

## Neuralgia de trigémino. Cura radical

Por el doctor J. Soler Roig

Al comentar unos casos vistos por nosotros de Neuralgia esencial del Trigémino, y al referirnos de preferencia al tratamiento de la afección por la neurotomía retro-gaseriana, procedimiento a nuestro juicio radical y seguro, de gravedad operatoria reducida gracias a una serie de pequeños detalles de técnica, que hacen que las estadísticas de hoy presenten una mortalidad extremadamente baja, no es nuestra intención exponer una nueva técnica personal, sino al mismo tiempo que comentar los procedimientos clásicos empleados, poder modificar en detalle alguno de los factores de importancia que contribuyen al éxito de la intervención.

Para empezar nos referiremos a la anestesia. Tendremos en cuenta, naturalmente, que se trata de un enfermo afecto de tic doloroso, cuya edad por término medio oscilará alrededor de los 50 años, que va a la operación en pésimas condiciones de estado general, tanto por el decaimiento moral que la enfermedad reporta, como por el abuso de analgésicos a que deliberadamente, para calmar sus crisis, se entregan estos enfermos.

El cirujano, al pensar en cuál es la anestesia que ofrecerá menos riesgo y reportará más ventajas para el enfermo, naturalmente pensará antes que en otra en la anestesia local; a la inocuidad de esta anestesia hay que añadir una serie de ventajas que la misma nos ofrece; entre otras, la hemostasia que se obtiene por infiltración del colgajo temporal, suponiendo sea ésta la vía elegida. La posibilidad de practicar la trepanación con ausencia absoluta de dolor es

de todos conocida; sin embargo, una vez llegados al tiempo intracraneal de la intervención, es necesario practicar una anestesia por inhalación, pues el tiempo de despegamiento de las meninges, apertura del cavum de Meckel y sección de la raíz sensitiva del ganglio de Gasser, es doloroso (HORTOLOMEI, en un caso presentado a la consideración de la Sociedad Nacional de Cirugía de París, habla del shock mortal que se produce en el momento de la sección de la raíz sensitiva (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n.º 35, 31 dec. 1927).

Al vernos, pues, obligados hasta cierto punto a usar de una anestesia por inhalación en el tiempo final de la intervención, perdemos muchas de las ventajas de la anestesia local al mismo tiempo que añadimos serios inconvenientes, como son la necesidad de aproximar al campo operatorio un nuevo ayudante encargado de la anestesia, lo que si bien no tiene exagerada importancia, puede ser evitado. Otro punto de extraordinaria importancia es la resonancia excesiva que tiene para el paciente la práctica de la trepanación bajo anestesia local, con las consiguientes alteraciones emotivas que trascienden al estado general, en una intervención que a pesar de su sencillez requiere un tiempo relativamente respetable para ser llevada a cabo.

La indicación de una anestesia general de la que el operador no tenga que preocuparse, y dé, sin aumentar el riesgo, un margen de tiempo suficiente, tiene muchos atractivos para el cirujano y para el paciente. La anestesia obtenida por enema de

Avertina nos parece responder en absoluto a una serie de condiciones precisas; en el caso a que nos referiremos, fiando en nuestra experiencia con esta modalidad de anestesia, así lo verificamos, y nunca hemos visto responder mejor un producto a sus indicaciones (LERICHE aconsejaba aún en 1928 el enema de éter oleoso, dados los inconvenientes de la anestesia local y los de la obtenida por inhalación; creemos sus resultados demasiado inconstantes y peligrosos en comparación a los que nos reporta la Avertina, para poder tomar en consideración este consejo).

La Hemorragia es un factor de extraordinaria importancia, pues la operación es larga y la hemostasia no es siempre tan perfecta como podría desearse; en primer lugar por lo que se refiere al colgajo temporal, lo mejor es ligar los vasos temporales, al mismo tiempo que usar las pinzas especiales de De Marthel. La sutura circular a lo Heidehein había sido recomendada y las pinzas de Mackas no se pueden aplicar bien en esta región; el diploe, al practicar la trepanación, también acostumbra a sangrar, y podemos echar mano de la cera de Horsley; pero es mejor aún, a nuestro entender, con ayuda de un algodón embebido en suero y de un aspirador, ir recogiendo desde un ángulo de la trepanación toda la sangre que se pierde y enmascara el campo operatorio. DAVIS y CUSHING han propuesto tener una solución citratada en el frasco del aspirador y terminada la intervención inyectar de nuevo por vía venosa la sangre extravasada. VERNON HAN cita un caso en que por este método logró reinyectar más de 300 c. c. de sangre del enfermo operado, actuando como una verdadera transfusión.

Será interesante conocer en esta cirugía, en que debemos fiar la hemostasia al pro-

ceso fisiológico más que a la pinza, el tiempo de coagulación de la sangre del paciente, para en todo caso, mediante una medicación apropiada, acelerar este proceso.

Durante la intervención conviene tener libres de compresión las venas yugulares; la posición del enfermo tiene mucha importancia, y se aconseja tener la cabeza del mismo lo más elevada posible, sin sacrificar por ello la comodidad del cirujano.

