

TRATAMENTO DAS NEURALGIAS CUBITAIS E CIÁTICAS EM HANSENIANOS PELO SULFATO DE AMÔNIO ASSOCIADO À PROCAÍNA

Wilson Brotto (*)

Há alguns anos Judovich e Bates¹ têm empregado com sucesso o sulfato de amônio associado à procaína para sedação das neuralgias segmentares rebeldes, e, particularmente na neuralgia ciática cuja etiologia não tenha sido possível esclarecer, assim como nas neuralgias intercostais, na neuralgia occipital de Arnaud, nas dores abdominais post-colecistectomia e post-apendicectomia e no herpes zóster. O emprêgo do sulfato de amônio partiu da observação de que uma solução aquosa da "*Serracenia purpurea*" determinava uma diminuição das dores de tipo neurálgico: dessa solução foi possível isolar o sulfato de amônio do qual o ion amônio seria o elemento quimicamente ativo, exercendo uma ação seletora sobre as fibras nervosas. Para comprovar a inocuidade dessa solução, êsses A.A. infiltraram diretamente o nervo safeno interno de cobaias, tendo verificado, pelo exame microscópico, apenas discreta infiltração plasmocitária que regredia em poucos dias. Judovich e Bates verificaram que essa associação não deve ser empregada indistintamente, mas apenas nas dores de tipo neurálgico, pois não parece eficiente no tratamento das dores originárias de músculos, tendões, ligamentos, vasos sanguíneos ou ossos, podendo todavia ser empregada nas neuralgias associadas a essas condições.

Mais recentemente, Melaragno e Tenuto², fazendo um estudo do tratamento das neuralgias, principalmente ciáticas, pelo sulfato de amônio e procaína, insistem que se deve estabelecer primariamente o diagnóstico etiológico das neuralgias segmentares; só nos casos em que, apesar de tudo, não se consegue esclarecer a etiologia da síndrome neurálgica, assim como nos casos em que o tratamento cirúrgico é recusado pelo paciente, é que o tratamento sintomático pelo sulfato de amônio e procaína deve ser tentado. Êsses A.A., aplicando essa associação em 7 casos de ciática, 2 de neuralgia occipital de Arnaud e 1 de neuralgia intercostal, obtiveram, em todos os casos, completa remissão das dores, confirmando que esse método constitui, no momento, o tratamento sintomático eletivo das neuralgias segmentares.

O conhecimento de tais trabalhos, induziu-nos a empregar nos casos de neuralgia cubital e ciática em internados no Sanatório Padre Bento, o

(*) Neuro-psiquiatra do Departamento de Profilaxia da Lepra — São Paulo; Assistente da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Adherbal Tolosa), São Paulo, Brasil.

tratamento pelo sulfato de amônio associado à procaína. Devemos ressaltar que tentamos sempre antes o tratamento pelos analgésicos habituais e só quando estes se mostravam ineficazes é que empregamos o sulfato de amônio e procaína. Procuramos observar também se, após a sedação dos fenômenos dolorosos, o paciente se encontrava ou não com surto reacional da moléstia, pois é do conhecimento geral a existência de dores do tipo neurálgico na vigência da reação leprótica. Em alguns casos nos quais as dores eram bilaterais, fizemos primeiramente a infiltração apenas de um lado, no qual as dores se manifestavam com maior intensidade, a fim de verificar comparativamente os resultados terapêuticos.

Em nossos casos, empregamos o sulfato de amônio em solução aquosa a 0,75% e a procaína a 2%, em ampolas de 6 e 4 ml., respectivamente, que eram misturadas na seringa no momento da infiltração. A quantidade de líquido a empregar depende, naturalmente, da região ou nervo que se pretende infiltrar, conforme veremos mais adiante. As infiltrações devem ser repetidas cada 5 dias; nos casos em que não há nítida sedação dos fenômenos dolorosos, após as quatro ou cinco primeiras aplicações, deve-se suspender o tratamento; ao contrário, se houver remissão das dores é conveniente perfazer a série de 10. A agulha utilizada deve ter 10 a 12 cm. de comprimento, semelhante às de punção liquórica (80x8 ou 80x10).

