520

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO

del

TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

de las

NEURALGIAS DEL TRIGEMINO

Tésis

Que para optar el grado

de Bachiller en Medicina

presenta

(Junio de 1919)

M. Sixto Chavez.

FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO U.N.M.S.M.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

A MI PADRE

A tí padre mío, que inicié mi carrera pensando en tu dolor, dedícote esta tésis inaugural, como testimonio de mi mas piadoso homenaje de respeto y del profundo amor que te profeso.

FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO U.N.M.S.M.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

A MIS MAESTROS DE LOS HOSPITALES DE LIMA

Doctor Constantino Carvallo

" Guillermo Gastañeta

" Ricardo Razos Varela

" Julián Arce.

A MI EXCELENTE MAESTRO

Doctor Hermilio Valdizán.

Como débil testimonio de mi mas vivo afecto.

FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO U.N.M.S.M.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

#520

Señores Catedráticos:

Señor Decano.

Creo cumplir con el deber más sagrado, al presentar á la consideración de Uds. este modesto trabajo de contribución al Tratamiento Médico y Quirúrgico de las Neuralgias del Trigemino, por haber sido una de las dolencias más terribles que ha intranquilizado mi espíritu muchos años há, antes de pisar los umbrales de esta Facultad y que durante mi vida estudiantil los pocos enfermos que he tenido la oportunidad de observar; me he esforzado en encontrar la causa que la motiva, algo oscuro hasta hoy; con la esperanza de seguir después, y de hacer cuanto esfuerzo pueda en bien de todas las víctimas de esta desesperante entidad nosológica.

Aprovecho esta oportunidad que; á la vez de dar mis más efusivos agradecimientos por haber contribuido al tratamiento de uno de mis enfermos más queridos han servídome como pauta para colocar por orden este pequeño trabajo.

Al Dr. Hermilio Valdizán que además de sus minuciosos exámenes de su especialidad en sistema nervioso, por su gran capacidad clínica para investigar la etrología de esta neuralgia, así como la aplicación oportuna de la Electroterapia.

Al Dr. Juvenal Denegri que: descartando todo agente causal del exámen de su especialidad Oto Rino Laringología, coloca las inyecciones de alcohol, es decir, haciendo el tratamiento por las inyecciones locales neurolíticas.

Al Dr. Guillermo Gastañeta que entra ya de lleno al tratamiento quirúrgico que ha alcanzado desde estos últimos tiempos uno de los procedimientos más satisfactorios.

HISTORIA.

Antes de concederle á la neuralgia una verdadera entidad mórbida, fué empleada esta palabra desde tiempo inmemorial como expresión de dolor.

Halliday y Valleix hacen notar que Hafetee es el primero que hace mención

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

de una manera más clara de la neuralgia de la cara, manifestando en ese entonces que las cefaléas eran infinitas; que unas veces se presentan de una manera continua, otras constituyendo accesos.

Notaron en multitud de casos que si bien en unos invadía el dolor á toda la cabeza, en otros atacaba á derecha é izquierda y aún más que se limitaban á ciertas zonas que correspondían á las regiones: temporal, supercilliar, el globo del ojo ó la mitad de la nariz sin extenderse más allá de dichos límites, acompañados de dolores producidos á intervalos, que al principio parecían pasajeros pero que se hacían cada vez más agudos hasta el extremo de hacerse subintrantes é insoportables.

Obsérvase que la cara se convulsionaba y contorsionaba en todos sentidos, los ojos ponían se rígidos, quedando en las cavidades arbitatarias una sensación dolorosa que se extendía al interior del cráneo, presentándose consecutivamente un sudor incontenible.

En el siglo XVII, se encontraba según Fernand Levy (1) en las Memorias de la Academia de los curiosos de la naturaleza, trazas de la enfermedad.

A principios del siglo XVIII es.que recien se comienza á aislar la neuralgia de la cara y Wepfer parece haber sido el primero en publicar una observación bien clara que correspondería actualmente á una neuralgia de las dos primeras ramas del Trigemino. oftálmica y maxilar superior.

En seguida Degner y Frederic Hopfmann hablan también de la enfermedad y no es más que á mediados del siglo XVIII, que ha sido objeto de trabajos especiales.

André hace descripción de la forma más rebelde y grave tic dolorosa así como otras de origen nasal y de alguna lesión debida á una carie dentaria, llamándole ésta más la atención. La denomina Trismus dolorificus, trismus artrithriticus, affectus epasmodico-convulsivus laboriun, sauvajes trismus dolorificus, nestagmies maxilaris.

(1).-Essai sur les Nevralgies Faciales.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Fothergill en la descripción que hace de una neuralgia de la cara, la diferencia de la odontalgia y la atribuye á una afección cancerosa, la denomina dolor faciel, painful affection of the face, of the nerve of the face.

Thouret (1782) la denomina affection douloureuse de la face, Reil Piouc-quèt, Simon, Swedjaur: prosopalgia; Pujol: moladie de la face; Monro: dolor periodicus; Siebold: dolor faciei lypico charactere; Good: Nevralgie faciei.

A comienzos del siglo XIX (1803) Chaussier publica un cuadro sinóptico de la neuralgia, forjando el nombre de neuralgia facial por ser el más conocido y además, precisa el sitio de la enfermedad, describiendo cuatro variedades: frontal, sub-orbitaria, maxilar y en fin neuralgia facial.

Valleix reprocha la clasificación de Chaussier de ser poco clínica por se demasiado anatómica. Sin tener necesidad de ver enfermos recordando la dirección de los filetes nerviosos es que se puede representar las diferentes clases de neuralgia.

Halliday la llama nevralgie de la face. Es la traducción literal que se hace de los alemanes Gesichtsschmerz.

Valleix la denomina neuralgia trifacial.

En suma:

1er. periodo.- La neuralgia facial es mencionada, pero no es aislada de los otros dolores. (Aretée).

2°. periodo.- Son publicadas numerosas observaciones (Wepfer).

3er. periodo.- Se reunen todas estas observaciones y se describe una enfermedad aparte. (André, Fothergill, Thouret, Pujol).

4°. periodo.- La neuralgia faciale es mejor estudiada. Se discute sus orígenes (Trigemino ó Facial) y se estudia su patogenia.

5°. periodo.- Siendo el Facial nervio motor ~~que sensitivo~~ y el Trigemino más sensitivo que motor; dar sensibilidad á toda la cara y corresponder clínicamente cada neuralgia de cada rama del Trigemino á zona bien determinada por

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

donde atraviesan todos los filetes nerviosos, es que preferimos darle el nombre de Neuralgia del Trigemino.

DEFINICION Y CIERTAS CONSIDERACIONES GENERALES

De todas las expresiones médicas de las que más se ha abusado es del término Neuralgia.

Chaussier es el primero que crea el término Neuralgia dando la definición siguiente: " La neuralgia, dice, es una afección mórbida de un nervio caracterizada; 1°. por la naturaleza del dolor que es vivo, desgarrante algunas veces sobretodo en su comienzo, con cierto embotamiento y hormigueo, pero con mayor frecuencia pulsaciones, punzadas, estiramientos sucesivos sin enrojecimiento, calor, ni alteración de la parte afectada, que vuelve por accesos más ó menos largos y separados, á menudo irregulares, algunas veces periódicos; por el sitio del dolor que siempre es fijo sobre un tronco, sobre una rama del nervio y que, en el tiempo del paroxismo se propaga y extiende del punto primitivamente afectado sobre todas sus ramificaciones, las recorre tan rápidamente cual una corriente eléctrica hasta sus últimas extremidades ya de conjunto, ya unas después de las otras ó limitándose á uno ó dos filetes nerviosos ".(1).

Valleix (2) dando tanta importancia al dolor provocado á la presión de un punto determinado del nervio que le obliga á unificar las neuralgias y por consiguiente en el momento del acceso á multiplicar los puntos dolorosos que llevan su nombre.

Grisolle coloca las neuralgias en la clase de las Neurosis ó afecciones sine materia.

En época no muy lejana á la nuestra puesto que recién está tomando impulso esta clase de afecciones, se entendía por neuralgia un dolor esencialmente pa-

(1).-Chaussier, Table synoptique de la nevralgie, Paris, an XI.

(2).-Valleix, Traité des nevralgies ou affections douloureuses des nerfs, Paris, 1841.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

roxístico que se irradiaba en el dominio de un nervio, separándose sistemáticamente toda crisis dolorosa cuya causa se conocía.

Así por ejemplo los dolores trifaciales de origen dentario, se diferenciaban de la neuralgia trigemina, pero esta concepción restrinjida tan en boga en un tiempo fué poco á poco extinguiéndose hasta desaparecer hoy, pues poco clínico es imponer dos nombres diferentes á sindromes idénticos por solo el hecho que en una se conocía la causa y en la otra no y sobretodo que nadie podrá negar que una causa desconocida hoy podrá no serlo mañana.

Por consiguiente es lógico que hagamos esta concepción más amplia y dar una definición más clara y concisa como la definía ya Bernhardh, (1) pero haciendo una aplicación más exacta á la dolencia que tratamos y á evolución de élla, es que podemos definirla mejor.

Es un sindrome paroxístico doloroso, de causas y lesiones variables que se manifiesta en parte ó todo el trayecto nervioso del Trigemino.

Este territorio comprende la piel de la cara y de la cabeza hasta una linea que pasara entre el helix y el antihelix; la mucosa de los órganos de los sentidos; conjuntiva bulbar y palpebral, mucosa nasal y cavidades anexas, mucosas de la boca, de la lengua, del paladar y de las amigdalas; oido medio y trompa de eustaquio.

Por último el trigemino entra en la inervación de una parte de la dura madre y dá filetes sensitivos á los músculos de la cara, de los ojos y pulpa dentaria.

La neuralgia es una modalidad del dolor.

Sin entrar en las discusiones suscitadas por la definición de esta última, débese considerar á los centros nerviosos como partícipes é indispensables á la percepción de un fenómeno doloroso.

(1).-Essai sur les nevralgies faciales por le Dr.Fernand Levy, Travail de la clinique de M.le profesor Raymond (Salpetriére).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Considerada en su esencia y fisiológicamente hablando todas las trigeminalgias son sin excepción de origen central.

Pero consideradas bajo el punto de vista etiológico y anatomo patológico no sucede lo mismo.

Primeramente en un gran número de casos son los centros nerviosos los que sufren por sí mismos, sin ser estimulados por ninguna influencia exterior; y sin embargo el dolor puede ser proyectado á la periferia sobre un territorio nervioso determinado, tomando ésta por consiguiente el tipo neurálgico y constituyendo las verdaderas neuralgias de origen central.

Frecuentemente el dolor producido en los centros nerviosos, no es más que la repercusión de una exitación algesiogena que parte de la periferia, constituyendo éstas las neuralgias perifericas.

Colocan las neuralgias centrales como excepcionales (1) y séame permitido aquí mencionar las palabras de Frazier (2). " Si tuviera que escribir sobre la patogenia de la Neuralgia del Trigemino la describiría como enfermedad central de origen ganglionico y le atribuiría á una lesión de naturaleza esclerosa, de manera que no son tan poco frecuentes como se pensaba antes. »

De modo que las que datan de mucho tiempo, que indudablemente pertenecen á esta categoría y aunque como norma siempre debe pensar uno en algún agente eteológico externo no debemos insistir en éstos, á fin de evitar de realizar prácticas ~~inofensivas~~ inútiles que, lejos de reportar ~~utilidad~~ provecho al enfermo, no son sino para mayor tormento de su enfermedad, como son extracciones de dientes, resección de cornetes, trepanación de senos y secciones nerviosas y aún más prácticas inconcebibles de ir con galvano cauterio y sin conocimiento anatomico á manera de un bisturí destruir tejidos sanos, aún con esto todavía ~~no~~ sin conseguir el objeto deseado, desconociendo por supuesto todo tratamiento racional.

(1).-Fernand Lévy et A.Baudouin.Les Nevralgies et leur Traitment.

(2).-The Journal of the American Medical Association.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Antes de realizar cualquier tratamiento en todo ser humano, debemos estar concientes de lo que vamos á hacer, que para prácticas tenemos laboratorios de Dirujía experimental.

Se les encuentra en circunstancias diferentes; en primer lugar en ciertas lesiones hemisféricas, en particular de los nucleos grises, sitio para unos de la percepción sensible provocando dolores neurálgicos tomando parte en la constitución del sindrome talámico, entrando más commummente en el cuadro de las neuralgias centrales que sin presentar lesiones anatómicas apreciables son propias de temperamentos neuropáticos y en el que se incluye los dolôres habituales de los histéricos y neurasténicos.

Las neuralgias periféricas las que suceden á la irritación de las ramas del Trigemino en los diferentes puntos de su largo y accidentado trayecto son mas frecuentes.

En presencia de estos casos cuando nos ocupemos del diagnóstico haremos mención de la inyección de cocaina y ver si por medio de ella llegamos á un diagnóstico preciso.

(no)

ANATOMIA PATOLOGICA

Pocas son las nociones que tenemos al respecto de las lesiones anatómicas encontradas en todos aquellos casos de neuralgia del trigemino.

Dícese que suelen presentarse casos de neuritis (forma neurítica de la neuralgia del trigemino), de preferencia en casos que se ha hecho excisiones nerviosas. Llamando la atención en tales casos la rubicundéz de las ramas nerviosas enfermas.

Se ha encontrado también protiferación del neurilema, calcificación, degeneración grasosa y estados atróficos de las fibras nerviosas ó de las células ganglionicas del ganglio de Gasser.

En una observación notable de Cruveilhier existían nodulos carcinomatosos que se habían desarrollado en el neurilema de las ramas periféricas del tri-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

gemino y las terminaciones del facial con él entrelazadas.

Pero en la mayoría de los casos no es posible hallar aún con la ayuda del microscopio lesión nerviosa alguna (forma neurótica de la neuralgia del trigemino). (no)

(no) **PATOGENIA**

Por las circunstancias antes dichas en la anatomía patológica nos vemos obligados á emitir sobre la patogenia del sindrome una de las dos hipótesis siguientes: ó bien la neuralgia resulta de una alteración anatómica de un orden especial inaccesible á los medios de reconocimiento que disponemos, ó bien es la consecuencia de una simple modificación del estado dinámico del nervio, quedando la extructura y la textura de los elementos anatómicos intactos.

En esta última hipótesis, habría entre el nervio atacado y el nervio homologo del lado sano la misma diferencia que existe entre dos barras de hierro dulce en el que, la una está imantada y la otra no, ó de una corriente eléctrica en la que una de ellas tiene mayor potencial que la otra.

Según Quenu, serían debidos en las personas de edad, á varices de las redes venosas que rodean al nervio ó los de su vaina.

Rose atribuye al estrechamiento en la vejez de los agujeros de la base del cráneo en la emergencia de los nervios; sin haberse constatado ésto más que excepcionalmente.

Gubler, dice que en un gran número de neuralgias congestivas, las crisis serían debidas á trastornos circulatorios en la vaina de los troncos nerviosos, explicándose así los exámenes negativos de los troncos nerviosos resecados en los casos de neuralgia.

Por último como hemos dicho ya anteriormente Frazier, la considera como enfermedad central de origen ganglionico y de naturaleza esclerosa. (no)

ETIOLOGIA

Son las neuralgias del Trigemino las que con más frecuencia de los diver-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

sos cordones nerviosos se presentan debido ésta al recorrido tan largo, á la situación de muchas de sus ramas en conductos oseos estrechos, tortuosos, y por la, posición superficial de sus terminaciones nerviosas, y por consiguiente más expuestas á influencias exteriores.

La etiología de la neuralgia del trigemino no es tan sencilla como á primera vista parece, pues sus origenes se confunden con los del dolor mismo.

Si bien en muchos casos podemos dilucidarla atendiendo á cierto agente etiológico conocido, desgraciadamente nos encontramos en otros casos y estos los más rebeldes en la más completa ignorancia que resume los secretos de la herencia, así como las taras adquiridas del individuo, dejando como último análisis ó mejor dicho el único y último recurso á estas palabras, temperamento, constitución, nerviosidad, agotamiento nervioso y senilidad.

Es preciso pues confesar que la etiología de la neuralgia del Trigemino en esta última forma grave, queda hasta hoy en la oscuridad más completa.

De manera que ante un enfermo de neuralgia del trigemino nuestro principal empeño será el de investigar la causa que la motiva, para que una vez agotado todo este arsenal etiológico más ó menos conocido, lleguemos á la conclusión no solo por exclusión sino por tener sus características, y tener que colocarla en el sitio de las neuralgias de causa desconocida; y de ese modo aplicar oportunamente sin prácticas inútiles lo que Sicard y Frazier ha hecho por élla.

Atendiendo á lo dicho se podrá dividir las neuralgias en dos variedades:

1a.-Pequeña neuralgia trigemina llamada también neuralgia sintomática, neuralgia minor.

2a.-Gran neuralgia, neuralgia grave, neuralgia quinti major.

Llamamos á la primera <u>pequeña neuralgia</u> no por la intensidad de los dolores que son muy fuertes en muchos de los casos, sinó por la facilidad de poderse dar cuenta de la causa que motiva ese dolor; por su duración que es corta, por su ausencia de recidivas y por último como para mayor comprobación una vez

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

dadera curación con tratamiento apropiado.

Gran neuralgia á la segunda, aquellas en que se agotaron todas aquellas causas que pueden originarlas, perdiéndose entonces en el terreno de la constitución, temperamento, nerviosidad, ejercicio excesivo de sus facultades intelectuales físicas y genésicas, es decir atribuyendo sin estar comprobado, á todo, como cuando se ignora la causa de una dolencia; además por ser las recidivas numerosas, una gran tenacidad, larga duración y una resistencia angustiosa y desesperante que no cede á los tratamientos médicos y ciertos procedimientos quirúrgicos.

La pequeña neuralgia se encuentra con facilidad en todas las edades, en cambio la gran neuralgia llamada también últimamente por Frazier Neuralgia Quirúrgica, es propia de las personas de edad, presentándose con más frecuencia á los cincuenta años, rara vez antes de los cuarenta.

La pequeña neuralgia es consecuencia de la irritación mecánica, inflamatoria, prolongada del ganglio de Gasser, sus ramas y terminaciones nerviosas cutáneas, mucosas, musculares y óseas, así como de orden general facil de conocer su etiología.

En la genesis de la gran neuralgia colocan el neurosismo, la migraña, la epilepsia, detrás de las cuales se cubre la causa local que juega el rol de espina irritativa.

En resumen tenemos dos clases de neuralgias:

1a.-Las neuralgias del trigemino sintomáticas ó sindroma que resultan de un conjunto de causas.

2a.-La neuralgia trigemina enfermedad que puede ser del ganglio de Gasser ó más seguramente de los centros nerviosos y cuya entidad se caracteriza por ser una unidad etiológica todavía desconocida.

Antes de ocuparnos de las diferentes lesiones que pueden acarrear la pequeña neuralgia, daremos algunas generalidades sobre las neuralgias del trigemino

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

en general,pero que en rigor corresponden á esta forma llamada la más benigna.

Frecuencia.-Dificil de constatar de una manera absoluta las neurotrigeminalgias.

Mal dilucidadas en un principio parecen aumentar á medida que se les busca con mayor cuidado (1). Es así que según los autores del Compendiun sobre 1449 sujetos que habían pasado á la clínica de Tubingue no se notó más que 7 casos de neurotrigeminalgias.

Sobre 5613 enfermos Bellengeri no encuentra más que 40.

Chaponniere piensa que en la proporción de 200 enfermos uno es atacado.

Además en relación con las demás neuralgias Gintrac,Eulenberg,Sachmit consideran como más frecuentes las neuralgias del Trigemino de las demás neuralgias siendo por consiguiente la que más nos debe preocupar y la más importante.Por último es á la distribución del nervio,al largo trayecto de inervación, el pasaje de muchas de sus ramas al través de canales y agujeros estrechos, la riqueza de sus ramificaciones nerviosas y su distribución en las mucosas que son más particularmente expuestas,son pues estas razones anatomo fisiológicas que explican la frecuencia de la afección.

¿ Cuál de los lados ?

Uno de los lados derecho ó izquierdo es el generalmente invadido.

Rara vez son atacados de una manera simultanea nótase una especie de balanceamiento primero un lado después el otro,pero en este caso se encuentra una diferencia de duración é intensidad de los fenomenos dolorosos.

En las neuralgias graves llamadas quirúrgicas,casi siempre se localizan en un solo lado y de una manera excepcional es bilateral.

¿ En cual de las ramas se localiza el dolor generalmente ?

Valleix cree que el dolor localizado á una rama es menos frecuente que el localizado en varias colocando la proporción de 2 á 7.

Bernhardt al contrario que la neuralgia localizadas son más frecuentes y

(1).-Essai sur les nevralgies faciales (Fernand Levy).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

entre éstas la rama oftálmica la más atacada, pues en 150 casos observados, halla que 139 limitadas á una rama y 11 extendidas á 2 ramas.

En la neuralgia quirúrgica, Frazier la encuentra con más frecuencia en la segunda y tercera rama ó sea maxilar superior é inferior y más aún en su distribución terminal.

