

EDITORIAL

Deve ser por todos os médicos reconhecido que a Anestesiologia tem possibilitado a prática de atos cirúrgicos que, não fôra seu real progresso, seriam irrealizáveis.

Êsse progresso, que data de relativamente pouco tempo, já chegou ao nosso meio, e hoje por todo o Brasil observa-se notável interêsse por êsse setor da Medicina.

Deve-se considerar, porém, que apesar dêsse progresso existe ainda uma certa percentagem de acidente e mortes que são devidos à anestesia.

Evidentemente acidentes e mortes não poderão ser eliminados das estatísticas, porquanto está em jôgo um fator irremovível, que é a relatividade humana, e esta só poderá ser reduzida por um profundo respeito pela vida do homem.

Comumente culpam-se os agentes e métodos anestésicos, quando na verdade a causa está realmente na falta de técnica de quem realiza a anestesia. Esta técnica não se adquire ràpidamente como parece à primeira vista. Acontece com a anestesia o mesmo que com a Cirurgia, para quem assiste, tudo parece muito fácil. Ponha-se, porém, o próprio cirurgião administrando anestésias e ver-se-á que as coisas não correm a contento, até que êle adquira a técnica necessária.

Para a formação de um bom anestesista é necessário organizar Serviços de Anestesia nos Hospitais de Ensino. Os médicos espe-

cializados que aí trabalham, tendo a seu cargo a prática exclusiva de anestesia, poderão desenvolver e aprofundar seus conhecimentos de modo a propiciar aos estudantes e aos médicos que desejem especializar-se, o ambiente adequado, onde tudo seja conscienciosamente analisado e considerado.

Já se deve pensar mesmo na possibilidade de se realizarem trabalhos experimentais, procurando completar a organização dos Serviços de Anestesia com a instalação de laboratórios anexos.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, onde desde sua criação em 1943 foi prevista a organização do Serviço de Anestesia, tem-se procurado concretizar essas idéias e melhorar seu funcionamento de então para cá.

E' assim êsse serviço que atende ao hospital todo, conta com um corpo fixo de médicos-anestesistas especializados, em número de doze, três médicos-auxiliares também especializados em anestesia, duas enfermeiras, uma encarregada da Gasoterapia e outra que auxilia na rotina do pós-anestésico.

Os médicos-anestesistas têm por obrigação examinar previamente os doentes, premedicá-los e depois de anestésiar, acompanhar o pós-operatório, a fim de serem anotadas as complicações que possam relacionar-se com a anestesia. E' nesta parte que temos como auxiliar a enfermeira já referida anteriormente. Em todos êsses tempos, os estudantes do 5.º e 6.º anos tomam parte, pois também têm de preencher a ficha anestésica na parte que se relaciona ao exame pré-anestésico, acompanham as anestésias durante os plantões do Pronto Socorro e no expediente cirúrgico do Hospital, assim como devem administrar um certo número delas. Quando conseguem administrar 100 anestésias, têm direito a um certificado de freqüência que lhes servirá de título para o internato no Hospital após a formatura.

Em todo caso que se julgue necessário, o médico-anestesista acompanha o doente até a enfermaria e só o deixa quando está em condições de permanecer sob cuidados da enfermagem.

A freqüência dos estudantes ao Serviço de Anestesia tem sido espontânea, contando-se todos os anos, com mais ou menos 50 % de cada turma. Assim mesmo, são submetidos a uma ligeira prova, por meio de um exame escrito, de modo a aquilatar-se das possibilidades teóricas de cada um. Uma vez admitidos, a freqüência torna-se obrigatória por força dos compromissos que assumem e, por êsse motivo, estão sujeitos a penalidades que podem ir até a eliminação do quadro.

