

Sobre una úlcera trófica de la pierna, rebelde a los tratamientos comunes y curada con las inyecciones Intra - Arteriales de Novocaina según el procedimiento de Leriche

POR LOS

Dres. Vicente Bertola y Rafael Garzón

En la sesión realizada en la Academia de Cirugía de París, el día 24 de Mayo de 1939, el Profesor Leriche relató el éxito obtenido al conseguir la "esterilización quirúrgica en dos casos de úlceras inveteradas de la pierna, rebeldes a todos los tratamientos y curadas en forma sorprendentemente rápida con inyecciones intra arteriales de una solución de novocaina al 1 %, 5 cc. en cada sesión, día por medio". El segundo caso curó después de injertos. Leriche llega a la conclusión de que el resultado obtenido por este nuevo tratamiento que preconiza con entusiasmo, ha sido idéntico al que se obtiene en casos similares con sus procedimientos de simpatectomía periarterial, destacando su acción más rápida. (Rev. Academie de Chirurgie, T. 65, Nº. 17, pág. 750).

La simpatectomía periarterial ha sido recomendada por Leriche especialmente en el tratamiento de diversos trastornos vaso motores y tróficos, como por ej. La gangrena de Reynaud, las acroparestesias, las esclerodermias, las úlceras tróficas, los angiospasmos, la claudicación intermitente y otros síndromes neurovegetativos y si bien sus resultados no son siempre satisfactorios, puede deducirse de la experiencia universal, que existe un saldo

favorable que induce a continuar utilizándola en la práctica diaria, si bien seleccionando los casos.

En nuestros servicios del Hospital San Roque hemos tenido la oportunidad de constatar los beneficiosos resultados obtenidos con las operaciones llevadas sobre el simpático aconsejadas por Leriche y sus discípulos, consiguiéndose en muchos casos hacer desaparecer los dolores intensos y rebeldes en úlceras de evolución tórpida y crónica de miembros inferiores, favoreciendo su cicatrización, así como también obtener la reabsorción de los edemas concomitantes, recuperar la contractilidad normal de los músculos y el funcionamiento articular. También nos ha sido posible comprobar que con estas intervenciones se logra reabsorber los derrames que infiltran los tejidos blandos y favorecer la recalcificación de los huesos.

No vamos a ocuparnos en esta oportunidad, de relatar en detalle, las observaciones realizadas sobre enfermos tratados por estos procedimientos quirúrgicos, que tan favorablemente modifican la evolución de los procesos patológicos enunciados anteriormente y sí, solo queremos referirnos aquí, al éxito obtenido al utilizar el nuevo tratamiento aconsejado por Leriche en un enfermo afectado de una úlcera trófica de pierna acompañado de dolores insoportables de los llamados causalgia (quemadura - dolor) por Weil Mitchel; síndrome neurálgico particular caracterizado por su intensidad, su larga duración, sus dolores especiales y su resistencia habitual a todos los medios terapéuticos.

El estudio de nuestro caso clínico nos ofrece la oportunidad de recordar nociones de anatomía y fisiopatología del sistema nervioso vegetativo, que si bien son suficientemente conocidas, son indispensables para explicar la etiopatogenia del proceso, así como las particularidades propias del dolor simpático y de las alteraciones tróficas de la piel a nivel de la úlcera y de sus partes vecinas. Estas nociones las consideramos suficientes y necesarias para interpretar la acción eficiente de la terapéutica utilizada, la que, digámoslo desde ya, actuaría rompiendo el círculo vicioso determinado por los llamados reflejos axónicos de Langley.

Nos induce a publicar esta primera observación entre noso-

tros, además de la posibilidad de extender sus beneficios a casos similares y aún a otras úlceras tróficas del tipo "mal perforante plantar", úlceras Hansenianas tróficas, (como coadyuvante útil en su tratamiento particular), la sencillez del procedimiento, su gran tolerancia y eficacia y la posibilidad de incluirlo con ventajas en los tratamientos ambulatorios en algunos casos de úlceras rebeldes y dolorosas de la pierna.

HISTORIA CLINICA

Agustín B., italiano de 58 años de edad, casado, agricultor, ingresa el 31 de Julio de 1939 a la sala N° 1, cama 9, del Hospital San Roque. Dado de alta, **curado**, el 28 de Agosto del mismo año.

