

CONSIDERAÇÕES SÔBRE O BRAÇO EXPIRATÓRIO DO TUBO EM "T" DE AYRE

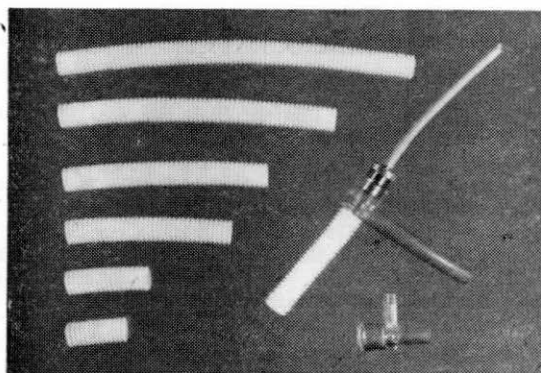
AP 2317

O tubo em "T" de Ayre foi criado principalmente para a manutenção de anestésias inalatórias com éter, através de entubação endotraqueal em recém-nascidos e crianças pequenas, para cirurgias corretoras de lábio-leporino e fenda palatina (1,6). Atualmente é muito usado com halotano e protóxido de nitrogênio (2,4).

Jackson-Rees o modificou para ser usado com relaxantes musculares através da adição de um pequeno balão no lado expiratório dotado de abertura posterior.

O tubo em "T" de Ayre pode ser considerado como o precursor das válvulas sem reinalação, sendo uma das técnicas mais simples e seguras que se conhece. É desprovido de resistência à respiração, leve e de baixo custo. Evita o

uso de aparelhos volumosos e pesados. É extremamente indicado para crianças, principalmente na faixa etária do recém-nascido até quatro a cinco anos, onde se constitui em método de eleição, pela quase ausência de resistência e pela eficiente eliminação de bióxido de carbono ^(4,5,6), desde que seja convenientemente usado como veremos adiante.



Originalmente a peça era de metal, em "T", atualmente encontram-se também tubos em "T" de material sintético.

Conforme podemos ver na figura 1, apresenta um ramo principal que nunca deve ter seu diâmetro interno inferior a 10 mm e um tubo vertical a êste, denominado tubo de entrega, por onde penetram o oxigênio e os gases anestésicos. O ramo principal apresenta uma extremidade denominada ramo inspiratório que é conectada mais freqüentemente a um tubo endotraqueal e menos freqüentemente a uma máscara e, uma extremidade, denominada ramo expiratório, o qual no método clássico é conectada a um tubo denominado braço expiratório.

Quando se usa a técnica com o tubo em "T" de Ayre, estamos diante de um sistema sem reinalação e com reinalação parcial que dependerá respectivamente da ausência ou presença do braço expiratório.

USO PRÁTICO

Para o uso correto do sistema, dois fatores são importantes: o fluxo de gases e a capacidade do braço expiratório ⁽¹⁾.

Fluxo de Gases — Se o fluxo de gases fôr baixo e o braço expiratório tiver capacidade adequada, haverá reinalação acentuada de bióxido de carbono; se por outro lado o fluxo de gases ainda fôr baixo e não houver braço expiratório ou este fôr demasiadamente pequeno, haverá diluição aérea dos gases anestésicos.

Se o fluxo de gases fôr alto, provocará aumento da pressão positiva intraveolar, qualquer que seja a capacidade do braço expiratório.

Estes problemas são solucionados quando usamos fluxos de duas ou três vezes o volume-minuto respiratório do paciente.

Braço expiratório — O braço expiratório constitui um pequeno reservatório com finalidade de evitar a diluição aérea dos gases anestésicos.

Seu diâmetro interno, acompanhando o ramo principal do tubo em "T", nunca deve ser inferior a 10 mm, a fim de que a resistência à expiração seja a mínima possível.

Deverá ser suficientemente longo, para que não haja diluição aérea dos gases anestésicos pelo ar inspirado, impedindo assim que se altere a concentração anestésica proposta inicialmente, para cada caso.

Se o comprimento do braço expiratório fôr demasiadamente longo, haverá no seu interior grande volume de ar expirado, não eliminado, fazendo com que este braço expiratório funcione como verdadeiro depósito dos gases expirados, que são reinalados a cada inspiração.

A maioria dos autores chegou a conclusão de que a capacidade do braço expiratório deve ser de vinte por cento do volume corrente.