Otro detalle de gran importancia, es la perfecta iluminación del campo operatorio, y creemos insustituible la lámpara frontal de Finochietto, que hoy ya usan en cirugía general buen número de cirujanos. En cuanto a instrumental, debe guiarnos el buen deseo de simplificar en lo posible la complicada instrumentación que se nos propone continuamente por las casas-productoras; teniendo en cuenta que en esta cirugía la región queda suficientemente protegida, podemos no hacer el colgajo osteoplástico y usar la sencilla fresa de Doyen movida a mano y que con rapidez y elegancia nos facilita el medio de agrandar con la sencilla pinza gubia el orificio primitivo de la fresa esférica; todos los modelos que hemos tenido ocasión de emplear de pinzas de Dalgreen no se prestan a la topografía de la región. La porción escamosa del temporal es la parte que menos dificultades ofrece al cirujano. Una aguja de Deschamps fina y maleable o un vulgar pasa hilos, que podremos acomodar a la curvatura que nos convenga, es conveniente para la ligadura de la meníngea media; valvas maleables de aluminio de las que se emplean en cirugía general son de gran utilidad, por adaptarse a la forma que más nos convenga; lo mismo diremos de la valva de Pauchet autoalumbrante. El mango de un bisturí plano y romo sirve de despegador de meninges, y un gancho de estrabismo, un tenotomo afi-

lado o una tijera larga y fina son los complementos del instrumental necesario.

Son pocas las dolencias que ocasionan al paciente el sufrimiento y los terribles dolores que ocasiona la neuralgia del trigémino; es tan característico su aspecto, que aun fuera de sus crisis nos será fácil reconocer los rasgos que en el exterior deja la enfermedad. Diríase que temen de tal modo cualquier contacto, hasta el de la más leve corriente de aire, que se protegen la región inervada por el Trigémino por todos los medios que están a su disposición; por ello se envuelven la cara con bufandas y acostumbra a encasquetarse gorras de gran visera o sombreros de ala baja que protegen en cierta forma la región afectada; citamos estos datos porque en tres enfermos que hemos tenido ocasión de observar, en todos ellos nos ha chochado de momento el dato de la indumentaria, aparte de una determinada inmovilidad de la cara que les da una expresión característica; pues el enfermo evita en todo momento cualquier movimiento que pudiera ser punto de partida de una crisis dolorosa, se halla siempre inquieto y como temeroso de la proximidad del ataque; es penosa su vida por la repetición constante de las crisis y la insuficiencia de los analgésicos de que dispone, y no es raro que terminen por adoptar decisiones atentatorias contra su vida para liberarse de un dolor tan agudo.

El ataque doloroso se presenta en forma de accesos repentinos, fulminantes, que exageran la actitud de defensa en que se halla el enfermo; éste contrae su facies como luchando con el dolor brutal que le inunda, y en cuanto cesa se aprecia una vasodilatación periférica unilateral, acompañada casi siempre de sudoración y de lagrimeo del ojo del lado afecto; la crisis está, pues, caracterizada por la aparición

súbita e inesperada de fenómenos sensitivos, que van seguidos de manifestaciones motoras, terminando con fenómenos vasomotores de origen simpático.

Generalmente la neuralgia se halla limitada a un solo lado.

Las primeras manifestaciones de la neuralgia no acostumbran a invadir desde el primer momento todas las raíces del trigémino. En nuestros tres casos la neuralgia comenzó a manifestarse por la rama II; es por ello que creyendo posible su origen debido a una infección ascendente, ocasionada por un ápice molar, los enfermos no dudaron en dejarse extirpar no tan sólo las piezas defectuosas del lado afecto, sino incluso las sanas.

A la exploración objetiva, no presentan estos enfermos ninguna alteración de su sensibilidad; pero a veces es suficiente la presión en el territorio de alguna de las ramas del V par, para ver aparecer una crisis dolorosa. Es necesario, sin embargo, tener bien en cuenta la diferencia diagnóstica que tienen las formas accesionales de las formas continuas; debemos tener en cuenta que todo enfermo que presenta trastornos objetivos de la sensibilidad, no tiene una neuralgia esencial de trigémino y si tan sólo una neuralgia sintomática por compresión de vecindad; éstas son las ocasionadas por tumores del ganglio de Gasser y tumores de la fosa media craneal. Debe distinguirse, pues, la forma esencial pura, de la sintomática, que puede ser debida también a endoteliomas del ganglio de Gasser. Las formas consecutivas a un traumatismo de la raíz del Trigémino o las fracturas de la base craneal en que un callo actúe por compresión en una línea de fisura, pueden asimismo adoptar este tipo clínico.

Así también las formas de lúes de la base

del cráneo, los tumores de la base del cráneo, los aneurismas de los espacios trigeminales y los tumores de la fosa posterior dan a veces la forma de neuralgia del trigémino. La meningitis cerebroespinal epidémica, meningitis tuberculosa, siringobulbia en que las cavidades siringomiélicas sean próximas al trigémino, y pueden afectar esta forma algunas esclerosis; las intoxicaciones agudas o crónicas, el alcoholismo, la intoxicación saturnina, enfermedades del metabolismo y de la nutrición, diabetes, reumatismo, arterioesclerosis con anemia o caquexia, noxas crónicas, tuberculosis, diabetes, como fondo, y un enfriamiento o un traumatismo como causa de aparición de la crisis; también hay que reconocer cierta predisposición neuropática, así como su aparición en individuos vagolábiles.

