

ANALGESIA PELO ÉTER

BASTO LIMA

Recife, Pe.

AP 3182

Já em 1847, John Snow, no seu livro sobre anestesia, fazia referências à analgesia pelo éter. Gwathmey, em 1921 também relatava o emprêgo da referida analgesia, usando a via retal. Há cerca de oito meses, iniciamos a técnica da analgesia pelo éter, seguindo o método de Artusio (1), tanto para a alta cirurgia, como para a comum. Vale a pena ressaltar a primeira paciente, Estelita, preta, muito gorda, que se submeteu a uma exérese de um grande tumor abdominal. Entre os assistentes da equipe cirúrgica, tornou-se ela conhecida como "Estelita, abre os olhos", pelo fato de que, durante todo o transcurso da intervenção, Estelita abria os olhos, por solicitação de qualquer dos presentes à sala de operações. Tamanho era o pasmo causado por semelhante fato, levando-se em consideração que o relaxamento abdominal era perfeito, de maneira inacreditável, sem a menor dose de droga relaxante, que nos decidimos a continuar a usar esta nova e impressionante técnica anestesiológica. Desta data em diante, passamos a realizar analgesias sempre que possível. Esta primeira analgesia para Estelita, fizemo-la de um modo um pouco diferente do que manda a técnica de Artusio.

Técnica da analgesia

Não informamos ao doente que êle irá ter consciência durante o transcurso da intervenção. À premedicação, utilizamos Dromoran, 4 mg, além de atropina 0,5 mg. A indução consta de 50 mg de tionembutal, seguido de protóxido de azoto a 80 %, ligeiros traços

de éter em circuito semi-fechado. Nos nossos primeiros casos, tivemos alguns pacientes vomitando neste período, porque forçávamos a concentração do éter. Alguns chegaram mesmo a ter ligeiros laringo-espasmos, que prontamente cederam, tão logo retirávamos as máscaras de suas faces. Temos a certeza de que isto era decorrente, única e exclusivamente, de uma concentração exagerada e desnecessária do agente anestésico.

Também queremos salientar que ultimamente, por acaso, tendo conseguido intubação endotraqueal fácil, conservando o paciente em primeira fase de anestesia, verdadeira analgesia, consciente, desistimos de levá-los à terceira fase, como manda Artusio no seu trabalho.

A introdução do tubo endotraqueal após anestesia tópica, com tetracaína a 2 %, por não dispormos de xilocaína, muito embora choque à primeira vista, é enormemente facilitada por uma abertura da glote, fora do comum, conseqüência da reação adrenérgica, dada pelo éter nesta ocasião; às vezes, o doente tosse um pouco, mas este reflexo é logo aliviado com a administração de pequena quantidade de éter. Daí em diante, a manutenção da analgesia será feita com doses mínimas do anestésico, intercaladamente. Quando não há necessidade de acréscimo de anestésico, o paciente passará a inalar oxigênio a 100 %, ou atmosfera comum (retirando-se a máscara). Sempre que houver necessidade de um bom relaxamento abdominal, saturamos um pouco mais o paciente, administrando-lhe o éter em concentrações maiores, cortando-o logo em seguida, a fim de que seja mantida a consciência. Desta forma, temos obtido silêncio abdominal perfeito sem, absolutamente, o emprêgo de drogas relaxantes. Assim, o conforto propiciado aos cirurgiões, tem sido o mais satisfatório possível, até mesmo para a cirurgia do andar superior do abdome. A respiração mantém-se ampla. Ritmo normal. Esta amplitude respiratória à primeira vista, parece ser impossível ou incoerente com o relaxamento abdominal acima referido, mas é veraz. O sangramento operatório é insignificante. Daí a nossa observação de que a perda sanguínea e de fluidos seja reduzida de, pelo menos, 70 %; a necessidade de transfusão de sangue, também declina de mais ou menos, 60 %, sendo que, algumas intervenções de grande porte, tenham sido realizadas sem administração de sangue e de fluidos. Seja entendido que não houve choque nesses pacientes, durante o período pós-operatório. Entre essas

intervenções, podemos citar: esplenectomias, gastrectomias, prostactomias, ressecções intestinais e até mesmo dois casos de marsupialização de cistos pancreáticos, que vieram à mesa de operações com diagnóstico de esplenomegália. Esta proteção dada ao operado, deve-se ao fato da eliminação fisiológica do gás carbônico, através de uma função respiratória normal e do equilíbrio de nível anestésico que ocorre com os dois núcleos de origem do simpático e do parassimpático à altura do pedúnculo cerebral.