Resumindo, diremos que o fluxo de gases anestésicos deverá ser o dôbro do volume-minuto respiratório e que o braço expiratório apresente uma capacidade de vinte por cento do volume corrente ^(1,4,5). Desta maneira haverá somente dois por cento de reinalação do ar inspirado e se evitará a diluição aérea dos gases anestésicos.

SUGESTÃO PRÁTICA

Na prática esbarramos com a dificuldade de nem sempre termos à disposição o braço expiratório adequado (este varia com o volume corrente) no momento de realizarmos uma anestesia e, muitas vezes, passamos para outra técnica menos indicada para o caso a tratar.

A nossa sugestão é que se tenha a disposição um estôjo em que haveria:

- 1 — Tabela especificando idade, pêso, frequência respiratória, volume corrente, comprimento do braço expiratório em centímetros e fluxo dos gases em mililitros por minuto. Tabela I.

TABELA I

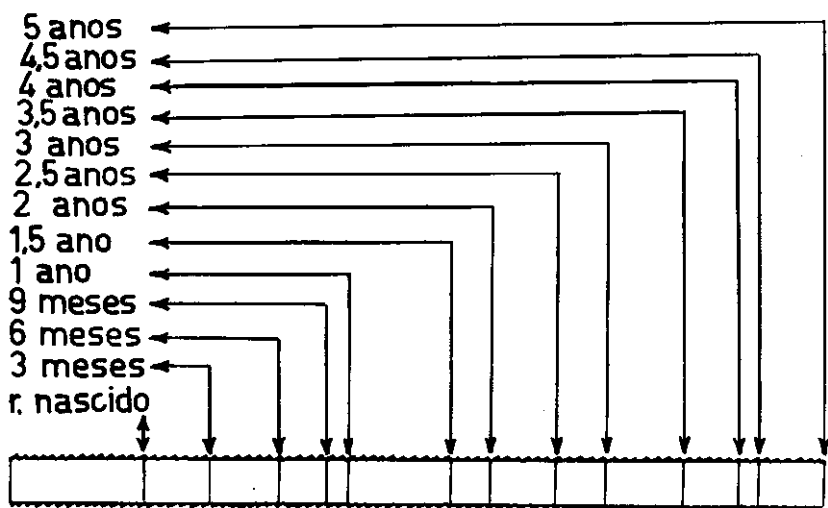
Idade do Paciente	Pêso em kg	Frequência Respiratória (por minuto)	Volume Corrente (em ml)	Comprimento do braço expiratório (em cm)	Fluxo total do gás (em ml/min)
Recém-nascido	3.500	50	20	3,5	2.000
3 meses	6.000	45	30	5,2	2.700
6 meses	7.500	45	40	7,0	3.600
9 meses	8.800	40	47	8,3	3.750
1 ano	9.500	40	50	8,8	4.000
1,5 ano	11.000	35	65	11,5	4.550
2 anos	12.000	35	70	12,5	4.900
2,5 anos	13.000	30	80	14,2	4.800
3 anos	14.000	30	87	15,5	5.200
3,5 anos	15.000	25	100	17,5	5.000
4 anos	16.000	25	108	19,0	5.500
4,5 anos	17.000	25	110	19,5	5.500
5 anos	18.000	25	120	21,2	6.000

Os comprimentos dos braços expiratórios foram calculados, levando-se em conta que o diâmetro do tubo usado é de 1,2 cm, para que tivessem uma capacidade de aproximadamente 20 por 100 do volume corrente. (Modificado e ampliado de Collins, V. J.: Principles of Anesthesiology, pág. 257, 1966).

- 2 — Uma série de tubos ou braços expiratórios calculados para as diversas idades contidas na tabela, isto é, do recém-nascido até os cinco anos. Figura 1.
- 3 — Um cartão, onde estão representados os vários braços expiratórios da Tabela I, em tamanho original, indicando a capacidade volumétrica em mililitros e a idade a que se destinam, para por superposição dos tubos sôbre o gráfico, encontramos imediatamente o desejado.

Os braços expiratórios podem ser feitos de um tubo corugado de polietileno de 12 milímetros de diâmetro interno, encontrado nas casas de artigos elétricos e conhecido pelo nome de Tubo flexível ou Condulet Tusa, o qual se adapta

perfeitamente ao tubo em "T" de acrílico, fabricado pela Oftec, desde que tenha mergulhada previamente a extremidade a ser conectada por alguns segundos, em água quente. Figura 1.



Este material é de baixíssimo custo. Consegue-se cortá-lo no tamanho desejado através de uma lâmina afiada. Pode ser dobrado sem que haja estrangulamento da sua luz.

