

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. K. Vidal Beretervide.

FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dr. K Vidal Beretervide.

Este trabajo no fué publicado por no haberse enviado los originales.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Enzo Mourigan.

INFILTRACION DE ALCOHOL NOVOCAINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dr. Enzo Mourigan.

Nuestra experiencia abarca 15 años. En esta comunicacion, por la brevedad del tiempo, nos limitaremos a un simple resumen.

Hemos usado alcohol absoluto (no esterilizado) y solución de novocaina al $\frac{1}{2}\%$ o al 1% .

Jamas hemos tenido una infección.

El alcohol lo usamos puro cuando queremos hacer neurectomías; en fracturas de costillas o neoplásicos incurables con dolores rebeldes. Cuando queremos efectos pasajeros usamos dos tercios de novocaina y un tercio de alcohol absoluto o simplemente rectificado. Para el botón intradérmico usamos sólo novocaina. No se debe hacer alcohol intradérmico porque provoca reacciones inflamatorias o necrosis. El tejido celular lo tolera mal. Usamos el procedimiento en infiltraciones tronculares o regionales. Se necesitan buenas jeringas y agujas finas.

Hemos tratado 52 neuralgias del trigémino en 10 años: con 5 fracasos absolutos. Ningún caso de lesión ocular. Recidivas a los 3 meses, a los 6 meses, al año y a los dos años. 20 éxitos permanentes.

Cuando es afectado el nervio maxilar superior o el inferior, lo atacamos por la escotadura de la rama montante del maxilar in-

ferior, inyectando primero novocaina y una vez conseguida la anestesia regional, hacemos 2 cc. de alcohol puro.

Si esta afectado el oftálmico, hay temor de lesiones tróficas del ojo: entonces infiltramos el simpático cervical que nos ha dado resultados extraordinarios. Hay que avisarle al enfermo, que le puede quedar un Claudio Bernard Horner permanente.

La técnica simplificada por nosotros es la siguiente: enfermo acostado, cabeza derecha, semiflexionada, el índice izquierdo desplaza el complejo visceral del cuello hacia el lado opuesto, apoyando sobre el cartilago tiroides. Se pincha a esa altura, en la gotera carotidea hasta tocar el plano óseo, se aspira para control y se inyectan 15 cc. de la mezcla al tercio.

En el servicio del Prof. Plá, hemos documentado los resultados con el par termoelectrico.

Agregando unas gotas de lipiodol hemos documentado el lugar de la inyección con radiografías.

En los dolores torácicos: traumatizados, neumonias, infartos de miocardio, hemos inyectado 60 a 80 cc. de novocaina y el líquido desliza hasta el diafragma (control RX).

En los dolores torácicos de neoplásicos, agregamos una tercera parte o la mitad de alcohol puro.

En dolores pelvianos hemos usado la vía epidural: si son neoplásicos, primero hacemos novocaina 20 cc. al 1% y dejamos la aguja puesta, a los 5 minutos alcohol puro 20 cc.

Hay que dejar al enfermo en cama porque se produce a veces, una parálisis de los miembros inferiores que puede durar horas (ciático).

En la neuralgia del nervio de Arnold nos ha bastado la inyección de 10 cc. de alcohol al tercio (se hunde la aguja a 4 cm. de la línea media hasta tocar el plano óseo de la segunda vértebra cervical y se inyecta 5 cm. y el resto al retirarse).

En los dolores de miembros inferiores (arteríticos sobre todo) hemos hecho alcohol al tercio en el simpático lumbar.

Una sola inyección de 80 cc. de la mezcla y el líquido desliza hacia abajo, desde la primera vértebra lumbar hasta la quinta (controlado con lipiodol y R.X).

Excelentes resultados de tres meses, seis meses y un año.

Accidentes: para evitar la lipotimia emocional, hay que proceder siempre con el enfermo acostado. Conviene hacerlo espe-

rar una hora antes de dejarlo ir. Si está internado es mejor. En general no necesitan calmantes previos.

A veces hay que dar algún calmante para después de la infiltración.

Cuando hacemos infiltración del ganglio estelar tuvimos cinco casos de pneumotórax. Para evitar el neumotórax hay que abandonar las técnicas bajas (de Leriche y de Albanese) y adoptar la de Leriche, segunda manera. (ver libro de Cirugía del Doctor) o la nuestra. La punción de vasos se controla inyectando 1 cc. y aspirando.

Casos de muerte, ninguno. Disfonia por compromiso del recurrente: tuvimos dos casos (con alcohol diluido es pasajera y puede durar 20 días a dos meses). Es claro que si es un neoplásico incurable, no interesa la parálisis y al enfermo se le promete que se va a recuperar.

Personalmente nos inyectamos 4 cc. de novocaína y 4 cc. de alcohol rectificado, en una fractura del quinto metatarsiano: anestesia inmediata y que duró 30 días.

Desde hace cuatro años usamos la mezcla en la anestesia de incisión operatoria con resultados magníficos: sobre todo en cirugía abdominal y torácica.

En cirugía abdominal hacemos la infiltración local con la mezcla al tercio, después que el enfermo está bajo el efecto de la anestesia general o raquídea. Hemos llegado a usar entre la pared y los mesos, 150 cc. de la mezcla. Los enfermos despiertan sin dolor, pueden toser, respirar hondo, y levantarse precozmente sin molestias. Desaparecen o disminuyen casi todos los reflejos inhibitorios. Repetimos que no lo hacemos intradérmico y que en el tejido celular lo hacemos a distancia de la herida. Procediendo así, no hemos tenido ninguna alteración en la evolución de las heridas.