Mantém também o Serviço de Anestesia quatro lugares para médicos-estagiários com refeições gratuitas no hospital e ajuda de custo de Cr\$ 1.500,00 mensais. Êsse estágio é de no mínimo 1 ano, devendo o estagiário freqüentar o Departamento de Anatomia onde faz uma recordação da parte anatômica que interessa à anestesia, com disseccões e prática de anestésias regionais; o Departamento de Farmacologia onde deverá atualizar seus conhecimentos sôbre Fisiologia circulatória e respiratória; a Endoscopia per-oral onde receberá esclarecimentos mais detalhados das técnicas adotadas na especialidade, assim como poderá estudar mais aprofundadamente a topografia brônquica, praticando a broncoscopia em cães. Passará também pelo Serviço de Transfusão a fim de pôr-se ao par de tudo que diz respeito a êsse setor, praticando certo número de transfusões.

No fim dêsse estágio, de acôrdo com o aproveitamento demonstrado em argüições e pela observação diária, o médico receberá do Hospital através de seu Chefe do Corpo Clínico um certificado correspondente a êsse estágio.

O Serviço dispõe de uma biblioteca que está a disposição dos médicos e estudantes que nêle trabalham. Afora isso, permanece aberto a qualquer médico que queira freqüentá-lo, pelo tempo que desejar, estando todos seus componentes à disposição para quaisquer esclarecimentos ou para ajudar no que for preciso.

Uma vez por semana há uma reunião de todos os componentes, durante 2 horas, em que são discutidos os casos de acidentes ou de

óbitos, são apresentados resumos de artigos de revistas e feitas preleções teóricas sôbre pontos de importância.

Possui ainda o Serviço de Anestesia uma oficina especializada cuja finalidade é manter em perfeitas condições de funcionamento a aparelhagem assim como, e principalmente, tornar possível pesquisas na parte da física com a qual a anestesia está relacionada.

No que se refere à Gasoterapia, tem o Serviço de Anestesia a possibilidade de administrar com finalidade terapêutica qualquer dos gases ou mistura dêles — oxigênio, gás-carbônico, hélio e carbogênio. Há uma enfermeira, diretamente subordinada ao Serviço, encarregada de supervisionar essa administração, a qual ao mesmo tempo faz um certo número de preleções durante o ano, cuja finalidade é elevar o padrão dos técnicos empregados na sua prática.

↓ R. FIGUEIREDO

RESUMOS

↓ TAKAOKA, KENTARO — *Fluxomètre d'Ether* — “Anesthésie et Analgésie”, VIII, 4, 696-700, Dez. 1951.

O A. expõe a necessidade do controle exato das quantidades de éter, partindo das concentrações dos seus vapores. Chama a atenção sobre os motivos que impedem uma maior generalização dos vaporizadores de éter aperfeiçoados pelos termostatos. Apresenta um aparelho de construção simples que torna possível o emprego, em quantidades medidas dos vapores de éter, sem recorrer ao uso dos termostatos. O artigo está ilustrado com dois esquemas do aparelho e um gráfico.

O. V. R.

↓ CAPUTO, ALBERTO — *Tube “coaxial” en anesthésie pour la chirurgie intra-thoracique* — “Anesthésie et Analgésie”, VIII, 4, 701-705, Dez. 1951.

Em artigo ilustrado com cinco gravuras, o A. passa em revista os problemas da anestesia intra-torácica e apresenta um dispositivo que denomina “tubo coaxial”, que consta de um conjunto de dois tubos em espiral, tipo Woodbridge, envolvidos em Penrose. Os dois tubos são articulados de maneira tal a ficar o mais longo, no interior do mais curto, munidos ambos de balão insuflável. O mais longo é destinado a ser introduzido em um brônquio, que seria bloqueado pelo balão insuflável. O mais curto fica mantido na traquéia que é bloqueada também pelo seu balão. O tubo mais longo garantiria a ventilação do pulmão cujo brônquio está bloqueado e o espaço entre os dois tubos garantiria a respiração do outro pulmão.

Na extremidade superior, a articulação permite que os gases anestésicos sejam levados a ambos os pulmões: pode-se também isolar um tubo do outro, permitindo: a) manter a anestesia através do pulmão são; b) aspirar as secreções do pulmão doente; c) bloquear o lobo superior direito e d) distender os lobos ou permitir o seu colapso, de acôrdo com as necessidades cirúrgicas ou anestésicas.