A. hereditarios. Padre fallecido a los 60 años, ignora la causa. La madre muerta a los 64 años. Han sido 9 hermanos viviendo solo 4, uno fallece a los 48 años de una afección aórtica, otro de tifus a los 18 años, otro de un cáncer de cuello y de los demás ignora la causa.

A. personales. Nacido a término, lactancia materna. Tifoidea a los 24 años. Niega enfermedades venéreas. A los 48 años ha tenido crisis de hipertensión arterial que se repiten en años sucesivos. Etilista moderado, no es fumador. Régimen alimenticio y funciones de evacuación normales.

El enfermo no ha padecido de otras enfermedades infecciosas graves, ni ha estado expuesto a intoxicaciones de otra naturaleza.

La capacidad funcional general orgánica ha sido normal, trabajando siempre en faenas rurales.

Sus hábitos de vida han sido higiénicos, sin privaciones alimenticias especiales, no habiendo sido posible reconocer antecedentes de afecciones orgánicas, ni alteraciones desfavorables de peso en su cuerpo, que siempre guardó proporción con su estatura.

A. E. Actual. Hace dos meses empieza a sentir sensaciones de ardor y dolor quemante en la cara ántero interna de la pierna iz-

quierda, que aumenta en intensidad hasta volverse insoportable. Concomitantemente siente sensaciones de tensión, pesadez o inchazón y calor en la cara ántero interna del miembro afectado. Días después de sentir las primeras molestias subjetivas observa que por detrás del maleolo tibial izquierdo, apareció una mancha roja, sitio en el que posteriormente se le produjo una ampolla que se abrió espontáneamente días más tarde. Después de efectuar sin éxito algunas curaciones locales aconsejadas por sus familiares, concurre a la consulta de un médico de su pueblo (Alicia), el cual después de hacerle algunas curaciones secas le aplica un vendaje con tela adhesiva desde el ante pié al tercio superior de la pierna, lo que aumentó extraordinariamente la sensación de quemadura dolorosa obligando a retirar el vendaje inmediatamente.

Las molestias subjetivas aumentan y después de algunas infructuosas curaciones locales, se le coloca una bota con pasta de Unna, que también debió ser retirada por cuanto sus padecimientos parecieron intensificarse e irradiarse a todo lo largo de la pierna y aún a la cara interna del muslo.

Para calmar sus dolores, el enfermo es tratado con sedantes e hipnóticos los que no siempre consiguen aliviarlo. En esta desesperante situación viene a Córdoba donde consulta a uno de nosotros (Dr Garzón), ingresando a un sanatorio de esta ciudad, para su estudio y tratamiento. Días más tarde por razones de orden económico, ingresa al servicio de Piel y Sífilis del Hospital San Roque, con el siguiente estado actual.

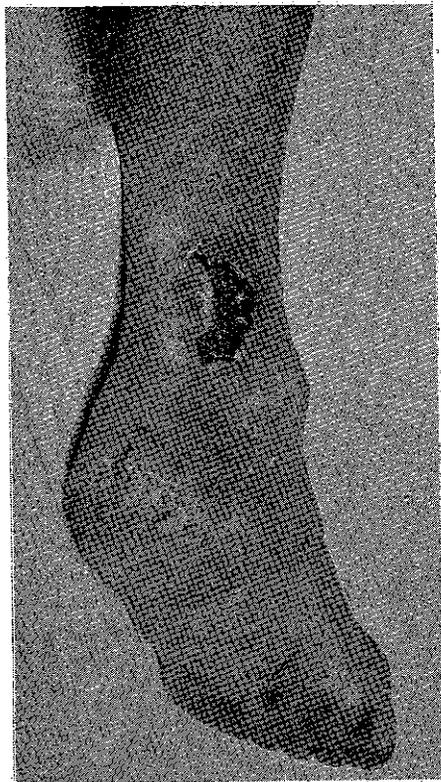
Estado actual. A su entrada al servicio, el enfermo presentaba una facies angustiosa, y de sobre excitación, con brillo en los ojos y mirada vivaz. Esta facies, que traducía su estado de ánimo, acentuada en los momentos de crisis paroxística de dolor, era modificada posteriormente por una facies extenuada y suplicante, que denunciaba su depresión física y mental.

