

CV 1250

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ

No. 315.

ANESTEZIA REGIONALĂ A NERVILOR SPLANCHNICI

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

prezentată și susținută în 27 Mai 1927

DE

OROS VILHELM

CLUJ,

Tiparul Tipografiei „Dacia“, Calea Victoriei No. 7.
1927.

ANESTEZIA REGIONALĂ A NERVILOR SPLANCHNICI

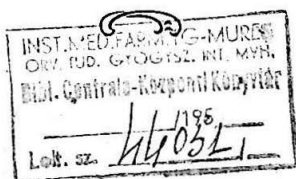


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

prezentată și susținută în.....192.....

DE

OROS VILHELM



24 MAY 2005

CLUJ,

Tiparul Tipografiei „Dacia“, Calea Victoriei No. 7.

1927.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. TITU VASILIU

Profesori:

| | | |
|--|---------|------------------|
| Patologia generală și experimentală | D-1 Dr. | Botez A. M. |
| Istologia și embriologia umană | " " | Drăgoiu I. |
| Clinica iuvenilă | " " | Gane T. |
| Clinica ginecologică și obstetricală | " " | Grigoriu C. |
| Istoria medicinei | " " | Guiart I. |
| Clinica medicală | " " | Hațiegan I. |
| Clinica chirurgicală | } | Iacobivici I. |
| Medicina operatoare | | |
| Farmacologia și farmacognozia | " " | Martinescu Gh. |
| Clinica oftalmologică | " " | Michaii D. |
| Clinica neorologică | " " | Minea I. |
| Medicina legală | " " | Mînovici N. |
| Igienă și igienă socială | " " | Moldovan I. |
| Radiologia medicală | " " | Negru D. |
| Fiziologia umană | " " | Nițescu I. J. |
| Chimia medicală | " " | Ostrogovici A. |
| Farmacia chimică și galenică | " " | Pamfil Gh. |
| Anatomia descriptivă și topografică | " " | Papilian V. |
| Clinica oto-rino-laringologică (agr.) | } | Predescu-Rion I. |
| Clinica stomatologică (supl.) | | |
| Clinica dermato-venerică | " " | Tătaru C. |
| Chimia biologică | " " | Thomas P. |
| Clinica psihiatrică | " " | Urechia C. |
| Anatomia patologică | " " | Vasiliiu Titu |

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-1 Prof. Iacobivici I.

Membrii : { " " " Vasiliu Titu
" " " I. Hațiegan C.
" " " G. Grigoriu
" " " Nițescu I.

Supleant: Docent: Dr. Filipescu

*Scumpilor mei Părinți
în semn de nemărginită iubire și
recunoștință închin această mo-
destă lucrare.*



Memoriei sorioarelor mele.

*Fraților o dragoste curată și
mulțumire pentru frățescul ajutor
ce mi-ați dat în totdeauna.*

UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ, FARMACIE,
ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE - TÂRGUIU MARE



Cuvânt înainte

Teza de doctorat este ultima obligațiune a studentului universitar față de Facultate. Aceasta odată terminată ni se ridică înțitularea atât de scumpă pentru noi, acea ca student.

Înjghebând aceasta modestă lucrare inaugurală, privesc cu regret înapoi spre viața studentească, mă îndrept cu încredere în spre viitor, căci după atâția ani de muncă, grație și activității neobosite a dascălilor mei am putut însuși cunoștințele cu cari astăzi părăsesc Facultatea de medicină.

Domnului profesor Dr. I. Iacobovici îi mulțumesc din suflet, pentru bunăvoința cu care mi-a încredințat subiectul acestei teze, și că a binevoit să primească prezidenția tezei mele. Dela D-Sa am învățat perseverență în munca de toate zilele, m'a făcut se înțeleg, că omului în general, dar în special medicului, îi se cere muncă continuă și sinceritate în toate acțiunile sale.

Domnilor membrii ai jurtului și Profesorilor dela Facultate recunoștință.

Domnului Docent Dr. Filipescu îi mulțumesc pentru îndrumările pe cari mi le-a dat în alcătuirea lucrării mele.

Ministerului de Război, Dlui medic general Dr. Bădescu, col. Dr. Stănculescu, Lt. col. Dr. Câmpeanu le mulțumesc pentru ajutorul material și sfaturile bune cu cari m'au călăuzit în anii de studii.

Prietinilor : Ticușan, Pascu Oct.' Tutetea, Moldovan, Bodescu, Poleacu, Vaida, Cariade, Bârsan și celorlalți colegi de școlaritate le rămân dator cu aceeași dragoste cu cari m'au împărtășit.

Curriculum Vitae

Am absolvit cursurile de studii la Universitatea de Medicină, Farmacie, Știință și Tehnologie - Târgu Mureș în anul 2005, obținând titlul de Medicinist. Am lucrat în cadrul Spitalului Județean de Urgență din Târgu Mureș, unde am acumulat experiență în domeniul diagnosticării și tratamentului diferitelor patologii. În prezent, sunt medic primar în cadrul Spitalului de Boli Infecțioase și Parasitologice din Târgu Mureș.



Am participat la diverse cursuri de perfecționare și simpozioane științifice în domeniul medicinei infecțioase și parazitologiei. Sunt membru în Asociația Medicilor de Boli Infecțioase și Parazitologice din România și în Asociația de Medicină Infecțioasă și Parazitologie din Târgu Mureș. Am publicat articole științifice în reviste de specialitate și am prezentat comunicări la congrese naționale și internaționale.

Am fost implicat în activități de cercetare științifică și am colaborat cu colegii mei în realizarea unor proiecte de cercetare în domeniul patogenelor bacteriene și parazitare. Am participat la activități de învățământ în cadrul cursurilor de studii și am fost implicat în activități de consiliere profesională a tinerilor medici.

Introducere.

Este un lucru bine stabilit, că o parte din afecțiunile organismului reclamă intervenție chirurgicală imediată, fără de care o vindecare este imposibilă, cu toate acestea operația este un cuvânt, care intimidează pe om pentru secretul rezultatului pe de o parte, dar mai ales pentru momentele neplăcute, prin care trece bolnavul în timpul actului operator. Pentru acestea mulți preferă o anestezie, care săi transpună cu totul în lumea inconștientului fără să se cugete la inconveniente tardive ale anesteziei.

Teama de durere face bolnavul să accepte anestezia generală mai bucuros decât oricare alta.

Dealtfel și scopul pe care îl urmărește operatorul, când face o anestezie este tocmai însensibilizarea regiunii unde lucrează.

Dar medicul operator are în vedere și alte considerente. El caută pe cât posibil să aleagă anestezia, care pe lângă suprimarea cât mai completă a durerii, prin urmare, se influențeze cât mai puțin starea generală a organismului.

Anestezia generală ori care ar fi substanța de anestezie, eter, cloretil sau cloroform, are o serie întreagă de inconveniente. Inhalarea anestezicului are repercusiuni imediate și tardive asupra aparatului respirator. Țesutul pulmonar iritat prin narcotic este predispus la tulburări cu urmări fatale, uneori din cauza complicațiilor pulmonare cunoscute. Afară de aceste accidente descrise în anestezia generală și faptul, că atenția chirurgului poate fi atrasă de inconveniente, cari pot surveni în marcoză sunt tot atâtea cauze pentru care operatorul preferă o altă anestezie decât pe cea generală. Sunt apoi regiuni de ex. cele craniene, unde anestezia generală nu se poate face decât cu mari dificultăți. Nici silențiul pe care îl asigură o anestezie rachidiană nu e așa de evidentă în anestezia generală, de exemplu în operațiuni abdominale.

Pentru aceasta se peconizează o altă metodă de anestezie, cea rachidiană, care are înconveniente sale.

Nici în aceasta metodă nu se găsește substanța care se producă o bună anestezie fără inconveniente. Durerile de cap, urcările de temperatură neliniștesc bolnavii zile întregi după operație. La unii mai ales la acei anemici sau hipotenisivi produce cefalee foarte intensă, cari de multe ori au repercusiuni grave asupra organismului debilitat prin actul operator.

Anestezia care se poate executa cu ușurință în foarte multe regiuni și cari dă rezultate bune în totdeauna mai ales dacă bolnavul este puțin pregătit pentru aceasta este: anestezia locală.

