

INFLUENȚA GRIPEI ASUPRA CORDULUI PULMONAR CRONIC

L. Kelemen, A. Nagy, P. Lőrincz

Este de mult cunoscut că gripa periclitează în primul rând viața oamenilor trecuți de 40—50 ani (1. 2. 3. 14. 18. 25. 26. 31. 32. 33. 34. 38. 39. 40. 43. 44. 50. 52. 53. 55. 56. 57). Această observație este întărită și prin experiența clinicii noastre, căci în cursul pandemiilor din 1959 și 1962. și mai tirziu citeva cazuri sporadice. mai ales persoanele vîrstnice, au necesitat tratament spitalicesc; 53,14% dintre bolnavii noștri au fost peste 50 de ani. și numai 27,31% sub 40 ani (27. 28. 29. 41. 42).

Încă de la începutul epidemiei din 1959 am remarcat decompensarea rapidă a bolnavilor suferinzi de cord pulmonar cronic, chiar și sub acțiunea unei gripe necomplicate. Din acest motiv ne-am propus să studiem evoluția gripei la 35 bolnavi cu cord pulmonar confirmat clinic, radiologic sau electrocardiografic. comparînd-o cu evoluția la bolnavii de aceeași vîrstă. suferinzi de diferite alte afecțiuni cardio-pulmonare cronice (emfizem. bronșită cronică. valvulopatie mitrală. cardioscleroză și alte cardiopatii).

Dintre bolnavii noștri cu cord pulmonar, 29 au depășit vîrsta de 50 ani, iar 6 au fost între 40—50 ani. Majoritatea (24) erau bărbați și numai 11 femei. Toți bolnavii noștri au fost emfizematoși vechi. În dezvoltarea cordului pulmonar cronic a contribuit în 9 cazuri astmul bronșial, în 8 cazuri procese tuberculoze vechi, în 9 cazuri pneumonii repetate și în 4 cazuri bronșiectazia.

13 bolnavi (8 fără complicații, 5 cu complicații) au fost internați în prima săptămîină a bolii, 15 bolnavi (3 fără complicații, 12 cu complicații) în săptămîina a doua, 5 bolnavi (2 fără complicații, 3 cu complicații) într-a treia săptămîină și 2 cazuri complicate într-a patra săptămîină a bolii.

A) Dintre cele 13 cazuri necomplicate 2 bolnavi erau de 2—3 ani în stare decompensată. Dintre ceilalți 11 bolnavi 8 s-au decompensat sub acțiunea gripei, în ziua a 3-a—6-a a bolii. La fiecare din cele 22 cazuri complicate era prezentă o afecțiune a arborelui respirator:

— traheobronșită în 3 cazuri

— bronșiolită în 3 cazuri

— bronhopneumonii în 16 cazuri (în 6 cazuri bilaterală. într-un caz unilaterală și în 2 cazuri bilaterale s-a asociat și o pleurezie).

Dintre acești bolnavi 2 au fost vechi decompensați.

Trei din bolnavi nu s-au decompensat nici sub acțiunea complicațiilor, în timp ce la ceilalți 17 bolnavi decompensarea a survenit în ziua a 4-a. respectiv a 8-a a bolii.

Din cauza unei bronhopneumonii severe am pierdut în această grupă un bolnav în ziua a 3-a a internării și în ziua a 8-a a bolii.

B) În cealaltă grupă de bolnavi fără semne clinice sau electrocardiografice de cord pulmonar (8 cazuri de boală mitrală, 2 cazuri de stenoză mitrală, 25 cazuri de emfizem pe de o parte cu cardioscleroză), gripa a evoluat fără complicații la 7 bolnavi. Dintre aceștia s-au decompensat doar 2. în ziua a 4-a. respectiv a 6-a bolii.

Celelalte 28 cazuri aveau complicații pulmonare:

— traheobronșită în 4 cazuri

— bronșiolită în 2 cazuri

— bronhopneumonie în 22 cazuri (la 8 bolnavi bilaterală, la 2 și o pleurezie asociată).

13 bolnavi s-au decompensat între zilele a 4-a și a 14-a de boală. N-am pierdut însă nici un bolnav.

