

Clinica chirurgicală Nr. 5. a I. M. F. din București (Cond.: Conf. I. Juvara).

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL MIASTENIEI GRAVE. REZULTATELE IMEDIATE ȘI TARDIVE DUPĂ TIMECTOMIE\*)

I. Juvara, O. Rațiu, Al. Prișcu

Timectomia, ca tratament chirurgical al miasteniei grave, rămâne încă o problemă deschisă care continuă să fie dezbătută între partizanii tratamentului medical și chirurghi.

În 1953 în colaborare cu academicianul *N. Hortolomei* au fost publicate în buletinul Acad. R.P.R. rezultatele obținute în primele 12 miastenii tratate prin timectomie.

Articolul de față înfățișează experiența câștigată pe un număr de 22 de cazuri de miastenie grave, operate și urmărite între anii 1950—1956.

*Probleme de etio-patogenie.* Deși legătura dintre timus și miastenie a fost demonstrată, nu se poate afirma că aceste legături au fost clarificate în întregime. Complexul fizio-patologic al bolii comportă încă multe necunoscute, de care sînt legate, foarte probabil, insuccesele timectomiei. Fără a intra în amănunte, am vrea să reamintim că în interpretarea actuală a patogeniei sindromului, sediul dereglării funcționale este joncțiunea neuro-musculară. Este recunoscut faptul că transmiterea influxului nervos la acest nivel se face prin intermediul mediatorilor chimici, în speță acetil-cholina, iar echilibrul acetil cholină-colinesteraza asigură armonia funcțională a joncțiunii mio-neurale.

Orice perturbare interesînd sinteza acetil-cholinic, rupe echilibrul funcțional și are ca urmare o depolarizare insuficientă sau o persistență anormală a depolarizării fibrei musculare. Consecința clinică a acestor perturbări o constituie apariția sindromului miastenic. Ipoteza unei substanțe circulante cu acțiune curarizantă asupra plăcii neuro-motorii este sugerată de faptul că fenomene miastenice trecătoare pot apare la noi-născuții din bovine miastenice.

Diverși autori au căutat să explice sindromul miastenic ca o consecință a unei dereglări endocrine sau pluriglandulare (*H. Claude*). Astfel s-a subliniat rolul supra-renaiei (concepție apărută de școala românească prin *Marinescu* și *Kreindler*), hipofizei, tiroidei, paratiroideilor și în sfîrșit timusului. Ipoteza timică a patogeniei miasteniei deși se bazează pe constatări anatomo-patologice, experimentale, operatorii și pe rezultatele bune obținute la majoritatea operațiilor, rămîne totuși o ipoteză foarte fragilă. Sîntem înclinați să credem că sindromul nu poate fi atribuit numai tulburării segmentare a unei singure glande din organism, ci unui mecanism mai complex de

\*) Comunicare făcută la cea de a II-a sesiune științifică a I. M. F. din Tîrgu-Mureș, la 26. oct. 1957.

tulburare primitivă cortico-diencefalohipofizară cu răsunet secundar asupra glandelor endocrine, în special asupra timusului. Timusul apare în concepția noastră ca o verigă intermediară, ca o etapă, poate cea mai importantă dar nu singura, în înăntuirea fenomenelor fiziopatologice care determină sindromul miastenic. Orice intervenție medicală sau chirurgicală la nivelul uneia din verigile rețelului endocrin ar putea să influențeze evoluția sindromului miastenic. Așa se explică, poate, ameliorările obținute prin administrarea de ACTH sau prin denervare sino-carotidiană care acționează prin intermediul supra-renaliei (obs. nr. 1, 6, 22).

Etapă timică rămâne însă una din cele mai importante atât prin rezultatele obținute după timectomie, cât și prin constatările anatomo-patologice ale pieselor extirpate.