Para maior facilidade na exposição da técnica empregada e dos resultados obtidos por esse tratamento, classificaremos os casos observados todos internados nos Sanatórios mantidos pelo D. P. L., em dois grupos:

1. Neuralgias do tipo cubital.
2. Neuralgias do tipo ciático.

1. *Neuralgias do tipo cubital* — Incluimos neste grupo os casos em que as dores se manifestavam no trajeto do nervo cubital, quer espontaneamente, quer pela compressão. As infiltrações devem ser feitas na região paravertebral ao nível das raízes C₇, C₈ e D₁. O paciente é colocado em decúbito lateral oposto ao lado que se pretende infiltrar, mantendo a cabeça em semi-flexão sobre o peito; a ponta da agulha é colocada lateralmente a 2 cm. da linha espondiloidéia, numa linha horizontal que deve passar pelo ápice da apófise espinhosa correspondente à raiz visada. Empurrada suavemente, a agulha, após atravessar a pele, o tecido subcutâneo e as massas musculares, atinge a face posterior da apófise transversa; em seguida ela é recuada de aproximadamente 1 cm. e é inclinada, de modo que sua ponta, deslocando-se para baixo e ligeiramente para fóra, vai atingir o bordo inferior da apófise transversa; aprofunda-se novamente a agulha de aproximadamente 1,5 cm., conservando essa direção; aspira-se e faz-se a injeção da solução bloqueante. O toque da raiz pela agulha, pôde ser acusado por uma sensação de dor ou choque elétrico ao longo do membro superior correspondente.

Em nossos casos, visando acalmar particularmente a neuralgia cubital, procuramos infiltrar as raízes C₇, C₈ e D₁, raízes de origem do nervo cubi-

tal, ao invés de infiltrar o plexo braquial por via supra-clavicular (fig. 1). A quantidade empregada da mistura das soluções de sulfato de amônio e procaina nas proporções já indicadas, foi de 10 ml., dividida em três porções de 3.3 ml., injetadas nos níveis adequados. As infiltrações foram repetidas cada 5 dias e, mesmo quando houve nítida sedação das dores, após as primeiras aplicações, procuramos perfazer a série de 10 infiltrações.

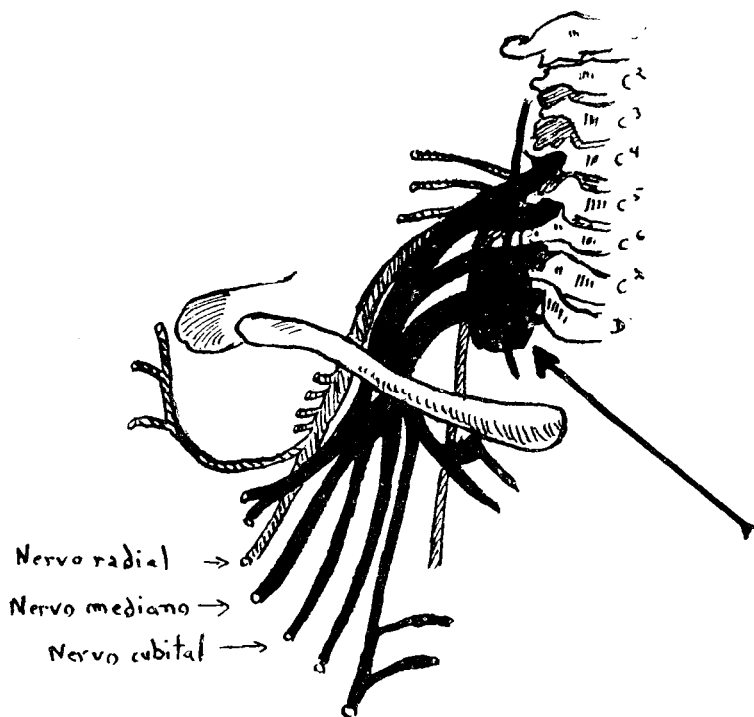


Fig. 1

A zona escura representa a área de infiltração anestésica das raízes C7, C8, D1, por vias posterior.

São as seguintes as observações dos casos de neuralgia cubital por nós observados e tratados:

CASO 1 — A. I., 45 anos, branco, brasileiro, pedreiro, examinado em 6-7-1945.

H.M.A. — Veiu à consulta porque, há 35 dias, está com dores em queimação, intensas, localizadas nos antebraços, particularmente à direita; o simples roçar das cobertas provoca dores insuportáveis desse lado, por 1 vêzes tem dores em agulhada no dedo mínimo. Os analgésicos habituais têm sido ineficazes. Atualmente está com surto reacional de lepra.