El primer caso de tumor a que se refiere la literatura es el de R. W. SMITH (1849), que publicó una monografía sobre el caso.

El estudio necróptico que se hizo de la pieza parecía indicar que se trataba de un neuroma; pero HUTCHINSON lo clasificó de sarcoma.

En un trabajo reciente de MAX MINOR PER (*Surgery Gin. Obs. vol. XLIV, n.º 2*) este autor ha podido recoger 63 casos publicados.

HENNEBERG cita un caso curioso de linfosarcoma primitivo de intestino delgado, con metástasis a ambos ganglios de Gasser y sin que en la necropsia se hallasen otras metástasis.

Los tumores más frecuentes de la fosa cerebral media, son los gliomas y los sarcomas.

La primera operación practicada en un caso de tumor gasseriano es la de KROGIUS (1896, *Rev. de Chirur.*).

FRAZIER publica 43 casos, de los que 13 fueron operados, observándose el tumor en

12; en tres tan sólo pareció inextirpable, y sólo en uno fué posible la extirpación completa sin recidiva.

CUSHING divide los casos de tumor según su experiencia, en tumores pontocerebelosos que comprimen la raíz sensitiva del ganglio de Gasser, los que envuelven al ganglio desde arriba por presión directa, los que hacen la presión desde abajo, fosa pterigoidea o hueso temporal, y los que se producen en las mismas envolturas del ganglio; se pueden añadir a éstos los que llegan al ganglio de Gasser por la extensión de un neoplasma extracranéal a través de una rama periférica procedente del V par y el grupo del caso citado por HENNEBERG, tumores metastásicos.

En estos casos, la neurotomía determina la remisión de los dolores por ausencia de transmisión; actúa como la cordotomía en los casos de neoplasmas inoperables.

En todos estos casos de Neuralgia sintomática de Trigémino, la característica importante para distinguirlos de la forma esencial pura, será en primer lugar la forma del dolor, más constante en la sintomática que en la esencial; queremos decir más continua, más permanente, y sobre todo, la existencia de zonas de anestesia; pues estos trastornos objetivos de la sensibilidad ya presuponen que no se trata de una neuralgia esencial. Puede ocurrir a veces que la parálisis resida en la rama motora del V par; en este caso el diagnóstico no tiene dificultad, pues nunca en la forma pura se hallará afectada la rama motora.

A pesar de ser inextirpables estos tumores, será conveniente practicar la Neurotomía para evitar los dolores a que dan lugar. FOIX THEVENARD y NICOLESCO han presentado un caso de Neuralgia trigemelar, ocasionada por una cavidad siringomiélica que interesaba la raíz descendente del tri-

gémimo (Société de Neurol. de París, 6 julio 1922).

CUSHING observó tres casos que se acompañaban de Hemicontractura facial dolorosa.

Existe aún otra afección que es lo que llama DE MARTEL Neuralgismo facial, que debe también ser tenida en cuenta, y además las neuralgias circunscritas de la cara, Neuralgia del ganglio esfenopalatino tipo SLUDER y la del ganglio geniculado tipo RAMSAY HUNT.

En las genuinamente esenciales, no se ha encontrado causa anatómica en los cortes practicados a nivel del ganglio ni de sus ramas; debe tratarse de una forma de neurosis sin lesión anatómica-histológica visible, que dependería de un factor constitucional.

No puede tratarse de Neuritis, pues aparte de otras cosas, si se tratase de un proceso flogístico, existiría linfocitosis del líquido cefalorraquídeo por irritación meníngea.

Algunos autores han querido ver en las preparaciones histológicas del ganglio, formas de esclerosis intersticial, con cromatolisis y atrofia, dilataciones vasculares y hasta calcificaciones. BARDENHEUER dice haber encontrado cierto grado de estenosis de los orificios de emergencia de las raíces del trigémino (Natur Forscher Versammlung, Hamburg, 1901). Hay que tener en cuenta que seguramente muchas de las piezas estudiadas histológicamente, proceden de enfermos que quizá han sido tratados previamente por inyecciones de alcohol u otros medios que pueden ocasionar las modificaciones antedichas en las raíces nerviosas.

Lo que ocurre es que en realidad el cuidadoso estudio de la mayoría de casos de LEXER hecho por COHENEN no reveló alteraciones de estructura nerviosa de la raíz ni del ganglio.

JABOULAY emite la siguiente teoría, para explicar la etiología de las crisis de Neuralgia del Trigémino; éstas serían consideradas por una súbita dilatación de los vasos que discurren entre la trama nerviosa del ganglio de Gasser.

KULENKAMPF (Munch. Med. Voeh., n.º 6, 1925) cree también en la posibilidad de espasmos vasculares en los minúsculos vasos que nutren el tejido ganglionar y que proceden de la carótida interna; estas ideas patogénicas, nos explican el porqué de uno de los medios terapéuticos propuestos, para el tratamiento de estas neuralgias; la intervención sobre el simpático, siguiendo la idea de Jaboulay, que fué el que primero tuvo la idea de tratar esta neuralgia mediante la resección del ganglio cervical superior, de la cadena simpática cervicotorácica. Más tarde JONNESCO (Le Sympati-que, Masson, 1923), mejor dicho, su ayudante BALACESCU, practica la resección del ganglio cervical superior y confiesa haber obtenido cierta mejoría en la aparición de las crisis que, sin embargo, continuaron.