O despertar ou a recuperação nunca se acompanha de excitação, nem é mascarada por vômitos. Estamos absolutamente crentes de que os vômitos pós-operatórios tenham sua origem em reflexos partidos do naso e do hipofaringe, indo excitar os centros superiores. Como resultado da anestesia tópica os vômitos desapareceram; e ainda mais, temos podido alimentá-los, logo após o retorno ao quarto ou enfermaria dando-lhes chá ou água gelada.

Fisiologia da analgesia pelo éter

De acordo com os trabalhos de Magoun (2), o tecido reticular encontrado ao nível do pedúnculo cerebral, filtra os impulsos aferentes que vão ao cérebro. Age este tecido reticular como uma espécie de "relais". A saturação anestésica desta parte do sistema nervoso permite a abolição da dor, um relaxamento muscular perfeito e o equilíbrio vago-simpático; pois, os centros de tonicidade e atonicidade muscular, os núcleos do vago e do simpático estão localizados no referido pedúnculo. Trata-se, portanto, de uma anestesia seletiva; as vantagens decorrentes de analgesia são as seguintes:

- a) Saturação mínima de anestésico;
- b) Equilíbrio vago-simpático (estabilidade de tensão e pulso);
- c) Eliminação fisiológica de gás carbônico;
- d) Ausência de choque;
- e) Recuperação calma e tranqüila.

A sedação com opiáceos durante o período pós-operatório, requer uma quantidade muito menor destas drogas. Muito embora os pacientes atendam às solicitações que lhes são feitas, durante o transcurso da cirurgia, dando provas de estado de consciência, nenhuma lembrança lhes ocorre, após o término da intervenção. Há um estado de amnésia durante o período da analgesia. A faci-

lidade com que se conduz uma analgesia, a ausência de acidentes, fazem crer naquilo que Artusio assevera com tanta ênfase: "será a anestesia do futuro".

Bibliografia

- 1) *Artusio Jr., J. F.* — Ether Analgesia During Major Surgery — "J. A. M. A.", 157:33 (Jan. 1), 1955.
 - 2) Ascending Reticular activating System in Brain System. — "Arch. Neurol. and Psychiatr.", 67:145-150, 1956.
-

**UM SUPERIOR ANESTÉSICO ENDOVENOSO
DE AÇÃO ULTRA-RÁPIDA**

SURITAL

(Tiamilal Sódico, original de Parke, Davis & Co.)



Surital é um anestésico endovenoso de ação ultra-curta e rápida, caracterizada por uma indução tranquila e pronta, e um despertar precoce, sem complicações. Surital distingue-se por ser eficaz em doses menores, ter menos efeito cumulativo e ser menos tóxico para o miocárdio e menos depressivo para a pressão sanguínea. Esse preparado tem-se revelado satisfatório em pacientes de qualquer grupo etário e em todos os tipos de riscos operatórios e anestésicos; seu uso é indicado como agente anestésico único em intervenções cirúrgicas relativamente breves, para a indução da anestesia antes da aplicação de anestésicos inalantes nas operações demoradas, e como suplemento dos anestésicos locais durante anestésias regionais e raquianestésias.

Apresentação: Em ampolas de 0,5 g e 1 g.