Idealul nu este nici anestezia locală din cauză că novocaina cu care se face mai frecvent, aceasta anestezie, nu suprimă durerea pentru mult timp. Efectul anestezicului dispărând pacientul suferă. Dar cantitatea de anestezic injectată în o regiune poate se modifice planurile și se împiedice pe operator.

În timpul scurt, dar foarte prețios pentru mine când urmăream lucrările din clinica chirurgicală de sub conducerea Dlui profesor Dr. I. Iacobovici, am observat operațiuni făcute asupra stomacului sub un fet de anestezie locală, care până la acea dată era cu totul necunoscută pentru mine.

Este anestezia locală combinată cu anestezia regională a nervilor splanchnici.

Am rămas impresionat văzând ușurința cu care suportau bolnavii operațiuni de lungă durată, cum sunt acelea de stomac.

Liniștea pe care o realizează aceasta metodă de anestezie numai în anestezia rachidiană se mai poate observa. Bolnavul suportă operațiuni de o durată dela $1\frac{1}{2}$ —2 ore fără nici o durere

M'am decis se fac aceasta lucrare sub impresia celor văzute și la indemnul Dlui Docent Dr. Filipescu care execută această anestezie.

Istoric.

Anestezia locală în intervenții abdominale este cunoscută de la anul 1899. Hacker și Mikulicz au fost printre cei dintâi, cari au făcut primele încercări în acest domeniu, dându-i fiind influențați de procedeul de infiltrație a lui Schleich. Încercă în câteva cazuri de gastrostomie și gastroenteroanastomoză se face anestezia locală asociindu-se cu o narcoză scurtă, făcută cu clorură de etil, anestezia pereiilor abdominale nedând rezultate satisfăcătoare, mai ales că autorii susamintiți preconizau numai anestezie superficială a pereiilor abdominale.

Nu avem date precise referitor la tehnica, pe care o întrebuițau dâșii.

Pentru a o perfecționa, unii autori fac bolnavilor injecțiuni cu morfină și apoi procedează la anestezia pereiilor abdominale cu o soluție de Novocaină. Doi autori, Seidel și Barnek au introdus 600 cmc. dintr'o soluție de $\frac{1}{2}\%$ Novocaină în cavitatea abdominală crezând că astfel vor anestezia întreg abdomenul, rămâne însă să se constate dacă prin aceasta manoperă nu se produc complicații grave pe lângă alte inconveniențe pe cari le produce lichidul anestezic revărsat în cavitatea abdominală.

Timp îndelungat dominează anestezia locală cu mici modificări aduse în diferite servicii chirurgicale.

Anestezia locală este complectată în anul 1916 de anestezia regională a nervilor splanchnici. Roussiel din Bruxelles face pentru prima dată anestezia splanchnică făcând o pilerectomie și-și reclamă prioritatea în acest procedeu. Lucrarea sa a comunicat-o la al 28-lea congres de chirurgie al asociației franceze din 1921.

Kappis, fără se cunoască lucrarea lui Roussiel, face în mai multe cazuri anestezia regională a nervilor splanchnici, și rezultatele bune au fost demonstrate de către Denk din clinica lui Eiselsberg din Viena.

Braunn preconizează metoda, pe care voi descri-o în lucrarea

de față, și prin care se obține o anestezie perfectă, unde anestheticul acționează direct asupra nervilor splanchnici, și care se face după o laparatomie prealabilă. Metoda inaugurată de Braunn necesită o tehnică riguroasă și o calculare precisă a cantității de Novocaină.

În anul 1922 Faar întrebuițează anestezia splanchnică cu rezultate bune în mai multe cazuri de rezecții ale stomacului și intervențiuni pe căile biliare.

Biermer într-o lucrare recentă recomandă foarte călduros anestezia locală a nervilor splanchnici, în urma experienței câștigate și rezultatei bune obținute în cele 18 cazuri făcute de dânsul.

În lucrarea „considerațiuni asupra chirurgiei gastrice“ dl docent Dr. Pop Alexandru caută să demonstreze rezultatele bune pe care le-a oferit anestezia locală asociată cu cea a nervilor splanchnici după metoda Braunn, în operațiunile, pe cari le-a făcut asupra stomacului.

În serviciile de chirurgie din Germania, în școala chirurgicală lui Haberer se întrebuițează asfăzi pe o scară foarte întinsă anestezia regională a nervilor splanchnici ca una din metodele de anestezie, cari îndeplinesc rolul cel mai perfect unei bune anestezii, de a produce dispariția durerii și a influența cât mai puțin starea generală a bolnavului.

Considerațiuni anatomice asupra nervilor splanchnici.

Anestezia nervilor splanchnici, aceștia fiind situați într-o regiune profundă și cu o bogată rețea vasculară, și mai ales vase de calibru mare, se înțelege dela sine, că necesită o cunoaștere cât mai exactă a anatomiei. Trebuie se cunoaștem precis traectul urmat de ac, punctele osoase pe cari le atinge, cât și rapoartele dintre ramurile nervoase și vasele mari.

Nervii splanchnici atât din dreapta, cât și cel din stânga trec printre fasciculele musculare a diafragmului, pentru a se duce la ganglionul semilunar corespondent, descriind o curbă cu concavitatea în jos și înafară. Splanchnicul din dreapta înainte de a intra în ganglionul semilunar trece între diafragm și vena cavă inferioară.

Micul nerv splanchnic traversează puțin înafară de precedentului diafragmul și intrând în cavitatea abdominală imediat sub orificiul diafragmatic se divide în trei ramuri; prima merge la nervul splanchnic sau ganglionul semilunar, al 2-lea ram la plexul solar, și al 3-lea la plexul renal.

Ganglionii semilunari repausează pe stâlpzii diafragmului, fiind situați puțin înăuntru capsulei suprarenale. Ramuri simpatice fac legături intimă între aortă, trunchiul celliac și ganglionii semilunari. Ei sunt mașcați de un țesut celular grăsos. In partea lor externă se termină nervul marele splanchnic.

Ganglionul semilunar din dreapta este situat puțin mai jos ca cel din stânga și primește la extremitatea lui internă porțiunea internă a pneumogastricului drept, formând împreuna cu marele splanchnic din dreapta o arcadă cu concavitatea în sus, care se numește anșa memorabilă a lui Wrisberg. La nivelul marginii superioare a ganglionilor semilunari vin câteva ramuri din micul splanchnic și frenic. Extremitatea internă a ganglionilor este în

strânsă legătură prin ramuri nervoase cari fac o anastomoză evidentă între acești ganglioni.

Plexul solar este format din ramurile eferente a ganglionilor semilunari, cari pleacă din convexitatea lor și se încrucișează în toate direcțiile, formând astfel un plex nervos situat înaintea oartei, în jurul trunchiului celiac și arterei mezenterice superioare. (Acesta este plexul solar. Pe ramurile cari constituiesc plexul solar sunt diseminați din loc în loc, ganglioni mai mici, sunt ganglionii solari.

Deasupra trunchiului celiac în vecinătatea plexului solar, pneumogastricul drept se divide în trei ramuri; o ramură mediană merge la ganglionul mezenteric superior, o ramură deaepă merge la unghiul intern al ganglionului semilunar drept, împreună cu marele splanhnic formează ansa memorabilă despre care s'a amintit, și în sfârșit o ramură stângă se duce la ganglionul semilunar stâng, și cu marele splanhnic din stânga constituie a.s.a lui Laignel-Lavastine.

Vena cavă inferioară este mascată înainte în parte de ganglionul semilunar drept, marele splanhnic drept și ramurile trunchiului celiac, aici se găsește și corpul pancreasului și puțin mai jos artera și vena renală stângă, cari trec transversal prin aceasta regiune descrisă de Duschka sub denumirea de regiunea ciliacă situată înapoia bursei omentale.

De o parte și de alta a coloanei vertebrale pe fața anterioară și partea laterală a corpurilor vertebrale trec două cordoane nervoase, este lanțul simpatic, care traversează diafragma puțin înafara splandanicilor. Acești nervi sunt ușor de recunoscut, din cauza ganglionilor, cari sunt situați pe traectul lor, și din cari se desprind ramusculle nervoase foarte fine.