La supresión de las excitaciones vasomotoras, que evidentemente residen en el ganglio cervical superior, suprimidas al practicar la extirpación del ganglio, harían cesar la Neuralgia si ésta fuese solamente debida a fenómenos vasomotores.

Es interesante observar en todas las publicaciones los resultados obtenidos; en algún caso parece haberse obtenido una importante mejora, pero es lo cierto que ningún autor se atreve a aconsejar esta terapéutica quirúrgica con exclusión de los demás procedimientos. A nuestro modesto juicio se nos hace bien aparente la idea de que las formas por ejemplo de Hemiciánea que dependen de una irritación cortical, pueden ser favorablemente influenciadas por una simpatectomía que actuase en el senti-

do de producir una vasodilatación en esta zona cortical; pero no es éste el caso de una Neuralgia esencial de Trigémico, y precisamente la posibilidad de confusión entre estas neuralgias o las formas neurálgicas también circunscritas a un territorio intervenido por el trigémico (por ej., las neuralgias de los ganglios esfenopalatinos o geniculados) es lo que hace que en determinadas formas de neuralgias atípicas, los resultados sean paradójicos o hasta contradictorios.

PERI (Archivio Ital. De Ch., volumen XXVII.) en un trabajo interesantísimo sobre la cirugía del simpático, aplicada al tratamiento de la Neuralgia del Trigémico, declara que sus resultados son muy inconstantes y variables; de tres casos que refiere en que ha practicado la resección del ganglio cervical superior, el primero presentó una mejoría que duró tan sólo unas semanas; más tarde se le practicó la Neurotomía, curando por completo. En el segundo, curación temporal con reaparición de los dolores; y en el tercero dice haber obtenido un resultado excelente: accesos raros y ligeros que se mantienen en esta forma desde hace ya cinco años. Nosotros no creemos que hoy, al lado del número de curaciones que nos da la sección de la raíz sensitiva, pueda seguir teniéndose en cuenta esta cirugía para el tratamiento de la Neuralgia esencial del V par; y ya llevados al terreno del tratamiento de estas neuralgias, pasaremos en revista todos los procedimientos aconsejados por los diversos autores que se han ocupado de estas cuestiones: bajo el punto de vista no quirúrgico, se han aconsejado las curas diaforéticas, los climas cálidos, masajes, baños de lodo, betunes, la atropina a grandes dosis, las inyecciones de extractos bacterianos (Vaccinurina), aparte del arsenal inacabable de analgésicos.

Parece ser que BARRÉ, de Strasbourg, emplea con buenos resultados las corrientes galvánicas en que el electrodo positivo embebido en solución de 5 miligramos de azotato de aconitina en 250 c. c. de agua destilada, se aplica sobre la región dolorosa; el electrodo indiferente será colocado entre las dos espaldas. Datos que nos proporciona nuestro querido amigo Dr. SUBIRANA, a quien tenemos que agradecer el estudio neurológico del caso que presentamos.

El único procedimiento digno de ser tenido en cuenta a nuestro juicio entre los métodos conservadores es la inyección de alcohol, o la anestesia de las ramas II y III. Sin embargo, parece ser que la inyección de alcohol es preferible a la de novocaína en las neuralgias; el método no está exento de peligros, aun en manos experimentadas, pues puede fácilmente provocar la sordera permanente del lado inyectado, así como la ceguera, de la que hemos visto un caso consecutivo a la inyección. También puede presentarse la necrosis ósea, destrucción de las partes blandas e incluso la anquilosis fibrosa de la articulación maxilar. Entre nosotros son conocidas las técnicas de ZAPTAS (vía infrazigomática) y que presenta además el peligro de lesionar el seno cavernoso; el procedimiento de HARTL, por vía pterigoidea puede también fácilmente lesionar la arteria pterigoidea; también son útiles y conocidos los procedimientos de LEVI, en las manos de FRAZIER, por ejemplo, que según la última estadística ha visto 1.917 casos. Se comprende que la inyección debe ser practicada con una enorme facilidad, así lo recomienda en determinados casos, con un fin puramente diagnóstico, o en otros para poner al enfermo, por ejemplo en caso de ser hipertenso, en buenas condiciones para el acto operatorio; sin embargo, recomienda, aun

en el caso de éxito de la inyección, no dejar de practicar la sección parcial de la rama sensitiva.

Al hablar de estadísticas tan numerosas como las que hemos citado, puede parecer que la afección sea extraordinariamente frecuente, y no es así. FRAZIER mismo nos dice que interrogado respecto a este punto, un cirujano de gran experiencia y dilatada práctica privada y hospitalaria, pudo tan sólo recordar haber visto dos casos; la enorme estadística de FRAZIER es debida, naturalmente, a haber sido, con SPILLER, los iniciadores de esta operación, y por un proceso de centralización muy americano, todos los enfermos de los Estados han debido probablemente pasar por sus manos.