Com o "tubo coaxial" evitar-se-ia a disseminação e a inundação do outro pulmão por secreções ou sangue. Por outro lado, a evasão dos gases anestésicos pelas fístulas ou pelos ferimentos do pulmão operado, deixaria de ser um problema para o anestesista, uma vez que a anestesia poderá ser dada pelo outro pulmão.

O tubo "coaxial" permite a utilização da maior área respiratória possível, e colocar o paciente em posição lateral. A qualquer momento, a retirada do tubo interno transformaria o método em endotraqueal simples; também o método simples endotraqueal, a qualquer momento seria, pela introdução do tubo interno, transformado em um bloqueio brônquico. Os tubos sendo metálicos, não há risco do colapso de suas paredes, permitindo ainda a verificação de sua posição exata aos raios X.

O dispositivo tem nas mãos do A., dado excelentes resultados práticos.

O. V. R.

✓ LEITE, GUILHERME MOREIRA — *Laringoespasmó durante tireoidectomia, sob anestesia pelo tionembutal (estudo etiopatogênico e clínico)* — "Revista do Hospital das Clínicas", VI, 2, 99-110, Abril 1951.

O A. estuda os fatores relacionados à produção do espasmo do laringe, sob anestesia pelo tionembutal, durante a cirurgia da glândula tireóide.

Resume os conhecimentos estabelecidos a respeito da anatomia funcional do laringe, insistindo nos aspectos relacionados à adução das cordas vocais e ao mecanismo nervoso responsável por esta ocorrência.

Revê observações farmacológicas referentes ao tionembutal, do ponto de vista de sua influência sobre o laringe e o nervo vago, bem como sobre a condução da sensibilidade em geral e função da córtex cerebral. Encara depois o aspecto clínico-patológico do espasmo do laringe e da obstrução total ou parcial das vias respiratórias superiores em geral. Trata brevemente da conduta a ser seguida diante desses casos.

Apresenta as observações de dois casos de laringoespasmó grave, ocorridos durante tireoidectomia sob anestesia pelo tionembutal, comentando em seguida os aspectos clínicos correspondentes.

Discute por fim a etiologia provável dessa complicação nos casos que observou. Acredita aqui, que esta decorreu da adução das cordas vocais por um mecanismo reflexo, ou por irritação direta do nervo laríngeo inferior, sem a participação do sistema parassimpático.

Seu tratamento consistiu no restabelecimento da ventilação pulmonar o mais precocemente possível, tendo conseguido isto pela entubação traqueal sob visão direta, forçando a passagem do tubo entre as cordas vocais. O acidente quando não fatal aumenta o risco operatório, determinando ainda maior morbidade pós-operatória.

A etiologia nos casos apresentados, não pareceu explicável através de hiperatividade parassimpática. Uma das pacientes apresentava, ao contrário, sinais nítidos de hiperatividade simpática, o que deveria protegê-la contra o laringoespasma e não o fez. As observações sugerem que o espasmo laríngeo foi apenas uma contração muscular reflexa, ou determinada pela excitação direta do nervo laríngeo inferior durante o ato cirúrgico. Crê que a sua produção não depende de manobras cirúrgicas intempestivas.

Vinte e sete citações bibliográficas.

O. V. R.

PERNIN, ALFREDO e VEGA, DARDO — *Clasificación de las arritmias respiratorias que se presentan en la anestesia general por inhalación* — "Boletín de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, Año 1, N.º 1, Octubre 1951.

Os A.A., estudando as arritmias respiratórias no curso das anestésias gerais por inalação, fazem uma divisão das mesmas em neurogênicas, químicas e mecânicas.

As neurogênicas compreendem aquelas que dependem do estado emocional do paciente, previamente ao ato cirúrgico e as decorrentes de reflexos com ponto de partida na árvore respiratória ou no campo onde atua o cirurgião.