Datele trecute în tabelul anexat arată foarte clar că gripa duce la decompensarea rapidă a bolnavilor suferinzi de cord pulmonar cronic, chiar și în lipsa complicațiilor pulmonare. Internarea acestor cazuri a fost necesară chiar din cauza insuficienței cardio-pulmonare constituite. Această decompensare a survenit într-un procent mai mare și mai repede decât la bolnavii suferinzi de alte afecțiuni cardio-pulmonare vechi, cu toate că gripa acestora din urmă a fost mai des însoțită de complicații pulmonare.

Discuții

Imbolnăvirea gripală grefată pe un cord pulmonar cronic ridică multe probleme. Dintre acestea dorim pe de o parte să relevăm acei factori care generează decompensarea chiar și a cazurilor necomplicate, iar pe de altă parte să arătăm acele mijloace terapeutice care, conform experienței noastre, pot să fie de folos în restabilirea respirației și a circulației.

I. La majoritatea bolnavilor noștri, insuficiența cardiopulmonară gravă a survenit brusc, de cele mai multe ori cu o rapiditate dramatică, neobișnuită la bolnavii suferinzi numai de tulburări ale ventilației sau de alte cardiopatii.

În majoritatea cazurilor tabloul clinic a fost caracteristic; pe lângă o dispnee moderată s-a constatat o cianoză foarte intensă și o hepatomegalie dureroasă de stază. Acestora li s-au asociat greață și citeodată vărsături, din care cauză o parte din bolnavi au fost îndrumați la alte clinici cu suspiciunea de abdomen acut, iar 6 bolnavi au prezentat și tulburări ale conștiinței.

În concordanță cu datele din literatură (3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 54, 55, 56, 57, 58) patomecanismul decompensării cardio-respiratorii rapide poate să fie conceput conform graficului anexat.

În urma infecției gripale apare febra care intensifică metabolismul și duce la creșterea minut-volumului cardiac. Mucoasa respiratorie lezată produce o secreție viscoasă, greu expectorabilă care obliterează bronșiile. Capilarita toxică, care joacă un rol atât de important în patogenia gripei, prin mărirea permeabilității favorizează transudația care accentuează obliterarea bronșiilor. Capilarita intensifică în același timp și tensiunea de altfel crescută din mica circulație. Infiltrația parenchimului duce prin crearea de teritorii irigate dar neventilate la șunturi veno-arteriale, diminuându-se și mai mult parenchimul activ. Toate aceste procese generează hipoxia. Pe de o parte tulburarea respiratorie gravă, însoțită de hipercapnee și acidoză, pe de altă parte extenuarea inimii drepte sub acțiunea factorilor nocivi amintiți, duc până la urmă la insuficiența cardiorespiratorie.

Este cunoscut că în cordul pulmonar cronic, complicat cu insuficiența inimii drepte, tulburarea ventilatorie datorită afecțiunii bronhopulmonare duce la o scădere mai accentuată a saturației arteriale în oxigen, decât în cazurile cu insuficiență respiratorie pură (16, 19, 20, 21, 22, 24, 36, 42, 46, 47, 48, 49).

Am examinat saturația arterială în oxigen la 30 de bolnavi. În cazurile noastre de cord pulmonar cronic decompensat, valorile extreme au fost 50%, respectiv 75%, negăsind în nici un caz o saturație care ar fi depășit 75%.

La toți bolnavii am determinat în repetate rânduri și rezerva alcalină: în timp ce la 3 bolnavi am găsit valori fiziologice, la 32 bolnavi am constatat valori sub 53%, dovedindu-se astfel prezența unei acidoze respiratorii la acești bolnavi.

II. Terapia noastră s-a adresat în primul rând combaterii insuficienței circulatorii și respiratorii și apoi a infecției secundare.

Tabelul nr. 1.

