

DOR E CÂNCER

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. (*)

DR. ANTÔNIO PEREIRA DE ALMEIDA, E.A. ()**

Diversas condições etiológicas responsáveis pelo aparecimento de dor nos tumores neoplásicos são descritas e são discutidas as características dessa dor, sua qualidade, duração, localização e os fenômenos que a acompanham.

Diversos métodos foram utilizados para produzir anestesia prolongada e neuro-lise de fibras nervosas somáticas e neuro-vegetativas como também o emprêgo de quimioterápicos, em 338 pacientes cancerosos. O alívio do sintoma doloroso foi obtido em 75% dos casos.

São analisadas as principais indicações e limitações de cada método, seguindo-se uma apreciação crítica.

As algias de origem tumoral maligna, ocasionadas por tumores inoperáveis, recorrentes ou metastásicos, constituem-se em um problema de clínica diária que por vêzes requer a colaboração de vários especialistas. Dentre êstes, o anesthesiologista tem papel de primeira linha, devendo entretanto possuir atributos especiais⁽¹⁾ que o qualifiquem, como por exemplo: conhecer os mecanismos de dor no câncer, ter experiência com técnicas de bloqueios e emprêgo de neuro-líticos, reconhecer e tratar as complicações.

Sendo vários os mecanismos que originam dor no câncer, dependendo dêles, a dor irá diferir em qualidade, intensidade e duração.

A dor somática resultante da compressão de um tronco ou de um plexo, é de distribuição segmentar ou metamérica, e muitas vêzes confundida e tratada como uma neurite, acentuando-se a medida que o tumor cresce, acompanhada por vêzes de parestesia ou hiperestesia, continuada, a ponto de se tornar intolerável. Já tivemos oportunidade de observar casos de tumor de Pancoast terem sido diagnosticados como hérnia de disco da coluna cérvico dorsal e um dêles foi laminectomizado.

Apresentado ao XII.º Congresso Brasileiro de Anestesiologia — Outubro 1965 — Rio de Janeiro, GB.

(*) Do Serviço de Anestesia do Hospital Santa Helena e do Instituto Paulista de Anestesiologia, S.P.

(**) Chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital do Servidor Público Estadual.

Casos de tumores do mediastino freqüentemente se revelam por neuralgia intercostal rebelde ao tratamento clínico habitual.

A dor segmentar é geralmente, ocasionada por metástase na coluna, e aquela resultante da fratura patológica é aguda, intensa, com períodos de dor lancinante quando da movimentação.

A infiltração de nervos e vasos pelas metastases tumorais é o mecanismo de dor da extremidade superior, em casos de câncer da mama, quando ocorre infiltração de vasos e nervos axilares, e o mecanismo de dor na região lombo sacra pela infiltração do plexo lombar e dos vasos pelvianos pela linfangite carcinomatosa em casos de câncer uterino. Este último mecanismo, pôsto em evidência por Leriche⁽²⁾ é o responsável pela dor difusa, sem distribuição metamérica, em queimação, e por vêzes acompanhada de perturbações circulatórias, particularmente edema. São os casos em que os tratamentos sôbre o sistema simpático dão resultado muito bons como o próprio Leriche demonstrara, executando a simpatectomia hipogástrica.

A oclusão parcial de uma víscera ôca, do tracto digestivo ou urogenital, sômente ocasiona dor, quando a obstrução é de magnitude suficiente para causar sintomas. A dor é de tipo cólica, difusa, mal localizada pelo paciente, acompanhada de sinais de parada de emissão de gases e fezes, ou de urina.

A oclusão de um vaso sanguíneo representa a pressão que sôbre êle exerce o tumor, podendo a dor ser resultante da isquemia ou da estase, acompanhando-se neste caso de edema. Tumores de pescoço ou metástases ganglionares nessa região, ocasionam intensa cefaléia, rebelde aos analgésicos, por estase a montante.