Observaciones más.....

Edad.- A pesar de presentarse en todas las edades los autores están de acuerdo, que la neuralgia del trigemino es rara en la infancia y la vejez, presentándose generalmente entre los 20 á 60 años.

Las neuralgias quirúrgicas del trigemino según Antic y Erb sostienen que son propias de la edad avanzada.

Frazier dice que comienzan éstas más frecuentemente desde los 50 años.

Sexo.-A este respecto no están muy acordes los autores.

Forthergill, Pujol, Gunther, Siebold, Hartmann, Meglin, Reverdit, Rennes, según éstos autores las mujeres son las más á menudo atacadas.

Según Thouret, Frank, etc. encuéntranla con mayor frecuencia en los hombres.

Champonniere dice que ambos sexos son igualmente atacados,

Pero es indudable que en la mujer, el estado de mestruación, embarazo, lactancia y la menopausa desempeñan un papel importante como he tenido oportunidad de observar.

Clima. Estaciones.- A este respecto numerosas controversias se han suscitado, si bien unos como Meglin dicen que: no existe la prosopalgia en los sitios calientes, otros se encargan de desvirtuar esta afirmación como son Bellingere y otros.

Pero la mayor parte están acordes en pensar que es indudable que disminuye el porcentaje de estos enfermos á medida que el sitio es más caluroso.

En cuanto las Estaciones han notado que aumentan en las que hace más frío.

Como quiera que sea están de acorde todos los autores en admitir que en la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

genesis de las neurotrigeminalgias juega un papel importante el frío, humedad y las bruscas variaciones atmosféricas.

Ahora la acción del frío es interpretado de diferente manera; para unos es un factor poderoso, para otros no tiene sino un valor secundario.

Numerosos son los casos que se citan de neuralgias por la acción del frío siendo tanto peor éste cuanto más seco y limitado á una región dada.

Como ejemplos podemos citar de un cirujano que después de una operación, tenía la cara empapada de sudor, fué expuesto á la acción de una corriente fuerte de aire; inmediatamente sintió como si un pedazo de hielo le hubiesen colocado en uno de los lados de la frente; en la noche del mismo día fué víctima de dolores terribles de neuralgia.

Un cocinero que he tenido oportunidad de tratarlo refiere haber comenzado su neuralgia oftálmica á consecuencia de haber salido con el cuerpo caliente experimentando la misma sensación que el anterior caso en un lado de la frente, pues en este caso no fué sino ocasional puesto que con un tratamiento antisifilítico quedó en perfectas condiciones.

Lo mismo podríamos señalar de una señorita que salió á tomar aire después de haber bailado con la cara llena de sudor y así como estos, podríamos señalar multitud de ejemplos.

Muchos autores llaman á estas formas reumatismales.

Es indudable que el reumatismo siendo una enfermedad inflamatoria aguda ó crónica que se localiza sobre uno ó varios puntos de la economía principalmente sobre las cerosas de los elementos de flegmasia admita que " el organismo trastornado por este estado mórbido " es predispuesto á las neuralgias pero no quiere decir que se considere como reumática una neuralgia por el mero hecho de haber sido sometido á la acción del frío ó que se pueda encontrar causa evidente á las crises dolorosas.

Trousseau á la neuralgia reumatismal la caracteriza por su mobilidad y la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

existencia de antecedentes articulares.

Profesiones.- Si bien á priori no parece evidente que desempeñan particular predisposición ciertas profesiones.

Sin embargo Reverdit y Rennes la han observado con mayor frecuencia en los cocineros.

Emociones.- Las emociones (cóleras,disgustos,impresiones,miedo) son incriminados por los enfermos.

Estando éstos en estado de tranquilidad y haciendo cuanto posible les es para ello disipando de ese modo cualquier emoción que cree motivarlo, es intranquilizado por sus dolores.

Indudable es que no deja de jugar un papel importante cierta predisposición nerviosa adquirida,consecuencia ya sea á trastornos de régimen,inquietudes morales ó fatigas físicas é intelectuales,el hecho es que sin negar el papel predisponente de estos factores y más aún en el caso de coincidir estos accidentes con los accesos neurálgicos,es imposible considerarlos como causa determinante.

Herencia.- No cabe duda que en muchos casos intervienen las condiciones hereditarias.

Unas veces trátase de familias que han padecido de neuralgias del trigemino varias generaciones y en otras muéstrase la herencia por trastornos nerviosos de distinto género,alternándose con enfermedades de otra índole como histerismos,epilepsias,psicopatias de formas distintas y neuralgias de distintos territorios nerviosos.

Los procesos de involución propios de la senilidad y de la arterioesclorosis suelen ser causa de neuralgias del trigemino.

Tampoco dejaremos de mencionar lo que los médicos antiguos aseguraban que podía acarrear neuralgias del trigemino;las hemorroides,la supresión menstrua y la interrupción de los sudores de los piés.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Glándulas de secreción internas.

Gracias á los adelantos de la endocrinología donde se ha estudiado poco á poco los diferentes sindromes de hiper é insuficiencias de las glándulas de secreción interna es que han intentado primero curar esta afección con extractos tiroidianos habiéndose obtenido muchos éxitos,ya después la reunión de todos ellos constituyendo como principal medicamento la Hormotone.

CAUSAS CONOCIDAS QUE PUEDEN ORIGINAR LA PEQUEÑA NEURALGIA DEL TRIGEMINO.

Boca.- Siguiendo desde sus terminaciones nerviosas y comenzando por la boca, pondremos en primer lugar la neuralgia de los filetes dentarios y gingivo dentarios.

Duval desde 1814 hace notar que hay ciertas neuralgias de apariencia dentaria pero que extraído éstos al cual se incrimina la causa no se modifica en nada el dolor.

Chaponniere cree que las neuralgias por carie dental ó por exostosis,son muy raras "porque dice que son muy pocos los casos referidos de los individuos afectos de neuralgia que se han visto libres de sus dolores,por la extracción de sus dientes". Berard cita "una neuralgia provocada por un tumor osteiforme desarrollado en la raíz de un diente.La extracción de éste hace cesar la enfermedad. Es raro que esta operación tenga un semejante resultado".

Así un sin número de casos son citados por muchos autores en los que dan gran importancia al origen dental y por el contrario otros no.

De manera que haciendo un resumen y teniendo en cuenta las ideas de Frazier y siguiendo la clasificación que llevamos,podemos decir que,en la pequeña neuralgia juega un rol importante el origen dental pero que en las neuralgias graves ó quirúrgicas el origen es muy raro;tan es así que el mismo Frazier en su trabajo de A.Surgeon's Impression of Trigeminal Neuralgia,basado en la experiencia de 302 casos dice "Ocasionalmente se refieren casos de curación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

de neuralgia trigemina por el drenaje de los senos, por una operación entranasal ó por la extracción de un diente infectado. "Nunca he visto á operado algún paciente de neuralgia del trigemino de tipo mayor en el que hubiera alguna razón para sospechar que algunas de esas lesiones fuera la causa".

Una vez sentado esto que servirá para tener una norma de conducta y no insistir en una neuralgia que data de muchos años en extracciones inútiles que muchas veces no hacen más que agravar la enfermedad y aún á veces provocarla.

Sin embargo enumeraremos las que pueden provocar la pequeña neuralgia y de ese modo jamás prescindir de examinar la boca del enfermo y el estado de su dentadura.

Como consecuencia de un fenómeno fisiológico: la erupción dentaria y la salida de la muela del juicio.

En los sujetos de edad avanzada suele ser causa de neuralgia la exageración de otro fenómeno fisiológico.

Sabido es que la pulpa dental, centro virtual del diente disminuye en los viejos, en tanto que el marfil prolifera al rededor de él. Este proceso es tan marcado en ellos que la cavidad pulpar casi es virtual.

Ahora sucede en los artríticos que la calcificación de la pulpa se hace tan rápida que se encuentra encerrada en los núcleos de dentina secundarios que comprimen los filetes nerviosos.

Mas numerosas aun son las prosopalgias proveniente de un fenómeno patológico dentario. La carie sobre todo.

La obturación de carie sin suficiente desinfección, la obliferación prematura de las raices enfermas que provocan neuralgias como también la materia que sirve de obturación como la amalgama que suele pasar de ciertos límites y servir de espina irritativa en las encías.

En los casos de piorrea, (~~Juicio~~) á consecuencia de traumatismos dentarios, extracciones mal hechas, en los desdentados, por algún aparato proteico, en los

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

stomatitis y procesos bucales como cáncer de la lengua.

riz.- Todas las inflamaciones agudas ó crónicas de las mucosas de las fosas asales y de los senos y sobre todo cuando el seno frontal es tomado.

En este caso la neuralgia es supra orbitaria uni ó bilateral (Horner y eeligmiller).

A consecuencia de intervenciones terapéuticas se señalan neuralgias por el aprisionamiento de los filetes nerviosos por las cicatrices,por aplicacio-es galvano cáusticas y cauterisaciones de la mucosa del cornete inferior.

Oppenheim señala neuralgias después de operaciones practicadas en la ca-idad nasofaringeana.

'o.- Cuerpos extraños del ojo,la presencia de un ojo artificial que provoca a irritación de un muñón ocular,el mal empleo y trabajo excesivo de la vista, la mala corrección de las anomalías de refracción,la paresia de la acomodación

Todas las inflamaciones superficiales de los ojos: conjuntivitis,episcle-ritis,iritis,irido coroiditis,glaucoma.

Bettremieux ha querido ver la causa de los tics dolorosos verdaderos en el estado inflamatorio de las vías lagrimales.

Una lesión ocular provoca siempre una neuralgia supraorbitaria.

Oido.- Las afecciones del oido han sido incriminadas con frecuencia;pero siendo esta causa menor que la anterior.

Muy excepcional es ver irriadarse los dolores en la cara en los casos de catarro del oideo medio y de sus cavidades.

Son las afecciones del oido externo los que se presentan con más frecuencia.

Serrenone cita 2 casos de eczema del conducto auditivo externo en los que provocaba neuralgia y que á medida que esta mejoraba los dolores disminuían.

Casos hay que la presencia de cuerpos extraños,la presencia de un gizante en el conducto auditivo externo,un pelo en la parte externa de la membrana del tímpano provocaba estos dolores.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

De manera que siempre tendremos en cuenta estas causas y hacer un exámen
mpleto del oido.

ra.- Son las fracturas de los huesos del cráneo y de la cara seguidos de fe-
menos inflamatorios que pueden originar neuralgias.

La presencia de cuerpos extraños en el trayecto de las ramas del trigemino

Refiérense aún casos de parásitos encontrados en las cavidades de los se-
s frontal y maxilar superior y que á la salida ó expulsión de éstos, viéron-
libres de sus dolores neurálgicos.

Por solución de continuidad, inflamaciones de la piel del territorio iner-
do por el trigemino, contusiones, cortes, punzadas, golpes ó intervenciones qui-
rgicas sobre el cráneo y la cara " neuralgias traumáticas precoces de Ver-
uil ". Tratándose aquí de accidentes de orden infeccioso, que se acompañan sie
e de signos de cepticemia atenuada.

Señálanse casos de eresipela de la cara acompañados de paroxismos.

oncos Nerviosos.- La irritación provocada en el trayecto del trigemino origi-
también neuralgia.

Esta irritación puede obedecer á causas extrínsicas é intrínsicas.

Causas extrínsicas. Desde la simple contusión de los nervios hasta las he-
das quirúrgicas provocadas por instrumentos punzantes, contundentes ó cortan-
s.

La presencia de cuerpos extraños y ciertas concresiones al nivel de estos
oncos nerviosos.

La compresión aunque menos frecuente al nivel de los troncos nerviosos de
mores como cánceres, fibromas, quistes, aneurismas. Infecciones y carie de los
esos de origen tuberculoso ó sifilítico y procesos osteoperiosticos.

Causas intrínsicas: tumores desarrollados á expensas del tejido nervioso
euromas) ó á expensas del tejido conjuntivo (fibromas, quistes).

Además se le incrimina por analogía con la ciática; y cuando la lesión no

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

aparente,á dilataciones varicosas de las venas que acpmpañan á los nervios, evios exámenes histológicos.

A lado de las causas mecánicas se colocan las neuralgias toxi-infecciosas, aunque no se sabe perfectamente sobre que parte del trayecto nerviosos actúan s diferentes agentes mórbidos,las colocan en este lugar. Entre ellos podemos tar la grippe,sífilis,paludismo,diabetis,gota y que en el curso de nuestra scripción seremos más extensos.

nglio de Gasser,raíces,nucleos bulbo protuberanciales.

Las causa mecánicas son los que ocupan aquí el primer lugar.

Entre ellos las exostoses,caries del peñasco,neoformaciones meningeas de den sifilítico,tuberculoso ó canceroso que comprimen el ganglio de Gasser y s raices del trigemino;conocido es el caso del célebre Romberg de aneurisma la carótida interna que comprimía el ganglio de Gasser del lado izquierdo.

Los tumores de la base del cráneo cercanos al ganglio por compresión pro- cen neuralgias.

GRAN NEURALGIA TRIGEMINA

Lo contrario de la neuralgia sintomática cuyas causas claras se conocen; á gran neuralgia trigemina ó neuralgia esencial como se le denomina por ser moradas éstas,invócaseles causas predisponentes poco claras que se pierden en l estudio demasiado vago del temperamento y de la constitución perteneciendo l bagaje patológico de la familia neuroartrítica,dando también importancia iertos autores á la herencia directa ó indirecta como afecciones nerviosas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Pocas son las nociones que tenemos al respecto de las lesiones anatómicas, e nos prueben su causa de la neuralgia del trigemino.

Suélense presentar casos de neuritis (forma neurítica de la neuralgia del rigemino),(1) de preferencia en aquellos enfermos en que se ha hecho excisio- s nerviosas,llamando en tales casos la atención de la rubicundéz y riqueza

1).-Eichhorst,Patologia Interna y Terapeutica Tomo VII.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

las ramas nerviosas enfermas.

Se han encontrado también proliferaciones del neurilema, calcificación del smo, degeneración grasosa y estados atróficos de las fibras nerviosas ó de la lulas ganglionicas del ganglio de Gasser.

En una observación notable de Cruveilhier existían nódulos carcinomatosos e se habían desarrollado en el neurilema de las ramas periféricas del trigeno entremezcladas con las terminaciones terminales del facial.

Pero en la mayoría de los casos no es posible hallar aún con la ayuda del croscopio ú otro medio lesión nerviosa alguna (forma neurótica de la neuralia del trigemino).

PATOGENIA

Por lo dicho anteriormente y en tales circunstancias se está obligado á itir sobre la patogenia del sindroma una de las dos hipótesis siguientes: ó en la neuralgia resulta de una alteración anatómica de un orden especial ina sible á los medios de investigación que disponemos, ó bien es la consecuencia una simple modificación del estado dinámico del nervio, quedando la extructu y la textura de los elementos anatómicos intactos. En esta última hipótesis bría entre el nervio atacado y el nervio homólogo del lado sano la misma direncia que existe entre dos barras de hierro dulce en el que uno está imanta déjándolo de estar el otro; ó de dos corrientes eléctricas en la que una ene mayor voltaje que la otra.

Según Quenu serían debidos los dolores en las personas de edad á varices las redes venosas que rodean al nervio ó la de su vaina.

Rose coloca como agente causal al estrechamiento en la vejez de los agujeros de la base del cráneo en la emergencia de los nervios; no había sido constado esto, más que de una manera excepcional.

Gubler dice que un gran número de neuralgias son congestivas; las crises rían debidas á trastornos circulatorios en la vaina de los troncos nerviosos plicándose así los estímenos patógenos de los troncos nerviosos resecados en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

as neuralgias del trigemino

Por último Frazier en sus últimos trabajos y lo más nuevo hasta hoy, consi-
era la neuralgia quirúrgica como una enfermedad central de origen ganglionico
de naturaleza esclerosa.

SINTOMATOLOGIA DE LA NEURALGIA SINTOMATICA DEL TRIGEMINO.

Esta neuralgia sintomática se presenta en todas las edades de la vida y es
portante por la frecuencia con que se presenta.

Ha merecido el nombre de Valleix por haber sido el primero que dió una bue-
descripción de élla.

De modo que podemos caracterizarla así " un dolor más ó menos violento, que
iene su asiento en el trayecto de una ó de varias ramas del quinto par, locali-
ándose en ciertos puntos circunscritos, verdaderos focos dolorosos de donde par-
en por intervalos, punzadas ú otros dolores análogos, y en los que la presión
onvenientemente ejercida es más ó menos dolorosa ".

Así que la característica esencial de esta neuralgia es: el dolor continuo,
s punzadas y el dolor provocado á la presión.

).-El dolor continuo es de ordinario poco violento, variando su intensidad en
azón directa de las crisis, acusa una sensación de pesantez, de contusión, de
ierta presión incómoda y molestosa por su persistencia.

En ciertos casos abarca toda la cara, siéndole dificil al enfermo, señalar
on el dedo el sitio afectado, pues lo hace con toda la mano.

En otros casos localízase en las regiones supra-orbitaria, infra-orbitaria
en la zona de distribución del maxilar inferior.

).-Las punzadas dolorosas. Son las que más han llamado la atención y las que
e han estudiado mejor. Son algunas veces inconstantes, cuando existen suelen fal-
r al principio ó al fin de la neuralgia, pero se puede decir de una manera ge-
ral que se presentan en toda la evolución de la enfermedad.

El enfermo señala con el dedo perfectamente el sitio de donde emanan cons-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

yendo verdaderos puntos dolorosos y que corresponden á los puntos de emergencia de los nervios de los conductos óseos, adquiriendo tal intensidad que hacen resaltar su interés hasta el médico más indolente en que ve fallida su tera-analgésica.

La dirección ó recorrido del dolor varía en diferentes sentidos según tam-n la dirección de los filetes nerviosos de donde el nombre de neuralgia as-dente ó descendente según que la rama nerviosa remonte ó descienda.

Las punzadas están en razón directa de la intensidad y frecuencia de la ralgia.

Las punzadas son de duración ordinariamente corta, agrupándose en grupos a constituir un acceso la mayor parte de las veces, pero también suelen pre-tarse aisladamente.

Los accesos pueden ser subintrantes aunque no es la regla pero suelen pre-tarse reproduciéndose varias veces al día, en una hora ó en minuto, ó bien ser. contáneos, paroxísticos ó francamente periódicos, que vuelven á las mismas ho-s del día sobretodo en la mañana, siendo notablemente influenciados por el frí-to general como local así como todo movimiento de la cara y más aún de los ilares.

Si la neuralgia es radicada en una rama no es raro ver que se irradia á otras ramas del trigemino aún á las del plexo cervical superficial y profun-, así como al brazo y al pecho.

lores provocados á la presión.- Los puntos de compresión estudiados por Va-eix constituyen un síntoma importante á los que se da un gran valor, pero que siempre se presentan.

Pues la presión convenientemente ejercida en uno de los puntos determina-s del trayecto nervioso enfermo es doloroso.

Valleix nos enseña que estos puntos tienen su asiento de preferencia en ertos sitios: al nivel de la emergencia de un canal óseo; en el sitio donde

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

filete nervioso atraviesa un músculo para llegar á la piel;donde el nervio superficial y camina cerca de un plano óseo sobre el que se puede comprimir; el punto de división del nervio ó de sus expansiones terminales.

Los puntos dolorosos que con más frecuencia se presentan,corresponden á sitios de emergencia de las tres ramas del trigemino y que están situados linea recta,supra-orbitario,infra-orbitario y mentionano y junto con estos os accesorios que haremos hincapié al hacer en particular la sintomatología cada una de ellas á fín de llegar á un diagnóstico preciso.

Los enfermos según la riqueza de su imaginación comparan sus dolores de erentes maneras como son unas veces la sensación de lanzas que les introduan en los sitios dolorosos,de picotazos,latidos,estiramientos nerviosos y casos más graves como si se les arrancara los nervios á viva fuerza ó se triturara.sensación de quemadura con hierro candente ó descargas eléctricas

TOMATOLOGIA DE LA GRAN NEURALGIA TRIGEMINA O NEURALGIA QUIRURGICA/

Como hemos visto anteriormente la neuralgia sintomática del trigemino es bida á causas bien claras. En la gran neuralgia ó neuralgia quirúrgica desaciadamente no sucede lo mismo;por más tentativas terapéuticas que se hagan, do es en vano;de donde el nombre para encubrir nuestra ignorancia de Neuralia esencial, atribuyéndola á causas predisponentes nada convincentes,nada clas y que se pierden en el estudio demasiado vago del temperamento y de la constitución, que solo satisfacen cuando con indiferencia se mira una tal dolencia e está limitada por esta palabra esencial,pero para aquellos que tenemos almóvil para averiguar su causa, quédanos tan solo luchar para que poco á poco saparezca como está desapareciendo hasta hoy esta palabra que hasta pronunarla causa cierta desilución en la penosa labor de nuestra recargada profeón.

Sin embargo esta forma tiene su personalidad clínica.

