

## **ASPECTOS DA ANESTESIOLOGIA EM CURITIBA**

### **Primeiras impressões sôbre anestesia potencializada pelo Phenergan e Novocaína endovenosa**

ARMANDO OBLADEN

Curitiba

“O anesthesiologista tem que preocupar-se em fazer sempre o melhor... o melhor!... Não se pode contentar em fazer bem, hoje... precisa convencer-se que, amanhã, fará melhor... o que, na realidade, acontecerá!...” (1)

AP 3235

Recentemente, quando de uma visita que realizamos a um adiantado centro cirúrgico, ouvimos de um anesthesiólogo a seguinte expressão: “Vocês na província...” Convenhamos que é bem significativa. Mas, se de momento nos chocou, o que ela realmente nos fêz sentir foi, não a intenção de menosprêzo ao anesthesista do interior, mas sim, o modo como é encarada sua situação diante das condições de ambiente, diante da precariedade dos seus recursos materiais. Sentimos que havia por parte daquele anesthesista um sincero interêsse pelo nosso progresso. Sentimos que, felizmente, há quem confie no anesthesista da província, e que o estimula. Entretanto, nos é forçoso dizer que “província” traduz muito da realidade interiorana. No interior, o anesthesista que se inicia como profissional, vindo de um aprendizado nos grandes centros, choca-se com as dificuldades do meio, e tem que fazer frente à dúvida, às imposições, à descrença e à temeridade, que se opõe naturalmente contra os primeiros sucessos. Em certas ocasiões, até, tem que impor a necessidade e a razão da especialidade, — da especialidade exercida por médicos, como ciência, e como arte. Sòmente a constância e o esmêro na conduta de especialista, é que, com ajuda do tempo, consegue consolidar sua situação, e conquistar o merecido conceito para a especialidade.

Vive a Anestesiologia em Curitiba a fase dos seus primeiros passos. Pequenos centros especializados estão se organizando, e desenvolvendo suas atividades a contento para o ambiente. Elementos dedicados preocupam-se em reunir melhores recursos materiais e conhecimentos atualizados, a fim de construir seu ambiente de trabalho, onde não vão muito além de reproduzir o que aprenderam e viram nos centros mais adiantados. Como principais serviços organizados podemos relacionar os seguintes: Serviço de Anestesia da 1.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná (Sta. Casa de Misericórdia), a cargo dos Drs. Hernani Arzua Pereira e Ney Regathieri do Nascimento; Serviço de Anestesia da cadeira de Tisiologia (Sanatório Médico-Cirúrgico do Portão), a cargo dos Drs. Amadeu Prada Beduschi, seguidor da escola paulista, e Eloy Bettega; Hospital São Lucas, com os Drs. Amadeu P. Beduschi e Marlus Cesar; Serviço do Dr. Moisés Paciornik, obstetra que dedica extremado interesse pela analgesia e anestesia obstétricas; obediente aos preceitos de Hingson com quem estudou; Serviço de Anestesia da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica (Sta. Casa de Misericórdia), Casa de Saúde São Vicente e Casa de Saúde São Francisco, que obedecem a orientação por nós recebida do Dr. Hector Horacio Vazquez, anestesiólogo de Buenos Aires.

Seria exagerada a pretensão daquele que, numa reunião da natureza desta, quisesse trazer de Curitiba ensinamentos novos ou demonstrar procedimentos originais e inéditos. Não é essa a intenção que nos acompanha. Nossa colaboração visa principalmente tornar patente o nosso apoio à Sociedade Brasileira de Anestesiologia, no seu esforço em reunir os anestesistas de todos os Estados do Brasil.

De maneira sucinta, pretendemos relatar nossa rotina de trabalho.

A tendência para a anestesia geral, fato que se verifica entre nós, fundamenta-se na segurança dos recursos que dispomos para sua execução.

Nossa maior experiência está ao lado da cirurgia gastro-entérica e ginecológica. As ressecções gástricas, colectomias, colecistectomias, histerectomias, mastectomias, amputações de membros, toracoplastias, tireoidectomias, cesáreas, ao lado de pequena série de anes-

tesias para cirurgia intra-torácica, representam a classe de cirurgia maior com que nos temos ocupado, perfazendo, ao lado de anestésias mais simples, um total de 1.427, correspondentes à quase três anos de exercício da Anestesiologia como especialidade.