În sfârșit putem afirma că cu cât gradul de visceralizare timică a sindromului corticodiencefalohipofizară este mai mare, cu alte cuvinte cu cât etapa timică este mai importantă în sensul unei hiperfuncțiuni timice, cu atât rezultatele timectomiei sînt mai bune și mai durabile.

Am căutat să sprijinim această afirmație pe constatările anatomo-patologice ale timusurilor extirpate.

Sub acest aspect rezultatul operator nu depinde de precocitatea intervenției, ci de importanța funcției timice.

Insuccesele timectomiei demonstrează că dominanța patogenică interesează atât verigă a rețelului neuroendocrin, iar rețelele sau recidivile superează posibilitatea ipotezei neuro vegetative ale lui *Orbelli* și *Anicicov*, complex patogenic secundar, care poate acționa fie direct asupra fiziologiei contractiei musculare, fie prin intermediul glandei suprarenale.

În concluzie, după concepția noastră timectomia chiar acolo unde rezultatele par excelente nu poate vindeca radical miastenia. Operația rămîne un miastenic latent, un miastenic potențial, sindromul putînd fi redespertat de orice agresiune fizică sau psihică (intervenție chirurgicală, infecții, bronhopneumonie etc.).

*Analiza materialului clinic.* Statistica noastră numără 22 de cazuri operate dintre cari 14 femei și 8 bărbați. După cum se vede afecțiunea predomină la sexul feminin ocupînd un procentaj în jurul cifrei de 64%, față de 36%, procentajul bărbaților cu miastenie.

*Keynes*, pe 211 cazuri, găsește un procent de 69% femei și 31% bărbați. Dacă din cifra globală defalcăm cazurile de tumori timice, în număr de 5, găsim în ceea ce privește sexul bolnavilor, 3 femei și 2 bărbați (60%, respectiv 40%). Din cele de mai sus se desprinde faptul că sindromul miastenic fără tumoră se întilnește mai des la femei.

Mai bine de jumătate din bolnavi au fost sub 30 ani. Miastenia gravă apare ca o afecțiune a tinereții. Formele tumorale au fost mai frecvente după 40 ani.

Se observă că cei mai mulți dintre bolnavii de miastenie (forma netumorală) au venit la chirurg după 2 ani de la debutul afecțiunii. Am avut un singur caz la care vechimea sindromului era de 10 ani.

Spre deosebire de alte statistici remarcăm în grupul bolnavilor cu tumori timice o evoluție de cîteva luni, numai în 2 cazuri, la restul bolnavilor evoluția se întinde pînă la cel mult 2 ani.

În ce privește evoluția afecțiunii am întilnit numai forme cronice, astfel; *forme cronice cu evoluția progresivă fără remisiuni* am observat în 15 cazuri, iar *forme cronice cu remisiuni* în 7 cazuri.

Chiar în formele cu remisiuni trecătoare, mersul maladiei a fost întotdeauna către agravare progresivă, perioadele de remisiune fiind din ce în ce mai scurte iar recăderile mai severe.

*Factorii de agravare a sindromului miastenic.* În cursul evoluției miasteniei, sindromul poate suferi agravări prin intervenția următorilor factori:

a) *Factori psihici.* La 6 bolnavi traumatismul psihic a intervenit nu numai

ca factor de declanșare a afecțiunii, ci și ca factor de agravare a evoluției miasteniei. Exemplificăm cele de mai sus prezentând:

Bolnava P. D. de 42 ani, suferind de miastenie de 10 ani, este ținută în echilibru relativ de 7 ani prin tratament medical și repaus. În urma unei supărări mari face o criză acută de miastenie cu crize asfixice, imposibilitate de deglutiție etc. și cu creșterea rezistenței la prostigmină.

b) *Factori fiziologici* (menstre, sarcină, climacterium).

c) *Factori patologici*. O afecțiune intercurrentă, un traumatism, o intervenție chirurgicală sînt tot ațiia factori care pot înrăutăți evoluția unui miastenic operat sau nu. De ex.:

Obs. Nr. 7. Bolnavul R. I. sindrom miastenic, formă tumorală operat la un an de la debutul maladiei. Mersul postoperator a fost normal pînă în a treia zi, cînd apare o bronhopneumonie dreaptă. În urma acestei complicații se declanșează o criză de miastenie acută cu fenomene de dispnee accentuată și rezistență la prostigmină. Bolnavul a fost „asistat” cu plumbitorul timp de 6 zile. După rezolvarea focarelor bronhopneumonice totul a reintrat în normal. La alt bolnav (observația 22) agravarea bolii survine după un traumatism cranian.

d) *Un traumatism operator* (obs. 20) sau un efort fizic însemnat (obs. 12) pot să constituie factori declanșanți sau agravanți ai unei miastenii.

În timpul evoluției maladiei lor, trei din bolnavii noștri au suferit o denervare sinocarotidiană. În obs. nr. 1. și nr. 6. denervarea a fost bilaterală, iar la ultimul caz denervarea a fost unilaterală. De remarcat la acești bolnavi efectul bun, însă tranzitoriu, al acestui tip de operație.

Fără a ne putea sprijini pe o statistică mare, socotim că denervarea sinocarotidiană nu dă rezultate durabile. În trei cazuri de miastenie la care s-a practicat denervarea sinocarotidiană abia după executarea timestomiei s-a obținut un rezultat definitiv.

Un alt dezavantaj al denervării sinocarotidiene îl constituie faptul că loja timică rămîne neexplorată permițînd unei eventuale tumori, nedecelată clinic sau radiologic, să evolueze către malignizare. În acest sens poate fi interpretată observația lui L. Lenger și Thévenard.

Autorii relatează observația asupra unei tinere de 18 ani, căreia i se face o denervare sinocarotidiană pentru un sindrom miastenic franc. În urma acestei intervenții survine o ameliorare, pentru ca după doi ani să se dezvolte o tumoră timică malignă, care determină moartea bolnavei. De remarcat totuși că sindromul miastenic nu a mai reapărut în timpul evoluției tumorii.

Această observație ne îndreptățește să credem că bolnava ar fi putut fi salvată dacă i s-ar fi practicat o timestomie la începutul bolii.

*Alegerea momentului intervenției.* Plecînd de la ideea că timestomia în miastenie nu este și nici nu trebuie să fie o operație de urgență, am căutat totdeauna să intervenim în faza de remisiune spontană a sindromului. La bolnavii care ne-au fost aduși în plin puseu acut, am instituit un tratament preoperator de echilibrare. În acest scop am căutat să stabilim doza minimă necesară de prostigmină prin tatonare și controlul semnelor subiective și obiective. Paralel cu tratamentul prostigminic bolnavii au fost supuși unui tratament cu atropină, guanidină sau glicocol. În unele cazuri am folosit și clorura de potasiu în scopul de a potența acțiunea prostigminei.

Nu am folosit ACTH și nici cortizon. Chiar în cazul în care tumora a fost depistată radiologic nu am făcut radioterapia preoperatorie. În general după 7—14 zile de pregătire miastenicul poate fi echilibrat, așa încît actul operator

să poată fi bine tolerat. Dozele minime utile de prostigmină au variat între 1—4 mg pe zi.

*Anestezia.* Problema anesteziei la miastenici este legată de doi factori: a) intoleranța și deci contraindicația substanțelor curarizante oricât de slabă ar fi acțiunea lor; b) rapoartele anatomice ale timusului cu fundurile de sac pleurale și vasele mari.

La orice intervenție chirurgicală practică la miastenici curarizantele de orice tip, și în orice doză, sînt contraindicate.

Utilizarea novocainei sau a succedaneelor ei, este contraindicată datorită acțiunii depolarizante la nivelul joncțiunii neuromusculare.