En cuanto a procedimientos operatorios, existen innumerables. Uno de ellos es el de THIERSCH, que ha caído en el olvido y que consistía en la liberación y arrancamiento periférico de la rama afecta; a veces esta operación había sido seguida de éxito, aunque poco duradero. Hoy no se practican estas neuroexéresis. La cirugía intra craneal fué propuesta por MEARS (1884). La primera operación seguida de éxito (1890), por ROSE.

HORSLEY también practica la sección de la raíz sensitiva en el mismo año, pero la enferma no sobrevivió; el mérito, sin embargo, de haber hallado innecesaria la extirpación completa del ganglio, se debe a SPILLER, quien en 1901 demostró que la sección de la raíz sensitiva no iba seguida de regeneración; más tarde ha sido FRAZIER quien ha aconsejado en primer lugar el respetar la raíz motora, que se distingue fácilmente y conserva la musculatura masticadora, lo que aparte de las ventajas fisiológicas y cosméticas tiene la de evitar el problema que se presentaría en el caso de tener que verificar una nueva sección en el

otro lado, pues el paciente quedaría imposibilitado en absoluto de alimentarse con sólidos, debido a la parálisis completa de los masticadores.

En segundo lugar ha observado este autor que la sección parcial de la raíz sensitiva, tenía infinitas ventajas sobre la total, y fiado en completos estudios embriológicos del desarrollo del ganglio de Gasser y de sus raíces, pudo recomendar que se respetasen, caso de no estar afecta la rama I, lo que ocurre muy a menudo, las fibras más superiores e internas de la raíz sensitiva, lo que evita en absoluto la posibilidad de la queratitis neurotrófica, tan frecuente antes de este refinamiento.

Las intervenciones intra craneales han tenido, pues, dos épocas; la de FEDOR KRAUSSE, en que se extirpaba la totalidad del ganglio de Gasser, con una mortalidad elevada, y la actual en que solamente se secciona la rama sensitiva procedente del ganglio, entre éste y la protuberancia.

En cuanto a vías de acceso, se han propuesto las más variadas; citaremos entre ellas la vía Pterigoidea de ROSE, la Temporal de HARTLEY KRAUSSE, la Infratemporal de LEXER CUSHING, la vía Zigomático basal de DOYEN QUENU, la más interesante hoy; la Aurículo-temporal de FRAZIER, y queda aún otra vía muy discutida y que tiene sin duda sus indicaciones; nos referimos a la vía Cerebelosa posterior de DANDY. A propósito de esta vía, nuestro estimado amigo y compañero el Dr. OBY, de Ginebra, dió una muy interesante conferencia en el servicio de Cirugía del Dr. CARDENAL, en Madrid, a la que tuvimos el honor de asistir. Esta vía tiene, sin duda, sus encantos en determinados casos, aunque nos parece el riesgo operatorio mayor. En el último congreso de la Sociedad Neurológica de Baltimore, DANDY presentó dos opera-

dos por la vía Cerebelosa posterior, sin que ratitis, a pesar de una sección completa; pero habiendo tenido esta complicación, aconseja también seccionar solamente la porción más externa de la raíz. Según FRAZIER es muy fácil por esta vía la lesión del nervio auditivo, así como las ataxias cerebelosas postoperatorias.

ZANCO. O. (Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires), expone un caso en que adoptó la vía cerebelosa posterior de DANDY, para practicar la sección de la raíz sensitiva. Dice que a su manera de ver corre un gran riesgo de ser lesionado el nervio auditivo; el obstáculo que crea la vena petrosa y la gravedad, indiscutiblemente mayor que por vía temporal, hacen que deba preferirse esta vía temporal, más segura, a la de DANDY. Como complicación postoperatoria se presentó una hernia cerebelosa a nivel de la cicatriz, dato éste a tener en cuenta, ya que la producción de hernias cerebrales en la región temporal es prácticamente imposible, máxime respetando la raíz motora, con lo que no viniendo atrofia del temporal y masetero, la región queda más protegida.

Queda a considerar la cirugía del simpático, de que ya hemos hecho mención; en estos últimos tiempos la cirugía del sistema neurovegetativo, ha experimentado una franca tendencia a abandonar las extirpaciones ganglionares del simpático, para llevar su acción sobre las terminaciones más periféricas del mismo, sobre el simpático periarterial. WICHNEVSKY (Zentralblatt für Ch. LIII, n.º 29) se declara partidario de la denudación de la carótida en una extensión de 5 a 7 centímetros y dice haber aplicado esta técnica en cuatro casos con satisfactorios resultados, pero en una de las historias clínicas que cita, el enfermo había ya sido operado y se le había practicado la ex-

tirpación del ganglio de Gasser, con resultado incompleto.

KUTNER declara no haber obtenido ningún resultado con la simpatectomía periarterial.

MARQUARDT (Zentralblatt f. Ch. IV, número 20) cita el siguiente caso: Enferma en que se había practicado una resección de la rama segunda. Al aparecer de nuevo los dolores, le practica la decorticación de la carótida primitiva en una extensión de seis centímetros; practica seguidamente el pincelado de la pared vascular con alcohol, y reduce a una mitad el calibre normal del vaso, mediante una ligadura. Poco después de un mes repiten los dolores, descubre de nuevo la carótida y deja a su nivel un fino drenaje con tubo de goma; poco después reaparecen los dolores, aprovecha el drenaje para inyectar alcohol, etc. etc. Pasamos, pues, de la simpatectomía periarterial a la simpatectomía química en que tantas sustancias se han propuesto para producir la destrucción del simpático perivascular.

