

NEUROTOMIA JUXTA-PROTUBE-
RANȚIALA IN TRATAMENTUL
NEVRALGEI INTERMITENTE
A TRIGEMENULUI
(OPERATIA LUI DANDY)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1936.

DE

ARSENIE N. CONSTANTIN

Fost extern titular al Clinicilor Universitare din Cluj.
Intern al Serviciului de Neuro-Chirurgie din Institutul de boli mintale,
nervoase și endocrinologice
din București.

CLUJ

„PALLAS” INSTITUT DE ARTE GRAFICE

Strada A. Vlahuță No. 3.

1936.

NEUROTOMIA JUXTA-PROTUBE-
RANȚIALA IN TRATAMENTUL
NEURALGIEI INTERMITENTE
A TRIGEMENULUI
(OPERATIA LUI DANDY)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1936.

DE

ARSENIE. N. CONSTANTIN

Fost extern titular al Clinicilor Universitare din Cluj.
Intern al Serviciului de Neuro-Chirurgie din Institutul de boli mintale,
nervoase și endocrinologice
din București.

56695

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE

Strada A. Vlahuță No. 3.

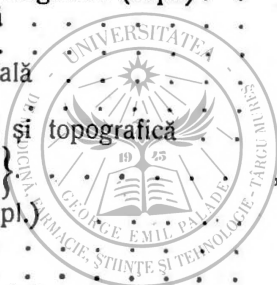
1936.

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan: Prof. Dr. MICHAÏL D.

Profesori :

Clinica stomatologică	D-1. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	” ” <i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei	” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” <i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	” ” <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” <i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Clinica oftalmologică	” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală }	” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	
Fiziologia umană (supl.)	” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Balneologie	” ” <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	” ” <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	” ” <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	” ” <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	” ” <i>Vasiliiu T.</i>



JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. *C. I. Urechia*

Membrii: { ” ” ” *D. Mihail*
 ” ” ” *V. Papilian*
 ” ” ” *Gh. Buzoianu*
 ” ” ” *T. Vasiliiu*

Supleant: *DI. Doc. Dr. M. Nichita*

INTRODUCERE

Nevralgia trigemenului a fost socotită întotdeauna printre afecțiunile care produc cele mai atroce dureri. Se pare că a fost cunoscută din timpul lui Hippocrate.

„Termenul de nevralgie ne indică o senzație penibilă cu tendință la repetare și la persistența reacției dureroase“ (Sicard). Sicard definește nevralgia trigemenului ca o reacțiune dureroasă provocată prin iritarea nervului în tot traectul lui.

Nevralgia trigemenului se împarte în :

I. Nevralgie facială esențială, numită și nevralgie facială cu dureri paroxistice, nevralgie intermitentă a trigemenului, tic dureros, maladia lui Fothergill, nevralgie trifacială ;

II. Nevralgie facială simptomatică, secundară, în a cărei etiologie vom găsi întotdeauna o cauză locală, bine definită, exo sau endo-craniană.

Afară de aceste nevralgii mai este o categorie de dureri, fără caractere bine definite, numită de autorii americani, nevralgii faciale atipice. Au fost studiate de autori sub diferite numiri : de Cushing (nevralgia lui Sluder), Frazier ; în Franța de Sicard (nevralgism facial, ciclalgii), Alajouanine și Thurel (simpatalgii, psihalgii), Baudouin (cauzalgie, nevralgia lui Brissaud).

Dintre nervii cranienii numai la trigemen și glosio-faringian găsim nevralgii intermitente. Baudouin a observat nevralgii costale cu caracter intermitent.

Fiecare din aceste nevralgii au indicațiuni terapeutice aparte.

Ineficacitatea tratamentului medicamentuos în nevralgia facială intermitentă a dat naștere la numeroase cercetări în această direcție. Din sfârșitul jumătății a doua a secolului al XIX-a au început primele încercări de tratament chirurgical. Cercetări în această direcție au fost făcute în special de autorii americani, care au perfecționat tehnica, aducând progrese mari în tratamentul acestei afecțiuni.

Dandy în 1925 preconizează calea cerebeloasă pentru a evita complicațiunile oculare care apăreau după ceilealte tehnici operatorii. Rezultatele tardive par să fie tot atât de bune ca și după ceilealte operațiuni.

Această metodă a fost întrebuințată de Petit-Dutailis, Zeno Mac-Kenzie.

În România dl. dr. Bagdasar face pentru prima oară în 1933 operația lui Dandy în cazurile de nevralgii de trigemen.

Noi vom studia rezultatele obținute la cei 8 bolnavi operați. Numărul mic de cazuri pe care se bazează studiul nostru și timpul încă scurt de când s'a întrebuințat, nu ne dă posibilitatea să știm rezultatele tardive, asupra vindecării acestor bolnavi.



ANATOMIA TRIGEMENULUI.

Trigemenul este un nerv mixt. Are două rădăcini care se îndreaptă în sus și în afară. Rădăcina motorie se găsește puțin posterior. Are grosime de 2—3 mm. și merge pe partea superioară și internă a rădăcinii sensitive, iar dela marginea stâncei încrucișează fața inferioară a rădăcinii sensitive.

Rădăcina sensitivă se lățește din ce în ce mai mult, ajungând pe marginea superioară a stâncei, așa că la terminare are o lățime de 12—14 mm.

Fibrele senzitive își au origina în ganglionul lui Gasser, din celule mari unipolare. Din ganglion pleacă 3 ramuri senzitive: oftalmicul este cel mai intern, primește fibre din plexul cavernos și se împarte în 3 ramuri terminale care pătrund în orbită. Nervul frontal merge la tegumente, mușchi, periost, pe când nervul lacrimal și nazal au conexiuni cu ganglionul ciliar ale cărui ramuri merg la ochi.

Prelungirea centripetă a ganglionului lui Gasser formează rădăcina sensitivă a trigemenului, iar în partea internă și superioară a acestei rădăcini se găsesc fibrele nervului oftalmic.

La emergența nervului se găsesc artere mici provenite din artera bazilară.

Hovelaque descrie arteriole între fibrele nervoase; alții descriu arteriole cari merg înaintea nervului.

Artera cerebeloasă superioară este la distanță de marginea superioară a rădăcinii, pe care o încrucișează.

Dintre vasele mai expuse în timpul operației este vena pietroasă a lui Dandy (vena cerebeloasă anterioară și inferioară a autorilor clasici). Această venă, care se se varsă în sinusul pietros superior, încrucișează și se găsește des în contact cu fața externă a porțiunii juxta protuberanțiale a trigemenului. Poate fi subțire sau destul de voluminoasă și să împiedice secțiunea nervului înainte de a face hemostaza ei. Se mai pot întâlni vene ce merg pe marginea superioară, inferioară, sau chiar între rădăcina sensitivă și motorie fără a împiedica prea mult operația, deoarece sunt de calibru mic și hemostaza lor se face ușor.

Dandy și Petit-Dutaillis descriu o ânsă arterială pe care au găsit-o într'un mezo arachnoido-pia-mater, care acoperă nervul la nivelul unde se face de obicei secțiunea.

Nervii: patetic, recurent a lui Arnold, motor ocular extern, sunt la distanță și nu sunt așa de expuși.

În timpul operației, prin tehnica lui Dandy, întâlnim întâi facialul, intermediarul lui Wrisberg și auditivul, iar înaintea lor și puțin mai sus, la o distanță de 8—10 mm., găsim rădăcina trigemenului care se recunoaște prin grosimea ei. Uneori marginea externă a rădăcinii trigemenului este puțin ridicată față de marginea internă a facialului și auditivului. În acest caz trebuie să fim foarte atenți în timpul secțiunii (Petit-Dutaillis).

În cavum lui Meckel găsim rapoarte apropiate ale ganglionului cu artera meningeă iar sub marginea anterioară a ganglionului, nervul marele pietros superficial, elemente de care trebuia să se țină seama în timpul operației pe cale temporală.

Tiffany în 1896 descrie în ganglionul lui Gasser centri nucleari. Cercetările experimentale au căutat să găsească prin smulgerea nervilor degenerescență în rădăcină și astfel să localizeze în rădăcină partea pe care o ocupă fibrele fiecărui nerv (Van Gebuchten și Bochenek).

Frazier descrie aranjamentul fibrelor în rădăcină și astfel propune neurotomia parțială. Spune că în treimea internă a rădăcinii sensitive se găsesc fibrele oftalmicului, în treimea mijlocie fibrele maxilarului superior, iar în treimea externă fibrele maxilarului inferior.

Van Nouhuys prin cercetări nu a putut dovedi existența separată în rădăcină a fibrelor care formează cei trei nervi.

André Sicard prin cercetările făcute în serviciul dr.-ului Robineau și expuse foarte frumos în teza sa, a reușit să examineze 42 rădăcini de trigemeni. Rădăcina motorie a putut fi izolată ușor de cea sensitivă, dar în rădăcina sensitivă nu se pot distinge mai multe părți, deoarece fibrele se întrică, divid și anastomozează cu cât se depărtează de protuberanță. Descrie 3 feluri de aranjamente a fibrelor în rădăcină, pe care le-a găsit mai frecvente.

Între rădăcina motorie și sensitivă a găsit destul de frecvent anastomoze și crede că într'un număr de cazuri rădăcina motorie conține fibre senzitive. „Nu se poate afirma niciodată că o secțiune parțială va interesa sau va înlătura numai fibrele mergând la una sau alta din ramurile periferice. Astfel se explică rezultatele paradoxale, studiind sensibilitatea după neurotomia parțială“. (André Sicard).

FIZIOLOGIA TRIGEMENULUI

În 1824, Magendie prin secțiune intracraniană la epure, a dovedit că trigemenul este un nerv sensibil. Odată cu anestezia a observat și leziuni oculare. Secțiunea nervului între protuberanță și ganglion produce fenomene oculare mai ușoare și mai încete. Secțiunea rădăcinei sensitivo-motorie a nervului trigemen produce: anestezie cutanată și mucoasă pentru sensibilitatea factilă, dureroasă și termică, care cuprinde tegumentele frunței, nasului, obrazului, pleoapei, buzei, menton, tragus; iar la mucoasă cuprinde: mucoasa palpebrală, nazală, auriculară, linguală, bucală, fața dorsală a limbii în $\frac{2}{3}$ anterioare mucoasa palatină, fața internă a obrazului, gingiile, șanțul gingivo-bucal. Afară de acestea mai găsim anestezia corneei, paralizia masticatorilor, reacțiuni vaso-motorii, manifestate prin roșiața părții anesteziate care se produce prin ciupire și frecarea pielii.

De multe ori bolnavii au o senzație de căldură pe partea anesteziată și chiar se poate observa o roșiață a acestei părți.

Diminuarea secreției lacrimare era atribuită de Claude Bernard secțiunii perechei a V-a. Autorii consideră diminuarea secreției lacrimale datorită leziunii nervului pietros superficial, care conține fibre secretorii, fără ca aceasta să fie singura cale pe care o urmează aceste fibre.

