

Anestesia Peridural Torácica para Cirurgia em Posição Sentada (Peridural Torácica para Cirurgia de Mama e/ou Abdômen) com Sedação Venosa

Sr. Editor:

Creemos que os vários colegas que teceram comentários sobre estes artigos¹⁻⁴ mostraram o absurdo e o tremendo risco potencial que encerra a técnica neles preconizada^{5,6}.

Nos dias de hoje, onde a TV e os jornais fazem do erro médico o seu prato principal com uma frequência impressionante, devemos fugir de métodos que contrariam as mais elementares regras de segurança durante uma anestesia^{7,8}. Creemos que tudo isto ficou bem claro nas considerações que foram apresentados e só podemos dizer "amém" às críticas que foram feitas. Cabe apenas lembrar aqui a facilidade e segurança que representaria o uso de anestésias combinadas, descritas sob o nome de "narcoanalgesia"⁹, que estariam perfeitamente indicadas para os procedimentos cirúrgicos realizados.

Um aspecto, contudo, que nos preocupou mais que o contedo do trabalho é que o mesmo tenha saído em nossa Revista.

É grande a responsabilidade do Editor num país como o nosso, onde praticamente o único veículo tratando da Anestesiologia, que alcança a maioria dos médicos praticantes é a *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Muitos aceitam este órgão como uma espécie de Bíblia da Especialidade, tomando o que ali está escrito como sendo o melhor e o mais desejável dentro da ciência e a arte. Este aspecto já foi muito bem abordado por Spiegel¹⁰.

Sem dúvida, quem escreve e assina um trabalho responde pelos conceitos nele expressos. Isto no entanto não elimina a necessidade de um corpo editorial atento, que utilize critérios rigorosos na aceitação da matéria, mais importantes que o estilo e a linguagem.

Levando isto em conta, fica aqui a nossa sugestão de que um manuscrito para ser publicado na *Revista Brasileira de Anestesiologia* deveria passar pelo seguinte crivo:

1) Na opinião dos que têm experiência no

aspecto abordado, a técnica descrita mostra alguma vantagem sobre o que vem sendo feito?

2) Qual é a estimativa da fração custo/benefício?

3) Qual o risco potencial para o paciente?

Se estes itens tivessem sido levados em consideração, os artigos em pauta não teriam sido aprovados, como foi sobejamente demonstrado pelas cartas enviadas ao Editorial¹⁻⁴.

Armando Fortuna, TSA;
Responsável, CET Integrado.

Anibal de Oliveira Fortuna,
Staff, CET Integrado

CET Integrado de Santos
Caixa Postal 29, Santos. CEP 11100
Santos, 19/julho/1989

REFERÊNCIAS

1. Imbeloni L E - Mamoplastia e peridural torácica (Carta). Rev Bras Anest, 1987; 37: 365-367.
2. Imbeloni L E - Peridural Torácica para Cirurgia de Mama e/ou Abdômen com sedação venosa (Carta). Rev Bras Anest, 1989; 39: 156-157.
3. Pinto A L, San Gil H G, Madalena M L et al - (Carta). Rev Bras Anest, 1989; 39: 155-156.
4. Gouveia M A, Labrunie G M, Lemos S et al - (Carta). Rev Bras Anest, 1989; 38:157-159.
5. Ursolino G L, Biagini J A, Tincani F F et al - Bupivacaína 0,25% em Anestesia peridural contínua para mamoplastia. Rev Bras Anest, 1987; 37: 19-23.
6. Di Lascio J V L, Victória L G F, Bello C N - Anestesia peridural torácica para cirurgias estéticas da mama ou mama e abdômen. Rev Bras Anest, 1986; 38: 273-276.
7. Fortuna A - Morte em Anestesia. Rev Bras Cir, 1986; 76: 199-202.
8. Fortuna A - Morte em Anestesia: aspectos atuais do problema, Rev Bras Cir, 1988; 78:53-55.
9. Fortuna A O, Fortuna A - Narcoanalgesia: 1000 casos de anestésias combinadas (Narcose + Peridural ou Raquianestesia), Rev Bras Cir, 1988; 78:91-96.
10. Spiegel P - Sobre "Bloqueio Peridural Duplo" (Carta). Rev Bras Anest, 1981; 31: 168.