Studiul sensibilității viscerelor și al peritoneului.

Pentru a înțelege felul în care lucrează anestezicul este în dispensabil se cunoaștem sensibilitatea viscerelor și al peritoneului. Vom putea înțelege aceasta foarte ușor din bogata rețea nervoasă a regiunii despre care vom discuta.

La anul 1757 Hacker a studiat pentru prima dată sensibilitatea cavității abdominale, iar la 1900 diferiți chirurghi a studiat în mod amănunțit pe animale chestiunea aceasta. Leunander, Nyotröen și Allen au contribuit prin cercetările lor la studiul insensibilizării viscerelor și au demonstrat, că atât în stare normală cât și patologică peritoneul este dotat cu o sensibilitate de o importanță deosebită. Manoperile de tracțiune pe pediculii viscerelor și pe peritoneu sunt cele mai dureroase. Kast și Meltzer susțin că organele abdominale sunt senzibile în stare sănătoasă și hipersenzibile, când sunt inflamate. Viscerele: stomacul, intestinul subțire, colonul, cecul și rectul în stare normală sunt insenzibile la manoperele în general dureroase, cum este înțepătura, tăierea dar nu sunt insenzibile la tracțiune. Dacă aceste organe sunt inflamate, sensibilitatea lor este exagerată și manoperile amintite sunt foarte greu tolerate.

Peritoneul parietal reacționează dureros la atingere, dar mai mult la tracțiune la termocanțerezare, la legătura vaselor, la incizie și suturi.

Peritoneul visceral în stare normală este insenzibil și nedureros, se poate pensa, arde, sau tăia o ansă intestinală, stomacul sau colonul, fără ca prin aceasta se cauzăm dureri marcabilă pacientului. Dacă însă facem tracțiuni vreunui mezo care leagă organele între ele sau care le fixează la părțile abdominal, aceasta manoperă este foarte dureroasă.

Sorturile epiploice sunt insenzibile.

Mezenterul este insenzibil în partea învecinată unei anse intestinale, dar făcând tracțiuni asupra părții cu care se prinde de părilele abdominal posterior bolnavul suferă. Astfel că în decursul unei gastroenterostomii singur explorațiunea exteriorizarea stomacului sau unei anse intestinale, cauzează durere pacientului, și ea dispare îndată cu încetarea tracțiunilor.

Din acestea reese, că acolo unde nu suntem obligați se facem tracțiuni prea mari asupra organelor e suficientă o anestezie locală a păretelui abdominal fără a face anestezia splanchnicilor.

Am amintit, că singur tracțiunile sunt mai dureroase, deasemenea manoperile cari interesează peritoneul parietal, iată de ce: Pneumogastricul, splanchnicii și frenicul contribuiesc la formarea plexului solar, originea ramurilor nervoase, cari se duc la viscere. Viscerele sunt și ele insenzibile, ca și mezourile, numai tracțiunea pediculilor organelor sunt dureroase.

Simpaticul primește ramuri nervoase din intercostali prin ramuri comunicante. Peritoneul parietal primește enervația sa din rețeaua subperitoneală a nervilor intercostali, lombari și sacrați. Fascia subperitoneală este laxă și permite alunecarea peritoneului și prin acest fapt alungirea lui și excitațiunea rețelei nervoase pe cari o conține. Anestezia nervilor splanchnici și a regiunii pe cari o ocupă, după cum vom vedea la difuziunea lichidului anestezic permite cu ajutorul celor două înfepături simetrice se influințăm terminațiunile pneumogastricului în ganglionii semi lunari corespondenți. Lichidul anestezic imbibă splanchnicii, celea două pârchi comunicante a nervilor rachidieni lombari, cât și plexul mesenteric superior. Intreg plexul solar este inundat de lichidul anestezic.

Aceste considerațiuni teoretice ne confirmă și ceace ne demonstrează și practica după cum voi căuta se demonstrez în lucrarea de față că anestezia nervilor splanchnici produce un silențiu abdominal și o suprimare complectă a durerii.

Tehnica Anesteziei nervilor splanchnici.

Materialul.

1. Siringă de 10 cmc. de sticlă, care permite să se vadă lichidul anestezic, pe care îl conține.

2. Acele vor fi de nichel. Avem trei feluri de ace: unul de 2 cm. lung pentru butonii dermici, un al doilea de 10 cm. pentru părțile abdominală, și în fine unul a lui Finsterer de 12 cm. special anesteziei splanchnicilor.

3. Capsulele sunt de porțelan ușor de sterilizat cu un conținut de 30 cmc., în ele se toarnă soluția anestezică.

4. Soluția este un preparat de novocaină. Dacă este pură ea nu produce nici o tulburare, ca midriază, o schimbare în presiunea sanghină sau a aparatului respirator, chiar dacă a fost adăugată adrenalină. Adăugând câteva picături de adrenalină 1‰ soluția își capătă o acțiune mai intensă, în așa fel, că ea devine tot atât de activă, ca și cocaina, fără cu gradul său de toxicitate să sufere vreă modificare. Anestezia apare mai târziu dar durează mai mult timp. Efectul anestezicului dispare mai tardiv și acțiunea sa locală favorizată de adrenalină nu este nici iritantă pentru zonele infiltrate, nici compromițătoare pentru vitalitatea țesuturilor anemiate. Acțiunea vasoconstrictoare a adrenalinei este de scurtă durată, și ia sfârșit odată cu dispariția sensibilității.

5. Cantitatea de soluțiune este 70 cmc. din soluția 1/2‰ Novocaină, care se întrebuințează în felul următor: 20 cmc³ se utilizează pentru anestezia părții abdominale, iar restul pentru anestezia splanchnicilor.

Metodele de anestezie locală a nervilor splanchnici.

Dintre diferitele procedee de anestezie splanchnică, importanță practică au numai acelea a lui Kappis și Braunn, pe când a lui Wendling nu a aflat partizani din cauza dificultăților pe cari le poate întâmpina operatorul, și pentru leziunile periculoase pe cari le poate produce.

Metoda Braunn.

Aceasta este metoda, care se întrebuițează și în clinica chirurgicală din Cluj de sub conducerea dlui Prof. Dr. Iacobovici, și pe care domnul docent Filipescu o întrebuițează ori de câte ori intervine asupra stomacului și împrejurările locale îi permit se o facă. Aceasta este metoda a cărei execuție am putut o observa în mai multe rânduri din apropierea bolnavului și de a cărei rezultate bune m'am putut convinge.

Metoda anesteziei.

Cu o oră înaintea anesteziei se face bolnavului o injecție cu un stupifiant. În clinica noastră se întrebuițează o fiolă de morfină în cantitate de 0,02 cgr. În alte servicii chirurgicale, se întrebuițează formula următoare:

| | |
|-----------------------------|---------|
| clorhidrat de Morfină | 10 cgr. |
| Scopolamina | 2 mlgr. |
| Apa destil. de Lauro cerasi | 10 cmc. |

Se injectează 1 cmc. din aceasta soluție, cu o oră înainte de începerea anesteziei. Bolnavul grație injecției primite este somnoent. Acest produs injectat congestionează creierul, și poate evita sincopa, emotivă mai ales la nevropați. Acțiunea sa care durează 5—6 ore face mai puțin penibile urmările operatorii imediate.

Ea prelungește și mărește acțiunea anestezicului. Scopolamina și morfina este contra indicată la histerici și la cei (la) cu tulburări renale. Ea este inutilă la cașecției și copii.

Așezarea bolnavului pe masa de operație trebuie să se facă în așa fel, ca operatorul să aibă un acces cât mai potrivit asupra organelor cu situațiune profundă. Se face desinfecția pă-

retelui abdominal ca pentru o laparotomie. Se spală întreg păretele cu benzină iodată de trei ori, se șterge cu un tampon steril și se badijeonează de trei ori cu tinctură de iod, după care începe anestezia păretelui abdominal. Începem anestezia păretelui infiltrând pielea și țesutul subcutan pe linia mediană de sub apendicele xifoid până la nivelul ombilicului, se trece cu acul prin piele și țesut celular, până se dă de o rezistență, nu este altceva decât fascia albă, o infiltrăm și pe aceasta. Pătrundem apoi cu acul perpendicular pe trăectul fibrelor musculare făcând câteva injecțiuni cu lichidul anestezic pe care îl depozităm în stratul aponevrotic. Tragem acul înapoi și sub un unghi de 45° injectăm din nou în fascie în jos și în urmă în sus. Astfel cu vreo câteva injecțiuni în piele la o distanță de 2—3 cm. putem obține o anestezie de scurtă durată.