Para se ter uma idéia de como é leve, basta saber que o peso de um braço expiratório para uma criança de cinco anos, com um comprimento de vinte e um centímetros e dois milímetros, é de apenas 8,6 g.

Limpeza — Usamos para a sua limpeza; água, sabão e escova, e em seguida, imersão em solução de Germekil, durante quinze minutos; por último o braço expiratório é lavado em água corrente.

Para o caso de necessitarmos braços expiratórios que não se encontram na Tabela I ou que apresentem outro diâmetro, calculamos o seu comprimento através da fórmula:

$$L = \frac{V}{\pi R^2}; \text{ onde,}$$

L = comprimento do tubo em centímetros.

V = vinte por cento do volume corrente em mililitros.

R = raio do braço expiratório, em centímetros.

Como πR^2 no material proposto é uma constante igual a 1,13 podemos simplificar a fórmula acima para:

$$L = \frac{20\% \text{ do V.C.}}{1,13}$$

REFERÊNCIAS

1. Collins, V. J. — Principles of Anesthesiology. Lea & Febiger, Philadelphia, 1966.
2. Dripps, R. D., Eckenhoff, J. E., Vandam, L. D. — Teoria y Practica de Anestesia, Terceira edicion, Editorial Interamericana, S.A., México, 1968.
3. Lee, J. Alfred and Atkinson, R. S. — A Synopsis of Anesthesia, 5th Edition — John Wrightand Sons Ltd., Bristol, 1964.
4. Rendell Baker, L. — Agentes e técnicas de anestesia pediátrica — Rev. Bras. Anest., 1:18, 1969.
5. Smith, R. M. — Anesthesia for infants and children. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1968.
6. Wyllie, W. D. y Churchill — Davidson, H. C., — A Practice of anesthesia. 2th Edition — Year — Book Publ. 1966.

DR. PINDARO VIGNOLI ZERBINATTI

DR. GUILHERME FREDERICO FERREIRA DOS REIS, EA

Do Departamento de Anestesiologia da Casa
de Saúde Campinas — Campinas, S. Paulo.

RESUMO DE REVISTAS

Esta seção da Revista Brasileira de Anestesiologia, se destina a publicação de resumos de revistas estrangeiras de artigos de interesse geral para os anestesiológicos. Os artigos são selecionados pela redação, contando a Revista com um corpo de colaboradores para a elaboração do resumo.

TRATAMENTO COM SUCESSO DA HIPERTERMIA MALIGNA — M. Digby Leigh, George B. Lewis, Jr., Edward B. Scott, Wayne Herbert. — *Anesthesia & Analgesia* 50,39:42, 1971.

É relatada a possibilidade de uma abordagem com sucesso dos casos de síndrome de hipertermia maligna. Citam uma incidência de 2 ou 3 casos anuais de hipertermia maligna em sua estatística, e que, com a conduta por eles proposta, têm sido tratados com inteiro sucesso, contrastando com uma mortalidade igual a 50% encontrada na literatura.

Os autores recomendam como medidas profiláticas obrigatórias:

- 1 — O uso de colchão com circulação de água.
- 2 — Ter sempre uma fonte de água gelada.
- 3 — A monitoragem constante da temperatura.

Uma vez detectada qualquer elevação significativa da temperatura corporal iniciam-se as manobras terapêuticas:

- 1 — Circulação pelo colchão de água gelada.
- 2 — Bólsas de gelo ao redor do pescoço, axilas e virilhas.
- 3 — Infusão intravenosa de solução de Ringer lactato gelada.
- 4 — Em caso de falha ou insuficiência dos procedimentos anteriores, mergulhar o paciente em uma ba-

nheira com gelo e até, quando de cirurgia abdominal verter quantidades copiosas de solução gelada de Ringer lactato na cavidade abdominal. Chamam a atenção que o risco de uma infecção operatória que tais procedimentos podem determinar é preferível a um possível dano cerebral permanente ou morte.

Comentário: Como os autores se referem a números absolutos e não relatam o total de sua casuística, não sabemos se a incidência encontrada por eles do síndrome de hipertermia maligna situa-se dentro da média proposta por Britt e Kalow de 1:10.000 (Ann. N.Y. Acad. Sc., 1968).

Este síndrome, primeiro descrito por Guedel em 1952 e que Gibson propôs chamar de "síndrome de hipertonia e hiperpirexia maligna", ainda tem em sua etiologia, patogenia e terapêutica uma série de fatores obscuros.