Resposta sobre Anestesia Peridural Torácica em Posição Sentada

O artigo de Di Lascio J V L, Victoria L G F, Bello C N – Anestesia peridural torácica para cirurgia estética de mama ou mama e abdômen¹, publicado sob minha responsabilidade editorial, gerou algumas polêmicas, porém, discordo dos Drs. A e A Fortuna colegas que reclamam atenção dos Editores. Os artigos publicados estão sujeitos a críticas. Os Editores não julgam o mérito dos trabalhos que lhe são submetidos.

Se os editores fossem videntes, artigos enaltecendo propriedade do clorofórmio, ciclopropano, metoxiflurano, tal idomida e tantos outros não teriam sido publicados. A lista de artigos aprovando drogas e técnicas, afastadas pelos riscos que envolvem, é infinita.

Os colegas afirmam: “um aspecto que nos preocupou mais que o conteúdo do trabalho é que o mesmo tenha saído em nossa Revista”

Felizmente; felizmente o artigo foi publicado na nossa Revista, sendo lido e avaliado por especialistas capazes de ajuizar, polemizar ou rejeitar a matéria. As polêmicas são saudáveis e conduzem ao melhor caminho.

Infelizmente infelizmente os colegas referem-se a assunto pertinente a anestesia publicado em outro periódico Brasileira, que não a RBA (ref. 7 e 8) e portanto, sem a possibilidade de ser discutido por especialistas. “Morte e anestesia” foi abordado de acordo com a realidade da anesthesiologia Brasileira? A maioria dos anesthesiologistas brasileiros está de acordo com os conceitos sobre *elementares regras de segurança* ali publicados?

A meu ver, os padrões básicos de segurança da ASA² não foram transgredidos no artigo¹ que gerou tanta polêmica.

Sobre a primeira questão “da experiência e vantagens sobre o que vem sendo feito”, consideremos alguns aspectos da lógica³, pois “por maior que seja o número de repetições, do podemos justificar, partindo de exemplos (repetições) dos quais temos experiência, para outros exemplos (conclusões), dos quais do temos experiência.

Se “prováveis” for inserida após “conclusões” ou “para outros exemplos” for substituído por “era a probabilidade de...”, a situação permane-

ce. isto cria o problema: “Por que todos esperam e creem que exemplos de que não têm experiências conformar-se-ão com aqueles de que têm experiência?”

Segundo Hume, isto ocorre por causa do costume ou hábito, porque somos condicionados pelas repetições e pelo mecanismo da associação de idéias, sem os quais, dificilmente poderíamos sobreviver.

O máximo que se pode dizer é que a conclusão tem determinado grau de probabilidade. Esta pode ser “probabilidade estatística” ou “lógica”.

Não se pode contestar, sem a devida avaliação ou confrontação, resultados obtidos através de uma metodologia. Pode-se contestar a interpretação destes resultados.

Por que os colegas não fizeram a confrontação para provar que a “narcoanalgesia”, de conceito impreciso, publicado em periódico não especializado em anestesia (ref. 9), é superior A técnica apresentada? A “narcoanalgesia” é a técnica que vem sendo feita *por todos* para estes casos? Se os colegas apresentassem resultados consistentes, provando que a narcoanalgesia é superior, a crítica estaria embasada. E, ainda assim, não invalidaria a comunicação publicada¹.

Sobre a segunda questão: “relação custo-benefício.”

Como podem os editores avaliar a relação custo-benefício, sem considerar os resultados apresentados? Mas, será da competência dos editores julgar a relação custo-benefício?

Qual a relação custo-benefício da anestesia para transplante de fígado ou das experiências feitas em cobaias? O que é mais importante, discutir anestesia para cesariana ou a indicação desta operação? Afinal, qual relação custo-benefício deve ter uma publicação científica? Como se avalia esta relação?

A terceira questão: Qual o risco potencial do paciente?”

Todo procedimento médico é de risco. Aliás, não são só procedimentos médicos. Viver implica risco. Só ocorre quem vive, diz um provérbio chinês. Os trabalhos clínicos são feitos para avaliação estatística do risco. Morbidade, complicações e mortalidade constituem as essências das comunicações médias.

