

EDITORIAL

“ABSENTIA OMNIS DOLORIS”

AP 3218
Quando na noite de 25 de fevereiro de 1948, um grupo de anestesistas se propôs à fundação de uma Sociedade para divulgação, progresso e defesa da especialidade, estou certo de que, os que apuseram a sua assinatura na ata inaugural e que por isso mesmo mereceram o honroso título de sócios fundadores, estou certo, repito, de que todos êsses colegas estavam cômscios e seguros dos compromissos que naquele momento assumiam, compromisso êsse de caráter individual, coletivo, nacional e até mesmo internacional.

A cartada ia ser jogada cheia de entusiasmo e esperanças. Era a anesthesiologia brasileira que ia ser projetada no meio médico-cirúrgico, ou melhor, no âmbito científico de todo o Brasil, de todo o Mundo.

Era um grupo de especialistas, o qual resolvera, num movimento de estudo, de aperfeiçoamento e de progresso, assentar as bases de uma Sociedade científica tendo por pedra angular a boa vontade; por escôpo, o trabalho; por finalidade, a elevação do nome do Brasil na esfera da anesthesiologia.

Assim nasceu a Sociedade Brasileira de Anesthesiologia.

O tempo foi passando, os imprevistos surgindo, as dificuldades se multiplicando; mas a persistência dos idealistas daquela noite de 25 de fevereiro de 1948 não sofreu mutação de caráter negativo; pelo contrário: o núcleo foi se desenvolvendo por adesões sucessivas e ininterruptas; o éco do muito que se ia realizando foi se propagando e hoje podemos dizer que a nossa Sociedade honra os dizeres de seu emblema, porque o executa com consciência, dentro da ciência e nos moldes da mais absoluta honestidade:

“Absentia omnis doloris”.

Aí está a esfera nuclear da S. B. A.

Se procurarmos, entretanto, olhar com os olhos da realidade para o reverso dêsse mesmo emblema, observaremos a página em

branco que o caracteriza. Essa página em branco, meus caros colegas, raros a vêem, poucos são os que sabem de sua existência. Ela representa os escolhos do mar revólto das lutas, os espinhosos e tortuosos caminhos dos contratempos. E nela se acham gravados com letras de ouro os nomes de um pequeno grupo de incógnitos que não vacilaram em aceitar o acréscimo dos trabalhos da S. B. A. às suas lidas diárias.

Rendamos as nossas homenagens a êsses bravos colegas; ofereçamo-lhes o nosso auxílio, a nossa ajuda para que possamos tornar mais leve a tarefa dêsses batalhadores dignos de tôda nossa admiração.

Mas como poderemos ajudá-los, perguntarão muitos de vós? Muito simples. Sabeis, caros colegas, das necessidades prementes da Sociedade. Para que ela possa viver e aparecer, necessita de um intercâmbio científico cada vez mais intenso; êste intercâmbio é feito por meio de conferências, comunicações, revistas, boletins, observações comentadas, reuniões, Congressos, etc.

Por outro lado, bem sabeis que o cumprimento dessas realizações está sob a dependência direta e exclusiva de suas possibilidades econômicas. Portanto, estabelecido o binômio das condições vitais da Sociedade, isto é, intercâmbio científico mais condição econômica, nada mais simples do que acrescentardes a êste binômio a vossa boa vontade no sentido de colaborardes com um de seus têrmos, ou ainda melhor, com ambos. A um dêles, no que se refere à questão econômica, não vos esqueçais de que a êle estais ligados compulsoriamente pelos Estatutos; por conseqüência, se isto implica em uma obrigação, auxiliai a tarefa da Diretoria e mais particularmente a do Tesoureiro, pondo em dia a vossa anuidade.

No que diz respeito ao intercâmbio científico, a êle estais ligados pelos compromissos morais de vossa vida profissional, de vossos estudos, de vossos experimentos, com os quais, os vossos colegas ampliarão os seus conhecimentos em benefício de todos os que abraçaram tão nobre especialidade.

Dentro de poucos meses, na Capital Bandeirante, estaremos todos nós, anestesistas brasileiros e estrangeiros, irmanados pelos elos do 1.º Congresso Brasileiro e 2.º Latino-Americano de Anestesiologia.

Lá estará, desfraldada e orgulhosa de seus congregados, a bandeira da S. B. A.

Unamo-nos desde já e emprestemos todo o nosso incondicional apoio moral e material à atual Diretoria, no sentido de ajudá-la na realização e sucesso dêsse certame científico.

E quando os aplausos do êxito chegarem aos nossos ouvidos, a nossa emoção sentirá também o bafejo da euforia espiritual de quem soube cumprir o seu dever.

LUIZ DIDIER

LIVROS NOVOS

EFFECTIVE INHALATION THERAPY — LEVINE, EDWIN
RAYNER; BARACH, ALVAN L.; PEABODY, J. WINTHROP and SEGAL,
MAURICE S. — National Gas Co., Chicago, 1953.

Acabamos de ler com agrado, êste livro interessante para o anesthesiologista, por tratar de assuntos relacionados com a gasoterapia, de maneira clara e sintética, sem perda do espírito científico. A auxiliar a exposição, há uma série de ótimos esquemas a côres, os quais favorecem muito a compreensão do texto.

Os A.A. começaram por descrever, com propriedade, embora sucintamente, a fisiologia da respiração, desde a ventilação pulmonar às trocas gasosas nos alvéolos e nos tecidos, para, depois, apresentarem as diversas formas da hipóxia e as suas causas.

As causas que criam estados de hipóxia, além da respiração de misturas pobres em oxigênio (grandes altitudes e más misturas anestésicas), são as que perturbam essencialmente uma das quatro funções da respiração:

- I — A ventilação pulmonar (asma, obstrução das vias aéreas e enfisema).
- II — A hematose, isto é, a troca de gases entre os alvéolos e o sangue (pneumonia, fibrose pulmonar e edema pulmonar).
- III — A circulação do sangue (insuficiência cardíaca e anemia).
- IV — A utilização do oxigênio pelos tecidos (envenenamento pelo óxido de carbono).

Em seguida, descrevem as perturbações devidas à asfixia aguda e à hipóxia crônica, apresentando um quadro muito expressivo, onde se encontram anotados os principais sintomas da deficiência da oxigenação. Justificam o uso de altas tensões de oxigênio, quando existe hipóxia aguda, e mostram que se deve ser prudente na administração do oxigênio em concentrações superiores a 30 ou 35 %, nos casos de hipóxia crônica, para evitar os perigos da hipoventi-

lação e da hipercarbia dela resultante, por acúmulo de gás carbônico nos alvéolos.

Apresentam as doenças cuja terapêutica é muito beneficiada pela oxigenoterapia, descrevendo a sua etiologia e patogenia, para recomendar os métodos de tratamento mais racionais e eficientes.

A respeito de cada doença, fazem comentários oportunos, de real interesse prático, como vamos anotar.

Na *pneumonia*, dizem que as concentrações de O^2 devem ser elevadas, para que a tensão de O^2 , nos alvéolos, force a sua passagem para o sangue, através dos exsudatos e edema das paredes alveolares.

Na *obstrução brônquica*, causa essencial da atelectasia, recomendam como tratamento inicial a broncoscopia, para remover o obstáculo que se opõe ao livre trânsito do ar corrente; depois de removido o obstáculo, é que serão usadas as drogas bronco-diladoras e a oxigenoterapia, com misturas de O^2 a 50 %, sob máscara com expiração sob pressão positiva.

Na *asma brônquica*, em que há edema da mucosa brônquica que se cobre de secreções viscosas, e há espasmo brônquico, mais acentuado durante a expiração, é indispensável usar os anti-espasmódicos e praticar a oxigenoterapia, com misturas de oxigênio (30 a 40 %) e hélio, por meio duma máscara com expiração sob pressão positiva.

Na *irritação brônquica* severa, é preciso verificar se a laringe está ou não suficientemente permeável, para dar passagem ao ar. Se o não estiver, é preciso praticar a traqueotomia. A oxigenoterapia será feita com misturas de oxigênio, em concentrações de 60 a 80 %, com máscara sob pressões positivas. Usar-se-ão também os antibióticos, para combater a infecção. É indispensável o umidecimento da atmosfera que o doente respira.

As *doenças do coração* merecem cuidado especial. Quando ataques súbitos são causados pela falta de compensação cardíaca, num coração previamente lesado, a causa mais comum é a hipóxia do miocárdio, associada com doença das artérias coronárias. Seja espasmo, seja estreitamento ou oclusão das coronárias, os sintomas são os mesmos, embora a patologia seja diferente. Em tais circunstâncias, o coração não pode bombear o sangue, como o fazia anteriormente. Quando se trata dum angiospasmo das artérias coronárias, há falta de irrigação numa área do músculo cardíaco, e, então, os sintomas tornam-se severos, durante vários dias, se a morte não ocorrer dentro de curto espaço de tempo. Nestes casos, a oxigenoterapia deve ser prontamente instituída, com concentrações elevadas (100 %), com máscara e um fluxo de 8 a 15 litros por minuto. Uma vez passada a fase aguda, a concentração de O^2 deve ser abaixada para 60 ou 40 %, o que pode ser conseguido, por meio da administração do O^2 com cateter nasal ou com tenda. Os resultados imediatos da oxigenoterapia adequada, no ataque coronário

agudo, são, por vèzes, dramáticos. Após ter passado a fase aguda, é importante que o paciente permaneça numa atmosfera rica em O^2 , por um período de 2 a 4 semanas.

Durante o *edema pulmonar*, o pulmão mostra espessamento das paredes alveolares, com líquido nos alvéolos e nos bronquíolos, bem como, eventualmente, nos brônquios. O fluido que está nos alvéolos, interfere sèriamente, com a passagem do O^2 para a corrente sanguínea. E' esta a causa da morte por afogamento. Um doente com edema pulmonar agudo, afoga-se nas suas próprias secreções, se o curso da doença não for alterado.

Se as áreas de edema pulmonar não forem muito extensas, podem usar-se concentrações de 40 a 60 % de O^2 . Tanto faz usar a máscara, como o cateter nasal, como a tenda. Porém, se as áreas de edema forem extensas, é indispensável usar concentrações de O^2 de 75 %, com máscara sob pressão positiva durante a expiração. No início, não se deve usar a expiração sob pressão positiva, porque isso traz incômodo ao doente; esperar-se-ão uns 15 a 30 minutos, para instalar a pressão, de maneira lenta e progressiva, até atingir, ao fim de 30 minutos, o máximo que corresponde a 4 cm de água. Ao fim de 1 ou de 2 horas, é necessário baixar a pressão e observar como o doente reage. Não se deve suprimir bruscamente a pressão, porque podem ser perdidas ràpidamente, as vantagens adquiridas durante o período de tratamento.

Quando o ataque do edema agudo do pulmão é severo, é útil dar a inalar ao doente, vapores de álcool. Nesse caso, é preciso fazer passar por um vidro que contenha álcool, um fluxó de oxigênio. Como o álcool pode explodir em presença do oxigênio sob pressão, é necessário entrepor o vidro de álcool, entre a máscara e o vidro lavador do oxigênio.