Tulburările trofice care se observă după secțiune apar uneori în primele ore și se manifestă prin vascularizația ochiului, corneea fără luciu, irisul alterat, corneea devine opacă și se ulcerază. Magendie, Claude Bernard și alții au observat că în rădăcină sunt puține fibre trofice sau deloc. Centrul trofic al ochiului a fost localizat în ganglionul lui Gasser iar leziunile lui produse în timpul operației, dau cheratita postoperatorie. În general patogenia cheratitelor postoperatorii nu este încă elucidată, deși s'au găsit mulți factori care au importanță în producerea ei. Prof. Marinescu și St. Drăgănescu neagă existența unui centru trofic pentru ochi, în ganglionul lui Gasser, iar tulburările oculare observate ar fi datorite infecțiilor secundare cauzate de traumatism.

Cherafitele observate în urma neurotomiei juxta-protuberanțiale nu sunt atribuite de D. Bagdasar unei perturbațiuni trofice, secțiunea fiind în apropierea protuberanței. „Ced mai degrabă că anestezia ochiului în întregime suprimă complet mișcările de apărare reflexe sau voluntare ale pleoapelor, care în mod normal feresc ochiul de agenții nocivi din afară. Traumatismele pe care bolnavul nu le mai simte și

în contra cărora nu mai reacționează, favorizează la rândul lor infecțiuni secundare și produc o keratită infecțioasă, nu trofică." (D. Bagdasar).

Leriche și Adson susțin că cherafita apare întotdeauna după leziuni ale ganglionului în timpul operației.

După secțiunea rădăcinii sensitivo-motorii a trigemenului trebuie să persiste sensibilitatea gustativă, care este datorită geloso-faringianului în $\frac{1}{3}$ posterioară a mucoasei linguale și facialului în cele $\frac{2}{3}$ anterioare.

Sensibilitatea nu dispare în toată jumătatea feței, corespunzătoare secțiunii. Găsim regiuni sensibile ca: unghiul maxilarului, care este inervat de plexul cervical, (rădăcina II-a cervicală), pavilionul urechei și lobulul inervat de facial, plexul cervical și pneumogastric.

Sensibilitatea profundă, care cuprinde barestezia, palestezia și simțul muschiular, este păstrată deoarece trece prin facial.

Ramsay Hunt și Souques au arătat că regiunea auriculară are sensibilitatea din facial.

Davis și Hartmann au publicat observațiuni unde s'a făcut neurotomie iar bolnavii aveau secțiuni totale sau parțiale ale facialului. Acolo unde erau secționate fibrele facialului, sensibilitatea profundă nu exista. Cushing și Dandy cred că sensibilitatea profundă trece prin trigemen.

Se poate ca sensibilitatea profundă să meargă pe calea simpaticului după cum reiese din observațiunile lui Clovis Vincent, care comunică la Societatea de Neurologie din Paris în 1921 un caz de bont după amputația gambei, foarte dureros unde s'a făcut rezecția sciaticului și safenului intern și unde numai simpatectomia perifemurală a putut suferi prima durerile.

Din alte observațiuni se constată existența fibrelor aferente simplice care ar transmite impresiuni sensitive. Prin comprimarea simpaticului cervical a produs la unii bolnavi dureri în dinți și ochi de aceiaș parte.

Secțiunile parțiale ale nervului trigemen fac să dispară durerea dar se păstrează sensibilitatea obiectivă pentru un simț, iar celelalte sunt abolite pe un teritoriu bine delimitat și Dandy se întreabă dacă nu sunt fibre speciale pentru sensibilitatea subiectivă și pentru cea obiectivă. Deasemenea se constată că pentru fiecare sensibilitate sunt anumite fibre.

Dandy a constatat că prin neurotomie parțială juxta protuberanțială se păstrează sensibilitatea în mare parte. Maurice Deparis ex-

plică acest fapt prin intricarea fasciculelor înainte a intra în protuberanță așa că secțiunea parțială va interesa în parte fibre din fiecare teritoriu. „Fibrele destinate unui teritoriu cutaneo-mucos disociate în cenzii, se grupează în fascicole, care constituie final trunchiul nervos.” (Maurice Deparis).



STUDIUL CLINIC

Istoric

Nevralgia facială intermitentă, numită și esențială a fost descrisă în 1779 de Fothergill, cu toate simptomele. Constată că este mai frecventă la femei, și că toate bolnavele aveau părul negru. În mai multe cazuri a observat această afecțiune la femei care aveau o tumoră a sânului și crede că ar fi de natură canceroasă.

De Valleix îi dă numele de nevralgie facială iar Trousseau o descrie ca fiind dureros.

Însuși numele acestei afecțiuni, de nevralgie esențială, ne arată că nu se cunoaște etiologia.

La început este greu de precizat natura nevralgiei. Maurice Deparis citează patru observațiuni, unde la începutul bolii nu s'a putut discuta natura nevralgiei, simptomele erau de nevralgie esențială iar la operație s'au găsit tumori. Asemenea cazuri citează: Garcin, Baudoin. Dandy din 215 operații a găsit tumori în 12 cazuri, care fiind în contact numai cu nervul, au produs dureri.

Excepționând aceste cazuri, unde s'au găsit tumori și unde cu timpul caracterul de nevralgie simptomatică ar fi apărut, Dandy a găsit în timpul operației anumiți factori, pe care îi crede că ar avea rol în etiologia nevralgiei esențiale.

Din cei 215 operații pentru nevralgie esențială la 6 a găsit anevrism al arterei bazilare, iar la 6 angiom cavernos, care era în contact cu rădăcina; în 66 de cazuri anomalii arteriale plecate din artera cerebeloasă superioară, în 30 de cazuri, anomalii din vena pietroasă, care erau în contact cu nervul, în două cazuri malformațiuni congenitale ale bazei craniului, în 7 cazuri aderența rădăcinii la nevras.

Petit Dutailis din 32 de operații pe cale posterioară în patru cazuri a găsit tumori, în trei cazuri anomalii arteriale, iar în două cazuri congestii ale rădăcinii.

În cele opt cazuri operate de dl. Dr. Bagdasar nu s'a găsit

nici o cauză asemănătoare care să explice nevralgia. La un singur bolnav a găsit o arahnoidită la acest nivel.

Dandy nu a găsit nici o cauză care ar explica aceste dureri la 40% din cei operați.

Vârsta la care începe în general boala este de 30 ani, la femei mai ales după menopauză. Mai frecventă este după 50 ani.

Cel mai tânăr bolnav operat de dl. Bagdasar a fost de 28 ani iar cel mai în vârstă de 68 ani. Vârsta nu este o contra indicație pentru tratamentul chirurgical, deși mulți medici nu pun indicația operatorie.

Robineau a avut 22 de bolnavi între 70—80 ani, doi între 80—84 ani. Calea cerebeloasă întrebuițată de Dandy, i-a dat rezultate foarte bune la un bolnav de 80 ani, deși se pare că această metodă este mai grea ca cea întrebuițată de Robineau.

Se citează nevralgii ale trigemenului și la copii, dar foarte rar.

Se pare că ambele sexe sunt la fel de des atinse de această afecțiune. Noi am avut din 8 operați, 2 femei și 6 bărbați.

Între cauzele care predispun la apariția crizelor se citează cauze fizice: frigul, oboseala, emoțiile, surmenajul; fiziologice: menstruația.

Cauze provocatoare: vorbire, masticafția, spălătul dinților atingerea unei anumite regiuni a tegumentelor feței, toaleta feței.

Această afecțiune o găsim uneori asociată cu migrena sau poate să alterneze cu sciatica și nevralgia intercostală. Poate fi intricată cu astmul (Brissaud, Dana, Ruault) sau asociată cu diabetul.

Harris găsește hereditate similară, care a fost observată și de alți autori în 2% din cazuri.

Boala începe în mod brusc, fără nici o cauză, cu o durere vie, explozivă, localizată pe o porțiune delimitată din teritoriul enervat de trigemen; poate fi la buza superioară sau inferioară, limbă, maxilarul superior sau inferior. La început se crede că ar fi de natură dentară, de aceia găsim mulți din acești bolnavi cu lipsa danturei de partea unde au durerea. Extracția danturei nu face să înceteze durerea.

Uneori apariția poate să fie treptată, progresivă și în aceste cazuri se crede că durerea este datorită unei nevralgii dentare. Crizele următoare pot fi provocate prin vorbire, deglutiție, masticafie, tusă, strănut sau chiar simpla atingere a tegumentelor.

Dela instalarea nevralgiei și până la apariția celorlalte crize poate să treacă un timp destul de lung. Harris citează: intervale de 7, 16 și 30 de ani. La început crizele sunt rare, dar cu timpul intervalul dintre ele este din ce în ce mai mic.

SIMPTOMATOLOGIE

La toți bolnavii cu nevralgie intermitentă a trigemenului semnul dominat este durerea subiectivă. Să vedem deci care sunt caracterele obișnuite ale acestor dureri; fiind pur subiective, nu le putem recunoaște decât din cele spuse de bolnav. Durerile sunt într-o regiune bine delimitată, sau cuprind tot teritoriul inervat de trigemen.

Apare în crize, care se declanșează brutal, cu durere pe care bolnavii o aseamănă cu o senzație de sfâșiere, transfixie, smulgere, constricție, descărcare electrică, rar sub formă de arsură. Apar și dispar brusc, lăsând bolnavii complect liniștiți în intervalul dintre accese. Această perioadă complect nedureroasă care urmează după criză, numită și perioada de inhibiție, este unul din punctele cele mai caracteristice ale acestei afecțiuni. Criza ține câteva secunde până la un minut și chiar mai mult.

Perioada de inhibiție la început este lungă, apoi se scurtează treptat, ajungând ca după o evoluție de lungă durată a bolii crizele să fie subintrante.

Nu putem vorbi de regularitatea crizelor, deoarece se întâlnesc foarte rar. F. Lévy citează un caz unde crizele aveau o durată de 58 de secunde și se repetau la 4 minute. Durerea este localizată într-o regiune bine delimitată sau chiar într-un punct, cu iradieri în regiunile vecine, fără să depășească teritoriul inervat de trigemen. Dela un acces la altul durerea variază puțin în întinderea și caracterul ei (Alajouanine).

În timpul crizei duce brusc mâna la față, nu mai vorbește, evită orice mișcare, geme, își oprește pentru un moment respirația, iar cu mâna apasă sau fricționează regiunea unde are durere. Uneori își imobilizează capul cu amândouă mâinile. Durerea este însoțită de iradieri către teritoriile vecine. Bolnavul este înspăimântat prin violența durerii.

Se observă în evoluția unei crize trei acte, după cum spune Sicard.

Primul act este sensibil, provocat de durerile insuportabile, care este urmat de al doilea act motor, în care are rol facialul. Apar tremurături, sguiduri convulsive în mușchiul rizorius, ridicătorul buzei superioare, mentonier, apoi cuprinde toată jumătatea feței, cea ce a făcut pe Trousseau să-i dea numele de fic dureros, nevralgie epileptiformă.