Portanto, não é nenhum absurdo e muito menos risco potencial. Os comentários^{4,5} mostram que existem diferentes métodos descritos por outros autores, que estudaram técnicas semelhantes com agulhas plásticas, monitorização mais sofisticada, hidratação com soluções alternativas, logo não é absurdo... O risco aumenta com aqueles que sem reflexão e sem conhecimento forem executar procedimentos aos quais não estão preparados. Esta afirmação é verdadeira em quaisquer especialidade ou profissão.

Outrossim, tenho a esclarecer que os critérios para publicação são discutidos nos Congressos Brasileiros de Anestesiologia, em reunião dos Editores, membros do Conselho Editorial e quem quiser participar. Ao Editor-Chefe compete o cumprimento das deliberações sobre a política editorial.

Finalizando, acredito que os colegas colaborariam mais com os autores e leitores da *Revista Brasileira de Anestesiologia*, se tecessem comentários pertinentes à matéria publicada.

Sem mais para o momento, com meus protes-

tos de elevada consideração, e apreço, subscrevo-me

Atenciosamente

Masami Katayama
Av. Andrade Neves, 611
13020 – Campinas – SP

REFERÊNCIAS

1. Di Lascio J V L, Victoria L G F, Bello C N - Anestesia peridural torácica para cirurgia estética de mama ou mama e abdômen. *Rev Bras Anest*, 1988; 38:273-276.
2. ASA Standards for basic intra-operative monitoring ASA Newsletter, March 1987; pg. 3.
3. Popper K R – Conhecimento Objetivo. Uma abordagem evolucionária, Tradução do original, 1982 Ed. Itatiaia Ltda, 1975.
4. Pinto A .L, San Gil H G, Maddalena M L, Vaz A C, Saubermann L F, Neiva M H L, Silva N S L – Anestesia peridural torácica para cirurgia estética de mama ou mama e abdômen. *Rev Bras Anest*, 1989; 39: 155-156.
5. Gouveia, M A, Labrunie G M, Lemos S, Rapallo A M - Sobre anestesia peridural torácica para cirurgia em posição sentada *Rev Bras Anest*, 1989; 39:157-158.

Réplica

Resposta sobre Anestesia Peridural Torácica para Cirurgia de Mama e/ou Abdômen com Sedação Venosa

Senhor Editor,

A carta ao editor de Imbeloni L E – Peridural torácica para cirurgia de mama e/ou abdômen com sedação venosa¹, com título que não condiz com seu conteúdo, acusa erro que o artigo de Di Lascio J V L, Victoria L G F, Bello C N –Anestesia peridural torácica para cirurgia estética de mama ou mama e abdômen² não apresenta. Probabilidade de acidentes existe em qualquer atividade humana.

Analisemos. Imbeloni diz que “Um comitê especial, incumbido de investigar mortes durante anestesia, encontrou 1.215 erros em 286 mortes, mostrando que o erro (de julgamento, de manuseio ou de técnica) é o *principal* responsável pela morte em anestesia”. *Principal* não significa

sempre, e contradiz a segunda afirmação de MacIntosh (abaixo).

Erro de julgamento. O médico é obrigado sempre a julgar corretamente? Entre várias hipóteses diagnósticas, muitas vezes nem solucionadas por necrópsia, por que, então, o anestesista *sempre* é obrigado a acertar?

Erro de manuseio. O médico é obrigado a manusear corretamente drogas, soluções e patologias? Mas, o que é correto?... Ex: Soluções coloidais ou cristalóides? Existe, em todos os casos, as indicações precisas? Se o anestesista utiliza um tratamento e o paciente não responde como esperado, isto é erro de manuseio?

Erro de técnica. O médico sempre tem que acertar a melhor técnica para cada caso? Mas, qual a melhor técnica?... Se o Dr. Imbeloni ou o

referido comitê possuem um catálogo destas indicações técnicas, bem que poderiam publicá-lo, para facilitar o exercício profissional de todos os leitores da RBA.

Se a afirmativa acima tivesse a palavra *principal* substituída por *sempre*, significaria que as contradições inexistem e que existe um catálogo com todas as condutas corretas. Fora desta lista, tudo estaria errado. Onde está esta lista?..