No *enfisema*, é necessário aumentar o conteúdo de oxigênio nos alvéolos, sem diminuir a ventilação pulmonar, para o que serão usadas concentrações de oxigênio nunca superiores a 40 %. A concentração de O^2 deve ser abaixada para 30 %, se a freqüência da respiração diminuir, para evitar a hipoventilação. E' preciso prevenir o espasmo brônquico. E' indispensável combater a infecção brônquica pelo *aerosol*.

Finalmente, os A.A. descrevem *os aparelhos e as técnicas*.

O *cateter nasal* permite administrar O^2 em concentrações até 50 %. A ponta do cateter deve permanecer à altura das coanas, para não irritar a faringe e obrigar o doente a pigarrear, e para evitar a deglutição do O^2 , que algumas vèzes produz dilatação de estômago, de proporções alarmantes. Para conseguir que a ponta do cateter fique no lugar indicado, é necessário introduzir o cateter até que a sua ponta seja vista, por trás do véu do paladar; depois retira-se o cateter, meia polegada, e prende-se ao nariz e à fronte com esparadrapo.

A lubrificação do cateter deve ser feita com uma geléia solúvel na água. O cateter deve ser substituído, de oito em oito horas, por outro, que deve ser introduzido na outra narina, para evitar a irritação das fossas nasais.

Os cateteres menos irritantes são os de polietileno.

A *máscara* é um aparelho destinado a controlar a atmosfera, no espaço que cerca a boca e o nariz. O doente inala o que está nessa atmosfera e exala para ela.

A máscara deve ser construída de tal maneira que:

1.º) Deve adaptar-se à face, tão justamente, que seja vedada a saída de gases ou a entrada de ar, entre a pele e a máscara.

2.º) Deve possuir um pequeno balão de borracha, para que o doente possa inalar, durante a inspiração, qualquer quantidade da mistura gasosa, com concentração constante, em que o O^2 figura em nível terapêutico.

3.º) Deve estar provida de válvula que permita a saída dos gases sob várias pressões positivas.

O uso da máscara requer fluxos de gases, variáveis entre 8 e 10 litros, por minuto, para evitar o acúmulo de gás carbônico.

A máscara é o aparelho mais apropriado para administrar oxigênio em altas concentrações.

Há muitas variedades de *tendas*. As tendas não servem para a administração de oxigênio em concentrações elevadas. Para obter, numa tenda, uma concentração de 80 %, é indispensável evitar os escapamentos e utilizar fluxos de 35 litros, por minuto.

Normalmente, as tendas oferecem aos doentes, concentrações de 40 % de O^2 .

Nos primeiros 30 minutos, devem usar-se fluxos de 15 litros. Depois usar-se-ão fluxos de 10 a 12 litros por minuto.

Sempre que se abrir a tenda, é necessário aumentar o fluxo, para compensar o escapamento do O^2 , de dentro da tenda.

C. A.

RESUMOS

✓
BRAZENOR, C. W. e KAYE, GEOFFREY — *Anaesthesia for Reptiles*
— Copeia N.º 3, 165-170, 26 agosto 1953.

A anestesia nos répteis, animais que não possuem diafragma, envolve parada respiratória e conseqüentemente uma técnica respiração artificial.

Os A.A. descrevem uma técnica em que o éter é o agente anestésico a qual pode ser estendida a outros agentes de inalação. Quinze serpentes, de onze espécies, foram anestesiadas, moldadas em gesso e ressuscitadas, com um acidente fatal. Seis lagartos, de cinco espécies, foram também anestesiados sem fatalidades. Relaxantes musculares foram administrados com sucesso a serpentes e lagartos. Os problemas técnicos que a técnica apresenta são discutidos. A dose do relaxante muscular necessária é de 26 vezes maior do que a dose por quilo usada no homem.

O. V. R.

✓
SIDNEY HIRSCH — *Cirurgia em Pessoas Idosas (Normas gerais para sua realização)* — “The American Journal of Surgery”, 86:6:643, dez. 1953.

I. GENERALIDADES — A duração média da vida tem aumentado consideravelmente. Nos EE. UU. elevou-se de 49 anos por volta de 1900 para 68 anos nos dias atuais. Em conseqüência, defronta-se o cirurgião, agora, com número cada vez maior de pacientes idosos que não aceitam a recusa: “idoso demais para ser operado”. Até há pouco tempo, intervenções cirúrgicas em pessoas de idade só eram realizadas em casos de extrema urgência e muitas técnicas operatórias deixavam de ser aplicadas devido à relutância do cirurgião em aceitar o perigo de mortalidade virtual ou real. No entanto, estatísticas recentes demonstraram claramente que, a despeito do risco cirúrgico maior em pessoas idosas, a cirurgia bem conduzida, com cuidados pré-operatórios adequados, boa escolha de anestesia, administrada por anestesista experiente e assistência pós-operatória meticulosa, permitem a realização satisfatória de

maiores intervenções cirúrgicas, que anteriormente teriam sido mal sucedidas.

A redução da mortalidade cirúrgica em pacientes idosos exige cooperação racional entre clínico, cirurgião e analista. Alterações patológicas e fisiológicas próprias da idade avançada requerem do cirurgião cuidados especiais para que o paciente idoso possa se submeter com segurança à intervenção.

II. CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS — a) *Anestesia*: Recomenda-se o uso pré-operatório de pequenas doses de morfina e escopolamina. A anestesia regional com novocaína, sem adrenalina, oferece grande margem de segurança. A combinação ciclopropano-oxigênio vem sendo muito empregada, devido à alta concentração de oxigênio e baixa irritabilidade, além de ter a vantagem de permitir rápida recuperação anestésica do paciente. O éter irrita as vias respiratórias e pode predispor a complicações pulmonares, vômitos, acidose e disfunção hepática. É, contudo, o anestésico de escolha para os cardíacos. Contra-indica-se a raquianestesia, sempre que for considerada perigosa a queda da pressão arterial. O pentotal goza de emprêgo cada vez maior para fins de indução anestésica. A anestesia por refrigeração pode ser vantajosa em casos de amputação das extremidades inferiores.

b) *Hemorragia e choque*: Resultam, indiscutivelmente, de diversos fatores desfavoráveis, dentre os quais destacam-se a perda de sangue durante o ato cirúrgico e a por difusão nos tecidos no pós-operatório. Tem, pois, importância vital a manipulação cuidadosa dos tecidos durante a intervenção, hemostasia meticulosa e a substituição do sangue perdido através de transfusões de sangue total, rigorosamente compatível.

c) *Lesões pulmonares pós-operatórias*: Neste grupo incluem-se: atelectasia, colapso maciço e pneumonias. Na maioria dos pacientes, estas complicações pulmonares resultam de interferências com os movimentos respiratórios e da incapacidade de expelir as secreções brônquicas durante e após a intervenção. Por isso, devem ser tomadas tôdas as medidas para garantir aspiração eficiente durante e após o ato cirúrgico. Há, ocasionalmente, necessidade de aspiração por meio de broncoscópio de verdadeiras rolhas de muco ou de partículas alimentares. Providenciar lavagem gástrica no pré-operatório.

d) *Flebotrombose, tromboflebite, enfarto pulmonar e embolia*: A deambulação precoce é vantajosa, exceto em casos de choque, insuficiência cardíaca, grave anemia, hemorragia, presença de trombos ou êmbolos, peritonite ou pancreatite. A terapêutica anti-coagulante, quando indicada, pode dar bons resultados e o mesmó se diga da ligadura da veia femural e até da ilíaca.

e) *Supurações, deiscência e evisceração*: É necessário o emprego de antibióticos e manipulação cuidadosa dos tecidos. Evitar número excessivo de suturas e fios grossos, como medida profilática da necrose textural.

f) *Distúrbios dos processos bioquímicos*: Devem ser considerados neste grupo: anemia, desidratação, desequilíbrio eletrolítico, hipoproteinemia e deficiências vitamínicas. Os pacientes idosos, por serem freqüentemente portadores de moléstias malignas, de obstrução pilórica e intestinal, e icterícia, são justamente os mais expostos a tais perturbações bioquímicas. É indispensável a determinação do nitrogênio não protéico, do CO₂ e da glicemia. As deficiências devem ser tratadas. Em casos de distensão e obstrução intestinais, descompressão por intubação. Em casos de icterícia, administrar vitamina K.

g) *Diabete melito*: A gravidade desta complicação pode ser quase que inteiramente eliminada por meio de correta estabilização da glicemia no pré-operatório.

h) *Diminuição das reservas cardíacas*: As irregularidades cardíacas, inclusive a fibrilação ventricular, podem resultar da concentração excessiva de anestésicos. A parada do coração pode ter sua origem no estímulo vagal. Portanto, evitar a asfixia prolongada através da administração adequada de O₂, desobstrução das vias respiratórias e supervisão cuidadosa da respiração até passar o período crítico. Evitar doses excessivas de digital.

i) *Insuficiência renal*: São necessários exames completos de urina. É indispensável uma excreção urinária mínima de 1000 cm³ por dia.

(Fich. Méd. Ter. "LABOFARMA")

CHAYEN, M. S. — *Some Laryngotracheal Complications Associated with Endotracheal Anesthesia* — A. M. A. "Archives of Otolaryngology", 59:5, 555, May 1954.

O A. apresenta cinco casos de membrana subglótica após anestesia endotraqueal. Diversas causas potenciais desta complicação são revistas e discutidas: trauma mecânico (manobras intempestivas, tubos de calibre excessivo, laringoscópios inadequados), posição defeituosa da cabeça, hiperextensão, permanência muito demorada do tubo, reações alérgicas pelos lubrificantes, excessiva mobilidade do tubo, presença de infecção.

Chama atenção especial à freqüência maior da complicação em crianças e mulheres. Como tratamento aconselha inalações de vapor, oxigênio, antibióticos, bronco-aspiração e traqueotomia.

A recorrência da obstrução após o tratamento bronco-aspirativo alerta a necessidade da traqueotomia. Enfim, repisa que a anestesia endotraqueal não deve ser usada indiscriminadamente e recomenda maiores precauções com o fim de evitar as desagradáveis complicações laringotraqueais. 12 referências.

O. V. R.

SMITH, ROBERT M. — *Indications for Endotracheal Intubation in Pediatric Anesthesia* — "C. R. Anesth. Analg.", 33:2, 107, março-abril 1954.

Após uma rigorosa análise das vantagens e desvantagens da intubação traqueal em anestesia pediátrica, o A. estuda as suas indicações, classificando os processos cirúrgicos em quatro grupos de acôrdo com: 1) necessidade absoluta; 2) preferência definida; 3) opcional e 4) rotina injustificável.

No primeiro grupo (necessidade absoluta) inclue: a) operações intracranianas; b) operações intratorácicas; c) operações maiores em posição prona; d) operações na presença de distensão abdominal ou de alimentação recente.