Trousseau la denomina neuralgia epileptiforme. Distingue dos variedades:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

na caracterizada por paroxismos neurálgicos simplemente,la más común; la
a ó tic doloroso caracterizada por dolores acompañados de convulsiones,sien-
ésta menos frecuente. La primera forma la más frecuente como se ha dicho se
ifiesta en un sujeto hombre ó mujer,que haya pasado de los cuarenta años.
Un día sin causa conocida sobreviene una punzada dolorosa,viva explosión
ivel de cualquier rama del trigemino.

Frecuentemente se le incrimina todas las causas antes mencionadas y sobre-
o al origen dental erroneamente por supuesto,siendo inútil por demás decir,
cticar avulsiones dentales sucesivas. En estos infelices desdentados,el al-
no hace más que aumentar,agravándose hasta que la crisis aumente y se haga
oxística.

Entonces es cuando con ocasión de un acto cualquiera de deglución,de mas-
ación,de palabra,á la más pequeña sacudida de tos ó de estornudo,al más li-
o tocamiento de la cara se desencadena la crisis paroxística.

De pronto se fija en un punto determinado de la hemi-faz un dolor desga-
dor y terebrante que se acompaña rápidamente de irradiaciones fulgurantes.
paciente se queda inmóvil y angustiado por la violencia del algia.Lleva la
o á la cara y busca por una compresión énergica atenuar el mal.Pero la ten-
tiva y bien pronto la crisis,hasta entonces sensitiva, se doble en un elemen-
motor constituyendo la segunda forma.

En el segundo acto de la tragedia entra el facial.Localmente se presentan
gunas vibraciones musculares,se observarán tremolaciones y palpitaciones so-
e ciertos músculos de preferencia el risorius,el elevador del labio superior,
de la barba y después participando toda la hemi-faz de esta agitación mus-
r,se verá sacudida por una verdadera mueca clonica,hallándose en todo su
ogeo la hiperestesia dolorosa. Esta es la neuralgia epileptiforme convulsiva
ic doloroso.Al cabo de dos ó tres minutos la tempestad se calma produción-
se la quietud con la entrada en escena del simpatico.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

te es el tercero y último acto.Entonces aparecen fenómenos vaso motores,la él de la cara se enrojece,se congestiona,los ojos se inyectan y la hipercri- a se extiende á las mucosas lagrimal,nasal y bucal.

La tranquilidad es bien pronto completa y la calma se ha restablecido.So- subsiste la angustia de la recidiva, de la crisis futura y frecuentemente xima que el enfermo tiene como inevitable.

A muchos de estos desgraciados neurálgicos se les ve usar de subterfugios recauciones para alejar ó atenuar la crisis paroxística.Algunos dejan que cara se cubra de una espesa seborrea.

Su incuria es voluntaria y llena de temor del mas lijero tocamiento fa- al.

La mayor parte cubren su cabeza con telas protectoras y marchan lentamente,con máscara facial impasible y en una actitud cefálica soldada y rígida para itar todo tropiezo que exaspere sus dolores.

Hay enfermos de estos que no usan sino suelas de caucho para amortiguar choque de los pasos.Otros se imponen en un mutismo absoluto,creyendo que calma de las crisis es debido á la quietud muscular de parte de la cara,res- ndiendo por escrito á las preguntas que se le hacen.Otros cobijándose en su rto á la obscuridad más completa y por último otros abrigándose lo más toda zona dolorigena para de ese modo aliviar en algo sus dolores.Estos proso- gicos viven en el temor perpetuo de un movimiento intempestivo de deglusión, masticación,estornudo,risa y aún de hablar.

La hora de las comidas es para ellos un suplicio;se privan de tomar sus imentos con los miembros de su familia,tanto por sus dolores, cuanto por no cer sufrir á éstos que lo acompañan también con sus quejidos y lloros;y para marlos solos,aprovechan de los momentos de calmia y aún sin ésta á costa fuertes dolores,logran siquiera en mayor tiempo tomar uno que otro alimento los más lijeros.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Los alimentos líquidos son los únicos aceptados y con que preparativos resistir el dolor y aún ¡ con que lujo de precauciones !.

En todos estos casos de neuralgia grave de trigemino salvo muy raras excepciones suele agravarse cada vez más á medida que avanza la edad haciéndose ataques más frebuentes,los paroxismos más agudos y las remisiones de la ermedad más cortas hasta hacerse la vida insoportable y solo pensar como imo recurso á una operación intracraneana que si bien en un tiempo preferían muerte que sujetarse á élla,ahora gracias á los adelantos y progresosde la ncia moderna de las operaciones llamadas de "alta cirujía" que tienen el oso atractivo de admiración del éxito alcanzado, y feliz resultado de aquees operaciones que son atributo de conocimientos anatómicos precisos y de os hábiles y experimentadas.

DIAGNOSTICO

La neuralgia se traduce por dolores continuos,sobre los que se implantan lores paroxísticos,que agrupándose constituyen un acceso y que de la reunión varios de éstos,constituyen lo que se denomina ataque ó crisis neurálgica. s veces estalla la neuralgia bruscamente lanzando un grito después de una arente tranquilidad.En otros se acompañan de prodromos,como sensación de tenón de la parte afectada,estiramientos nerviosos,hormigueos,una "sensación de lanceamiento de oscilación en la masa encefálica" (Berard),sensación penosa loga á los "golpes oscilatorios de un péndulo" (Trrousseau) etc.

En uno de nuestros enfermos comenzaba á cualquier movimiento masticatorio. otro por una especie de aura sersorial:un sentimiento de calor intranasal, hormigueo en el ala derecha de la nariz que ascendía hacia la raiz de ésta tallando un acceso ó una crisis en toda la zona oftálmica.

Una corriente de aire,el agua fría,el más lijero frote de la piel,el contacto de la navaja de afeitar,un simple fenomeno fisiológico como el bostezo, estornudo,el reir,la masticación,la deglusión,la tos,las sacudidas de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

cha,una impresión,cuando les hiere los ojos una luz viva ó los oídos,un so-
o estridente,sostener una conversación,el pensar de sus ataques;todos estos
motivos suficientes para provocar las crisis dolorosas. El dolor surca la
a en todos sentidos haciéndose en ciertos sitios más intensos pungitivo,lan-
ante terebrante y aún acusan la sensación como se machacase el nervio ó se
triturase el hueso.

Unas veces el dolor desplaza, quedando en otras estacionado en una rama.
sitio principal del dolor es una veces profundo y otras superficial exten-
ndose en este caso siempre por el trayecto de determinadas ramas del trige-
o.Para calmar su sufrimiento comprime el enfermo el territorio neurálgico,
rra los maxilares,toma la cabeza entre sus manos,presionándose fuertemente
on la interposición de un pañuelo;su cara se contrae,hace una mueca espe-
,lanza gritos y la ansiedad de su fisonomía traduce los dolores atroces
siente.

La duración del ataque neurálgico oscila entre algunos segundos,minutos ú
as,siendo más largos en las neuralgias que datan de mucho tiempo;muchas ve-
se presentan ataques abortivos que se reducen á una contracción rápida como
rayo,acompañado de un dolor agudísimo.

La sucesión de los accesos es irregular:pueden ser más ó menos aproxima-
s no dejando casi intervalo de reposo,habiendo sido señalados como máximo
en accesos por día,por mi parte en uno de mis enfermos llegaba á cincuenta.

Otras veces los accesos son francamente periódicos aún en ausencia de un
igen palúdico.

La sucesión de los accesos constituye como hemos dicho anteriormente,la
sis neurálgica,variable según la intensidad de la afección,el enfermo,los
dios que lo rodean,así como también tiene influencia muy marcada ciertas es-
iones del año,sobretodo las del invierno.

Una vez terminado el acceso la región afectada queda sumamente adolorida.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

La presión en cierto número de sitios bien marcados, los llamados puntos Valleix provocan un máximo dolor.

Así que para mayor orientación y poder localizar mejor cada una de las rmas de neuralgia del trigemino, señalaremos los síntomas más importantes de da una de las ramas del trigemino y el diagnóstico diferencial entre la neulgia sintomática y la de causa desconocida.

-Neuralgia oftálmica.-Dolor situado en el párpado superior; en la región fronhasta el vértice de la cabeza, en la cuenca del ojo y en el globo ocular en raíz de la nariz y en la piel de ésta hasta la punta y en la parte más anteor de las fosas nasales.

.-Neuralgia supra-orbitaria.

Dolor en la región frontal, párpado superior y raíz de la nariz.

Puntos de compresión: el punro supra-orbitario en la unión del tercio intercon los dos tercios externos del reborde orbitario el más constante en la cotadura supra-orbitaria, correspobdiente al (frontal externo), el punto palpeal (nervio lagrimal) se presenta con menos frecuencia en la unión del tercio terno con sus dos tercios ánternos del párpado superior; el punto nasal (rama terna del nasal), y el punto naso lobar llamado así por extinguirse sus ramicaciones tenues por la piel del lóhulo de la nariz (nasal interno ó filete oidal).

Trousseau señala además: dolorosos el uno sobre la eminencia frontal y el ro sobre la eminencia parietal; á veces está sensible á la presión todo el trato de la zona oftálmica.

Se asocian generalmente a síntomas oculares; inyección vascular, lagrimeo, nsiblidad del globo del ojo.

-Neuralgia del maxilar superior.- Extensión del dolor; párpado inferior mejias y labio superior y parte laterla de la neriz; pómulo, región temporal, fila erior de los dientes y fosa nasal.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

-Neuralgia infra-orbitaria.

Sitio del dolor: párpado inferior, mejillas, labio superior, parte lateral la nariz, en algunos casos fila superior de dientes y mucosa de los carrillos, ticipación del nervio sub-cutaneo de la mejilla, pómulo y región temporal anior.

Puntos de compresión: el punto infra-orbitario es el agujero infra-orbitario a salida del hervio, el punto molar (filete témporo molar) en la región zigoica correspondiente al sitio de salida; el punto labial, menos frecuente cospondiente al labio superior; punto alveolar, arco alveolar del maxilar superior y punto palatino en el paladar.

Neuralgia del maxilar inferior.-Extensión del dolor: menton y mandíbula inferior, lengua, oído externo y región temporal.

-Neuralgia mentoniana.

Dolor en el mentón, punto doloroso en el agujero mentoniano.

.-Neuralgia aurículo-temporal.

Muy rara; dolor en el oido externo, pabellón de la oreja y región temporal.

-Neuralgia lingual.

Glosalgia. Dolor en la mitad de la lengua; en elgunos casos capara saburro unilateral y aumento de espesor también unilateral.

Punto doloroso en un lado de la lengua; á veces aumento de secreción sali y movimientos involuntarios de la lengua.

.-Neuralgia alveolar inferior.

Dolor en el arco alveolar inferior.

-Neuralgia labial al nivel de la espina de Spix.

Neuralgia dental inferior, emanando los dolores de la compresión de cada o de los dientes del maxilar inferior.

¿ Cómo distinguir una neuralgia sintomática de una neuralgia esencial?. s siguientes principios nos servirán en el mayor número de veces para hacer te diagnóstico.

Brard. La neuralgia faciale ... las inyecciones

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

.- 1°.-Toda neuralgia trigemina que,no tratada todavía por ningún procedi-
nto quirúrgico ó por las inyecciones de alcohol,se acompaña de anestesia
nea ó mucosa no es una neuralgia esencial.

Es de notar cuan curioso es ver una afección multiplicar sus ataques agre-
os dolorosos durante años á lo largo de un mismo tronco nervioso sin que se
prometa la vitalidad de éste.La primera irritabilidad se conserva casi inde-
idamente,como lo atestigua la hiperestecia casi constante de la región.
-Toda neuralgia trigemina que anteriormente á toda intervención presenta sig-
asociados de exitación (fuera bien entendido de la hiperquinesia del nervio
ial) ó de parálisis de otros nervios craneales (como por ejemplo trismus, di-
pia, parálisis facial,hematrofia lengual,etc/).No es una neuralgia esencial.
-Toda neuralgia trigemina que es bilateral no es en la mayor parte de los ca-
una neuralgia esencial.

La neuralgia trigemina solo pddría confundirse en un examen muy lijero con
jaqueca y los síntomas dolorosos provocados por lesiones lijeras de los di-
sos órganos vecinos.

En la mayor parte de estas neuralgias es necesario,antes de formular un
nóstico definitivo,recurrir al examen de los especialistas,rinologistas,
istas,oftalmologistas,dentistas,etc.

El alumbrado de los senos se imponen en todos los casos lo importante es
re todo hacer el diagnostico de las diferenres formas patogénicas(sífilis,
udismo,anemias diversas,neurosis diversas,diabetis,gota,reumatismo é intoxi-
iones) así como las causas que arriba hemos mencionado.

Será de gran importancia hacer el diagnóstico de neuralgia oftálmica esen-
l y jaqueca.

¿ Cuales son los elementos diagnósticos ?.La asociación del maxilar supe-
or al algia del oftálmico es un argumento decisivo contra la hipótesis de ja-
.-Sicard.La neuralgia facial "esencial" y su tratamiento por las inyeccio
nes locales neurolíticas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

ca.

La unilateralidad del algia oftálmica nos haria pensar más del lado de neuralgia esencial.Ciertos números de signos abogan en favor de la jaqueca es como la necesidad de descanso horizontal,la semioscuridad,sobretodo la stencia de otras formas gastricas anorexia y nauseas.La crisis de jaqueca juzga por la nausea y el vómito decía Sussegue.

Jamás existen tales reflejos nauseosos durante la crisis de algia oftálmino jaquecosa.

La hiperestesia del cuero cabelludo,el despertar de la crisis fuera de los ques paroxísticos por el tocamiento de los cabellos ó el rozamiento de la ión cutanea frontal y su unilateralidad son otros tantos testigos que abogan favor de la crisis álgica.

La histeria podrá determinar en ciertos casos la neuralgia trigemina pero as neuralgias aparecen bajo la influencia de causas morales por la que son dificadas,por la inestabilidad de las manifestaciones histéricas y por la costencia de otros síntomas que permiten hacer el diagnóstico.

La jaqueca migraina dará también lugar á duda respecto al diagnóstico con la neuria del trigemino;la jaqueca migraina vulgar,la jaqueca migraina oftálmica serán diagnostidas en la forma de accesos (Hemicranea,vómitos,síntomas oculares) y por su olución.

No se dejará de pensar en la artritis de la articulación temporo maxilar, sitis frontal y maxilar así como en la mialgia,esto todo en caso de tratarde una neuralgia sintomática y aún en la neuralgia grave ó quirúrgica aunque este caso de más es insistir en atribuirle todos estos agentes etiológicos azier).

Por último no olvidaremos por prestarnos gran ayuda en el diagnóstico las ecciones de cocaína.

Al respecto,en presencia de un caso dudoso se podria diagnosticar con exacd el origen terminal troncular ó ganglionar ?.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Es á Pitres primero y después á su alumno Verger que tratan de resolver la stión con la ayuda de las inyecciones de cocaina, exponiendo así su método: cen que la inyección de cocaina así como lo ha demostrado F.Frank, tiene por eto interrumpir momentaneamente la conducción nerviosa en cualquier punto ella se coloque.

Si se inyecta bajo la piel, determina una zona de analgesia cutanea, cuya ensión corresponde al volumen de edema que se forma.

se coloca a lo largo del tronco de un nervio sensitivo, provocaría la anal-ia de todas las partes que se distribuyen las ramas y filetes terminales parten de este tronco

Bien conocido esto es fácil de comprender como las inyecciones de cocaina den conducirnos al diagnóstico del asiento de las alteraciones que provocan dolores neurálgicos.

-Cuando las irritaciones algesiogenas parten de las extremidades terminales los nervios de la región afectada, la inyección loco dólenti suspende momen eamente el dolor. Esta acalmia brusca del dolor prueba que la neuralgia pro-ane de exitaciones periféricas que tienen su punto de partida en la región da por la inyección.

Es el caso que son justificables las intervenciones quirúrgicas que tien-á la curación atacando la causa del mal.

-Los dolores neurálgicos de origen funicular, es decir aquellos que resultan la irritación de los troncos nerviosos sea por alteraciones neuríticas, sea r varices de los vasu-nervorum, ó por tumores de compresión; no modifican en da las inyecciones de cocaina practicadas en la piel de la parte afectada.

Tampoco interrumpen el proceso doloroso cuando son practicadas mas ~~arriba~~ abajo l sitio lesionado.

Es al contrario benéfica cuando ataca la inyección más ~~abajo~~ arriba del lugar le-onado y de donde parten las irritaciones algesiogenas.

Si por consiguiente se nos presenta un enfermo, en el que constatando una

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

uralgia en cualquiera de las ramas del trigemino y que por la violencia y re-
stencia de su afección reclama del cirujano una intervención, éste antes de
oceder á una intervención será necesario ir con una inyección de cocaina más
lá del sitio algesiogéno hasta provocar la sedación de los dolores; caso con-
ario no se consiguiera este objeto y se practicara aún la operación más aba-
del sitio lesionado no interrumpiendo la comunicación entre el foco de irri-
ción y los centros, córrese el riesgo de fracasar en la operación y el senti-
ento que su enfermo refiera, no solo sus dolores con la intensidad de antes,
o mayores.

Aunque muy ingeniosa y seductora la aplicación de las inyecciones de co-
na loco-dolenti, aparece como teórica frente a los casos de neuralgia refle-
en la que los dolores no se manifiestan en el territorio del nervio de don-
emanan las excitaciones algesiogenas, sino en el de otro nervio vecino o le-
o del primero aun mas cuando se hace la prueba en el momento de coincidir
a acalmia propia de esta afección.

Sin embargo de esto en dos de mis enfermos (Historias clínicas Nos. 1 y 3)
neuralgia supra-orbitaria bien localizada, en las que se hizo previa anestes-
a con cocaina y que permitió la sección del nervio frontal y sin ser el punto
esiogeno se produjo la analgesia de manera que sería un medio en que no se
dría tener completa confianza, pero que indudablemente en ciertos casos de cau
ostensible prestarían ayuda, pero que en casos obscuros ~~se evitaría de~~ obligarían á reali-
r operaciones quirúrgicas é inyecciones alcohólicas inútiles.

olución.- La evolución de esta afección dolorosa entrecortada de crisis paro-
sticas, se contonúa durante meses y años; con acalmias cada vez más reducidas,
ciéndose la afección más rebelde é iresistible para el enfermo.

En las neuralgias sintomáticas la evolución variará según la causa que la
oduce.

En las formas graves desgraciadamente el mal ya no tiene tregua, la morfino
nía, la idea del suicidio ha germinado, estando sujetos estos torturados enfer-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

á la espada temerosa de Damocles que ni siquiera por piedad los desampara nstante, terminando por poner fín á sus últimos momentos de aflicción.

Veremos enfermos en los que la posición horizontal atenúan sus dolores, llando por el contrario sus crisis cuando se ponen de pié.

En este mismo prosopálgico algún tiempo después, estas influencias sedati- alternan en sentido inverso.

De la misma manera se ve en ciertas mujeres desaparecer sus algias du- te sus embarazos ó después d él y reaparecan en el amamantamiento; mientras otras se encuentra lo contrario.

La hora de la crisis, fija en unos, variable para la mayor parte y sometida ircunstancias exteriores.

Aquí, la palpación profunda de los puntos de emergencia de los nervios des- ta el algia, mientras que allá por el contrario es indiferente la presión .

En ciertos momentos la zona dolorífera ha alcanzado su máximo de hiperes- ia mientras que en otros la sensibilidad queda normal. Son todas estas las iaciones á que esta sujeta la evolución de la enfermedad.

nóstico.- El pronóstico es variable según las causas, benigno para la forma iférica que data de poco tiempo de causa conocida que cura con facilidad; ve para la forma central ó origen obscura. Si no amenaza la existencia direc- ente; por la intensidad del dolor que mata como la hemorragia como dice Du- train, puede ser considerada como muy rebelde y es de suponer cuan desfavora- es tener que luchar con dolencias de causas desconocidas é incapaces de ce- á ninguna perapéutica actual; hasta el punto de ~~precipitar~~ despertar en ocasiones to- las audacias de las medicaciones médico quirúrgicos.

Sin embargo no se crea demasiado que ofrezcan un pronóstico favorable aque- s casos en que no existe causa ostensible; muy á menudo enpiezan con aparente ignidad una neuralgia del trigemino de etiología obscura y termian por hacer- incurable.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Cuanto más activa es una neutalgia tanto menores son las probabilidades de narla.

Será pertináz y frecuente en caso de que haya por medio antecedentes heredi os.

Son pues estos desgraciados enfermos víctimas de dolores atroces y de un etuo sufrir que no tiene tregua y que á cada momento ansían la muerte.

Gracias en estos últimos tiempos á los progresos de la cirujía intracra- ea del trigemino y á las especiales manos experimentadas que colocan á la ncia entre aquellas de relativa benignidad.