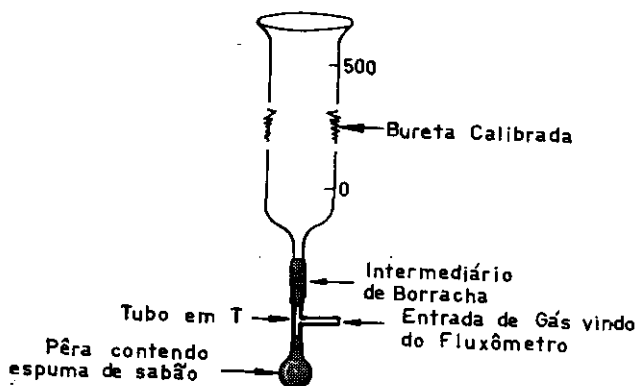
Embora Britt (Canad. Anaesth. Soc. J., 1970), ao fazer uma revisão da literatura, tenha chamado a atenção para a correlação altamente significativa entre o nível máximo de temperatura e a mortalidade, impressionou-nos a assertiva de Digby Leigh e cols. de que com as medidas por eles propostas, visando exclusivamente o controle de temperatura corporal, tenham tratado "com inteiro sucesso todos os casos de hipertermia maligna". Esta afirmativa contrasta com os dados fornecidos pelo mesmo Britt em seu trabalho de revisão, onde numa estatística de 94 casos a sobrevida ocorreu em apenas 37 pacientes, com um porcentual de sucesso ao redor de 40%.

Álvaro G. Eugênio, E.A.

AFERIÇÃO DOS FLUXÔMETROS DOS APARELHOS DE ANESTESIA —
Calibration of gas flowmeters with the bubble burette —
Smith, T.C. Anesthesiology; 33,553, 1970.

Muitas vezes pode-se apresentar uma ocasião em que o anestesista duvida da exatidão de seus fluxômetros. O método descrito pelo autor é de fácil execução e necessita apenas

de uma burêta de 250 ou 500 ml ou 1000 ml, de um cronômetro, uma pêra de borracha (por exemplo de um conta-gôtas) um tubo em T e um pequeno tubo de borracha, além de espuma e sabão (água com OMO ou similar).



Conjunto para calibragem de Fluxômetros.

O método se baseia na medida do tempo necessário para que uma bôlha de sabão percorra uma distância padronizada numa burêta (Veja figura). Assim se fôr feita uma entrada, de 1 litro/minuto de qualquer gás, a bôlha de sabão deverá caminhar entre as marcas 0 e 500 em 30 segundos, com um fluxo de 2 litros/min ela deverá percorrer a mesma distância em 15 segundos, a 4 litros por minuto deverá percorrer a mesma em 7,5 segundos.

O maior problema é representando pela própria bôlha de sabão, que não deve se desfazer no seu percurso, o que se torna mais difícil com os fluxos mais altos, e também se o gás estiver carreando um anestésico, como o fluotano ou pentrano. Outro problema é o excesso de bôlhas, mas com um pouco de prática consegue-se com a compressão da borracha de ligação produzir uma bôlha de cada vez.

Peter Spiegel, E. A.

**XI CONGRESSO LATINO-AMERICANO;
III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO;
XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA**

Rio de Janeiro, 3 a 8 de outubro de 1971

Designada para sede dos Congressos em Reunião da Assembléia de Representantes de 23 de outubro de 1969, e por ter a Sociedade de Anestesiologia do Estado da Guanabara cedido a organização do **VXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA** à Sociedade Brasileira de Anestesiologia, foram constituídas por esta, em 10-12-69, as várias Comissões que gerirão os respectivos Congressos e que ficaram assim constituídas, (quadro anexo).

As Comissões já realizaram até agora várias Reuniões Ordinárias com todos os seus Presidentes e outras Reuniões de Comissões, isoladamente.

Nestas reuniões, já foram traçados todos os planos preliminares para os Congressos, inclusive a escolha do local, que será o Copacabana Palace Hotel e, em reunião da Comissão Científica, foram aprovados os seguintes temas oficiais:

- Ventilação Prolongada e Artificial;
- Interação Medicamentosa em Anestesia;
- Sangue e Homeostasia (Problemas);
- Relaxantes Musculares.