No segundo grupo (preferência definida) inclue: a) grandes operações na boca, face e pescoço; b) cirurgia do rim ou qualquer outra em posição forçada; c) cirurgia do andar superior do abdome; d) pneumoencefalograma e e) amidalectomia e adenoidectomia em posição sentada.

No terceiro grupo (opcional) inclue: a) piloromiotomia (com estômago esvaziado pré-operatòriamente); b) cirurgia do andar inferior do abdome; c) pequena cirurgia da cabeça e do pescoço e d) amidalectomia e adenoidectomia com cabeça baixa.

Enfim no quarto grupo (rotina injustificável) inclue: a) operações plásticas e ortopédicas nos membros em posição supina; b) cirurgia perineal em posição supina (circuncisão, citoscopia); c) herniorrafia e d) pequenas operações no corpo ou membros em posição supina.

Chama a atenção ainda o A. para o aumento da morbidade e mortalidade aumentadas quando o método é usado por pessoal inexperiente e para a necessidade de um grande cuidado e vigilância com o pessoal em treinamento, sem o que o método entra em descrédito.

25 referências.

O. V. R.

NOTICIÁRIO

1.º CONGRESSO BRASILEIRO E 2.º LATINO-AMERICANO DE ANESTESIOLOGIA

Organizado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, deverá realizar-se em S. Paulo, de 12 a 18 de setembro de 1954, o 1.º Congresso Brasileiro e 2.º Latino-Americano de Anestesiologia. Da Comissão Executiva dêsse conclave recebemos novas informações, que passamos a divulgar.

TEMAS OFICIAIS

Hibernação Artificial — Relator: Dr. Gil Soares Bairão (S. Paulo, Brasil).

Anestesia em Cirurgia Córdio-Vascular — Relatores: a) Parte geral: Dr. Horacio Antonio Cabo (Buenos Aires, Argentina). b) Parte especial: Dr. Alberto Gonzalez Varela (Buenos Aires, Argentina).

SEMINÁRIOS

Ganglioplegia — Mod. Dr. Flavio K. Pires (Pôrto Alegre, Brasil). 1) Dr. Kentaro Takaoka (S. Paulo, Brasil); 2) Dr. José Lucas de Araujo (Rio de Janeiro, Brasil); 3) Dr. Roberto Owen Elder (Buenos Aires, Argentina); 4) Dr. Fausto Molina (Buenos Aires, Argentina).

Anestesia em Pediatria — Mod. Dr. José Basto Lima (Recife, Brasil). 1) Dr. Oscar Ribeiro (Rio de Janeiro, Brasil); 2) Dr. Francisco Nesi (Buenos Aires, Argentina); 3) Dr. Roberto J. Lucca (Caracas, Venezuela); 4) Dr. Juan Marin (Bogotá, Colômbia).

Problemas de Respiração em Circuito Fechado — Mod. Dr. Renato Ribeiro (Rio de Janeiro, Brasil). 1) Dr. J. J. Cabral de Almeida (Rio de Janeiro, Brasil); 2) Dr. Flavio K. Pires (Pôrto Alegre, Brasil); 3) Dr. Alfredo Pernin (Montevideo, Uruguay); 4) Dr. Juan Nesi (Buenos Aires, Argentina).

Anestesia em Pequena Cirurgia — Mod. Dr. Caio Pinheiro (S. Paulo, Brasil). 1) Dr. José Affonso Zugliani (Rio de Janeiro, Brasil); 2) Dr. Milton Luz (Salvador, Brasil); 3) Inscrição aberta; 4) Inscrição aberta.

TEMAS LIVRES

Devido ao elevado número de inscrições já recebidas, os temas livres (assuntos de livre escolha) serão divulgados apenas pelo programa oficial.

CONFERÊNCIAS

Dentre outros conferencistas convidados para o Congresso, já obtivemos confirmação da presença dos Drs. Laborit e Huguenard, de Paris, França e Vincent Collins, de New York, U. S. A. Esperamos anunciar outras confirmações nas próximas circulares.

As inscrições de trabalhos estarão abertas na Secretaria do Congresso até 15 de julho de 1954 e devem ser acompanhadas de um resumo do trabalho.

A inscrição de congressistas poderá ser feita até a data de abertura do Congresso, mediante o pagamento de uma taxa de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros), moeda brasileira, e dará direito a participar dos debates e receber os Anais a serem publicados posteriormente.

A parte social do Congresso coincidirá com os festejos comemorativos do IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo, estando a comissão especializada desenvolvendo uma grande atividade no sentido de aprimorá-la.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

PRAÇA FLORIANO, 55 - 7.º ANDAR / SALA 13

RIO DE JANEIRO - BRASIL

PROPOSTA

O abaixo assinado se candidata a fazer parte da SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA e, se aceito, se compromete a cumprir os Estatutos em vigor.

1) NOME
(Por extenso)

2) ENDEREÇOS

3) NASCIDO EM NATURAL DE

4) DIPLOMADO EM PELA

5) PRÁTICA: Tempo de exercício em anestesia.....

Percentagem tempo dedicado à anestesia no momento.....

Outras atividades médico-científicas.....

6) FUNÇÕES RELACIONADAS COM A ESPECIALIDADE
(Passadas e atuais).....

7) SOCIEDADE MÉDICO-CIENTÍFICAS.....

Data.....

PROPOSTO

PROPONENTES.....

ACEITO EM..... como membro.....

de acôrdo com o Artigo n.º..... dos Estatutos em vigor.

Remeter juntamente com a proposta a importância da 1.ª anuidade.

CAPÍTULO II

Dos membros da Sociedade — categorias, admissão, direitos e deveres.

Art. 4.º — Os membros da Sociedade, que não respondem subsidiariamente pelas obrigações sociais, serão em numero limitado.

Art. 5.º — Os membros da Sociedade, terão a seguinte classificação:

1.º) Honorários — os médicos, dentistas e os cientistas nacionais ou estrangeiros, que por sua notoriedade tiverem prestado relevantes serviços à Especialidade ou a assuntos relacionados com a mesma;

2.º) Beneméritos — as pessoas de comprovada idoneidade, sem distinção de nacionalidade ou profissão, que tiverem feito algum donativo apreciável ou prestado relevantes serviços à Sociedade;

3.º) Ativos — os médicos e cientistas nacionais ou estrangeiros, residentes no País, cujo interesse ativo pela prática de especialidade ou de ciências afins, for sobejamente notório;

4.º) Associados — os médicos, dentistas e pesquisadores, interessados na especialidade ou ciências afins;

5.º) Estrangeiros — os médicos residentes no estrangeiro, que exercendo a anestesiologia ou ciências afins, sejam propostos e aceitos pela Sociedade;

6.º) Aspirantes — os estudantes dos três últimos anos do curso médico, que demonstrarem interesse pela especialidade ou ciências afins.

Art. 6.º — Os membros honorários serão eleitos em Assembléa Geral, por proposta da diretoria, ou de pelo menos, 15 membros ativos. Os membros honorários, não estarão sujeitos a qualquer contribuição; não tendo também direito de receber os números da Revista, a não ser que paguem a taxa de assinatura.

Art. 7.º — Os membros beneméritos serão aceitos pela Sociedade, desde que satisfaçam as condições do art. 5.º, parágrafo 2.º dos Estatutos. O donativo a que se alude, não pode ser inferior a Cr\$ 10.000,00 (dez mil cruzeiros). Em caso do donativo ser feito por uma sociedade ou firma comercial, o título de benemérito será conferido ao sócio principal ou àquele indicado pela sociedade ou firma.

Art. 8.º — Os membros ativos serão propostos por dois membros de igual categoria, em fórmula fornecida pela Sociedade. Os proponentes fornecerão à diretoria os informes que esta julgar necessários para a aprovação da entrada do proposto. Se este não obtiver a unanimidade dos votos dos membros da diretoria, o Presidente submeterá o caso à Assembléa Geral a qual resolverá como entender, em escrutínio secreto.

Art. 9.º — Os membros associados serão admitidos a requerimento do candidato ou por proposta assinada por dois membros ativos. Os membros associados devem declarar a natureza de suas atividades científicas.

Art. 10. — Os membros aspirantes serão admitidos por proposta de dois membros ativos, que estejam orientando o candidato na Especialidade. Os aspirantes tornar-se-ão membros ativos um ano após à diplomação, desde que satisfaçam as exigências relativas a esta categoria.

Art. 11. — Os membros estrangeiros serão admitidos mediante requerimento ou por proposta de dois membros ativos.

Art. 12. — Os membros ativos, associados, ou estrangeiros, que quiserem passar à categoria de remidos, terão de pagar a diferença entre a soma já paga em anuidades e o montante total correspondente a vinte anuidades. Será considerado remido, todo sócio ativo, associado ou estrangeiro, que tiver pago vinte anuidades.

Art. 13. — Todo membro da Sociedade perderá os títulos, por demissão a pedido, por atraso de pagamento de duas anuidades ou por exclusão motivada por crime infamante, ou por atos profissionais indecorosos. Neste último caso, uma comissão especial, designada pela diretoria, apurará os fatos.

Art. 14. — O membro que se atrasar no pagamento de uma anuidade, não poderá votar nem ser votado, sendo a êle suspensa a remessa de tôda e qualquer publicação da Sociedade.

Art. 15. — A readmissão de um membro eliminado por atraso de pagamento, só poderá ser feita mediante o pagamento dos atrasados.

Art. 16. — As anuidades serão de Cr\$ 400,00 (quatrocentos cruzeiros) para os membros ativos; de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzeiros) para os associados; de Cr\$ 150,00 (cento e cinquenta cruzeiros) para os aspirantes e de US\$ 10,00 (dez dolares) para os estrangeiros. As anuidades deverão ser pagas até a data da Assembléa Geral.

Art. 17. — São direitos dos membros ativos:

a) Assinar ou subscrever proposta para admissão de membros de igual categoria e de membros associados, estrangeiros ou aspirantes;

b) Apresentar indicações, requerimentos, sugestões e representações, na conformidade dos fins da Sociedade;

c) Ler comunicações e trabalhos de matéria pertinente aos fins da Sociedade;

d) Publicar trabalhos seus na Revista, desde que aceitos pela direção;

e) Discutir;

f) Votar e ser votado;

g) Receber as publicações da Sociedade;

h) Freqüentar a sede da Sociedade, usar da biblioteca e assistir a congressos, cursos e conferências, bem como a sessões científicas extraordinárias em hospitais, clínicas e laboratórios que porventura venha a Sociedade a promover;

i) Ser nomeado para fazer parte de comissões.

Art. 18. — Os direitos dos membros associados, estrangeiros e aspirantes são os designados no artigo anterior, com exclusão daqueles a que se referem as letras: "a", "e", "f" e "i".

Art. 19. — São deveres dos membros da Sociedade:

1.º) Concorrer para o cabal cumprimento dos fins da Sociedade;

2.º) Pagar as anuidades, aquêles que pelos presentes Estatutos a êles estiverem sujeitos;

3.º) Cumprir, rigorosamente, as disposições estatutárias.