Rapoartele timusului cu fundurile de sac pleurale precum și aderențele dintre tumorile timice și pleură dictează necesitatea intubației. Am utilizat următoarea tehnică de anestezie:

a) *Pregătirea preoperatorie.* Cu 45' înainte de operație se administrează intramuscular 2 mg dilauden, 0,5 mg atropină, 1 mg prostigmină.

b) *Inducția anestezică.* Am renunțat la anestezie locală laringiană cu cocaină pentru motivele expuse mai sus. Inducția propriu zisă se face fie cu barbiturice simple, sau cu eter-oxigen. Intubația o socotim obligatorie. Conducerea anesteziei se face cu eter-oxigen menținându-se la gradul II/III. Cînd sub anestezie apar tulburări respiratorii instalăm o perfuzie de glucoză 5% cu 1 mg prostigmină.

*Calea de acces.* În toate cazurile operate am folosit calea transternală mediană verticală. Pe această cale am putut extirpa cu ușurință timusurile hipertrofice precum și tumorile mici și mijlocii. Considerăm că accesul transpleural trebuie rezervat numai cazurilor de tumori voluminoase a căror extirpare, necesită un cîmp operator larg.

Din inconvenientele sternotomiei mediane, verticale, înalte, cităm: dificultatea pe care am întâlnit-o uneori în disecție și extirparea prelungirilor inferioare ale lobului stîng, care aderă la crosa aortei sau fundului de sac pericardic. Suprafața de secțiune a sternului poate să sîngereze apreciabil, iar hemostaza la acest nivel este uneori dificilă. Pentru a preîntîmpina hemoragia din suprafața de secțiune a sternului am practicat și recomandăm următoarea metodă: cu partea lată a daltei sau cu orice instrument avînd o suprafață netedă se comprimă, prin mici lovituri, spongioasa osului. La unul din cazurile noastre a trebuit să reintervenim la cîteva ceasuri după intervenție pentru a face să înceteze o hemoragie ce venea din secțiunea osoasă. De asemenea subliniem că secțiunea osoasă comportă o sinteză ulterioară și că există riscuri (totuși minime) de osteită secundară prin intoleranța firului metalic de sutură. La un singur operat a trebuit să reintervenim la un an după intervenție pentru a extirpa firul de sîrmă care a generat osteita.

*Problemele de tehnică chirurgicală* sînt legate de importanța rapoartelor anatomice pe care le prezintă timusul față de organele vecine atît în porțiunea cervicală cît și în cea mediastinală. Pentru a ușura disecția glandei de organele vecine în special de fundurile de sac pleurale, folosim disecția hidraulică injectînd cu ajutorul unui ac îndoit introdus retrosternal la nivelul furculiței o cantitate de 20—30 cm<sup>3</sup> de ser fiziologic. Prin această manevră acțiunea de îndepărtare și decolare laterală a fundurilor de sac pleurale este mult mai ușurată, iar indexul introdus retrosternal poate libera în întregime fața posterioară a sternului.

Hemostaza pediculilor vasculari timici trebuie făcută cu meticulozitate prin disecție din aproape în aproape. Timusul trebuie ridicat în bloc cu grăsimile periglandulară, știut fiind că în această grăsimă se pot găsi celule timice aberante.

*Accidente sau incidente* importante intra-operatorii nu am avut, cu excepția unei deschideri incidentale a pericardului, care a fost suturată pe loc iar faptul

in sine nu a avut nici o urmare supărătoare. Drenajul întotdeauna loja timică cu un tub subțire de cauciuc scos suprasternal. Drenajul are scopul eliminării serozității sau singelui ce s-ar putea stringe în lojă și este suprimat după 24 ore. Sutura sternului o practicăm cu fire metalice.