O desenvolvimento do temário científico se fará conforme o seguinte esquema:

HORÁRIO	SALÃO NOBRE	SALA 1	SALA 2
8 às 8:40 hs	Curso de Revisão	Curso de Revisão	Curso de Revisão
9 às 9:40 hs	Curso de Atualização	Curso de Atualização	Curso de Atualização
T E M A S O F I C I A I S			
10 às 10:45 hs	a) Fisiologia	Horário Nobre Filmes	
10:50 às 11:35 hs	b) Farmacologia		
11:40 às 12:30 hs	c) Clínica		
I N T E R V A L O			
14 às 15:00 hs	Temas Correlatos	Temas Correlatos	Temas Livres
15 às 15:45 hs	Temas Correlatos	Temas Correlatos	Temas Livres
16 às 18:30 hs	Mesa Redonda	Horário Nobre	

XI CONGRESSO LATINO-AMERICANO
III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO
XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

Organizado e patrocinado pela S.B.A. — 3 a 8 de outubro de 1971
Copacabana Palace Hotel — Rio de Janeiro - GB

Comissão Executiva
Renato Corrêa Ribeiro (*) Bento Gonçalves Carlos P. Parsloe Leão João Pouza Machado Ricardo Bouwman

Comissão de Secretaria	Comissão de Finanças	Comissão Organizadora	Comissão de Publicações	Comissão Científica
Antonio O. Albuquerque (*) Robert Charles Marinho José Carlos Ferraro Maia Natan Treiger	William Smith Serra (*) Aurélio da S. Maia Roberto Mário F. Nigro Manuel A. P. Lapa Afonso Fortis Francisco X. Beduschi Reynaldo P. Russo Jacob Cukier Marco Aurélio M. B. Fonseca Armando Borgerth	Walter Silva Machado (*) Milton Luz Gilda Moraes Labrunie	Peter Spiegel (*) Carmen B. dos Santos Fábio de Mello Alfredo F. de Carvalho Joel Saraiva da Silva Jaime S. Tórres	Renato Corrêa Ribeiro (*) Armando Fortuna Danilo Freire Duarte Zairo Vieira Carlos P. Parsloe Álvaro G. Eugênio José Calasans Maia José Carlos Maia Valdir Medrado Bento Gonçalves

Consultoria	Relações Sociais	Relações Públicas	Recepção	Ass. Internacionais
Mário C. de Almeida F.º (*) Deyler Goulart Meira J. J. Cabral de Almeida José Afonso Zugliani	Antonio Patury e Souza (*) Carlos Cabral de Menezes Francisco X. Rodrigues Gabriel A. P. Júnior	José Luiz G. Santos (*) Sérgio M. P. Leme Sérgio T. da Silva	Ruy Marra da Silva (*) Advaldo Vidal	Renato Corrêa Ribeiro (*) Bento Gonçalves Kentaro Takaoka

(*) Presidente.

CENTRO DE TREINAMENTO DA SANTA CASA DE SANTOS

Responsável: Dr. Armando Fortuna, E.A., Prof. de Anestesiologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

Corpo Clínico: Drs. João Garcia, E.A., Prof. Assistente Anestesiologia da F.C.M.S., Moacyr A. Cardoso, E.A., Pedro N. Costa, E.A., Fausto F. Brusarosco, E.A., Flávio G. Carvalho, E.A. e Alencar Gondim, E.A.

Número de vagas: 20 — Hospital com 1.200 leitos. Média mensal de cirurgias: 1.300, sendo 400 de urgência. Todos os tipos, desde plástica até cardíaca com circulação extra-corpórea. Vinculada a Faculdade de Ciências Médicas de Santos.



Ensino intensivo, com simpósios e reuniões semanais para discussão de casos (Morbidity meetings).

Treinamento em todos os métodos e técnicas de importância na Anestesiologia.

Material de primeira qualidade, tendo cada residente o necessário para seu trabalho: caixas individuais com laringoscópios, tubos com e sem balão, válvula de Frumin, conectores, etc.; 26 aparelhos de anestesia, 18 respiradores diversos, sala de recuperação de 20 leitos e Departamento de Inaloterapia além de Unidade de Terapia Intensiva, em organização.

Proventos: os residentes recebem casa, comida e roupa lavada, mais um auxílio de Cr\$ 250,00 ao mês. O livro texto adotado, "Prática de Anestesiologia", de Willie Churchill-Davidson, em espanhol, é fornecido gratuitamente aos estagiários. Tanto a residência das moças quanto a dos rapazes está equipada com televisão, geladeira, fogão, liquidificador, etc., para maior conforto e rendimento durante o treinamento.