CONDUTA EDITORIAL DA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

- A REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA é propriedade da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- Tem, como objetivo essencial, difundir quaisquer conhecimentos que se relacionem, direta ou indiretamente, com a Anestesiologia.
- Publica artigos originais, sôbre assuntos da especialidade e de tôda a ciência que com ela esteja relacionada.
- Relata casos clínicos interessantes, apresenta resumos de artigos da imprensa médica da especialidade e faz a apreciação de livros que interessem aos anestesiológicos.

COLABORAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

- A REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA aceita, para publicação, trabalhos originais de colaboradores idôneos, nacionais ou estrangeiros.
- Os artigos originais, enviados à REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, para publicação, devem ser escritos em linguagem clara, e obedecer às regras gramaticais e à ortografia oficial.
- Os originais devem apresentar-se dactilografados, em espaços duplos, e com largas margens.
- No fim do artigo original, o autor deve fazer um resumo do que foi escrito, o qual não pode exceder 250 palavras. Tal resumo será traduzido para o inglês, pelo autor.
- As fotografias, gráficos e desenhos que se destinem à publicação, devem estar numeradas, de acôrdo com a ordem a serem colocadas no texto; as legendas colocadas por baixo das figuras, devem seguir aos respectivos números.
- As citações bibliográficas devem ser indicadas no texto, por números seriados, e ser colocadas no fim do trabalho, segundo a ordem da numeração.

Cada citação será feita de acôrdo com o Index Medicus:

Para revistas:

Nome do autor, prenome ou iniciais : Título do artigo : Revista :
Volume, páginas (x-y), mês, ano.

Exemplo:

- 1) Waters, R. M.; Rovenstine, E. A., and Guedel, A. E.: Endotracheal Anesthesia and its Historical Development: Anesthesia and Analgesia; 12:196-203 (Sept.-Oct.), 1933.

Para livros:

Nome do autor, prenome ou iniciais : Título do livro, edição, cidade onde o livro foi editado, casa editôra, ano, página.

Exemplo:

- 2) Macintosh, R. R., and Mushin, William W.: Physics for the Anaesthetist: 1st Ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1946, pág. x.

- A redação da Revista compete apreciar os trabalhos e resolver se devem, ou não, ser publicados.
- Os artigos originais são tidos como contribuições exclusivas para a REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, e tornam-se propriedade da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- Os originais nunca serão devolvidos, mesmo quando não forem publicados.
- A REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA não assume qualquer responsabilidade pelas opiniões emitidas nos trabalhos assinados.
- Qualquer trabalho publicado na REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, poderá ser transcrito, parcial ou totalmente, desde que seja citada a fonte de origem (Rev. Bras. de Anest.).
- Tôda a reprodução para fins comerciais é proibida.

ASSINATURA DA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Por 1 ano, a começar em Janeiro:

Brasil Cr\$ 150,00
Estrangeiro 5 Dólares

Aceitam-se permutas com outras revistas de medicina.

S U M Á R I O

APPLICATION IN CLINICAL USE OF A SMALL CARBON DIOXIDE ANALYZER

Ann Bardean, M. D. D. A. (London), D. 1

A PROSTIGMINE EM ANESTESIA (ESTUDO SÔBRE SUAS APLICAÇÕES PRATICAS)

Jorge G. Bräuniger 9

POSIÇÃO ATUAL DA HIPOTENSÃO CONTROLADA

E. Lopes Soares (Lisboa) 15

MÉTODO DE "BIER" PARA ANESTESIA REGIONAL DE MEMBROS

Flavio Kroeff Pires, F. I. C. A. (P. Alegre) 21

MUERTE POR ANESTESIA

Roberto A. Goyenechea y Margarita B. de
Oleaga Alarcón 25

"TRICLOROETILENO" ANESTESIA CREPUSCULAR

Andrés P. Solá 39

CELOCURIN. SEU EMPRÊGO COMO AGENTE AU- XILIAR PARA ENTUBAÇÃO TRAQUEAL.

Armando Obladen e Ernani Obladen (Curi-
tiba - Paraná) 43

MISCELÂNEA 49

EDITORIAL 51

LIVROS NOVOS 53

RESUMOS 57

NOTICIARIO 61

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA



AGOSTO 1954

ANO 4

NÚMERO 2

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

EDITOR

OSCAR V. RIBEIRO

DIRETOR (1954)

GIL SOARES BAIRÃO

REDATORES BRASILEIROS

MARIO C. D'ALMEIDA FILHO (D.F.)
ZAIRO E. GARCIA VIEIRA (D.F.)
J. AFFONSO ZUGLIANI (D.F.)
RENATO C. RIBEIRO (D.F.)
JORGE G. BRÄUNIGER (D.F.)
A. PATURY E SOUZA (D.F.)
LEO CABRAL MENEZES (D.F.)
VICENTE F. GAEDE (D.F.)
LUIZ RODRIGUES ALVES (S. Paulo)
REYNALDO FIGUEIREDO (S. Paulo)
CARLOS PARSLOE (Santos, S.P.)

MILTON M. LUZ (Salvador)
FLAVIO K. PIRES (P. Alegre)
EUCLYDES MOTTA (B. Horizonte)
CUSTODIO ESTEVES NETO (Niterói)
JOSE' A. BASTO LIMA (Recife)
HAROLDO JUAÇABA (Fortaleza)
MENANDRO FARIA (Salvador)
WILSON C. MATTOS (Vitória)
ARMANDO OBLADEN (Curitiba)

REDATORES ESTRANGEIROS

M. COLLADOS STORNI (Argentina)
ITALO NUNZIATA (Argentina)
JUAN A. NESI (Argentina)
H. GRANT-WHYTE (África do Sul)
GEOFFREY KAYE (Austrália)
M. DIGBY LEIGH (Canadá)
ERNESTO FRIAS (Chile)
RICARDO MENDEZ PEÑATE (Cuba)
E. CIOCATTO (Itália)

JOHN S. LUNDY (U.S.A.)
STUART C. CULLEN (U.S.A.)
HENRI S. RUTH (U.S.A.)
ROBERT MONOD (França)
R. R. MACINTOSH (Inglaterra)
GEOFFREY ORGANE (Inglaterra)
EUSEBIO LOPES SOARES (Portugal)
OLLE FRIBERG (Suécia)
ALFREDO PERNIN (Uruguai)

PUBLICAÇÃO QUADRIMESTRAL

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

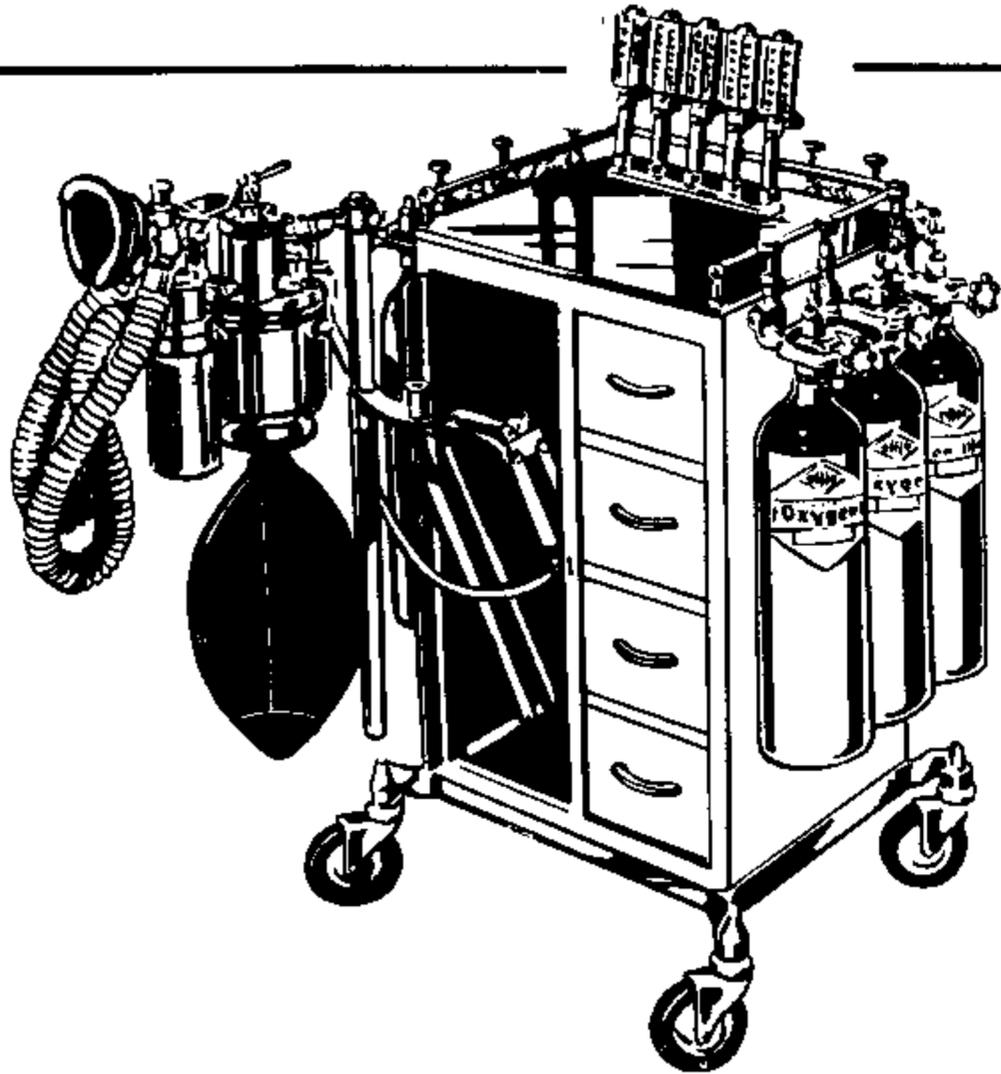
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, sala 846
178, Rua Sacadura Cabral — Rio de Janeiro — Brasil

SEGURANÇA

EFICIENCIA

HEIDBRINK KINET-O-METERS

KINET-O-METER
Modelo 550 - Tipo
Armário - 5 Gases



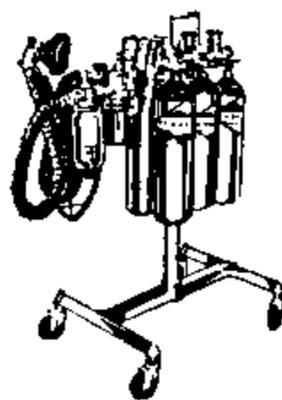
Os KINET-O-METERS, ainda que desenhados especialmente para a utilização do método de grande economia da absorção do CO_2 , também permitem o uso do método da reinalação parcial. Os debímetros são construídos e calibrados de maneira apropriada, indicando e medindo com a maior precisão os fluxos necessários ao sucesso de ambas as técnicas. Há sempre um KINET-O-METER que se enquadra a qualquer exigência técnica.

Modelos: Stand, Carro, Gabinete, Carro-Gabinete e Midget.