A infiltração, tumefacção ou edema de tecidos revestidos por fascia, peritônio ou periósteo é um outro mecanismo de dor nos tumores. Nos blastomas ósseos a distensão do periósteo, associada ao aumento da tensão intramedular ocasionada por hiperemia passiva, produzem dor surda, continuada, rebelde aos analgésicos, que não se beneficia com a imobilização dos tumores ósseos.

A necrose tissular, a infecção com a conseqüente inflamação penetrando planos mais profundos, pode vir a comprimir filetes nervosos e originar dor, como é o caso de tumores da bôca, do colo uterino, gerando piometrites, e onde simples processos de limpeza causam alívio espetacular.

Por vêzes vários mecanismos de dor estão associados: em casos de tumor de Pancoast há irritação das bainhas dos vasos axilares e o primeiro sintoma que o paciente poderá

referir é queixa de mão fria do mesmo lado do tumor. Posteriormente com o crescimento do blastoma e compressão das raízes do plexo braquial, esta última é mais intensa e domina o quadro clínico com sua distribuição característica.

Em casos de tumores da cabeça do pâncreas a dor se irradia para o quadrante superior direito do abdômen e para as costas; os tumores do corpo do mesmo órgão ocasionam dor no epigastro e irradiação para as costas podendo chegar até a espádua. Já os tumores da cauda podem ocasionar dor que se irradia para o hemitorax e hipocôndrio esquerdo. Tivemos ocasião de ver pacientes com tumores de cauda de pâncreas, cuja queixa inicial havia sido confundida com dor de infarto e com vários E.C.G. negativos.

Em resumo, a dor tem que ser semiòticamente inquirida, e de acôrdo com a estrutura atingida, suas características de qualidade ou tipo, localização, intensidade, duração, extensão, fenômenos que a acompanham, a irradiação varia. Outro ponto a ser considerado é que, existindo dois tipos de dor coincidentes, a atenção do organismo é monopolizada por aquela de maior intensidade, de tal sorte que, abolida esta, o paciente passa a se queixar da dor que era de menor intensidade. Isto é fundamental ter-se em mente quando se avaliam os resultados dos bloqueios terapêuticos.

Como não há adaptação do organismo à dor, com o passar do tempo, os pacientes portadores de algias crônicas, tornam-se cada vez mais sensíveis, podendo uma dor prolongada de qualquer intensidade, determinar um esgotamento sômato-psíquico inclusive com alterações de personalidade.

A fadiga, má nutrição, medo, insônia, fazem com que a dor se torne mais intensa e seja mais difícil de ser tratada.

Este é um fato comum em pacientes cancerosos com dor: indivíduos anemiados, mal nutridos, não dormindo a suficiente, melhoram às vezes surpreendentemente com o simples tratamento do estado geral e com o tratamento da reação à dor.

MÉTODOS DE TRATAMENTO DA DOR

Há várias classificações dos métodos de tratamento da dor no câncer^(3, 4), sendo que a escolha do método irá depender fundamentalmente dos seguintes fatores:

- 1 — mecanismo que produziu a dor
- 2 — localização e intensidade da dor
- 3 — tipo de tumor e grau de diferenciação

- 4 — experiência com o método
 5 — meios de tratamento à disposição
 6 — estado físico e tempo provável de vida do paciente.

Analisaremos no presente trabalho os resultados obtidos no tratamento da dor em 338 pacientes (Quadro I) com os diferentes métodos que temos experiência.