Exame físico — Nervos cubitais pouco dolorosos com discreto espessamento à direita, nervos ciático-poplíteo-externos palpáveis e indolores, reflexos patelares exaltados, membro superior direito em posição antálgica a fim de evitar a deflagração das dores.

Tratamento — Após a primeira infiltração radicular paravertebral com sulfato de amônio e procaina à direita, as dores cederam durante quatro dias, para retornarem depois, embora com menor intensidade. Feita a segunda infiltração houve uma exacerbação das dores durante várias horas após o que se atenuaram sensivelmente. Após a quarta infiltração as dores tinham desaparecido totalmente, e terminada a série o paciente não mais se queixava de dores, apesar de ainda se achar em surto reacional da moléstia que só se extinguiu um mês depois.

CASO 2 — N. A. N., 19 anos, branca, brasileira, doméstica, examinada em 2210-1946.

H.M.A. — Há 3 anos tem dores em pontada nas regiões cubitais, que ultimamente se tornaram contínuas, intensas, rebeldes aos analgésicos habituais. Ultimamente, notou diminuição da força muscular no dedo mínimo da *mão* direita.

Exame físico — Nervos cubitais bastante espessados e dolorosos ao mais leve toque; nervos ciático-poplíteo-externos pouco espessados e pouco dolorosos; diminuição da força muscular no dedo mínimo da mão direita; exaltação dos reflexos patelares.

Tratamento — A infiltração radicular paravertebral foi feita bilateralmente, ao nível de C₇ C₈, e D₁. Após a quarta aplicação as dores cederam completamente à esquerda, persistindo todavia à direita embora com menor intensidade onde só desapareceram totalmente após a oitava aplicação. Re-examinada 4 meses e 1 ano após terminada a série, a paciente não se queixava de dores, embora os cubitais continuassem espessados e pouco dolorosos à pressão.

CASO 3 — A. M., 32 anos, branca, brasileira, doméstica, examinada em 12-6-1947.

H.M.A. — Internada há 12 anos teve já vários surtos reacionais da moléstia acompanhados de dores cubitais à esquerda, motivo pelo qual fez, há 10 anos, intervenção cirúrgica sobre o nervo cubital desse lado. Veiu à consulta porque, há dois meses, surgiram dores na região cubital esquerda, contínuas, intensas e rebeldes aos analgésicos habituais.

Exame físico — Nervos cubitais espessados e dolorosos principalmente à esquerda; nervos ciático-poplíteo-externos pouco espessados e pouco dolorosos; reflexos patelares exaltados.

Tratamento — Instituída a terapêutica pela infiltração paravertebral com sulfato de amônio e procaina, à esquerda, após a terceira infiltração houve remissão total dos fenômenos dolorosos. Reexaminada quatro meses após terminada a série de infiltrações não mais se queixava de dores espontâneas ou pela compressão na região cubital esquerda, queixando-se todavia de diminuição da força muscular nos dedos mínimo e anular da mão esquerda.

CASO 4 — A. C., 25 anos, branco, brasileiro, examinado em 26-7-48.

H.M.A. — Há 12 dias começou a sentir dores na região cubital esquerda, intensas e contínuas, que só se atenuavam temporariamente com os analgésicos habituais.

Exame físico — Nervos cubitais espessadíssimos, tensos, dolorosos, principalmente à esquerda; posição antálgica do membro superior esquerdo; reflexos patelares vivos; no membro superior esquerdo a pesquisa dos reflexos tendinosos é prejudicada pelas dores.

Tratamento — Iniciada a infiltração radicular paravertebral com sulfato de amônio e procaina à esquerda as dores começaram a se atenuar, não mais retornando o

paciente para tratamento. Chamado, informou-nos que continuava com dores fracas que não impediam seu trabalho nem prejudicavam o sono.

CASO 5 — A. G. B., 26 anos, branca, brasileira, examinada em 6-3-947.

H.M.A. — Relata que há 4 anos, vem sentindo dores em queimação nos antebraços particularmente à esquerda, com períodos de acalmia espontânea de um ou dois meses, nestes últimos quatro meses tornaram-se continuas, rebeldes aos analgésicos habituais.

Exame físico — Nervos cubitais e ciático-popliteo-externos não espessados e pouco dolorosos; vivacidade dos reflexos ósteo-tendinosos.

