

Corrigindo a Correção

Sr. Editor:

Há alguns anos, publicamos uma Carta ao Editor na Rev Bras Anest¹ em que procurávamos desfazer erro da literatura anestesiológica, que insistia em atribuir a Holmes², como continua a insistir, e não a Morrison³, o mérito pela criação de detalhe técnico da anestesia regional intravenosa, mais precisamente, o abandono da administração da solução anestésica em segmento de membro isolado entre dois garrotes (método original de Bier) e a injeção dela distalmente a um único

torniquete. Na mesma ocasião, alertamos para "a importância de revisão bibliográfica cuidadosa por parte de quem pretende transmitir conhecimentos históricos". Com essas afirmações, mais uma vez comprovamos o adágio popular "em boca fechada não entra mosquito". De fato, relendo trabalhos da época, descobrimos que também cometemos erro parcial, uma vez que foi Bier⁴, e não Morrison³, o primeiro a adotar o procedimento, como expôs em artigo datado de 1910: "Nós também experimentamos eliminar o torniquete periférico e injetar a solução em toda a região

isquêmica do membro, mas isso só é aconselhável em casos em que há possibilidade de puncionar uma veia um pouco acima da articulação do pé ou do punho; em todos os outros casos eu recomendo energicamente que dois garrotes sejam aplicados e que a injeção seja feita no espaço intermediário". Assim, sentimo-nos na obrigação de corrigir nossa afirmação anterior¹ e lembrar que Morrison³ não foi realmente o criador da conduta, mas que ele deve continuar a desfrutar o mérito de ter dado a ela uma dimensão maior, ao adotá-la e recomendá-la para uso sistemático.

Atenciosamente

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reis Júnior A dos — Sobre a verdadeira autoria de procedimento técnico para anestesia intravenosa. *Rev Bras Anest*, 1981; 31: 430.
2. Holmes C Mck — Intravenous regional analgesia: a useful method of producing analgesia of the limbs. *Lancet*, 1963; 1: 245-247.
3. Morrison J T — Intravenous local anaesthesia. *Br J Surg*, 1931; 18: 641-647.
4. Bier A — On local anesthesia, with special reference to vein anaesthesia. *Edimburg Med J*, 1910; 5: 103-123.

Resumos dos Congressos

Prezado Sr: Editor:

Com referência à carta do Dr. Antonio Sinkos F.^o publicada no Vol. 35, Suplemento n.^o 5, pág. S.58, estou inteiramente de acordo, é uma lástima a perda de tantos trabalhos pela falta de publicação.

Grato pela sua atenção.

Raphael Bellini
R. Antonio Macedo Soares, 1212, ap. 81B
04607 - São Paulo, SP

ARAMINOL — Sua Falta Pode Custar Vidas

Senhor Editor:

Nós, anesthesiologistas brasileiros, somos surpreendidos com alguma freqüência pela falta de drogas de nosso arsenal terapêutico. À custa de grande desgaste pessoal, e com algum sacrifício de qualidade, procuramos compensar a falta, cujo motivo geralmente ninguém se dá ao trabalho de nos esclarecer.

A última, e que nos causou maior apreensão foi a falta do ARAMINOL. Ainda que o tratamento do choque tenha se modificado nos anos que decorreram desde o lançamento comercial

desse medicamento, persistem situações em que seu uso é mandatório. Não ignoramos o valor da reposição da volemia, da melhora da circulação periférica, e das novas drogas, como a DOPAMINA. Mas nos casos de colapso cardiocirculatório e/ou iminência de parada cardíaca, em que componentes neurogênicos ou a *ação de agentes anestésicos* sejam fatores importantes, o ARAMINOL ainda é salvador de vidas.

Cito alguns casos concretos:

1^o) Súbita queda de PA após indução de anestesia e instalação de ventilação mecânica em politraumatizado ou doente com hemorragia in-

controlável — o anestésico bloqueia a defesa vasoconstritora do organismo e a compensação cardíaca; a ventilação controlada piora o retorno venoso. O vasoconstritor (no caso o ARAMINOL) restabelece os mecanismos de defesa do organismo "comprando" tempo até que se consiga estancar a hemorragia cirurgicamente, e equilibrar a volemia.

2º) Prostatectomia sangrante, após raqui ou peridural, levando à hipotensão acentuada.

3º) Hipotensão de difícil controle após raqui ou peridural, em pacientes idosos.

Evidentemente é preferível evitar a hipotensão e, particularmente nos casos de insuficiência vascular dos membros inferiores, se possível, controlar a PA com DOPAMINA. Mas o ARAMINOL é o medicamento mais eficaz para manter a

PA na vigência de uma hipotensão associada a raqui ou peridural.

Considerando que o laboratório fabricante do ARAMINOL também comercializa outras medicações ligadas à área de Anestesia, sugiro que se faça um esforço no sentido de sensibilizar seus responsáveis pelo problema. Caso contrário, tenho a certeza de que a falta do ARAMINOL poderá custar numerosas vidas, além de aumentar os já imensos problemas que temos ao exercer a especialidade em nosso meio.

Atenciosamente

Joel Massari Rezende, TSA
Av. Cons. Rodrigues Alves, 999
04014 - São Paulo, SP