Pentru a obține o anestezie de lungă durată întrerupem nervii păreților abdominali la o distanță oarecare de linia mediană. Se face un buton dermic cu un ac mic la nivelul apendicelui xifoid, altele două la inserțiunea costală a marelui drept acele de a X-lea cartilajiu costal, apoi alte două mai sus de ombilic, unul de fiecare margine externă a marelui drept. După aceasta schimbăm acul cu unul de 10 cm. și pătrundem în profunzime până pe fața posterioară a mușchiului drept, mai întâi perpendicular, apoi oblic, infiltrând toată masa țesuturilor și în urmă mușchiul până la piele, apoi se leagă toți butonii dermici între ei printr'o infiltrație cutanată.

Dacă anestezia s'a făcut bine se poate constata dela început că păretele care înainte de anestezie prezintă oarecare rezistență și era contractat, după anestezie capătă o moliciune remarcabilă.

S'a încercat a se face din acest semn, sau din absența sa, un mijloc de diagnostic și sa observat de mai multe ori în serviciul clinicei, că peristând contractura păretelui abdominal după anestezie este un semn de metastază neoplazică sau de ulcer pe cale de perforațiune.

După aceasta anestezie a păretelui abdominal urmează execuția anesteziei splanchnicilor mai exact a regiunii lor.

Pentru aceasta se deschide cavitatea abdominală, se poate ridica peritoneul cu un ecartor și să se injecteze în peritoneul parietal de jur împrejur cca 4 cmc Novocaina obținem astfel și anestezia peritoneului parietal anterior, posterior și a mesenterului. Se

pune în evidență lobul stâng al ficatului care se îndepărtează în sus cu ajutorul unui îndepărtător cu lamă lată. În același timp se trage stomacul în jos, iar cu indexul stâng se caută artera coronară stomachică la nivelul unde iese din trunchiul ciliac, apoi apăsăm țesutul până ce simțim sub deget o rezistență osoasă, este coloana vertebrală, a XII vertebră dorsală sau I-a lombară. La acest nivel palpăm artera la stânga coloanei vertebrale, iar la dreapta coloanei se află vena cavă inferioară. La punctul acesta deasupra arterei coronare, între aortă și vena cavă cam la nivelul vertebrei a XII-a vom introduce vârful acului, pe care-l întrebuițăm numai pentru anestezia splanchnicilor este acul lui Finsterer de 12—15 cm. Inpingem cu ajutorul degetului arătător a mâinei stângi aorta spre stânga, iar cu mâna dreaptă înaintăm cu acul ținându-l lipit de degetul mâinei stângi până ce ajungem la coloana vertebrală și trece prin peritoneul parietal posterior. Avem grija, că acul se nu pătrundă și să se fixeze în coloana vertebrală.

Acul astfel introdus îl fixăm cu mâna stângă, iar cu mâna dreaptă vom umplea pe $\frac{1}{2}$ o seringă de 10—20 cmc. cu sol., de Novocaină $\frac{1}{2}\%$ și introducându-o în ac vom aspira cu pistonul seringii. În caz dacă aspirăm sânge scoatem imediat acul de oarece el se află sau în aortă sau în vena cavă inferioară. Dacă nu aspirăm sânge injectăm soluția de Novocaină dar foarte încet. Acest procedeu îl repetăm cam de 4 ori până am injectat cca 80 cmc. sol. de novocaină. (80°) $\frac{1}{2}\%$. Introducând cantitatea aceasta infiltrăm tot retroperitoneul anesteziem deci nervii splanchnici Marele și mic.

După circa 5 minute obținem o anestezie de o durată de 1—2 ore, în care timp putem executa intervenția.

Pentru a completa anestezia splanchnicilor și pentru a suprima durerea complet, dl Docent Filipescu obișnuia se injecteze puțină novocaină în micul epiplon la nivelul curburei mici.

Pentru aceasta cu o seringă de 10 cmc plină cu novocaină se pătrunde cu vârful acului pe firisoarele terminale a Pneumogastriului la nivelul ambușurei coronare. O doua înțepătură o face la nivelul marginii superioare a duodenului, după o astfel de insenzibilizare a peritoneului și regiunii, durerea dispare, putând lucra fără durere.

Technica injecțiunii e relativ ușoară și reușește aproape în-

totdeauna. Anestezia incompletă e datorită aderențelor retroperitoneale, cari împiedecă difuziunea soluției anestezice.

Bolnavii astfel anesteziați suportă operațiunii în condiții foarte bune căci tensiunea arterială prezintă oscilațiuni foarte mici. De bolnav e foarte recomandabil ca îndecursul întregii operațiuni să se ocupe un medic sau o soră ca astfel se le abatem atențiunea dela actul operator.

Dacă operația durează peste 2 ore vom fi siliți să narcotizăm, dar narcoza aceasta fiind foarte superficiale ne sunt de ajuns 60—80 gr. ether. In caz de aderențe între vena cavă inferioară și coastă această anestezie e imposibilă.

Anestezia splanchnicilor după metoda Braunn cu cavitatea abdominală deschisă evită complicațiuni cari prin metoda Kappis nu se pot evita așa de ușor. Finsterer preferă injecțiunile după, Braunn care deși dureroase la introducerea acului totuși lasă se evite eventuale pericole.

Pe când Kappis injectează orbește Braunn o face cu cavitatea abdominală deschisă. Prin aceasta are o întrebuițare mai mare metoda aceasta din urmă, față de cea a lui Kappis.

Cazuri mortale a metodei Braunn nu avem publicate, insuccese însă avem la ambele metode. Scăderea tenziunii arteriale până la grade periculoase se pot produce în ambele metode de aceea Kappis recomandă profilactic injecțiuni de Pituglandol 10 minute înaintea injecțiunii splanchnice. Cu siguranță nu se poate evita nici pneumonia nici bronsite postoperatorii.

Complicațiile metodei Braunn: Putem intra cu acul în vena cava inferioară, mai cu greu însă în aortă, pe care o palpăm ușor ca o funie groasă — despre acest inconvenient ne convingem, dacă aspirăm cu siringă, dacă aspirăm sânge indicată o întrerupere a anesteziei și o continuare cu narcoză.

Metoda Kappis.

Bolnavul culcat pe o parte în atitudine așa zise de cocos de pușcă, spatele rotunjit, se pune o perină sub flancul său pentru a corija deformațiunea trunchiului datorită decubitusului.

Regiunea fiind acoperită cu o pătură de tinctură de iod se reperatează coasta a XII-a pe linia apofizelor spinioase. Pe mar-

ginea inferioară a acestei coaste, la patru degete cca 7 cm. de linia mediană se face un buton dermic și cu acul de 12 cm. se înțeapă traversând butonul. Se introduce atunci oblic acul înainte în așa fel, ca el se facă cu planul median al corpului cu unghiul de 45°. Vârful traversează masa musculară și atinge lateral corpul vertebral al celui de a XII vertebră dorsală. Când acul s'a introdus cca 8 cm. a atins scheletul în profunziune — ceace constituie punctul de reper — trebuie să îl tragem înapoi până se vine în țesutul celular subcutanat, apoi îl introducem din nou de data aceasta sub un unghiul inferior. Mergem pe lângă corpul vertebral înainte, până când nu mai simțim nici'o rezistență. Aci este locul unde s'a află marele și micul nerv splanchnic în țesutul retro-peritoneal.

Dacă întâmplător se lezează acestea pacientul simte momentan o durere puternică, cu iradiere spre stomac. Vârful acului nu trebuie să se miște în timpul injecțiunii pentru pericolul de a nu leza vena cava.

