

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN INTERVENȚIILE GINECOLOGICE EXECUTATE SUB NARCOZA POTENȚIALIZATĂ CU EVIPAN

Tibor Rosenfeld, Gyula Csato

Dintre procedeele anestezice utilizate în intervențiile ginecologice primul loc îl ocupă la noi rahianestezia lombară care deși e cea mai bună din punct de vedere tehnic și anestezicologic totuși nu se poate aplica în anumite cazuri contraindicate. În clinica noastră folosim destul de rar narcoza cu eter, în schimb întrebuițăm pe scară largă anestezia locală, mai ales în intervențiile plastice și în s. cezariană.

Odată cu utilizarea fenotiazinelor în ultimii ani s-au introdus în chirurgie noi procedee de anestezie, între altele narcoza potențializată. La noi *Hortolomei Setlacek* și *Litarcek* au publicat date în legătură cu rezultatele narcozei potențializate obținute în chirurgie. Recent în ginecologie, acest procedeu a fost aplicat de *D. Alessandrescu* și colab. precum și de *Ruzicska* și *Zsugyelik*. Noi credem că procedeele prezintă avantaje, e menajant și dă rezultate favorabile.

Am aplicat acest procedeu și noi datorită anumitor particularități pe care le-a prezentat materialul nostru clinic de ginecologie. O bună parte a intervențiilor s-a executat la femei mai în vârstă, când afecțiunile cardiace și de circulație sînt destul de frecvente, putîndu-se descoperi și alte boli organice. Acest fapt influențează prin el însuși alegerea anesteziei, dar mai trebuie să luăm în considerare și particularitățile tehnice ale intervențiilor ginecologice, ca de ex. teritoriul profund unde se execută operația, organele ce nu se pot ridica în planul inciziei etc. Din cauza acestor factori și a insuficienței anestezice, care survine deseori în cursul intervențiilor ce durează timp mai îndelungat, narcoza efectuată cu procedeele de pînă acum nu corespunde exigențelor noastre.

În chirurgia generală și îndeosebi în marile intervenții toracice se aplică larg hibernația elaborată de Laborit și metodele modificate ce derivă din aceasta. Utilizînd așa cum trebuie fenotiazinele, organismul hibernizat poate fi răcit, adică adus într-o stare de hipotermie, creîndu-se astfel condiții favorabile, pentru intervențiile pe cord

de ex. Acest lucru nu e necesar însă în intervențiile ginecologice. E suficient dacă administrând medicamentele într-o cantitate corespunzătoare, utilizăm numai efectul lor potențializant.

Fenotiazinele intensifică efectul stupefiantelor, îndeosebi al derivaților de morfină și al barbituricelor, ele intensifică de asemenea și efectul somniferelor, prelungind durata somnului și micșorând cantitatea necesară de medicamente.

Medicamentele care provoacă potențializarea sînt în același timp calmante și tocmai de aceea se folosesc cu rezultate excelente în pregătirea preoperatorie. Ele fac ca derivații de morfină să devină inutili, avînd un efect cu mult mai fiziologic. Fenotiazinele, asociate eventual cu barbiturice, cauzează în același timp în organism o stare potențializată necesară anesteziei. Date fiind cele de mai sus, și noi am introdus anestezia potențializată. Procedeu l-am ales pe de o parte ținînd seama de datele din literatură, iar pe de altă parte pe baza observațiilor experimentale. În hibernație, medicamentele potențializante le-am aplicat după modelul așa-numitului „cocktail litique”, evident modificîndu-l în funcție de exigențele corespunzătoare.

În pregătirea preoperatorie, respectiv în potențializare am utilizat amestecul de largactil, fenergan și mecodin cu puțin barbituric. Unui bolnav de 55—60 kg i-am administrat i. m. cu 12 ore înainte de operație 100—125 mg largactil, 100 mg fenergan și 20—30 mg mecodin, repartizîndu-le în doze corespunzătoare. Înainte de a administra medicamentele am dat drept bază 10 g de fenobarbital. Am acordat o deosebită grijă evacuării tractului intestinal atît pentru a asigura condițiile tehnice ale operației cît și în vederea unei cit mai bune evoluții postoperatorii.

Schema termenelor respectate în pregătirea preoperatorie e următoarea: În ziua premergătoare operației: la ora 15 irigație; la ora 18 1 fiolă de fenobarbital; la ora 21 2 fiole de largactil și 1 fiolă de fenergan.