TRATAMIENTO

Todos los médicos, que, cumpliendo su hermosa misión de ahorrar al enfermo segundo de dolor; se han preocupado de buscar un tratamiento eficáz, no solo quellos que obedecen á un agente etiológico conocido, sino de aquellas neu- ias rebeldes, afecciones tan dolorosas y tenaces, que las personas que las ren como hemos dicho ya, piensan en el suicidio único medio de poner fín á dolencias.

Que más penoso, en efecto que estos dolores atroces, que escapan á toda des- pcion, que el enfermo compara á verdaderas puñaladas, á fierros rojos que atra- san sus partes afectadas, á descargas eléctricas que surcan la cara á manera un rayo ?.

Que más cruel que estas violentas sacudidas de la cara, que arrancan gri- al paciente á la par que á los suyos que por él sienten?.

Que más desesperante que estos accesos paroxísticos repetidos en el día ó la noche y despertados al menor contacto de aire, á la menor impresión de o, al menor movimiento de masticación, al reir, al bostezar, al estornudar ?.

Cruel enemigo del cual no se pueden alejar, el que desarma el coraje del dico y el que obliga á intervenciones quirúrgicas á cual más delicadas.

Siguiendo el plan de nuestra descripción trataremos primero las neuralgias

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

causa conocida, en seguida las de causa obscura.

TERAPEUTICA ETIOLOGICA

I.-Grupo de las neuralgias de causa conocida.

4 AGO 1919

Entre el grupo de las neuralgias del trigemino de etiología conocida, distíguese los dolores de origen general y los de origen local.

Entre las de causa general: 1°.-Las enfermedades infecciosas agudas (gripa, reumatismo articular agudo)..... cede atendiendo al agente causal; 2°.-Enfermedades infecciosas crónicas; que ~~son enumeradas á medida de su mayor estudio.~~

Sífilis.- ~~Frecuentemente~~ Esta efección determina con frecuencia, manifestaciones mórbidas del ó de los centros nerviosos.

Ante un enfermo con neuralgia, la eventualidad de esta etiología debe sienvenir al espíritu del médico. Aún en ausencia de dato ó estigma alguno, mus autores aplican sistemáticamente el tratamiento antisifilítico.

Los dolores neurálgicos se observan en los periodos secundario y terciario, ~~aún se los ha visto manifestarse~~ y tambien en el curso del periodo cuaternario ~~las afecciones parasifilíti~~ (tabes y parálisis general).

Entre las manifestaciones específicas, es la neuralgia del trigémino la que presenta en primera linea.

En la prosopalgia secundaria trátese de buscar, en medio de los fenómenos erales de la septicemia sifilítica, el dolor de cabeza poco intenso que el enmo siente.

El dolor es habitualmente unilateral limitado á una rama el supra-orbitario preferencia (Fornier).

¿ Cual es el caracter más constante de los dolores sifilíticos ?.

Es el aumento de intensidad durante las primeras horas de la noche, pues se ta en general de dolores sordos entrecortados con paroxismos no muy violen- ~~(Historia clínica N° 4)~~ como se relata en la historia clínica siguiente:

La neuralgia puede sin embargo ser bilateral lo que en ausencia de todo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

toma de sífilis, sería según Chipault, casi patognomónico de la afección.

A menudo en este ~~xxxxxx~~ periodo hay concomitancia de otras neuralgias: intercostal, ciática (Gaucher), cubital (Sergent) y (Champonier).

La presencia de una linfocitosis en el ~~examen del~~ líquido céfalo raquideo de una gran importancia diagnóstica.

Las neuralgias del periodo terciario son más claramente localizadas, porque se les incrimina causa infecciosa sino mecánica, (~~Historia clínica N° 5 / tal~~ ocurrió la observación que sigue)

A parte de las lesiones gomosas que irritan la periferia del nervio: goma frontal (Marotte), rinitis necrosante terciaria (Dieulafoy), perforación del lo del paladar (Dalche, Herroult), la neuralgia terciaria del trigemino causa más á menudo la compresión paquimeningítica del nervio en la base del cere-o, al nivel del ganglio de Gasser ó de su vecindad.

A la compresión situada en la base del craneo obsérvese el sindroma gasse-no que evoluciona ~~xxxx~~ en tres periodos: 1°.-fase de dolores neurálgicos; 2° e de parálisis del trigemino sensitivo y motor; 3° fase de tratornos trófi-s.

~~As í que~~ Toda neuralgia sifilítica será sometida al tratamiento específico, ~~cido por todos.~~

~~Sin embargo la mayor parte de los autores dicen y recomienda~~ (emplea do el curio en el periodo secundario, el mercurio y el yoduro en el periodo ter-ario.

~~Aún más~~ En los comienzos de la afección el yoduro de potasio solo á pequeñas sis (Ogrs.75), ~~muchas veces~~ hace desaparece muchas veces la cefalea y los fenómenos neurálgicos.

En todos los casos el tratamiento debe actuar más ó menos rápidamente, caso trario será abandonado, ~~el tratamiento~~ quedando la etiología erronea.

udismo.- El paludismo es el causante de multitud de neuralgias, ocupando la ralgia del trigemino el primer lugar (Griesinger).

Un primer signo debe hacernos pensar en la neuralgia palúdica: la locali-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

ión casi constante en el ramo frontal del trigemino.(Rennes).

Pero el criterio de su naturaleza será el retorno periódico de los accesos orosos en sujetos atacados de paludismo.

En la mayoría de los casos los ataques neurálgicos se repiten diariamente ora determinada,invadiendo rara vez en forma de terciana,cuartana ó con tipo más larga duración.

La crisis neurálgica puede coincidir con un acceso febril,pero generalmensuele reemplazarlo.

Lo que la constituye en general,es una serie de punzadas en las mañanas la misma hora,durante poco tiempo, en el intervalo de las cuales queda ligente adolorida la región frontal,además trastornos vaso motores,conjuntivi- y epifora. ~~Historia clínica~~ La siguiente historia clínica es un ejemplo de esta clase de neuralgia del trigémino:

¿Qué dar cuando se habla de neuralgia palúdica como medicamento ?. Naturalte que la medicación química conocida por todos;sea por vía digestiva,inmuscular ó intravenosa.Siendo la quinina tan facilmente absorvida por el tudigestivo siempre he preferido esta vía,empleando además de las sales ~~neca~~dias de sulfato y clorhidrato de quinina,el quinoformo.

Aunque no siempre produce su efecto,no es motivo para continuar y eternise en la medicación,porque cuando élla debe producir su efecto lo hace en tres ó cuatro primeros días del tratamiento.(Valleix).

En todo caso sospechoso y que el sujeto estuviera profundamente debilita-,por la anemia que podría ser la causa,será útil asociar á la medicación quí-,los reconstituyentes generales (arsénico,ferruginosos,jugo de carne ~~y hie~~droterapia).

emias diversas.- Todas ellas á excepción de la clorosis actúan sobre el trino,particularmente para producir neuralgias;son como los gritos de angusque piden los nervios en demanda de una sangre más generosa.

Hutchinson y Melier han utilizado con éxito las sales de fierro y en parcular el sub-carbonato de fierro,éste último empleado á la dosis de 4 á 5

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

mos por día y durante un mes.

Aunque en uno de mis enfermos enémicos, preso de una neuralgia supra-orbi-
ia, no he podido seguir este tratamiento mas que por espacio de un mes, por sus propiedades constipah-
, sin embargo ha sido con el medicamento que mejor alivio ha obtenido, sin
pueda decir hasta ahora, en virtud de la persistencia de los dolores, que
dece á dicha causa.

erculosis.- Las neuralgias tuberculosas del trigemino han sido señaladas por
roud en 1872.

Carriere hace de ellas en su tesis inaugural un buen estudio recopilando
observaciones sobre 164 tuberculosos examinados.

Vaissade dice no haberlas visto sino en la tuberculosis pulmonar (6 en
).

Se les puede ver en los periodos avanzados; constituyendo en otras veces un
toma precóz. Así que ante un enfermo de neuralgia que esté delgado, más ó me-
demacrado ó cualquier síntoma sospechoso de la infección, no se vacilará en
er un examen del pulmón.

Louis parece haber insistido demasiado sobre estas neuralgias tuberculosas

Perroud que encuentra con más frecuencia la neuralgia fronto-temporal, la
lica por un reflejo que parte del neumogástrico y repercute en el trigémino.

Perroud y Carriere observan que la naturaleza de estas neuralgias del tri-
izo son de poca intensidad, frecuentes y que alternan con los dolores neurál-
cos de otras ramas nerviosas en la esfera de los miembros superiores, nervios
tercostales, región interescapular, trayecto del crural y ciática. Estos dolores
inciden igualmente con signos de neuritis periférica.

Además del tratamiento general de la tuberculosis; higiene, reposo y sobre
imentación, Perroud aconseja dar siempre sulfato de quinina.

ra.- La lepra en su forma nerviosa acompáñase algunas veces, como primer sín-
a, de neuralgia, que interese al nervio trigémino. Aunque es de escaso interés prac
, conviene saber que deben emplearse el aceite de chaulmougra.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Entre las que podremos notar la neuralgia del trigemino sobretodo interesa.Por rara la lepra el interés práctico de ésta disminuye,en todo caso siempre será justificable el tratamiento ordinario de las manifestaciones leprosas el aceite de Chaulmoogra.

INTOXICACIONES ENDOGENAS

Diabetes.- Es de uso desde Worms decir que las neuralgias diabéticas del trigémino son simétricas.Sin embargo,este caracter aunque importante,suele faltó á veces ser el síntoma revelador de esta dolencia.

Necesario será tener presente en cuanto á su terapéutica que:resiste á los medicamentos usuales,pero que será influenciada por un régimen antidiabético.

Lo que se estudiará los últimos trabajos respecto al tratamiento de esta enfermedad.

Se tendrá mucho cuidado en el empleo de medios externos (revulsión,inyecciones) á causa de la vulnerabilidad de la piel.

Gota y Reumatismo.- Son estas dos enfermedades las más frecuentemente indicadas como causa de neuralgia del trigémino.

Se caracterizan estas neuralgias por su movilidad,la alternancia Tienen un caracter particular cual es manifestaciones artríticas (psoriasis,hemorroides),con las crisis dolorosas acción inmediata del otro característica más que cedan al tratamiento específico.

En la gota se ha obtenido buenos resultados con la tintura de cólchico á 30 gotas por día á dosis fraccionada).

El salicilato de soda á dosis creciente,el salofeno de 1 á 4 gramos por el azufre coloidal en inyecciones intravenosas.

Es conveniente á fín de prevenir las recidivas,instituir la terapéutica ritual de lo que se ha convenido llamar el neuro artritismo;vida activa con rcicios físicos,alimentación sobretodo lacto vegetariana,uso de alcalinos, dicación yodurada,arsénical é hidroterapia.

INTOXICACIONES EXOGENAS

Sin ocuparse en particular de cada una de las intoxicaciones,útil será

Universidad Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

~~solo mencionar aquéllas en que se presentan con más frecuencia la neuralgia~~ del trigémino.

neuralgia del trigémino se presenta tambien en

~~En primer lugar mencionemos~~: el hidrargirismo, la intoxicación por el óxido carbono y el arsénico.

Al tabaquismo merece darle una mención especial por ser causante también estos dolores neurálgicos acompañados de una congestión de la cara (enfrojecimiento y lagrimeo).

El alcoholismo aunque no es una causa de elección de las neuralgias del trigémino, al menos juega el rol de coadyuvante.

En cuanto á la acción de éste se cita que, por el solo hecho de suprimirse aperitivo acostumbrado, ha## desaparecido la neuralgia.

~~Cuidado se tendrá de suprimir el más insignificante tóxico sospechoso y~~ ~~ién los enumerados.~~

(cursiva) Las NEURALGIAS DE CAUSAS LOCALES, pueden ser determinadas, por comsiones, por infección local o por factores reflejos.

~~1º.-Neuralgias por compresión.~~

, el trigémino puede estar sujeto en cualquier punto de su trayecto á compresiones, dando lugar además de los fenómenos dolorosos, á trastornos objetivos e la sensibilidad.

La compresión puede depender de un tumor, de una exostósis, de un callo vioso, de un aneurisma y de cuerpos extraños colocados en contacto de los filetes nerviosos.

La terapéutica quirúrgica será la llamada á liberar el nervio de aquello e á su paso le interrumpe.

~~2º.-Neuralgias por infección local.~~

~~Son frecuentes~~ Las neuralgias del trigémino consecutivas á las infecciones ocales en el sitio de distribución de este nervio, no dejan de ser frecuentes

La carie dentaria juega el principal rol. Cualquiera que sea, superficial profunda (pulpitis aguda ó crónica), que provoque la periostitis alveolo-dentaria con ó sin absceso, su sintomatología se revela siempre por crisis

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

urálgicas del trigemino. Estos dolores postinfecciosos han sido observados á secuencia de estomatitis, rinitis, sinusitis y ciertas inflamaciones ocula- (conjuntivitis, iritis).

~~Siendo~~ Es racional suponer que la terapéutica pertenecerá (en estos casos) á la especialidad rrespondiente, haciendo un tratamiento local apropiado á fín de que puedan aparecer los dolores.

Las neuralgias reflejas, se conceptúan y califican así, cuando ~~Llámase así aquellas en las cuales~~ el dolor no se manifiesta en el territorio del nervio de donde emanan las irritaciones algesiogenas, sino en uno vecino ó lejano del primero.

Son innumerables las causas que se han incriminado á la neuralgias reflejas, pero que disminuyen á medida que mejor se estudian, colocándonos en una digación menor y una mayor certeza para atribuirle su verdadera causa; porque es posible atribuirle ni menos ser demasiado lijero en colocar como causa fleja á cualquier afección que acompaña la neuralgia, pudiendo en esta ocasión tar la frase de Chaponniere: No pensemos que baste encontrar simultaneamente s enfermedades, para creer que la una sea necesariamente la consecuencia de otra.

Sin embargo para hacer un tratamiento siempre racional se tendrá presente s afecciones que con más frecuencia ~~marchan acompañadas~~ presentan este sindrome y que los autores encontrado como la causa de neuralgia, entre las que se citan son: las prosogias de origen digestivo, genital y urinario.

Los gusanos intestinales han sido incriminados por coincidir su expulsión diante un tenifugo apropiado, con la desaparición de la neuralgia trifacial.

El estado saburral de las primeras vías digestivas como génesis de neural- ~~son~~ es atribuídas por Hamel y Rennes.

La gastralgia ha sido señalada por Neucourt como causa de tic doloroso.

La constipación según cree Gussenbauer las engendra: es por consiguiente

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

esario combatirla.

Bellingere, Scheuch y Blacket, afirman su rol predisponente en la blenorra-, estrecheces de la uretra y afecciones prostáticas. Durante mi estadía como erno del servicio de vías urinarias del Dr. Pazos Varela, en el Hospital "Dos de O; no he tenido oportunidad de constatar neuralgia alguna, cuyo agente etiológ- o sea éste.

La influencia simpática de las reglas, son admitidas sin temor por Valleix.

Por último en casos de cáncer y fibromiomatosis uterina (esta clase de neuralgia) se ha observado coincidido su desaparición con la extirpación de éstos.

Durante el lapso de un año en el servicio de Ginecología del profesor Carlo, de las numerosas enfermas operadas de estas afecciones, solo he podido obvar un caso típico de neuralgia supra-orbitaria que databa de mucho tiempo, aparecio por la extracción de un útero fibromiomatoso. He aquí la historia clínica: ~~cuya~~ ~~estará~~ ~~ertada al final de este trabajo.~~

~~De manera que teniendo en cuenta estas afecciones y tratándolas daremos~~ la clave de la cuestión.

~~NEURALGIAS DE LAS NEUROSIS~~

~~E~~s necesario tener presente la existencia de neuralgias del trigemino en curso de algunas afecciones nerviosas: epilepsia, neurastenia é histeria, siendo ta última la que dá más lugar á incertidumbres y motivo de hacernos las preitas siguientes: ¿ se trata de un trastorno nervioso sin substratum materl?. ¿ se encuentra en presencia de una lijera lesión orgánica exajerada por estado neuropático general?. ¿ es en fín una neuralgia sin ninguna relación la histeria?.

He aquí una serie de cuestiones que se trata de resolver y que su resulta- influye de una manera capital sobre la excelencia del tratamiento.

En efecto, contrariamente á las neuralgias del trigémino de causa orgánica, te dolor de origen histérico no cede en general al tratamiento médico (hidro-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

rapia, bromuros, valeriana, psicoterapia, electricidad) por ser casos avanzados muy rebeldes.

La tenacidad de los sufrimientos y los quejidos incesantes de los enfermos, terminan por imponerle al médico y hacerle creer en una lesión nerviosa excesivamente seria.

La idea de una intervención operatoria es acojida sin poner la menor resistencia y aún se puede decir que esperan con mucha resignación y gusto aquella feliz, último de sus terribles dolores. Se practica la intervención, el enfermo tranquilo tan solo un poco porque se le dice que después de la operación todavía persisten los dolores, por unos días, pero éstos pasan y el dolor persiste; de manera, que es necesario hacer un examen prolijo ~~de su enfermo~~ á fín de no caer en error.

En otros casos existe una lijera lesión al nivel de una de las ramas del trigemino, cuyos síntomas son exajerados por el estado neuropático del sujeto. Los éxitos operatorios son explicados en estos casos excepcionales.

Por lo dicho vemos cuan delicado es antes de intervenir, eliminar el diagnóstico de histeria. El fracaso de la anestesia *in situ* como la terapéutica local y el reconocimiento cuidadoso de los estigmas de esta afección serán de un gran valor, para ~~en cuyo caso~~ instituir su verdadero tratamiento. // aquí termina ~~y hacer la sugestión correspondiente.~~

GRUPO DE LAS NEURALGIAS DE CAUSAS DESCONOCIDAS U OBSCURAS

Indudablemente que hemos llegado á la parte más ardua, á aquella en que nos encontramos más desarmados y en que todo tratamiento racional etiológico se ha agotado, viéndonos precisados á hacer una cura sintomática pero siempre procurando hacer el menor daño posible y en espera por hoy dadas las indicaciones, de un tratamiento radical, como las inyecciones de alcohol y la avulsión de la raiz sensitiva del trigemino.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

TERAPEUTICA SINTOMATICA

1.-Tratamiento médico.

1°.-Tratamiento interno.

Sujetaremos primero á nuestro enfermo á una alimentación racional, un cam- de clima adecuado á su temperamento generalmente cálido que es el que más sienta, porque es un hecho que el frío, como he tenido también oportunidad observar, les aumenta sus dolores; recomendarles tranquilidad física y moral. vez esto, recurrirá primero el médico á medicamentos antineurálgicos los más conizados y menos dañinos, ya que todo tratamiento causal no ha dado resulta- alguno.

Los medicamentos antineurálgicos ~~empleados~~ son muchos; citaremos entre los mas usados: ~~Entre ellos podemos citar~~, la fenacetina (0 grs.50), la antipirina (1 gr. sello), el salicilato de soda, la aspirina (1 grm.50), salipirina (1gr.50) con rato de cafeína (0.05), el piramidón utilizado por ~~H~~.A.Robin y Bardet (1 g) el momento del acceso y por dosis fraccionadas de 0 gr,30 hasta la desapari- n de los fenómenos dolorosos), el bromuro de potasio, la acetanilida, la exal- a, el sulfato de cobre amoniacal (0 gr.10 á 0 gr.20 en sellos); ~~el sulfato y bromhidrato de quinina pueden ser ventajosamente asociados á todas estas sus~~ cias. pueden asociarse al bromhidrato (sulfato) de quinina

Si al principio de la algia se consigue beneficio de estos agentes, ~~se podrá beneficiar algo en las formas del principio pero~~ medida que la enfermedad progresa, ~~se hace más resistente esta medicación.~~ (sucede lo mismo) entonces,

~~Así que siguiendo esta graduación y ante el fracaso de los analgésicos~~ pdinos se recurrirá á ~~los~~ agentes más enérgicos: el acónito y el opio.

El acónito deberá prescribirse primeramente no solo por ser el más pode- so de los antineurálgicos, sino porque parece tener una acción electiva en la ralgia del trigémino.

Glubber insiste en administrarla particularmente contra la neuralgia con- tiva del trigémino, sin intermitencia, sin periodicidad, sin crisis epilepti- nes, acompañada de elevación de temperatura, exasperada por el calor y que se senta generalmente en la noche.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

¿ Bajo que forma se administrará el aconito ?.

¿ Se usará la tintura ?.

ido es que la actividad de esta preparación vería según las plantas que se lee y según el fabricante que las hace, así que tiene una acción inconstante la que no se puede confiar.

~~De manera que~~ Se empleará ~~una preparación más útil, de actividad más enér~~ y de un riguroso dosaje, y de los que hay preparados: la aconitina cristalizada al décimo de milígramo, *por ser la forma de actividad mas enérgica y de más riguroso dosaje, ya*

Es necesario al administrar este medicamento, tener ~~una~~ gran prudencia y sobrepasar, por la misma razón, la dósis de 1 á 2 milígramos.