As químicas podem decorrer da ação farmacodinâmica das drogas empregadas das alterações fisiopatológicas do balanço oxigênio-CO², tornando-se tóxicas quando sua ação se exagera, ultrapassando níveis compatíveis com a fisiologia.

As mecânicas resultam da obstrução respiratória, da respiração paradoxal e do balanceio mediastinal.

A apresentação dessas arritmias se faz quase sempre em forma combinada, se originando de anestésias insuficientes que deixam atuar os reflexos ou de obstruções respiratórias de maior ou menor grau. Raramente são desencadeadas por ação específica das drogas ou por anestésias excessivamente profundas.

Citam Gillespie, em seu trabalho sôbre sinais respiratórios de anestesia que diz com tôda a razão ser muito mais fácil corrigir uma anestesia demasiado profunda do que uma insuficiente.

Nove referências bibliográficas.

O. V. R.

RIBEIRO, OSCAR V. e LUCAS ARAUJO, JOSÉ DE — *L'Anesthésie employée pour l'Adénoïdectomie et l'Amygdalectomie (par dissection) des enfants* — "Anesthésie et Analgésie", IX, 1, 113-116, Fev. 1952.

Os A.A. apresentam 500 casos de narcose, executados em crianças até a idade de 12 anos, submetidas à operação de amigdalectomia por dissecação, quase sempre precedida de adenoïdectomia. Êste trabalho reflete um esforço de equipe, no qual tomaram parte anestesistas dotados de grande experiência ao lado de outros ainda em formação.

Entre nós, a técnica de Sluder vai lentamente cedendo terreno à da dissecação, mais segura e racional, graças a uma anestesia geral bem conduzida.

A tensão nervosa ocasionada pelo mêdo, a angústia e o traumatismo psíquico são reduzidos ao mínimo desde que se procure captar a confiança da criança. O pré-anestésico usado como rotina é a atropina. A indução da anestesia é feita com protóxido de azoto-oxigênio e ciclopropano. O éter é paulatinamente ajuntado à mistura e a anestesia é rapidamente conduzida ao 2.º plano profundo ou 3.º plano superficial. No momento oportuno a intubação naso-traqueal é realizada. Quase sempre é fácil, rápida e atraumática. As dificuldades encontradas são, na maioria das vezes, devidas a faltas técnicas. A manutenção é feita com protóxido de azoto-oxigênio e éter, usando-se a técnica semi-aberta.

A extubação é precedida de uma "toilette" traqueal e o doente é então colocado em posição lateral de Sims.

A. M.

NOTICIÁRIO

BOLSA DE ESTUDOS PARA TÉCNICOS BRASILEIROS

Foi anunciada hoje a Terceira Bôlsa de Estudos, patrocinada por E. R. Squibb & Sons do Brasil, que tem como objetivo proporcionar recursos a jovens técnicos brasileiros interessados em pesquisas, oferecendo-lhes três anos de estudos, sendo parte nos EE. UU., e a outra parte em local julgado conveniente pelo Comité, de acôrdo com o assunto selecionado pelo candidato.

O valor da Bôlsa equivale a 15.000 dólares, que serão pagos ao vencedor em parcelas mensais.

Sòmente técnicos brasileiros natos poderão se inscrever para a Bôlsa de Estudos Squibb. Devem ter completado seus estudos numa Escola ou Faculdade Brasileira. Os técnicos acima referidos deverão ser formados em Medicina, farmacologia, bioquímica ou ciências básicas aplicadas à Medicina. Os candidatos devem ter conhecimentos da língua inglêsa falada e escrita. A única outra condição é que ainda não tenham completado trinta e cinco anos de idade.

As pessoas interessadas deverão, para melhores esclarecimentos, entrar em contacto com os Diretores das Escolas ou Faculdades de Ciências aplicadas à Medicina, ou diretamente com as pessoas encarregadas na matriz ou filiais de E. R. Squibb & Sons do Brasil, Inc.

Os pedidos de inscrição devem estar de posse da Comissão Julgadora até às 12 horas do dia 15 de outubro de 1952.

CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

Abertura de inscrição para médicos estagiários residentes

Visando um sistema de ensino pós-graduado, o Hospital dos Servidores do Estado, por intermédio de seu Centro de Estudos, oferece aos médicos recém-formados, cursos práticos de especialização, dando-lhes oportunidade de trabalhar em diferentes serviços sob a orientação de profissionais de reconhecida competência.

A residência obedece ao regime de tempo integral e consta de um período de dois anos, sendo o primeiro de rodízio, com a finalidade de fornecer as bases necessárias ao segundo ano, que é o estágio na especialidade escolhida.

São condições para candidatar-se à residência:

- a) Ser formado em medicina por escola reconhecida no máximo há dois anos, incluindo aqueles que se formarão no fim do corrente ano.
- b) Fornecer nomes de três médicos a quem o Hospital possa solicitar referências.
- c) Preencher a ficha de inscrição.

Serão aceitos candidatos para as seguintes especialidades: Anestesia (*), Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia e Sifilografia, Neurologia, Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Proctologia, Urologia, Anatomia Patológica.

As inscrições estarão abertas no período compreendido entre 1.º de agosto e 30 de outubro; fichas de inscrição, artigos e normas sobre a organização do sistema de residentes são enviados anualmente às Secretárias das Faculdades e aos Diretórios Acadêmicos.

As inscrições, solicitações diretas de fórmulas de inscrições e demais informações deverão ser dirigidas, à Comissão de Instrução de Médicos Residentes, no Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado, à rua Sacadura Cabral, 178, 10.º andar, sala 1014, Rio de Janeiro.

(*) O número de residentes em Anestesia será de 4 (2 juniors e 2 seniors); portanto só serão aceitos dois candidatos cada ano. No caso do não preenchimento das vagas, as inscrições continuarão abertas. O estágio é todo na especialidade, com apenas uma passagem rápida pelos serviços de Banco de Sangue e Endoscopia.

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, sobre assuntos da especialidade e de toda 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 acordo 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 acordo 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 editora, 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.).
- Toda a reprodução para fins comerciais é proibida.

ASSINATURA DA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Por 1 ano, a começar em Janeiro:

Brasil	Cr\$ 100,00
Estrangeiro	5 Dólares

Aceitam-se permutas com outras revistas de medicina.

S U M Á R I O

TWENTY YEARS

Geoffrey Kaye (Melbourne-Australia) 1

RELAXANTES MUSCULARES

Gil Soares Bairão (São Paulo - Brasil) 13

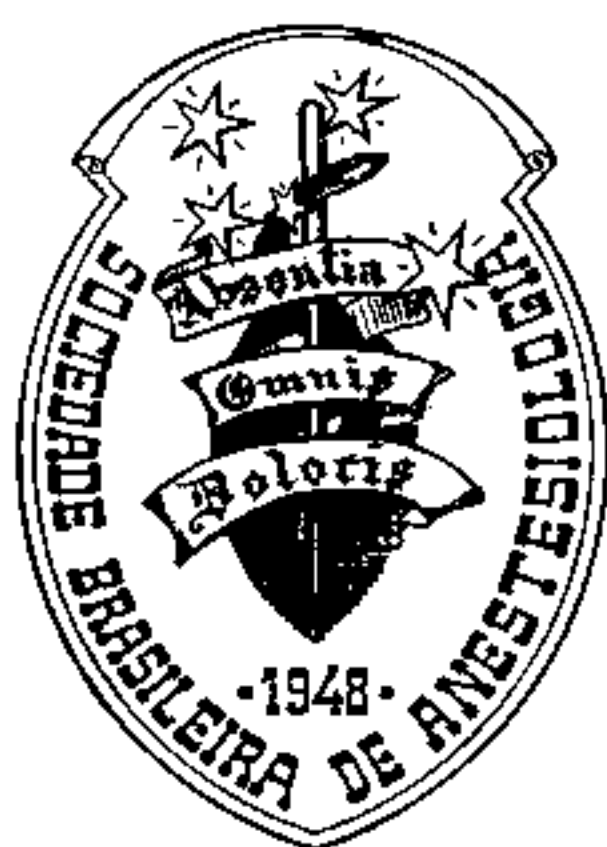
EDITORIAL

R. Figueiredo (Rio - Brasil) 69

RESUMOS 73

NOTICIARIO 77

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA



AGOSTO 1952

ANO 2

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 (1951-52)

J. J. CABRAL DE ALMEIDA

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.)