Aceste spasme dureroase sunt rare, nu se văd întotdeauna;

sunt mai mult senzații subiective de tresărire musculară, iar obiectiv nu se constată decât grimasa provocată de durere (A. Baudoin). În această fază durerile ajung la apogeu, apoi dispar și începe al treilea act în care are rol simpaticul. Apar fenomene:

vaso-motorii caracterizate prin vaso-dilatație; tegumentele feței se înroșesc, se congestionează ochiul și conjunctivele;

secretorii: hipersecreție lacrimală, nazală, salivară.

După aceste fenomene bolnavii se liniștesc, dar rămân cu frica că va apărea o nouă criză.

În fața de inhibiție durerile nu mai pot fi deslănțuite prin cauzele provocatoare obișnuite: Pentru a provoca o durere trebuie ca stimulul să lucreze asupra unei anumite regiuni numită zonă de excitație, care este aceeași pentru un bolnav dar cu sediu variat dela un bolnav la altul. Uneori zona de excitație este greu de localizat, deoarece stimulul poate lucra dela distanță, cum se întâmplă în timpul vorbirii și masticăției când se fac numeroase mișcări și contacte (Alajouanine și Thurel).

Pentru a înlătura pe cât este posibil criza, vedem că acești bolnavi își acoperă fața și capul pentru a nu fi atinși, au o atitudine fixă a capului, întrebunțează tocuri de cauciuc pentru a evita șocurile, nu vorbesc, stau liniștiți și se alimentează cu mari precauțiuni și numai cu lichide prin partea unde nu au dureri.

Nevralgia esențială a trigemenului este localizată la început la una sau două din rădăcini iar în decurs de mai multe luni sau ani se poate întinde la toate ramurile. Mai frecvent este localizată și aproape în mod egal la maxilarul inferior și superior. Localizarea inițială în domeniul oftalmicului este rară. André Sicard a găsit-o în 4 cazuri din 45 de bolnavi, care au putut să dea preciziuni (8,8%). Stookey a găsit-o în 5%.

Adson găsește mai des atins de nevralgie trigemenul drept.

La bolnavii operați de dl. Dr. Bagdasar noi am găsit nevralgia localizată la trigemenul drept în 7 cazuri și unul la stânga.

În majoritatea cazurilor este unilaterală. Nevralgia bilaterală esențială a trigemenului este mult mai rară și ea pune problema tratamentului de urmat pentru a nu lăsa bolnavul cu o infirmitate gravă. Primul care a menționat existența nevralgiilor bilaterale a trigemenului a fost Krause iar prima descriere a fost a lui Winslow (1796).

Cushing în 1920 din 322 cazuri a găsit două cazuri cu nevralgie bilaterală (0,62%). André Sicard în teza sa din 1931 citează un caz de nevralgie bilaterală a trigemenului pe care l-a avut Robineau

la 190 de cazuri. Frazier pe 1220 cazuri a observat 7; Adson în 1926 la 839 cazuri a găsit 13 cazuri de nevralgii bilaterale (1.5%). Maurice Deparis citează în teza sa 1 caz de nevralgie bilaterală operat.

Evoluția nevralgiei bilaterale a trigemenului este destul de variată. În cursul unei remisiuni poate apărea de cealaltă parte. Uneori poate să apară deodată în cazuri foarte rare. Intervalul în care poate să apare nevralgia de cealaltă parte este variat. Frazier citează la 7 ani, Glasser la 32 ani, Winslow la 8 ani.

Nevralgia trigemenului nu este întotdeauna cu caracterele ei clasice care ne să ferească de erori în punerea diagnosticului. Uneori nevralgia esențială este asociată cu dureri simpatice, care se prelungește în faza de inhibiție și astfel caracterul intermitent al durerii nu mai este atât de evident (Alajouanine).

Se mai pot găsi nevralgii ale trigemenului, cu dureri ușoare fără a avea toate simptomele nevralgiei esențiale, (iar pe cele care le are sunt de intensitate mică.)

După cum am văzut în evoluția acestei afecțiuni avem faze de remisiune, lungi la început, iar cu timpul crizele pot să fie subintrante. Vindecarea spontană putem spune că nu există. Cu toate acestea Harris citează un caz căruia la 90 ani i-au dispărut crizele și a mai trăit încă 11 ani. S'au observat remisiuni în timpul sarcinei de Baudoin.

PROGNOSTICUL

Prognosticul este favorabil din punct de vedere vital, dar social este grav, găci acești bolnavi nu-și mai pot vedea de ocupație, rămân indiferenți față de tot ce este în jurul lor, iar unii sunt predispuși la sinucidere.

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul de nevralgie esențială a trigemenului se bazează pe sediul și caracterul durerilor. Examenul general nu ne aduce nici un simptom care să ne ajute în punerea diagnosticului. Deasemenea este negativ examenul neurologic și examenul lichidului cefalo-rachidian. În anamneză nu găsim nimic afară de vârsta care este un punct în favoarea acestui diagnostic. Se remarcă însă că toate simptomele sunt subiective și că nu putem pune în evidență nici un semn obiectiv. În toate cazurile vom face examenul complet al bolnavului, deoarece

de multe ori nevralgia simptomatică are caractere asemănătoare cu nevralgia intermitentă. Cu atât mai mult vom întrebuința toate mijloacele de investigație în cazurile dubioase. După anamneză și examen clinic foarte atent, vom face radiografia pentru a vedea starea sistemului dentar, a sinusurilor, fără să uităm de cel sfenoidal. Astfel vom putea exclude afecțiunile sinusurilor și procesele distructive ale craniului. Examenul oto-rino-laringologic, oftalmologic, în special al fundului de ochi, examenul lichidului cefalo-rachidian, al sângelui și al urinei sunt complet negative și astfel ne vor ajuta în stabilirea diagnosticului. Din această cauză diagnosticului de nevralgie a trigemenului nu poate fi admis fără discuție.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Sunt afecțiunile dureroase ale capului de care trebuie să deosebim nevralgia esențială a trigemenului.

1. *Migrena*, este o cefalee cu crize, unilaterală, iar între accese durerea dispare. Apare la adolescență și diminuează în intensitate și frecvență către bătrânețe. „Amândoi îmbătrânesc, migrena și migrenosul“ (Brissaud). Apare de obicei cu prodrome înaintea accesului ca supraexcitabilitatea gustului, mirosului, senzația de constricție dentară, slăbiciune, bătăi frontale, astenie, hidroree, înțepături în faringe. Apoi apare accesul cu senzații de greutate, tensiune supra-orbitară, anxietate, vertij și mai ales greață. Uneori au vărsături. E localizată în partea anterioară a jumătății craniului, la pleoapa superioară, arcada sprincenoasă, în regiunea frontală și temporală cu caractere variate. Dispare spontan sau după medicamente. Poate iradia în partea posterioară.

În formele asociate ale migrenii sunt turburări oculare ca roșiață conjunctivală, hiperestezie, lăcrămare, crize dureroase urmate de liniște, simptome pe care le găsim și în nevralgii intermitente ale ramurii oftalmice.

Slăbiciunea generală, greața, fotofobia, debut în tinerețe și faptul că în timpul evoluției nu se întinde și la celelalte ramuri ale trigemenului, sunt semne diferențiale față de nevralgia trigemenului.

2. Dacă cu migrena avem simptome care să ne facă posibil diagnosticul diferențial, este mai greu în caz de *nevralgie simptomatică a trigemenului*, care de mai multe ori are la început o evoluție absolut asemănătoare cu cea esențială. Numai timpul ne va face, prin apariția celorlalte simptome, să punem diagnosticul. Intervenția în această fază ne face să descoperim cauza acestor dureri.

Nevralgia care nu are durerile limitate numai la trigemen și cuprinde dela început toate ramurile fiind însoțită de tulburări obiective de sensibilitate și uneori de tulburări motorii, cu semne de excitație sau paralizie a altor nervi cranieni și cu diminuarea sensibilității corneei, este o nevralgie simptomatică.

Găsim un fond dureros continuu în intervalul dintre acese. Sunt dureri zise de tip simpatic, sub formă de arsură, furnicături, fracțiuni, contuziune, strângere. Prin apăsare la emergența nervilor, asupra punctelor lui Valleix, supra orbital, sub orbital și mentonier, se produce o durere constrictivă localizată.

Durerea poate să aibă o cauză endo-craniană, produsă de o tumoră sau alt proces distructiv. Neoplasmale au rol important în etiologia nevralgiei trigemenului.

Anestezia aproape nedureroasă este un semn prețios de localizare endo-craniană, la nivelul rădăcinii sau în regiunea nucleoradi-culară a trigemenului. Ganglionul lui Gasser și ramurile eferente reacționează întotdeauna prin durere la un proces lent de distrugere. (Sicard).

Dintre tumorile endo-craniene care produc nevralgia trigemenului sunt în primul rând cele ale ganglionului lui Gasser, ale tecei sale, tumorile bazilare, tumorile fosiei cerebeloase, meningioamele temporale, tumorile pungei lui Rathke sau chiar tumorile rino-faringiene cu propagare spre bază. Mai putem găsi în etiologia acestei nevralgii proectile rămase în acest loc iar din afecțiunile inflamatorii cronice găsim tuberculoza, sifilisul, actinomicoza. Vom fi ne socoteală că sunt nevralgii ale trigemenului intermitente care apar la sifilitici și nu cedează la tratamentul specific.

Dintre cauzele exo-craniene, care pot produce nevralgie de trigemen, avem traumatismele cari au produs fracturi ale craniului, proectile; dintre infecțiuni acute găsim gripa. S'au mai clasat printre nevralgiile faciale secundare, durerile care apar în diabet, gută, sifilis și paludism. Sicard nu a observat nici un caz de nevralgie la cei cu paludism și crede că este problematică existența nevralgiei paludice.

Dintre tumorile cu rol în etiologia nevralgiei cu punct de plecare exo-cranian sunt cele ale oaselor feței sau a regiunii pterigoidiene.

Se mai găesc nevralgii secundare după carii dentare, iridocho-roidite, glaucom, afecțiuni ale foselor nazale, cavum și mai ales în sinuzite lațente. S'a observat deasemenea nevralgii intermitente într'un caz de boală a lui Paget (Baudoin,) în sleroză în plăci, siringo-

bulbie, dar este întrebarea dacă este o coincidență a celor două afecțiuni sau este o nevralgie simptomatică.

Nevralgiile atipice ale autorilor americani, sunt fără caractere bine definite, cu dureri continui, difuze, cari se întind uneori la tot gâtul, capul, cu crize de durată variabilă. Sunt obsedați de boala lor și o descriu cu multe detalii; cer să fie operați. Continuu preocupați de durerile lor au o stare de anxietate, cer mereu să fie reexaminați de specialiști. A fost studiată de mulți autori, sub diferite numiri.