QUADRO I

Métodos	N.º de casos	Aliviados		Não aliviados	
1 — Fenol intradural	73	52	71.2%	21	28.7%
2 — Álcool subaracnoideo	36	26	72.2%	10	27.7%
3 — Dogliotti-Ciocatto	66	27	40.9%	39	59.0%
4 — Alcoolização simpático	16	15	93.7%	1	6.2%
5 — Infiltração simpático com anestésicos locais	41	38	92.9%	3	7.0%
6 — Alcoolização paravertebral	39	36	92.3%	3	7.6%
7 — Alcoolização nervos cranianos	10	8	80.0%	2	20.0%
8 — Hibernação	14	14	100%	0	0%
9 — Q.T. Intra arterial	7	7	100%	0	0%
10 — Q.T. com hipotermia e garrotamento	36	31	86.1%	5	13.8%
TOTAL	338	254	75.1%	84	24.8%

1 — **Fenol intra dural** — Este método de tratamento da dor cancerosa foi proposto por Maher⁽⁵⁾ em 1955 e está baseado na ação da droga sobre a condução E. Entre nós vários relatos sobre experiência com a droga são conhecidos^(6, 7, 8, 9). Nossos resultados estão expostos no Quadro II. É um método de fácil execução,⁽⁶⁾ e que nos proporcionou 71,2% de alívio nos pacientes tratados. Presta-se à dor dos membros e deve ser nesses casos de melhor indicação que o álcool subaracnoideo.

2 — **Álcool subaracnoideo** — Proposto por Dogliotti, é um método de fácil execução e de acordo com Bonica⁽³⁾ com porcentagem menor de complicações que os processos neurocirúrgicos. É um método em que o lado da dor deve estar voltado para cima e o ponto a alcoolizar em posição acive, pois que a droga é hipobárica. Como nossos resultados não fossem coincidentes com aqueles descritos, reestudando o problema, imaginamos restabelecer no ponto a alcoolizar

QUADRO II
FENOL INTRA DURAL

Casos — 73	Punções — 80	Técnica: MAHER
Útero 16	Lombares — 30	Fenol 5% — 77 vezes
Pulmão 9	Torácicas — 50	Fenol 7.5% — 3 vezes
Mama 9	Repetidas 7	Complicações:
Próstata 9	Reto 1	Hipotonia muscular ... 12
Indeterminado 5	SA fêmur 1	Disfunção de esfíncteres 5
Reto 5	Útero 2	Vômito 2
Pâncreas 5	Próstata 3	Cefaléia 2
Sigmóide 3	Recusadas 7	Raquialgia 3
Estômago 3	Outros métodos ... 14	
Ovário 2	Aliviados 52	
Mieloma 2	Não aliviados 21	
Vesícula 2		
Ceco 1		
Endotelioma pleural . 1		
Ca, metastático 1		

a pressão líquórica normal⁽¹⁰⁾, conseguindo melhora de nossos resultados. Estes estão expostos no Quadro III. Dos álcoois, empregamos o clássico álcool etílico e em 3 casos o butílico terciário. Este álcool de peso molecular mais elevado, é completamente missível com a água, podendo ser empregado em alcoolizações subaracnoideas, e tivemos impressão de que menores quantidades atingem os mesmos metâmeros que maiores quantidades do álcool etílico. Entretanto dado o pequeno número de casos feitos (3), não podemos tirar maiores conclusões.

QUADRO III
ALCOOL SUBARACNOIDEO

36 casos	Aliviados 26	Não aliviados 10
Pulmão 7	Técnica:	
Próstata 6	Dogliotti 22 casos	
Útero 5	Dogliotti: Manobra Pereira de Almeida Russo 14 casos	
Indeterminado 4	Álcoois:	
Mama 3	Etílico 33	
Pâncreas 3	Butílico III 3	
Ovário 2	Indicações:	
Estômago 2	Complicações:	
Reto 2	Diminuição da força muscular M.I. 5 casos	
SA delgado 1	Disfunção de esfíncteres 2 casos	
	Cefaléia 1 caso	

3 — Alcoolização do simpático — O método está indicado quando os caracteres da dor mostram comprometimento do sistema autônomo, e após um bloqueio diagnóstico bem sucedido. Os resultados estão mostrados no quadro IV.