R. SIMONARD SANTOS (D.F.)

ALEXANDRE CANALINI (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)

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)

JOSE L. AVELLANAL (Cuba)

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)

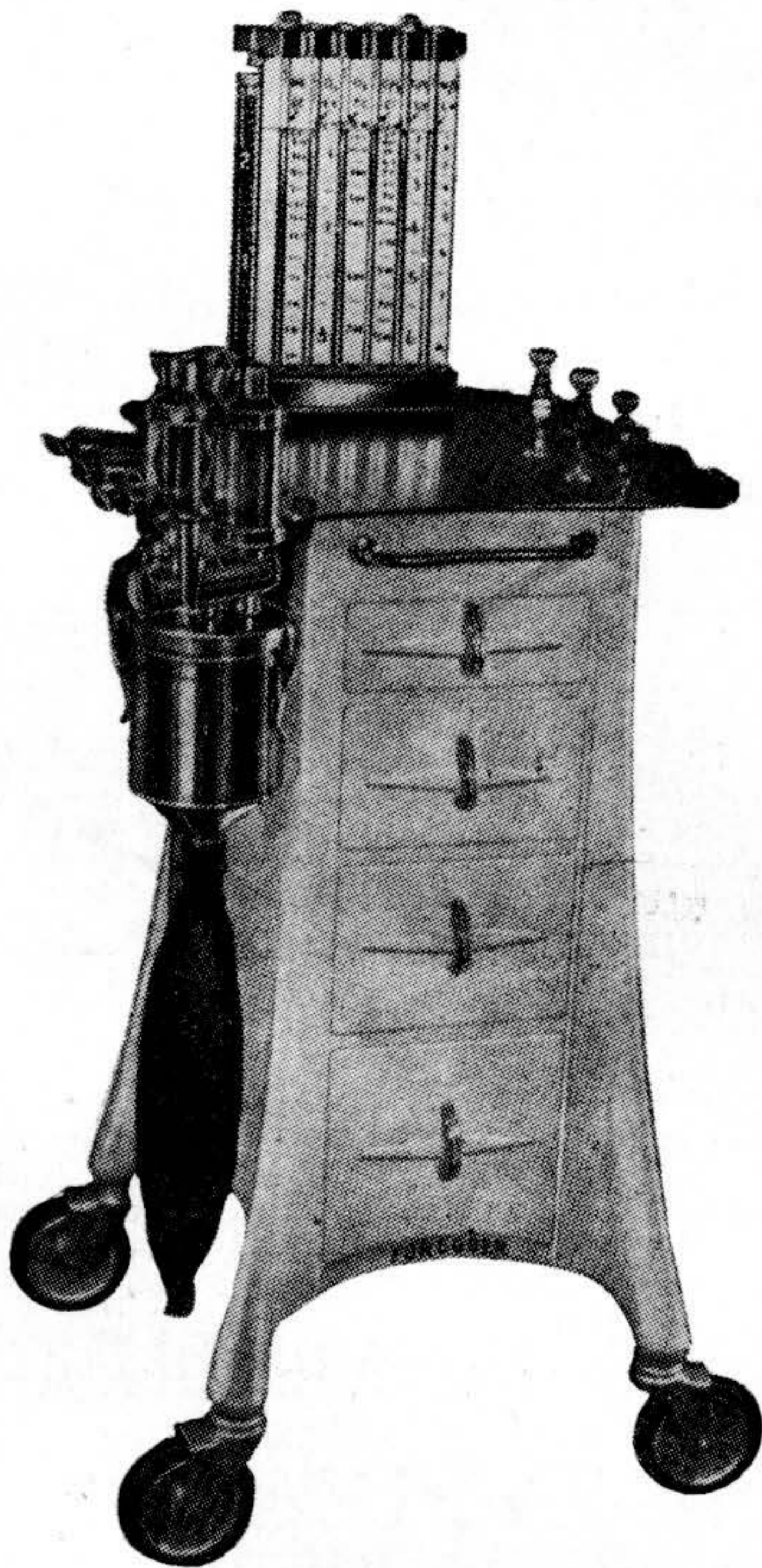
PUBLICAÇÃO QUADRIMESTRAL

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, sala 846

178, Rua Sacadura Cabral — Rio de Janeiro — Brasil

FOREGGER



Aparelhos de

Anestesia

e todos

acessórios

Intubação

endotraqueal

Gases e

Cal Sodada

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL

SOCIEDADE IMPORTADORA GRASSI LTDA.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO

BELO HORIZONTE

Rua Sen. Dantas 76 Rua 7 de Abril 342 Av. Afonso Pena 526

Tel. 22-1731

Tel. 3-9423

Tel. 4-2533



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

ESTOQUE PERMANENTE

CIA. AGA DO BRASIL DE GAZ ACUMULADO

AV. BRASIL 8201

Caixa Postal 1823 — Fone 300256

RIO DE JANEIRO

CIA. PAULISTA DE GAZ ACUMULADO

AV. PRES. WILSON 1716

Caixa Postal 3190 — Fone 320169

SÃO PAULO

DELVINAL

SHARP & DOHME

(vinbarbital sódico)

5-etil 5- (1 metil 1-butenil) barbiturato sódico



Sedativo e hipnótico de alto valor e de toxidez quase nula. Administrado por via oral, produz efeito rápido sem causar entorpecimento durante o período da indução. Moderada duração de ação. Ausência de sintomas e de reações desagradáveis, após o despertar. Não afeta a pressão arterial ou a respiração nem provoca alterações patológicas no sangue e na urina. Larga margem de inocuidade, maior que a de outros barbitúricos.