Înainte de a începe injecțiunea e necesar să ne convingem, dacă nu cumva acul este într'o venă, despre care ne dăm seamă prin aspirațiune și în caz când nu extragem sânge putem proceda la injecțiune. Urmând aceasta tehnică putem injecta încet 20—30 una de Novocaină $\frac{1}{2}\%$. (Un).

Acelaș procedeu și de partea opusă. Se așează bolnavul pe partea cealaltă și se operează în aceleași condițiuni. Se va aștepta apoi 15 minute înaintea intervenției chirurgicale și anestezia atunci va fi perfectă.

Complicațiunile metodei Kappis: dacă acul se introduce mai median, dacă unghiul format de ac și linia sagitală e mai mare de 60 grade, poate pătrunde prin gaura intervertebrală și se perforizeze chiar măduva până de partea opusă, când dă de o rezistență osoasă, pe care o crede ca punct de reper.

Dacă acul pătrunde încet, la patrunderea lui în spațiul arahnoidian se va scurge lichid cefalorachidian ceace ne indică pozițiunea acului.

Injecțiunea intradurală cu 20 unc de soluție $\frac{1}{2}\%$ Novocaina poate produce colaps sau chiar moarte.

Mai este de observat cum că introducerea acului după Kappis se poate întâmpla ca acul se nu ajungă destul de înainte până

ia corpul vertebral și atunci conținutul siringei prea aproape de canalul vertebral s'au chiar în mișele dintre apofizele articulare din care cauză se poate întâmpla o resorbție mai rapidă a soluției în canalul spinal.

Pentru a evita toate aceste inconveniente trebuie să urmărim următoarea regulă: injecțiunea să se facă întotdeauna în poziție șezândă pentru a evita astfel puncția lombară, se cercetăm acul dacă nu a pătruns într'o venă, pentru a evita astfel injecțiunea intravenoasă, se injectăm numai o soluție de $\frac{1}{4}\%$, cel mult $\frac{1}{2}\%$ de Novocaină.



Traectul urmat de ac și difuzia lichidului anestezic.

Billet și Laborde cari au studiat mersul acului și defuzia lichidului demonstrează că acul pătrunde până la locul unde lichidul trebuie să se reverse, fără nici un pericol pentru bolnav.

S'a făcut prima dată injecțiuni pe cadavre cu albastru de metylen punându-se cadavrul în aceleași condițiuni de operație ca și individul viu, urmându-se aceeași tehnică pe care am indicat'o mai sus. Grație acestor injecțiuni de lichid colorat s'a putut ține socoteală de difuziunea exactă a anestezicului.

În acest capitol voi remarca pericolul posibil și consecințele eventuale a unei greșeli de tehnică.

Billet și Laborde au demonstrat, că introducând acul la nivelul marginii inferioare a celei de a XI-a coastă și la 7 cm. depărtare de linia apofizelor spinose, vârful nu părăsește masele musculare cari formează peretele abdominal posterior, înainte de a ajunge în țesutul celular paravertebral. Acest țesut celular ocupa aproape întreg spațiul din unghiul diedru. pe care'l formează fața anterioară și laterala a corpului vertebral. Are o grosime de aproape 1 deget, și prin el aluneacă nervii splanchnici, ganglionii semilunari, plexul solar vasele mai aorta, vena cavă inferioară și ramurile lor. Pe părțile laterale, el se continuă cu țesutul gras perirenal.

Cercetările pe cadavru au demonstrat că infiltrația țesutului paravertebral se face până la fața hilară a rinichiului, polul superior a lui, capsula suprarenală fața inferioară a lobului Spiegel și la partea posterioară și în sus până la diafragm. Ajunge până la colonul descendent având tendința să treacă dealungul lui. Albastrul de metylen colorează pancreasul aproape în întregime.

Pe linia mediană se observă o infiltrație constantă a regiunii splanchnicilor și a plexului solar, chiar și când cantitatea de

lichid injectată era mai puțină aproape $\frac{1}{2}$ din cantitatea cu care se făcea u cercetările obișnuite.

S'a demonstrat, că introducându-se acul în regiunea, făcându-se explorația exactă a coloanei vertebrale, după-ce se creiază un spațiu, trăgând stomacul în jos și ridicând ficatul în sus se poate pătrunde fără nici un pericol.

În cazul când injecțiunea nu se face în condițiuni favorabile se poate întâmpla să fie lezată aoria, vena cavă inferioară, dar mai ales vena renală stângă. Ea se îndreaptă înaintea celei de a II vertebre lombare. Înțeparea ei nu prezintă nici un inconvenient, dacă observăm de timpuriu în momentul când aspirăm din piston.



Avantajele anesteziei splanchnicilor.

Trebue a cita mai întâi simplitatea și ușurința tehnicii cu care se obține din prima oară cele mai bune rezultate. Eșecurile complete sunt excesiv de rare, eșecurile parțiale cu excepție și succesele de regulă. Pe 26 de cazuri pe cari le-am observat nu am avut numai un caz mortal.

Aceasta anestezie permite de a face în toată liniștea operațiile cele mai lungi, durata poate fi dela 1—2 oare și este suficientă în toate cazurile. Ea dă o liniște desăvârșită chirurgului, care nu trebue să se mai ocupe de starea pacientului, ci numai de diversele timpuri ale operației în toată siguranța.

Ea dă o liniște abdominală aproape perfectă ca și rachianestezia. Intregul pãrete abdominal este relaxat, chirurgul astfel poate se facã în toată siguranța suturile cele mai delicate.

Însă avantajele enorme a acestei anestezii vin mai ales din faptul că suprimă prin ea însăși mai întâi grețurile și apoi vomismențele. Acestea sunt prin constanța lor în timpul operației sau la trei zile de cea mai mare gravitate în operațiile tubului digestiv cu deosebire. Ele provoacă contracturi spastice ale stomacului, cari fac ca suturile delicate gastrice sau intestinale din cauza efortului să se desfacă sau să se rupă. Se observă atunci un sindrom de perforație acută cu peritonită generalizată (acută) mortală.

Anestezia regională a nervilor splanchnici permit de a practica în etajul superior al abdomenului intervențiuni delicate și fără jenă pentru operator și fără șoc pentru operat.

Un alt avantaj este starea de calm a musculaturei gastrice, care permite bolnavului o alimentație precoce destul de folositoare pentru gastrointestinali cari sunt din cei slăbiți sau anemiați.

Rămâne un enorm avantaj de anestezie regională a splanchnicilor suprimarea șocului operator mai ales șocul nervos. Tulburările postanestezice contribuie prin ele însăși a favoriza șocul

mai ales la bolnavi mai puțin rezistenți. De altă parte traumatismul operator se resimte la creier și determină leziuni centrale care produc șocul cu toată narcoza. De fapt în aneștezia generală prin inhalatie nu este decât o parte a creierului care doarme, aneștezia completă a creierului va produce asfixia sau moartea. În cursul stării subconștiente se produc descărcări de energie nervoasă ca răspuns al stimulațiilor nervoasă a neuronilor. Mișcările inutile desordonate fără sfârșit ale pacientului care mișcă sub aneștezie sunt o probă manifestă a eforturilor inconștiente de apărare. Șocul este cu atât mai mare cu cât trauma e mai intensă și narcoza prelungită.

Aneștezia locală a splanchnicilor blocând nervii, împiedică transmisiunea senzațiilor dureroase la creier, și cu toate că nu împiedică efectele excitației psihice, euforia pacientului după operație, este o probă de absență completă a șocului aneșteziei.

Se poate spune, că nu a fost nici un caz de moarte, când aceasta aneștezie a fost făcută cu multă precauție.

Dacă aceasta aneștezie este avantajoasă pentru toți bolnavii și în special acea a tubului digestiv, importanța sa este îndoită când pacienții au pe lângă boala lor gastro-intestinală și o afecțiune, care i-ar expune la un foarte mare pericol, dacă ar fi suportat o aneștezie generală.

Aneștezia regională a nervilor splanchnici să se întrebuițeze în toate cazurile unde o narcoză e interzisă sau se pare a lăsa de gândit, ca în boli ale miocardului, pulmonare, cazuri de respirație îngreunată (stenoză traheală, gusă), boli generale, care reduc rezistența corpului (diabet, arterio scleroza gravă, nefrite, cașexie și etatea înaintată).