Tratamento — Instituída a infiltração paravertebral com sulfato de amônio e procaina à esquerda as dores começaram a ceder, porém, após a quarta aplicação a paciente teve uma crise caracterizada por dores generalizadas intensas, febre e mau estar geral, em virtude do que foi suspenso o tratamento. Reiniciado, um mês após, as dores cubitais que se achavam exacerbadas diminuíram progressivamente para ceder completamente após a oitava aplicação. Passou bem durante três meses após o que as dores retornaram acompanhada de síndrome de apendicite aguda. Realizada a apendicetomia as dores atenuaram-se progressivamente para cederem completamente um mês depois.

CASO 6 — J. B., 50 anos, branco, brasileiro, examinado em 29-4-947.

H.M.A. — Relata o paciente que ha algumas semanas está sentindo dores intensas na região cubital direita, rebeldes aos analgésicos habituais que o impedem dormir.

Exame físico — Nervos cubitais bastante espessados, duros e dolorosos particularmente à direita; membro superior direito em posição antálgica; motricidade do membro superior direito prejudicada pelas dores; hiperreflexia ósteo-tendinosa generalizada.

Tratamento — Iniciada a infiltração com sulfato de amônio e procaina à direita, após a terceira infiltração houve remissão total das dores, apesar do paciente se encontrar em surto reacional. Passou bem durante seis meses, após o que as dores retornaram na região cubital direita; impossibilitado de nos consultar, o paciente submeteu-se a intervenção cirúrgica do nervo cubital desse lado, com o que, as dores cessaram completamente. Reexaminado posteriormente em diversas ocasiões, não mais se queixava de dores, acusando todavia, diminuição da força muscular no dedo mínimo da mão direita.

2. *Neuralgias do tipo ciático* — Incluímos neste grupo os casos em que as dores se localizavam ao longo do nervo ciático acompanhadas dos sinais clássicos do síndrome ciático. Nos casos em que o síndrome ciático era bem característico, preferimos fazer a infiltração troncular do nervo grande ciático na região glútea. Nos casos em que esse síndrome não era bem definido, apresentando dores distribuídas de modo difuso nos membros inferiores, com as características de dores musculares, ósseas ou articulares, preferimos fazer a infiltração paravertebral das raízes lombares.

Para a infiltração troncular direta do nervo grande ciático, na chanfradura ciática através da região glútea, o paciente é colocado, preferivelmente em decúbito ventral ou em decúbito lateral oposto ao lado que se deseja infiltrar. O ponto de introdução da agulha pôde ser determinado por várias técnicas (fig. 2):

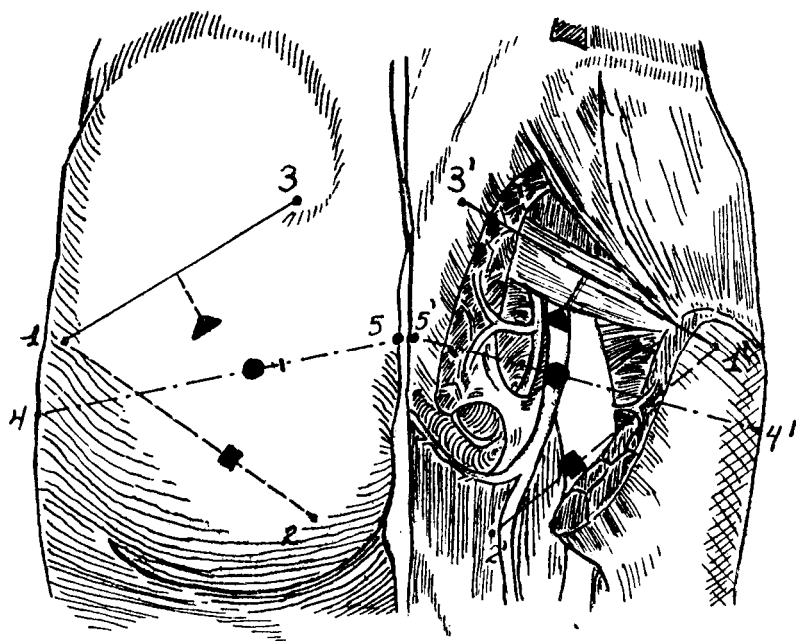


Fig. 2

Pontos de eleição para infiltração troncular do nervo grande ciático pelas técnicas citadas.