Se hará tomar al principio cuatro gránulos en el intervalo de media hora; la neuralgia no cediera, los días siguientes se irá aumentando hasta que se uentre el menor síntoma de intolerancia (hormigueos, hincadas en la lengua ejillas, vértigos, náuseas, ansiedad respiratoria, sensación de constricción dosa en la esfera del trigémino).

Se emplea también las píldoras de Meglin, que contienen:

racto de genciana
tracto de valeriana — aa — 5 etgrs.
do de zinc sublimado

Fué introducida por los homeópatas la nuez vómica á la dosis de 5 gotas r día durante ocho días.

He empleado todos estos medicamentos con buenos resultados en las formas ignas, pero en las formas graves parece escasa sino nula su acción benéfica.

~~En de~~ (la aconitina ~~dadas sus propiedades analgésicas superiores que he ob~~ ido (mejores resultados, ~~pero~~ sin llegar) á (dósis máximas), ~~solo limitando en~~ ortiguar ~~en cuanto sea posible~~ el dolor, sin ~~producir~~ mayor daño que el que la sma enfermedad produce, ~~sobretodo que se sabe que no se hace obra útil empleando~~ ras.

e todas estas sustancias es
nos ha dado
(nunca la
pues nos hemos limitado á
determinar
bien entendido que los resultados obtenidos han correspondido a trigeminalgias

stos medicamentos enérgicos y con resultados no siempre satisfactorios sin

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

~~s que~~ el enfermo se vá acostumbrando poco á poco á ~~él~~ éstos y que á la larga ~~drían~~ ser perjudiciales.

Se colocará también entre ~~los~~ medicamentos enérgicos los opiaceos.

Se les ha utilizado casi siempre bajo ~~la~~ forma de extracto de opio, de sa~~s~~ de morfina, algunas veces de ~~láudano~~ y excepcionalmente han recurrido á la ~~caína~~ ó á ~~la narceína~~.

~~La medicación por el opio lleva el nombre de tratamiento de Trousseau.~~

~~Este autor la preconizó~~ Trousseau ha preconizado el opio en el tratamiento del tic doloroso de la cara, lle~~ndo~~ndo á dar dósis enormes é increibles. Comenzaba por 0.50 de extracto gomoso, su~~a~~a progresivamente hasta 15 gramos por día.

El método de Flechsig (1), que consiste también en la administración á dó~~s~~s progresiva de opio, ~~fué~~ también ha sido aconsejado en el tratamiento de la neuralgia del ~~into~~ par.

Gilles de la Tourette (2) ~~ha~~ emplea ~~sobretodo~~ el extracto de tebaico, en la siguiente dosis:

Extracto de tebaico...0 grs.03

Excipiente ..... c. s.

Tomar una de estas píldoras cada hora sin pasar de siete á ocho en ~~veinti~~~~cuatro~~ el día. horas. En razón de las propiedades constipantes del opio, se asegurará la ~~ente~~ del vientre.

La morfina es empleada bajo la forma de inyecciones subcutaneas, sirviéndo~~del~~ del Clorhidrato de morfina al 1 p.100 teniendo el defecto de tolerancia y ~~so~~ á medida de su administración.

(1).-El método de Flechsig en el tratamiento de la neuralgia esencial del trigémino. Gazeta médica di Torino, 19 Setiembre 1901.

(2).-Gilles de la Tourett. Diagnostic et traitement du tic doloreux de la face. Semaine medical 1896 p.249, citado por Gabriel Laporte en su tesis: Del tratamiento de las neuralgias por las inyecciones de alcohol.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

El clorhidrato de morfina tambien se ha usado, citando Dieulafoy
Dielafoy cita (el caso de un enfermo cuyo dolor no cedía sino á la in-
yección cuotidiana de 60 á 80 centígramos de morfina.

En estas condiciones fatal es la morfiniomanía, por la que no recurrirá el
médico sino como último recurso y una vez agotado todo tratamiento interno y
externo.

Por mi parte no he empleado las inyecciones de morfina porque en verdad
tenido temor á su tolerancia.

He empleado pero ya en caso extremo inyecciones de heroína con buenos re-
sultados en unos casos, nulo en la mayor parte; porque como los accesos y crisis
dolorosas vienen á hora indeterminada, su duración es variable y se retiran de
una manera caprichosa no vale la pena seguir con la práctica de estas inyeccio-
nes, puesto que el resultado obtenido es muy eventual.

Lannois y Pont, preconizan el clorhidrato de hioscina á la dosis de 2
décimos de miligramo. Dicen haber obtenido un caso de curación de tic doloroso
de la cara.

El tratamiento médico externo, representado por la revulsión en todas sus formas y por
todos los medios físicos y químicos, está TRATAMIENTO EXTERNO hoy casi abandonado.

Las neuralgias rebeldes han beneficiado muy poco del tratamiento externo,
sin embargo nos veremos también precisados á usarlos porque en ellos encuentran
muchos enfermos algo de alivio.

Aunque han pasado de uso la mayor parte, bueno es que se haga una lijera
revista de los más empleados para aplicarlos en caso dado y siempre pensar de
hacer el menor daño posible, en virtud de la causticidad de ciertas sustancias
y de la vulnerabilidad de los tejidos.

1.-Revulsión.- La revulsión por los agentes físicos y químicos han sido méto-
dos desde mucho tiempo empleados por su simplicidad como que no acarreaban los
inconvenientes de la medicacion interna (trastornos gastro intestinales) pero
hoy la ineficacia en las formas graves de que tratamos ha sido abandonada.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Agua puntura de los médicos franceses, esto es propulsión de un chorro fi-
imo de agua sobre la piel intacta.

Fricciones con veratrina, clorhidrato de morfina, cloroformo, eter, colodión
finado, pomadas de extracto de belladona, mentol, salicilato de metilo, etc.

Los vegigatorios empleados en tiempo de Trousseau han caído en desuso. La
rigeración local por medio de un algodón empapado en cloretilo ó méter en el
io de la zona dolorosa también ha sido utilizada con resultados mediocres.

Em empleo del calor es uno de los más preconizados y por los que á dos de
enfermos se refiere cuyas historias inserto, es del que han obtenido mayor
vio.

No solo bajo la forma de muestra conocida cataplasma que también alivia
dolor, pero que tiene el inconveniente de la humedad que suele agravarlo, sino
la forma siguiente: paños gruesos de franela introducidos en agua caliente,
vez sacados se les exprime hasta quitarles todo exceso de agua por medio de
o paño que se envuelve al rededor del primero, á fín de no quemarse las manos
o más caliente que pueda soportar el enfermo se le colocará convenientemente
lado en el sitio doloroso, cubriéndole enseguida con paños grandes al rededor
la cabeza, tanto para fijar el paño caliente como por abrigo y evitar la prom
evaporación, renovándose tantos cuantas veces las circunstancias lo requieran
ocurando no quemar la piel.

Las cauterizaciones externas no deben ser empleadas.

Los puntos de fuego serán prescritos.

~~De todo lo dicho lo único que~~ Sinembargo, como muchos enfermos encuentran alivio, se puede hacer uso ~~de~~ de pomadas calmantes, ~~s~~ cáusticas, ~~el empleo~~ del calor seco ~~como hemos indicado~~ ó de bolsas de agua
iente en el sitio doloroso, separadas por una franela para evitar alteracio-
s de la piel.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

~~ELECTRICIDAD~~

~~Los electroterapeutas se han preocupado haciendo cuanto ha estado á su al-~~
~~nce para la aplicación de~~ La electricidad (ha sido también utilizada) en el tratamiento de las neuralgias
1. trigémino, pero con resultados contradictorios.

La electricidad ha sido utilizada bajo las formas mas variadas, obteniendo resultados distintos: halagadores en unos, en otros por el contrario acompañados de fracasos ó alcanzando solo un lijero alivio al principio de la enfermedad, pero que después no tiene acción alguna.

Como sabemos la electricidad tiene una doble acción general y local.

Así que si tiene una acción estimulante general, favorablemente estimularía s algias centrales de los neurasténicos y neurópatas que son frecuentes y sobretodo que bajo ciertas formas poseen un poderoso agente de sugestión, de la e el enfermo podrá sacar algún provecho amortiguándose en algo los dolores que de la electricidad no la pueden obtener.

Además siendo un modificador enérgico local de los nervios y como tal empleada en todas las neuralgias benignas y graves precisa sujetarse y más en ésas últimas á ciertas reglas, so pena de acarrear una recrudecencia de los fenómenos dolorosos.

Haremos mención solo de las corrientes que más utilidad han prestado: corrientes galvánicas, electricidad estática en que además de la neuralgia localizada del trigemino existe un terreno neuropático y por último corrientes continuas.

Las corrientes faradicas deben ser proscritas, porque lo más á menudo exacerba el dolor.

La medicación iónica también ha sido empleada.

Por último señalemos la radioterapia que ha sido empleada con éxito por clere y Haret.

~~Siendo~~ La corriente galvánica es la que ocupa el primer lugar y la que mejo-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

s resultados ha ~~dado daremos alguna idea de ella~~ producido.

Se la podrá utilizar según la técnica de Bergonié ó la de Zimmern.

Según la primera, se emplean altas intensidades (50.75 y hasta 100 miliampe-os); según Zimmer no se sobrepasa de 15 á 20 miliamperios, pero se mantiene la corriente 45 á 60 os.

Los eléctrodos serán grandes (100 centímetros cuadrados aproximadamente).

El negativo (eléctrodo indiferente) es colocado en el dorso; el eléctrodo sitivo activo es aplicado sobre la cara, tallado de tal modo que cubra las re-ones supra-orbitaria, infra-orbitaria y mentoniana dejando á descubierto el o, la nariz y la boca; afectando todo la forma de una E.

Los dos electrodos deben ser arrollados en tarlatana ó algodón y fijado do con bendas.

El enfermo debe estar de preferencia acostado. Se mantendrá la corriente rante veinte á veinticinco minutos, evitando las bruscas variaciones que son nosas y peligrosas.

Zimmern emplea la misma disposición, pero no sobrepasa de 15 á 20 miliampe-os, manteniendo la corriente tres cuartos de hora á una hora.

~~Los resultados por~~ Nosotros hemos obtenido resultados ~~fueron~~ mediocres en dos casos de uralgia grave. En un joven de 25 años, estudiante, portador hacía tres meses de a neuralgia supra-orbitaria cuya causa etiológica no pudo descubrirse y en la que se descartó todo agente etiológico nocido ~~se lo~~ hemos aplicado la electricidad en forma de efluvios eléctricos, con ~~los~~ e consiguió hasta hoy un éxito satisfactorio, aparente, que el tiempo se encargará de demostrar si era ~~aparente~~ transitorio ó definitivo.

En vista de los fracasos que ha proporcionado la terapia antes mencionada, se han usado muy erie de sustancias que se han llevado al contacto directo de las ramas dolorosas del trigémino, de estas, el alcohol es la que ha originado mayores estudios y ha proporcionado grandes beneficios, pero

~~TRATAMIENTO POR LAS INYECCIONES~~ DE ALCOHOL

antes de abordar este interesante tópico mencionaremos las diferentes sus-ncias que le precedieron ~~se han empleado, porque desde mucho tiempo data la idea de llevar~~ ~~tancias medicamentosas en contacto de los nervios para luchar contra las~~ ~~uralgias del trigemino.~~

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

oroformo.- Bartholow en 1874, inyectando cloroformo en los nervios refiere ca-
s de éxito; así como también presentan trabajos al respecto Besnier, Mattison ;
rthegil.

ido ósmico.- Billroth y Neuber en 1884 parece que fueron los primeros en em-
ear esta sustancia en las neuralgias, recurriendo a inyecciones repetidas sin poner ya
nervio á descubierto, como lo hacían autores anteriores.

Dicen haber empleado con éxito inyectando un centímetro cúbico de este ác
en solución al 1/100 Auschutz (de Breslau), Wright, Eulenberg y Schafiro.

tipirina.- Ha sido empleada por Henle; son muy dolorosas y calman tan solo la
isis incompletamente.

zul de metileno.- También ha sido empleado en inyecciones.

caína.- Además de ser un agente precioso de diagnóstico, suele hacerse un age
terapéutico.

Verger señala casos de curación por medio de las inyecciones loco-dolenti
cocaína en las terminaciones nerviosas del trigémino, aunque este mismo au-
or presenta también casos de fracasos, pero otros insisten en esta terapéuti-
como Brissaud y Grenet (1) y De Maillasson (2).

stovaína.- Siendo menos tóxica que la anterior fué empleada á dósis mayores.
La usó Huchard, con beneficios para los pacientes. Guillain y Cantonnet señalan también casos de éxito en neuralgias del
rigemino, que habían sido rebeldes á otros tratamientos. Guillain y Cantonnet.
ire.- "Inyectado subcutaneamente produce muy buenos resultados en las diver-
as neuralgias y neuritis; pero en las neuralgias del trigemino además de los
xitos no conseguidos ha dejado de usarse por la deformidad que en la cara

(1).-Brissaud y Grenet Nevralgies du Trijumeau tratés par les inyections de cocaine loco dolenti "Societé de neurologie", 5 mai 1904.

(2).-De Maillesson Les inyections analgesiantes loco dolenti dans les nevralgies peripheriques. Thesis, Paris 1905.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

oduce la introducción del aire" (1).

Las inyecciones neurolíticas de alcohol

Finkelemburg haciendo experiencias sobre animales, empleando numerosas sus-
ncias, ~~que había empleado~~, constata que el alcohol produce una degeneración del
stema nervioso.

~~En 1900 es á los~~ Pitres y Verger (2) (de Burdeos) tratando en 1902 un caso de neu-
lgia dentaria, por inyección gingival de una solución á partes iguales de al-
hol absoluto y agua, ~~que le corresponde la primera idea~~ son los primeros que hallande la bondad del alcohol en las neuralgias. En 1903 Schlosser de
nich demostró todo el partido que se podía sacar de la alcoholización fuerte
'cohol 80°) de las ramas nerviosas responsables del algia.

Es en Francia donde primero ~~que los resultados de Schlosser~~ fueron controlados
(resultados de Schlosser, gracias á las observaciones de)
(Oswald, Levy y Baudoin (3), M.M. Brissaud, Sicard (4) y Tanon (5).

---

(1).-Abel Courcelle "Traitement des nevralgies et des nevrites par les injections hypodermiques gazeuses".-Tesis, Paris 1905.

(2).-Pitres et Verger.-Nevralgies faciale traitée par les inyections modificatrices d'alcool.-"Societe de Medicine et de Chirugie de Bordeaux".-Juillet 1902.

(3).-Levy et Baudoin. "Les inyections profundes d'alcool dans le traitement de la nevralgie faciale."La Presse Medicale" fevrier 1906; "Societe de Neurologie" avril 1906; "Buletin medical", fevrier 1908.

(4).-Sicard Presse Medicale", N°.37, 6 de Mayo 1908 ~~Consultas Médicas Francesas N°.26.~~ La neuralgia facial esencial y su tratamiento por las inyecciones locales neurolíticas. "Consultas Médicas francesas". N°. 26. 1909.

(5).-Tanon, Sicard y Brissaud. "Nevralgie du trijumeau et inyection profonde d'alcool. Tecnique operatoire".- "La Presse Medicale" 1909.

1.- Traitement de la nevralgia facial par l'alcoolisation local.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Desde entonces Erb (1) en Alemania, ~~Sicard (2),~~ Otto Kilian (3), ~~en Amer-~~ en Estados Unidos Hugh Patrik (4); Orsay Hecht (5), han hecho publicaciones á este respecto, siguiendo todos el método de Schloesser que consiste en llevar el alcohol fuerte al contacto de las ramas ó filetes nerviosos tributarios del algia, produciendo la degeneración del nervio y por consiguiente haciendo cesár los dolores que causan su irritación.

La técnica de estos autores es variable pero los resultados los mismos.

(1).- Erb.- "Sur les resultats des inyections d'alcool dans les cas de nevralgie du trijumeau". ~~In Fischler Münch, med.~~ "Munchener Medizinische Wochenschrift" ~~août~~ 1907, ~~ou~~ "Semaine Medicale." ~~1907~~ N°.44 Paris 1907.

~~(2).- Sicard.-Traitement de la nevralgie facial par l'alcoolisation local.~~ La presse Medical N°.33, 1908.

(3).- Otto Kiliani.-"The Journal of the American Medical Association", november 1907.

(4).- Hugh Patrik.-"The Journal of the American Medical Association", november 1907.

(5).- Orsay Hecht.-Statistique de 55 cas de nevralgie du trijumeau traitée par la methode du Schlosser." Medical Record" N°.3, 1908.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

El método de las inyecciones neurolíticas de alcohol, está indicado según ~~INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES~~, Sicard ~~dice que está indicado este tratamiento neurolíticos~~, en la neuralgia trigémina esencial, ~~y que convenientemente aplicado dará notables resultados.~~

Fracasará, al contrario, en aquellos casos de neuralgia trigémina secundaria de jaqueca y de neuralgismo.(1).

Aún más, en ~~estos~~ los enfermos ~~atormentados~~, psicasténicos, la picadura de los nervios no harán más que agravar y perpetuar las algias, contribuyendo á hacerles permanecer la idea fija de sus dolores corticales.

Son inmumerables los éxitos y fracasos que se han obtenido con el tratamiento de las inyecciones de alcohol, debidos en muchos casos á la falta de técnica, de aquí que sea necesario insistir sobre el modus fasciendi, colocando desde el principio como regla inmutable, este axioma:

"A toda inyección bien hecha debe corresponder invariablemente una anestesia sólida y durable en todo el territorio cutáneo ó mucoso tributario de la rama nerviosa inyectada " (2).

Si ~~en caso~~ no se realizara esta anestesia, se puede asegurar no haber dado con el nervio. No se ha hecho obra útil, no se ha conseguido alivio de ninguna clase, ó si se ha conseguido algo, éste dura muy poco.

A veces no se hace otra cosa que agravar el mal.

(cursiva) PRINCIPIO DEL METODO.—

El principal objetivo es destruir al mínimun mediante un líquido electivo puesto en contacto del tronco nervioso, ramas y filetes trigeminales responsables del

(1).-Denominación dada á dolores vagos difusos y bilaterales de la cara, y que frecuentemente se asocia al neuralgismo occipital.— La Presse medicale, 21 de Abril de 1919.

(2).-Sicard. Tratamiento por las inyecciones neurolíticas en los casos de neuralgia facial esencial.— Ob. cit.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

lgia, de la misma manera que cuando se corta un nervio ó se efectúa la elonga-
ón de él, determinándose una degeneración de las células de origen á la que
debido la sedación del dolor.

Aplicado el alcohol en contacto de las ramas del trigémino se produce
a neuritis indolora Tourtelot (1).

M.Sondaz (2) aceptando la explicación de Tourtelot, dice lo siguiente:

"Yo explico la acción de las inyecciones de alcohol admitiendo en las neu-
lgias, una lesión del nervio periférico (lesión localizada y de poca exten-
ón).

El alcohol determina á este nivel una esclerosis que intercepta la trasmi-
ón de las impresiones algesiógenas al sistema nervioso central."

Las acalmias obtenidas por las inyecciones de alcohol son de 6,8 y 9 me-
s al cabo de los cuales recidivan; en otros el resultado es nulo, debido en la
yor parte á la falta de técnica operatoria.

strumentos.-Son sencillos: 1°.-agujas de platino suficientemente resistentes
ra que no puedan acodarse en contacto de los planos óseos, de 8 á 9 décimos
diámetro y de longitudes diversas según el sitio que se quiera abordar. Para
agujero redondo mayor será exactamente de 5 centímetros; para el agujero oval
atro.

Empléase para las inyecciones intracanaliculares agujas más cortas (2 ó 3
ntímetros). 2°.-dos jeringas de Pravaz ordinarias, de vidrio, cuyo contenido
a de 2 c.c.

---

(1).-Tourtelot, "Revue de Stomatologie". Octubre 1903.

(2).-Sondaz, "Revue de Stomatologie". Aout 1904.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

líquidos modificadores.-El alcohol á 80° sin adición de ningún anestésico, es el líquido chloesser.

Sicard indica la fórmula siguiente:

Alcohol 80°..... 20 c.c.

Mentol..... 0.10 gramos

Novocaina.....0. 20 ---

Cualquiera de estos dos, bien aplicados, dará buenos resultados.

(cursiva) CONDICIONES GENERALES DE TECNICA OPERATORIA.-

Variable es la técnica según la perforación ó canal sobre las que hay que hacer actuar el alcohol. ~~Sin embargo, es de utilidad saber que para hacer una~~ inyección se necesita estar ~~muy~~ bien entranado, conducir con la mayor seguridad la aguja en medio de la arquitectura ósea, para lo que es necesario ejercitarse en el cráneo óseo, así como en el cadáver.

En el vivo se tomará todas las reglas de asepsia, haciendo acostar al enfermo, colocando la cabeza en la posición más favorable.

Por regla general bastará para la anestesia superficial, como para la penetración de la aguja, de la solución de novocaína al 1 por 100, se irá introduciendo poco á poco, y según los gestos, la mímica, los dolores percibidos por el enfermo, serán indicio que hemos llegado á pleno nervio, una vez esto dejamos la aguja en su sitio para en seguida tomar con la jeringa 1 centímetro de alcohol.