	Nr. total de bolnavi	Decompensați anterior	Rămăși compensați			Decompensați			Timpul apariției decompensării		Decedați
			total	necompl-cați	complicați	total	necompl-cați	complicați	necompl-cați	complicați	
Cord pulmonar	35	4	6	3	3	25	8	17	3-6	5-8	1
Alte afecțiuni cardiace cronice	35	—	20	5	15	15	2	13	4-6	4-14	—

1. Extenuarea rapidă a forței inimii drepte supraîncărcate duce brusc la insuficiență circulatorie, ceea ce impune o intervenție energetică și urgentă. În acest scop trebuie folosite cardiotonicele cu acțiune rapidă. În funcție de gravitatea cazului s-a administrat strofantină în cantitate mare, chiar și de 3—4 ori câte 1, mg pe zi, pentru a scădea doza paralel cu compensarea cardiacă și a trece la un tratament de susținere cu digitală. Cardiotonicelor le-am asociat și analeptice (Mycoren, Cofeină, Pentazol etc.), în caz de nevoie și în perfuzii. Cu toate că în literatură (16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 36) există multe rezerve în privința puncției venoase și efectuarea acesteia este legată de anumite condiții, totuși noi am folosit-o foarte des, obținând rezultate rapide și excepțional de bune, explicabile prin decongestionarea micii circulații.

2. Tratamentul insuficienței respiratorii tinde să suprimă deficiența gravă de oxigen, ameliorarea ventilației și suprimarea acidozei. Oxigenoterapia urgent instituită și bine condusă are o importanță decisivă. Printr-o administrare precaută și control permanent se poate evita efectul paradoxal al oxigenului (5, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 30, 36, 42) care se datorește retenției bioxidului de carbon din cauza proastei ventilații.

Prezența acidozei respiratorii nu ne-a împiedicat să aplicăm oxigenoterapia, căci lipsa oxigenului este un pericol imediat, pe când hipercapneea numai unul posibil care poate să fie combătut la nevoie chiar și printr-o respirație mecanică asistată. Metoda sondei nazale folosită de noi s-a dovedit a fi simplă și ușor aplicabilă. Avantajul acestei metode constă în faptul că scade considerabil spațiul mort (5, 6, 16, 24, 36, 41, 42), lucru foarte util mai ales în cazul bolnavilor cu cord pulmonar cronic.

Prin această sondă am administrat bolnavilor noștri în continuu timp de 3—4 zile (în câteva cazuri chiar și timp de o săptămână) oxigen după o prealabilă trecere prin apă caldută și cu o viteză de 5 l/min, cu scopul de a-l încălzi și umidifica. Astfel nu s-a atins niciodată o concentrație nocivă.

Refacerea unei ventilații satisfăcătoare este o condiție foarte importantă în combaterea lipsei de oxigen și în suprimarea acidozei. Secreția viscoasă și greu exceptabilă care obliterează căile respiratorii, trebuie de mai multe ori înlăturată pe cale artificială, la nevoie chiar prin aspirație bronhoscopică. Pentru diluarea secreției aderente am folosit cu succes supozitoarele cu