*Reanimarea intraoperatorie și tratamentul postoperator.* În timpul intervenției bolnavul este perfuzat cu prostigmină 1 mg. în soluție de glucoză 5%, 507 cm<sup>3</sup>. Crizele de bronhoree acută intra- sau postoperatorii sînt datorite unei hidratari excesive, dar mai ales unei proaste folosiri a prostigminei (în special excesul de prostigmină, *Viets*). *Jorgensen și Torkelsen* la 12 cazuri de miastenie operate au avut patru morți postoperatorii prin bronhoree. acută. Resursa terapeutică de urgență în aceste cazuri desperate rămîne tracheotomia și bronhoaspirația.

Un alt accident grav postoperator este criza miastenică postoperatorie. Am observat această criză la trei dintre operații (obs. 5, 7 și 17).

Criza miastenică postoperatorie are trei faze:

1. La început faza de agitație, bolnavul e neliniștit, dispneic, are sete de aer și nu-și găsește locul.

2. În faza două apare torpoarea, bolnavul este somnolent, obosit pînă la epuizare.

3. În sfîrșit în faza a treia, cea asfxică, bolnavul redevine agitat, neliniștit, dispneic, polipneic, tahicardic. Pulsul diminuează ca amplitudine și crește ca frecvență pe măsură ce criza se adîncește. Polipneea devine din ce în ce mai intensă, iar respirația capătă tipul de respirație abdominală. Bolnavul intră în colaps. La acești bolnavi o injecție de 1—2 mg de prostigmină are efect spectacular (obs. nr. 5).

Rezultatele obținute:

*Rezultatele imediate.* Criteriile după care am apreciat rezultatele au fost: 1. Starea subiectivă și examenul obiectiv al bolnavului. 2. Necesitatea de prostigmină. 3. Reluarea ocupațiilor.

Cifric rezultatele sînt următoarele: f. bune și bune 13 cazuri = 58.5%, mediocre 7 = 31.5%, neinfluențate 1 = 5%, morți postoperatorii 1 = 5%.

Rezultatele bune și foarte bune reprezintă deci mai bine de jumătate din procente (58.5%). Respectînd proporțiile din acest punct de vedere statistica noastră este comparabilă cu cea a lui *Keynes* din 1951.

Credem că o interpretare mai corectă a rezultatelor poate fi făcută dacă separăm grupul miastenicilor fără tumoră de acela al bolnavilor cu timoame.

1. Bolnavii cu miastenie gravă fără tumoră. Rezultatele după timectomie: foarte bune 3, bune 8, mediocre 6, neinfluențat 1, mort 0.

2. Bolnavii cu tumori timice în cadrul miasteniei. Rezultatele după timectomie: foarte bune 1, bune 1, mediocre 2, neinfluențat 0, morți 1.

Din cele de mai sus reiese clar că rezultatele timectomiei în miastenie sînt mai bune și susceptibile încă de ameliorări ulterioare, atunci cînd pregătirea preoperatorie și îngrijirile postoperatorii sînt urmate cu meticulozitate. Noi nu am înregistrat nici un mort în acest grup de operații. Singurul caz la care timectomia s-a soldat cu un insucces este acela al unei bolnave (obs. nr. 9) la care miastenia evolua de peste 10 ani. Rezultatele cele mai bune le-am obținut în cazurile cu evoluție mai recentă a afecțiunii și mai ales acolo unde am găsit un grad mai important de hipertrofie funcțională timică.

Tumora timică a fost prezentă în 22.7% din cazuri. Pe 260 de cazuri de miastenie *Keynes* găsește tumori timice la 41 de operații (15.4%). În acest grup de bolnavi rezultatele în general sînt mai puțin satisfăcătoare.

Riscul operator crește atunci cînd există tumoră, din cauza aderențelor masive ce aceasta le poate avea cu pleura, trunchiul brachiocefalic, aorta, pericardul sau pulmonul.

Aderențele strînse la pleură necesită uneori pleurectomii largi dificil de suturat. Acești bolnavi riscă să facă colaps pulmonar postoperator care este fatal la miastenici (obs. 22).