Premedicamos nossos doentes, na maior parte das vezes, com uma cápsula de amital, na noite que precede a operação, e uma ampola de Sedol dada uma hora antes do início da anestesia. Fazemos exceção em crianças e velhos, não premedicando sempre, mas unicamente quando achamos necessário, e também nas ocasiões em que somos chamados de urgência, fazendo menção especial às cesáreas, quando não administramos qualquer medicamento além da atropina, que é injetada por via endovenosa no momento em que instalamos o sôro, ao iniciar-se a operação.

Para crianças temos nos servido com muito bom efeito de clisteres de Thionembutal, tendo as doses variado entre 0,200 g e 0,450 g, juntamente com  $\frac{1}{4}$  mg de atropina, diluídos em 15 ou 20 cm<sup>3</sup> de água estéril morna.

Induzimos geralmente com uma mistura de Thionembutal a 5 % (0,250 g a 0,500 g), Flaxedil (0,080 g a 0,120 g) e atropina  $\frac{1}{2}$  mg. Por vezes nos servimos de agentes gasosos, C<sub>3</sub>H<sub>6</sub> e N<sub>2</sub>O, isolados ou combinados.

Insistindo sempre no uso de recursos seguros, entubamos sistematicamente, a exceção de apendicectomias e outras pequenas intervenções, salvo indicação especial. Nossa maneira de fazê-lo não foge dos procedimentos clássicos. Quase sempre, a injeção mais ou menos rápida da solução Thionembutal-Flaxedil leva à apnéia. Uma vez relaxada a mandíbula, instalamos uma cânula oro-faringeana e por meio de máscara adaptada à face, exercendo pressões manuais sobre o balão de mistura, ventilamos os pulmões com oxigênio puro, o que nos permite um espaço de tempo suficiente para entubar e instalar toda tubuladura do aparelho, sem que o doente mostre sinais de hipóxia. Muito raramente, e somente em casos especiais, vaporizamos o faringe e o laringe com uma solução de Neotutocaína a 2 %, visando facilitar a entubação. Correntemente, trabalhamos com pomadas do tipo Nupercainal. Para operações mais prolongadas, de maior risco, com maior possibilidade de acumular secreções, ou que exijam posições que dificultem os movimentos respiratórios (decúbitos ventrais, Overholt, etc.), usamos sondas n.º 38

ou 40 Fr. Quando se requer entubação naso-traqueal, empregamos sondas variando de 26 a 32 Fr., servindo-nos sempre do fórceps de Magill. Para exposição da glote usamos indiferentemente os laringoscópios de Macintosh e Guedel. Se bem que usemos em muito maior número de vezes o tamponamento do faringe, no sentido prático não fazemos distinção entre êste processo e o do balonete insuflável.

Mantemos nossas anestésias preferentemente com os gases Ciclopropano e Protóxido de azoto, e em algumas ocasiões usamos o Éter. O Ciclopropano tem sido o mais empregado, e a razão disto está unicamente no fato de ser mais fácil a sua aquisição em nossa cidade, ou melhor, na dificuldade que encontramos para obter Protóxido de azoto.

Para operações de mediana duração empregamos o sistema em "circle filter" e respiração espontânea. Para intervenções mais prolongadas usamos o "to and fro", com respiração conduzida manualmente, trocando de canastréis a cada hora. Com o Ciclopropano trabalhamos sempre em circuito cerrado, e para outros agentes, Protóxido de azoto e Éter, mantemos no circuito uma válvula expiratória comum.

A recuperação dos nossos doentes tem sido, na maior parte das vezes, imediata. Quando necessário, em doentes curarizados, usamos Prostigmine na dose de 2,5 a 3,0 mg, precedida de 1 mg de atropina.

Até a presente data sustentamos as seguintes percentagens, relacionadas de 778 anestésias correspondentes ao corrente ano:

Chocados (8) .....	1,02 %
por anestesia (2) .....	0,25 %
choque operatório (6) .....	0,77 %
Vômitos imediatos (29) .....	3,72 %
Vômitos até a 6. <sup>a</sup> hora (108) .....	13,88 %
Total (137) .....	17,60 %
Morte: 1/1.427 anestésias .....	0,07 %

Uma particular característica do nosso Serviço, é a de que cerca de 5 % dos doentes são estrangeiros imigrados. Para dar uma idéia mais aproximada da afluência dêstes elementos ao Paraná, referimos aqui o fato de que, num só dia, anestésiamos um alemão,

uma holandesa, um tchecoslovaco, um argentino e apenas uma brasileira de oito anos. Igualmente passaram por nosso Serviço: poloneses, portugueses, italianos, russos, suábios, belgas, húngaros, chineses, japoneses e turcos, o que equivale dizer que a Curitiba, além de Cidade Universitária, lhe é conferida agora a característica de cidade cosmopolita.