Desavantajele anesteziei splanchnicilor.

Sunt de mică importanță și poate să vină din partea bolnavului, din a anesteziei sau dela substanța anesteziantă întrebuințată.

Excitația psihică și nervoasă dă unele fenomene nervoase. Pentru acești bolnavi trebuie se recomandăm liniște absolută, se le facem injecție cu Scopolamină—morfina cu o oră înaintea anesteziei, a le astupa urechile, a le acoperi ochii și a-i trata cât se poate de liniștit.

Starea de jeun. Să nu lăsăm pacientul totdeauna nemâncat, să-i dăm puțină cafea cu lapte cu 2 ore înaintea anesteziei. În starea de nemâncat cea mai mică emoție determină o stare rea acompaniată de grețuri și câte-odată morfina la indivizi cari nu au mâncat de loc poate să determine o stare de greață vecină sincopiei. Aceasta bine înțeles nu să va putea face decât în rare cazuri. Nici odată nu vom încerca se alimentăm bolnavii chiar cu lichide cum e cafeaua înaintea unei intervențiuni care se face asupra stomacului, rezecție, sau gastro-enteroanastomoză de exemplu.

Socul. Adesea practicând anestezia splanchnicilor se observă o stare lipotimică, cari se traduce prin o ușoară paloare a feței, sudori și mici grețuri. Trebuie să se pună aceasta pe socoteala iritației prin vârful acului a unui trunchiu nervos. Inșă ele sunt legero și dispar repede din momentul ce s'a făcut injecțiunea.

Ruptura sau deteriorațiunea acului. Totdeauna vom verifica starea acului care să fie curat. Acest va trebui dirijat urmând axul său și de a nu schimba direcțiunea înainte ca vârful se nu fie în țesutul celular subcutanat. El se va încovoia și se va rupe.

Puncția unui vas mare. Am arătat, că vena renală de partea stângă este cea mai accesibilă, celelalte vase mari sunt protejate natural contra perforațiunei de ac. Dacă puncția s'a produs este suficient de a trage acul până ce numai vine sângele, și a face

injecție, ca și cum nimic nu s'a fi întâmplat. Pauchet declară, că nu a întâlnit nici un aneurism datorit înțepăturii acului în cursul anesteziei splanchnice, numai hematoamele sunt comune. În caz când injecția s'a făcut într'o arteră — afară de carotidă — nu este nimic de ce se ne temem, soluția se duce la ramurile terminale la capilare, și produce anestezia teritoriului periferic al acestei artere. Dacă injecția este intravenoasă riscurile sunt mai mari, pentru că ducându-se direct la inimă ar putea avea o influență fatală asupra ritmului cardiac. Mai mult o parte a soluției ar merge direct la bulb de terminând tulburări cardiace și respiratorii. Injecția intra venoasă este de 8—10 ori mai toxică decât injecția intra arterială.

Infecția locală. Este suficient a o semnală, ea nu provine, decât dintr'o rea asepsie.

Excitația datorită anestezicului. Noi am văzut că nu trebuie se o confundăm cu starea ușoară de șoc care survine, când acul întâlnește un trunchiu nervos. Se observă la unii bolnavi mai ales femeii, o perioadă de excitație, caracterizată prin dispnee, locvacitate, o ușoară accelerație a pulsului, grețuri și palpitațiuni. Ea debută în timpul anesteziei și dispăre repede.

Șocul postanestezic. Acest accident e foarte rar. Poate se depinde de doza de soluție, care a fost injectată în prea mare cantitate, sau prea mare diluție, de pacientul extrem de senzibil, la ușoare doze de anestezie chiar, sau încă de o soluție alterată. Principalele simptome ale acestui șoc sunt: paloarea sau cianoza feței, slăbirea pulmonului, sudori reci și o ușoară prostracție. Ele de regulă dispar în 3—4 ore, dar pot dura și mai mult timp. Atunci trebuie să recurgem la indicații stimulante (cofeină, oleu camforat).

Anemiile grave, datorite hipotermiei, cari o urmează, sepsa generală, piemie, formează contraindicația. În adipozitate mare la care infecția pe dinainte e greu sau imposibilă, atunci aplicăm metoda Kappis. În schimb invers în caz de deformări ale vertebrelor vom proceda după Braun.

În perforația stomacului aderențe, inflamațiuni grave ale peritoneului parietal, anestezia părții abdominale fiind foarte dure-roase, mai bine abținem de

Löwen în urma injecțiunii cu novocaină a observat o scădere mare de presiune sanguină, pe care nu trebuie să o disprețuim, fiind un semn de intoxicație. Semnele de intoxicație sunt: senzație de uscăciune în gât, paliditatea feței, vărsături; fie în timpul scăderii sanguine, fie în timpul agitației. Aceasta se observă mai cu seamă la indivizi bătrâni și cașectici. Profilactic facem injecții cât se poate încet.

Eșecurile anesteziei regionale a nervilor splanchnici sunt datorite faptului că chirurgul întreprinde intervenția înainte ca soluția injectată să fi avut timp de a difuza.



Observațiuni personale.

OBSERVAȚIA I.

D. V. în etate de 23 ani, întră în clinica chirurgicală în 7 II. 1927.

Anteced. heredocol: nimic important,

Antecedente personale: Nu a suferit de nici-o maladie infecto-contagioasă sau venerică. Este tabagnic și alcoolic moderat.

Istoricul boalei: Maladia actuală datează de trei ani, a început cu dureri în epigastru, durerile mari târziu se accentuau și apăreau la 2—3 ore după mâncare. După 6 săptămâni dela apariția boalei încep vărsăturile alimentare, care în ultimul timp devin foarte frecvente. Pentru aceasta întră în clinică.

Semne obiective: Temp. 36.5°, Puls 64.

Sistemul muscular, adipos: bine conservat. Aparatul respirator și circulator nimic important. Abdomen dc circumferință normală. Ficat, splină la limita normală.

Diagn: Ulcer duodenal.

Operația: 11 II 1927. Operator Dr Filipescu, ajutor Dr Ti-
cușan. Felul operației: Rezecția Reichel.

Anestezia: Splanchnicilor după Braunn.

Anestezia: Cu 1/2 oră înaintea operației se face o injecție cu morfină, se dezinfectează părțile abdominal cu benzină iodată și după aceea se badijeonează cu tinctură de iod. Cu câteva injecții de Novocaină 1/2 0/0 se amesteciază părțile abdominal. Se face o laparotomie mediană supraumbilicală se deschide cavitatea abdominală, ajutorul trage stomacul în jos, ridică puțin ficatul în sus. Se explorează regiunea celiacă și se procedează la anestezia splanchnicilor. Operatorul aspiră lichid anestezic într'o siringă de 10 cmc, se introduce acul lui Finsterer în regiunea paravertebrală și injectează o cantitate de 60 cmc Novocaină 1/500 după ce aspiră din siringă și constată, că nu iese sânge. După 5 minute se continuă operația, anestezia fiind perfectă.

Bolnavul în tot timpul operației este foarte liniștit, în cavitatea abdominală dominează un silențiu: perfect. Am controlat tensiunea arterială cu Aparatul lui Vaquez Laubri, înainte de operație era 12—7, iar după operație 10—6.

14. II. 1927. Starea generală bună.

21. II. „ Bolnavul pleacă vindecat.

OBSERVAȚIA II.

C. F. etate 25 ani, întră în clinica chirurgicală în ziua de 2. XII 1926.

Anteced-heredo-col: nimic important.

Antecedente personale: În etate de 6 ani a suferit de pojar. La 14 ani a avut malarie. Neagă maladii venerice, e tabagic și alcoolic moderat

Istoricul boalei: Boala actuală datează de trei ani. A început cu dureri mari în epigastru, concomitent cu durerile avea și vărsături alimentare tardive. După o lună durerile se ameliorează. Aceasta perioadă de acalmie nu durează mult ca să înceapă din nou perioada dureroasă. De o lună bolnavul se simțește mai rău din care cauză întră în clinică.

Semne obiective: Temp. 36.8. Puls 71.

Sistemul musculo adipos: slab conservat.