Técnica operatoria. La técnica de las inyecciones alcohólicas pueden ser: ~~se dividen en~~ tres grupos superficiales, intracanaliculares y profundas.

1°.-Inyecciones superficiales.- Numerosas son las observaciones que constatan el resultado nulo de éstas.

2°.-Inyecciones intracanaliculares.- Las inyecciones se realizan en el nervio supra-orbitario.-Nervio supra-orbitario.- La inyección alcohólica dice Frazier no produce en efecto en esta forma la resección periférica del nervio, puede proceder empleado al principio. Tario, en el que la inyección alcohólica no produce ningún efecto, según ella en el infra-orbitario; en el maxilar inferior, quedan alcanza en el agujero mentoniano y en los nervios dentinos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

La operación intracraneana con el trascurso del tiempo se hace inevitable. on esta excepción la operación periférica ha sido reemplazada por la inyección alcohólica.

).-Nervio infra-orbitario.-El agujero infra-orbiatrio por donde sale éste, es- á situado en el maxilar superior debajo del reborde orbitario inferior á unos inco milímetros aproximadamente por fuera de la linea vertical que pasa por a escotadura supra-orbitaria. Su dirección es fuertemente oblicua hacia arriba trás y afuera.

La distancia que separa el agujero infra-orbitario del reborde orbitario s de ~~medio~~ 1/2 centímetro más ó menos, encontrándose colocado ~~el agujero~~ en el fondo de una depresión ósea y recubierto por partes blandas, tanto mayores cuanto más graso el sujeto. Tomaremos siempre como mia la linea vertical mencionada, percibir con el índice izquierdo el reborde orbitario inferior y á medio centímetro por debajo el pulgar de la misma mano que ervirá de punto de apoyo como de indicador de la aguja.

Una vez estos dedos más ó menos fijos se penetrará la aguja inmediatamente por encima de la extremidad superior del surco naso geniano, y teniendo en uenta la dirección del agujero infra-orbitario, tendremos que reclinarnos lo s que nos sea posible á la ala de la nariz y de ese modo encontraremos seguramente el nervio.

Todo debe ser hecho con la mayor suavidad. Algunas veces obtendremos la sen ación de haber entrado bruscamente en dicho agujero pero cuando no suceda esto or movimientos poco limitados en pleno orificio nos dará indicio de haber llegado á buen camino.

).-Nervio maxilar inferior.-1°.-En el orificio superior del conducto dentario uy poco usada y de inútiles resultados.- 2°.-En el agujero mentoniano, aquí la guja debe ser dirijida de arriba á abajo y de fuera á adentro. Sicard indica na señal bien fija del nervio mentoniano, un punto situado sobre el tegumento

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

utaneo á 4 centímetros hacia afuera de la linea media de la barba y á 1 centímetro por debajo del borde superior del maxilar inferior.

).- Nervios palatinos.-Apoyando sobre el occipucio la cabeza del enfermo solicítesele que abra la boca lo más que le sea posible.

Al nivel del intersticio del primer y segundo premolar superior, á un medio centímetro ó hacia adentro del reborde interno de la arcada y dirijiendo e aguja hacia atrás llegaremos á penetrar á dicho orificio.

2°.-Inyecciones profundas.—

erán practicadas al nivel de los agujeros redondo mayor y oval.

Para abordar el nervio maxilar superior á su salida del agujero redondo ayor, se siguen dos vías: la supra-zigomática y la orbitaria, accesible en el 0% de los casos, *según Hartel y Payer* (1)

ora-zigomática.- Trazando una linea vertical por el borde posterior bien perceptible de la apofisis orbitaria del hueso malar hasta el borde inferior del igoma y delante de la apofisis coronoides del maxilar inferior se fijará un unto por donde se introducirá la aguja.

Previamente se medirá por medio de una señal cualquiera en la aguja la istancia que debe penetrar que será de 5 centímetros, á cuya distancia tocará l nervio maxilar superior en el techo de la fosa pterigo maxilar en una dirección oblicua hacia afuera y adentro, de adelante hacia atrás y lijeramente de bajo hacia arriba.

Si al penetrar la aguja hubiera dificultad á la distancia de 2 centímetros e la inclinará lijeramente hacia adelante.

Si penetra un poco más la aguja y la dificultad es á 4 centímetros, podrá er la tuberosidad del maxilar ó la apofisis ptterigoides.

Si en el primer caso se dirijirá la aguja hacia atrás, si en el segundo y lijeramente hacia adelante.

Se habrá dado buena dirección á la aguja si sin dificultad penetra hasta

(1) Hirschel.- *Anestesia local.* Traducción española. 1911

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

los cinco centímetros. La señal de haber llegado al nervio será advertido por las sensaciones dolorosas en los dientes y labio superior.

Todo esto expuesto se hace según unos con una solución anestésica y una vez que se note que no hay estrabismo ni diplopia, tranquilamente se inyectará un centímetro cúbico de alcohol de 80°.

Vía orbitaria.-Propuesta primeramente Hartel y Payer (1). Se marcará la aguja á cuatro centímetros y medio y se introducirá en el punto medio entre la sutura maxilo malar y el ángulo infero externo de la base de la órbita.

La primera resistencia que se tendrá que vencer será la fisura orbitaria, pasando ésta, se llega al plano pterigoideo que con pequeños tanteos y dirijiendo la aguja hacia arriba aparecerán dolores irradiados en cuyo sitio y á lijera presión se introducirá el alcohol.

Nervio maxilar inferior. Se alcanza con una aguja de cinco centímetros y medio, en la perforación oval, hundiendo la aguja en el pequeño espacio comprendido entre la apofisis zigomática y la escotadura del maxilar inferior inter-condilo coronoidea.

La apofisis pterigoides al nivel de su borde postero-superior será la señal profunda para orientar bien la aguja.

¿Cuáles son los resultados que se consiguen con las inyecciones neurolíticas de alcohol, en la neuralgia facial esencial?

Para terminar indicaremos los comentarios de los Dres. Sicard y Frasier, sintetizando lo más que nos sea posible.

El 6 de Diciembre de 1916 el Dr. Sicard, tuvo la fineza de contestar á una de mis cartas habiendo estado en ese entonces movilizado en el Centro de Neurología de la XV región de Marsella, y tuvo la fineza de sintetizarnos su opinión en los siguientes términos:

1°.-No hacer operar quirúrgicamente por medio del bisturí, ni las ramas nerviosas, ni el ganglio de Gasser.

(1).-Anestesia local (Hirsoel pag. 91).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

°.-La resección quirúrgica de las ramas nerviosas, es seguida fatalmente de recidiva rápida.

°.-La gangliectomia para ser eficáz debe ser total y, por consiguiente, es extremadamente peligrosa.

°.-Las inyecciones deben ser profundamente hechas al travéz de la piel, siguiendo la dirección de los troncos nerviosos.

°.-Una inyección bien hecha debe ser indolora, aún en ausencia de cocaína.

El Dr.Frazier no admitiendo otro tratamiento que las inyecciones de alcohol y la avulsión de la raíz sensitiva del trigemino en las neuralgias de éste par craneal que dejamos decir á él lo que al respecto se refiere por ser de suma muy importantes.

¿ En qué circunstancias debe recomendarse la inyección alcohólica y en cuales la operación se pregunta el Dr. Frazier ?

~~La respuesta debe ser dada por las circunstancias mismas.~~

~~Dividiremos á~~ Los pacientes se pueden dividir en dos grupos: ~~en el~~ 1°.aquellos que han tenido largos sufrimientos; ~~en el~~ 2°.en el primer periodo de la enfermedad. En el último grupo les declaro las cosas francamente.

La inyección alcohólica tiene solo un efecto transitorio.

Bien colocada quita el dolor inmediata y completamente por un periodo de más ó menos de 9 meses. No es en el sentido propio de la palabra una cura permanente.

La operación radical, asegura absoluto y permanente alivio.

Cuando dejo al paciente escojer después de exponerle los hechos, generalmente escoje la inyección. Hecha la inyección se marcha contento por creer que el fín de sus sufrimientos ha llegado, pero antes de que concluya el año el dolor vuelve. Lucha con el dolor por algún tiempo y regresa después sumiso por otra inyección. Tres ó cuatro años pasan con tres ó cuatro inyecciones y sea porque las inyecciones se vuelven menos efectivas ó porque se le agota la —

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

aciencia, desesperado ya, ansia un permanente alivio, renuncia á las inyecciones e alcohol y reclama operación. Esto debo decirlo es un franco análisis de la sicología del sujeto que sufre la enfermedad.

Volviendo al primer grupo de pacientes, en los que la enfermedad ha durado mucho tiempo, esto es, 5 ó 10 años, encontraremos la situación muy diferente.

Para este tipo de pacientes solo hay un aceptable tratamiento: la operación adical. Algunas veces se le ha hecho ya una inyección alcohólica que la ha provechado por un tiempo, pero va perdiendo su influencia y tiene miedo de tro ataque. El invariable comento del paciente después de la operación es: porué no me he hecho hacer la operacion al principio de élla y me hé librado de os sufrimientos físicos y morales y de las inyecciones de alcohol.

Repito solo hay dos métodos para aliviar á un paciente de neuralgia del rigemino, la inyección de alcohol y la operación radical.

Como toda ley esto tiene su excepción.

Hay algunos casos en que el dolor está limitado á la distribución supraorbitaria del nervio.

La inyección de alcohol en esta rama no tiene buen efecto; la resección erifférica del nervio puede propiamente ser empleada al principio. La operación ntracraneal con el trascurso del tiempo se hace inevitable.

Con esta excepción las operaciones periféricas han sido completamente rem lazadas por las inyecciones de alcohol.

Hay ciertos casos en los que no se podrá recomendar la operación radical, para con los ancianos.

Un paciente cuyas condiciones no sean convenientes para una operación radical no es un sujeto para una operación en el ganglio y la gente anciana al ededor de 80 años ó más, cuya espectación de vida soportable con inyecciones lcohólicas en los pocos años de vida que le quedan sin someterlo al peligro e una operación.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Comentarios sobre las inyecciones alcohólicas.

El médico no entrenado no está calificado para emplear este método de tratamiento, como no lo está para realizar la operación, pues, suelen entonces presentarse complicaciones o accidentes irreparables.

En algunos casos los métodos empleados por el novicio son grotescos y felizmente no peligrosos, el alcohol lo inyectan directamente en los tejidos en los que el paciente suele sentir dolor.

En otros casos la inyección puede dejar al paciente con dificultad masticatoria, parálisis facial, óculo matora y queratitis trófica.

En adición é estas complicaciones el porcentaje de fracasos por los inexpertos es grande.

Estos lijeros comentarios son únicamente con el objeto de establecer que el empleo efectivo de las inyecciones alcohólicas, requiere práctica y experiencia.

Puede afirmarse con la seguridad ~~afirmar el hecho con la confianza~~ nacida de la experiencia, que la inyección puede ser hecha sin dolor.

Frecuentemente y en especial en pacientes nerviosos á causa de fracasos anteriores, el operador puede usar óxido de nitrógeno ó muy lijera anestesia clorofórmica para librarlo de sus sufrimientos.

Las inyecciones en el ganglio de Gasser, no estan exentas de accidentes, como las ~~Mi segundo comentario sobre el tratamiento de la inyección se refiere á la inyección sobre el ganglio. La incidencia de~~ del lado de la complicaciones córneas ~~é parte~~ de las injurias de los nervios motores del ojo. ~~que no son pequeñas.~~

Hartel mismo, autor de este método, tuvo complicaciones córneas en proporción de uno por cuatro en sus 24 primeros casos.

Esto es un porcentaje elevado ~~y para mi basta esto, para que sea un trata~~ que hace que se proscriba su empleo, miento prohibitivo de las inyecciones en el ganglio excepto en los pocos casos en que la operación esté contra indicadas.

He aquí un caso en que las inyecciones neurolíticas de alcohol no han producido efecto alguno, así como algunas reacciones

Resumen.- De la revista general que hemos hecho de la etiología y del tratamiento de la neuralgia del trigemino, qué conclusión debemos sacar ?. ¿ qué

parciales:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

conducta deberemos observar en presencia de un enfermo atacado de esta afección dolorosa ?.

Primero tratemos de buscar cuidadosamente cual es la causa de estos dolores.

Obedece á una enfermedad general ?. Entonces apliquemos un tratamiento especial contra este estado mórbido del organismo del cual la neuralgia no es sino una manifestación y obtendremos con frecuencia éxitos completos, sobretodo en los casos de sífilis, paludismo y anemia.

Si nos encontramos por el contrario, en presencia de una causa local bien determinada ?. Las indicaciones serán fáciles de plantear ó de solucionar.

Se extirpará el diente cariado, se aseptisará la periostitis ó la osteitis, se quitará los tumores que comprimen el nervio, se tratará las inflamaciones que irritan, sin perjuicio además en todos estos casos, de un tratamiento antineurálgico banal, hipnótico ó analgésico.

Pero, donde nuestra conducta se hará más dificil será en aquellos casos en los que las causas nos sean desconocidas.

Entonces debemos aunque un poco á ciegas, basándonos sobre los menores indices, ensayar el tratamiento específico de las enfermedades que pudieran intervenir aquí de una manera plausible. Emplearemos en seguida todos los medios externos, después los medios internos que hemos enunciado al principio de nuestro trabajo; agotados éstos, aplicaremos las inyecciones de alcohol y no es más que después de haber agotado toda la gama de estos agentes terapéuticos que debemos pensar en una operación radical.

Hechas así estas reservas no se nos acusará de estar poseídos de la "furia operatoria".

Se juzgará que hemos hecho honradamente todo lo que es científica y humanamente posible emplear para evitar una intervención quirúrgica.

Pero sin embargo no es necesario exagerar la prudencia y las vacilacione

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

En efecto empleando tratamientos inútiles, esto no es tiempo que se gana; es el avance de la enfermedad que se pierde; más el enferm. sufre, su estado general se debilita, su estado nervioso se exagera y su fuerza moral disminuye; serán estas causas más la que agraven el pronóstico operatorio.

Además, es necesario temer un inconveniente por decirlo así más palpable, que nos señala Chipault. Según las experiencias se ha notado que la excitación experimental de un nervio produce alteraciones secundarias en las células nucleares.

Parece también lógico que una excitación patológica realizada por una causa cualquiera que sea y revelada por una neuralgia, produzca también las mismas alteraciones secundarias al nivel de las células nucleares.

Es por consiguiente una razón de más y razón que nos parece vale la pena ser examinada, para apresurar la intervención quirúrgica.

Este será entonces el último medio terapéutico al cual recurriremos y el que salvará de atroces sufrimientos y del suicidio á los desgraciados enfermos atacados de neuralgia del trigemino.

El tratamiento quirúrgico (al centro) ocupa

El TRATAMIENTO QUIRURGICO

Constituye el último ~~tratamiento~~ proceder curativo de las neuralgias rebeldes del trigémino; el último, en haberse propuesto y el postrer recurso que aceptan los pacientes.

Las operaciones propuestas se dividen en directas é indirectas.

Las operaciones directas en periféricas é intracraneales.

Tanto las indirectas (ligaduras arteriales, resección del simpático cervical, trepanación de la región paretio frontal perirolándica del lado opuesto Morestein), que no han correspondido á lo que se esperaba de ellas, como las operaciones directas periféricas, que han ~~por haber~~ cedido su lugar á las inyecciones de alcohol, ~~es que, no abordamos el estudio. Estando pues sujetas al fracaso y á la recidiva~~ no las describiremos.

creemos de merecida utilidad ocuparnos ~~tan solo~~ solamente de la cirugía intracraneana, que tantos éxitos ha alcanzado en estos últimos tiempos, gracias á los progresos de la cirugía americana.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Datos anatómicos.- Las dos raíces del trigémino salen de la protuberancia anular y se dirijen hacia arriba, afuera y adelante. La raíz gruesa (raíz sensitiva) penetra en una cavidad fibrosa formada por el desdoblamiento de la dura madre, el cavum de Meckelli. Aquí sus haces forman el plexo triangular del trigémino, después terminan en un grueso ganglio de forma de media luna ó mejor dicho, de una habichuela es el ganglio de Gasser.

De esta pequeña masa nerviosa parten las tres ramas terminales del quinto par: oftálmico, maxilar superior y maxilar inferior.

La pequeña raíz (raíz motriz), pasa por debajo del ganglio y se confunde con el nervio maxilar inferior. Las relaciones del ganglio de Gasser son extremadamente importantes, situado en la fosa cerebral media, en la parte más interna de la pared posterior, estando en relación hacia adentro con el seno cavernoso, los órganos que lo atraviesan es decir la carótida interna, el nervio del sexto par y en la relación más íntima con los nervios del tercero y cuarto par.

Hacia adentro y abajo está el orificio superior del canal carótido donde late la carótida interna, separado solamente por una delgada lámina ósea.

Hacia arriba el encéfalo. Del lado externo el agujero redondo menor por el cual penetra la arteria meningea media de hemostasia difícil en el curso de la intervención y que gracias á su rica anastomosis sangra tanto por un cabo como por el otro.

Para terminar este lijero resumen topográfico, diremos que corresponde á una pequeña región situada al nivel del tubérculo zigomático y que un perforador penetrado transversalmente á este nivel iría á atravesar su masa.

Las operaciones directas intracraneales comprenden: La extirpación del ganglio de Gasser y la avulsión de la raíz sensitiva del trigémino.

En el año de 1884 el Dr. Fohn Evening Mears en el Congreso de la Sociedad Americana de Cirugía de Filadelfia, propuso la extirpación del ganglio de Gasser

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

en los casos de neuralgia rebelde del trigémino por vía temporal.

El 2 de Abril de 1889, Victor Horsley el primero en hacer la comunicación á la Sociedad Alemana de Cirugía, por la misma vía, disputándose la prioridad con Rose. Poco después Hartley y Krause modifican un poco la técnica de la vía arriba mencionada.

El cirujano inglés Rose publica en "The Lancet" el 1°. de Noviembre de 1890, el primer caso de extirpación del ganglio de Gasser por vía transmaxilar superior, resecando integramente el hueso maxilar superior para abordar el ganglio. sta es una vía demasiado cruenta que solo por recuerdo histórico se puede mencionar.

Por vía Pterigoidea operan en 1892 Rose, Andrews, (Estados Unidos), Artieda, ernandez (España) y Park.

Por vía zigomática basal, llamada también temporo basal, Doyen, Quenu, Sebileau, en 1893, empleando cada uno su procedimiento. En 1906 Frier, copiando su método.

He aquí una observación de gasserectomía:

Spiller comprueba que una vez seccionada la raíz sensitiva no se regenera, diciendo con esto la última palabra al respecto.

(fundándose en la observación de Spiller de que no se regenera la raíz sensitiva seccionada,

En 1901 Frazier, es el primero en realizarla; después de él Keen, Razoumonsi, Brockaert, De Benle, habiendo presentado entre todos estos el mayor número de asos y con el mejor éxito. Frazier en su trabajo basado en la experiencia de 02 casos, no discute otro procedimiento quirúrgico que la sección de la raíz ensitiva del trigémino por vía auriculo temporal,

Operación ésta que se designa con el nombre de neurotomia retrogasseriana resección fisiológica del ganglio de Gasser, de técnica relativamente más sencilla, menos peligrosa y de una curación permanente y radical.

De manera que las vías que se han untilizado son:

°.-La vía basal ó esfenoidal ó pterigoidea preconizada por Rose, Andrews por completo abandonada.

°.-La vía temporal recomendada por Krause.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

3°.-La infra-temporal conocida por Lexer Cushing.

4°.-La vía zigomática basal-temporo basal, con sus tres procedimientos de Doyen, Quenu, Sebileau y Poirier.

5°.-Vía occipital intradural ó vía cerebelosa.

6°.-Aurículo temporal-temporo extradural.

Queda por preguntarnos cual de las vías es preferible ?.

Si en un principio se entraba en discusiones, respecto de la elección de las vía y métodos que mejor eran ejecutados por cada uno de los cirujanos, actualmente en vista de las mayores ventajas y mejores resultados obtenidos, prefiérese la vía aurículo temporal de Frazier.

No cabe duda que la vía ideal sería aquella que permitiera una amplia exposición del ganglio, produciendo el menor daño, traumatice menos el cerebro, la que respete la rama temporo facial, el nervio facial y la que ocasione ~~el menor desfiguramiento.~~ mínimas perturbaciones estéticas.

La incisión de Krause por ser alta, es la que con mayor frecuencia compromete la rama temporo facial del nervio facial, que como se sabe es grave, puesto que juega un rol importante en la etiología de las queratitis, accidente post operatorio cuyo resultado sería la enucleación del ojo. (1)

Las incisiones que respeten esta rama son las que nos darán más seguridades, entre las que podemos mencionar la de Frazier.