El decúbito activo, inestable, era cambiado con dificultad y la marcha se tornaba vacilante y dificultosa realizándola después de tomar un sinnúmero de precauciones.

El enfermo de estatura de un metro 74 ctms tiene proporcionadas las partes de su cuerpo, presentando deficiente estado de

nutrición, arquitectura ósea normal, escasa musculatura y pániculo adiposo disminuído.

La piel de coloración blanca, sufre a nivel de la cara y de las manos cambios rápidos de enrojecimiento y palidez y las manos generalmente son frías y algo húmedas.



FOT N° 1 — Obsérvese la ubicación y aspecto particular de la úlcera y piel que la rodea. Piel lisa, tersa, brillante (Glossy Skin)

En la región retro-maleolar izquierda, la lesión erosiva que siguió a la ruptura de la ampolla, se agrandó en días sucesivos, merced a la aparición de una placa de necrobiosis que la agrandó excentricamente hasta adquirir 10 días después de la primera consulta, eliminada la escara, el tamaño y forma que es dable observar en la fotografía N° 1.

Como puede apreciarse en ella, la ulceración de forma irregular y semi-elíptica medía 7 x 3 cts., siendo sus bordes cortados a pico, ligeramente edematosos, circundados por un halo rojo vinoso de un centímetro de ancho. La superficie ligeramente irregular presenta granulaciones de muy escasa vitalidad, pálidos y que no sangran por los frotos con gasa. La secreción seropurulenta es más bien escasa y no llega a concretarse en costras.

El color cianótico o rojo salmón peri-ulceroso es modificado por la más ligera presión que provoca una isquemia local y la mancha blanca así producida se borra muy lentamente. La piel en esa región está ligeramente infiltrada.

Es posible constatar además y ello es bien apreciable en la fotografía N°. 1, la existencia de alteraciones tróficas de la piel vecina, que adquiere en parte un aspecto liso, seco y brillante (glossy skin) y además en la piel del talón y de la planta del pie fenómenos de hiperqueratosis, más intenso hacia el lado interno donde se observan algunas fisuras profundas.

Durante su estada en el sanatorio, ha sido posible estudiar con detalle las características particulares de su dolor obsesivo que tiene exacerbaciones paroxísticas insostenibles, acentuadas en más de una oportunidad por el más ligero roce de las ropas o de los dedos y aún por ruidos y otras impresiones de orden psíquico y emocional.

El enfermo que durante toda su asistencia médica en Alicia ha calmado sus dolores con analgésicos poderosos y con morfina, reclama insistentemente los sedantes a que está acostumbrado, pudiendo constatarse que más de una vez resultan absolutamente eficaces. En cambio el enfermo logra calmar sus angustiosas mortificaciones, tomando aptitudes particulares como la que nos fué dado observar desde el primer momento, y que consistía en sostener delicadamente la pierna izquierda con sus dos manos y flexionarla sobre el muslo de manera de colocarla perpendicularmente sobre el muslo opuesto, aunque sin tocarlo. Así mismo conseguía atenuar la sensación de quemadura, mediante la aspersion de agua helada. Era también evidente su alivio mediante la calma moral, determinada por la sugestión y su acrecentamiento a me-

dida que se repiten las excitaciones nerviosas, por contrariedad o desesperación ante su afligente situación.

A la exploración topográfica del dolor, ha sido posible constatar modificaciones apreciables en su extensión y distribución variable, a veces de un día a otro, sin ajustarse a la zona correspondiente al territorio del nervio lesionado. Esta disposición del dolor recuerda a los llamados "campos causálgicos" o "Synestesia de Souques" y que corresponderían a los fenómenos descritos por André Thomas bajo el nombre de "repercusividad simpática".

Cabeza: Cráneo dolicocefalo, diámetros normales. Cabello entre cano escaso alopecia seborréica.

Ojos: Pupilas iguales, regulares, simétricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Boca: Dientes bien implantados, en mal estado de conservación.

Torax: Regular, simétrico. Aparato respiratorio normal.

Aparato cardio-vascular: Area cardíaca normal. Tonos cardíacos y ritmo normales.