- 1 - 1' — Bordo superior do grande trocanter.
- 2 - 2' — Tuberosidade isquiática.
- 3 - 3' — Espinha iliaca posterior-superior.
- 4 - 4' — Bordo posterior do grande trocanter.
- 5 - 5' — Articulação sacro-coccigea.

a) Traça-se uma linha que une o bordo superior do grande trocanter ao ápice da tuberosidade isquiática; a união do terço posterior com os dois terços anteriores dessa linha, é ponto em que deve ser introduzida a agulha; nessa região, o nervo grande ciático dista da superfície cutânea aproximadamente 4 cm;

b) Técnica de Labat³: une-se por uma reta o bordo superior do grande trocanter à espinha iliaca posterior superior; no ponto médio dessa linha traça-se uma perpendicular; o ponto de aplicação está situado nessa perpendicular 3 cm para baixo do cruzamento;

e) Técnica de De Séze⁴: traça-se uma linha que une a articulação sacro-coccigea com o bordo posterior do grande trocanter; a agulha deve ser introduzida a 2 cm para fóra do terço interno dessa linha, numa profundidade de 6 a 8 cm.

Qualquer que seja a técnica adotada, quando o nervo grande ciático é atingido pela agulha, o paciente acusa dor ou choque elétrico ao longo da face posterior do membro inferior correspondente. Para infiltração troncular do nervo ciático utilizam-se 10 ml. da mistura das soluções de sulfato de amônio e procaína nas proporções já indicadas.

Para a infiltração das raízes lombares por via paravertebral a técnica é a seguinte: paciente em decúbito lateral oposto ao lado que se pretende infiltrar e tronco em flexão; assinalam-se as cinco apófises espinhosas lombares e lateralmente a elas, marcam-se cinco pontos distantes 5 cm. da linha espondiloidéia, cada um deles ao nível da apófise espinhosa correspondente. Em seguida, a agulha é introduzida nesses pontos perpendicularmente à pele até tocar a face posterior da apófise transversa; recua-se ligeiramente a agulha, inclinando-se a mesma, de modo que, deslocando a ponta para baixo, atinge o bordo inferior da apófise transversa. Aprofunda-se a agulha aproximadamente 1 ou 2 cm. nessa direção e injeta-se a solução bloqueante. Fizemos as infiltrações ao nível de L₂, L₃, L₄ e L₅, injetando em cada nível 5 ml. da solução de sulfato de amônio e procaina nas proporções já indicadas.

São os seguintes os casos de neuralgia ciática observados:

CASO 7 — A. T., 58 anos, branco, brasileiro, examinado em 28-I-948.

H.M.A. — Há 7 anos vem sentindo dores lombares de regular intensidade, que se agravam pela movimentação do tronco. Em algumas ocasiões essas dores se estendem para a nádega esquerda, irradiando-se, durante a deambulação, para a face posterior do membro inferior desse lado, obrigando-o a caminhar com o tronco inclinado para a direita. Tem tomado grande quantidade de analgésicos sem resultados.

Exame físico — Marcha com inclinação do corpo para direita; pontos de Valleix dolorosos na região lombar e no tornozelo à esquerda; manobra de Laségue à esquerda.

Tratamento — Inicialmente foi submetido ao tratamento pelos analgésicos habituais sem resultado satisfatório. Iniciada a infiltração troncular do nervo grande ciático com sulfato de amônio e procaina, logo após a primeira infiltração as dores se agravaram. Realizadas as infiltrações subsequentes as dores atenuaram-se progressivamente havendo após a décima aplicação, remissão total. Pela compressão dos pontos de Valleix, não acusava dores enquanto pela manobra de Laségue eram discretas à esquerda. Reexaminado dois meses após, a pesquisa da dôr ciática foi completamente negativa.

CASO 8 — M. L. C., 28 anos, branca, brasileira, examinada em 17-10-1946.

H.M.A. — Há quatro anos vem sentindo dores fracas localizadas na face posterior do membro inferior direito. Essas dores apresentam períodos de exacerbação que obrigam acamação; ultimamente os períodos de acalmia têm se tornado muito curtos e raros.

Exame físico — Marcha antálgica com inclinação do corpo para a direita; diminuição dos reflexos médio-plantar e aquileo à direita; pontos de Valleix dolorosos à direita; manobra de Laségue positiva à direita.