Facilidades para pesquisa clínica e possibilidade de residência no 2.º ano. Carta dando **curriculum vitae** e fotografia de 3/4, dirigidos para Dr. Armando Fortuna — Caixa Postal 29, Santos — São Paulo — Telefone: 29440.

Vai mudar

ou

Mudou seu endereço?

Por favor, preencha este formulário

(a máquina de preferência)

Nome

Endereço Antigo

.....

Endereço Atual

.....

.....

.....

dobre este formulário e coloque-o no correio

PRIMEIRA DOBRA

SEGUNDA DOBRA

TERCEIRA DOBRA

REVISTA BRASILEIRA DE
ANESTESIOLOGIA

RUA PROFESSOR ALFREDO GOMES, 36
ZC-02 — BOTAFOGO — GB

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

ORGAO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA
(Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira)

e da
FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA DOS
POVOS DE LINGUA PORTUGUESA

Redator-chefe: DR. BENTO GONÇALVES

Redatores:

DR. PETER SPIEGEL
DR. JOSÉ CALASANS MALA

Redator associado:

DR. ZAIRO VIEIRA
Redatores em Portugal
DR. E. LOPES SOARES
DR. HUGO GOMES

VOLUME 21 — N.º 3

Julho/Setembro de 1971

NÚMERO DEDICADO AOS TRABALHOS APRESENTADOS AOS

XI CONGRESSO LATINO-AMERICANO
III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO
XVIII CONGRESSO BRASILEIRO
DE ANESTESIOLOGIA

3 a 8 de outubro de 1971

Rio de Janeiro, GB

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

Assinatura: Brasil — Cr\$ 75,00 — Estrangeiro — US\$ 8.00

Número atrasado: Cr\$ 15,00

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

R. Prof. Alfredo Gomes, 36 - ZC-02 — Rio de Janeiro, GB — BRASIL

COLABORAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

- A REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA aceita para publicação, trabalhos originais, artigos de interesse para a especialidade, novas invenções ou idéias e correspondência, de colaboradores idôneos nacionais ou estrangeiros.
- Originais enviados para publicação na REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA serão publicados, à critério da Redação e tornam-se propriedade da S.B.A. Sua republicação em todo ou em parte poderá ser feita com autorização prévia.

As citações da REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA devem ser abreviadas para Rev. Bras. Anest.

- REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA não assume qualquer responsabilidade pelas opiniões emitidas nos trabalhos assinados.

Sugestões para apresentação dos trabalhos

- O título do trabalho deve ser curto para facilitar sua classificação bibliográfica por assunto. Quando necessário pode ser usado um sub-título. A finalidade do trabalho pode ser descrita com mais detalhes nos primeiros parágrafos do artigo.
- Os títulos dos capítulos devem ser apresentados em letras maiúsculas e os sub-títulos em letras minúsculas sublinhadas. Não é recomendável a numeração de capítulos e sub-capítulos. Frases em destaque no texto não devem ser usadas com letras maiúsculas; mas, quando imprescindível, pode-se sublinhar a frase.
- Nomes de autores ou de drogas, em destaque maiúsculo, não são recomendáveis.
- O nome do autor deve aparecer logo abaixo do título do artigo. No rodapé da primeira página aparecerão as referências ao local da reunião onde o trabalho foi apresentado, o título acadêmico ou médico do autor e a instituição onde trabalha ou local onde este se realizou.
- As abreviações de palavras no texto devem ser proscritas ou reduzidas no mínimo, àquelas mais conhecidas, como unidades de medidas. Essas abreviações escrevem-se sem pontuação e no singular. Assim, g (para grama e não gr), mg, ml, m Eq, E C G, E E G etc.
- O número de citações bibliográficas deve ser limitado apenas aos artigos usados na preparação do manuscrito. As referências serão numeradas através do texto, com números arábicos, sugerindo-se para facilitar a consulta do leitor, a numeração por ordem alfabética dos autores citados. Cada referência deve conter, pela ordem, o sobrenome do autor ou autores, nome ou iniciais, título do trabalho, nome da Revista (abreviado segundo o Index Medicus), volume, número de primeira página e ano da publicação. Exemplo:

Zerbini, E. J. Anestesia Peridural Rev. Cir. de S. Paulo 4:447, 1939.

Para os livros a referência deve conter o sobrenome do autor, nome ou iniciais, título, volume e edição, editor e cidade onde o livro foi editado; ano da publicação e número da página da referência (opcional). Exemplo:

Briquet, Raul (editor) e col. — Lições de Anestesiologia Editora Atlas, São Paulo, 1944.