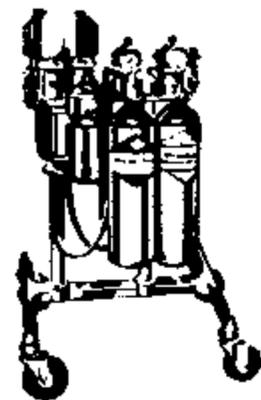
Peça o novo Catálogo Heidbrink com informações completas sobre Aparelhos de Anestesia.



KINET-O-METER
Mod. 212A - Stand -
Cilindros pequenos
- 2 Gases: N_2O - O_2



KINET-O-METER
Mod. 650 - Midget
portátil ou em
stand.



KINET-O-METER
Mod. 403A - 4 Ga-
ses: N_2O e O_2 em
cilindros grandes -
 C_3H_6 e CO_2 em
cilindros pequenos.

AIRCO COMPANY INTERNATIONAL
DIVISÃO DA "AIR REDUCTION COMPANY, INCORPORATED"

60 East 42nd Street, New York 17, N. Y., U. S. A.

Enderêço Telegráfico "AIRCOCHEM"

OHIO — HEIDBRINK — SCANLAN-MORRIS

KONDROCURARE

SOLUÇÃO a 0,25 % do CLORHIDRATO do DIMETILETER
da METIL-BEBEERINA

PROPRIEDADES:

- 1.º — Introduzido por via parenteral, produz diminuição do tonus muscular e paralisia flácida que atinge sucessivamente os vários grupos musculares. Os últimos músculos atingidos são sempre os da respiração e o último, o diafragma.
- 2.º — Introduzido por via venosa, os sintomas surgem quase imediatamente; quando introduzido no músculo, de 10 a 20 minutos após.
- 3.º — A duração dos sintomas depende da dose e da via de introdução. E' relativamente curta (15 a 30 minutos), quando injetado na veia; 1 ½ a 3 horas, quando introduzido por via intramuscular.
- 4.º — A eliminação do **KONDROCURARE** se processa pela urina. E' completa em menos de 24 horas, não se observando fenômenos de acumulação.
- 5.º — Não produz baixa acentuada da pressão arterial e brônquio-espasmos, complicações observadas com alguns curares.
- 6.º — Bloqueia primeiro os impulsos nervosos de maior freqüência de emissão, donde a sua ação eletiva sôbre o tonus e sôbre o hipertonus, quando êste existe.
- 7.º — Sua ação é periférica e se explica pela quebra do isocronismo entre nervo e músculo (Lapicque), conseqüente do aumento da cronaxia dêste; pelo aumento do limiar de excitabilidade do músculo à ação da acetilcolina, se aceitarmos a teoria da transmissão química dos impulsos nervosos.
- 8.º — A prostigmina e a fisostigmina são antagônicos do curare e fazem desaparecer os sintomas da curarização.

INDICAÇÕES:

Coadjuvante da anestesia durante as operações abdominais. No decorrer da convulsoterapia, para evitar as complicações traumáticas. Nas síndromes espásticas e atetósicas. Medicação auxiliar do tétano.

MODO DE EMPREGO E POSOLOGIA:

Consultar a bula ou pedir literatura ao
DEPARTAMENTO DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA
Rua S. José 50, 2.º andar — Tel. 52-4200 — RIO



I N S T I T U T O V I T A L B R A Z I L

NITERÓI - EST. DO RIO

ANESTÉSICO GERAL
INTRAVENOSO

NESDONAL

Etil-5 (metil-1 butil)-5 tiobarbiturato de sódio

★

**INTERVENÇÕES RÁPIDAS
INTERVENÇÕES PROLONGADAS NO
ABDÔMEN, TÓRAX E CABEÇA
NARCO-ANÁLISE PSICOSSOMÁTICA**

★

*Narcoses prolongadas — Eliminação rápida
Despertar eufórico*

★

Caixas de 1 e de 10 ampolas
de 0,50 g de NESDONAL, acompanhadas das respectivas
ampolas de 10 cm³ de água bidestilada.

Caixas de 1 e de 10 ampolas
de 1 g de NESDONAL, acompanhadas das respectivas
ampolas de 10 cm³ de água bidestilada.

★

Amostras e literaturas à disposição da Classe Médica

★

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, SP

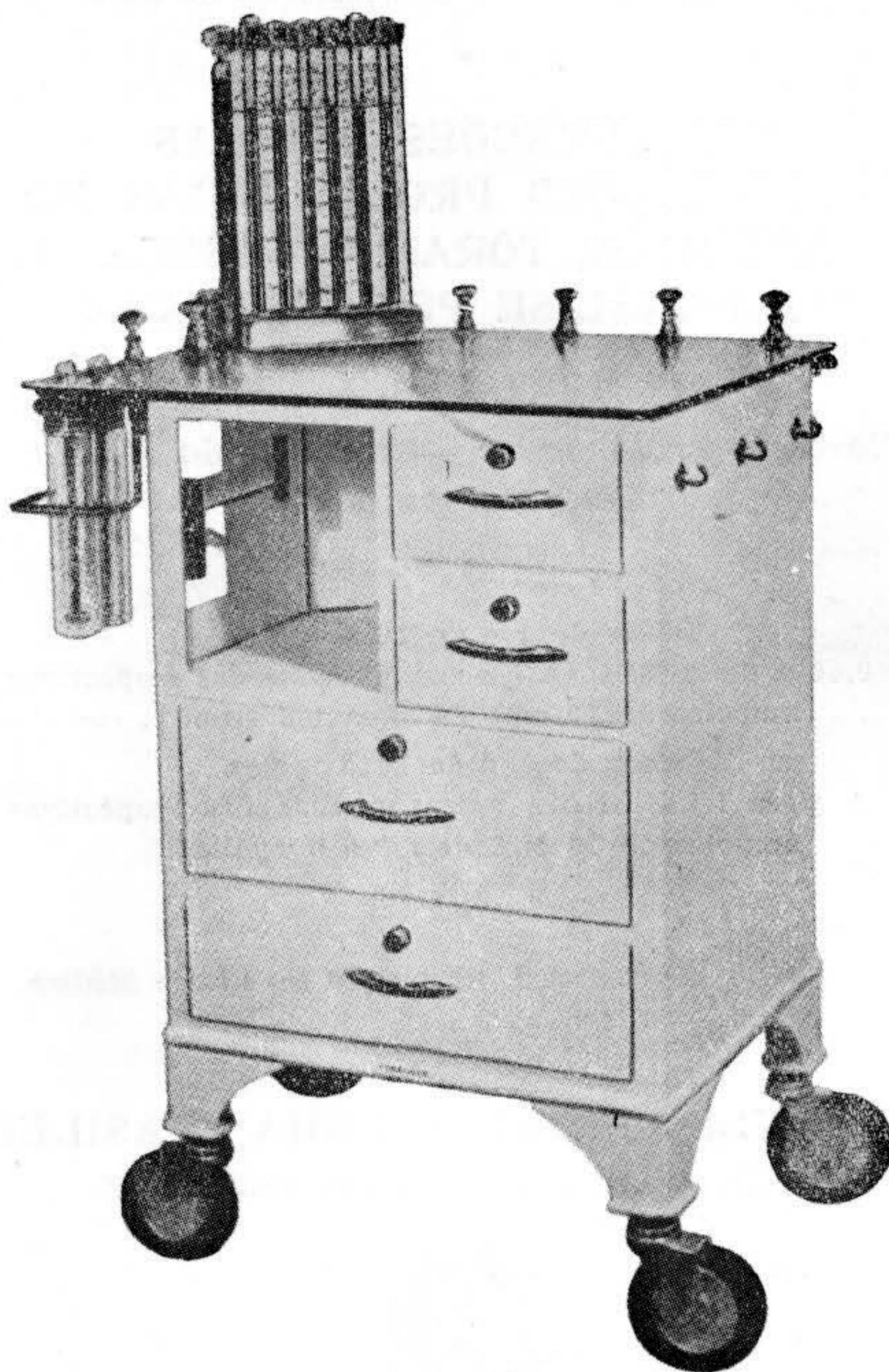


A marca de confiança

FOREGGER

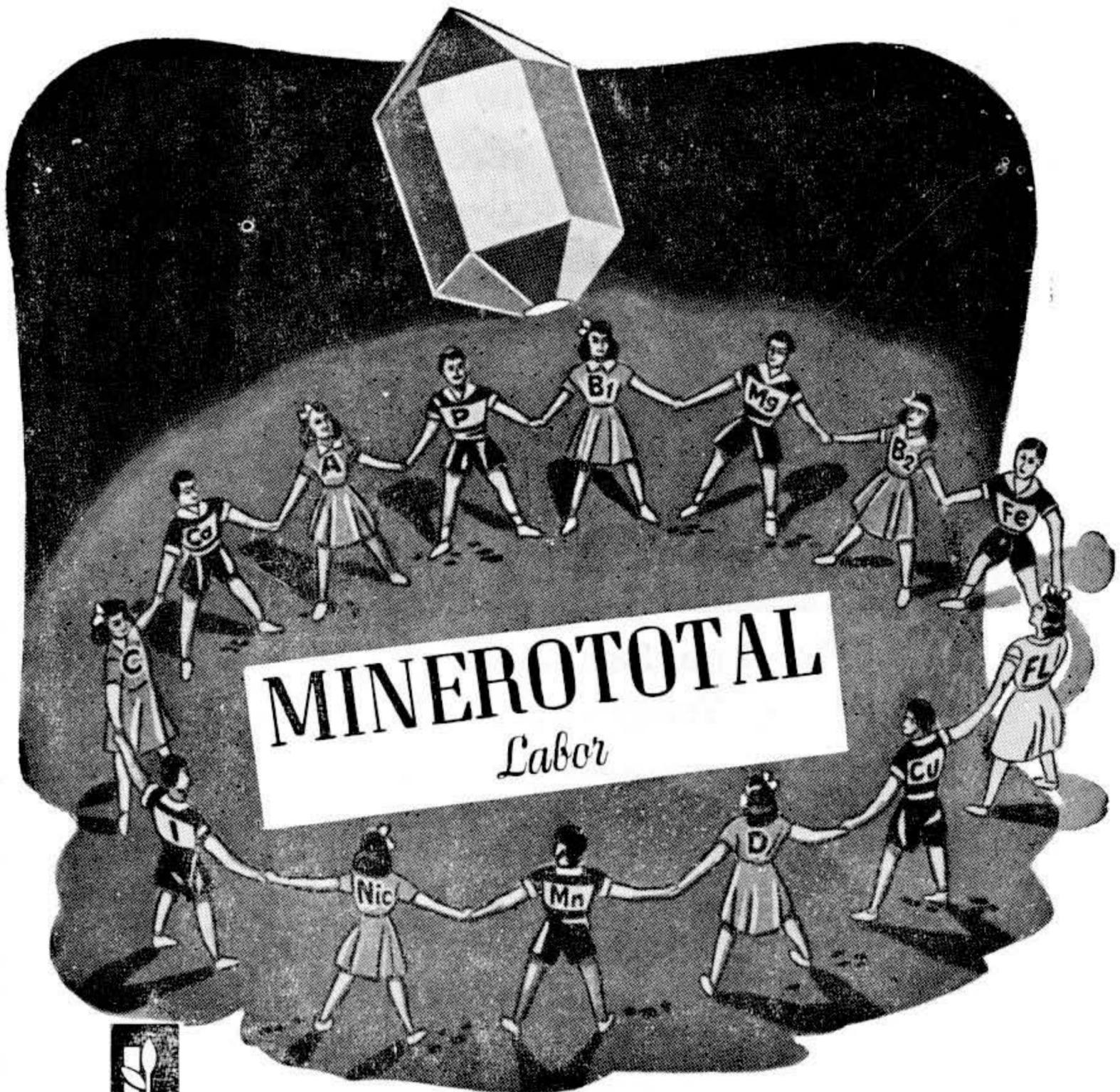
IMPORTADORA E EXPORTADORA S. A.