Pulso: Regular, rítmico de 74 pulsaciones por minuto. Tensión arterial. Mx. 20, Mn. 11 P. G. Las arterias están ligeramente endurecidas. El enfermo sufre de crisis hipertensivas a veces de naturaleza psicógena. La tensión arterial al ser dado de alta se modifica en Mx. 17 y Mn. 10. Mediciones posteriores denunciaron aumentos variables de la tensión arterial.

La irrigación sanguínea periférica, se modifica en exámenes sucesivos, constatándose alternativas de palidez y de cianosis discretas en manos y pies, que parecen denunciar vasolabilidad pronunciada.

Abdomen y aparato digestivo: Normal.

Aparato uro-genital: Normal.

Sistema nervioso: Sensorio y psiquismo normales, salvo una marcada astenia psíquica alternada con estado de sobre excitaciones pasajeras.

Organos de los sentidos: Nada de particular.

Miembros: Superiores normales. Inferiores: lado derecho nor-

mal; lado izquierdo a la inspección se nota que las masas musculares han disminuído de tamaño y se presentan flácidas e hipotónicas. La palpación de las masas musculares exagera y aumenta los dolores. En la cara interna de este miembro se aprecian trayectos congestivos del tipo de las linfangitis acompañados de sensaciones subjetivas de ardor de quemadura y de fuertes dolores.

Trasornos de la motilidad: El enfermo conserva la motilidad activa de todas las articulaciones. El estado trófico de la musculatura de su miembro inferior izquierdo está disminuída (hipotrofia).

Como ya lo hemos destacado anteriormente la posición del pié y sobre todo la marcha es dificultosa y a veces imposible por sus dolores efectuándolo siempre con las mayores precauciones.

Trastornos de la sensibilidad: Ya nos hemos ocupado de los trastornos de la sensibilidad del miembro afectado, los fenómenos de hiperestesia y las algias particulares. La sensibilidad térmica táctil y dolorosa del resto del cuerpo, conservado

Sentido muscular: Sentido muscular, para los movimientos pasivos conservados, pero fuerza muscular disminuída en miembro inferior izquierdo. Reflejos profundos conservados

Trastornos vaso motores y tróficos: Solamente se han constatado los que dejamos enunciados.

El resto del examen somático no ofrece nada de particular.

Análisis practicados:

Sangre: Reacción de Wassermann y Kahn: negativos. Urea: 0.37 grs. por mil.

Glucosa: 1 grs. por mil.

Orina: Nada de particular.

Estudio bio-químico de la sangre: normal

Radiografía de pierna. normal.

Tratamiento: Durante su estada en el Sanatorio fué tratado con medicación citofiláctica, a base de suero fisiológico, pomadas a base de insulina, vitaminas, etc., efectuando este tratamiento en reposo. Además se le hicieron inyecciones de propionato de tes-

tosterona (perandren), folieulina y vitaminas antineuríticas (Betaxina fuerte).

Habiendo fracasado esta medicación y en conocimiento del éxito obtenido por Leriche, con su nuevo procedimiento, se resuelve aplicarlo en nuestro enfermo para lo cual se sigue la técnica aconsejada por su autor.

Inyecciones practicadas:

Agosto 8: 5 cc. de solución de novocaína al 1 % en la arteria femoral a la altura del triángulo de Scarpa. A los 5 minutos esta pierna se presenta más caliente que la del lado opuesto; es decir que la del lado derecho e inmediatamente el enfermo siente un gran alivio con respecto a sus dolores, sensaciones de quemaduras.

Agosto 9 y 10: El enfermo ha dormido bien y se siente muy contento.

Agosto 11: En el triángulo de Scarpa izquierdo se repite la inyección intra arterial igual solución e igual cantidad. Inmediatamente se notan fenómenos de vasodilatación y ya el restregado de la herida con gasa lo soporta perfectamente bien, presentándose la úlcera de coloración más viva y ligeramente sangrante.

Agosto 14: Se repite la inyección intraarterial igual dosis e igual solución. La ulceración ha cambiado completamente de aspecto y ha disminuído de tamaño.

Agosto 16: Igual tratamiento.

Agosto 18: Igual tratamiento.

Agosto 21. Igual tratamiento. La ulceración está reducida a un tercio de su tamaño y el proceso de cicatrización es muy intenso.

El enfermo ha mejorado de carácter, está tranquilo, contento y duerme perfectamente bien.