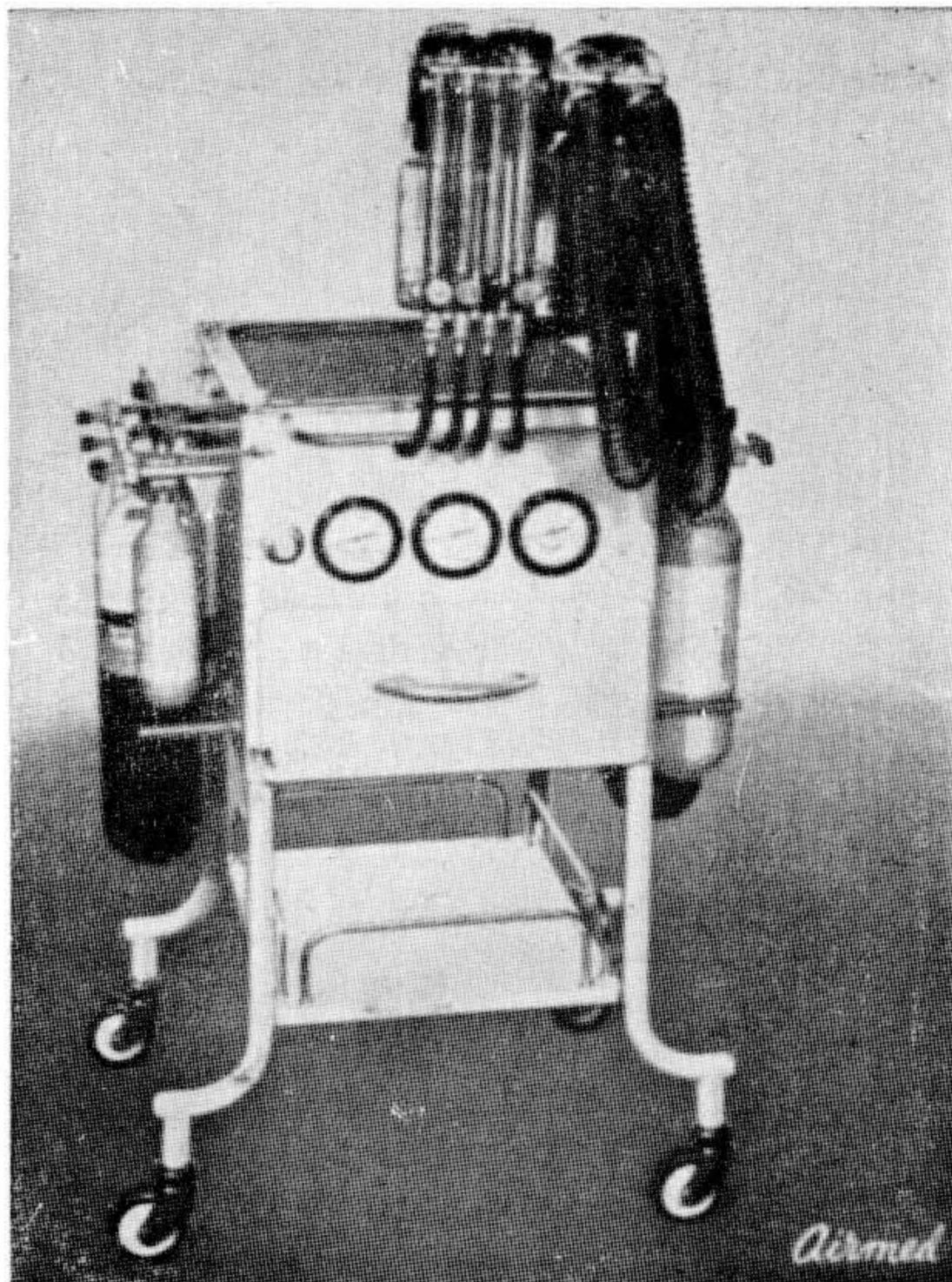


PARKE, DAVIS & COMPANY

**APARELHOS DE ANESTESIA, ANALGESIA
E OXIGENOTERAPIA**

Fabricados por

AIRMED LIMITED
LONDRES - INGLATERRA



Distribuidores exclusivos para o Brasil

DAVIDSON, PULLEN & CIA.