QUADRO IV

ALCOOLIZAÇÃO DO SIMPÁTICO

16 casos	Melhorados 15	Não Melhorados 1	
Bexiga	2	Gânglio estrelado	1
Pâncreas	9	Simpático lombar	4
Estômago	2	Flexo celiaco	11
Útero	2		
Olho	1	Agentes	
		Alcool etílico	9
		Butílico III	7
		Complicações:	
		Diminuição da força muscular por estrava-	
		samento do agente ou má colocação da	
		agulha	1

Quando o sistema nervoso simpático está comprometido os resultados são excelentes pois a dor de origem simpática não se resolve com medicação analgésica, sendo mesmo rebelde aos opiáceos.

Quando se alcooliza o simpático lombar, especialmente a fim de serem evitadas complicações de ordem motora para os membros inferiores, é necessário que a deposição do neurolítico se faça mais na parte anterior de que na parte lateral do corpo vertebral a fim de que o extravasamento do agente não atinja o nervo somático.

4 — Método de Dogliotti-Ciocatto — Descrito pelos autores⁽¹¹⁾ baseados nos achados de Donaggio, nada mais é que uma anestesia peridural contínua, onde pela deposição continuada do agente anestésico local, haveria uma neurólise das fibras nervosas mais finas e melhora da dor.

Nossos resultados, expostos no quadro V, não coincidem absolutamente com os achados dos autores do método. Os bons resultados que tivemos dizem respeito a pacientes com tempo curto de vida e em estado geral muito máu, quando há comprometimento ou irritação do simpático, ou quando o nervo somático está irritado por células tumorais. O método falhou sempre que havia compressão ou infiltração de nervos somáticos.

Temos usado como agente anestésico local a lidocaina a 2% com adrenalina só ou associado à tetracaina a 1%. Temos retirado o cateter com 86 horas e em um caso tivemos ruptura do catéter entre a pele e o ligamento supra espinhoso.

QUADRO V

MÉTODO DE DOGLIOTTI — CIOCCATTO

66 casos — Alguns repetidos — Aliviados 27 — Não aliviados 39

Útero	30	Indicações:	
Reto	10	Estado geral máu	
Leucemia	8	Comprometimento ou irritação do simpático	
Mama	8	Irritação de nervos somáticos	
Estômago	4		
Pâncreas	3	Falhas	
Bexiga	2	Compressão ou infiltração de nervos somáticos	
TY da cauda equina ..	1		
		Complicações:	
		Disfunções do reto e da bexiga	
		Fraqueza muscular	
		Complicações próprias do cateter	

5 — Alcoolização paravertebral — É método que para alguns não teria lugar no tratamento da dor pela elevada porcentagem de neurites que ocasiona quando o álcool é injetado no nervo misto depois do buraco de conjugação (3, 12, 13). A neurite seria devida à destruição incompleta do nervo ou associada à ação dele sobre os tecidos vizinhos, uma vez que o álcool etílico além da ação neurolítica exibe uma ação necrosante de tipo cáustico sobre os tecidos. Sendo higroscópico, o álcool atrai água dos tecidos, diluindo-se rapidamente, e há que se notar que vários autores que condenam o método, executam-nos em seguida a um bloqueio diagnóstico com anestésico local em igual volume ao álcool que será injetado. Nestes casos o álcool injetado não seria absoluto e sim a 50%. Pela propriedade higroscópica dilue-se ainda mais e o nervo não é completamente destruído, senão irritado e daí as falhas e as complicações do método.

Já preconizamos procedimento diferente⁽¹⁾ na alcoolização paravertebral e recentemente⁽¹⁴⁾ descrevemos o emprego de álcoois superiores, de peso molecular mais elevado para alcoolização paravertebral. Dêstes, temos experiência com o N-butílico, principalmente.

Nossos resultados são exibidos no quadro VI. A nosso ver, suas indicações são a dor segmentar, tanto a resultante de metástase, quanto aquela que escapou à ação de uma

droga injetada no espaço subaracnoideo (álcool ou fenol), ou quando êsses métodos falham. Temos experiência com os carcinomas pulmonares onde, devido a neuropatia carcinomatosa, ocorrendo o fenômeno de isolamento das células sensitivas do gânglio raqueano, pelas células tumorais ⁽¹⁵⁾.