LERICHE ha practicado también en algunos casos leves de la enfermedad o hasta en un caso de dolores residuales, después de la neurotomía la inyección perivascular de alcohol a nivel de la arteria temporal y facial.

#### *Historia clínica n.º 739*

Nombre: J. E.

Edad: 62 años. Estado: Casado. Profesión: Guardia Urbano.

Domicilio: Barcelona.

Diagnóstico previo: Neuralgia esencial de Trigémino.

Operación: Neurotomía retrogasseriana. Duración: una hora y media.

Anestesia: Avertina, dosis 0'10 X kilo.

Ingresó el día 31 de agosto de 1931.

Alta el día 20 de septiembre de 1931.

Antecedentes: Casado, tres hijos sanos, es-

posa sana. Antecedentes personales sin importancia; no ha sido bebedor; había fumado, pero al iniciarse la dolencia dejó el tabaco.

*Historia de la enfermedad:* Hace unos cinco años que comenzó a sentir intensos dolores en forma de comezón, que comenzaron por la región maxilar inferior del lado izquierdo; presentaba crisis distanciadas de dolores fulgurantes; al principio los analgésicos de uso común le calmaban las crisis dolorosas; pasados unos meses observó que el dolor se le iba extendiendo al resto de la cara, ascendiendo finalmente hasta la región ttemporo parietal; en los intervalos que le dejan las crisis no siente ningún dolor; la presión más ligera en la emergencia del nervio supra-orbitario ocasiona una crisis dolorosa, asimismo a veces es suficiente la más mínima corriente de aire, o hasta un cambio súbito de temperatura desencadena un ataque doloroso; el aspecto exterior del paciente es muy característico; se protege media cara con toda clase de envolturas, que no llegan a contactar con la cara.

Durante el tiempo de preparación a que lo tuvimos sometido, observamos que a veces, durante la noche y bajo la influencia de algún opiáceo que le administramos, a pesar de hallarse sumido en su sueño, profiere quejas más o menos repetidas, sin guardar un ritmo determinado, como si coincidiesen con sensaciones de dolor súbitamente aparecidas, de las que llega a darse cuenta en forma subconsciente.

El enfermo ha perdido mucho peso, sus crisis dolorosas son cada día más intensas, y la idea del suicidio le persigue de tal modo, que tiene que acompañarle constantemente un familiar.

Los dolores aparecen cada día más frecuentemente y por la causa más fútil: lavarse la cara, intentar hablar, beber líquido si está frío; ha notado a veces en las crisis una hipersecreción salivar del lado afecto, al mismo tiempo que la emisión de lágrimas abundantes.

Observado por nosotros el paciente en una crisis dolorosa, se puede apreciar el rictus doloroso de la cara, y al terminar la crisis se aprecia una vasodilatación al mismo tiempo que se halla cubierta de sudor en el lado afecto.

*Exploración:* Reacción Wasserman = negativa (con reactivación).

Las regiones afectas son todas las inervadas por el trigémino, la presión en los orificios de

emergencia de las ramas del trigémino son exageradamente dolorosas. La motilidad facial está conservada, la exploración de la sensibilidad térmica, táctil y dolorosa no revela ninguna anomalía, al examen visceral y de orina nada anormal.

Ha sido objeto de múltiples tratamientos antineurálgicos sin resultado; también le han verificado inyecciones de alcohol, corrientes eléctricas, extracciones molares, etc.

Aconsejamos la operación radical, y el enfermo se acoge a ella con verdadero entusiasmo para terminar de una vez con sus padecimientos.

*Técnica seguida.* — Anestesia Avertina, incisión curvilínea por encima de la oreja, partiendo de la apófisis mastoideas hasta llegar a la porción horizontal de la apófisis malar.

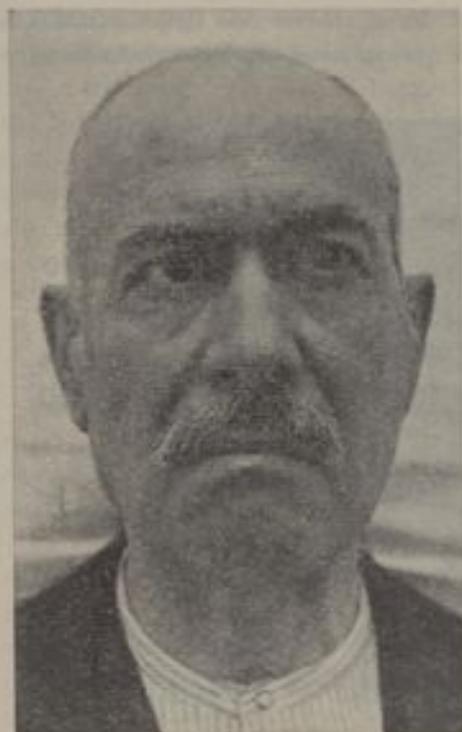
Uno de los datos de importancia a tener en cuenta es la posibilidad de lesionar con la porción anterior de la incisión la rama temporofacial superior, que ocasionaría, por parálisis del orbicular del párpado, un lagofthalmos, que a su vez podría dar origen a una queratitis ulcerativa, aparte de la deformidad tan visible que representa.