INDICAÇÕES

Insônia funcional — Estados nervosos e de agitação mental.
Hipnose pré-anestésica — Sedação pré-operatória — Amnésia obstétrica.

POSOLOGIA

INSÔNIA: 0,10 g ao deitar se.

HIPNOSE PRÉ-ANESTÉSICA: 0,10 g a 0,20 g uma hora e meia antes da operação, independentemente da anestesia a ser usada.

OBSTETRÍCIA: Dose inicial de 0,40 g (que pode ser acompanhada de 0,0005 g de escopolamina), continuando, caso necessário, com 0,20 g a 0,40 g.

APRESENTAÇÃO

Cápsulas de 0,10 g, em vidros de 10, 100 e 1000 cápsulas.

SHARP & DOHME

PHILADELPHIA, E. U. A.

REPRESENTANTES E DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS
PARA O BRASIL

S A C I P A

S. A. Comércio e Importação de Produtos Americanos

RUA CLARISSE ÍNDIO DO BRASIL, 20

RIO DE JANEIRO

Prostigmine "Roche"

Parassimpaticomimético

Estabilizador da acetilcolina

- Intoxicação pelo curare.
- Potenciação da morfina e dos barbitúricos, permitindo diminuir as doses dêstes hipno-analgésicos.
- Atonia intestinal e vesical post-operatória.
- Hérnia estrangulada (prova de Pierini para avaliar a vitalidade da alça estrangulada).
- Meteorismo post-operatório.
- Obstipação.
- Oligossialia.
- Taquicardia paroxística.

Caixas de 6 e de 25 ampolas de 1 cm³ a 0,5 mg

 Tubo de 20 comprimidos a 15 mg

PRODUTOS ROCHE
Químicos e Farmacêuticos S. A.

Rua Moraes e Silva, n.º 30

RIO DE JANEIRO