- As ilustrações que se destinam a publicação devem estar numeradas de acordo com a ordem a serem colocadas no texto. Para fotografias ou gráficos, a referência deve ser em números arábicos, para quadros ou tabelas, em números romanos. O mesmo resultado não deve ser expresso por dois tipos de ilustração. Gráficos são sempre preferíveis por mais ilustrativos e as tabelas devem ser reservadas para dados estatísticos.
- Para ilustrar aparelhos, os desenhos são melhores do que as fotografias.
- As legendas das diferentes figuras, a serem colocadas em baixo das ilustrações devem vir impressas em folha separada do corpo do trabalho e seguir a respectiva numeração.
- No final do artigo original, o autor deve fazer um resumo do que foi escrito usando para isso menos de 250 palavras.
- A redação reserva-se o direito de fazer alterações no manuscrito original para assegurar correção, concisão e clareza. O estilo próprio do autor será respeitado e em nenhum caso serão feitas alterações maiores, sem consulta prévia.
- A Revista oferece ao primeiro autor do trabalho, 25 separatas gratuitamente. Maior número de separatas poderão ser solicitadas pelo autor, quando este devolver as provas do trabalho, por preço a ser combinado.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
EDITORIAL — Juan Köster Jahnsen	259
” — <i>Do Passado para o Futuro</i> ... — Hugo Gomes ..	260
” — “ <i>A Guisa de Anais</i> ” — Bento Gonçalves	263
<i>Anormalidade Genética da Creatino-Fosfoquinase Muscular em uma Família com Hiperpirexia Maligna</i> — E. K. Zsigmond; W. H. Starkweather; G. S. Duboff; Flynn K.	265
<i>Considerações sobre a Transmissão e o Bloqueio Neuromuscular Pré-Sinápticos</i> — Francis F. Foldes	277
<i>Local de Ação dos Relaxantes Musculares</i> — Anibal Galindo ..	296
<i>Estudo Comparativo do Consumo de Agentes Relaxantes Musculares com o Emprêgo do Respirador de Takaoka e do Ventilador de Takaoka-840 em Anestesia</i> — José Roberto Nocite; Benedicto Ignacio Barbosa; Manoel Emboaba Costa Neto; Sérgio Neves Zucolotto; João Ferreira Machado Filho	302
<i>Utilização Clínica do Brometo de Pancurônio (Pavulon)</i> — Rubens Lisandro Nicoletti; Paulo Mello Soares; Maricô Sato Costa Pereira; Marlene Paulino dos Reis Oliveira; João Hamamura	309
<i>Experiência Clínica com o Brometo de Pancurônio</i> — Pedro Novais Costa	314
<i>O Uso de Bloqueadores Adrenérgicos em Anestesiologia</i> — Alvaro Guilherme B. Eugênio	319
<i>Sangramento Inexplicável Durante a Cirurgia</i> — C. Paul Boyan	330
<i>Perda Sanguínea em Adenoamigdalectomias</i> — Peter Spiegel; Renaud A. Menezes; José Murilo M. Cavalcanti	340
<i>Anestesia para Adenoamigdalectomia sem o Uso de Barbitúricos</i> — Leonardo C. Caravario; Raul H. Moreno; Bernardo Schenquer	350
<i>Oxigenação Hiperbárica</i> — Heriberto A. Ferrari	358
<i>Interação de Drogas em Anestesia: Ocitócicos</i> — Izso Grünwald	365
<i>Agente de Inalação: Etrane-Composto 347-(CFH₂-o-CF₂-CHFCl)</i> — Renato Corrêa Ribeiro; Milton Marques Da Luz; Gilda Moraes Labrunie; Jacob Cukier; Natan Treiger; Nuno Pinheiro de Andrade	376
<i>Um Caso Raro. Uma Solução Simples com Bloqueio de Nervos da Face</i> — Alvaro Guilherme B. Eugênio	385
<i>Reações aos Anestésicos Locais</i> — J. Antonio Aldrete	390
<i>Prevenção pelo Diazepam e pelo Pentobarbital das Convulsões pelos Anestésicos Locais</i> — L. F. de Oliveira; J. H. Heavner; R. H. de Jong	396
<i>Hidrodinâmica do Espaço Peridural: I</i> — Amador Varella Lorenzo	399
<i>Bloqueio do Plexo Braquial</i> — Roberto Carvalho Brandão; Sérgio Lerner; Wallace Rangel; Italo Rodrigues	420
<i>Utilização de Solução de Cloridrato de Lidocaína em Veículo Macro-Molecular</i> — Gilda Moraes Labrunie; Milton Marques da Luz; Renato Corrêa Ribeiro	426
<i>Medicação Pré-Anestésica Via Oral em Cirurgia de Rotina de Adultos</i> — Renato R. Del Nero; Alvaro Saviano; Vania M. Vieira de Freitas	431
<i>Organização e Funcionamento de um Centro de Tratamento Intensivo</i> — Renato Corrêa Ribeiro; Jacob Cukier	437
<i>Alterações Psíquicas Pós-Anestésicas</i> — Miguel Angel Nalda Felipe	452