Rua Visconde de Inhauma, 134 - 8.º pavimento

Tels.: 23-1953 - 23-1954 - 23-1955

RIO DE JANEIRO

Vendas no Rio de Janeiro a cargo de

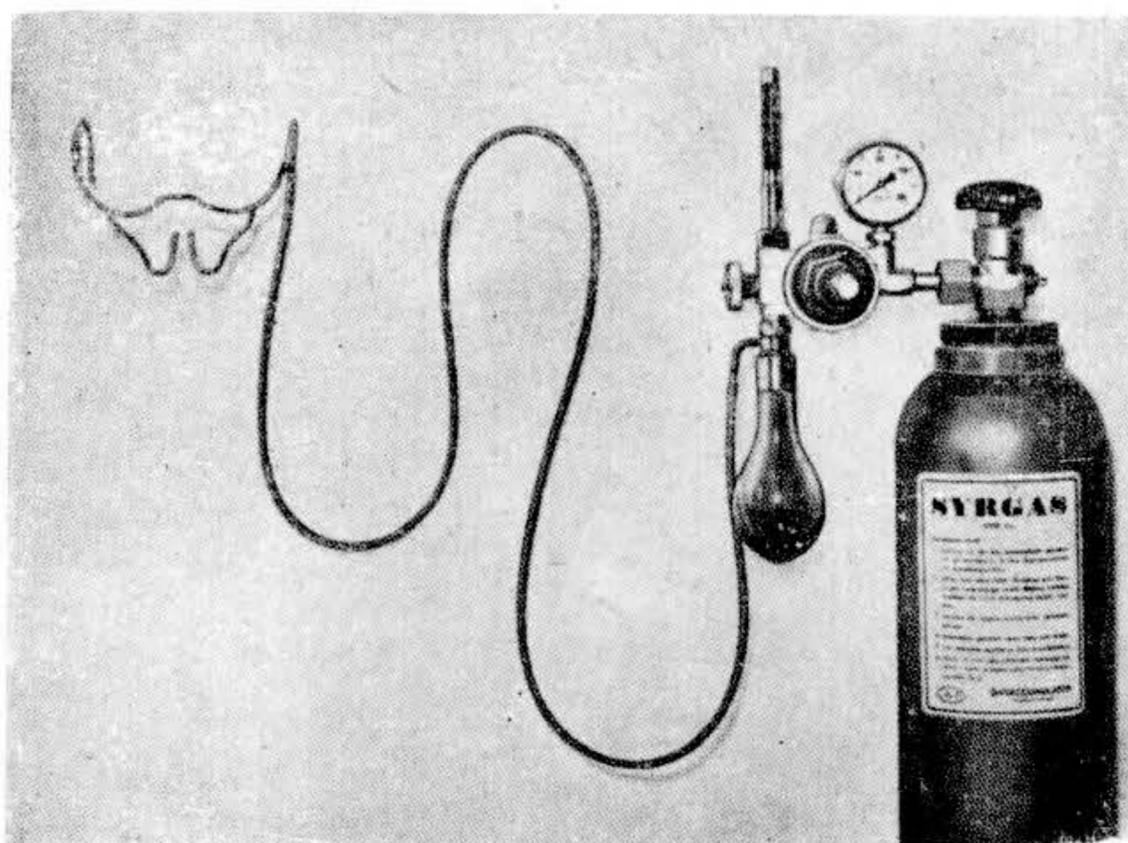
CARLOS CERQUEIRA

Rua Pedro Américo, 31 — Tel.: 25-5350

Oficina especializada para manutenção e consertos

**OXIGÊNIO MEDICINAL E INDUSTRIAL,
DA MAIS ALTA QUALIDADE E PUREZA**

**GRADUADORES PARA OXIGENIOTERAPIA
CATETERES NASAIS**



Conjunto ME-690



“PROTOXIDO DE AZOTO”

CIA. AGA PAULISTA DE GÁS ACUMULADO

MATRIZ

AV. PRES. WILSON, 1716

C. Postal 3190 - Fone 320160

SÃO PAULO

FILIAL

AVENIDA BRASIL, 8201

C. Postal 1823 - Fone 300256

RIO DE JANEIRO

GLICOSE A 50%

AMPOLAS COM 10 CM³



A

"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPRÊGO DA GLICOSE