ANESTESIA - OXIGENOTERAPIA

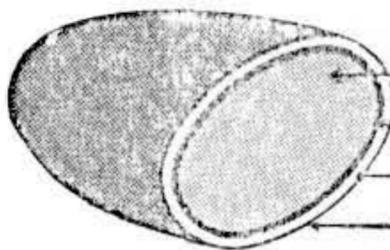


RUA SANTA LUZIA, 799 - 14.º AND.

TELEFONE 52-5768 — RIO DE JANEIRO



Reunião de sais minerais e vitaminas numa só drágea, sem que os primeiros afetem a atividade das últimas.



- VITAMINAS
- CAMADA PROTETORA
- SAIS MINERAIS
- REVESTIMENTO EXTERNO

LABORTERAPICA S. A.

Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

Equipamentos para Oxigenoterapia

Tendas de oxigênio O. E. M., para entrega imediata.

Canópias — Analisadores — Máscaras Reguladores, etc.

Maiores informações com o nosso Departamento de Serviços Técnicos, que orienta, esclarece e dá assistência.

S. A. WHITE MARTINS

**Matriz: Rua Beneditinos, 1 a 7 - Rio
Telefone: 23-1680**

ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA DO BRASIL LTDA.

AV. PRESIDENTE VARGAS 642-12°.

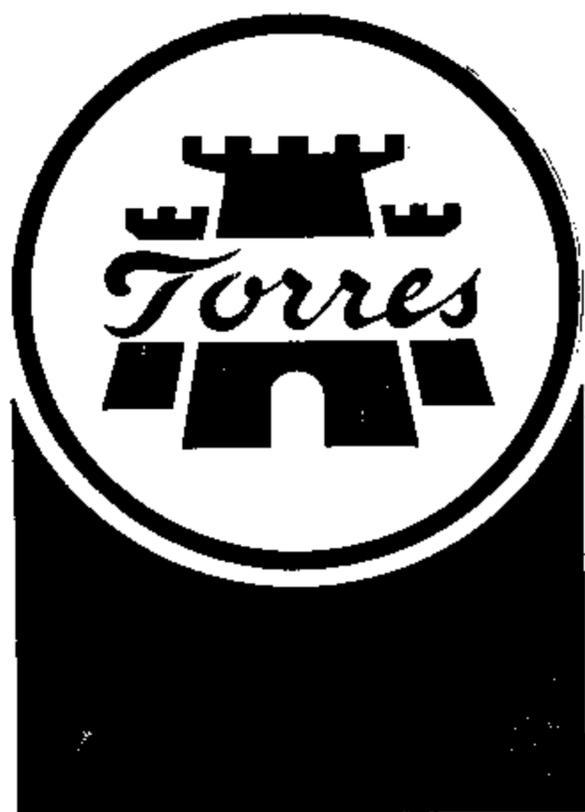
RIO DE JANEIRO

oferecendo

Encyclopaedia Britannica,

Cyclopedia of Medicine, Surgery, Specialties
e qualquer obra técnica em inglês, inclusive sobre
Anestesiologia, por preços americanos, converti-
dos a 28 cruzeiros o dólar.

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³

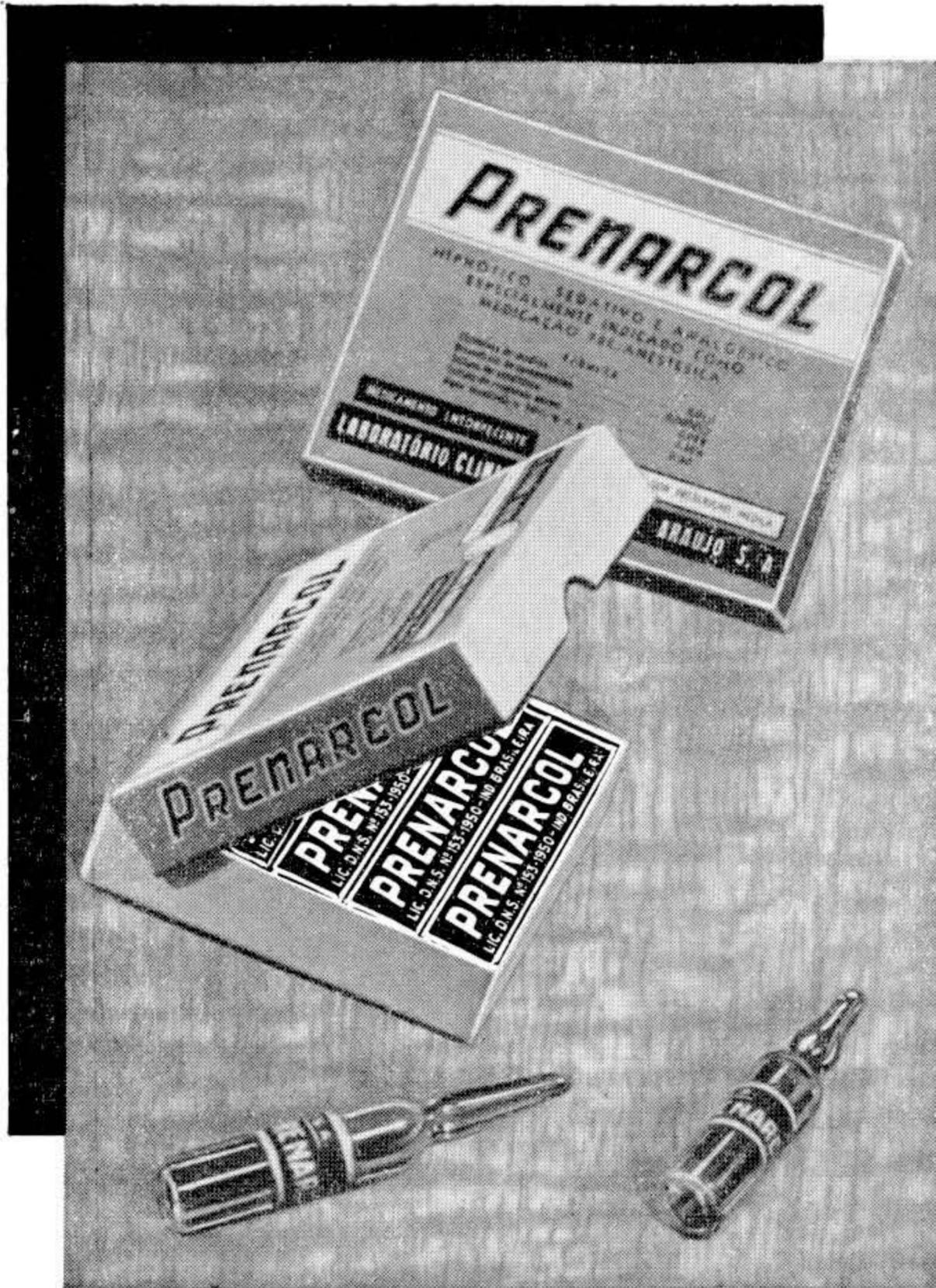


A
"GLICOSE TORRES"

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

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPRÊGO DA GLICOSE



ESPECIALMENTE
INDICADO
NA
PRÉ-NARCOSE
E, TAMBÉM, COMO
**HIPNÓTICO,
SEDATIVO
E
ANALGÉSICO**

PREMARCOL

Cloridrato de morfina	0,01 g
Bromidrato de escopolamina . .	0,00025 g
Sulfato de esparteina	0,02 g
Sulfato de magnésio anidro . . .	0,50 g
Água manitada a 10% q. s. p.	2 cm ³

Caixas com
5, 25, 50 e 100
ampolas de 2 cm³

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

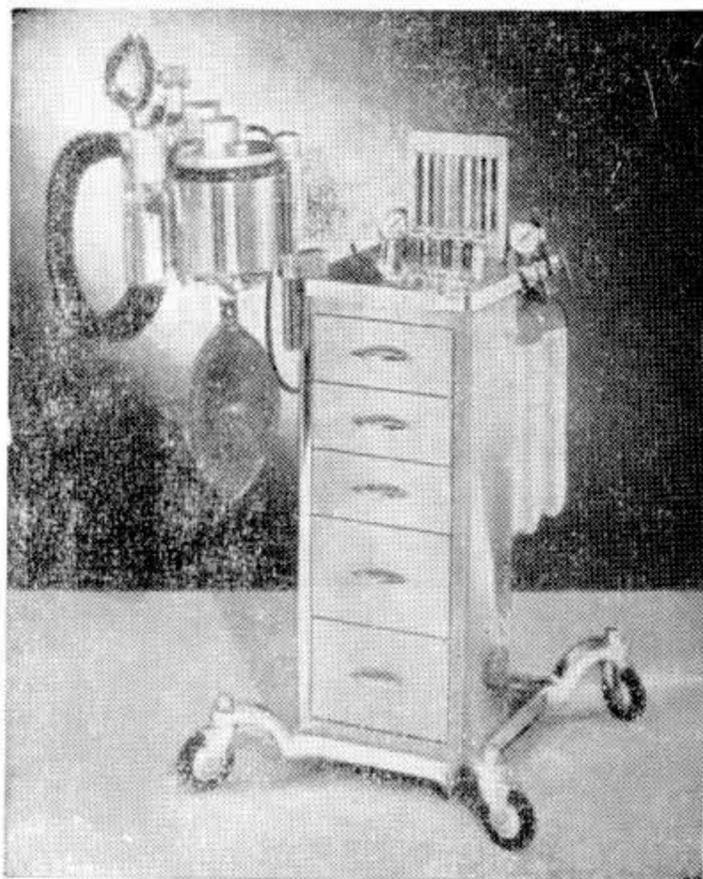
UM PRODUTO



L.C.S.A.