Esta rama pasa por una línea imaginaria que fuese del conducto auditivo externo a la apófisis angular externa del frontal, por encima del arco zigomático. No descendiendo demasiado la porción anterior de la incisión que practicamos, no es posible lesionar este nervio.

La incisión se practica a fondo, llegando hasta el periostio y atravesando la piel, capas muscular y aponeurótica, ligadura de las temporales, ramas terminales de la carótida externa y colocación de pinzas de De Martel en los bordes del colgajo.

Se desprende con el periostótomo la región que se halla por debajo de la incisión hasta llegar al conducto auditivo externo, que se respeta. Un ayudante mantiene bien protegido este colgajo.

Con el perforador de Doyen movido a mano y por medio de la broca en punta de lanza se practica una perforación por debajo de la cresta temporal, lo suficientemente profunda para que sin lesionar las



Se aprecia el síndrome de Bernard-Horner; diferencia de abertura palpebral, exoftalmos, anisocoria. Por lo que respecta al facial, se aprecia su integridad.

meninges admita la fresa esférica de DOYEN; con ayuda de ésta se perfora hasta poner las meninges al descubierto, se despega la duramadre con exquisito cuidado de no perforarla, y se prosigue hacia abajo este despegamiento, agrandando previamente todo lo necesario la brecha ósea y teniendo cuidado de no abrir ninguna célula mastoidea en la porción posterior de la trepanación. El primer punto de referencia que aparece en el fondo de la trepanación a una respetable profundidad es la emergencia de la meníngea media por el agujero redon-

do menor; si se puede, se liga este vaso; si se tienen a mano agrafes de plata, pueden también emplearse, y en último caso se taponan el orificio con un pequeño tapón de algodón empapado en adrenalina. Un poco por delante de esta región, y más adentro, hallaremos una pequeña eminencia: es el tubérculo de Prinecteau; a nivel de éste se observa la emergencia de la rama maxilar inferior, que sirve de referencia, para incidir la duramadre, lo que da salida a una cierta cantidad de líquido céfalorraquídeo. Separados los bordes meníngeos de la inci-



Se aprecia la incisión tegumentaria muy visible a los 6 días de practicada la intervención. Clisés y radiografías personales.

sión, se introduce en el cavum de Meckel un ganchito romo de estrabismo, cargando sobre él la raíz sensitiva; es conveniente tener en cuenta que la raíz motora que todos los autores describen como única, puede tener dos ramas; en nuestro caso ocurría así, y en alguno de los que hemos estudiado en cadáver fresco también hemos hallado esta

anomalía, lo que revelaría que su frecuencia es extraordinaria; se practica la sección parcial de la raíz sensitiva teniendo en cuenta lo antes expuesto referente a la rama oftálmica y colocamos, en contacto con la herida meníngea que sangra ligeramente, una pequeña porción de músculo temporal que previamente hemos machaca-

otros de su tratamiento); estas inyecciones, que obran inutilizando nervios, generan determinadas suplencias en el territorio de los mismos. En la lengua se apreciaba también una zona de hemianestesia.

Durante los primeros días del curso postoperatorio, aparece una ligera parálisis facial, que ocasiona un cierto grado de asime-



Se observa la trepanación de la región temporal, así como unas gotas de substancia opaca, probablemente yodo, que habrían sido inyectadas anteriormente con fin terapéutico.

do, y que actuará como hemostático; se introduce debajo del lóbulo cerebral temporal una mecha de gasa, que hacemos salir por la comisura posterior de la herida y que es retirada al tercer día.

Curso postoperatorio excelente; se comprueba la anestesia parcial de la cara, debido a las inyecciones de alcohol que le habían sido administradas a nuestro enfermo (en la radiografía adjunta se aprecia la presencia de unas gotas opacas, probablemente de alguna substancia yodada que le había sido inyectada antes de encargarnos nos-

tría facial; la incisión no pudo en su parte anterior llegar al territorio de la rama temporo-facial, y la parálisis era debida probablemente a una ligera lesión irritativa, probablemente del nervio petroso superficial mayor, que se halla por debajo de una membrana de forma triangular y anatómicamente innominada que es en realidad la prolongación de la cubierta del ganglio de Gasser.

En nuestro caso desapareció rápidamente la paresia facial, y el curso postoperatorio fué excelente; no tuvimos complicación

de queratitis ni de otra especie, y pudo darse el alta al enfermo a los 11 días de operado, completamente curado.

Nos ha interesado ver de nuevo el caso pasado algún tiempo, para observar las modificaciones que pudieran haberse producido. Actualmente hace nueve meses de la operación, y el resultado obtenido sigue siendo perfecto, las zonas de anestesia se han modificado en el sentido de reducirse por suplencias nerviosas y el enfermo se halla dotado de un optimismo extraordinario; ha ganado 12 kilos y su aspecto es excelente.

### CONCLUSIONES

Consideramos la Neurotomía retrogasseriana la operación de elección, teniendo en cuenta su benignidad y los buenos resultados que de la misma se obtienen.