En cuanto al tamaño y extensión de la abertura que debe practicarse en el cráneo, diremos según Frazier, que bastaría tres centímetros desde el sitio de la trepanación hasta la cresta infra temporal, con la que se puede llenar y cumplir cualquier indicación y la que servirá de límite convencional sin pretender llegar hasta el agujero oval (práctica de los cirujanos franceses), so pena de correr el riesgo de herir el plexo venoso pterigoideo; incidencia hemorrágica molesta, sino fatal complicación. Además, de este accidente, el espesor demasiado grueso de la base del cráneo es otra objeción (Frazier).

(1) Pedro J. Calderon.-Tratamiento de las Heridas Dolorosas de la cara.-Tesis-Buenos Aires 1918

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

De las relaciones anatómicas arriba mencionadas es preciso entrar en algunas consideraciones que son de gran importancia.

En uno de los tiempos de la operación tendremos la necesidad de hacer la ligadura de la meningea media. El agujero redondo menor á través del cual penetrará la arteria meningea media á la fosa craneana; está situado en el lado externo del ganglio, del agujero oval, pero algunas veces es anterior ó posterior.

Arnix llamó la atención sobre la variabilidad en el trayecto de la meningea media dependiente de la diferente posición del agujero redondo menor.

Bartlett y Dollinger han notado variaciones entre los agujeros redondo, mayor, oval y menor. Dollinger en 6% de éstos casos encontró el agujero redondo menor frente al agujero oval lo que hacía á la tercera rama inaccesible

La ligadura de la arteria meningea media ha dado lugar á algunas discusiones. Frazier dice que ~~Frazier dice que la significación prática de estas consideraciones anató~~ es necesario seccionar la arteria, en el curso de la operación, por (redondo menor) dicen en la siguiente: que la arteria meningea media al penetrar al agujero es- á en relación directa, una vez internada con la parte posterior del ganglio y on su raíz sensitiva en la gran mayoría de los casos. De manera que para lle- r á esta es necesario ligar y seccionar la arteria.

Otros cirujanos para evitar este inconveniente, siempre que la rama oftálica no esté afectada, extirpan la porción más baja del ganglio con la segunda tercera rama anexas, en lugar de intentar la ~~extirpación~~ sección total. Hatchinson aconeja este método por el que ha tenido buenos resultados, disminuyendo las probailidades de herir los nervios motores del ojo, seno cavernoso y de recidiva.

Abbe secciona simplemente las dos ramas en sus respectivos agujeros redono, mayor y oval, pero sin conseguir las mismas garantías contra las recidivas. A pesar de las ~~variación de la~~ distintas técnicas, no estando acordes los autores respecto de a ligadura de la arteria meningea media; muchos la hacen sistematicamente Krause, Lexer, Kocher, Frazier), alegando que solo es necesario un momento para acerla y que una vez la arteria seccionada lo suficientemente distante de la igadura ó si posible entre dos, el abordamiento al ganglio, al menos su parte

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

posterior y raíz sensitiva, puede ~~ser hecho fácilmente~~ hacerse con facilidad.

En cuanto á la hemorragia del seno cavernoso que sin ser fatal puede llegar á ser alarmante hasta el extremo de no poder continuar la operación y tener que hacerla en 2 tiempos. Este es un argumento de los más favorables de la sección de la raíz sensitiva evitando de ese modo herir el seno cavernoso.

En lo que se refiere á los dos tiempos de la operación debe ser considerada como un recurso de necesidad en muy reducidos casos y no como un procedimiento de elección, por las complicaciones de una segunda anestesia, complicaciones cerebrales y quizá posible infección.

Hemostasia.- La hemorragia era el accidente más temido en esta operación, comprobándose después que no era sino una molestia operatoria variable en cada caso y según la edad del sujeto, que generalmente aumenta con élla.

A medida que se separa la dura de la base del cráneo aumenta la hemorragia, haciéndose más abundante cerca del ganglio y más aún en su extracción, siendo este, otro motivo para preferir la sección de la raíz sensitiva que deja el ganglio en su lugar.

La sangre es venosa proveniente de las venas diploicas.

Como medio hemostático se emplea el taponamiento y la posición. Las tiras de gasa serán perfecta y correctamente colocadas á fín de seguir en todos los tiempos de la operación; si fuera posible cerca del ganglio se ejercerá ~~ejercer~~ cierta presión.

Algunos autores aconsejan añadir al taponamiento el calor y para ello se sirven de tapones que han sido sumerjidos en agua caliente y luego exprimidos.

Posición.- A este respecto Bergmann dice los siguiente: el paciente debe ser colocado en posición semi vertical ó vertical (sentado), la que actualmente es empleada por Frazier.

Esto tiene por objeto: 1°.-que salga menos sangre venosa, 2°.-colocar el campo operatorio al nivel del ojo del operador, 3°.-necesitar menos anestesia.

Anestesia.- El éter se administra por el método del gotero. Tiene sus particularidades; el paciente debe estar perfectamente dormido, antes de dividir la raíz sensitiva; dividida el uso del éter se hará de una manera discontinua, antes de que el paciente deje la sala de operacion

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

CUIDADOS QUE ES NECESARIO TENER A LA ABERTURA DEL CRANEO A FIN DE EVITAR PELIGROS.

La meningea media entra en el cráneo por el agujero redondo menor, pasa hacia arriba y hacia afuera de la gran ala del esfenoide, donde se divide en dos ramas: una anterior y otra posterior. Su curso puede ser seguido hasta el agujero, cuando la región se halla expuesta en el acceso temporal del ganglio.

En el ángulo antero inferior del hueso parietal hay una ranura ó á veces un canal apretado (sulcus arteriosus) donde descansa la rama anterior.

Cuidados que es necesario tener a la abertura del cráneo.

Para evitar la laceración del vaso y la hemorragia consiguiente, La abertura del cráneo debe ser practicada lo bastante baja para salvar esta porción superior del hueso parietal y evitar ~~la lacera~~ lacerar el vaso y la hemorragia consiguiente.

Una de las más importantes consideraciones anatómicas, es la relación que existe entre el nervio facial y la incisión músculo cutánea.

Si se corta la rama más alta ó temporo facial sobrevendrá en seguida la parálisis del orbicular de los párpados y como consecuencia la imposibilidad del cierre del ojo, que no solo desfigura.

~~No solo es un desfiguramiento notable~~, sino que puede muy bien ser la causa determinante de una queratitis ulcerosa, que es necesario evitar.

Esto último constituye una complicación tan seria que está demás decir que deben adoptarse todas las medidas de precaución posibles para evitarlo.

Cualquiera que sea la vía de acceso y el método empleado, la incisión debe ser practicada de manera que esta rama del nervio facial quede intacta.

La rama temporo facial cruza el zigoma más ó menos en la parte media; trazando una linea desde un punto situado justamente frente al conducto auditivo externo hasta la apofisis orbitaria externa del hueso frontal cruza esta linea por su parte media.

Antes de llegar, la rama temporo facial á la apofisis orbitaria externa del hueso frontal, se divide en varias ramificaciones: la temporal, la malar, la infra

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

orbitaria, enviando cada una de estas fibras á porciones del orbicular de los párpados.

Técnica.-Dejemos decir á Frazier los preceptos aplicables á los no iniciados en éste campo de la cirugía: Instruirse perfectamente en el cadáver por medio de operaciones repetidas; aún después de haberse familiarizado en los tiempos de la operación ~~se hallará más ó menos embarazado en~~ la primera operación sobre el vivo (será mas ó menos embarazosa) á causa de la hemorragia, ~~fas molesta ó lo cual sus ensayos no lo habrán acostumbrado.~~

En cuanto á la elección del camino á seguir una vez que se ha expuesto el ganglio, hay autores como Frazier que tenazmente preconizan "la sección de la raíz sensitiva" debido á que es más facil seccionarla, que extraer el ganglio entero ó parte de él. Bryant lo apoya diciendo: "que si el resultado demuestra que la falta de regeneración del nervio dividido ó resecado evita la recidiva, entonces indudablemente la técnica estará simplificada y los peligros y las consecuencias estaran aminoradas".

Los tiempos de la operación son los siguientes: ~~Primer tiempo de acceso,~~ se practica una incisión que nace de la parte media zigoma, sigue la dirección de ésta hacia su base incurvándose por delante del pabellón de la oreja hasta un centímetro por delante de la linea supra-orbitaria que cruza á la vertical trazada por la parte media del zigoma. Diséquese bien el colgajo cutáneo que se suturará al campo operatorio que está por delante.

2°.-Teniendo en cuenta la dirección de las fibras del temporal, se incinde la aponeurosis y el tejido muscular hasta la parte media del zigoma y de aquí formando una especie de ángulo, sígase el borde superior del zigoma hacia su base de manera de formar un colgajo facio muscular que también se suturará al campo que está á su lado á fín de tener mayor comodidad y evitar retractores.

3°.-Se abre el cráneo por medio de un trépano, agrandándose la ventana del tamaño de una pieza de cincuenta céntimos americanos, hasta la cresta infra, temporal que será el límite inferior.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

La dura se separa suavemente del hueso temporal como de la base del cráneo por medio de un instrumento liso tal como el mango de un escalpelo y se vá hasta el agujero redondo menor dondese se liga la arteria meningea media y se le secciona distante de la ligadura.

Antes de ligarla tápese el orificio del agujero redondo menor por donde pasa con algodón, parafina ú otro material conveniente.

El próximo punto de mira será el agujero oval por donde pasa el nervio maxilar inferior.

Córtese la reflexión dural que sobre él se encuentra al penetrar en el agujero, disecándose cuidadosamente el tercio posterior de la parte superior del ganglio hasta que en el vértice del peñasco se reconozca facilmente la raíz sensitiva, aislándola tanto de su parte interna y externa como de la raíz motriz, por medio de un gancho que por tracciones suaves se le arranca, constituyendo esto el principal objetivo de la operación y el final de élla.

Para cerrar la herida será necesario hacer cuatro planos.

Durante el curso de la operación se contiene la hemorragia con tiras de gasa no más anchas de un centímetro, que se introducen á cualquier lado de la vía de acceso, de tal modo que no obstaculice la operación; sin hacer demasiada presión con éstos como con el separador á fin de evitar trastornos motores que dígase de paso han disminuído sino desaparecido á medida que el orificio de penetración ha sido menor y más bajo de modo de exponer menos la zona motriz.

Para tener la suficiente luz se levantará suavemente el lóbulo temporal con el separador á no mayor distancia que media pulgada de la base del cráneo; esto dejará á la vista un espacio suficiente para todo propósito práctico y si la iluminación natural no es suficiente para alumbrar las profundidades de la herida, el operador podrá servirse dé una lámpara frontal, ó un separador que conectado con la corriente de uso y que tenga un foco de luz en su extremidad; iluminando así la cavidad donde se opera.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

El tiempo empleado para exponer la raíz sensitiva y dividirla será de tres cuartos de hora (1) á una hora (Véase la figura 2).

Indudablemente que ésta variará con la destreza del cirujano y los obstáculos que se presenten. Además el cirujano que intentare esta operación, estará bien entrenado en todos los procedimientos que para el caso se refieren, pues aún á Frazier en un caso siéndole dificil exponer la raíz sensitiva por adherencias duro ganglioneas, se vió obligado á hacer la Gasserectomia.

Esto demuestra que debe ser un cirujano de muchos recursos, quien practique esta clase de intervenciones, á fín de que el éxito sea uniforme en todos los casos.

(Cursiva) RESULTADOS.—

Simplemente señalo los resultados de Frazier (2) por ser el procedimiento de elección, ~~abandonando todos aquellos procedimientos en que el principal guía~~ es el dedo, de técnica brutal y de resultados nada satisfactorios: 1°.-por los enormes destrozos de la cara, resección del arco zigomático, resecciva de la apofisis coronoide, resección de una parte de la base del cráneo y de una parte de la pared temporal, de tal manera que persiste una deformación marcada de estas regiones. Siendo vías que la estética las reclama. sangrantes y peligrosas, por correr el riesgo de herir los gruesos plexos venosos pterigoideos y arteria maxilar interna.

~~Frazier considerando los resultados obtenidos, la revisa de varios puntos de vista, primeramente á la permanencia del alivio, de la cual no cabe duda si~~ Respecto siempre que la raíz entera esté seccionada, Frazier dice: "La raíz no se puede reproducir. Mi primera operación se verificó en el año de 1901 y de ello han trascurrido 15 años, sin que mi enfermo experimente dolor".

((En todas las 121 operaciones intracraneales que ha hecho solamente, he sido llamado una sola vez para volverla á practicar.))

En este caso encontró que la porción interna de la raíz ~~se le había escapado~~ no había sido seccionada. Esta ~~experiencia~~ casa le sugiere la idea de advertir al cirujano la facilidad

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

con que la porción interna de la raíz, puede quedar unida á la dura y pasar desapercibida.

Las fibras de la raíz facilmente se pueden separar la una de la otra y su porción interna si se pega á la dura, puede ser escondida detrás del retractor que se emplea para levantar el lóbulo temporal.

El segundo resultado de la operación se refiere á las molestias subjetivas. El mayor número de pacientes quedan enormemente agradecidos por el alivio obtenido.

El trastorno motor debido á la avulsión de la raíz motora junto con la raíz sensitiva, causa pérdida de la función en el músculo temporal, masetero y bucinador. Dice Frazier haber tenido la suerte de no sacrificar la raíz motora.

En los últimos años ha encontrado un porcentaje de casos que aumenta progresivamente, ~~de casos~~ en los cuales la raíz motora había sido respetada. Hay inconveniente cuando se pierde la función del bucinador, ~~se pierde~~ porque el alimento se acumula en el surco comprendido entre los dientes y las mejillas, á causa de la anestesia y falta de poder de éstos.

Estos trastornos motores y sensitivos consecutivos no son de tanta importancia comparados con el intenso dolor.

La única secuela de gran importancia que se puede encontrar es la queratitis; ésta lesión de origen trófico se puede presentar de vez en cuando y que si se le reconoce oportunamente y se le trata convenientemente, quedará en perfectas condiciones.

Si se descuidara ésta lesión como refiere Frazier en dos de sus operados, habría necesidad de sacrificar el ojo.

En ciertos enfermos habría necesidad de suturar por períodos de meses ó años el párpado por su parte media, pudiendo en este caso solo ver por los lados de dicha sutura.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

(cursiva)

PELIGROS DE LA OPERACION.-

En cuanto á los peligros de la operación dice Frazier haber notado demasiada aprehensión de parte del enfermo y más aún del médico tratante de la casa.

Sin negar los peligros que puede acarrear esta operación, en comparación con otras operaciones de por sí delicadas, y más aún que son practicadas generalmente en personas ya de cierta edad, parece haber un cierto error de concepto y un terror exajerado respecto á la operación intracraneana sobre el ganglio ó la raíz sensitiva, presentándola como el procedimiento último y decisivo de la vida ó de la muerte y que en el caso de sobrevenir quedaría ciego y paralizado un lado de la cara.

Recomienda Frazier hacer una cura moral á todos estos torturados del dolor.

Refiere haber tenido cuatro muertos en 160 operaciones desde 1901 hasta 912 y desde esta fecha hasta el 11 de Mayo de 1918 en que salió publicado su trabajo 87 operaciones sin registrar en su estadística ningún muerto.

En relación con otras operaciones radicales tales como la eliminación del ganglio ó Gasserectomia, la operación de Abbe sección del nervio maxilar inferior y superior en sus agujeros de penetración, la de Hutchinson sección de una parte del ganglio junto con las ramas arriba mencionadas; la avulsión de la raíz sensitiva tiene tantas ventajas que está reconocida por todos como la operación de elección, la más fácil de practicar y con menor hemorragia, puesto que el ganglio no se saca de su lecho, tiempo hemorrágico el más molesto en la extirpación del ganglio, no expone á las partes adyacentes á ser lesionadas, como el seno cavernoso y los tres nervios craneanos (motor ocular común, patético y motor ocular externo); existen menos probabilidades de ulceración de la córnea, la posibilidad de conservar la raíz motora y por tal causa evitar disturbios en el funcionamiento de los músculos de la masticación y por último de una mortalidad más baja.

Entre nosotros se han practicado las siguientes resecciones retrogasserianas por gran neuralgia del trigémino:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

En general y para terminar dice Frazier que es uno de los procedimientos quirúrgicos más satisfactorios que ha tenido oportunidad de practicar.

Fin.

Historias Siguen en pag. 81.

FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO U.N.M.S.M.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

~~H. CLINICA QUIRURGICA~~

Observación I.- Neuralgia sifilítica (cervical).

A.A., 39 años, procedente de Arequipa, de ocupación primero zapatero, después cocinero, ingresó al servicio de «Santo Toribio» del Hospital "Dos de Mayo" el 8 de Agosto de 1918 ocupando la cama N°.4.

Antecedentes hereditarios (fisiológicos y patológicos).-

Su padre murió á consecuencia de una Neumonía, á la edad de 70 años.

De su madre ignora la causa de la muerte pues habíale dejado muy niño.

Tiene cuatro hermanos, así como dos hijos que gozan de completa salud.

Antecedentes personales.-

Durante su infancia dice haber tenido unas fiebres que le duraron cerca de 15 días (paperas).-

En 1915 tuvo un chancro de cuya naturaleza ignora acompañado de inflamación ganglionar en la región inguinal izquierda; merced á ciertos tópicos sanó á los catorce días.-

En 1916 quemadura en el dorso del pié izquierdo, la cual se infectó y consecutivamente le vino erisipela.-

1917. En pleno estado de salud sintió mareos de cabeza, experimentaba una sensación de embriaguéz, obnubilación de la vista, comprendido de esto, dirigióse intranquilo á su casa y apenas hubo llegado, arrojó tres hemoptisis de sangre haciendo un ligero esfuerzo de tos, á consecuencia de la cual quedó un poco postrado.

Enfermedad actual.-

En Enero de 1918 en el trayecto de un viaje que realizó de Lurín á Guayaquil, habiendo estado en la cocina con el cuerpo caliente salió de ella recibiendo una fuerte corriente de aire que le adormeció todo el cuadrante entero lateral derecho del cráneo, comprendiendo á su vez el párpa-

7 AGO 1919

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

lo superior ó inferior hasta el ángulo naso genieno del mismo lado. A los 12 días de este estado de adormecimiento le vino náuseas, vómitos que le obligaba á arrojar los alimentos, en seguida la zona adormecida se volvió dolorosa, y tanto más cuanto le parecía que se le reventaba la cabeza acompañado de un ruido en el interior de ésta. Así estuvo un tiempo continuando sus labores, sujetándose tan solo á cura sintomática externa ó interna; pero al ver que sus dolores aumentaban cada día decidió venirse á este Hospital á la sala de San Roque el 1°. de Mayo de 1918.

Examinado este enfermo y presentado al Dr. Valdizán ~~en calidad de alumno del año~~ se constató lo siguiente: una zona de hiperestesia que ocupaba la región frontal hasta el vértice de la cabeza, región temporal, supercilliar, párpado superior é inferior y dolor á la presión del globo del ojo.

Además presentaba á la presión siguiendo el trayecto de los filetes nerviosos los puntos dolorosos supra orbitario, palpebral, en la eminencia frontal y parietal.

Los dolores que al principio eran soportables se hacían cada vez más desesperantes, pungitivos, lancinantes y torebrantes, siendo de notar que eran más fuertes durante las noches, hasta el extremo que le impedían dormir.

Descartando pues todas las enfermedades agudas y crónicas que podrían haber engendrado este síndrome, así como afecciones oculares (Dumert), nasales y otitas (Mostajo) llegamos á la sospecha más probable que se trataba á pesar de dos reacciones de Wassermann negativas, de una "Neuralgia esfenopalatina especifica".

Merced á la medicación mercurial salió el enfermo libre de sus dolores y continuó trabajando hasta el 20 de Julio que notó que el párpado se le caía. En este estado se me presenta á mi departamento ordenándole que inmediatamente se hospitalizara el 29 de Agosto, ocupando la cama N°. 4 de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

sala de Santo Toribio.

Examen del enfermo.- Se constata la ptosis del párpado superior.

Levantando el párpado é indicándole que,mirando al dedo del examinador siga los movimientos de éste,se nota que solo puede hacerlo hacia el lado externo,prueba de la integridad del motor ocular externo y de la parálisis del motor ocular común.

Pupila dilatada.La agudeza visual de ese ojo estaba disminuída.

Hay una zona de hipoanestesia extendida desde el entrecejo hacia el punto de implantación de la parte media del cabello,sigue por la frente, bajando por la cresta temporal del frontal hasta la apofisis orbitaria e terna y el párpado superior.

Ligeros dolores que ahora van disminuyendo en la región frontal,supraciliar,temporal y uno que otro dolor punzitivo en dirección del supra orbitario sobre todo en las noches.

Latidos arteriales al nivel de la región temporal. El Dr.Pérola realizó el examen oftalmoscópico constatando lo siguiente: Un círculo pigmentario al rededor de la pupila y que Antognelli le concede el valor de patognomónico de especificidad.

En este caso existe pero no en completo,pues faltaba una pequeña porción en el segmento superior é inferior.

Aparato circulatorio.- Ruido sórtico prolongado.

Aparato respiratorio y urinario normal.