Tratamento — Iniciado o tratamento pela infiltração troncular com sulfato de amônio e procaina do nervo grande ciático após a terceira infiltração as dores diminuíram sensivelmente para desaparecer completamente após a nona aplicação. Passou bem durante quatro meses, quando as dores retornaram embora com menor intensidade. Fez nova série de seis infiltrações com remissão total. Reexaminada um ano depois, as manobras para pesquisa da dôr ciática foram completamente negativas.

CASO 9 — H. F., 35 anos, branca, brasileira, examinada em 19-5-1947.

H.M.A. — Relata a paciente que há 7 meses surgiram dores intensas no pé direito, que progrediram para a face posterior da perna. Essas dores se exacerbam durante a tarde, principalmente após deambulação prolongada.

Exame físico — Marcha antálgica caminhando com a ponta do pé, diminuição dos reflexos médio-plantar e aquileo à direita; pontos de Valleix dolorosos à direita; manobra de Laségue positiva à direita.

Tratamento — Iniciado o tratamento pela infiltração troncular do nervo grande ciático com sulfato de amônio e procaine, após a oitava aplicação a paciente sentia-se perfeitamente bem, acusando apenas sensação de formigamento no pé direito. Reexaminada quatro meses após, não se queixava de dores espontâneas ou provocadas pela distensão do nervo ciático e a sensação de formigamento do pé direito havia desaparecido.

CASO 10 — M. C. S., 42 anos, branca, brasileira, examinada em 21-9-1946.

H.M.A. — Relata a paciente que aproximadamente há 25 dias, caiu sentada violentamente, sentindo logo dores generalizadas que, posteriormente, se localizaram no membro inferior esquerdo.

Exame físico — Reflexos médio-plantar e aquileo nítidos à direita e diminuídos à esquerda; pontos de Valleix dolorosos na face posterior do membro inferior esquerdo; manobra de Laségue nitidamente e positiva à esquerda, acusando dores discretas à direita.

Tratamento — Infiltração troncular do nervo grande ciático esquerdo com sulfato de amônio e procaina; após a quarta aplicação as dores se atenuaram havendo remissão total quando terminada a série. Reexaminada um ano após, sentia-se perfeitamente bem, sendo negativas as manobras para pesquisa da dór ciática.

CASO 11 — D. R. C., 31 anos, branca, brasileira, examinada em 2-2-1948.

H.M.A. — Há 3 anos vem sentindo dores difusas nas pernas, contínuas, intensas, mais nítidas à esquerda, rebeldes aos analgésicos habituais e sem períodos de acalmia.

Exame físico — Reflexos patelares exaltados, pontos de Valleix dolorosos à pressão, principalmente no lado esquerdo; a manobra de Laségue acusa dores mais acentuadas à esquerda.

Tratamento — Após a primeira infiltração troncular do nervo grande-ciático com sulfatos de amônio e procaina, desencadeou-se um surto reacional acompanhado de dores generalizadas, febre e acentuação das máculas que persistiu durante seis meses. Reexaminada, cessado esse surto, a paciente continuava a queixar-se de dores, principalmente à esquerda. Reiniciadas as infiltrações, após a terceira aplicação as dores cederam sensivelmente; enquanto, no membro inferior direito onde não haviam sido feitas infiltrações, as dores espontâneas persistiam, a compressão dos pontos de Valleix e a manobra de Laségue provocavam dores, agora mais nítidas desse lado. Feita a infiltração troncular também à direita, as dores diminuíram sensivelmente após a terceira aplicação. Terminada a série, a paciente passou bem durante dois meses, quando teve novo surto reacional apresentando dores difusas pelo corpo, de média intensidade.

CASO 19 — T. G. S., 19 anos, branca, brasileira, examinada em 1-7-1948.

H.M.A. — Há 5 meses vem sentindo dores intensas nos membros inferiores, que só se atenuam transitoriamente com doses elevadas de analgésicos.

Exame físico — Nervos ciáticos-poplíteo-externos pouco espessados e dolorosos; a compressão dos pontos de Valleix e a manobra de Laségue acusam dores mais nítidas à direita.

Tratamento — Instituída a infiltração paravertebral das raízes lombares à direita alternada com a infiltração do nervo grande ciático desse lado, logo após a infiltração as dores desapareciam durante algumas horas, para retornarem com maior ou menor intensidade. Terminada a série de 10 aplicações, persistiam as dores nos membros inferiores e a paciente continuava a fazer uso de elevadas doses de comprimidos analgésicos.