La anestesia de gases con el pentotal previo, consiguió que el enfermo se duerma sin terror, y la práctica de estas infiltraciones, creemos, consigue que se despierten sin dolor.

En comunicaciones ulteriores podremos dar datos más detallados y documentación.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR.— Pasamos a la discusión del tema. Tiene la palabra el Dr. Arana Iñiguez.

Dr. R. ARANA INIGUEZ.— Quiero referirme a lo sintetizado por el Dr. Aclé: desde el punto de vista neuroquirúrgico nos queda el problema del hombro y el brazo.

El Dr. Palma en su relato se refiere a la tractotomía mesencefálica. Casualmente acaba de aparecer un artículo, de Drake y Mackenzie, en que relatan seis casos operados, empleando la técnica de Walker en los que tuvieron éxito transitorio con recaída de los enfermos. Concluyen los autores que probablemente las tractotomías cervicales altas son preferibles para solucionar el problema del dolor de hombro y brazo.

La mesa agradece y felicita al relator Dr. Palma y también a los Dres. Mourigan y Vidal Beretervide así como a todos los otros participantes en la seccional de neurocirugía.

Sr. COORDINADOR.— Tiene la palabra el Dr. E. Mourigán.

Dr. E. MOURIGAN.— Yo expresé muy ligeramente mi posición frente a este problema. Me parece que se ha tenido poco en cuenta en las directivas de los cirujanos que buscan la supresión del dolor, un factor que considero de extraordinaria importancia: actuar sobre la vascularidad de una región. La embolia arterial de la femoral produce una anestesia absoluta con integridad de todos los troncos nerviosos; lo que ha desaparecido es la vascularización; se produce la anestesia absoluta y una parálisis, como si un cirujano hubiera seccionado los troncos nerviosos, al mismo tiempo se produce un dolor terrible que no puede ser dado por esos troncos nerviosos.

Esos enfermos calman su dolor con la infiltración del simpático que modifica la vascularidad, (la que queda a salvo por encima de los troncos), y los enfermos que tienen causalgia del mediano, se calman poniendo la mano en agua fría aunque el nervio esté alterado. Es asombroso como el calor o el frío modifican el dolor. Parecería que la parálisis vascular produce la cesación del dolor. El dolor estaría vinculado a la vasoconstricción o a la vasodilatación activa.

Creo que por ese camino se debe insistir y por ese camino posiblemente se reduzca la cirugía mutiladora, es decir, actuar sobre la vascularidad, sea por cirugía del simpático, sea por acción de la química sobre el simpático, ya sea local o sea de orden general; en ese caso tiene el inconveniente que decía el Dr. Palma de que modifica el resto del organismo.

Sr. COORDINADOR.— Tiene la palabra el Dr. Vidal Beretervide.

Dr. VIDAL BERETERVIDE.— Por la brevedad del tiempo, tuve que ser esquemático. Yo pienso lo mismo que el Dr. Palma.

Es posible que en el futuro, con el progreso que es tan rápido en el estudio de estos medicamentos, se pueda conseguir la acción selectiva sobre algunas sinapsis y no sobre otras. Actualmente pueden dar mi-driasis, parálisis de la acomodación, una serie de molestias que no es lo que se busca y que deberá solucionarse.

Por lo demás estoy de acuerdo con lo que se ha dicho respecto del tratamiento quirúrgico.

Sr. COORDINADOR.— (Cierre de discusión). Tiene la palabra el Dr. Palma.

Dr. PALMA.— Yo simplemente quiero agradecer a los estimados colegas Dres. Arana, Aclé, Mourigán y Vidal, él esquematizó muy bien la acción de los fármacos sobre el sistema nervioso autónomo y señaló su aplicación en las insuficiencias circulatorias periféricas, especialmente las arteritis seniles. En cuanto a su afirmación de que muchas veces el fármaco puede reemplazar la acción del cirujano, yo diría que en realidad son terapéuticas complementarias; pero no de exclusión. Nadie puede dejar de reconocer la importantísima acción útil que pueden tener los gangliopléjicos para salvar situaciones circulatorias de urgencia, situaciones graves. Pero indudablemente esos fármacos tienen una acción difusa, actúan sobre la totalidad del organismo, en tanto que la acción del cirujano al efectuar la simpaticectomía actúa electivamente en la zona del miembro que necesite el aumento circulatorio. Ello permite tener una plegia vasomotora electiva, localizada, que no incide en el resto del organismo con acciones secundarias, ni produce ganglioplegia difusa, que altera el equilibrio dinámico circulatorio del resto del organismo.

**ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE NEUROCIRUGIA PARA
EL V CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA A REALIZARSE
EN 1954**

Sr. COORDINADOR. — Se han anotado dos temas:

- 1º Traumatismos encefalocraneanos;
- 2º Cirugía vascular encefálica.

Si no hay observaciones se va a votar. (Se vota).

Sr. COORDINADOR. El tema 1. obtuvo 18 votos;
El tema 2. obtuvo 6 votos.

Queda pues elegido para el próximo Congreso, el tema "Traumatismos encefalocraneanos".