

PERICARDITA CONSTRICTIVĂ

Conf. C. Cărpinișan. I. Gologan, S. Dumitrescu
(Chirurgia Nr. 2. din 1955, pag. 54)

Autorii comunică experiențele cistigate în legătură cu pericarditele constrictive, sprijinindu-se pe 19 intervenții făcute la un lot de 16 bolnavi operați în perioada 1949—1954.

Numărul intervențiilor pentru această afecțiune a ajuns să fie destul de mare. totuși o serie de probleme au mai rămas încă în discuție: anestezia, calea de acces, întinderea rezecției pericardului, etc.

Faptul, că pericardita adezivă cu caracter constrictiv, este o afecțiune de domeniul chirurgiei este definitiv stabilit, deci că orice pericardită care se manifestă prin tulburări de hemodinamică necesită un tratament chirurgical.

Autorii consideră că formele operabile

de pericardită constrictivă pot fi împărțite în trei categorii.

1. Forme cu predominanța simfizei pericardice interne, cind procesul constrictiv este datorit organizării fibroase a pericardului propriu zis (clasicul *concretio cordis*).

2. Epicardita subacută constrictivă, cind procesul constrictiv este realizat îndeosebi de inflamația predominantă a epicardului, care exercită o constricție asupra miocardului.

3. Forma de simfiză pericardică internă, coexistind cu importante aderențe peri-pericardice, unde intervine și o limitare a sistolei.

În cazurile autorilor etiologia bolii a fost următoarea:

12 cazuri sigur bacilare — anatomopatologic sau bacteriologic.

2 cazuri cu diagnostic clinic de polise-rozită bacilară, bine influențată de anti-biotice.

1 caz cu etiologie traumatică.

Un caz cu etiologie nedeterminată privind un bărbat de 42 de ani, în antecedentele căruia s-a găsit o pleurezie purulentă și o poliartrita reumatică.

În completarea datelor etiologice relative la sex și vîrstă găsim următorul aspect: Sex masculin 11 bolnavi, sex feminin 5 bolnavi; între 14 și 30 de ani 12 bolnavi, sub 14 ani un bolnav, peste 30 de ani 3 bolnavi. Autorii sînt de părere că majoritatea cazurilor de pericardită restrictivă este de origine tuberculoasă.

În precizarea diagnosticului pozitiv autorii s-au sprijinit pe: antecedente, existența unui sindrom de compresiune pe cave, semne de pericardită cronică, absența semnelor de cardiopatie cu insuficiență, examenul radiologic (radiografie din față și profil, kimografie), presiunea venoasă mult mărită, electrocardiograma.

În ceea ce privește problema operabilității autorii au fost preocupați de următoarele aspecte:

a) Momentul optim al intervenției. Dacă procesul nu cauzează grave tulburări de hemodinamică care ar necesita o intervenție urgentă, în cazurile tuberculoase se aplică în prealabil un tratament masiv cu antibiotice. Intervenția chirurgicală se va institui doar în urma ameliorării stării generale a bolnavului.

b) Dacă afecțiunii i se asociază și o leziune a miocardului, intervenția se va executa în 2 timpi, primul fiind reprezentat printr-o simplă pericardioliză cu rezecția limitată a pericardului; ameliorarea obținută ar face posibil un al doilea timp operator, în care o rezecție largă ar definitiva rezultatul.

c) Aprecierea și corectarea stării metabolice a bolnavului prin:

— restabilirea echilibrului proteic, administrîndu-i proteine, acizi aminați, plasmă;

— schimbul hidro-salin, pentru a menține cel mai bun bilanț al apei și al sărurilor.

— valoarea funcțională hepato-renală.

d) În vederea determinării sediului sistemului aderențial autorii au utilizat radiografia din față și profil, kimografia

și electrocardiograma. Dar aceste mijloace nu au dat totdeauna date suficiente asupra sediului exact al aderențelor. Mai nou, aderențele se pot localiza mai exact cu ajutorul cateterismului cardiac și al determinării presiunii venoase.

e) În 11 cazuri autorii au utilizat exclusiv calea anterioară Schmieden. Această cale de acces dă o vizibilitate bună pe fața anterioară și pe marginea laterală stîngă și mai limitată pentru marginea dreaptă; de asemenea este dificilă și incompletă și explorarea feței posterioare.

În trei cazuri s-a folosit calea transpleurală dreaptă, care a dat un acces destul de bun. Autorii consideră drept cea mai bună cale de acces cea transpleurală stîngă, care permite o bună explorare atât a feței anterioare cît și a celei posterioare.

După izolarea pericardului se face incizia lui în cruce sau Y. Decorticarea inimii se face totdeauna de la stînga la dreapta. Lambourile de pericard disecate se rezecă larg. Este absolut necesară o chirurgie cît mai puțin traumatică căci orice manevră mai puternică produce tulburări de ritm. În 11 cazuri s-a utilizat anestezia locală, iar în 8 anestezia generală în circuit închis. Narcoza s-a făcut cu ciclopropan. Anestezia locală a dat o deplină satisfacție autorilor, totuși cred că narcoza în circuit închis și mai ales cu intubație este de preferat, deoarece permite o mai bună oxigenare și insuflare a plămînilor. Indiferent de anestezia utilizată zonele reflexogene vor fi infiltrate cu novocaină 1%. Pentru prevenirea tulburărilor de ritm cardiac încă de la începutul intervenției se montează o perfuzie intravenoasă cu o soluție de glucoză 5% novocainizată.

După intervenție se execută după necesitate evacuarea revărsatului sero-sanguinolent din spațiul pericardiac. Funcția respiratorie se susține prin oxigenoterapie, care se face prin sondă nazofaringiană, iar funcția cardiacă se susține printr-un regim de medicație depletivă.

În 12 cazuri oerate autorii au obținut un rezultat bun (75%), iar în 5 cazuri bolnavii au devenit asimptomatici. Starea a 2 bolnavi este staționară, în timp ce alții 2 au decedat.

Dr. DARKÓ ZSIGMOND