3. *Nevralgia glosio-faringianului* apare brusc, este intermitentă cu faze de inhibiție. Durerea este violentă cu punct de plecare profund, la baza limbei, sub unghiul maxilarului, regiunea tonsilară, timpan, cu iradiere în regiunea submaxilară sau la ureche. Bolnavul suferă mult din cauza durerilor, ține capul plecat înainte ca și cum ar vrea să destină mușchii gâtului (Chavany și Welfi).



TRATAMENT

Insuccesul tuturor tratamentelor medicamentoase întrebuintate în nevralgia esențială a trigemenului, este dovedit de variabilitatea lor. Incepând cu analgezicele obișnuite ca piramidon, aspirină, s'a trecut la pomade cu mentol, cocaină etc., fără rezultat. S'a încercat tratament anti-sifilitic chiar la cei la care nu s'a găsit nimic, în stabilirea acestui diagnostic. S'a întrebuintat tratamentele fizice începând dela lumină și căldură până la radium și Roentgenterapie profundă. Rezultatele obținute la început cu aceste tratamente, trebuesc privite cu toată rezerva, deoarece nu putem ști dacă sunt datorite tratamentului sau însuși evoluției bolii. În scurt vom expune diferitele faze prin care a trecut tratamentul acestei afecțiuni și vom insista mai mult asupra neurotomiei juxta profuberanțiale a lui Dandy.

Plessner din Berlin a observat din 1915 că tricloretilenul produce asupra lucrătorilor din fabricile unde este întrebuintat un fenomen de intoxicație cu anestezie bilaterală în domeniul trigemenului. Se întrebuintează inhalajii ca: nitritul de amil. A fost studiat în America și Germania. Unii autori au obținut remisiuni totale sau parțiale. În comerț se găsește sub numele de Triclen sau chlorylen.

De un tratament patogenic nu se poate vorbi. S'au făcut unele încercări interesante în această direcțiune cu oarecare rezultate pentru autorii care le-au întrebuintat.

Rattner observând asocierea tetaniei cu nevralgia facială a crezut că este o legătură între nevralgia facială și deschilibrul vago-simpatic. Bazat pe această ipoteză a făcut tratament cu extras paratirodian și avut succes în patru cazuri. Baudoin a încercat această metodă la bolnavi fără tetanie și nu a obținut nici un rezultat, Probabil că a fost o coincidență a acestor două afecțiuni.

Pornit dela această ipoteză, a dăsechilibrului vago-simpatic Baudoin a întrebuintat *insulina* 15—45 și chiar 60 unitași pe zi în 2—3 injecții, care lucrează deasemenea asupra para-simpaticului, la 8 bolnavi cu fic dureros de mai mulți ani. A avut patru cazuri fără nici un rezultat și două cazuri cu succes rapid, iar bolnavele au

părăsit spitalul fără dureri. La patru din aceste bolnave a găsit proba glucozuriei experimentale pozitivă. A avut și bolnavi cu proba glicozuriei experimentale pozitivă iar rezultatul prin acest tratament a fost negativ.

În anul 1843 Rydne face prima injecție în trigemen. La început s'a întrebuințat antipirina, cocaina, cloroformul, serul clorurat hipertonic, săruri de osmium, cu rezultate variabile. Bartholow în 1873 a fost primul care a tratat cu injecții profunde de cloroform.

În 1903 Schlosser a întrebuințat injecții cu alcool 70—80% central și periferic pentru a produce degenerare. Se întrebuințează diferite procedee pentru a injecta alcool: procedeul lui Haertele în ganglion, a lui Dollinger în ramurile periferice. Metoda injecțiilor pe cale bucală cu alcool a fost introdusă în Franța de Oswald. În 1906 Baudoin și Levy au pus la punct tehnica injecțiilor neurolitice.

Injecțiunile cu alcool sunt o armă terapeutică care are și astăzi indicațiunile ei. Uneori imediat după injectarea alcoolului, durerile dispar complet pentru timp de 10—15 ani, așa că pot fi considerați ca definitiv vindecați. Maurice Deparis citează în teza sa, observația unui bolnav tratat prin injecții cu alcool de Baudoin și care revăzut după 18 ani era complet vindecat. Totuși, sunt cazuri unde cu toate injecțiile făcute, durerile recidivează după câteva luni. În mediu se socotește că o injecție neurolitică bine făcută trebuie să producă dispariția durerilor pentru un timp de cel puțin doi ani.

Accidentele produse sunt rare și se pot prezenta sub formă de cheratite, paralizii faciale, surditate, se citează și cazuri mortale.

Dintre operațiunile făcute în nevralgia intermitentă a trigemenului avem neurotomia ramurilor periferice, care a fost părăsită din 1888 când Tiersch a introdus neuroexereza.

Rezecțiile de nervi la baza craniului au pierdut din importanță prin extirparea ganglionului lui Gasser și prin injecțiile cu alcool.

După întrebuințarea operațiunilor periferice care au dat rezultate, Horsley și Macewen în 1886 fac primele operații de extirparea ganglionului lui Gasser. Mortalitatea era mare.

În 1890 Rose propune extirparea ganglionului lui Gasser pe cale extra durală, transpterigoidiană. Frank Harley și Fedor Krause la 1892 creiază calea temporală pentru extirparea ganglionului. Rose întrebuințează calea sfenoidală, Doyen calea temporo-sfenoidală.

În 1900 Cushing încearcă operația fără legarea arterei meninge. Prin perfecționarea tehnicii mortalitatea a scăzut mult dar sunt foarte dese complicațiunile oculare. Cheratitele sunt datorite extirpării

ganglionului lui Gasser, care este centrul trofic al ochiului. După Frazier și Spiller, leziunile fibrelor simpatice, care vin la trigemen în vecinătatea sau chiar la nivelul ganglionului ar fi cauza producerii cheratitei.

Pentru a înlătura aceste complicațiuni, care erau uneori cu urmări grave, Frazier și Spiller în 1901 propun neurotomia retro-gasseriană, deși ideia acestei operații este emisă de Ferrier din 1898. Operația este făcută tot pe cale temporală extradurală. Este mai ușoară iar complicațiunile oculare și paralizile masticatorilor sunt mai puține.

T. Ionescu și Bălăcescu (1902) fac rezecție parțială a simpaticului cervical, mai târziu au făcut rezecția totală bilaterală a simpaticului cervico-toracic, rezultatele constând în ameliorări.

Cercetările lui Tiffany (1896) arată existența centrilor nucleari individualizați în ganglionul lui Gasser și propune gasser=ectomia parțială în dureri limitate la maxilarul inferior.

În 1915 Frazier preconizează secțiunea parțială a rădăcinii sensitive. A fost întrebuintată această operație de Robineau, iar rezultatele le găsim în teza lui André Sicard din 1931. Se păstrează prin această operațiune o anumită sensibilitate a feței în regiuni variate. Din 63 de observațiuni studiate de André Sicard la 51 a găsit conservarea reflexului corneean, iar din aceștia 5 au făcut alterațiuni ale corneei.

Cercetările continui pentru a găsi o tehnică operatorie cu rezultate mai bune și în special să evite cheratitele, au dat rezultatul dorit prin metoda preconizată de Dandy, a neurotomiei totale și apoi parțiale juxta protuberanțiale. În Franța această tehnică a fost întrebuintată întâi de Petit Dutailis (1931). Până în 1934 a făcut 31 neurotomii juxta protuberanțiale.

INDICAȚIUNILE NEUROTOMIEI PARȚIALE ȘI TOTALE JUXTA PROTUBERANȚIALE.

Ca în orice intervenție chirurgicală, va trebui să ținem seamă de starea organelor vitale. Când funcțiunea acestor organe este bună, vârsta nu este o contraindicație. Am văzut că Robineau a operat bolnavi între 80 și 84 ani, pe cale temporală, Dandy a operat un bolnav de 80 ani. Suntem de părere ca și Dandy, că intervenția pe cale posterioară este mai ușoară decât cea întrebuintată de Robineau, cu condiția de a se cunoaște perfect anatomia acestei regiuni. Deasemenea

credem că nu este mai puțin traumatizantă calea temporală de cât cea posteroară.

Mortalitatea este destul de redusă, dacă ținem seama că majoritatea bolnavilor sunt în vârstă înaintată. Prin perfecționarea tehnicei, Dandy a ajuns în ultimul timp ca la 150 operații să nu aibă nici un mort. Petit-Dutailis la 31 de operații a avut 2 morți. Statistica noastră nu prezintă nici un caz mortal.

Lipsa complicațiilor oculare este unul din avantajele cele mai mari ale acestei operații. Din această cauză Robineau găsește neurotomia parțială indicată în cazurile unde găsim ectropion, paralizie facială, cherafite, conjunctivite.

Păstrarea parțială a sensibilității cutanate și aproape în totdeauna totală a mucoasei este un avantaj mare pentru indivizii fineri, fapt de care trebuie să ținem seama. Anestezia mucoasei, care se produce după neurotomii totale, dă tulburări în masticație. Anestezia cutanată și a mucoasei nazale îi face să nu mai simtă scurgerea secrețiilor din nas și să le producă eroziuni.

Este indicată neurotomia parțială în toate cazurile de nevralgie bilaterală, deoarece prin păstrarea unei părți din sensibilitate, cel puțin într-o singură parte, evită tulburările de masticație, leziunile prin mușcare, iar igiena gurei se poate păstra în condițiuni bune.

Aceste tulburări erau curențe după neurotomia retro-gasseriană.

Neurotomia parțială se face în toate cazurile unde nevralgia este localizată numai la maxilarul inferior și superior.

Faptul că poate fi expus la recidivă este deplin compensat prin lipsa complectă și sigură a oricărei complicațiuni oculare, lucru care trebuie avut în vedere la toți bolnavii fineri. Imposibilitatea de a ține bolnavul sub supravegherea noastră un timp mai îndelungat credem că ar fi o indicație pentru secțiune parțială, deoarece am avut ocazia să vedem un bolnav care nu a respectat sfaturile date, iar după 3 săptămâni a făcut cherafită cu opacifierea corneei, după o secțiune totală.

De multe ori în timpul intervenției pentru nevralgie intermitentă s'au găsit tumori care nu ar fi fost descoperite și extirpate dacă se întrebuițea altă cale. Deasemenea autorii americani insistă asupra posibilității asocierii nevralgiei glosio-faringianului cu nevralgia trigemenului și astfel să fie operată pe aceeași cale.

Se evită mai ușor secțiunea rădăcinei motorice, care este separată de cea sensitivă printr'un mic spațiu la acest nivel și leziunile ganglionului lui Gasser.

În cazurile de nevralgii localizate la oftalmic Frazier și Stookey au făcut neurotomie internă cu rezultate bune.

Neurotomia parțială sau totală este indicată în primul rând de însuș caracterele bolii. Când nevralgia a început în teritoriul inervat de oftalmic, predomină în această regiune sau cuprinde tot domeniul inervat de trigemen, este indicată neurotomia totală.