<i>Ketamina em Período Expulsivo do Trabalho de Parto</i> (100 casos) — Natan Treiger; Pasquale Maselli; Renato Corrêa Ribeiro	462
<i>Ketamina, Outras Indicações</i> — Renato Corrêa Ribeiro; Natan Treiger	468
<i>Ketamina Venosa Gôta a Gôta</i> — Dolmevil de França Guimarães Filho	476
<i>O Emprêgo Clínico do Akrinor</i> — Ricardo Samaoya de Léon	481
<i>A Influência na Transformação Metabólica na Ação de Algumas Substâncias Usadas em Anestesiologia</i> — Francis F. Foldes	494
<i>Anestesia Geral para Arteriografia Carotídeana</i> — Leonardo C. Caravario; Raul H. Moreno; Bernardo Schenquer	514
<i>Anestesia Geral de Curta Duração em Odontologia</i> — Luis Maria Caucino; Horácio Raul Palazuelos	523
<i>O Treinamento e Uso de Pessoal Para-Médico no Cuidado Respiratório a Longo Prazo</i> — Thomas J. Dekornfeld	533
RESUMO DE TRABALHOS — <i>Monitoragem Contínua da Pressão Intracraniana no Paciente Neurocirúrgico</i> — Anibal Galindo; H. M. Shapiro; S. R. Wyte; A. B. Harris	539
<i>Interação de Drogas em Anestesia</i> — <i>Psicofármacos</i> — José Ribeiro do Valle	540
<i>Bloqueio Alfa-Adrenérgico (Dibenzilina) no Choque Hemorrágico Experimental</i> — M. Ximenes-Neto; Renato Ângelo Saraiva; Paulo Tavares	542
<i>Reposição Volêmica sem Uso de Sangue</i> — M. Ximenes-Neto; Renato Ângelo Saraiva; Carlos Alberto Raja Gabaglia	544
<i>Efeitos da Succinilcolina sobre a Potassemia em Nefrectomia Bilateral</i> — Carmen Narvaes; Milton Roberto Lucchesi; Gil Soares Bairão	545
<i>Uso da Monosemicarbazona do Adrenocromo em Cirurgia</i> — Delquis Boeris	546
<i>Ação Bloqueadora da Junção Neuromuscular por Droga Estimulante Beta-Adrenérgica</i> — <i>A Clorprenalina</i> — Antonio Carlos Zanini; José Edmilson Fernandes; Octávio Slemmer	548
<i>Neuroleptoanalgesia na Cirurgia da Catarata</i> — Newton Camargo de Araújo	549
<i>Contrôle da Perda Sanguínea Durante Prostatectomia</i> — J. P. Payne	551
<i>Interação de Drogas</i> — Francis P. Foldes	553
<i>Anestesia e o Coração</i> — J. P. Payne	554
<i>Efeitos de Drogas Antidissrítmicas e Antihipertensivas Durante a Anestesia</i> — J. P. Payne	555
<i>Oxigenação e Anestesia</i> — J. P. Payne	557
<i>Reações de Excitação Pós-Anestésica Devidas a Ketamina</i> — Maurice S. Albin	559
<i>Efeitos do Resfriamento Localizado no Bloqueio de Condução Através da Medula</i> — Maurice S. Albin	560
<i>Respostas Psicológicas a Anestesia e Cirurgia</i> — Maurice S. Albin	561
<i>Adespolariantes</i> — Oswaldo Vital Brazil	563
<i>Despolarizantes</i> — Lauro Sollero; Guilherme Suarez-Kurtz	567
MISCELÂNEA — <i>Prilocaina (Citanest 5%) em Raqui-anestesia Pediátrica</i> — Marildo A. Gouveia	573
<i>Concentração dos Anestésicos Locais</i> — Renato Ângelo Saraiva; João Batista C. Araújo	577
<i>Carta à Redação</i> — Miriam Martetele	579