QUADRO VI

ALCOOLIZAÇÃO PARAVERTEBRAL

39 casos	Aliviados 36	—	Não aliivados 3
Torácica	10	Alcoois	
Lombar	28	Etílico	28 casos
Sacra	2	N-butílico	9
		Isobutílico	1
		Amílico	1

Indicações: Dor segmentar. Dor residual
Falha do fenol ou álcool

Complicações: Neurite 1
Dor pleural 1

Nestes casos temos empregado a alcoolização paravertebral com N-butanol com resultado muito bom. Finalmente há que referir que o método tem pontos de reparo precisos, quais sejam as apófises transversas das vértebras.

6 — Alcoolização de nervos craneanos — Nossa experiência é pequena e está mostrada no Quadro VII. Como agente neurolítico temos empregado o álcool etílico.

QUADRO VII

ALCOOLIZAÇÃO DE NERVOS CRANEANOS

10 casos	Aliviados 8	Não aliviados 2	
Ca de antro maxilar	6	Infra orbitário	2
Ca de lábio	2	Lingual	2
Ca de língua	2	Mentoniano	2
		Mandibular	4

Agente: Alcool etílico

7 — Infiltrações repetidas do simpático com anestésicos locais — Temos empregado êsse tipo de tratamento em casos de síndrome pós mastectomia radical, que inclue além do edema, induração da axila e braço, dor, linfangite, acúmulo de fluído na cicatriz e na axila, limitação nos movimentos

do braço, redução na temperatura do lado operado etc. De acôrdo com Leriche (2) o edema seria resultante de um vasoespasmto crônico com diferentes causas (16). Os resultados dependem de quanto tempo a dor e o edema se instalaram. Os melhores resultados quanto ao edema são obtidos com os casos em que os bloqueios se iniciam nos pós operatório; os casos operados até há 6 meses têm melhora quanto à consistência do edema e sensação de pêso que o doente refere, e nos casos operados há mais de um ano, quase nada se obtém com esta forma de terapêutica em relação ao edema. Quanto à dor, os resultados são melhores; pacientes operados até há 1 ano podem experimentar acentuada melhora da dor em queimação no membro superior. Aquêles portadores dessa queixa há mais de um ano ou que receberam radiação e são vistos com acúmulo de fluído sob a pele, e com induração desta, pouco se beneficiam, ou quando isto ocorre é por pouco tempo.

Entretanto como o bloqueio do gânglio estrelado é uma forma de terapêutica ativa, a melhora ocorrida na cicatrização da ferida ou na dor, levanta muito o moral dêsses doentes que quase sempre desconfiam que são portadores de tumores malignos, pois que a cirurgia foi mutiladora.

Nossos resultados estão no quadro VIII.

QUADRO VIII

INFILTRAÇÕES REPETIDAS DO SIMPÁTICO COM ANESTÉSICOS LOCAIS

41 casos	Aliviados 38	Não Aliviados 3
1 — Síndrome pós mastectomia radical — 39	Aliviados 36	Não Aliviados 3
2 — Sarcoma de húmero 2	Aliviados 2	

Gânglio estrelado

Usamos para o bloqueio do gânglio estrelado a via paratraqueal anterior ou a lateral. A via posterior a empregamos quando estas duas não são tècnicamente exequíveis.

8 — Quimioterapia sistêmica com hipotermia e garroteamento — Esta forma de tratamento da dor é um método potencialmente curativo da classificação de Houdé, e consiste na administração de doses supra letais de mostarda nitrogenada, em doses de 1,0 a 1,5 mg/kg de pêso, aplicadas em duas metades, com intervalos de 48 a 72 horas e com proteção do sistema nervoso central e da medula óssea contra os efeitos tóxicos da mostarda.