Aderențele la trunchiul venos brachiocefalic duc uneori obligator la rezecția acestuia (obs. 22).

Aderențele la pulmon pot fi uneori atât de strînse încît o parte din tumoră rămîne neextirpată. În aceste cazuri după o ameliorare trecătoare bolnavii mor cu fenomene de miastenie acută (*Keynes*). După acest autor chiar în cazurile în care tumorile au putut fi scoase în întregime, rezultatele obținute au fost mai slabe iar operații au sucombat cu fenomenele respiratorii ale miasteniei grave. *Keynes* bănuiește că la acești bolnavi s-a produs o miastenie ireversibilă prin descărcarea masivă în circulație, a produselor inhibitoare ale sintezei de acetil-cholină. La acești bolnavi proba la prostigmină a fost pozitivă sau chiar negativă.

Miastenia ireversibilă este mai des întilnită în seria bolnavilor cu tumoră. Sînt cazuri în care se obține o ameliorare satisfăcătoare, însă semnele oculare persistă, probabil datorită modificărilor permanente ale mușchilor de la acest nivel. Toți acești factori prezenți îndeosebi în seria bolnavilor cu tumoră, fac ca rezultatele postoperatorii să fie mai slabe. Pentru acest motiv diagnosticul preoperator de tumoră timică are valoare de prognostic. Din punct de vedere clinic cazurile cu tumori se însoțesc cu forme severe de miastenie. Simptomele sînt generalizate (forme generalizate), iar dacă sînt localizate în aria bulbară atunci sînt forme grave. În ce privește debutul și evoluția afecțiunii, rapiditatea instalării sindromului miastenic este suspect de tumoră.

Marea majoritate a acelora au o istorie mai scurtă de doi ani de zile. În general la bolnavii cu tumoră răspunsul la prostigmină este încet și incomplet. Totuși nu există regulă fixă, iar *miastenia nu respectă nici o lege*.

Rezultatele postoperatorii tardive se suprapun celor imediate, apreciate în primele luni după operație. De remarcat faptul că postoperator ameliorarea se instalează treptat în primele 6 luni. În marea majoritate a cazurilor chiar la bolnavii cu rezultate foarte bune persistă fenomene miastenice latente care se pot exagera fie la proba cu chinină, fie atunci cînd survine un episod infecțios intercurrent (bronhopneumonie etc.).

Dispariția completă a sindromului a fost obținută prin observația 2 și 21, la care în primul caz după 5 ani, și la al doilea după 3, nu există nici un semn clinic, iar proba la chinină rămîne negativă. În celelalte cazuri persistența unui grad discret de miastenie latentă nu împiedică bolnavul să-și reia ocupațiile. Reluarea fenomenelor acute miastenice, fără cauză evidentă după timectomie, poate ridica problema explorării lojei timice a mediastinului anterior și a pedicolelor pulmonare pentru a depista eventuale resturi timice.

*În concluzie.* Rezultatele tardive obținute sînt în funcție de precocitatea intervenției, de vîrstă și de valoarea funcțională a țesutului timic extirpat.

*Sosit la redacție : la 28. decembrie 1957.*

#### *Bibliografie*

1. *Blalock, Mason M. F., Morgan M. V.*: Ann. Surg. 1939; 110, 544—561; 2. *Blalock A.*: J. of thoracic Surgery, 1944; 316—339; 3. *Bochetti G., Lucifera A.*: Arch. Ital. d'm Chir. Vol. LXXVII. fasc. 5; 337—357; 4. *Castelam B., Norris E. H.*: Medicine, 1944, 28; 27—28; 5. *Eaton L. M., Clagett O. Th.*: J. A. M. 1950, 13; 143, 963—967; 6. *Hortolomei N., Juvara I., Stelacec D., Marinescu Slatina, Hasnaș N.*: V. N. 1—2; 145—167; 7. *Kenyes G.*: Brit. J. of Surgery 1955, 42; 175, 449; 8. *Leger L., Thewenard A.*: Mem. de l'Acad. de Chirurgie Paris t. 77, 1951; 1047—1050; 9. *Lerche P.*: Mem. de l'Acad. de Chir. Paris 1939; 334—340; 10. *Paraf I., Sicard A.*: Bu'l. et Mem. de la Soc. Medic. des Hopitaux de Paris, 1949, 65; 15—20; 11. *Rainis Eugenie*: vol. 2, 1942



Fig. nr. 1.