În dimineața intervenției: la ora 5 irigație; la ora 5 și 15' 2 fiole de largactil (50 mg), 1 fiolă de fenergan (50 mg) și 2 fiole de mecodin (10 mg); la ora 7: 2 fiole de mecodin (10 mg) și 1 fiolă de largactil (25 mg).

Intervenția se execută la ora 8 și 30'. Această schemă a fost modificată (micșorată sau mărită) în funcție de greutatea bolnavei, scăzînd sau adăugînd cîte o fiolă de largactil și de mecodin.

Aceste cantități de medicamente nu au fost suficiente pentru a provoca hibernația, dar au cauzat o stare de completă liniștire fizică și psihică asigurînd un efect potențializant, corespunzător. Operația o executăm exclusiv sub narcoză de evipan. După o asemenea pregătire am obținut o anestezie de lungă durată cu o cantitate relativ mică. În medie am dat 1,2 g de evipan în cursul unei intervenții.

Am aplicat acest procedeu în 54 de cazuri la bolnave de diferite vîrste și în felurite operații. După vîrstă, bolnavele se împart în trei categorii (v. tabelul nr. 1)

Tabelul Nr. 1.

I. Sub 35 de ani	1
II. Între 35—50 de ani	26
III. Peste 50 de ani	18
Total	54

În 45 de cazuri intervenția s-a executat abdominal, iar în 9 vaginal. Dintre intervențiile abdominale, 14 au fost pe anexe, iar 16 pe ovar; de 7 ori am executat o intervenție concomitentă pe anexe și ovar, în 6 cazuri am procedat la extirparea completă a ovarelor (dintre acestea 4 operații extinse din cauza cc-ului), apoi 1 reconstrucție a peretelui abdominal și 1 laparotomie expl. Cele 9 intervenții vaginale au fost extirpări complete de ovar, dintre ele 6 după Schauta. Dintre cele 45 de laparotomii, în 13 am executat concomitent și apendectomie.

Tabelul Nr. 2 ilustrează repartizarea cazurilor noastre după caracterul intervențiilor pe grupe de bolnavi.

Tabelul Nr. 2.

Felul operației	I.	II.	III.	Total
Operație pe anexe	7	5	2	14
Operație pe uter	2	11	3	16
Operație pe uter și anexe	—	3	4	7
Extirp. tot. uter	—	2	4	6
Alte laparotomii	1 R	1 expl.	—	2
Ext. utero-vaginală	—	4 (2 Sch)	5 (4 Sch)	9
		Total		54
Apend. concomitentă	6	7		

Pe acest material chirurgical foarte variat am diagnosticat pe lângă afecțiunea ginecologică de bază care a impus intervenția, numeroase boli de acompaniament care au contraindicat sau au constituit un motiv de îngrijorare în ceea ce privește aplicarea procedeeilor de anestezie utilizate pînă acum. Astfel, în 13 cazuri am găsit boli de inimă, în 11 cazuri hipertensiune, în 9 cazuri anemie, în 10 cazuri hipertireoidism, în 5 cazuri boli gastrointestinale și în 10 cazuri neuropatii. La 1 bolnavă afecțiunea gastro-intestinală a avut complicații cardiace, iar la alte 3 neuropatia s-a prezentat însoțită de alte boli organice. Tabelul Nr. 3 arată amănunțit prezența bolilor de acompaniament la diferitele grupe de bolnavi.

Tabelul Nr. 3.

Boala de acompaniament	I.	II.	III.	Total
Boli de inimă	2	3	8	13
Hipertensiune	1	5	5	11
Anemie	3	3	3	9
Hipertireoidism	3	5	2	10
Boli gastro-intest.	—	4	1 (Nr. 1)	4+1
Neuropatie	1	6 (Nr. 1)	3 (Nr. 2)	7+3
Total:				54

Cantitatea de medicamente administrată la pregătire, respectiv potențializare, nu a provocat acuze. Bolnavele ce urmau să fie operate se aflau în stare de somnolență, iar cele mai în vîrstă au dormit, reacționînd aproape apatic la excitațiile externe (deconectare). În general gradul de potențializare s-a dovedit suficient și experiența noastră arată că la anestezie a trebuit să întrebuițăm o cantitate mult mai mică de evipan decît aceea care ar fi fost necesară dacă ar fi lipsit pregătirea. Potențializarea s-a dovedit eficace îndeosebi la bolnavele mai în vîrstă. După administrarea cantităților de medicamente amintite mai sus tensiunea arterială a scăzut în general cu 15—20 mm Hg. La bolnavele hipertensive, tensiunea a scăzut cu 30—50 mm/Hg. Temperatura corpului a înregistrat o scădere mică, în general de 0,5°C.

