

horizontally, it should be vertically, with the needle to the left side of the figure.

Finally, I would like to congratulate the authors on the size of the study population (n = 200) without central, epidural, or subarachnoid blockade, a collateral effect by extension.

Sincerely,

Dr. Karl Otto Geier, TSA  
Porto Alegre, RS

#### REFERÊNCIAS – REFERENCES

01. Imbeloni LE, Beato L, Beato C et al. — Analgesia pós-operatória para procedimentos cirúrgicos ortopédicos de quadril e fêmur: comparação entre bloqueio do compartimento do psoas e bloqueio perivascular inguinal. *Rev Bras Anestesiologia*, 2006;56:619-629.
02. Ambulkar R, Shankar R — Analgesia after total hip replacement. *Anaesthesia*, 2006;61:507.
03. Chelly JE, Casati A, Al-Samsam T et al. — Continuous lumbar plexus block for acute postoperative pain management after open reduction and internal fixation of acetabular fractures. *J Orthopaedic Trauma*, 2003;17:362-367.
04. Geier KO — Bloqueio “3 em 1” por via anterior: bloqueio parcial, completo ou superdimensionado? Correlação entre anatomia, clínica e radioimagens. *Rev Bras Anestesiologia*, 2004;54:560-572.
05. Bouaziz H, Vial F, Jochum D et al. — An evaluation of the cutaneous distribution after obturator nerve block. *Anesth Analg*, 2002;94:445-449.
06. Biboulet P, Morau D, Aubas P et al. — Post-operative analgesia after total-hip arthroplasty: comparison of intravenous patient-controlled analgesia with morphine and single injection of femoral nerve or psoas compartment block. A prospective, randomized double-blind study. *Reg Anesth Pain Med*, 2004;29:102-109.
07. Netter FH — *Atlas of Human Anatomy*. 9<sup>th</sup> Ed. East Hanover, New Jersey, Novartis, 1997; 467, plate 250.

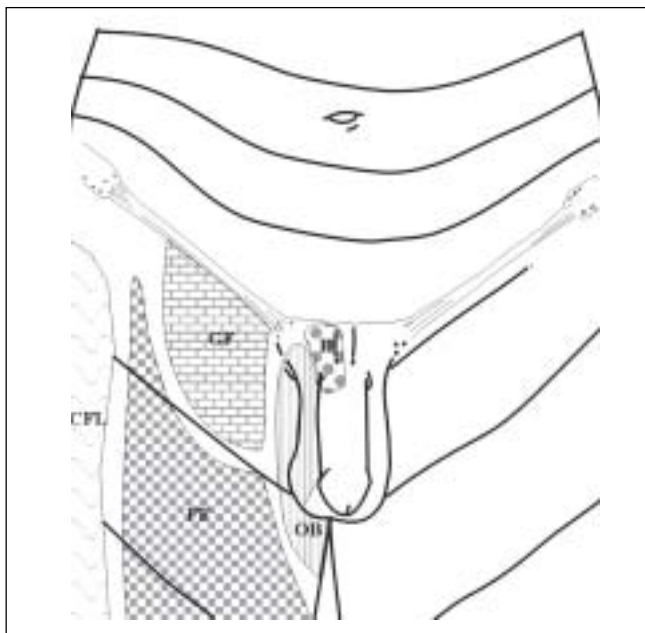


Figura – Diagrama dos locais dos nervos a serem pesquisados após bloqueio (IL=ilioinguinal, GF=genitofemoral, CFL=cutâneo femoral lateral, OB=obturatório e FE=femoral).

Todo organismo vivo é de uma riqueza inesgotável, de uma complexidade infinita – mas nem por isso a vida deixa de ser simples. Há algo mais complicado do que uma árvore, quando tentamos compreender seu funcionamento interno? E o que há de mais simples, quando a observamos? Há coisa mais complexa do que um olho? Há coisa mais simples do que enxergar? Isso é a própria vida: a complexidade a serviço da simplicidade. E a dor? Quão complexo é o seu mecanismo? Quantas vias? Ativação, modulação, modificação, vias descendentes, vias ascendentes, etc. Quantos moduladores? Serotonina, opióides, adenosina, colinérgicos, muscarínicos, substância P, etc. Quantos sítios de ações? Córtex, tálamo, meio do cérebro, medula, cordão espinal. Quantos receptores? Mu, delta, kapa, alfa 1, alfa 2, adenosina 1, etc. Mas como é simples para o paciente referir que está sentindo dor. Mais uma vez vemos a complexidade a serviço da simplicidade. Mas quando se trata de compreender ou explicar, não podemos evitar a complexidade. Mas a compreensão não é tudo, nem a finalidade última. Finalizando, vemos que Geier quer explicar a complexidade da dor nos pacientes de cirurgias ortopédicas de grande porte, enquanto nós queremos apenas a simplicidade da analgesia.