Creio que nesta carta há algumas contradições e imprecisões. Pelas afirmações, era de se esperar que não houvesse.

Reflexão é sempre necessária. Aceitar afirmações de Macintosh, sem reflexão é, no mínimo, anticientífico. Reflitamos sobre as afirmativas.

1 – “Todas as mortes em anestesia são evitáveis.”

Se esta afirmativa é correta, todos os casos de hipertermia maligna eram evitáveis... As mortes súbitas relatadas eram evitáveis! Isto significa que sempre que houver choque anafilático, reação de hipersensibilidade ou reação meta, embolias gordurosa ou aérea, choque séptico e outras entidades mórbidas, o médico tem a obrigação de diagnosticar, tratar e curar. Caso não obtenha êxito, ele erra!!!

Afirmativa correta: “*não havendo ato anestésico, não haverá mortes em anestesia!*”

2 – “Erros são as causas de todas as mortes em anestesia.”

Se esta afirmativa é correta, todos os casos de óbito por hepatite, necrose centrolobular hepática, insuficiência renal poliúrica provocadas pelas anestésias foram produtos de erros dos anestesistas. Infarto do miocárdio não ocorre durante anestesia. Os anestésicos não desencadeiam disritmias cardíacas. . . ! Basta oxigenar, ou fazer algo que desconheço, que cardiopatas nunca apresentam problemas...

Se esta afirmativa é correta, os anestésicos têm efeitos definitivamente conhecidos e as patologias apresentam respostas aos anestésicos e drogas coadjuvantes perfeitamente previsíveis e tratáveis. Logo, toda vez que uma reação ocorre, e o anestesista não consegue diagnosticar e tratar, ele erra...

Se esta afirmativa é correta, todos indivíduos alérgicos ou hipersensíveis são frutos da imaginação dos médicos... Quando ocorre uma reação anafilática, conhecem-se todas as substâncias liberadas, como bradicininas, prostaglandinas e as várias cininas. É inadmissível que o doente não responda à terapêutica consagrada.

Se esta afirmativa é correta, as estatísticas de

grandes centros médicos internacionais e em nosso meio³ são mentirosas, e todos os casos de óbito de causa ignorada foram produtos de erros inconfessos dos anestesistas.

Se esta afirmativa é correta, o que fazer diante da resposta de um cirurgião quando indagado por um paciente sobre os riscos da cirurgia. “– *não há risco algum, só se o anestesista erra...* ”

3 – “Cientistas de laboratório têm pequena contribuição para o esclarecimento das mortes durante anestesia.”

A afirmação é razoável. Toda tecnologia, necrópsia e exames laboratoriais são insuficientes para esclarecimento das causas de óbito. Ficamos sempre como “prováveis...”

Vejam a contradição: Se é tão difícil esclarecer a causa de morte durante anestesia, apesar de toda tecnologia, como Sir Macintosh descobriu que é sempre erro do anestesista? Isto porque, a estória é parte integrante do fato, e ele acreditava que

4 – “Os anestesistas envolvidos em cada acidente não falam a verdade.”

Se a afirmativa é verdadeira, todos somos mentirosos. Por que reunir e discutir casos? O que pode resultar de uma reunião de mentirosos?... Afinal há receitas desde 1948, quando se descobriu que o anestesista mente e óbito em anestesia é produto de erro. Bastaria manter as anestésias com éter e d-tubocurarina e, *desde que o médico não erre*, todos os pacientes podem ser anestesiados sem riscos. Interessante, como erram os anestesistas ingleses e nós procuramos, durante décadas, lições de seus mestres, como Churchill e Davidson. Por isso, provavelmente, nós somos mentirosos.