Firește cantitatea anesleziecilor utilizate a variat în funcție de durata intervenției, dar doza necesară de evipan depinde în mod apreciabil și de felul operației. În caz de operație extinsă manifestată prin tracționarea mai îndelungată a organelor genitale a trebuit să administrăm mai mult evipan, chiar și atunci cînd intervenția nu a depășit durata obișnuită. Am utilizat mai puțin de 1 g. de evipan adică 0,1 g în 11 cazuri, 1,0—1,5 g în 31 de cazuri, 1,5—2,0 g în 12 cazuri; bolnavelor mai în vîrstă a trebuit să le administrăm în general

mai puține narcotice, iar bolnavelor tinere adipoase o doză de evipan întotdeauna mai mare.

Tabelul Nr. 4 ilustrează dozele de evipan folosite la fiecare operație corespunzător duratei intervenției

Tabelul Nr. 4.

Durata operației	Cantitatea de evipan		
	Sub 1,0 g	1,0—1,5 g	1,5—2,0 g
Mai puțin de 60'	8	23	5
Între 60—90'	3	7	6
Mai mult de 90'	—	1	1

La o bolnavă cu o greutate corporală medie supusă unei operații cu o durată obișnuită de 60'—90', o cantitate de 1,2 g de evipan a fost necesară pentru asigurarea unei narcoze suficiente. După administrarea a 70—80 g de evipan, bolnavele au adormit adinc. Pentru menținerea somnului a mai fost nevoie de cca 40—50 g. Doza de menținere a crescut mai cu seamă atunci când în cursul unor intervenții extinse s-au instalat timp mai îndelungat excitații vegetative din cauza tracționării organelor generale. La peritonizare și la închiderea peretelui abdominal, de obicei s-a dovedit suficientă cantitatea de narcotic administrată anterior, și numai rareori a trebuit să completăm cel mult cu 10 g.

La terminarea operației am resuscitat de obicei bolnavele, întrucât cele mai multe ar fi continuat să doarmă încă multă vreme.

În 12 cazuri, cantitatea de evipan necesară anesteziei a depășit 1,5 g. Dintre acestea, în 7 cazuri durata operației a depășit cu mult 1 oră, intervențiile fiind mai grave. E de reținut faptul că în aceste cazuri greutatea bolnavelor a fost apreciabil mai mare decât cea medie. Încă de la primele încercări am observat că bolnavele obeze adorm mai greu. Am constatat că pentru a atinge gradul corespunzător de potențializare la bolnavele adipoase a trebuit să mărim cantitatea de medicamente utilizate la pregătire.

Presupunem că în acele cazuri (5) în care chiar la operațiile cu o durată scurtă am consumat o cantitate de evipan mai mare de 1,5 g, potențializarea nu a fost suficientă, eventual din cauza greutății mai mari a corpului. În astfel de cazuri un rol au putut să aibă și erorile de tehnică anestezicologică. De altfel notăm că aceste cazuri aparțin etapei inițiale a încercărilor noastre, când nu fixasem încă în mod precis mersul executării anesteziei. Am constatat că anestezia trebuie să înceapă încă înainte de lavaj și de izolare (mai ales la bolnavele neuropate). În momentul în care începe spălarea, bolnava trebuie să doarmă superficial după 20—30 g de evipan, iar când se face incizia trebuie să fie sub o narcoză profundă după 70—80 g de evipan. Dacă nu am început anestezia la timp, am depășit de obicei cantitatea de evipan utilizată în mod curent.