La técnica de FRAZIER será la más indicada, con la sola modificación de importancia siguiente: nosotros no practicamos, como este autor aconseja, la incisión alta de la duramadre a fin de vaciar una cierta cantidad de líquido céfalorraquídeo, lo que al disminuir la presión hacia disminuir el tamaño del contenido intracranial. Nos ha parecido más fácil en el vivo, que la presión intracranial es más importante, el verificar el despegamiento de las meninges, que en el cadáver, y una vez terminado este despegamiento, al practicar la apertura del cavum de Meekel ya se obtiene la salida de líquido céfalorraquídeo, que facilita el resto de maniobras intracraniales.

Consideramos insustituible la anestesia rectal con Avertina en esta cirugía, por todo lo que ya hemos expuesto. Es de suma importancia registrar durante el acto operatorio las variaciones de la presión arterial.

Tendrá una importancia extraordinaria la conservación no sólo de la raíz motora, sino también de los filetes procedentes de la rama oftálmica, en previsión de la posible queratitis.

Las inyecciones de alcohol pueden ser empleadas con un fin diagnóstico o aun como terapéutica en determinados casos; lo que no consideramos justo es que considerándolas más inocuas de lo que son en realidad, se atrevan muchos compañeros a practicarlas sin conocer algunos su técnica, pues en el caso antes reseñado, operado por nosotros, son la friolera de 19 compañeros los que lo visitaron, habiéndole practicado inyecciones 11 de entre ellos, sin obtener nunca ningún alivio y sí ocasionando hematomas y molestias extraordinarias a nuestro paciente. La inyección es una terapéutica ciega y peligrosa. En el segundo caso visto por nosotros, el paciente había perdido su ojo del lado afecto por la acción destructiva de una inyección sobre los nervios encargados del trofismo del ojo.

En el otro caso la inyección ha mejorado desde hace unos meses a nuestra cliente; sin embargo, a su recidiva le practicaremos directamente la sección de la raíz sensitiva.

La práctica repetida de la operación en el cadáver infunde toda la confianza al cirujano.

### RESUM

*L'autor tracta de la conveniència de fer, en la neurotomia retrogasseriana, una anestèsia que permeti al cirurgià el temps i la comoditat que calen per a la pràctica d'una operació que, certament, és un zic llarga.*

*A l'ensens, s'estima més una anestèsia general que no pas l'anestèsia local que tot i emprant-la molta vegada, reconeix com no estaria la sensació normal depriment que té el pacient subjecte a una trepanació.*

Es per això que, després d'una llarga experiència amb l'Avertina, veu que l'anestèsia rectal amb aquest producte està absolutament indicada en la cirurgia del cap i especialment en la neuro-cirurgia, en què el factor temps cal sempre que sigui prèa en consideració. Les dosis i la tècnica cal que siguin emprades en el sentit d'aconseguir una anestèsia basal, susceptible d'ésser completada amb la inhalació, sigui d'éter, sigui de protòxid de nítrigen.

Insisteix en la necessitat d'un diagnòstic precís que exclouï les neuràlgies simptomàtiques de la veritable neuràlgia essencial del trigèmin.

Refereix un cas en què practicà la neurotomia retrógasseriana seguida d'érit i dia, després de fer una comparació de tots els mètodes emprats, com considera l'operació d'una facilitat extraordinària i de bons i constants resultats.

#### RESUME

L'Auteur envisage la conveniencce dans la Neurotomie rétro-gasserienne, d'une anesthésie qui permette au chirurgien le temps et la commodité nécessaires pour la pratique d'une opération qui est certainement un peu longue.

En même temps il préfère une anesthésie générale à l'anesthésie locale qu'il emploie d'ailleurs beaucoup, mais il croit d'importance épargner la sensation pénible sur la morale du patient toujours qu'une trépanation comporte toujours.

C'est pourquoi après une longue expérience avec l'Avertine, il croit que l'anesthésie rectale avec ce produit, est absolument indiquée dans la chirurgie de la tête et spécialement dans la néurochirurgie où le facteur temps est toujours

à considérer, les doses et la technique toujours employées dans la recherche d'une anesthésie basale, susceptible d'être complétée par inhalation soit de l'éther soit du protoxyde d'azote.

Il insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis qui exclue les néuralgies symptomatiques de vraie néuralgie essentielle du Trigèmin.

Il réfère un cas opéré où l'on a pratiqué la Néurotomie rétro-gasserienne suivie de succès, il considère l'opération d'une facilité extraordinaire et des bons résultats constants, il fait une comparaison de toutes les méthodes employées.

#### SUMMARY

The Author states that it is very convenient to employ the rectal enema with Avertin in cases of radical cure of Neuralgia of Trigemini because it gives sufficient time for a long operation, saving the patient the moral anguish that follows the treatment with a local anæsthetic.

The radical cure has been the partial section of the sensitive root following the principles stated by Frazier, not exactly employing his method, but introducing the modification apporated by De Martel.

He points out the necessity of a very careful differential diagnosis with the symptomatic affections of the Trigemini, making a general study of the proceedings employed for the cure of this illness.

Insists on the danger that follows the injections of alcohol, and declares only to use them as diagnosis measure.

It is very interesting to control the nervous suppleces that are generated in the anæsthetized regions of the some time after the operation.