La bătrâni este indicată secțiunea totală a rădăcinei sensitive pentru a nu-i mai expune la recidive.

Mauris Deparis citează ca indicațiuni ale neurotomiei totale cazurile de recidivă, nevralgie bilaterală și indivizii bătrâni.

CONTRAINDICAȚIUNI.

Afară de starea generală rea, cu alterațiuni ale organelor principale care expun viața bolnavului, nu putem vorbi de adevărate contraindicațiuni.

Petit-Dutaillis descrie unele dificultăți care se pot întâlni și fac o operație destul de grea. Printre acestea citează, aderența durei de os și faptul că este subțire la indivizii bătrâni. Din această cauză este greu de suturat, deoarece se rupe cu ușurință. Gâtul scurt și emisferii cerebeloși desvoltați produc dificultăți în timpul intervenției.

TEHNICA OPERATORIE

În toate cazurile operate, dl. Dr. Bagdasar a întrebuințat numai anestezie locală cu Novomefrină 1%. Are avantajul asupra anesteziei generale prin faptul că bolnavul poate fi controlat asupra înfînderii tulburărilor de sensibilitate imediat după secțiune, înainte de a se termina operația și astfel să ne dăm seama în oarecare măsură asupra rezultatului, pe care voiam să-l obținem.

Este adevărat că în timpul împingerii înlături a cerebelului bolnavii fac uneori eforturi să verse și atunci suntem nevoiți să întreprindem operația pentru un moment.

Dandy întrebuințează avertina. Petit-Dutaillis întrebuințează anestezia cu eter pe cale rectală combinată cu anestezia regională.

Bolnavul este culcat cu fața în jos.

Incizia începe la vârful mastoidei, se ridică în sus până la extremitatea superioară a pavilionului urechii, se curbează către linia mediană și apoi în jos, depășind puțin nivelul punctului de plecare al inciziei.

Hemostaza lamboului cutanat astfel creiat se face cu agrafe Michel. Hemostaza celeilalte buze a plăgii se face cu pense care prind aponevroza epicraniană.

Se incizează musculatura la inserție, și se decolează cu ajutorul răzușei. Dacă secțiunea interesează vena emisară a mastoidei facem hemostaza acesteia cu ceară, iar dacă nu reușim dăm o gaură de trepan, superficială și apoi se astupă cu ceară orificiul osos. După decolarea musculaturei și facerea hemostazei, se dă o gaură cu ajutorul trepanului pe care o mărim cu pensa mușcătoare. Se creiază astfel o breșă în os, de formă ovală, având o înfundare mai mare spre baza mastoidei, care merge până la linia mediană: în jos până la gaura occipitală, iar în sus ne vom feri să punem în evidență sinusul lateral. Uneori suntem nevoiți să deschidem și celulele mastoidiene, fără a fi vre un pericol. Hemostaza la nivelul osului o facem cu ceară.

Dura mater astfel evidențiată, este secționată crucial cu ajutorul foarfecii și sondei canelate. Prin cele 4 colțuri ale durei se trece câte un fir și apoi se resfrâng lambourile, cu o spatulă maleabilă se împinge cerebelul într-o parte, cu atenție mare și se pătrunde tot mai profund. Astfel se pune în evidență nervul facial și auditiv iar deasupra lor se găsește cisterna laterală pe care o deschidem. Se scurge lichid cefalo-rachidian în abundență, pe care îl aspirăm.

După aspirarea lichidului încercăm să punem în evidență rădăcina sensitivă a trigemenului care este situată pe un plan mai profund și puțin deasupra planului format de facial și auditiv. Rădăcina sensitivă se recunoaște prin grosimea ei mai mare decât a celorlalți nervi. Pentru a ajunge la ea, de multe ori drumul este barat de vena lui Dandy. Hemostaza acestei vene este timpul cel mai delicat și cel mai principal al operației. Se poate face prin coagulare, clipuri, iar dacă este lezată prin tamponare. Dacă sunt alte vase le împingem în lături cu ajutorul unui tampon.

Rădăcina odată evidențiată, pătrundem și o secționăm total sau parțial în apropierea protuberanței cu ajutorul unuia cârlig tăios. După secțiune se poate să avem o mică hemoragie care să oprește ușor prin tamponare sau cu un fragment de mușchi.

După oprirea completă a hemoragiei se închide dura cu fire de mătase. Plaga se închide în două planuri, iar dacă a fost tendință la hemoragie lăsăm un mic dren la unul din unghiuri, timp de 24 ore.

REZULTATELE POST OPERATORII ȘI COMPLICAȚIUNILE

Rezultatele se bazează pe observarea a 8 bolnavi operați de dl. Dr. Bagdasar, care nu au putut fi urmăriți un timp prea lung dela operație. Unul a putut fi revăzut la cinci luni după operație; alt bolnav ne-a răspuns în scris la întrebările puse.

Din acești 8 bolnavi, la 4 s'a făcut neurotomie parțială, iar la 4 neurotomie totală.

În neurotomia parțială s'a secționat partea externă a rădăcinei senzitive, iar rezultatele au fost variate. De obicei teritoriul oftalmicului este rar interesat. Tulburările de sensibilitate predomină în teritoriul cutanat al maxilarului inferior și superior cu zone de hipoestezie mai pronunțate sau chiar cu zone limitate de anestezie. La un bolnav cu secțiune parțială s'a găsit după operație anestezie în domeniul maxilarului inferior și superior, cu hipoestezie întinsă în sus.

După neurotomie parțială predomină mai ales hipoetezia în aceste teritorii. Uneori se găsesc zone bine delimitate de anestezie mai ales în jurul gurei și cu zone de hipoestezie mai pronunțată în regiunea suborbitară. Hipoestezia corneei observată la un bolnav, a dispărut în primele zile după operație. Nu s'au găsit tulburări de sensibilitate ale mucoasei. Au părăsit spitalul fără a mai avea dureri.

După neurotomia totală juxta profuberanțială noi am găsit în toate cazurile o anestezie în tot teritoriul trigemenului, pentru toate sensibilitățile. Reflexul corneean dispărut, anestezia completă pentru mucoasa gurei și jumătății de limbă corespunzătoare operației. La un bolnav am constatat o diminuare a gustului și mirosului corespunzător părții operate.

Carmichael și Woolard au constatat după gasserectomie, prin injecție cu alcool, dispariția gustului în partea anesteziată. Harris o atribuie interdependenței funcționale dintre facial, trigemen și glosolaringian.

Se observă la toți bolnavii cu neurotomie totală o anestezie a corneei cu dispariția reflexului. Vindecarea crizelor o putem considera ca definitivă. Toțuși ca și după neurotomia totală retrogasseriană, găsim aici ca și la cea parțială unele tulburări subiective deși anestezia este completă. Durerile sunt incomparabile mai slabe față de cele pe care le avea înainte de operație. Sunt sub formă de înțepături, furnicături sau arsură fără iradieri. Maurice Deparis găsește la 30% din cei operați asemenea senzații anormale. André Sicard a găsit aceste tulburări și după neurotomii totale retrogasseriene în

20% din cazuri. Aceste dureri apar după operație mai ales la bolnavii care au suferit timp îndelungat și unde crizele erau însoțite de dureri simpatice. Teritoriul mai des atins este cel oftalmic.

Un bolnav la care s'a făcut neurotomie totală și care era sifilitic, ne scrie la o lună după operație: „Durerile de cap continuă în mod uniform și superficial, mai puțin intens ziua și mai intense noaptea, fiind foarte accentuate deasupra ochiului drept, din care cauză sunt nevoit să-l țin mai mult închis.

La plecarea din spital acest bolnav avea o anestezie completă în tot domeniul trigemenului, pentru toate sensibilitățile.

Senzația că jumătatea capului corespunzătoare operației este mai grea, pielea mai întinsă, iar la palpare pare că este tumefiată; o găsim frecvent după neurotomie totală. Unii au senzații mai bizare; spun că au jumătate anesteziată mai scurtă și frasă în jos.

André Sicard citează în teza sa un caz de neurotomie retro-gasseriană operat de 3 ori. Prima operație a fost parțială, a doua totală. Durerile au continuat să persiste. Se intervine din nou și nu se mai găsesc fibre nervoase; toate au fost secționate. Cu toate acestea durerile au mai persistat 3 ani.

Complicațiunile post-operatorii observate la început sunt în mare parte de scurtă durată și datorite mai ales nervilor care sunt în imediata apropiere de trigemen. Tamponarea în cazurile de leziuni vasculare cu hemoragie, produce atunci când tamponul vine în contact cu nervul facial și auditiv pareze faciale și hipoacuzie. Am observat de asemenea nistagmus și diplopie, care pot fi datorite tracțiunii exercitate pe nervii vecini în timpul intervenției prin împingerea cerebelului. În majoritatea cazurilor aceste complicațiuni sunt de scurtă durată.

Reflexul corneei este păstrat după neurotomia parțială. Modificările ușoare de sensibilitate a corneei, pe care le-a observat și Maurice Deparis sunt de scurtă durată. După neurotomia parțială retro-gasseriană André Sicard citează apariția cheratitelor, chiar la cei cu păstrarea sensibilității corneei. Maurice Deparis citează un caz de reacție meningee aseptice, care a cedat la puncție.

După neurotomia totală noi am găsit anestezie completă în tot domeniul cutanat și mucos cu anestezia corneei. La un bolnav examinat după 5 luni am constatat lăcrămare mai ales dimineața și scurgeri de serozitate din narina corespunzătoare, care i-a produs eroziuni.

După operație dl. Dr. Bagdasar recomandă bolnavilor să poarte

un opercul. Un bolnav imediat ce a părăsit spitalul nu a mai purtat opercul și a făcut cheratită, care a dus la opacifierea corneei.

Nu am observat tulburări motorii și nici cerebeloase. Sensibilitatea profundă este păstrată.

Numărul mic de bolnavi și timpul relativ scurt dela operație nu ne-a dat posibilitatea până în prezent să observăm recidive. Recidivele se observă după neurotomie parțială atât retro-gasseriană, cât și juxta protuberanțială. În acest caz durerea apare cu toate caracterele pe care le a avut înainte de operație. Maurice Deparis citează la 21 de operați de Pétit-Dutaillis 2 recidive apărute la 3 luni. Dandy a avut 4 recidive. Se crede că ar apare la bolnavii la care sensibilitatea obiectivă revină în mare parte sau aproape normal.

Noi nu am putut observa o revenire a sensibilității.



OBSERVAȚIUNI CLINICE

Neurotomii parțiale juxta=protuberanțiale.

Observația I=a. T. V. 44 ani, casnică.

Antecedente: pojar în 1917, pneumonie stângă în 1928.

Boala actuală a început acum 9 ani, insidios, cu senzații de înțepături la nivelul maxilarului superior. Apăreau numai ziua, aveau o durată de 2—3 minute și veneau odată pe săptămână.