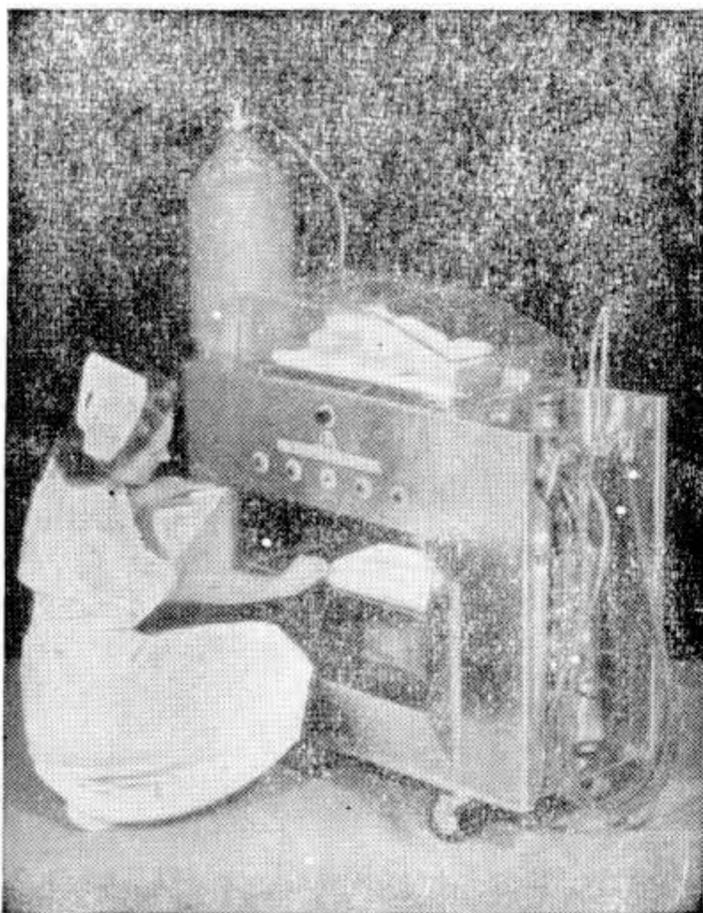
E. & J. Manufacturing Co.

APARELHOS DE ANESTESIA



- Modelos hospitalares e portáteis.
- Pressão positiva e negativa em seqüências alternadas.
- Volume de oxigênio controlável para qualquer pulmão.
- Aspirador ao mesmo tempo.
- Inalador quando a respiração natural se restabelece.

RESSUSCINETE

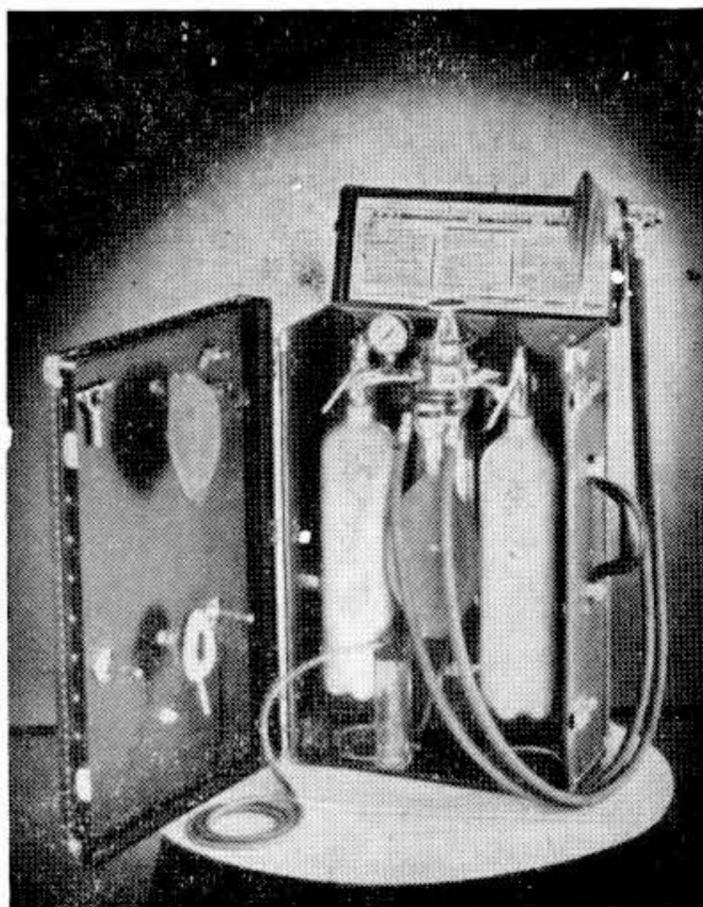


Representantes e Distribuidores no Brasil

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Aparelhos de Anestesia E. & J.
FACILIDADE DE MANEJO — Simplicidade de Manutenção.
Absorvedor com 3 recipientes de cal sodada independentes.
Modelos Gabinete e stands.

RESSUSCITADORES



- Berço transparente.
- Atmosfera úmida termo-regulável.
- Aspirador E. & J., incluso.
- Ressuscitador E. & J., incluso.
- Atmosfera de O₂ regulada.
- Franca portabilidade.
- Incubadora de urgência.

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel. 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"
LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543
FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel. 32-9626
End. Telegr. "BAXTER"



**PROTÓXIDO DE AZOTO E OXIGÊNIO
MEDICINAL E INDUSTRIAL, DA MAIS
ALTA QUALIDADE E PUREZA**

ESTOQUE PERMANENTE

CIA. AGA DO BRASIL DE GÁS ACUMULADO

AV. BRASIL 8201

Caixa Postal 1823 — Fone 300256

RIO DE JANEIRO

CIA. AGA PAULISTA DE GÁS ACUMULADO

AV. PRES. WILSON 1716

Caixa Postal 3190 — Fone 320169

SÃO PAULO

Para facilitar a intubação

Nupercainal

pomada analgésica

a 1% de Nupercaina "Ciba",
anestésico local de ação prolongada

A aplicação de Nupercainal às cânulas e sondas, além de facilitar a manobra do anestesista, previne, pela supressão de reflexos faringo-laríngeos, a tendência para expulsão dos instrumentos.

Ciba

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A. — RIO DE JANEIRO

CELOCURIN

(iodeto de succinil-colina)

"CURARIZANTE" SINTÉTICO ATÓXICO

Ação curta e controlada. Ampolas de 0,1 gr e 1,0 gr

ANESTESIA - ORTOPEDIA - CIRURGIA - RAIOS X - ELETROCHOQUE



Fundada em 1877

MATRIZ NO BRASIL:

COMÉRCIO E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA APO-VITRUM LTDA.
Avenida Ipiranga, 1071 - 9.º andar - Tel. 33-4275 e 35-2428
SÃO PAULO

SUCURSAL NO DISTRITO FEDERAL:

Rua Senador Dantas, 118-C, 4.º andar, sala 412, Fone: 22-0173
RIO DE JANEIRO.

À VENDA EM TODAS AS CAPITALS.

OFICINA MECANO-CIRÚRGICA
CARLOS CERQUEIRA

Rua Pedro Americo, 31 — Fone: 25-5350
Rio de Janeiro, D. F.

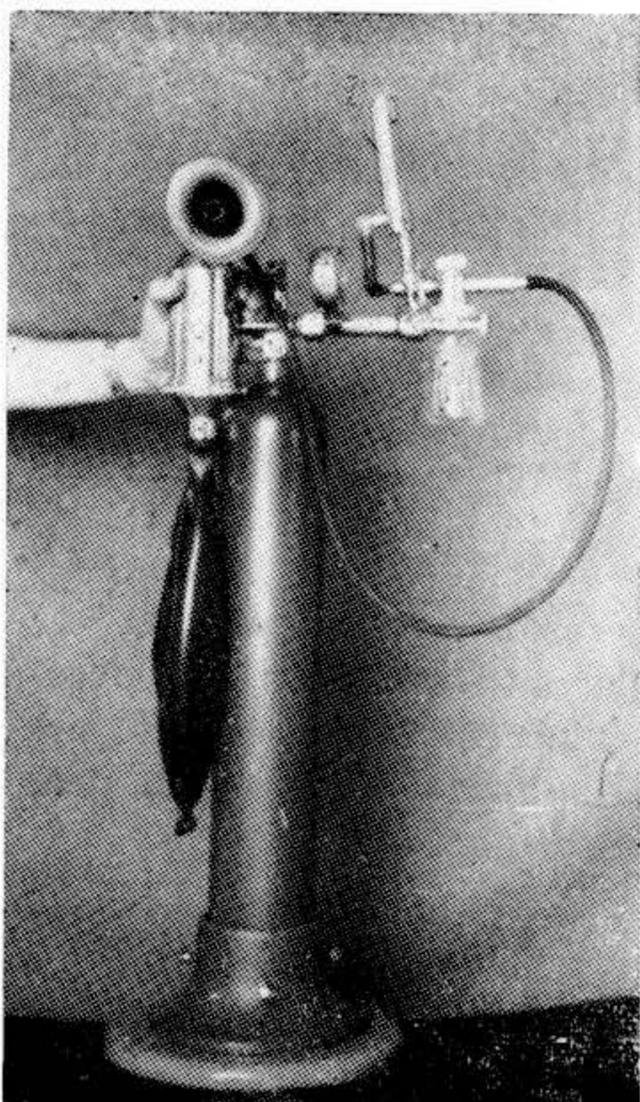
VENDA DE APARELHOS DE ANESTESIA, ANALGESIA
E OXIGENOTERAPIA

fabricados por

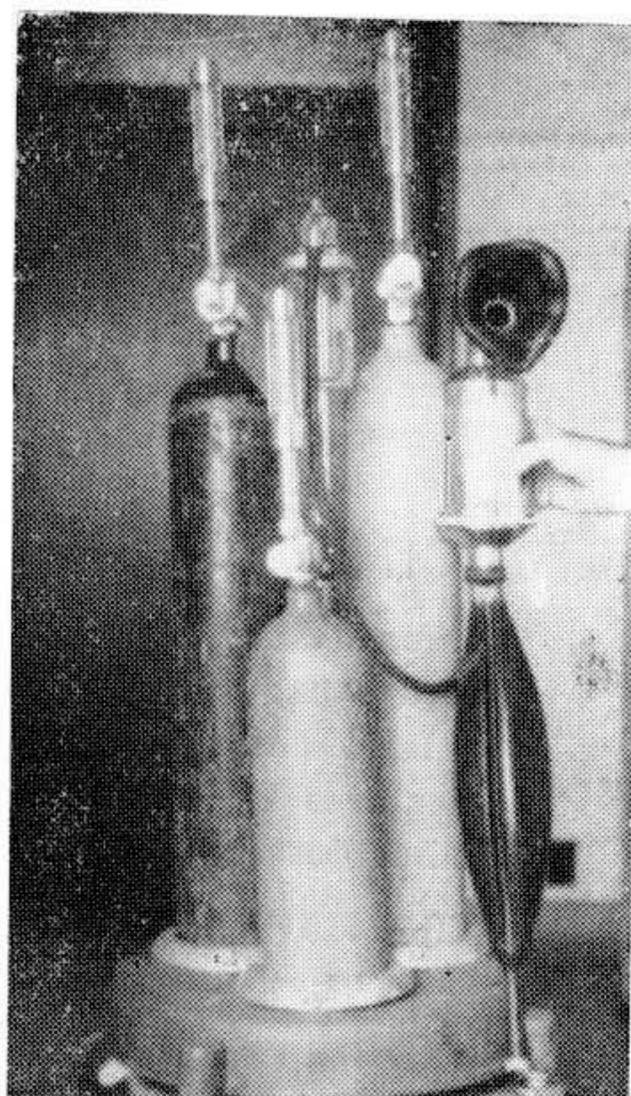
AIRMED LIMITED — Londres - Inglaterra

APARELHO "PULMOFLATOR" PARA RESPIRAÇÃO
CONTROLADA AUTOMATICAMENTE

MATERIAL DE ANESTESIA EM GERAL — APARELHOS



Medidor de O₂ com vaporizador de éter para ser usado pelo método vae-vem. Adaptável a cilindros grandes (G) e pequenos D. e E. O conjunto pode ser usado também para oxigenioterapia (tenda, máscara ou cateter).