Linhas especiais desejamos dedicar aos resultados que obtivemos com o uso do Phenergan associado à Novocaína, resultados êstes que não podem ser levados em conta muito a rigor, devido ser pequena a nossa experiência. O Phenergan foi empregado por vezes na premedicação, juntamente com Sedol uma hora antes da operação, e outras vezes por via endovenosa, sempre na dose de 0,050 g. A Novocaína foi usada na proporção de 1/500. O número de nossas anestésias ditas potencializadas, não vai além de 23.

Sempre nos consideramos grandes economizadores de anestésicos. Nossas anestésias, alicerçadas pelo curare na maior parte das vezes, e mantidas em circuito fechado com C<sub>3</sub>H<sub>6</sub> ou Éter, nos permitiam já sua realização com simples "inalações" de anestésico, separadas por períodos de 10-15 minutos, e repetição das doses de curare a cada 30-40 minutos, na razão de 0,030 g - 0,040 g, de mistura com 0,100 g - 0,200 g de Thionembutal. Mas, já estamos convencidos, com a prova destas 23 anestésias nas quais usamos Phenergan-Novocaína, de que não éramos nada econômicos. Nossas conclusões, entretanto, devem ser encaradas com reserva antes de contarmos com maior número de casos que atestem realmente a eficácia do método.

Laborit e Huguenard (2), Italo Nunziata (4), além de outros experimentadores (3, 5, 6 e 7), já disseram suficientemente, do modo como agem e podem ser aproveitados os anti-histamínicos de síntese, entre os demais agentes que Laborit denominou de potencializadores. Nós não pretendemos ir além de um comentário de sentido prático.

Em linhas gerais, diremos somente que, dos estudos de Laborit, resultou patente o auxílio que prestam os anti-histamínicos no decurso das anestésias gerais. Foi constatado que seu uso constitui importante medida na prevenção do choque, impedindo a tendência ao aumento da permeabilidade capilar, primeiro fenômeno que assinala a instalação dêste estado. Igualmente, impedem o apare-

cimento de espasmos venosos de origem histamínica, principalmente ao nível das veias supra-hepáticas, acarretando atrapalhos na circulação de retôrno. A principal razão do seu emprêgo está no aumento da potência dos agentes anestésicos, o que permite a diminuição das suas doses. Possuem propriedades hipnógenas e anti-álgicas, diminuindo o metabolismo basal. A liberação histamínica celular causada pelo uso do curare e da atropina, importam no interêsse da sua combinação com os anti-histamínicos. Igualmente, potencializam a ação do curare, permitindo a redução da sua dose, com conseqüentes movimentos respiratórios mais amplos. A ausência de secreções tráqueo-brônquicas ou salivares, ao lado do seu patente efeito eupnéico, permite que a respiração se faça livre e calma. Além disso, tem sido verificado seu efeito anti-emético.

Diante dos resultados que se vem observando, resolvemos adaptar os anti-histamínicos e a novocaína, à conduta que vínhamos adotando, visando aquilatar o valor desta associação. Resultou que, os períodos entre as "inalações" anestésicas aumentaram muito, para mais do dôbro em algumas ocasiões, isto é, de 10-15 minutos, passaram a ser de 30-60, e de uma feita obtivemos um intervalo de 75 minutos, durante os quais a doente não recebeu nada além de oxigênio. As doses de Flaxedil que usávamos habitualmente, ficaram reduzidas a 0,020 g (sem Thionembutal), e o intervalo das injeções aumentou. Cremos entretanto, que mesmo assim, as repetições das doses podem ser diminuídas e mesmo suprimidas. Uma das nossas observações veio demonstrar êste fato, isto é, uma anestesia que durou 3,40 hs. para uma operação intra-abdominal, não exigiu curare nenhuma vez, e o silêncio não sofreu alteração em nenhum momento.

A princípio empregamos o Phenergan em injeções intramusculares como premedicação, e posteriormente usámo-lo por via endovenosa lentamente, assim que o doente passava para a mesa de operações. Não observamos de nenhuma feita sinais de choque imediato à administração endovenosa. De mistura com o Thionembutal o Phenergan dá um precipitado leitoso, razão pela qual devem ser administrados isoladamente.

Não variamos nas doses de Thionembutal-Flaxedil para indução porque, após tentativas com doses menores encontramos dificuldade para entubar.

A entubação traqueal, assim como o uso de cal sodada nova, constituem a nosso ver, fatores de valor para a economia de anestésicos.