În 1928 este apucată brusc de o durere foarte vie în regiunea occipitală dreaptă, cu iradieri în jumătatea dreaptă a feței și în frunte.

Din 1930, durerea are caracterul de junghi în regiunea occipitală, dureri în ochiul drept, însoțită de lăcrămare, iar din narina dreaptă se scurge o secreție apoasă. Crizele sunt mai frecvente 2—4 pe zi; noaptea nu are dureri. Erau provocate de vorbire și masticație.

Urmează tratament medicamentos fără rezultat. Din 1933 apare în jumătatea dreaptă a feței o senzație de arsură superficială a pielii. Pentru a nu mai provoca durerile mănâncă numai cu partea stângă. Din cauza durerilor și-a extras toată dantura din partea dreaptă.

Examenul neurologic negativ.

Reacția Wassermann și Meinicke în sânge negativă. Ureea 0.36 la 1000 cc. ser.

Bolnava este operată de Dr. Bagdasar în 25 X. 1935.

Anestezie locală cu Novomefrină 1⁰/₀.

Diagnosticul operator: nevralgie facială dreaptă.

Operația: neurotomie parțială juxta=protuberanțială.

Incizia lui Dandy. Trepanație și deschiderea durei. Se împinge cerebelul cu o spatulă. Se vede facialul și auditivul iar în profunzime se evidențiază cu greu rădăcina sensitivă a trigemenului. Prin leziunea venei pietroasă a lui Dandy se produce o hemoragie care este oprită prin tamponare. Bolnava face câteva eforturi pentru a vărsa și suntem nevoiți să ne oprim pentru un moment. Se secționează cu ajutorul cârligului partea externă a rădăcinei senzitive. Hemostază perfectă. Se închide dura complect. Se refac planurile.

27. X. Mersul post operator bun. Nu mai are dureri. Reflexul

corneei păstrat. Sensibilitatea cutanată: ușoară hipoestezie tactilă și hipoalgezie în teritoriul maxilarului superior și inferior cu o zonă de hipoalgezie mai pronunțată în apropierea nasului și o zonă mică de anestezie periorală. Ușoară hipoacuzie și pareză facială dreaptă, diplopie și nistagmus lateral stâng. Nu are tulburări cerebeloase.

31. X. Sensibilitatea cutanată se menține le fel. Simte partea dreaptă amorfă. În pleoapa superioară are ușoare înțepături, și senzația că i se mișcă dinții din gură. Aude bine cu urechea dreaptă, nu mai are diplopie și nistagmus. Pareza facială mai persistă.

6. XI. Nu mai are dureri, simte amorțea în domeniul maxilarului superior și inferior. Nu mai are pareză facială. Părăsește spitalul vindecată.

La examenul de control făcut după 3 luni dela părăsirea spitalului bolnava nu prezenta dureri; avea o ușoară zonă de hipoestezie periorală dreaptă.

Observația II-a. Bolnavul M. C., de 46 ani, plugar.

Antecedente: malarie în copilărie.

Bolala actuală datează din anul 1929, când au apărut primele dureri în maxilarul superior drept, pe care bolnavul le asemănă cu junghiuri. Crezând că durerile sunt provocate de dantură, își extrage doi molari. Durerile persistă iar cu timpul au devenit mai mari. Antinevralgicele îl linișteau puțin. Consultă mai mulți medici. Urmează tratamente electrice fără rezultat.

În 1932 între în Serviciul de Neurologie cu dureri mari în maxilarul superior și inferior. I se face injecție cu alcool în gaura suborbitară, după care durerile au dispărut aproape complet.

Din toamna anului 1934 începe să aibă dureri din ce în ce mai mari sub formă de crize în tot domeniul maxilarului superior și inferior drept cu lăcrămarea ochiului drept. Crizele sunt provocate de masticție, vorbire și atingere. Are și în timpul nopții crize, care apar imediat ce face vre-o mișcare prin care atinge obrazul. Sunt foarte frecvente și insuportabile în ultimul timp.

În 20 Februarie 1935 intră în Spitalul de Urgență.

Examenul neurologic:

Crizele dureroase apar foarte des în timpul vorbirii. Evită să vorbească; masticția și atingerea obrazului deasemenea îi provoacă dureri foarte mari. Este slăbit deoarece nu se poate alimenta decât cu foarte mari precauțiuni și nu poate dormi noaptea. Se ferește de a fi atins pe obraz.

Obiectiv : se constată o zonă suborbitară de hipoestezie care se întinde până în apropierea buzei superioare.

Lăcrămarea ochiului drept. Sensibilitatea corneei păstrată.

R. Wassermann și Meinicke în sânge negativă.

Bolnavul este operat de Dr. Bagdasar în ziua de 22 Februarie 1935,

Anestezie locală cu Novomefrină 1%.

Diagnosticul operator : nevralgie facială dreaptă.

Operația : neurofomie parțială juxta protuberanțială.

Lambou cutaneo-muscular în regiunea occipitală de partea dreaptă, cu baza în jos. Se face o gaură cu trepanul electric, care se lărgeste cu pensa mușcătoare. Se deschide dura crucial. Craniul fiind dolichocefal se pătrunde cu greu până la trigemen, care este în profunziune. Se face secțiunea parțială a trigemenului, iar plaga se închide drenându-se la un colț.

26. II Nu mai are dureri. Lăcrămarea persistă. Are senzația că jumătatea dreaptă a capului este mai grea. Hipoacuzie dreaptă și nistagmus lateral drept. Hipoalgezie mai accentuată în regiunea suborbitară și în jurul comisurii bucale drepte. În rest sensibilitatea păstrată. Reflexul corneei păstrat.

3. III Lăcrămarea persistă. Nu mai are dureri. Plaga este vindecată. Hipoalgezia este numai în regiunea suborbitară și în jurul comisurii bucale drepte. Nu mai are nistagmus. Reflexul corneei păstrat.

Părăsește serviciul vindecat.

Observația III-a. Bolnavul L. L. de 68 ani din Roman, este trimis de dl. Prof. Parhon pentru a fi operat de nevralgia trigemenului.

În antecedentele personale și heredo-colaterale nu găsim nimic deosebit.

Istoricul boalei actuale. E bolnav de 8 ani, când a început să simtă dureri la nivelul buzei superioare și narinei stângi. Era un fel de senzație de arsură, care venea 1—2 ori pe săptămână, durând câteva secunde. Un medic din Roman i-a făcut o intervenție în nas, după care crizele au devenit mai frecvente și mai puternice. Celelalte tratamente nu l-au ajutat deloc sau numai temporar (extracții de măsele, injecții cu alcool pe ramurile periferice). De 3 săptămâni crizele vin la fiecare 5 minute și durerile sunt insuportabile. Bolnavul nu a mâncat de trei zile ca să evite paroxismele dureroase. Istorisirea boalei lui se reduce doar la o expunere penibilă întretăiată de crize de plâns, cerând încontinuu să fie scăpat de aceste chinuri.

Nu-și șterge nici lacrimile ca să nu-și provoace dureri.

Examenul obiectiv: obz, pletoric, blefarită cronică la ambii ochi, dinții murdari, halena fetidă. Tensiunea arterială: Mx. 18. Mn. 10 (Vaquez).

Neurologic nimic deosebit.

Bolnavul este operat la 19 Octombrie 1933, a doua zi după internare cu anestazie locală. Operator: Dr. D. Bagdasar.

Dg. op.: Nevralgie facială stg.

Operația: neurotomie parțială juxta=protuberanțială.

Ajung ușor la grupul nervilor: auditiv, facial. Dedesubtul lor și către tentoriu se vede o porțiune din arahnoidă îngroșată și opacă care acoperă rădăcina sensitivă a trigemenului. Imi creiez cu ajutorul sondei canelate o mică breșă în această membrană, pe care lărgind-o cu multă prudență pentru a nu atinge vena pietroasă, expun rădăcina sensitivă a trigemenului. Secționez jumătate din partea externă și închid. Durerile au dispărut complet.

Analgezie în maxilarul inferior și superior terminându-se în sus cu hipo=algezie însemnată. Nu mai are dureri deloc.

Bolnavul iese vindecat din spital la 28 Octombrie 1933.

Observația IV=a. R. J. de 28 ani, șofer, intră în Spital la 23 Iunie 1953.

Antecedente heredo=colaterale și personale fără importanță.

Istoricul boalei actuale. Durerile au început acum trei ani în cele două ramuri inferioare ale trigemenului drept. Extragerea câtorva măsele n'a adus nici o ameliorare. Urmează perioadă de crize dure=roase, durând 2—5 săptămâni și alternând cu intervale liniștite de 2—5 luni. În timpul durerilor bolnavul slăbea considerabil căci nu se putea alimenta. Nici un tratament nu l-a putut ajuta (electroionizare, Roentgen, extrageri de măsele, etc.)

Examenul clinic: la examenul neurologic, bolnavul compară durerile cu senzația produsă de un curent electric puternic sau de un cușit, care îi taie obrazul. Alte ori senzația este mai bizară: pare că cineva i-ar trage obrazul în jos cu un clește.

Criza are aspectul clasic al ficului dureros. Când apare, jumă=tatea corespunzătoare a feței se congestionează, obrazul tremură, ochii lacrămează, pleoapele se închid, bolnavul rămâne imobil și tăcut copleșit de o durere inexprimabilă; toată criza durează câteva secunde. Are cam 20—30 crize pe zi.

În rest la examenul obiectiv nimic deosebit.

Operat la 14 Iunie 1933.

Operator: Dr. D. Bagdasar.

Diagnosficul operator: nevralgie facială dreaptă.

Operația: neurotomie parțială juxta=protuberanțială.

Anestezie locală cu novomephrină 1⁰/₀.

Se face incizia lui Dandy. Se ajunge la nerv, însă pornește o ușoară emoragie. Se oprește repede cu un tampon muiat în ser cald. Se secționează numai un sfert din porțiunea externă a rădăcinii sensitive și se închide plaga.

Mersul postoperator. Durerile au dispărut complet după operație. Bolnavul a avut un nistagmus orizontal fimp de 2 zile și ușoară pareză facială datorită tracțiunilor ușoare exercitate pe vestibular și facial. Analgezie lângă comisura bucală dreaptă, cu hipoalgezie în jurul acestei zone.

Bolnavul iese din spital la 12 August 1933 vindecăt de dureri. Pareza facială a mai cedat. Bolnavul urmează tratament electric.

Revăzut la 3 luni după feșire, vindecarea și hipoalgezia se mențin.

Neurotomii totale juxta=protuberanțiale.

Observația V=a. S. I. 60 ani.

Antecedente: Malarie în copilărie. Blenoragie și șancru sifilitic la 19 ani. În 1929 otită medie supurată. De 4 ori a avut erizipel la față.