Se a afirmativa é verdadeira, as complicações descritas no livro destes autores e de outros são produtos da imaginação para encobrir erros. Os equipamentos disponíveis são sempre perfeitos: quando não funcionam é porque o médico não verificou direito. Se a afirmativa é correta, toda vez que o doente omite uma doença, o médico é que não investigou direito. Nos casos de coma por barbitúrico ocorridos nos portadores de porfíria, os doentes preveniram o anestesista: “– eu sou portador de porfíria, por favor, não use barbitúrico em mim...” Todos os doentes explicam com detalhes os remédios que tomam, especialmente os viciados em drogas... As interações medicamentosas são fantasias. “*Oh! médico anestesista, este ser imperfeito!!!...* ”

Se a afirmativa é real, quando os doentes usam drogas, os anestesistas devem estar precavidos com as interações que são em número limita-

díssimo e, portanto, fáceis de serem gravadas. Todas as interações são do conhecimento de todos os médicos, o que constitui erro não saber diagnosticá-las e tratá-las!

Se a afirmativa é verdadeira, todas as interações são mentirosas. Alguém inventou que os inibidores da MAO, associados a outras drogas, produzem depressão ou excitação. Anestésicos locais não se ligam às fibras do miocárdio deprimindo-as. A bupivacaína não deprime o miocárdio, os anestesistas é que inventam...

O Dr. Imbeloni ou o Dr. MacIntosh deveriam publicar um catálogo das interações de drogas em um quadro, para que todos os colegas tivessem acesso às reações, como diagnosticar e tratar, que evitaria imaginar uma complicação e, provavelmente, preveniria muitos "erros",

Por que preocupar com equipamentos, monitorização e drogas que tenham poucos efeitos colaterais se acidentes e complicações são ficções, e só ocorrem por erro do médico?

Afirma o Dr. Imbeloni, que os agentes anestésicos não são letais, exceto quando são mal utilizados... Creio que trata-se de afirmação infeliz. Todos os agentes utilizados em anestesia são potencialmente letais (todos têm DL_{50}). Suas ações e efeitos dependem essencialmente do organismo que os recebe.

A Farmacologia estuda as reações médias das ações e efeitos das drogas sobre um organismo. As *drogas médias* significam que a maioria dos indivíduos da espécie estudada responde a estas doses, mas há duas populações que se encontram nos extremos da curva de distribuição, que, ou são muito sensíveis, ou são muito resistentes. *Deconheço método para detecção destes indivíduos*. Se o Dr. Imbeloni conhece este método, tem a obrigação de divulgar, para que as reações adversas sejam evitadas.

Ele complementa " - drogas usadas em anesthesiologia são potentes, tendo primeiramente ações desejáveis e ações colaterais indesejáveis, que são geralmente dose-dependentes. A contradição: *geralmente* não significa *sempre*. As afirmações de MacIntosh, endossada por Imbeloni, seriam verdadeira se as drogas apresentassem *sempre* comportamento dose-dependente, se as doenças não interferissem nos efeitos das drogas, se fosse possível conhecer a exata situação

bioquímica de todos os pacientes e se as interações fossem ficção científica. Como estas proposições não são verdadeiras, as afirmações de MacIntosh e de Imbeloni são falsas.

Finalizando, outra contradição, a lei de Murphy. "Se algo pode dar errado, certamente dará". Tudo pode dar errado, de acordo com nossas expectativas. Todas as associações de drogas podem dar complicações. Se formos pensar assim, é melhor deixar a profissão e cuidar de outros afazeres que não impliquem em aconselhamento a terceiros. Aviões caem, é melhor não voar. Até ponte já caiu, é melhor não passar sobre pontes. Muitas pessoas já foram atropeladas na rua, é melhor não sair de casa. Passear pelas ruas envolve ser assaltado, logo, pela lei de Murphy, é melhor não andar pelas ruas. Ora...

Creio que há acidentes e complicações consequentes a erros humanos e existem complicações inerentes às técnicas anestésicas.

Agradeço a possibilidade de prestar estes esclarecimentos, reiterando que a secção "Cartas ao Editor", se encarada como espaço para críticas construtivas, só traz benefícios aos autores, pela possibilidade de esclarecer pontos obscuros de seus trabalhos e, especialmente, os leitores pelas polêmicas, contestações criativas e verdadeiras, que poderão nortear nossas condutas.