Dessa maneira consegue-se uma ação anti tumoral muito intensa. A proteção do sistema nervoso central contra os efeitos tóxicos da mostarda, que se manifestam no sentido de uma inibição da colinesterase cerebral, determinando convulsão e morte do animal de laboratório, consegue-se com a hibernação artificial ou hipotermia. A proteção da medula óssea consegue-se com o garroteamento de extremidades, por intermédio de 4 torniquetes pneumáticos colocados na raiz dos membros.

Apesar de todos esses cuidados de proteção, o paciente, mesmo permanecendo hibernado por 24 horas depois do tratamento, vomita, queixa-se de cefaléa, perde o apetite e desidrata-se até 5.º ou 6.º dias, quando o apetite retorna e ele passa a ganhar peso. Apesar da proteção dos garrotes ocorre acentuada leucopenia a partir do 5.º dia, atingindo a queda máxima em torno do 10.º dia. Tivemos casos em que os leucócitos chegaram a 250/mm³. Ocorre também intensa plaquetopenia.

Como ocorre bloqueio dos anticorpos, pela droga, o método é totalmente contraindicado quando existir infecção aparente. Tivemos um caso de septicemia mortal, em um paciente que referia antraz na história pregressa, mas que nada apresentava no momento da injeção.

O tratamento de suporte é importante: sangue, soro, gama globulina, antibióticos, vitaminas etc.

Os linfomas e os carcinomas indiferenciados, respondem bem ao tratamento; os adenocarcinomas são relativamente sensíveis e o leiomioma resistente.

O método tem indicação em casos de metástases generalizadas, e quando se faz necessária uma redução do tamanho do tumor. É óbvio que a cooperação do quimioterapeuta é de fundamental importância.

9 — Quimioterapia intra arterial — A finalidade do método é a injeção intra arterial do quimioterápico com a finalidade de se atingir doses eficazes ao nível do tumor. É também considerado um método de tratamento potencialmente curativo na classificação de Houdé. Além disso, já Klopp⁽¹⁷⁾ demonstrara que os efeitos tóxicos sistêmicos dos quimioterápicos administrados por via infra arterial, são menos intensos de que quando se emprega a via venosa clássica. Demonstrou-se também pela angiografia que as artérias que irrigam o tumor estão aumentada, e que o fluxo sanguíneo é maior em direção a ele.

Apesar disso, também aqui empregamos a proteção da medula óssea pelo garroteamento das extremidades com torniquetes pneumáticos, e do sistema nervoso central pela hipotermia.

No último paciente, antes da injeção do quimioterápico, empregamos 10 microgramos de noradrenalina injetado pelo catéter intra aórtico com a finalidade de reduzir o fluxo abaixo do tumor por vaso constricção, imediatamente antes da injeção do quimioterápico, tentando-se obter maior concentração ao nível do tumor.

Dos antioblásticos, os que utilizamos para esse tratamento foram o T.E.M. e o oncothitepa. A mostrada nitrogenada tem efeitos lesivos sobre o endotélio arterial ocasionando freqüentemente fenômenos graves de trombose.

SUMMARY

PAIN AND CANCER

The etiology of pain in malignant disease is discussed. The study of pain includes its quality, intensity, duration, localization and associated disturbances.

Several methods were used to obtain prolonged anesthesia or neurolysis of somatic or visceral nerve fibers and in some instances chemotherapeutic agents were also used. Of a total of 338 patients 75% obtained plain relief.

The main indications and limitations of the methods used are discussed in a critical appraisal.