L. KEJEMEN ȘI COLAB.: INFLUENȚA GRIPEI ASUPRA CORDULUI PULMONAR CRONIC.

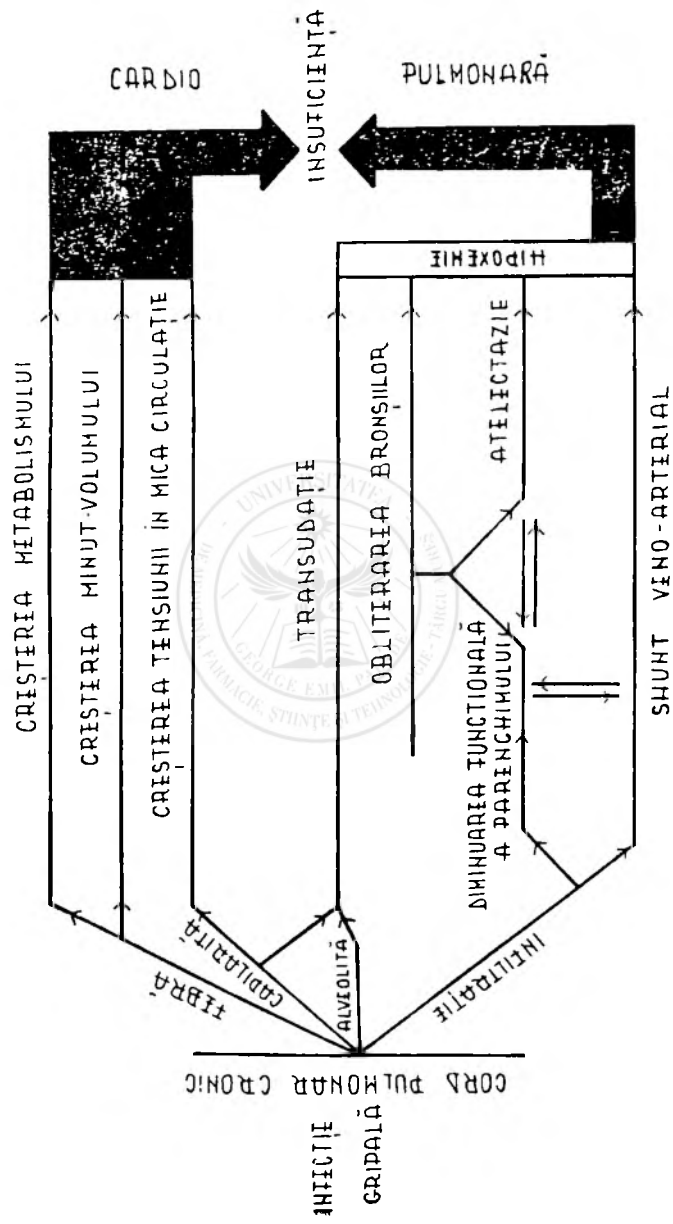


Fig. nr. 1.

compoziția Transpulminei**, iar pentru relaxarea spasmului micilor ramificații bronșice am administrat Eufilină în cantități necesare. Astfel, prin intensificarea permeabilității căilor respiratorii, respectiv a ventilației, am obținut ameliorarea rapidă și considerabilă a stării bolnavilor.

În scopul combaterii acidozei respiratorii am reușit să eliminăm cu ajutorul preparatelor sulfamidice inhibitoare ale anhidrazei carbonice (Fonurit, Diamox) bioxidul de carbon acumulat în cantități patologice. Aceste medicamente au numai un efect trecător, dar ne pot ajuta să depășim faza critică (16, 19, 20, 24, 36) și, spre deosebire de celelalte cardiopatii, asigură în decompensarea acută a cordului pulmonar o diureză bogată.

3. Importanța prevenirii sau combaterii infecției secundare este lesne de înțeles, căci adeseori cauza evoluției fatale a bolii este chiar infecția secundară, asociată gripei grefată pe bolnavul cu insuficiență circulatorie. Tratatamentul antiinfecțios are și el un caracter de urgență. Ne-am străduit să combatem infecția secundară prin administrarea unor doze masive de antibiotice și antiflogistice. În cazurile de cord pulmonar decompensat, necesitatea primordială de a acționa rapid, nu ne îngăduie să așteptăm rezultatele examinărilor bacteriologice și ale antibiogrammei, de aceea am instituit imediat la toți bolnavii un tratament cu doze mari de penicilină (zilnic 4—8 mil. unități) asociat cu $2 \times 1_2$ g streptomycină, continuind apoi cu antibioticul de elecție. Dintre antibioticele cu spectru larg au dat rezultate bune mai ales Clorocidul, Reverinul și Eritromicina.

Acțiunea favorabilă a antiflogisticelor de tipul fenilbutazonei (Butamid, Alindor) s-a constatat mai de mult în cazurile de gripă. Prin efectul lor energetic antiinflamator și antialergic, acționează asupra uneia dintre verigile cele mai importante ale factorilor patogenetici în gripă. Reduc permeabilitatea și edemul inflamator, intensificând astfel ventilația alveolară și oxigenizarea, ameliorând „in toto” activitatea cardiopulmonară. S-a administrat zilnic 1 fiolă timp de 3—4 zile.

Prin tratamentul descris am reușit să suprimăm într-un timp relativ scurt insuficiența respiratorie și circulatorie, salvând nu odată cazuri care păreau lipsite de speranță.

Concluzii

1. Chiar și sub influența gripei necomplicate, bolnavul cu cord pulmonar cronic se poate decompensa brusc.
2. În cordul pulmonar cronic decompensarea survine mai frecvent decât în alte afecțiuni pulmonare sau cardiace cronice.
3. În scopul combaterii insuficienței cardio-pulmonare și a infecției secundare apărute sub acțiunea gripei, bolnavii decompensați necesită un tratament de urgență multilateral și energetic.