Obs. 22. Tumoare limică dezvoltată în lobul stîng, coboară pînă pe fundul de sac pericardic, aderă la fundul de sac pleural stîng.



Fig. nr. 2.

Obs. 23. Polul inferior stîng a fost degajat, s-a rezezat împreună cu tumoarea o porțiune din pleura stîngă aderentă la tumoare. Se observă aderențele puternice ale tumorii la trunchiul venos brabiocefalic stîng, care au necesitat rezecția segmentară a acestuia.

275—282; 12. *Ragues L.*: La Presse Medic 1950, 48; 58. 13. *Sebesteny S.*: Zentralblatt für Chir. 1953, 23, 28; 961—966; 14. *Sicard A., Dubost Ch.*: Journ. de Chirurgie 1949, 10, 11; 15. *Sicard A., Paraf J., Abaza A.*: Mem. de l'Acad. de Chirurgie Paris 1949; 683—688; 16. *Wetti H.*: Lyon Chirurgie 1953, 48; 5—17; 17. *Wiets R. H.*: Brit. Med. J. 1950, 1; 139—147.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ МИАСТЕНИИ РАННИЕ И ПОЗДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТИМЕКТОМИИ

Жувара И., Рацию О., Пришку Ал.

После перечисления этиологических факторов авторы придерживаются такой точки зрения, что заболевание зависит от первичного расстройства кортико-диенцефалон-гипофизарной системы, вследствие чего, особенно страдает функция вилочковой железы. По их мнению, после удаления вилочковой железы миастения не исчезает полностью. Оперированный больной остается в состоянии скрытой миастении, но любой неблагоприятное обстоятельство может спровоцировать заболевание. Они знакомят с 22 больными, сравнивают свои данные с литературными данными. Далее обсуждают время и технику операции, а также обезболивание. Результаты случаев. в 58,5 % — отличны очень хорошие, в 31,5 % средние, в 5 % случаев состояние не изменилось, 5 % со смертельным исходом.

Поздние результаты зависят от времени вмешательства, от возраста больного и от функционального состояния удаленной железы.

## LA TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYASTHÉNIE GRAVE RESULTATS IMMÉDIATS ET TARDIFS DE LA TYMECTOMIE

*I. Juvara, C. Ratiu, Al. Priscu*

En passant la revue des facteurs étiologiques de la maladie, les auteurs arrivent à la considérer comme un trouble primaire du Système Cortico-Diencephalon de l'hypophyse; c'est la fonction du thymus en premier lieu, qui en subit les conséquences. Selon les auteurs, l'estirpation du thymus ne suffit pas pour une guérison complète. Le malade opéré persiste dans un état de Myasthénie latente et le moindre trouble peut provoquer sa réapparition. Ils comparent leurs 22 propres cas avec les données littéraires et discutent le moment propice et la technique de l'opération ainsi que l'anesthésie. Les résultats des cas non-tumoraux sont: Excellents et bons dans 58%, médiocres dans 31,5%; 5 cas étaient restés sans changements. Ils ont eu 53 cas mortels. Les résultats des cas tumoraux étaient: 3 excellents, 8 bons, 6 médiocres; 1 cas avait guéri sans relâche. Pas un seul cas mortel. Les résultats tardifs de l'opération dépendent du moment de l'intervention, de l'âge du malade et de la fonction du tissu glandulaire extirpé.