Sistemul ganglionar: se palpează numai în regiunea inghinală.

Aparatul respirator: la percuție submatitate la ambele vărfuri, la auscultație cracmente.

Aparatul circulator: Zgomote clare la toate focarele.

Abdomen: puțin balonat, la palpatie se constată mai multe puncte dureroasă. Ficat, splină normal.

Diagn.: Ulcer duodenal.

Operația: 6. II. 1926. Operator Dr. Filipescu, ajutor Dr. Lăpădatu și Dr. Mureșan.

Anestezia: splanchnică metoda Braunn.

Anestezia: Înainte de operație cu $\frac{1}{2}$ oră se face o injecție cu 2 ctgr. de morfină, se desinfectează părțile abdominal cu benzină iodată de trei ori apoi să șterge cu un tampon steril, se badijonează cu tinctură de iod. Părțile abdominal se anesteziază cu câteva impunsături de Novocaină $\frac{1}{20}$ %. Se face laparo-

tomie mediană supraombilicală și se deschide abdomenul, se trage stomacul în jos, iar ficatul în sus., operatorul explorează regiunea și procedează la anestezia splanchnicilor. Cu o seringă de 10 cmc. aspiră lichid anestezic se introducee acul lui Finsterer în regiunea paravertebrală, și se injectează 60 cmc. Novocaină $1/2\%$, după ce aspirând din seringă se convinge că nu a intrat într'un vas. La 5 minute anestezie complectă.

Bolnavul este liniștit, organele abdominale puțin anemiate din cauza scăderii presiunii sanguine. Tensiunea arterială înainte de operație 13—8, după operație 11—6 după aparatul lui Vaquez Laubri.

7. XII 1926. Starea generală bună. Bolnavul nu prezintă decât foarte ușoare dureri la nivelul intervenției.

15. XII 1926. Bolnavul părăsește serviciul vindecat.

OBSERVAȚIA III.

M. M. etate 49 ani, intră în clinica chirurgicală în 11 XI 1926 pentru dureri în epigastru.

Antecedente heredo-col: Părinții au sucombat, nu precizează cauza morții. Are două surori sănătoase și 4 copii sănătoși.

Antecedente personale: Neagă maladiile infecto contagioase și venerice. La 10 ani hernie inghinală. Uzează moderat de alcool, nu este tabagic.

Istoricul boalei: Boala actuală datează de 4 ani, a început cu dureri postalimentare tardive și înapetență. De 4 luni starea se agravează, la dureri se asociază și vărsături pontane și dureri nocturne. Aceste simptome au ca răzultat slăbirea considerabilă a bolnavului. Pentru aceasta intră în clinică.

Semne obiective: Temp. 36° . Puls 84.

Țesutul musculo-adipos: slab dezvoltat și conservat.

Ganglionii: nu se palpează decât în regiunea inghinală.

Aparatul respirator: normal.

Aparatul circulator: zgomote clare la toate focarele.

Abdomenul: circumferința normală. La palpatie se constată puncte dureroase. Ficat, Splina normal.

Diagn: ulcer pe mica curbură.

Operația: 13 XI 1926. Operator Dr. Filipescu, ajutor Dr. Ticușan. Felul operației: Rezectia de stomac proc. Pean.

Anestezia : splanchnică metoda Braunn :

Anestezia : Înainte cu o $\frac{1}{2}$ oră se face o injecție cu o fiolă de morfină, se desinfectează perețele abdominal cu benzină i odată de 3 ori și apoi se badijeonează cu tinctură de iod. Se procedează la anestezia părțelului abdominal cu câteva injecții de Novocaină $\frac{1}{2}$ o/o. Se face laparotomie mediană supraombilicală se deschide cavitatea abdominală, se trage stomacul în jos, ficatul se ridică în sus. Se explorează regiunea celiacă, și se începe anestezia splanchnicilor. Operatorul cu o seringă de 10 cm. aspiră lichid anestezic, se introduce acul lui Finsterer în regiunea paravertebrală și se injectează 60 cmc. Novocaină $\frac{1}{2}$ o/o, după ce aspira cu pistonul seringii se constată că nu este într'un vas.

La 5 minute se poate continua operația.

Comportarea bolnavului : Bolnavul se simte bine. Din când în când spune că simțește puțină durere și amețeli.

Mersul postoperator : În 15 XI starea generală bună. Are apetit bun, are vânturi.

În 27 XI. Bolnavii părăsește serviciul vindecat. Prescriem un regim.



B. I. etate 49 ani, intră în clinică în 29 XI 926 pentru dureri epigastrice și vărsături.

Antecedente heredo-col : Părinții au murit, tatăl de Pneumonie. mama nu se poate preciza cauza morței. Are 2 frați sănătoși. Soția a sucombat în urma unei nașteri. Are 5 copii sănătoși.

Antecedente personale : În etate 19 ani a suferit de febră tifoidă. În 1910 a fost operat de hernie inghinală. În 1917 a avut febră palustră, pe când era soldat în Albania în timpul războiului. Neagă boli venerice. Tabagnic și alcoolic moderat.

Istoricul boalei : Maladia actuală datează din 1918, după ce a venit acasă din război. A început insidios cu dureri în epigastriu și balonerea abdomenului mai cu seamă după mâncare. Durerile survineau și în decursul nopții. De 2 ani starea se agravează. Are vărsături spontane și provocate după cari durerile dispar. Pentru acestea bolnavul intră în clinică.

Semne subiective : Temp. Puls fără important.

Tesutul musculo-adipos : slab dezvoltat.

Ganglionii: nu se palpează în nici-o regiune.

Aparatul respirator: se constată un torace emfizematos. La percuție hipersonoritate, la ascultajie respirație vesiculară mai diminuată.

Aparatul circulator: Limitele cordului sunt mai micșorata. Zgomotele cerdiace mai surde la toate focarele.

Abdomen: Puțin balonat; La palpație se constată mai multe puncte dureroase. Ficat splină normal.

Diagn: Ulcer piloric, stenoză pilorică.

Operația: 2. XII 1926, operator Dr Filipescu, ajutor Dr Țeposu, Feliul operației: Rezectia procedeul Reichel.

Anestezia: splanchnica metoda Braunn.

Anestezia: cu 1 oră înainte se face o injecție cu o fiolă de morfină (2 ctgr). Bolnavul se așează pe masa de operație, se desinfectează părțile abdominală și se înfiltrează cu o soluție de Novocaină. Se deschide cavitatea abdominală, se trage stomacul în jos, iar ficatul în sus. Operatorul explorează regiunea și procedează la anestezie. Cu o seringă de 10 cmc aspiră lichidul anestezic, introduce acul în Finsterer în regiunea paravertebrală și injectează 60 cmc Novocaină 1/200.

Bolnavul în timpul operației este liniștit. organele abdominale sunt palide. Puls încetinit.

Mersul postoperator: 3. XII. 1926. Starea generală bună.

10. XII. Starea generală bună se menține. Are apetit bun, are vânturi și scaun. Abdomenul moale.

15. XII. Părăsește serviciul vindecat.

OBSERVAȚIA V.

K. E. etate 28 ani, întră în clinică în 6. I 1927.

Antecedente heredo-col: Tatăl mort nu știe de ce boală. Mama sănătoasă. Are trei frați sănătoși.

Antecedente personale: Nu a suferit de nici-o boală infecto-cotagioasă sau venerică. La 19 ani a suferit de reumatism. Nu este alcoolic și tabagică.

Istoric: Maladia actuală datează de 2 ani. A început insidios, cu vărsături, greață și mai târziu dureri în centură. Bolnavul are dispnee și oboseală la eforturi. În ultimul timp, dure-

rile se accentuează și vin în accese, din care cauză bolnavul intră în clinică.

Semne obiective: Temp. 36.5°, Puls 86.

Sistemul musculo adipos: păstrat.

Ganglionii: nu se palpează.

Aparatul respirator: normal.

Aparatul circulator: matitatea precardiacă mărită. Suflu presistolic la mitrală.

Abdomen: de circumferință normală. Ficat, splină la limita normală.

Diagn.: Litiază, colecistită și stenoză mitrală.

Operația: splanchnică metoda Braunn.