Com meus protestos de elevada consideração e apreço, subscrevo-me

Atenciosamente

Masami Katayama
Av. Andrade Neves, 611
13020 – Campinas – SP

REFERÊNCIAS

1. Imbeloni L E – Peridural torácica para cirurgia de mama e/ou abdômen com sedação venosa. Rev Bras Anest, 29; 2: 156-157.
2. Di Lascio J V L, Victoria L G F, Bello C N – Anestesia peridural torácica para cirurgia estética de mama e abdômen. Rev Bras Anest, 1988; 38: 273-276.
3. Ruiz Neto P P, Gomide Amaral R V – Parada cardíaca durante a anestesia em um complexo hospitalar. Estudo descritivo. Rev Bras Anest, 1986; 36:149-158.

Dessangramento Complementar em Anestesia Regional Intravenosa

Senhor Editor,

O dessangramento complementar em anestesia regional intravenosa, poucos minutos após a injeção da solução anestésica e previamente ao emprego do segundo torniquete, pelo que temos apurado, vem sendo utilizado, por alguns, muitas vezes sem o necessário conhecimento de causa ou sem os devidos cuidados.

O detalhe técnico foi proposto com três finalidades principais¹⁻³: 1) produzir campo cirúrgico mais seco, pela eliminação para a circulação geral, de certa parte da mistura sangue-solução anestésica, contida no sistema venoso regional; 2) obter melhor anestesia na região de instalação do segundo garrote e, portanto, melhor profilaxia da sintomatologia dolorosa desencadeada por longa aplicação desse instrumento no membro; 3) conseguir anestesia mais eficiente pela propulsão de mais anestésico local para os tecidos profundos.

Todas as três proposições são discutíveis. A primeira pode ser verdadeiramente útil quando de intervenções que necessitem de campo operatório tão exangüe quanto possível ou de instalação de anestesia em membros fraturados, lacrados, etc., quando é impossível realizar dessangramento prévio, a não ser por gravidade. As duas últimas, embora aparentemente racionais, não foram até hoje cientificamente demonstradas, nem clínica nem experimentalmente.

Por outro lado, e este é o ponto mais importante, há um risco evidente de evasão de quanti-

dade grandes de anestésico, ainda não totalmente fixadas nos tecidos regionais, para a circulação sistêmica, logo após o segundo garroteamento e/ou do desgarrateamento proximal⁴. Além disso, pensamos que o dessangramento complementar leva a intenso aumento da pressão venosa na região situada entre a última volta da faixa elástica empregada para isto e o torniquete proximal; embora este fato também não esteja provado, parece perfeitamente aceitável como verdadeira, o que aumentaria ainda mais o risco de reações tóxicas sistêmicas causadas pelo anestésico local, lançado sob o torniquete proximal.

Atenciosamente

Almiro dos Reis Junior
Rua Bela Cintra, 2262/11
01415 São Paulo- SP

REFERÊNCIAS

1. Casale F F – Inadvertent release of the tourniquet after intravenous regional analgesia - a trully bloodless field. *Anaesthesia*, 1981; 36:534.
2. Haas L M, Landeen F H - Modified anesthesia technique for intravenous regional block of the upper extremity — "the second wrap technique". Comunicação pessoal, 1976.
3. Haas L M, Landeen F H – Improved intravenous anesthesia for surgery of the hand, wrist and forearm – the second wrap technique. *J Hand Surg*, 1978; 3: 194-195.
4. Aronson H B, Vatashsky E - Inadvertent release of the tourniquet after intravenous regional analgesia (Correspondence). *Anesthesia*, 1981; 36:534.

Pseudocolinesterase Plasmática Atípica

Senhor Editor,

O trabalho "Pseudocolinesterase Plasmática Atípica – Relato de um caso". (*Rev Bras Anest* 1989; 39: 39-41), entre outros, apresenta três pontos de interesse.

Em primeiro lugar, mostrar que a administração de um relaxante muscular adespolarizante,

logo depois do emprego de succinilcolina, pode conduzir um paciente a situações difíceis, como ocorreu. Tratando-se de facectomia, intervenção cirúrgica rápida e que deve ser realizada com o doente curarizado, para reduzir riscos anestésico-cirúrgicos durante o período de abertura da câmara anterior do olho, pode-se entender a razão da utilização da conduta. Mas, nor-

malmente, tal sistemática de administração de bloqueadores neuromusculares não deve ser seguida, sem que se procure observar sinais visíveis de recuperação das ações mioneurais da succinilcolina ou pesquisar a resposta à estimulação elétrica ou mecânica (digital) do nervo ulnar; esta última manobra, quase sempre muito fácil de ser executada, nos tem permitido estabelecer, intra-operatoriamente, o diagnóstico provisório de presença de pseudocolinesterase atípica, depois confirmado clínica e laboratorialmente, mesmo na ausência de história sugestiva da anomalia enzimática.