Luiz Eduardo Imbelloni, TSA  
Lúcia Beato  
Carolina Beato  
José Antonio Cordeiro

dr.imbelloni@terra.com.br

#### Réplica

Senhora Editora,

Agradecemos os importantes comentários anatômicos de Otto Geier em relação ao nosso trabalho de analgesia pós-operatória em um ser vivente <sup>1</sup>. Muitos de seus contínuos e repetitivos questionamentos já foram respondidos <sup>2</sup> em outras considerações <sup>3</sup>. O bloqueio sensitivo foi avaliado conforme figura abaixo. Portanto, o paciente pode apresentar uma insensibilidade em determinada região, porém pode estar queixando de dor. Esta deve ser a discrepância que Geier encontrou em relação às duas tabelas por ele referidas. Não existe verdade científica: só há conhecimentos científicos, sempre relativos, sempre aproximados, sempre provisórios, sempre de algum modo duvidosos ou sujeitos a caução. Sabemos que todo assunto tem argumentos contrários.

## Reply

To the Editor,

We would like to thank the important anatomic comments of Otto Geier regarding our study on postoperative analgesia in living beings <sup>1</sup>. Many of his continuous and repetitive questions have already been answered <sup>2</sup> in other considerations <sup>3</sup>. Therefore, the patient might have decreased sensitivity on a given area and at the same time complain of pain. This must be the discrepancy that Geier found in the tables he mentioned. Scientific truth does not exist: there is only scientific knowledge, always relative, always approximated, always provisory, always somewhat doubtful or subjected to caution. We know that every subject has arguments to the contrary.



Figure – Diagram of the areas that should be investigated after the blockade. (IL= ilioinguinal, GF= genitofemoral, CFL= lateral femoral cutaneous, OB= obturator, and FE= femoral).

Every living organism has abundant riches, an infinite complexity – and, despite of it, life can be simple. Is there anything more complicated than a tree when we try to understand its inner functioning? And is there anything simpler when we just observe it? Is there anything more complex than an eye? Is there anything simpler than seeing? This is life itself: complexity at the service of simplicity. And pain? How complex is its mechanism? How many pathways? Activation, modulation, descending pathways, ascending pathways, etc. How many modulators? Serotonin, opioids, adenosine, cholinergics, muscarinic, substance P, etc. How many sites of action? Cortex, thalamus, midbrain, medulla, spinal cord. How many receptors? Mu, delta, kappa, alpha1, alpha 2, adenosine 1, etc. But how simple it is for the patient to complain of pain. Once more we have complexity serving simplicity. But when it comes to understand or to explain it, we cannot avoid complexity. But understanding is not everything, and it is not the ultimate purpose.

To finalize, we understand that Geier wants to explain the complexity of pain in patients who underwent major orthopedic surgeries, while we only want the simplicity of analgesia.

Luiz Eduardo Imbelloni, TSA  
 Lúcia Beato  
 Carolina Beato  
 José Antônio Cordeiro

dr.imbelloni@terra.com.br

### REFERÊNCIAS – REFERENCES

01. Imbelloni LE, Beato L, Beato C et al. — Analgesia pós-operatória para procedimentos cirúrgicos ortopédicos de quadril e fêmur: Comparação entre bloqueio do compartimento do psoas e bloqueio perivascular inguinal. *Rev Bras Anesthesiol*, 2006;56:619-629.
02. Imbelloni LE — Bloqueio 3 em 1 com bupivacaína 0,25% para analgesia pós-operatória em cirurgias ortopédicas (Réplica). *Rev Bras Anesthesiol*, 2001;51:177-179.
03. Geier KO — Bloqueio 3 em 1 com bupivacaína 0,25% para analgesia pós-operatória em cirurgias ortopédicas (Carta ao Editor). *Rev Bras Anesthesiol*, 2001;51:176-177.