COMENTÁRIOS

Em relação ao grupo 1, isto é, casos portadores *de* neuralgia do tipo cubital, verificamos remissão total das dores em quatro casos (1, 2, 3 e 4). Interessante é a evolução apresentada pela paciente do caso 5, em que a remissão completa das dores se deu após a oitava aplicação, retornando três meses depois acompanhadas de um síndrome de apendicite aguda; operada, as dores cederam completamente. Poderíamos supor neste caso, que a apendicite, por um processo qualquer, estaria concorrendo para a deflagração das crises dolorosas dos nervos cubitais. Quanto ao paciente do caso 6, verificamos que a terapêutica pelo sulfato de amônio e procaina determinou o desaparecimento das dores, embora persistisse ainda o surto reacional da moléstia; o paciente passou bem durante seis meses; após esse período as dores retornaram, obrigando-o a submeter-se a intervenção cirúrgica sobre o nervo cubital. Não podemos concluir daí pela ineficácia do tratamento, pois, além da cessação das dores durante um tempo razoavelmente longo, uma nova série de infiltrações talvez as eliminaria completamente, como no caso 8.

Quanto ao grupo 2, isto é, casos portadores de neuralgia do tipo ciático, em cinco dêes, compreendendo quatro casos em que o síndrome ciático se achava bem caracterizado (7, 8, 9 e 10) e outro caso (caso 11), em que, apesar da sintomatologia clássica da ciática, as dores apresentavam um caráter difuso, verificamos uma remissão completa e definitiva das dores. A alta percentagem *de* curas clínicas vem confirmar a excelência desse método terapêutico proposto por Judovich e Bates, aliás já comprovada pelas observações de Tenuto e Melaragno Filho. Em apenas um caso (12), não conseguimos obter a remissão das dores; nessa paciente as dores não apresentavam a distribuição característica das ciatalgias, revestindo, antes, o aspecto de dores vasculares ou musculares. Aliás, os próprios A.A. referem que em casos semelhantes a êsse, o método não parece ser eficiente.

Em nenhum dos casos as soluções empregadas demonstraram-se nocivas aos pacientes, não tendo sido observados sinais de parestesia transitória no membro correspondente logo após a infiltração. Apenas no caso 9 foram notadas sensações parestésicas no pé direito que posteriormente desapareceram. A inocuidade das substâncias empregadas pode ser comprovada, pela evolução clínica dos casos estudados, todavia em alguns dêes (casos 1, 5, 7 e 11), logo após as primeiras infiltrações houve uma exacerbação dos

fenômenos dolorosos sem maiores conseqüências. No caso 11, as infiltrações parecem mesmo ter contribuído para a deflagração do surto reacional da moléstia.

Apesar do número de casos de neuralgia cubital tratados por êsse método ser ainda relativamente pequeno (não permitindo portanto uma conclusão definitiva), os resultados obtidos sugerem que o tratamento da neuralgia cubital hanseniana pelo sulfato de amônio e procaina deve ser tentado em maior escala; talvez venha a constituir um excelente meio para a sedação dessas neuralgias. Só quando êsse tratamento falhar, é que deve ser indicada a intervenção cirúrgica sôbre o nervo, muitas vezes perigosa pelas conseqüências desagradáveis que pode acarretar.

SUMÁRIO

O A. relata o resultado do emprêgo da associação de sulfato de amônio e procaina em pacientes portadores de neuralgia cubital e ciática em hansenianos internados no Sanatório Padre Bento. Dos 6 pacientes com neuralgia cubital em 4 dêles houve desaparecimento completo das dores, independentemente do surto reacional do mal de Hansen. Dos 6 casos de neuralgia ciática, em 5 dêles houve remissão total das dores. Tal tratamento revelou-se ineficaz em relação às dores de origem óssea, vascular ou muscular, devendo ser empregado apenas nas neuralgias segmentares rebeldes.

REFERÊNCIAS

1. Judovich, B. e Bates, N. — Segmental neuralgia in painful syndromes. F. A. Davis Co., Philadelphia, 1944.
2. Melaragno Filho, R. e Tenuto, R. A. — Tratamento das neuralgias pelo sulfato de amônio associado à procaina. Arq. Neuro-psiquiát., 4:409 (dezembro) 1945, S. Paulo.
3. Citado em Litter e Wexseblatt, pg. 293.
4. De Séze, cit. por Litter e Wexseblatt — Trat. Neurologia, vol. II, pg. 1.290, Ed. Guanabara, Rio.