Agosto 23: Igual tratamiento.

Agosto 25: Igual tratamiento.

Agosto 28: El enfermo es dado de alta, faltando 4 mm. de piel para curarse y en perfectas condiciones. Duerme tranquilo

sin molestias y sin dolores. Las sensaciones de quemaduras y de ardores han desaparecido desde el primer momento después de la inyección. Prácticamente está curado y pasa la mayor parte del día de pié.

El enfermo visto el 8 de Septiembre ha cicatrizado completamente y está perfectamente bien curado.

INTERPRETACION DEL CASO CLINICO

Su etiopatogenia

Los antecedentes y el estudio somático del enfermo, las singulares características de su dolor quemante, que desde la calma completa o del simple prurito, va por crisis paroxísticas insoportables, hasta un estado de tortura apenas creíble (algunos enfermos lo comparan a lo que sería "una quemadura producida por un sinapismo muy caliente" o a la "acción de una lima enrojecida al fuego que corroe la piel", (causalgia), determinada a veces por causas de naturaleza psicógena, e influenciada favorablemente por la calma moral; la iniciación y evolución de la úlcera atónica, así como los trastornos vaso motores y las lesiones distróficas de la piel, que en la zona peri-ulcerosa adquiere las características del "glossy skin", nos ha inducido a encuadrar nuestro caso, entre las alteraciones debidas a excitaciones simpáticas reflejas (reflejos axónicos de Langley y de reflectividad antidrómica de Bayliss), que por fenómenos de repercusividad simpática determinan un círculo vicioso. El rápido éxito al inhibir el simpático por la terapéutica utilizada, rompiendo así este círculo vicioso, parecen confirmar nuestra interpretación.

Cabe recordar aquí, que Tinell (que tiene estudios especializados sobre la causalgia) ha puntualizado las características diferenciales entre las neuritis verdaderas y los dolores del simpático tipo "causalgia". Debemos recordar a este respecto que según este autor, "en las neuritis, el dolor provocado por la presión del cordón nervioso y de las masas musculares, contrasta con la

anestesia superficial más o menos acentuada, realizando así, un síndrome inverso al de la causalgia; la ausencia de repercusión emocional, los caracteres diferentes del dolor, la existencia de parálisis asociada habitualmente a la neuritis, la intensidad de los trastornos tróficos cutáneos y de las retracciones musculares, y la importancia de las lesiones nerviosas completan esta oposición; pero hay que reconocer que los dos síndromes marchan comúnmente asociados”.

No es oportuno, ni tampoco indispensable referirnos detenidamente a la anatomía y fisiopatología del sistema neuro-vegetativo, pero sí, creemos necesario para explicarnos el mecanismo etiopatogénico del proceso que estudiamos, recordar algunas nociones elementales de los arcos reflejos simples, y de los pseudos reflejos axónicos del sistema nervioso autónomo y su mecanismo de acción regulador de la circulación periférica.

Los elementos de un arco reflejo simple, están esquematizados en la foto Nº. 2, tomada de Wiggers y son: un receptor o neurón aferente, un neurón motor o neurón eferente, unidos a nivel de la médula por el neurón pre motor o internuncial. El neurón receptor lleva solamente impulsos aferentes y el neurón eferente únicamente impulsos eferentes.

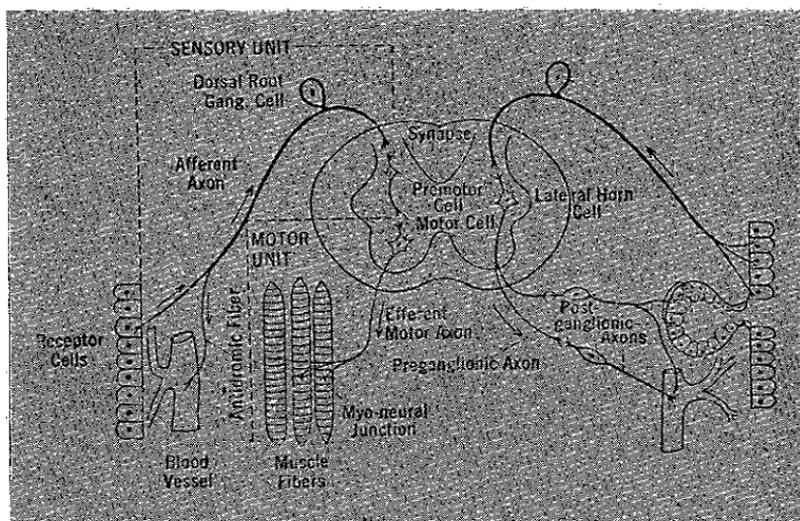
Nos interesa recordar así mismo, que hay pseudos reflejos autónomos sin participación medular, llamados reflejos axónicos de Sokowin y Langley, los que son llamados de conducción antidrómica por Bayliss (ver mitad izquierda de fotografía Nº. 2).