Este bolnav de 6 ani. A început cu dureri sub formă de înțepături în maxilarul inferior care după jumătate de an au devenit mai mari. Erau sub formă de crize, cu o durată de câteva secunde. Veneau mai ales noaptea și în timpul masticației. I se face de un medic tratament specific după care crizele dureroase au scăzut ca intensitate și frecvență rămânând mai târziu numai cu senzații de furnicăături. După o nouă serie antispecifică dispar și aceste simptome. S'a simțit foarte bine o lună, apoi apar din nou dureri în toată partea dreaptă a feței, mai ales noaptea încât nu poate dormi. După fizioterapie dispar din nou durerile.

Din Februarie 1931 au apărut dureri foarte mari în toată jumătatea dreaptă a feței, sub formă de crize, atât ziua cât și noaptea. Nu poate dormi din cauza durerilor. Crizele țineau câteva secunde și reapăreau după 10—20 minute.

După tratament antispecific, fizioterapie (ionizare, raze infra roșii, Röntgen=terapie) dispar complet.

Astfel se repetă crizele și dispar după tratament, de mai multe ori.

Din 1935 cu tot tratamentul făcut crizele sunt mai frecvente și îi produc dureri insuportabile. Crizele sunt declanșate mai ales de vorbire și masticajie.

Examenul neurologic: crizele sunt frecvente, au o durată 10—15 secunde și apar la jumătate până la 2 minute.

Obiectiv: Ușoară pareză facială dreaptă. Sensibilitatea corneei prezentă. Pupile egale, rotunde, reacționează lenș la lumină și dis-tanță. Reflexele tricipitale diminuate. Reflexul rotulian drept diminuat.

Paramedian în teritoriul maxilarului inferior până la unghiul mandibulei este o zonă cu hipoestezie și hipoalgezie datorită unei in-jecții de cocaină și alcool cu antipirină 5%, făcută de un medic.

Examenul general: emfizem pulmonar. Zgomote cardiace surde la vârf. La aortă șgomotul al doilea clanguros, suflu sistolic.

Tens. Art. Mx. 17—Mn 11. (V. L.)

Ureea : 0,72 la 1000 cmc. ser.

Este operat în ziua de 30. VII. 1935 de dl. Dr. Bagdasar. Anestezie locală cu novomefrină 1%.

Diagnosticul operator : Nevralgie facială dreaptă.

Operația : Neurotomie totală juxta profuberanțială dreaptă.

Incizia lui Dandy. Se dă o gaură de trepan și se ridieă osul cu pensa mușcătoare. Hemoragia osoasă se oprește cu ceară. Se incizează dura crucial. Cu e spatulă se împinge în lături cerebelul și astfel se pune în evidență nervii : facial și auditiv. Puțin deasupra lor și mai profund se vede rădăcina sensitivă a trigemenului. Se aspiră lichidul cefalo-rachidian care vine în plagă în cantitate mare. Se secționează nervul în întregime cu ajutorul cârligului. În timpul secțiunii este lezată vena pietrosă a lui Dandy. Hemoragia se oprește prin tamponare. Se închide dura. Plaga se închide lăsând la un colț un dren.

1. VII. Nu a mai avut accese dureroase. Jumătatea dreaptă a feței este amorțită. Analgezie și anestezie tactilă și termică, reflexul corneean drept abolit, ușor nistagmus lateral stâng și pareză facială dreaptă. Analgezie în jumătatea dreaptă a limbei. Sclerotica are su-fuziuni sangvine. Se aplică opercul de celoidină.

4. VII. Are dureri fulgurante în membrele superioare și infe-riore, constricții la baza toracelui. Ușoară durere în regiunea fronto-parietală dreaptă.

9. VII. Nu mai are nici o durere în domeniul trigemenului. Vede bine cu ochiul drept. Jumătatea dreaptă a capului este amorțită. Ușoară asimetrie facială. Congestia la ochiul drept nu mai este.

Anestezia corneei drepte, anestezie tactilă și termică, analgezie în jumătatea dreaptă a capului.

20. VIII. Bolnavul scrie că are ușoare dureri deasupra ochiului drept, mai mari noaptea. Simte capul greu și are senzație că pielea este înfinsă și tumefiată în jumătatea dreaptă a capului.

Are dureri în coloana vertebrală, constricție toracică, tremurături a mâinilor, slăbiri în membrele inferioare.

Observația VI-a. G. I., 65 ani. Intră în spitalul Colțea serv. prof. Hortolomei. Este trimis de dl. Dr. Bazgan pentru a fi operat cu diagnosticul de nevralgie a trigemenului drept.

Antecedente: Tifos exantematic în timpul războiului.

Boala actuală a început acum 5 ani. Durerile erau sub formă de accese localizate în maxilarul inferior și superior drept. Devin din ce în ce mai frecvente. Apar ziua și rar noaptea dacă face vre-o mișcare. Sunt provocate mai des de masticație și vorbire. De un an are dureri și în teritoriul oftalmic. Nu se poate alimenta din cauza durerilor. A slăbit mult. Accesele dureroase sunt destul de frecvente bolnavul stă acoperit pe cap și față; spune că frigul și curentul îi provoacă accese. Acoperit accesele sunt mai ușoare.

Examenul neurologic. În timpul examinării accesele sunt destul de frecvente; atunci își duce mâna la față, figura se cripsează de durere în jumătatea dreaptă, bolnavul își suspendă respirația un moment, nu mai răspunde la întrebări. Aspectul figurii traduce un sentiment de durere atroce, inexprimabilă. Accesul durează câteva secunde.

Examenul obiectiv. Bolnavul se ferește de a fi atins în zona paramediană dreaptă a maxilarului inferior deoarece îi declanșează accesul. Sensibilitatea tactilă termică, dureroasă în teritoriul cutanat și mucoas al trigemenului nu este modificată.

Reflexul corneei este normal în amândouă părțile. Pupilele sunt rotunde egale, reacționează bine la lumină și distanță. Reflexele achiliene abolite; celelalte prezente.

La examenul general: vârful inimii este în al VI-lea spațiu intercostal în afara liniei mamelonare. Suflu sistolic la mitrală și aortică. Pulmonar nimic deosebit.

Este operat în ziua de 11 Mai 1933 de dl. Dr. Bagdasar.

Anestezie locală cu Novomêfrină 1%.

Diagnosticul operator: nevralgie facială dreaptă.

Operația: neurotomie totală dreaptă juxta=protuberanțială.

Incizia lui Dandy. Se trepanează fosa occipitală și se procedează după tehnica obișnuită. Se depărtează cerebelul drept spre

linia mediană. Se văd foarte bine nervii cranieni: auditivul, facialul și trigemenul mai sus. Se secționează ramura senzitivă în întregime cu ajutorul cârligului. Inchiderea durei se face cu greutate din cauză că este subțire și se rupe. Se închide plaga.

15. V. Bolnavul simte toată jumătatea dreaptă complet amorțită.

Obiectiv: analgezie și anestezie pe toată ramura trigemenului drept. Ușoară injecție a conjunctivei bulbare cu dispariția luciului corneei, tendință la ulcerare. Se face pasament cu vaselină iodoformată 10%, instilație cu protargol 1% și atropină 2%. Se aplică opercul de celoidină. Se scot firele a 4-a zi după operație.

20. V. Aceeași stare. Bolnavul părăsește spitalul contrar sfatului medical. Se recomandă să urmeze același tratament și să țină opercul.

Este revăzut în 5. X. 1935. Nu a mai avut dureri. Are senzație de amorțeală și rece în tot teritoriul trigemenului drept și-i pare că este mai grea jumătatea dreaptă a capului.

După plecarea din spital nu a mai purtat opercul, iar la 2—3 săptămâni a început să vadă din ce în ce mai puțin cu ochiul drept. Acum are numai percepția luminoasă. Are lăcrămarea ochiului drept și scurgere seroasă din narina dreaptă.

Obiectiv: Pareză facială dreaptă, eroziunea narinei drepte din cauza secreției care se scurge. Mirosul scăzut în partea dreaptă, gustul de asemenea este scăzut în jumătatea dreaptă a limbei. Conjunctiva bulbară hiperemiată, vascularizată, pupila nu se vede, corneea opacă, albicioasă, cu un segment triunghiular în partea superioară mai transparent. Lăcrămează puțin. Zărește persoanele. Reflexul cornean la dreaptă dispărut, la stânga prezent.

Anestezie facilă și termică, analgezie dureroasă în tot teritoriul cutanat și mucos al trigemenului.

Observația VII-a. Pacientul P. M. 50 ani, intră pentru a doua oară în serviciu la 9 Octombrie 1933. E bolnav din 1925. Durerile au început în maxilarul superior și inferior drept. Accesele erau foarte puternice și aproape subintrante la început, ceea ce a obligat pe bolnav să stea la pat 3 luni. A urmat o remisiunea de 4 ani (accesele mai puțin intense care îi permiteu să lucreze).

O nouă recrudescență a durerilor în 1929, identică cu episodul inițial, menținându-se aceeași intensitate până în momentul de față. Durerile interesează acum și regiunea orbitală dreaptă. Extracția măselelor din dreapta, injecția cu alcool pe ramurile periferice ale nervului n'au fost urmate de nici un rezultat.

Între în serviciul nostru la 5 Aprilie 1932 — prima dată. La examenul obiectiv găesc o ușoare hipoestezie tactilă și termică cu hipoalgezie în primele două ramuri ale trigemenului drept. Nimic altceva neurologic. Blefarită cronică la ambii ochi. Bolnavul refuză intervenția și iese din spital la 30 Aprilie 1932. Revine din nou la consultație după 11½ ani și încerc fără succes o injecție cu alcool în ganglion. Durerile erau așa de intense încât bolnavul acceptă aproape fără ezitare intervenția.

E operat chiar în ziua intrării în spital (9 Octombrie 1933) cu anestezie locală. Eforturile de vărsat declanșate de tracțiunea pe vag erau atât de puternice, încât operația a fost foarte laborioasă. Se secționează tot trigemenul drept și se încheie ca de obicei.

Anestezie la toate ramurile cu abolirea reflexului corneean la dreapta. La 6 zile după intervenție ușoară injecție a conjunctivei bulbare drepte cu un început de ulceratie a corneei. Bolnavul e îngrijit în serviciu de dl. Dr. Landau (picături cu atropină, instilații cu argirol, pansament cu noviform) și fenomenele oculare cedează complet repede. Nu e nevoie nici de blefarotomie, la care ne-am gândit la un moment. Bolnavul iese din spital vindecat de dureri la 1 Nov. 1933.

Observațiunea VIII-a. Bolnava S. E. de 40 de ani intră în spitalul de boli nervoase din Cernăți la 8 Iunie 1933. pentru dureri în jumătatea dreaptă a feței.

Antecedentele personale fără importanță.

Istoricul boalei actuale. Suferă de doi ani. Durerile interesează mai cu seamă maxilarul superior dr., vin sub formă de paroxisme și din Octombrie 1932 sunt atât de violente, încât și-a întrerupt orice activitate. Și-a extras toate măselele din dreapta sus și jos, fără nici o ameliorare. Mâncările sărate sau acre provoacă crize dureroase. În timpul nopții doarme liniștită.