Din aceste motive bolnavul cu cord pulmonar cronic trebuie luat în caz de îmbolnăvire gripală sub tratament spitalicesc.

Sosit la redacție: 9 august 1965.

Bibliografie

1. ATANAȘIU P., GRUIA M., PETRESCU A., BRONIŢKI AL.: Stud. și Cercet. Infarmacobiol. (1956), 7, 3—4, 339; 2. BABIŢKI E.: Sovetskaia medicină (1962), 4, 124; 3. BĂLINT A., COSTA A., CURTEANU G., VLAD I., ZOSAN I.: Simpozionul asupra gripei, București 4—5. XII. 1958 (comunicare); 4. BRUCKNER S., SIDERI E., TEODORESCU G., SPINER FR., CIUREZU V., ZAHARI V.: Simpozionul asupra

** Supozitoarele au fost preparate de către conferențiarul Z. Hankó la Catedra de galenică a I.M.F. din Tg.-Mureș.

gripei, București 4—5. XII. 1958, (comunicare); 5 BODA L.: Orvosi Hetilap (1959), 35. 1245; 6. CĂRUNTU FL., TOFAN N.: Medicina Internă (1960), 1, 1; 7. CONSTANTINESCU C., MUNTEANU R.: Viața Medicală (1958), 6; 8. DEREVICI A., SĂRĂTEANU D., PETRESCU AL., DRĂGĂNESCU N., BRONIȚKI AL., ROTSCCHILD L., ISRAEL M.: Stud. și Cercet. Inframicrobiol. (1955), 6, 1—2, 17; 9. DEREVICI A., ROTSCCHILD L., SĂRĂTEANU D., BRONIȚKI AL., PETRESCU AL., DRĂGĂNESCU V., SATMĂRI C., PETRUȘCĂ I., STANCIU A., ȚIMERMAN A., PIRONCOF M.: Stud. și Cercet. Inframicrobiol. (1955), 3—4, 429; 10. DEREVICI A., ROTSCCHILD L., PETRESCU AL., BRONIȚKI AL., SATMĂRI C., PETRESCU I., POPA I., BOIU A.: Stud. și Cercet. Inframicrobiol. (1958), 2, 175; 11. DEREVICI A.: Comunicările Acad. R.P.R. (1956), 5, 723; 12. DEREVICI A.: Gripa. Aspecte din problemă, Ed. Acad. R.P.R., București 1958; 13. DEREVICI A., BRONIȚKI AL., PETRESCU C., SATMĂRI C.: Gripa, Edit. Academia R.P.R. (1959), 161; 14. DUMITRESCU V., POPESCU GH., SANDA BIBERI-MOROIANU: Gripa. Date asupra epidemiei din 1959. Edit. Med. București (1959), 183; 15. DUJARIC DE LA LIVIERA, CATENGUE G., DEBRAG P.: Mal. Infect. (1951), Paris, 2, 8057; 16. FEKETE GY.: Orvosi Hetilap (1959), 35, 1264; 17. FRANCHE MARIA: Simpozionul asupra gripei (Raport) București 4—5. XII. 1958; 18. GUREVA K. N., KLIMOV P. K.: Sovietskaia medițina (1960), 10, 41; 19. GOTTSEGEN GY.: Orvosi Hetilap (1958), 19, 630; 20. GOTTSEGEN GY., KELLNER MARIANNA, TÖRÖK ERZSÉBET: Orvosi Hetilap (1962), 17, 774; 21. HODORN W.: Das Deutsche Gesundheitswesen (1959), 2, 94; 22. HEIDELMAN K. K.: Kliniceskaia medițina (1960), 10, 95; 23. HERONSKAIA R. I., BIRKOVSKAIA E. A.: Problema grippa, Kiev (1958), 108; 24. RUTÁS I.: Orvosi Hetilap (1959), 6, 210; 25. IVAN I. M., MANOLIU M., SANDA BIBERI-MOROIANU, CECIL POPPA, VOLSCHI V., OTILIA MITROIU: Gripa. Date asupra epidemiei din 1959. Ed. Medicală București, 1959; 26. KRAMARENKO M. P., KOZLOVA T. D.: Sovietskaia medițina (1961), 3, 11; 27. KELEMEN L., HIRSCH A., SZOMBATHELYI L., NAGY A.: Medicină Internă (1961), 3, 415; 28. KELEMEN L., NAGY A., LAKATOS O., SZÉKELY P.: Simpozion de gripă (comunicare), Tg.