterior de graviditate și nașterea au fost normale.

Dintre cele 55 de bolnave suferînd de o decompensare mai ușoară sau mai accentuată, numai în 8 cazuri nu am reușit să compensăm circulația. Încercările noastre au rămas zadarnice, mai ales în cazurile în care condițiile nu au corespuns chiar de la început suportării sarcinii, sau atunci cînd activitatea noastră s-a lovit de greutăți din cauza lipsei de medicamente după război — și a rețelei sanitare insuficient organizată în aceea vreme.

Medicul care efectuează dispensarizarea observă bolnava pină la naștere, deoarece decompensarea constituie un risc, atit în perioada nașterii, cit și în a lăuziei.

Nu e judicios însă ca internistul să dea îndrumări medicului obstetrician în legătură cu conducerea nașterii, sau chiar cu intervenția chirurgicală. Indicația pusă mecanic de secțiune cezariană nu este recomandabilă nici azi, cînd dispunem de o tehnică chirurgicală avansată și de antibiotice, cu atit mai mult cu cit, așa cum arata cazurile noastre, și bolnavele decompensate în timpul gravidității pot să nască normal, fără nici o intervenție. Prin urmare valvulopatia reumatică nu constituie în ea însăși o indicație de secțiune cezariană.

Ceea ce așteaptă obstetricianul din partea internistului sînt precizări referitoare la capacitatea inimii de a suporta eforturi. Dacă medicului obstetrician i se spune că circulația poate suporta numai eforturi minime, și dacă el însuși constată că nașterea normală pe căi fiziologice în- timpină obstacole, atunci va cîntări posibilitatea aplicării secțiunii cezariene. Hotărîrea definitivă, adică alegerea modului de naștere cel mai indicat din punct de vedere al circulației se va baza pe condițiile existente (a citca naștere, starea căilor genitale, dilatabilitatea colului uterin, mărimea fătului, calitatea durerilor etc.).

Dacă medicul internist crede că bolnava poate suporta încercarea unei nașteri de durată mai scurtă, atunci obstetricianul se poate pregăti în vederea unei nașteri spontane, dar trebuie să ia toate măsurile pentru ca nașterea să evolueze în condiții cit mai bune, și rapid. În perioada de dilatare el va încerca să calmeze durerile și să accelereze dilatarea colului uterin; în mod deosebit va urmări perioada de expulsie, cînd creșterea tensiunii arteriale și tahicardia pot cauza cu ușurință decompensare. Dacă pericolul decompensării este iminent trebuie să se utilizeze forcepsul.

În cazuri bine compensate recomandăm obstetricienilor numai o dirijare corespunzătoare a nașterii. Dar și în aceste cazuri trebuie să se observe cu atenție pulsul, respirația și tensiunea arterială.

În cazurile de valvulopatie reumatică, conservatismul realist al obstetricianului constituie o atitudine utilă, secțiunea cezariană fiind o intervenție abdominală, locul ei este bine determinat în obstetrică. Consecințele acestei intervenții înseamnă o încercare și pentru circulația sanguină. Nașterea cu forceps poate fi și ea dăunătoare; scăderea de presiune în abdomen duce la umplerea bruscă a circulației sanguine, ceea ce înseamnă o gravă încărcare a inimii. Fără îndoială că procedeele care urmăresc desfășurarea rapidă a nașterii nu corespund scopului de a degreva imediat circulația. În această privință secțiunea cezariană este mai puțin recomandabilă, deoarece cu ajutorul ei se scoate mai rapid fătul.

Nici în perioada placentară bolnava cardiacă un poate fi considerată că a depășit limita oricărui pericol. Hemoragia atonică, mai ales în cazurile de boală mitrală anemică, poate fi fatală. În asemenea cazuri e bine să se facă transfuzii de sînge cu picături rare, cu prudență, deoarece sîngele introdus brusc în cantitate mare poate să provoace decompensare.

Asistența medicului internist este necesară și în lăuzie, întrucît și în această perioadă poate surveni o decompensare acută. Instalarea unei tromboze sau a unui infarct poate agrava starea bolnavei.

Lăuza suferind de boală mitrală nu poate părăsi patul decît după un

timp mai îndelungat, potrivit recomandării medicilor. Alăptarea va fi admisă de asemenea numai în urma unei temeinice aprecieri a situației. Dacă bolnava mitrală a născut un făt viu, o nouă graviditate va fi admisă numai în cazul când prezintă o stare generală excepțional de bună. Dacă mama dorește să fie din nou gravidă, și noi nu ne opunem acesteia, atunci e necesar ca între naștere și graviditatea viitoare să treacă un interval de timp de cel puțin 3 ani. Între timp se poate executa și intervenția pe cord.

Notăm că și unele complicații ale nașterii pot fi urmările directe sau indirecte ale cardiopatiei. Așa de exemplu, în etiopatogenia dezlipirii premature a placentei un rol important îl pot avea îmbolnăvirile inimii și ale sistemului vascular. În orice caz, obligația medicului obstetrician este să facă un examen multilateral atât în caz de naștere normale, cât și de naștere complicate, aceasta pentru ca după naștere să fie date în dispensarizarea cardiologului cit mai multe femei bolnave.

Indicațiile comisurotomiei nu intră în cadrul lucrării de față. Menționăm totuși că soluția ideală este întreruperea sarcinii în lunile 1—3, după care să se execute intervenția pe cord, pentru ca graviditățile ulterioare să se desfășoare în condiții bune.

H. G. femeie de 28 de ani suferă de stenoză mitrală. Din cauza acestei afecțiuni și-a întrerupt graviditatea de 2 ori, în urma sfaturilor date de medici. Executarea comisurotomiei a fost indicată de noi. După operație, care a decurs normal, circulația s-a ameliorat mult. Peste un an femeia rămâne gravidă, fiind în tot timpul sarcinii compensată. Nașterea s-a desfășurat fără complicații.

Sînt uneori cazuri cînd intervenția cardiacă trebuie să se execute în timpul gravidității. Iată un exemplu în acest sens:

V. A., femeie de 22 de ani suferind de stenoză mitrală, se internează în clinică în a 3-a lună de graviditate. Cu 3 ani în urmă, în a 7-a lună a primei gravidități, are un avort în prezența unei hemoragii uterine grave. Mult timp după aceea a avut suferințe ginecologice. Se presupune că un nou avort artificial ar putea să cauzeze exacerbarea afecțiunii genitale, sau eventual, ar putea să facă problematică o nouă graviditate. Bolnava dorește cu tot prețul să nască un copil. După comisurotonia executată în a 3-a lună de graviditate, ea naște un copil matur la termen. La examenele de control se constată că starea bolnavei este ireproșabilă.

Sosit la redacție: 20 iulie 1960.