Em resumo, as primeiras impressões colhidas destas 23 anestésias, resultaram das seguintes características por elas apresentadas: 1) Pequenas doses anestésicas exigidas; 2) Resolução mio-visceral perfeita, mesmo sem curare durante a manutenção; 3) Ausência de secreções salivares ou tráqueo-brônquicas; 4) Ausência de vômitos pós-operatórios; 5) Movimentos respiratórios amplos e calmos; 6) Pele sempre rosada e seca; 7) Tonus capilar periférico sempre presente; 8) As variações de P. A. e pulso são mais raras, estando em geral relacionadas com atrapalhos no mecanismo das anestésias, a exemplo da cal sodada envelhecida, ou injeções de Flaxedil que revelam sempre seu efeito elevando discretamente a P. A., e mais acentuadamente o pulso; 9) Sono cirúrgico plenamente satisfatório; 10) O Phenergan em injeção lenta, diluído no soro, não parece apresentar inconvenientes; 11) A recuperação foi, na maior parte das vezes, imediata e calma; 12) ao fim de operações de curta e mediana duração, os doentes permaneciam em ligeira hipnose, "consciência crepuscular" de Adam e Melon, por vezes prolongando-se a 3 ou 4 horas; 13) Um doente apresentou choque operatório imediato: nefrectomia esquerda, tènicamente difícil, — a natureza do choque foi dada como sendo neurogênica, — igualmente instalou-se anúria reflexa, que durou mais de 48 horas.

A série de operações com que contamos foi a seguinte:

Nefrectomias .....	2
Gastrectomias .....	2
Histerectomias subtotais .....	2
Wertheim .....	1
Colectomia .....	1
Toracoplastias .....	2
Mastectomias .....	1
Lap. por ferida penetrante de abdome .....	1
Colpoperineorrafias .....	4
Herniorrafia epigástrica .....	1
Herniorrafias inguinais .....	3
Hidrocele .....	1
Lap. ginecológica por aderências .....	1
Apendicectomia .....	1

### Bibliografia

- 1) *Cabral de Almeida, J. J.* — Nada de improvisações em Anestesiologia — “Rev. Bras. de Anest.”, n.º 2, ano 1, 103-106, agosto 1951.
- 2) *Laborit, H.* — L'Anesthésie facilitée par les synergies médicamenteuses — 1.ª ed., Masson et Cie., 1951.
- 3) *Jaquenoud, P. et Mercier, Y.* — Prévention des vomissements post-anesthésiques par les anti-histaminiques — “Anesthésie et Analgésie”, Tomo VIII, 724-727, dez. 1951.
- 4) *Nunziata, I.; Parada, J. e Palchik, A.* — Anestesia potencializada.
- 5) *Adam, H. et Melon, R.* — Le 3277 RP (Phenergan) intra-veineux en neurochirurgie — “Anesthésie et Analgésie”, Tomo IV, 39-42, fev. 1952.
- 6) *Forster, S.; Forster, E.; Maier, A. et Blum, H.* — Anesthésie potentialisée en chirurgie thoracique — “Anesthésie et Analgésie”, Tomo IV, 250-260, jun. 1952.
- 7) *Cahn, J.; Dubrasquet, Mlle. M.; Boucher, M. et Pierre, R.* — Étude de l'effet inhibiteur des anti-histaminiques, des ganglioplégiques et des anesthésiques locaux sur l'hialuronidase — “Anesthésie et Analgésie”, Tomo IX, 292-295, jun. 1952.

### Resumo

Na presente publicação o A. expõe, em breve relatório, as condições de ambiente com que conta o anesthesiologista do interior do Brasil, fazendo referências à sua conduta particular de rotina. Finalizando, refere-se às suas primeiras impressões sobre anestésias gerais potencializadas pela associação Phenergan-Novocaína.