În timpul operației bolnavele devin excesiv de palide, ba după mulți autori de o paloare îngrijorătoare. Intestinul nu e atât de lax ca după rahianestezie lombară. Cu toate că în cursul pregătirii intestinul se evacuează complet, totuși acesta nu e destul de lax, astfel încât izolarea e mai complicată. Organele bazinului sînt hiperemice, acest fapt fiind în concordanță cu fenomenele de stază observate la animalele de experiență. Deși tensiunea arterială scade datorită pregătirii, totuși ca urmare a tracționării organelor se urcă pasajer cu 10—20 mm Hg și în astfel de cazuri bolnava semnalează dureri (geme, își presează abdomenul) în ciuda faptului că narcoza e profundă. Faptul acesta neliniștește în general pe chirurg care procedează la administrarea unei noi doze de evipan, cu toate că după încetarea tracționării, anestezia de pînă atunci se dovedește a fi suficientă.

În primele 24 de ore, bolnavele sînt într-o stare confuză, cele mai multe dormind toată ziua. În seara ce urmează intervenției, cele mai multe nu au nevoie de nici un calmant. În caz de nevoie, ținînd seama de efectul persistent al potențializării, am dat largactil, respectiv mecodin. Bolnavele vîrstnice prezintă în orele premergătoare și consecutive operației o stare atît de confuză încît au fenomene de amnezie, întrebînd a doua zi cînd vor fi supuse intervenției. Nici o bolnavă nu a spus că a avut grețuri, vărsături, ceălele sau că a simțit vreun alt efect neplăcut.

În cursul evoluției postoperatorii nu am observat nici o complicație care să fie atribuită anesteziei potențializate. Tratamentul postoperator obișnuit l-am modificat însă parțial completîndu-l potrivit necesităților de potențializare. Pentru calmarea durerilor, dacă a fost nevoie, am dat întotdeauna fenotiazine, respectiv mecodin în loc de derivați ai morfinei. Ținînd seama atît de efectul hibernației, în sensul micșorării capacității de rezistență, cit și de leucopenia care survine de obicei (*Véghelyi și Marcsek, Ludány și colab.*) am aplicat bolnavelor noastre, după operație, un tratament profilactic cu antibiotice. Dat fiind efectul general pe care îl au fenotiazinele asupra capsulei suprarenale și a metabolismului țesuturilor, am dat cortigen și vitamine, îndeosebi vitamina C (*Laborit și Huguenárd, Véghelyi și colab.*).

Scăderea tensiunii arteriale cu 15—20 mm Hg ce se instalează în urma potențializării durează cel mult 1—2 zile, de obicei a doua zi bolnava revine la tensiunea inițială. Contrar observațiilor altor autori (*Véghelyi și Szutrély*), nu am constatat un efect hipotensiv persistent sau pronunțat. Bolnavelor vîrstnice le-am dat strofantină înainte de operație și 2—3 zile după operație. Dacă din cauza acuzelor cardiace tratamentul cu strofantină a fost aplicat și mai înainte, atunci am continuat să administrăm acest medicament timp mai îndelungat.

În mersul temperaturii nu s-au manifestat deosebiri apreciable. Cu excepția căderii minime ce a survenit în urma potențializării, nu am observat scăderi persistente de temperatură. În cîteva cazuri însă am găsit o stare febrilă ce a durat o zi sau două, pe care neputînd-o explica prin cauze organice am atribuit-o unui efect reactiv paradoxal.

Nu am observat nici un caz de tulburare a activității intestinale. Pasajul, a decurs în general normal, după tratamentul postoperator obișnuit (irigație, ulei de ricină). Luînd în seamă probabilitatea tulburărilor de pasaj descrise în literatură, am dat bolnavelor chiar în prima zi o linguriță de ulei de ricină. Din cauza retenției de apă ce se putea prevedea, am început să administrăm imediat după operație NaCl 10%, timp de 3 zile.

În caz de nevoie, soluția a fost introdusă per rectum. Această metodă care de altfel a dat rezultate bune, nu am putut-o aplica la bolnavele la care am executat și apendectomie. Tocmai de aceea, făcînd abstracție de primele cazuri, în celelalte de mai tîrziu am evitat să executăm apendectomie cu narcoză potențializată chiar dacă a fost vorba de o indicație condiționată.