Conjunto para o método vae-vem constando de 3 medidores (N₂O - C₃H₆ e O₂) e vaporizador de éter, montados em pé móvel.

**Consertos de Aparelhos de Anestesia e Tendas de Oxigênio
— Negatoscópios e Acessórios de Raios X — Galvanoplastia**

Demerol

MARCA REGISTRADA

ANALGÉSICO - ESPASMOLÍTICO - SEDATIVO

para as Dores de Qualquer Etiologia

OBSTETRÍCIA

Diminui o espasmo cervical acelerando o curso do trabalho de parto.

Não produz depressão respiratória nem retenção urinária.

Não acarreta perigo algum para a mãe ou para o filho.

Não traz complicações post-partum.

CIRURGIA

No **pré-operatório** contribui para a sedação psíquica do paciente; facilita a anestesia e permite menor quantidade de anestésico.

No **pós-operatório** proporciona analgesia intensa e, sendo de grande tolerabilidade, contribui para melhorar as condições do paciente.

MEDICINA

Indicado nas cólicas hepáticas, renais e intestinais; na dor pleurítica de qualquer etiologia; nos espasmos cardiovasculares dolorosos; na cefaléia hipertensiva; nas dores articulares e em várias condições neurológicas — ciática, tabes dorsal e radiculites; na asma brônquica.

USO PARENTERAL: ampolas de 2 cm³ (100 mg) em caixas de 5 ou 50.

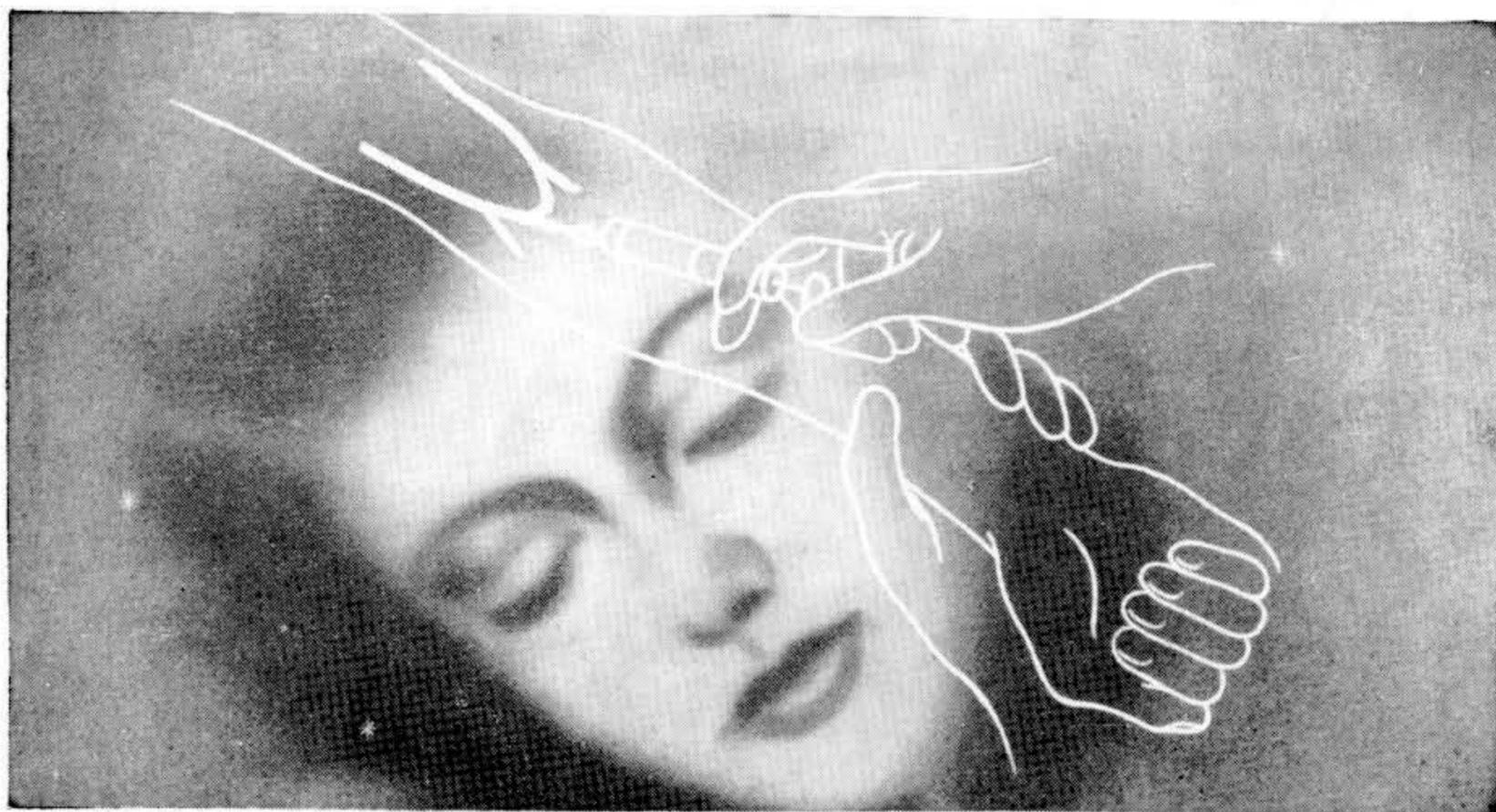
USO ORAL: Tubos de 10 comprimidos de 50 mg.

DEMEROL é um produto WINTHROP

Demerol só pode ser prescrito em formulário especial do S.N.F.M.
(tabela B)

DISTRIBUIDORES:

The Sydney Ross Company, Rio de Janeiro, Brasil



ANESTESIA ENDOVENOSA

com

KEMITHAL

(Tialbarbitona Sódica)

- indução suave e rápida.
- complicações, tais como espirros, tosse, laringospasmo, excitação e tremores, são raras.
- o despertar é rápido e não se observam inconvenientes post-anestésicos.

(Lancet, 1946, 1, 768)

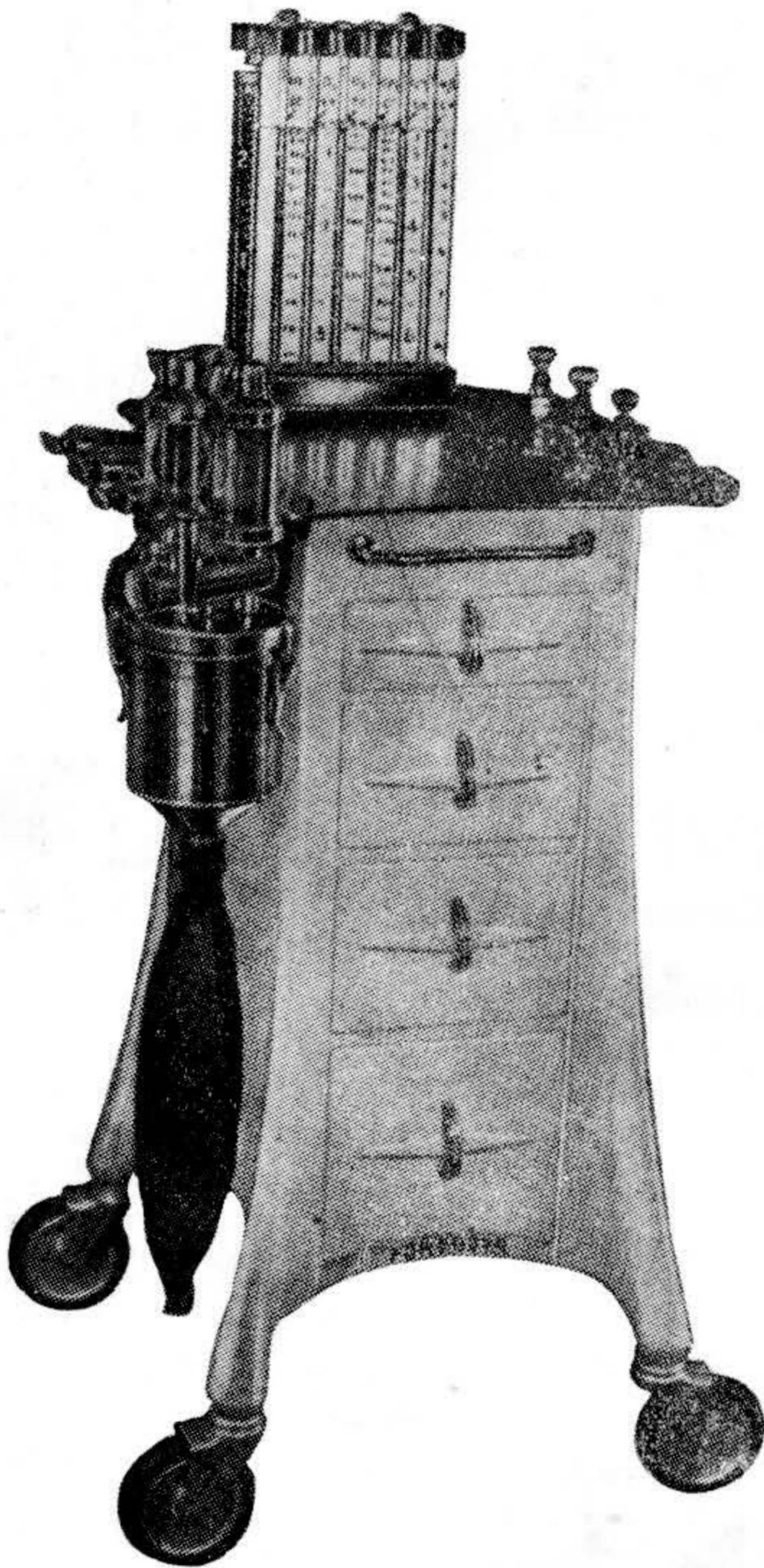
Ampolas de 1 g e 2 g, acompanhadas de
ampolas de água bidestilada.



**COMPANHIA IMPERIAL DE INDÚSTRIAS
QUÍMICAS DO BRASIL**

Rio de Janeiro - S. Paulo - P. Alegre - Bahia - Recife

FOREGGER



Aparelhos de

Anestesia

e todos

acessórios

Intubação

endotraqueal

Gases e

Cal Sodada

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL

SOCIEDADE IMPORTADORA GRASSI LTDA.

Rua Senador Dantas, 76 - Sobreloja

Tel. 22-1731 - Rio de Janeiro