Examenul neurologic. Bolnava compară durerile cu senzația produsă de un sfredel introdus în oasele feței.

Nimic neurologic obiectiv. Reflexul corneean e păstrat.

Operată la 28 Iunie 1933 de Dr. D. Bagdasar.

Dgs. op. : nevralgie facială dreaptă.

Operația : neurotomie totală juxta-protuberanțială.

Se face anestezie locală. Secțiune completă a trigemenului, fără nici un accident operator sau postoperator. Suprimare completă și imediată a durerilor după secțiune. Analgezie cu anestezie termică și tactilă în tot domeniul trigemenului drept cu abolirea reflexului corneean. Bolnava pleacă vindecată din serviciu la 30 Iunie 1933.



Concluziuni

1. Nevralgia facială cunoscută de mult timp, sub diferite numiri, a fost clasificată în nevralgie intermitentă și nevralgie simptomatică.

2. Cercetările experimentale cât și observațiunile clinice post operatorii dovedesc că fibrele rădăcinii senzitive nu sunt sistematizat aranjate; se anastomizează între ele și chiar cu cele din rădăcina motorie, se divid, se răsucesc; disociaie în centri, se grupează în fascicole care vor constitui nervul așa că nu putem și ce fibre a interesat secțiunea.

3. Afară de cele două nevralgii, simptomatică și intermitentă, autorii au mai descris o categorie de dureri sub diferite numiri pe care autorii americani le numesc nevralgii faciale atipice.

4. Simptomele pur subiective, caracterizate prin dureri intermitente, localizate și cu iradieri numai în domeniul trigemenului face diagnosticul posibil. Sunt cazuri de nevralgii simptomatice care au la început o evoluție caracteristică pentru nevralgie intermitentă.

5. Toate încercările de tratament medical făcute până acum nu au dat nici un rezultat sau au dat rezultate de scurtă durată.

6. Neurotomia retro-gasseriană a dat rezultate bune dar leziunile produse în timpul operației asupra ganglionului lui Gasser dădeau complicațiuni oculare grave.

7. Neurotomia juxta-protuberanțială preconizată de Dandy în 1925 este o achiziție frumoasă a neuro-chirurgiei, prin evitarea complicațiunilor oculare și prin benignitatea ei.

8. Prin neurotomia parțială juxta-protuberanțială se păstrează în mare parte sensibilitatea cutanată, aproape întotdeauna sensibilitatea mucoasă, nu produce tulburări oculare și paralizii ale masticatorilor.

9. *Neurotomia totală juxta-protuberanțială, indicată în nevralgiile care au început cu oftalmicul sau care au cuprins tot teritoriul trigemenului și la bătrâni, produce tulburări obiective de sensibilitate mai accentuate, cu anestezia corneei.*

10. *După neurotomii juxta-protuberanțiale ca și după neurotomia retro-gasseriană rămân uneori tulburări subiective, care sunt mai frecvente la cei care au suferit mult timp, dar de intensitate foarte mică față de durerile pe care le aveau înainte de operație.*

11. *Intervenția pe cale posterioară în operația lui Dandy este mai ușoară decât cea pe cale temporală, dacă se cunoaște bine anatomia regiunii și e tot atât de traumatizantă.*

12. *Calea posterioară permite descoperirea și tratarea cauzei ce se poate găsi uneori în nevralgiile care au aspectul de a fi intermitente.*

13. *Fiind o tehnică întrebuițată de puțin timp, rezultatele vindecării definitive și al numărului de recidive pe care le va arăta viitorul, va dovedi deplin valoarea acestei metode.*

Văzută și bună de imprimat :

Decanul facultății de medicină
(ss) Prof. Dr. D. Michail.

Președintele tezei
(ss) Prof. Dr. C. I. Urechia.

Bibliografie

1. *Alajoanine Th. și Thurel R.*: Simpatalgii faciale (Journal Medical Francais 1933).
2. *Alajoanine Th. și Thurel R.*: Nevralgia facială (Journal Médical Francais 1933.)
3. *Alajoanine și Thurel*: Nevralgia facială. Importanța stimulului și a zonei de excitație (Deduction thérapeutiques et pathogeniques) (Presse Médical 1933.)
4. *Bagdasar D.*: Nevralgia »esențială« a feței, Secțiunea trigemenului pe calea posterioară (Operația lui Dandy) (revista Spitalul 1933.)
5. *Baudouin, Petit-Dutaillis, Cousse și Deparis*: Un caz de nevralgie a glosio-faringianului. Neurotomie juxta bulbară (Metoda lui Dandy) (Revue Neurologique, Décembre 1933).
6. *Bier—Braun—Kümmel*: Tratat de operații chirurgicale (1932. B. I.)
7. *De Beule Fritz*: Rezecția fiziologică a ganglionului lui Gasser sau neurotomia retrogasseriană în tratamentul nevralgiilor faciale rebele (Lyon chirurgical 1913 X. p. 221—230).
8. *Bourguet*: Nevralgia trigemenului. (Paris Maloin, 1928).
9. *Capelin A.*: Contribuții la studiul tratamentului nevralgiilor faciale prin alcoolizarea ganglionului lui Gasser (Thése Paris 1924).
10. *Chavany J. A.*: Aspectele clinice a nevralgiei trigemenului (Nevralgie facială) (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, Janvier 1932 Nr. 2. Pag. 49.)
11. *Coughlin W. T.*: Secțiunea rădăcinei sub anestezie locală pentru cura radicală a marelui nevralgii a trigemenului

- (tic dureros). *Annals of surgery*, Ian. 1925 Nr. 1).
12. *Cathala, Hogueau și Vernet*: Nevralgia facială de origină sifilitică. (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie* p. 439. 1932).
 13. *Cushing*: Distribuția sensitivă a celui de al V-lea. nerv. cranian (*Archive of Neurology Psychiatry* 1923 Nr. 9 p. 283).
 14. *Dandy*: O operație pentru tratamentul nevralgiei faciale: Rezecție parțială pre-protuberanțială a rădăcinii sensitive (*Archives of Surgery* Febr. 1929, vol. 18. Nr. 2).
 15. *Dandy*: Tratamentul nevralgiei trigemenului pe cale cerebeloasă (*Annals of surgery* Octobre 1932 pag. 787—793).
 16. *Dandy W.*: Secțiunea rădăcinii sensitive a trigemenului la nivelul protuberanței (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*; Février 1925 p. 105—107).
 17. *Davis*: Sensibilitatea profundă a feței (*Archives of Neurology and Psychiatry* 1923. p. 283).
 18. *Demoulin*: Diferite tratamente ale ticului dureros al feței. (*Thèse Paris* 1924).
 19. *Petit Dutailis*: 25 de cazuri de nevralgii faciale operate pe cale posterioară (metoda lui Dandy) (*Bulletins et mémoires de la Société National de Chirurgie* 1934. Nr. 18.)
 20. *Petit—Dutailis*: Technica și rezultatele neurotomiei juxta-protuberanțiale a trigemenului pe cale posterioară (metoda Dandy) (*Journal de chirurgie* 1934. p. 321—341).
 21. *Petit Dutailis și Loewy*: Un caz de nevralgie facială tratat prin neurotomie juxta protuberanțială (metoda lui Dandy). Rezultat recent. (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris* 1929).
 22. *Wilson David*: Nevralgie facială atipică (*The Journal of the American Medical Association* 1932).
 23. *Duget J.*: Physiologia trigemenului (*Biologie médicale* Nr. 5. Mai 1933).
 24. *Maurice Deparis*: Incercări asupra nevralgiei trigemenului (*Thèse Paris* 1935).
 25. *Frasier*: Tratamentul chirurgical al nevralgiei (*Anuales of Surgery*, Septembre 1928).
 26. *Frasier*: Tratamentul chirurgical al nevralgiei faciale. (*Annals of surgery* 1928).
 27. *E. Hartmann*: Neurotomia retro-gasseriană. Contribuții la

- studiul cheratitei neuro-paralitice (Thèse Paris 1924).
28. *Hovelacque*: Anatomia nervilor cranieni și rachidieni și a marelui sistem simpatic la om. (1927 Doin Paris).
 29. *T. Ionescu*: Sympaticul cervico-toracic (1923 Masson).
 30. *Kanavel și Davis*: Anatomia chirurgicală a trigemenului (Surgery Gynecology and Obstetrics, 1822 Nr. 34).
 31. *Davis Loyal și Pollack Levis*: Rolul sistemului nervos simpatic în producerea durerilor întra craniene (Archives of Neurology and psychiatry vol. XXVII. 1932 p. 282).
 32. *Leriche*: Despre 49 cazuri de neurotomie retro-gasseriană (Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie Paris. 1928 Pag. 4—7).
 33. *De Martel*: Asupra neurotomiei retrogasseriene (Bulletins et mémoires de la Société National de Chirurgie de Paris) (11 Ianuarie 1928).
 34. *F. Van Nouhuys*: Cercetări asupra compoziției ganglionului lui Gasser în vedrea tratamentului operator al nevralgiei faciale. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1930).
 35. *Princeteau*: Contribuții la chirurgia trigemenului întracranian (congrés Français de Chirurgie 1908 p. 781—805).
 36. *Robineau*: Despre neurotomia retro-gasseriană (Bulletins et mémoires de la Société National de Chirurgie de Paris 1925).
 37. *Robineau*: Benignitatea neurotomiei retro-gasseriene. (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique 1929).
 38. *Souques și E. Hartmann*: Senzibilitatea profundă a feței trece prin nervul facial? (Soc. de Neurologie, Janvier 1924).
 39. *Souques și Hartmann*: Conservarea sensibilității profunde a feței după secțiunea retro-gasseriană a rădăcinei trigemenului. (Soc. de Neurologie, Décembre 1923).
 40. *Sergent, L. Ribadeau Dumas, Babonneix*: Tratat de patologie medicală și terapeutică aplicată. (Tom. VI.)
 41. *André Sicard*: Neurotomia retro-gasserienă parțială în tratamentul nevralgiei faciale (Thèse Paris 1931).
 42. *Sénèque*: Technica neurotomiei retrogasseriene (Journal de Chirurgie 1929.)
 43. *Stokey*: Nevralgia glosso-faringianului. Tratat chirurgical cu studiu asupra distribuției nervului glosso-faringian (Archives of neurology and psychiatry 1928 p. 702).

44. *Thurel R.*: Dureri faciale (tipuri clinice și indicațiuni terapeutice) (Journal Médical Francais 1931, 10. Oct.)
 45. *By. Walter și M. Kraus*: Distribuția cutanată a nervului trigemen (Contributions in Surgery in honor of. C. H. Frazier p. 212).
 46. *Winkler*: Manual de neurologie. Harlem 1921 t. 1. 2-e parte: L'appareil nerveux du trijumeau.
-