BIBLIOGRAFIA

1. Russo, R. P. e Pereira de Almeida A. — Tratamento da dor do paciente canceroso pelos bloqueios nervosos. *Rev. Bras. Anest.* 14,1,62-84, 1964.
2. Leriche, R. — *Surgery of Pain*. The William & Wilkins Co, Baltimore, 1939.
3. Bonica, J. J. — *The management of Pain*. Lea & Febiger, Philadelphia, 1953.
4. Houdé, R. W. — *Med. Clin. North Amer.* 40,3,687, 1956
5. Maher, R. M. — Relief of pain in incurable cancer. *The Lancet* (1),18-20, 1955.
6. Gonçalves, B., Russo, R. P., Pereira de Almeida, A. O. — O uso do fenol intra raqueano na terapia da dor intratável. *Anais do III Congresso Mundial de Anestesiologia*, Tomo 3 pg. 85, S.P.
7. Fortuna, R. — *Bloqueios anestésicos*. Graf. Mundial Editora, Curitiba, 1960.
8. Russo R. P., Pereira de Almeida A., Fortuna, A. — Nossa experiência no tratamento da dor. *Rev. Bras. Anest.* 12,3,324-332, 1962.
9. Russo, R. P. e Pereira de Almeida A. — Bloqueios diagnósticos e terapêuticos *J. Bras. Med.* 8, (2):167-176, 1964.
10. Pereira de Almeida, A. Russo R. P. — Modificação da técnica de Dogliotti para alcoolização sub-aracnoidea. *Rev. Bras. Anest.* 13,4,323-325, 1963.
11. Dogliotti, A. M., Ciocatto, E. — Method of differential block in pain relief *Anesthesiology*, 16,623-625, 1955.
12. Mandl, F. — *Paravertebral Block* Grune & Sttrattom, New York, 1947.
13. Levy R. L. Moore, D. C. — Paravertebral sympathetic block with alcohol for the relief of cardiac pain *J.A.M.A.* 116,2563, 1941.

14. Pereira de Almeida, A., Russo, R. P. — Emprêgo de álcoois com elevado pêso molecular na terapêutica da dor. I — Alcoolização para vertebral com 1-butanol Rev. Paul. Med., 67,2,123-125, 1965 (Nota prévia).
15. Maher, R. M. — Neurone selection in relief of pain. Further experiences with intrathecal injections. The Lancet (1), 16-19, 5 jan. 1957.
16. Russo, R. P., Pereira de Almeida, A. P. — Síndrome pós mastectomia radical Rev. Bras. Anest. 14,1,57-61, 1964.
17. Klopp, C.T. et al. Ann of Surg. 137,811, 1950.

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO
Rua Clélia, 896
São Paulo — S.P.

VII CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ANESTESIOLOGIA — II CONGRESSO VENEZUELANO DE ANESTESIOLOGIA

CARACAS — VENEZUELA, 10 A 15 DE OUTUBRO DE 1966
Temário Preliminar

Têma oficial: PROJEÇÃO DA ANESTESIOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

- Relato** — Ensino da Anestesiologia
Dr. José Mazziotta e Dr. Oscar Malpica
Guada (Venezuela)
- Correlatos** — Ressuscitação e Reanimação
Dr. Orestes Ceraso (Argentina)
- Segurança do Anestesista nas Salas de Operações.
Dr. Felipe Olivari (Chile)
- Importância do Anestesista dentro de um Hospital.
Dr. Bento Gonçalves (Brasil)
- A Anestesiologia na Medicina Social.
Dr. Afonso Suares de Muños Ledo (México)

DISCUSSÕES PLANIFICADAS E MESAS REDONDAS

- 1 — Neuroleptoanalgesia — Dr. Roberto O. Elder (Argentina)
- 2 — Anestesia em cirurgia de urgência — Dr. O. Ceraso (Argentina)
- 3 — Acidentes e complicações em anestesia — Dr. E. Barmainós (Uruguai)
- 4 — Farmacologia ao alcance do Anestesista — Dr. Frank Moya (EE.UU.)
- 5 — O insuficiente Respiratório — Dr. Juan A. Nesi (Venezuela).

Estarão também incluídas sessões de têmeas livres, cinema etc.

Comissão organizadora: Presidente — Dr. Carlos Hoyer
Secretário — Dr. Luis Troconis

Enderêço — Colégio Médico del Distrito Federal — Av. Belas Artes —
Los Chaguaramos — Caracas — Venezuela.