### Summary

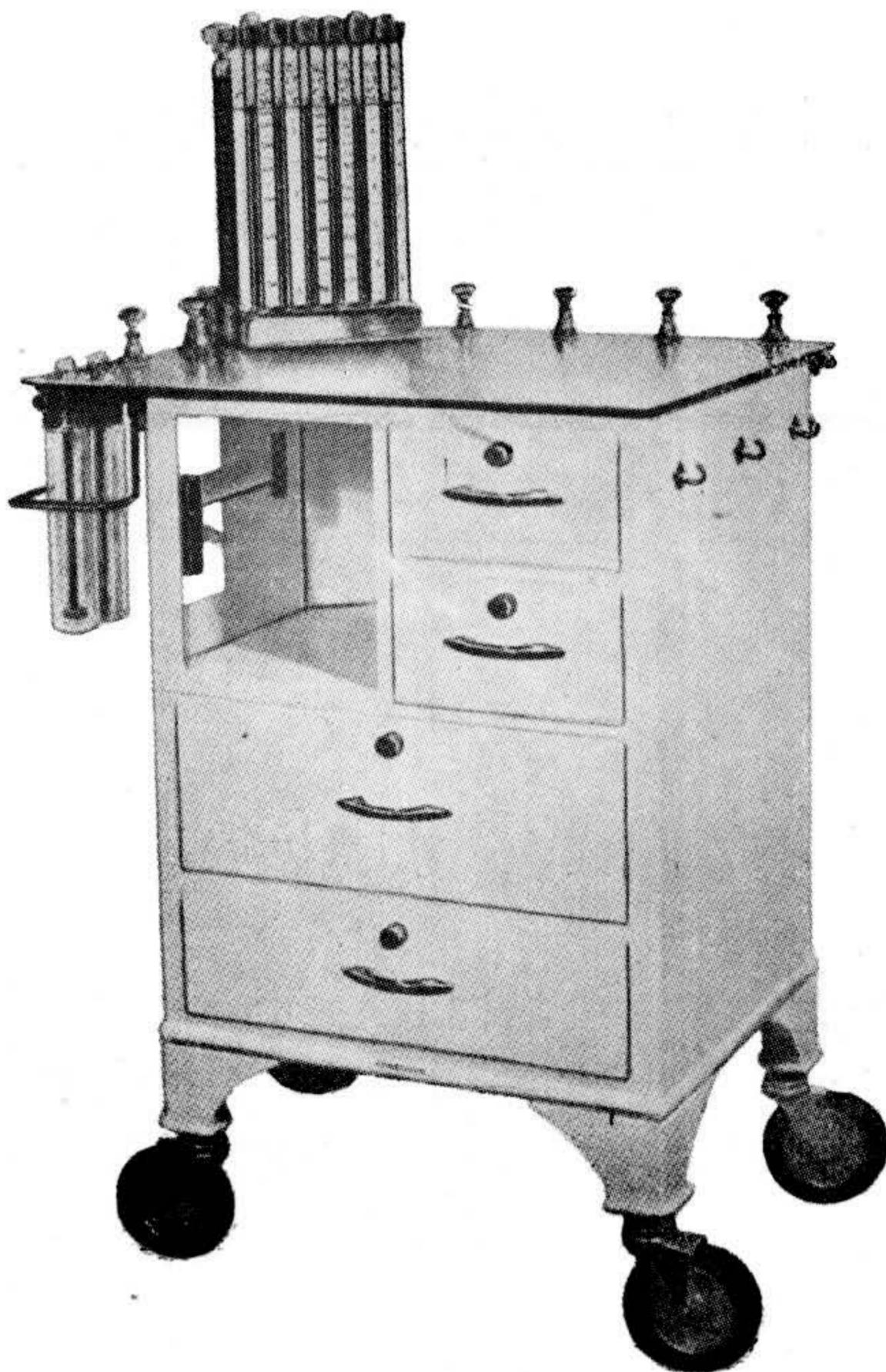
In this paper the author reports briefly on the conditions of environment of anesthesiologists located in the interior of Brazil, in relation to his individual routine procedures. In completion, he reports on his first impressions about Phenergan-Novocaina potencialized general anesthesia.

---

# FOREGGER

IMPORTADORA E EXPORTADORA S. A.

ANESTESIA - OXIGENOTERAPIA



AVENIDA ERASMO BRAGA, 227 - 10.º

TELEFONE 47-3553 — RIO DE JANEIRO

# LUMETROX

NOVO ANESTÉSICO LOCAL

AÇÃO PROLONGADA

Uma única aplicação

proporciona

6 a 18 dias de efeito contínuo

**VEÍCULO NÃO OLEOSO  
ISENTO DE VASOCONSTRITORES**

- EXCELENTE CONTROLE DA DOR
- POST-OPERATÓRIO SEM NARCÓTICOS
- CONVALESCENÇA ABREVIADA



**LABORATÓRIOS ANDRÔMACO S. A.**

Rua Independência, 706 — São Paulo

ÍNDICE DE ACEITAÇÃO

# Scophedal

PRÉ-ANESTÉSICO  
ANESTÉSICO DE BASE

Merck



## FÓRMULA por cm<sup>3</sup>

ESCOPOLAMINA (bromidrato)	½ mg
EUCODAL (di-hidro-oxi-codeinona)	1 cg
EPHETONINA (*)	2½ cg

(\*) Simpaticomimético de ação protraída

Companhia Chimica «Merck» Brasil S.A.

CAIXA POSTAL 1651 — RIO DE JANEIRO



**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**