Los pseudo reflejos axónicos de Langley, suponen que una excitación conducida por axonas no mielinizadas, puede reflejarse en una fibra nerviosa, por una ramificación en sentido contrario a su camino centrípeto (reflectividad antidrómica, Bayliss).

Es sabido también, que el sistema neuro vegetativo, tiene ramos sensitivos y ramos motores que acompañan a los distintos nervios de la vida de relación y que dentro de los nervios sensitivos corren fibras vasomotoras. Así mismo, los distintos vasos de la economía tienen ramas simpáticas y para simpáticas que corren por la túnica periarterial y perivenosa. La existencia de innervación

vasomotora de las venas en el sentido constrictor estaría apoyada por resultados experimentales.

A su vez los vasos (arteriales y venosos), envueltos por su túnica propia, con fibras simpáticas sensitivas y motrices, tienen sensibilidad (dolor arterial y venoso), y están sometidas a acciones de dilatación y de constricción es decir aumento y disminu-



FOT. N° 2. — Fotografía tomada de Wiggers. Demuestra la constitución de un arco reflejo simple y de los pseudos reflejos axónicos de Langley. (Ver mitad izqda.)

ción de su calibre con mayor o menor afluencia de sangre, regulación dependiente de este mismo sistema.

Es merced a este mecanismo regulador, que el sistema autónomo ejerce por su antagonismo, que mantiene el tono y sensibilidad muscular y vascular y que las perturbaciones de los reflejos vasculares originan perturbaciones nutritivas que alteran su trofismo y el de la piel.

La íntima conexión, del sistema nervioso de la vida de relación con el sistema neuro-vegetativo, explican su interdependencia y acción conjunta e indivisible, que se traduce normalmente, por las respuestas adecuadas al estímulo, mediante el mayor o menor

aflujo de sangre determinado por la acción simpática, y producto sea de un arco reflejo, con participación del neuro eje o de un pseudo reflejo de axona.

Toda irritación de los nervios sensitivos provoca modificaciones vasculares, existiendo así un paralelismo muy estrecho entre sensibilidad, vaso motilidad y trofismo.

Los corpúsculos sensitivos, dice Leriche, están rodeados de un cesto vascular siendo indispensable "una cierta atmósfera circulatoria", para su buen funcionamiento. (Dubreuil). Si la actividad circulatoria está disminuída o aumentada pueden ser hipersensibles. Influencias hormonales y químicas, se ejercen sobre los vasos, que tienen como consecuencia contricciones de los mismos en determinadas circunstancias fisiológicas.

Algunos autores, entre ellos Cl. Vincent, piensan que las alteraciones tróficas, son explicables por trastornos vaso motores especialmente de déficit. Los trastornos tróficos serían según ellos el resultado de una perversión vasomotriz.

"Faltan pruebas anatómicas sobre la existencia de fibras nerviosas tróficas; pero existirían "conductores tróficos" cuyas alteraciones determinarían en las regiones de sus resortes, no solo modificaciones circulatorias y térmicas evidentes, sino también cambios físico-químicos, que mantienen el equilibrio metabólico en la intimidad de los tejidos. Las alteraciones nerviosas son capaces de provocar, fuera de las modificaciones groseras de la sensibilidad consiente, perturbaciones en el medio de regulación y de defensa, que las vías centripetas aseguran a todos los tejidos".

Así mismo, por alteración del sistema nervioso de la vida vegetativa, cuando es sometido a excitaciones anormales, se producen edemas por éstasis, con crisis de vaso constricción, dolor y trastornos del tono muscular y atrofia, (como una consecuencia del déficit en el aporte sanguíneo a los tejidos), muy evidentes en aquellos enfermos, que como en el nuestro, no ha aparecido oportunamente lo que Albert y Fontaine han llamado el "recobro rápido de sus funciones".