-Mureș, 9. V. 1963; 29. KELEMEN L., NAGY A.: Simpozion de gripă (comunicare) Tg.-Mureș, 9. V. 1963; 30. LOURIA B. D., BLUMENFELD L. H., ELLIS T. J., KILBOURNE D. E. and ROGERS E. D.: The Journal of Clinical Investigation (1959), 38, 1, 213; 31. MARINESCU G., SĂRĂTEANU D. și colab.: Stud. și Cercet. Inframicrobiol. (1956), 7, 1—2, 77; 32. MARINESCU G., SĂRĂTEANU D., DRĂGĂNESCU N., FUKRER B., STERESCU L.: Conferința a III-a Națională de Pediatrie, București 8—10. II. 1956, Ed. Medicală București, 303; 33. MARINESCU G., GRUIA M., SAMUEL I., JOLAND COPECOVICI, OTILIA MITROIU: Gripa. Date asupra epidemiei din 1959. Edit. Med. București 1959; 34. MALOVA M. N.: Sovietskaia Medițina (1962), 1, 39; 35. MIHAI C., BOIU M. n. P., MILCU V.: Medicină Internă (1959), 11, 687; 36. MIHOZY L.: Orvosi Hetilap (1960), 13, 341; 37. MARKUS C., NAGY A., BARBU Z.: Medicina Interna (1960), 12, 1851; 38. MINIUK E. P.: Gripp. Medghiz (1958), 221; 39. MINIUK E. P.: Gripp. Medghiz. (1958), 228; 40. MOLCEANOV N. S.: Kliniceskaia medițina (1962), 4, 9; 41. NAGY A., LAKATOS O.: Simpozion de gripă (comunicare) Tg.-Mureș 9. V. 1963; 42. NAGY A., KELEMEN L., LÖRINCZ P.: Simpozion de gripă (comunicare) Tg.-Mureș 9. V. 1963; 43. PILGHER I. I.: Kliniceskaia medițina (1962), 4, 46; 44. PÎRLOG C., TEODORESCU C., BĂLEANU V.: Gripă. Date asupra epid. din 1959. Edit. Medicală București (1959); 45. PORTOCALĂ R., DUMITRESCU S., IONESCU N. I., BRONIȚKI AL.: Gripă. Date asupra epidemiei din 1959. Edit. Medicală București, 1959; 46. POPA GH.: Revista Medico-Chirurgicală, Iași (1959), anul LXIII, 4, 827; 47. POPESCU J., RACOVEANU C.: Viața Medicală (1963), 9, 583; 48. POPESCU P.: Viața Medicală (1961), 4, 201; 49. ROCK I. A., BRANDE A. I. and MORAN T. J.: Amer. med. Ass. (1958), 166, 1467; 50. SEGHEEV N. V., LEITES F. L.: Vestnik Akademii Mediținskih Nauk: S.S.S.R., (1962), 2, 15; 51. TUȘINSKI M. D., JAROSEVSKI A. I., STAVSKAIA V. V., SKARLATO F. S.: Problema grippa, Kiev (1958), 98; 52. TVING E. I.: Pediatria (1961), 9, 27; 53. TVING E. I.

Pediatria, akuşerstvo i ginekologhiia (1962), 2, 15; 54. VLADIMIROVA K. F.: So-
vietskaia mediciņa (1962), 5, 86; 55. VOICULESCU M., MARINESCU G.: Pediatria
(1955), 1, 55; 56. VOICULESCU M. și colab.: Simpozionul asupra gripei (comuni-
care) Bucureşti 4—5, XII, 1958; 57. VOICULESCU M., BRUCKNER S., TEODO-
RESCU GEORGETA, VLAD R., BURTOI MARIANA, BREABĂU C., IEREMIA D.:
Gripa. Date asupra epidemiei din 1959. Edit. Medicală. Bucureşti 120; 58. WENNER
J.: Klin. Wschr. (1958), 36, 474.