Anestezia: Se injectează o fiolă de morfină înaintea operației. Bolnavul se așează pe masa de operație. Se desinfectează părțile cu benzină și tinctură de iod. Cu câteva injecțiuni de Novocaină 1/2% se infiltrează părțile abdominal. Se face laparotomie mediană supra ombilicală. Operatorul exploaează regiunea. Cu o seringă de 10 cmc. aspiră lichid anesthetic, se introduce acul în regiunea paravertebrală și injectează 60 cmc. Novocaină 1/2%. Bolnava în tot timpul operației este liniștită. Viscerele abdominale sunt anemiate.

Mersul postoperator: 12/V. Starea generală bună. Are vânturi.
13/V. Starea generală bună.

OBSERVAȚIA VI.

P. P. Gh. în etate de 23 ani, intră în clinică 14/II. 1927.

Antecedente heredo-colaterale: Părinții trăesc sunt sănătoși. Are 5 frați, toți sănătoși.

Antecedente personale: În anul 1921 îi s'a făcut amigdalectomie. În anul 1918 a avut crize apendiculare cari sau repetat de mai multe ori. Înainte cu 5 ani a contractat o blenoragie alcoolic și tabagiu moderat.

Istoricul boalei: Maladia actuală datează de un an și două luni. A început cu senzație de greață și presiune asupra regiunii epigastrice. După 2 luni a început să aibă dureri cam la 3 oare după mâncare. Vărsături nu are. Scaunele sunt sanguinolente. Pentru acestea simptoame bolnavă intră în clinică.

Semne obiective: Temp. 36.5. Puls 84. Resp. 20.

Sistemul musculo-adipos: bine conservat.

Ganglionii: nu se palpează.

Aparatul respirator: La percuție sonoritate, la ascultație murmur vezicular. Aparatul circulator. Cordul la limitele normale. Zgomote normale la toate focarele de ascultație. Abdomenii de circumferință normale. La palpație mai multe puncte dureroase. Ficat, splină normale.

Diagnosticul: Ulcer duodenal.

Operația: Data 18. II 1927. Operator Dr. Filipescu, ajutor Dr. Ticușan. Feliul operație, Rezecție Reichel. Anestezia splanchnică după Braunn.

Auetezia: Înainte operației cu o oară se face o injecție cu morfină. Se pune pe masa de operație. Se desinfectează părțile abdominal cu benzină iodată, apoi cu trã de iod. Pãrete cu câteva injecții se înfiltrează. Se face laparatomie mediană supra ombilicală, ajutorul trage stomacul în jos, iar ficatul în sus. Se explorează regiunea. Operatorul ia o seringă de 10 cc. Aspiră lichid anezic introduce acul lui Finsterer în regiunea paravertebrală, și injectează o cantitate de 60 cc. Novocaină 1/200, după ce aspiră din seringă și constată că nu iese sânge. După 5 minute se continuă operația.

Bolnavul este liniștit, nu are nici o durere în tot timpul operației.

Mersul postoperator: 18/II oară 12 a. m. Starea generală gravă. Puls frequent, senzații de sufocare. Controlăm plaga, se constată că întreg pansamentul este îmbibat cu sânge. Se desfac suturile și se constată cam 1 kgr. sânge în cavitatea abdominală. Nu se poate evidenția punctul hemoragic. La 5 oare p. m. se face transfuzie de sânge.

25/II. Starea generală bună.

4/III. S'a început din nou hemoragie. Starea generală foarte gravă. Se face transfuzie de sânge.

7/III. Bolnavul sucombă.



Conclușiuni.

1. Anestezia regională a nervilor splanchnici, ia un loc din ce în ce mai mare în chirurgie și aceasta este incontestabil un mare progres. Se poate întrebuița nu numai pentru micile intervențiuni, ci chiar și pentru cele mai lungi și cele mai delicate.

2. Anestezia regională a nervilor splanchnici permite intervenția pe întregul etaj superior al abdomenului. Ea nu este necesară decât dacă trebuie a exersa tracțiuni cari singur sunt dure-roase asupra diferitelor viscere.

3. Braunn, Kappis, Rossiel au fost printre primii cari au întrebuițat'o și au fixat anatomia cu precizie, traectul acului. și întinderea și limita infiltrațiunei.

4. Technica anesteziei regionale a nervilor splanchnici este foarte simplă și fără pericol, mai cu seamă acea pe calea anterioară.

5. Acest mod de anestezie prezintă avantajul de-a suprima pericolul narcozei. Se potrivește foarte bine pentru operațiuni asupra stomacului, căci evită șocul postoperator și vărsăturile cari ar putea se distindă suturile. În sfârșit le permite bolnavilor o alimentație precoce.

6. În fața acestor mari avantajii pericolele veritabile snt aproape nule inconvenientele puțin serioase și ușor evitabile.

7. Din cauza simplităței sale a avantajelor, însușirii de a nu fi vătămătoare anestezia regională a nervilor splanchnici este nu numai metodă dealegere dar și acea care se impune mai ales în chirurgia gastro-intestinăla.

—SFÂRȘIT—

21-V-1927.

Văzut și bună de imprimat.
Prof. (ss) Dr. Iacobovici.

Bună de imprimat.
Decan:
Prof. (ss) Dr. Nițescu I. I.

Concluzii

În cadrul prezentei lucrări s-a realizat o analiză detaliată a evoluției și impactului medicamentelor în România, evidențiat prin următoarele aspecte:

- 1. Creșterea semnificativă a consumului de medicamente pe cap de locuitor, reflectând o schimbare în comportamentul de sănătate și în accesul la servicii medicale.
- 2. Diversificarea și modernizarea portofoliului de medicamente, cu accent pe produse inovative și biologice.
- 3. Importanța creșterii capacității de producție locale și a competitivității industriei farmaceutice naționale.

Pe lângă aspectele economice și de accesibilitate, este esențial să se țină cont de următoarele direcții de acțiune:

- 4. Promovarea utilizării raționale a medicamentelor pentru a preveni rezistența la tratamente și a reduce costurile.
- 5. Îmbunătățirea reglementărilor și a mecanismelor de control al calității și siguranței medicamentelor.



În concluzie, dezvoltarea sustenabilă a sistemului de sănătate din România depinde de o abordare integrată care să combine inovația, accesibilitatea și eficiența. Este necesară o colaborare strânsă între autoritățile publice, industria farmaceutică și societatea civilă pentru a asigura că beneficiile medicamentelor sunt distribuite echitabil și utilizate în mod responsabil.

2024

Prof. Dr. [Nume]

[Nume]

Bibliografie.

Dr. Kappis Max—Zur technik der Splanchnicus anaesthesie: Zentrbl für chirurgie 1920 — No. 5. pag. 98.

Prof. Dr Hans Finsterer — Die Methodhen der lokalanaesthesie in der bauchchirurgie und ihre Erfolge. 1923.

Prof. Dr Victor Pauchet, Dr Paul Sourdat, Dr Gaston Labbat L. anesthesie regionale.

3. e ed. Paris. 1921 Doin.

Dr Pierre Maizilly — contribution à l'Etude, de l'anesthesie regionales des nerfs splanchniques, 1924.

Dr Alexandru Pop — considerațiuni asupra chirurgiei gastrice, 1926.

Dr Denk. — Splanchnikusanaesthesie. Zentrbl. für chirurgie 1920 No. 21 pag. 517.

Dr Hoffmann — Splanchnikusanaesthesie in der Bauchchirurgie. Zentrbl. für chirurgie 1920 No. 3 pag. 53.

Dr. Otto Toemissen — Die Splanchnikusanaesthesie in der chirurgie des Oberbauches. Zentrbl f chirurgie 1927.

Dr. Laborde — L'anesthesie regionale des nerfs splanchniques. Paris Medical, 6 XI. 1920

Dr Roussel — Anesthesie des nerfs splanchniques et des plexus mesenteriques superieur et inferieur en chirurgie abdominale. Presse Medicaie No. 1. Janvier 1922.

Billet et Laborde — L'anesthesie regionale des nerfs splanchniques. Presse Medicale 2 Avril 1921.

Haberer — Splanchnikusanesthesie. Zentralbl. tür Chirurgie 1920. No. 21 pag. 517.