La causa ocasional en la aparición de las ulceraciones en estos enfermos predispuestos, es casi siempre un traumatismo pe-

queño y repetido que habitualmente no se registra en los antecedentes del enfermo.

“Los trastornos tróficos, pueden seguir a traumatismos de los miembros, sin lesión aparente de los nervios (trastornos fisiopáticos), que traducen una perturbación física material del sistema nervioso y no parecen corresponder generalmente a una lesión nerviosa susceptible de ser demostrada por los medios de investigación de que disponemos”.

Según Leriche no hay traumatismo abierto o cerrado de las extremidades que no se acompañe de un desequilibrio vaso motor. Las irritaciones locales o microtraumatismos repetidos al transmitirse por vía celulípeta e instalarse el arco reflejo trae como respuesta, según su importancia, algias de intensidad variable, fenómenos de constricción y por ende alteraciones metabólicas en la intimidad de los tejidos, que explican las alteraciones tróficas.

Se establecería en consecuencia, un verdadero círculo vicioso cuyo punto de partida estaría precisamente en el foco lesional periférico, de dónde repercutiría sobre la vascularización del miembro afectado y sobre el resto de la economía.

De cuanto se lleva dicho se deduce que una porción de nuestros tegumentos a donde concurren fibras somáticas y simpáticas (sensitivas y motoras), vasos sanguíneos (arteriales y venosos), está sujeta su nutrición a la acción de los nervios de la vida vegetativa, a la mayor o menor afluencia de sangre condicionada por el mismo, a los intercambios celulares, a la repercusión sobre las glándulas de la piel, para que éstos segreguen mayor o menor cantidad de sus productos, según el estímulo; o que los músculos en relación con el tegumento a fibras lisas, (arrectores pilli), se contraigan o no, y de todo este conjunto mantener la nutrición, el turgor, el tono y la elasticidad, condicionados por los distintos estímulos que actúan respondiendo de distinta manera.

Si las consecuencias de las irritaciones anormales del simpático son suprimidas, como ocurre después de la simpatectomía periarterial o de las inyecciones intra-arteriales de novocaína, “la circulación es más activa, la nutrición de los tejidos aumentada, los procesos leucocitarios son más activos, los mecanismos de de-

fensa son mayores, el crecimiento del tejido es provocado y acelerado" lo que determina la curación y justifica estos tratamientos en los trastornos tróficos.

Como lo hemos dicho antes, esta concepción etio-patogénica, ha permitido a Leriche y a sus discípulos, curar muchísimos enfermos con úlcera en la pierna, de evolución tórpida crónica, mediante la simpatectomía peri arterial, completada según el caso, con otras intervenciones, tales la de Scalone o Método de la simpatectomía peri neural llegando en otras circunstancias (enfermedad de Leo Buerger), hasta la gangliectomía lumbo sacra y aún a la capsulectomía parcial.

De estas intervenciones, se han ocupado especialmente Leriche, Gath y Ross en el extranjero y en nuestro país entre otros Julio Diez y Ricardo Finochietto. Por nuestra parte diremos que en el 1er. Servicio de Cirujía del H. San Roque, se han utilizado estos métodos quirúrgicos, ni bien conocidos sus indicaciones y detalles de técnica, encontrándonos muy satisfechos por los excelentes resultados obtenidos.