Am urmărit cu o deosebită atenție vindecarea plăgii postoperatorii. E adevărat că la animalele de experiență am constatat că în hibernație vindecarea plăgilor cutanate e mai lentă și că cicatricea e mai puțin importantă; la bolnavele noastre însă acest lucru nu s-a observat. De asemenea am urmărit cu atenție modificările posibile ale arterelor și singelui. După unele date *Koltay, Szorády* în hibernație permeabilitatea capilarelor se modifică iar somnolența se accentuează, fapt care poate să mărească riscul trombozei; în cazurile noastre însă nu s-a ivit nici măcar suspiciunea de tromboză. Nu am găsit diferențe nici în ceea ce privește diureza sau secreția de zahăr, cu toate că mulți autori atrag atenția asupra acestora (*Szutrély și Véghelyi, Ruzsicska și Zsugyelik, Böszörményi, Bartha și Kocsis*). E sigur că nu am găsit aceste tulburări, deoarece observațiile menționate se referă la hibernațiile de lungă durată, în timp ce noi

am administrat fenotiazine în potențializare numai pentru un timp scurt și în cantități relativ mici.

Mai trebuie să amintim câteva împrejurări. Paloarea bolnavelor nu înseamnă un pericol; ea se instalează sub efectul amestecului de medicamente administrat, fiind bine cunoscută sub denumirea de „paloare de megaphen“. În schimb, fără îndoială că hiperemia țesuturilor e defavorabilă. Deocamdată nu vedem nici o soluție în această problemă. Relaxarea intestinală poate fi favorizată de atropina administrată imediat înainte de operație. În orice caz e necesar să se controleze cu grijă tensiunea arterială atât înainte cât și în timpul operației, mai ales dacă se constată o labilitate vasculară. Pentru ameliorarea stării generale sau în caz de febră etc., considerăm că transfuziile de sânge repetate sînt foarte folositoare, atât în timpul operației cât și în tratamentul post-operator.

În general cantitatea medie de evipan, pe care am utilizat-o e în concordanță cu datele altor autori (*Ruzicka, Zsugyelik*). Subliniem acest fapt deoarece noi în cursul pregătirii am înrebuințat mecodin în loc de dolantin în amestecuri, cu toate că acest medicament e considerat mai puțin valoros și de obicei nu se folosește în hibernație.

Rezultă deci că anestezia potențializată cu evipan e indicată în operațiile ginecologice. Acest procedeu s-a dovedit eficace mai cu seamă la femeile vîrstnice, îndeosebi cînd din cauza stării bolnavei am considerat drept periculoase procedeele anestezice de pînă acum, ivindu-se astfel îngrijorări în legătură cu executarea intervenției. În ce privește indicația, sîntem de acord că aceasta e justificată „atunci cînd există o discordanță între capacitatea bolnavei de a suporta operația și gravitatea intervenției“.

S. s. t. la redacție : 28 februarie 1959.

Bibliografia la autori.

НАШИ ДАННЫЕ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ ЕВИПАННОМ НАРКОЗЕ, УПОТРЕБЛЯЕМОМ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Розенфельд Тибор, Чато Дюла

Авторы в 54 случаях применяли потенциальный эвипанный наркоз при гинекологических операциях.

Потенцирование делалось смесью ларгактила-фенергана и мекодина.

Обезболивание в каждом случае было удовлетворительным, ни в одном случае наркоз не добавлял. В среднем употребляли эвипана 1,2 грамма для операции средней продолжительности.

Больные операцию перенесли хорошо, этот метод жалоб не вызвал ни во время операции, ни после.

Потенциальный эвипанный наркоз получил применение, т.к. метод шадящий, выгодный и рекомендуется для больных пожилого возраста или страдающих органическими заболеваниями.

NOTRE EXPÉRIENCE ACQUISE PAR LA NARCOSÉ POTENTIALISÉE À EVIPAN DANS LES INTERVENTIONS GYNÉCOLOGIQUES

T. Rosenfeld, Gy. Csató

Les auteurs ont appliqué en 54 cas la narcose potentialisée à Evipan au cours des interventions gynécologiques. La potentialisation a été effectuée à l'aide d'un cocktail lytique (Largactil, phenggan, mecodine). L'anesthésie a été toujours satisfaisante. La quantité d'Evipan utilisée a diminué; dans les interventions à durée moyenne, on a administré 1,2 g Evipan.

Les malades ont bien supporté l'intervention; le procédé appliqué n'a causé des douleurs ni pendant, ni après l'opération. La narcose potentialisée à Evipan s'est avérée comme un procédé indiqué. Ce procédé est menageant, avantageux et recommandable surtout pour des personnes souffrant de maladies chroniques, organiques.