Em segundo lugar, lembrar que, em situações como a descrita, o paciente deve ser mantido in-

consciente durante todo o tempo de ventilação artificial pós-operatória; temos certeza de que este aspecto foi cuidado, porém, infelizmente, não ficou claro na publicação.

Em , terceiro lugar, orientar corretamente, pensamos, sobre os procedimentos terapêuticos necessários e desnecessários para casos semelhantes, realmente raros, mas que todo anestesiolegista um dia terá de enfrentar.

Atenciosamente

Almiro dos Reis Júnior
Rua Bela Cintra 2262/111
01415 – São Paulo – SP

Peridural Sacra em Pediatria

Senhor Editor,

Têm havido distorções, inclusive por parte de conferencistas, a respeito das autorias de dois trabalhos distintos, embora voltados para o mesmo tema. Trata-se da Tabela Volumétrica para Anestesia Peridural Sacra em Pediatria, que é de Amador Varella Lorenzo¹⁻³, e da Fórmula para Cálculo dos Valores Indicados na Tabela Volumétrica, criada por Almiro dos Reis Júnior^{4,5}.

A Tabela relaciona os volumes de lidocaína com epinefrina 1/200.000 necessários para crianças de um a seis anos (1,0%) ou de sete a 12 anos (1,5%). A Fórmula $V = (i + 5)f$ estabelece os mesmos volumes (V), de acordo com a idade (i) da criança e com um fator de correção (f), cujos principais valores são 1,1 (T_{12}) e 1,3 (T_{10}).

Com a publicação desta, pretendemos esclarecer definitivamente a questão.

Atenciosamente

Almiro dos Reis Júnior
Rua Bela Cintra – 2262/11
01415 – São Paulo – SP

p/Amador Varella Lorenzo
Rua Balthazar da Veiga – 225/112
04510 – São Paulo – SP

REFERÊNCIAS

1. Varella Lorenzo A - Anestesia Peridural Sacra em Pediatria – Tabela Volumétrica – Publicação dos Laboratórios Astra do Brasil.
2. Varella Lorenzo A – Anestesia Peridural Sacra em Pediatria – Tabela Volumétrica – Publicação dos Laboratórios Lepetit. .
3. Varella Lorenzo A, Cesar F L C – Distribuição da lidocaína no espaço peridural, injetada através do hiato sacro de crianças. Rev Bras Anest, 1965; 15:492-500.
4. Reis Júnior A - Fórmula para cálculo dos Valores Indicados na Tabela Volumétrica – Publicação dos Laboratórios Lepetit
5. Reis Júnior A - Considerações práticas em tomo da Tabela de Dosagem de A. Varella Lorenzo para anestesia peridural sacra em cirurgia pediátrica. Rev Bras Anest, 1972; 22: 364-367.

Journal of Neurosurgical Anesthesiology

Senhor Editor,

Está nas livrarias o primeiro número, do Volume I do *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, editado pela Raven Press. A nova revista tem como Editor-Chefe o Dr. James E. Cottrell, do

Departamento de Anestesiologia da SUNY-Health Science Center, Brooklin, New York e como editores colaboradores nomes importantes da neuroanestesia como A. Gelb, W. K. Marshall, E. Frost, D.S. Smith, J.M. Matzasko, M.A. Albin,

E.F. Fitch, B.L. Grundy, J.D. Miller, B. Siesso, D. S, Prough, A.A. Artru e muitos outros, não menos conceituados. Pelo elevado padrão de seus editores podemos avaliar a importância desse novo periódico para a Anestesiologia. É realmente uma publicação indispensável aos especialistas que se interessam por este ramo da

Anestesiologia e para os Centro de Ensino e Treinamento da SBA.

Atenciosamente,

Eugesse Cremonesi TSA