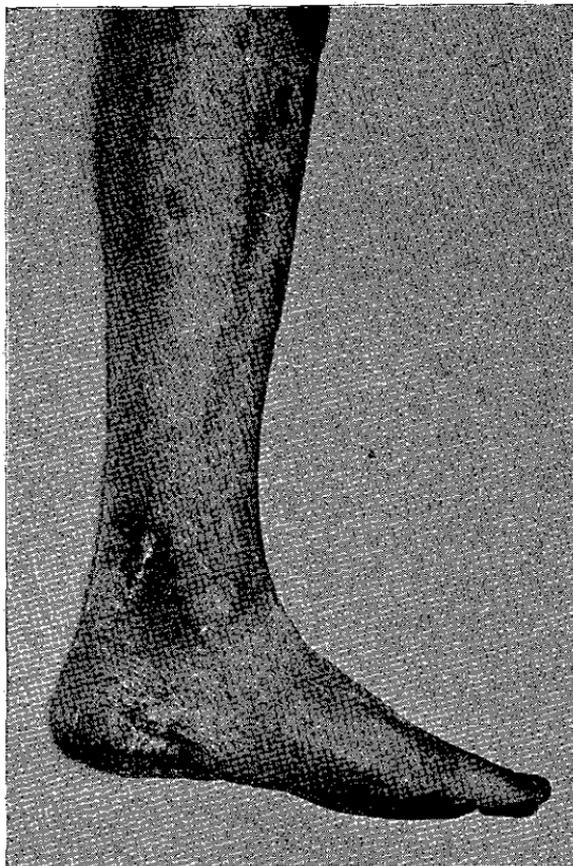
Así nos explicamos también el óptimo resultado obtenido con el tratamiento instituido en nuestro enfermo, lo que fué evidente desde la primera inyección. Fué posible constatar entonces, una modificación de la circulación periférica, por vaso dilatación activa, aumento de la temperatura local, la que persistió durante varias horas. Las sensaciones de quemaduras, lo mismo que los dolores intensos cesaron de inmediato para no volver a repetirse y por primera vez después de varios meses el paciente pudo conciliar el sueño sin necesidad de hipnóticos.

El enfermo que era un preocupado, de carácter irascible, como consecuencia de sus dolores intolerables, inmediatamente después de cesar éstos, cambió de carácter.

A la octava inyección y sin necesidad de injertos, cura definitivamente.

Las alteraciones tróficas de la piel vecina, mejoraron, volviendo a presentar su aspecto, turgor, elasticidad, sudoración y

desarrollo piloso normales, todo lo que es posible contatar en forma evidente en la fotografía N°. 3, en la que se advierte la curación de la úlcera un año más tarde, no habiendo sufrido más dolores desde entonces.



FOT. N° 3. — Curación completa de la úlcera y aspecto normal de la piel que rodea la cicatriz

Evidentemente no habrá que erigir este tratamiento en una panacea, será necesario reglar sus indicaciones. Con respecto a nuestro caso de úlcera trófica con algias extensas y progresivas, y con manifestaciones de neuritis simpáticas (tipo causalgia), su indicación era evidente y sus resultados lo corroboraron.

BIBLIOGRAFIA

- Leriche R. et Fritz Fröelich.** — Sterilization de deux ulcères de Jambe invétérés par injections intra arterielles de novocaine (Memoires de l'Academie de Chirurgie. T. 65, N° 17, seance du 24 Mai 1939, pág. 750).
- Wiggers.** — Physiology in Health and Disease. (Mechanisms of Simpler reflexs. P. 135.
- R. Leriche et A. Policard.** — Physiologie Pathologique Chirurgicale. Año 1930.
- André Thomas.** — Le Phenomenes de Repercusivite.
- Clément Simon.** — Causalgie. Nouvelle Pratique Dermatologique. Tomo V, P. 817.
- Clément Simon.** — Troubles Trophiques de la Peau et des phaneres. N. P. D. T. V., P. 765.
- Misael Bañuelos.** — Patología y Clínica del Sistema Neurovegetativo 1930.
- Tinel J.** — Le systeme nerveux vegetative. Masson. 1937.
- Delmes y Laux.** — Anatomie medico chirurgicale du systeme nerveux. Masson, 1933.
- Lluesma Uranga.** — Estudios de fisiopatología neuro vegetativa. Barcelona, 1936.
- White James C.** — The autonomic nervous system. Mac Millan 1935.
- Gask E. George and Ros Palerson J.** — The surgery of the sympathetic nerous system. Bailliere Tindall and Cony. London. 1936.

Bertola Vicente J. e Inés López Colombo de Allende. — Sobre una rara localización osea. Osificación parcial de la vaina del nervio mediano y nervio cubital. (Semana Médica, N° 22. Junio 3. 1937, pág. 1522).

Rafael Garzón. — Ulceras de la pierna. Rev. de la Universidad Nacional de Córdoba, Año 1939. N° 9-10.

Ordóñez Ferreyra Héctor. — Secuelas Neuro-simpáticas de los traumatismos de las extremidades. Día Médico. Año 1939.