Sistema nervioso.- La sensibilidad al tacto,temperatura y dolor conservadas;reflejos sin ninguna alteración que llame la atención. No hay Romberg Argyll Robertson,Babinski ni tropidación epileptoide.

Sistema linfático.-Infarto ganglionar ligero de la región inguinal derecha y de los ganglios auriculares,sobre todo uno voluminoso en el lado de-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

recho del cuello.

Por lo expuesto veremos confirmado nuestro diagnóstico de neuralgia oftálmica especifica, tanto por el buen éxito de la medicación antisifilitica como por la parálisis del motor ocular común cuya etiología más frecuente como todas las parálisis obedece á una causa especifica.

De manera pues que probablemente ha habido un proceso sifilítico en la meninge basilar que ha servido de espina irritativa al oftálmico y que después cesando ésta ha producido la parálisis del motor ocular común.

~~Observación II.- Neuralgia paládica de la primera rama del trigémino izquierdo.(oftálmica).~~

L.S., 23 años, raza India, soltero, procedente de Lima; ocupación (obrero en una fábrica de soda) ingresó á la sala de Santo Toribio el 14 de Setiembre de 1918 ocupando la cama N°.40.

Antecedentes hereditarios (fisiológicos y patológicos).-

El padre murió á los 51 años á consecuencia de quemaduras. La madre también ha muerto pero ignora la causa. Han sido 6 hermanos; el enfermo fué el último. Dos mujeres fallecieron de corta edad; el varón de fatiga al corazón.

Antecedentes personales. La infancia se desarrolló normalmente pues comenzó á caminar á la edad de un año y pronunció las primeras letras á los dos años.

En el resto de su vida dice que no ha tenido enfermedad alguna hasta el año de 1917, que fué atacado de paludismo el mes de Noviembre.

El 24 de Junio del presente año, sufrió una contusión craneo encefálica á consecuencia de la cual "perdió el conocimiento" durante muchas horas, pues recuperó las facultades intelectuales cuando se encontraba instalado en una cama de este Hospital.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Enfermedad actual.- Hace ocho días que comenzó á experimentar fuertes dolores localizados en la región frontal izquierda, el globo ocular y la región nasal.

La visión disminuía en el momento de los ataques paroxísticos dolorosos (ambliopía) pues refiere que veía empañado.

No ha tenido vómitos ni náuseas.

Examen del enfermo.- Sujeto de buena conformación general.-Talla 1.61 metros. Buen estado de nutrición. Piel sana, mucosas igualmente sanas. Decubito: Adopta por lo general, el lateral izquierdo por ser el que le permite sustraer el ojo izquierdo de la acción de la luz.

Facies: Un tanto inexpresiva, no obstante los dolores que dice tener.

Extremidad cefálica.-Normal, cuero cabelludo abundante.

Cara.-Ojos movilidad ocular, en ambos lados normal.

La visión monocular es normal; hay diplopía. Las pupilas son desiguales: O. D.- Hay albugo en la cornea izquierda, que el enfermo no sabe decir en que momento apareció, pues sus datos son contradictorios.

La pupila izquierda reacciona lentamente á la luz.

Naris y Oidos: sin particularidades.

Boca: lengua sin temblores.-Dientes mal conservados.

Cuello: bien conformado sin ganglios palpables. Torax bien conformado de buena amplitud respiratoria.

Aparato respiratorio normal.

Abdomen. Sin ninguna anormalidad.

Extremidades.-Se hace bien no hay Romberg.

Estado intelectual.-Presenta lagunas ~~mnemónicas~~ mnemónicas, respecto á su accidente traumático. No está bien orientado en el tiempo; el primer día que lo examinamos el 30 de Setiembre, nos dijo que era 26 de Octubre, cuando lo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

volvimos á examinar el 22 nos dijo que era 21 de Setiembre.

Hay cierta inseguridad en sus respuestas quien sabe si con el deseo de engañarnos.

Reflejos.-Los reflejos del lado derecho están exagerados, tanto los cutaneos como los tendinosos (Reflejo plantar rotuliano cremasteriano).

Los del lado izquierdo están disminuídos si se los compara con los del lado opuesto. No hay clonias.

La sensibilidad superficial al dolor se manifiesta con los mismos caracteres que los reflejos.

Orina normal.-vestigios de acetona.

Sangre: 5.000.000 eritrocitos-10.000 leucocitos el 5 de linfocitos.-Wassermann negativo.

Con el tratamiento quinico desaparecieron sus dolores neurálgicos que lo mortificaban.

Observación XII.-Neuralgia palpebral supra orbitaria del lado derecho (Personal) (Resumida).

T.H., 19 años natural de Lima, carpintero.

A.H. Limpios

A.P. Paludismo

Acusa desde hace un mes fuertes dolores en la región superciliar derecha, en ciertos momentos punzadas de corta duración, en otros se vuelven paroxísticos que le impiden todo trabajo. Los alimentos son soportados aunque con alguna ligera molestia.

Estos dolores neurálgicos son localizados en la rama supra orbitaria; se suceden á la misma hora generalmente en las mañanas, coincidiendo una que otra vez con algún acceso febril.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

En el intervalo de los dolores punzantes quedaba toda la zona frontal derecha adolorida. Todos estos fenómenos eran acompañados de conjuntivitis y epífora.

Punto doloroso de Valleix supra orbitario.

Se le administró primero purgantes, después analgésicos con resultados insignificantes.

Gracias á la medicación química desaparecieron todos sus dolores.

Observación IV.-Neuralgia gravídica del nervio supra orbitario del trigémino derecho.(Personal).

Señora A.H., 30 años, natural de Arequipa, costurera.

Antecedentes personales y hereditarios. Limpios.

Enfermedad actual.-

Dolores paroxísticos en el trayecto del nervio supra orbitario.

Punto doloroso bien marcado en el agujero supra orbitario.

Trastornos por parte de la vista, oído nariz y boca ninguno. Dentadura en buen estado.

Solo refiere como dato de gran importancia que á los dos ó tres meses de estar embarazada le vinieron unos dolores punzantes y lancinantes en todo el lado derecho de la frente, haciéndose estos dolores paroxísticos en ciertos momentos que la imposibilitaban el ejecutar el menor movimiento y de privarla tomar sus alimentos.

Los accesos así como sus crisis dolorosas hacíanse cada vez más frecuentes hasta 50 veces diarias y de intensidad mayores.

Después de haber estado sometida á todo tratamiento analgésico, palíativo y anti reumático y no habiendo podido conseguir alivio á pesar de este tratamiento decidió hacerse operar.

En 1916 previa anestesia á la cocaína se hizo correctamente la resec-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

ción íntegra del nervio supr. orbitario (Dr.Villanueva).

Como era de suponerse los primeros días aumentaron los dolores, por efecto del traumatismo operatorio, pero disminuyeron gradualmente cesando éstos con mayor intensidad, hasta un buen día en que se llegó á realizar el parte se le quitaron como por encanto sus dolores y actualmente se encuentra en buenas condiciones.

Es menester que el estado psicológico sea tenido en cuenta como agente etiológico de estas afecciones. //(Aquiterminó)

~~Observación V.-(Parcial) Gran neuralgia del trigémino.~~

Señora H.L., de 50 años, sufrió muchísimos años de dolores intensos en todas las ramas del trigémino.

Operada anteriormente (resecciones estracraneanas) en épocas diferentes, de las tres ramas: oftálmica, maxilar superior e inferior, sin resultado favorable.

Ante la tenacidad de los dolores se le propuso una resección del ganglio de Gasser la que fué practicada el 5 de Julio de 1917 por primera vez en el Perú por el Dr.Leguía de la Fuente en la Unión de Santé Marson.

Anestesia en el ganglio de Gasser á la novocaína (Dr.Cruña).

Resultado post operatorio.-Muerte por hemorragia después de la gasserectomía.

~~Observación VI.-(Parcial) Gran neuralgia supra orbitaria.~~

1) Señor X..., 50 años, comerciante.

Refiere que desde la edad de 23 años comenzaron sus dolores neurálgicos, en la rama supra-orbitaria del lado derecho.

Antecedentes hereditarios.- Padre muerto de 32 años á consecuencia de un golpe dado por un caballo. Madre muy sujeta á jaquecas, murió de un ataque cerebral.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

antes personales.- En su infancia escarlatina. A la edad de 17 años dice haber sido víctima de un ladrillo que le lanzó un camarada de colegio, produciéndole una herida contusa en la región occipital.-

De 23 años tuvo paludismo; en el que los ataques eran al principio todos los días, posteriormente cada tres ó cuatro por espacio de 5 meses; para lo cual fué tratado mediante el tratamiento químico los dominó. Niega enfermedades venereas.

Como convaleciente en los continuos viajes que realizaba por tierra refiere haberse mojado demasiado por motivo de la lluvia.

A la edad de 40 años sufrió de cólicos hepáticos por el lapso de 4 meses. Dolores reumáticos en las articulaciones de las manos, dolores lumbares, y en una época, por espacio de varios meses, se localizaron unos fuertes dolores en los talones.

Evolución de la neuralgia supra-orbitaria.-

Refiere que desde [illegible] á la edad de 23 años sentía dolores en la frente, en el lado derecho, de mucha intensidad, para siguiendo la dirección del nervio supra orbitario; estas algias duraban por espacio de dos ó tres días y se manifestaban en épocas no fijas.

A los 45 años volvieron los dolores por tres meses, los que atribuyó á un origen dentario, por lo que se hizo extraer 2 muelas del maxilar inferior del lado derecho y otra del lado izquierdo; sin embargo el dolor persistió.

En 1910. Desde esta época comenzaron casi sin interrupción hasta hoy á manifestarse los dolores con marcada intensidad, con accesos bien marcados y crisis desesperantes.-

Debe comienzo la crisis por una especie de aura sensorial: una sensación de calor intracraneal del lado derecho, una especie de hormigueo (parestesia) en el ala derecha de la nariz.- (punto seguido)

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Las crisis fuertes se suceden por espacio de varios meses. ~~Entre las~~ estas, queda en el intervalo de ~~estas~~ ~~queda~~ siempre un dolor continuo en la frente, ~~siendo~~ más ~~marcado~~ en el trayecto del nervio supra-orbitario; acompañados á hora no fija del día de ~~accesos~~ y á veces crisis ~~pero sin~~ la intensidad de las anuales, que generalmente ~~coinciden~~ con la época de invierno.

1911-1912.-El tratamiento á que ha estado sujeto desde esa época ha sido el siguiente: lecho vegetarismo, lavantes diarios, electricidad, masaje vibratorio en la ~~zona dolorosas~~ y en todo el cuerpo; analgésicos de todas clases, ~~crenoterapia en los balnearios de Jesús y de Yura~~, baños de fango y de sal de Arequipa. Los baños de mar aumentaron los dolores. Toda esta gama terapéutica sin resultado de ninguna clase.-

Por la misma época inyección de alcohol en la escotadura supra orbitaria del nervio frontal externo, también sin resultado, puesto que no se produjo la menor ~~zona de anestesia~~ que acreditara la introducción de alcohol en plena nervio.

1913.-~~Temerariamente~~ por medio del galvano cauterio profundo ~~una~~ ~~destrucción~~ cruenta ~~de~~ las partes blandas de la región supraciliar, con intención de destruir ó seccionar de este modo ~~el nervio supra orbitario~~, causando una herida que ~~cerró~~ á los tres meses y á pesar de todo el nervio quedó indemne, como se notó en una operación posterior.

1914.-Otra inyección de alcohol puro, sin previa anestesia, fué ~~sumamente~~ dolorosa; produjo una hinchazón del párpado superior y los dolores post neuralíticos fueron de 6 días. Se consiguió la ~~anestesia~~ del cuadrante anterior de la frente, pero el dolor, á pesar de todo, persistía en el entrecejo y la ~~escotadura supra~~ orbitaria de donde se irradiaban los dolores lancinantes.

~~Esta zona de anestesia~~ permaneció cuatro meses, al cabo de los cuales se convirtió ~~en esta zona hiperalgésica~~ en región hiperalgésica, que el menor roce ~~exacerbaba~~ exacerbaba el do-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

lor.

Como persistiera el dolor se hizo examinar los senos frontal y maxilar sin ~~que~~ que se consiguiese uniformidad diagnóstica, ~~dentistas en el caso, quienes en divergencia de opiniones constataron una~~ que estaba claros, para los otros una ~~diagnosticó sinusitis fronto etmoi~~ dal y el otro sinusitis fronto maxilar.

Se hizo el lavado del seno frontal, ~~el~~ que se creía con más probabilidad supurado, sin embargo el líquido salió perfectamente claro. Nuevamente se examinó no solo ya haciendo la transluminación sino aún con los rayos con los que no se constató ~~una~~ zona oscura alguna, que revelara algún proceso supurativo ó algún ~~engrosamiento óseo~~ espesamiento óseo.

Ante la tenacidad de los dolores se hizo un examen nasal en el que se constató una hipertrofia del cornete inferior, ~~M~~ que fué pronto resecado.

El resultado de esta resección solo fué aliviar el dolor que existía en el ala externa de la nariz; ~~pero~~ los dolores frontales persistieron.

1917. Resección del nervio supra orbitario, previa anestesia ~~anestesia~~ á la cocaína.- Resultado nulo por la persistencia de los dolores hasta hoy en el mismo sitio y con la misma intensidad y si se quiere aumentados, á la menor emoción, al comer, hablar, enternudar, ocupar, quedando por momentos libre de todo dolor.

Examinando los puntos dolorosos de Valleix solo se constata el supra orbitario, palpebral, nasal y nasolobar.

Sistema nervioso. ~~general.~~ Reflejos normales. Sensibilidad superficial, profunda y térmica normales.

No hay Romberg, Argyll Robertson, Babinski, ni trepidación epileptoide.

Sistema linfático, normal. Aparato genito urinario idem. ~~No haber padecido de ninguna afección venérea, salvo una fimosis; no hay síntoma que revele lesión venérea ó parasitaria.~~

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Vista (Normal) y oido (Normal), normal.

Aparato respiratorio y circulatorio nada apreciable. Sujeto de buena conformación general; buen estado de nutrición y con una facies normal ~~no sino fuera preso de ataques intempestivos~~ en los momentos de calma. La piel seca como sus mucosas, solo ~~se~~ acusa una sequedad extrema de los pies.-

El cuero cabelludo regular no muy abundante.

Orina. Baja de urobilina, vestigios de albumina, abundancia de indican y cloruros aumentados.-

Sangre Wassermann tipo, negativo.

Ultimamente el enfermo ha estado sujeto á régimen lacto vegetariano. Salicilatos-quinina-Mercurio-Yoduros-sin resultado alguno.

Crítica.- La presencia de semejante cuadro toda la terapéutica aconsejada es inútil y perjudicial, aún las inyecciones de alcohol que no deben ser colocadas por no producir efecto según Frazier.

Además según opina este mismo autor solo debe pensar en hacer la resección del nervio al principio de la enfermedad, y en caso de la persistencia de los dolores en la neurotomia retrogasseriana. De manera que nos encontramos con un enfermo en que estaría indicado dicha operación radical dada la persistencia de sus dolores á pesar de la resección del nervio supra orbitario. ~~Pronto tendré oportunidad de dar el resultado de dicha~~ ~~á las personas que por estos detalles se interesen, pues ya en el Perú hemos dos operados por el Dr. Frazier con el más brillante resultado.~~

~~Observación VII.- Gran neuralgia de los tres ramos del trigémino izquierdo.~~

3) Señora M.L., 62 años, soltera, procedente de Lalumbe, de nacionalidad peruana y de ninguna ocupación; ingresó al Hospital Italiano el 18 de Marzo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

de 1919.

~~Antecedentes hereditarios.~~ El padre murió de pulmonía agitante. La madre murió del corazón.

~~Antecedentes personales.~~ A los 14 años tifoidea grave. Urticaria á repetición.- Epixtaxis- Rinitis- Caries dental.

Enfermedad actual.- Hace 10 años que comenzaron sus dolores neurálgicos El punto de partida fué en el nervio maxilar derecho, en seguida pasó al izquierdo, donde está actualmente localizada.-

~~Cuando se presentan~~ Las crisis, que son demasiado fuertes en el lado izquierdo, ~~suele experimentar primero en el nervio derecho.~~ se presentan acompañadas de dolores punzantes, lancinantes y fulgurantes y aparecen en épocas indeterminadas.

Las crisis aparecen en épocas indeterminadas que duran semanas y aún meses, que creo se deben resultar de la remisión de los ataques y estos de dolores punzantes, lancinantes y fulgurantes en las regiones: supra orbitario, nasal, geniano, masseterino, labial, mentoniano y lingual.

Los dolores son provocados especialmente por la presión en los sitios de emergencia de los nervios ó son los puntos dolorosos de Valleix supra-orbitario, infra-orbitario y ~~mentoniano~~ mentoniano. además por la acción de la luz, por los movimientos de la masticación, ~~x~~ hablar, estornudar y toser. Los dolores en ocasiones impiden por completo la alimentación y el sueño.

El enfermo ha estado sujeto á todo tratamiento anti neurálgico sin resultado alguno.

~~Síntoma principal.- Dolores fulgurantes en la mitad izquierda de la cara.~~

Examen clínico.- Demacración y anemia.-

Disminución de la abertura palpebral izquierda- Pupilas igualmente contraídas.-

Visión: ~~pequeña~~ disminuida, miopía y presbicia.-

Motilidad y fondo de ojo ~~sin~~ normales (Darmert). Olfación: nula en el lado en-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

forme;normal en el lado sano.-

Gusto: Lijeramente trastornado en ambos lados.-Movimientos de los músculos de la cara,de la lengua,sensibilidad tactil y dolorosa ~~bien~~ normales.

Dientes: el incisivo mediano y lateral izquierdo cariados y de aspecto negruzco (destrucción de la pulpa).Faltan casi todos los molares de ambos lados que se ha hecho extraer por atribuirles los causantes de su neuralgia.- Fosas nasales: Rinitis crónica en ambos lados;cresta del tabique en el lado izquierdo.- Rinoscopia.-Senos esfenoidal,maxilar y frontal bien

Los senos etmoidales á los Rayos X un poco opacos los del lado izquierdo, constatando el Dr.Campodónico una ~~etmoiditis~~ etmoiditis,que el Dr.Mejía no la señala. ~~Hubo etmoiditis.~~

Los aparatos: locomotor,respiratorio,digestivo,genito urinario y los sistemas ~~mas~~ linfático ~~bien.~~ y

~~sistema~~ nervioso ~~y sensorial. Bien á excepción.~~ notmales.

Orina,normal.-Sangre,R.Wassermann negativo.-Prueba de la tuberculina negativa.

Operación.~~programada~~ Neurotomía retrogasseriana (~~por el~~ operador Dr.Cantaloto) el 1°.de Mayo de 1919. ~~Anestesia por el éter.~~

Se comenzó la operación previa anestesia etérea siguiendo la técnica de Frazier.

Al desprender la meninge de la base del cráneo una fuerte hemorragia ~~impedía~~ impide toda maniobra interna, sinembargo,

~~A pesar de esto~~ se ligó la arteria meningea media;pero en vista de la hemorragia tan profusa y ~~vivo~~ del mal estado de la enferma,se ~~procedió~~ suspendió ~~el taponamiento que cohibió la hemorragia.~~ la operación, falleciendo

~~Sin embargo la enferma siguió en estado de coma y murió~~ el mismo día ~~las 6 horas de operada,~~ sin haber vuelto del estado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Observación VIII.-(Personal).-Gran neuralgia de las tres ramas del trigémino derecho.

S.A.,60 años,empleado,sufre de neuralgia doce años.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales.-Viruela.-Sarampión durante su infancia.A la edad de 16 años sufrió una caída de un caballo que le ocasionó la pérdida del conocimiento por tres horas y una fractura de la pierna derecha la que consolidó sin dejar trastorno alguno en la marcha.

Más tarde tuvo una infección gonocócica que curó al cabo de tres meses sin dejar trastornos urinarios.

Desde hace 39 años resido en esta localidad.

Su ocupación durante los primeros años fué de empleado de oficina,después ocupó un puesto en el muelle del Callao,de recolectador de carga;en este trabajo permaneció durante nueve años,en cuyo tiempo en compañía de sus camaradas de trabajo hizo uso con frecuencia de bebidas alcohólicas (aguardiente de caña);algunas veces las libaciones eran excesivas que le producían embriagués. En la actualidad vende cuertos por nuestras calles.

Afección actual.-Se remonta dice el enfermo desde hace 12 años.Enumina como causa de su enfermedad á una corriente de aire que recibió después de un sudo alcohólico en el muelle.

Su mal comenzó por un dolor violento en la región orbitaria derecha, con irradiaciones hacia la frente que le duró por espacio de cuatro años, con calmas de semanas.

Experimentaba ligera mejoría con ciertos tópicos (alcohol con quinina) y otros farmacos: aspirina,antipirina,etc. Más tarde el dolor se propagó progresivamente á otras regiones: globo ocular del lado derecho,lóbulo de la nariz región geniana,temporal,maxilar inferior (agujero mentoniano).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Los dolores eran punzantes,lancinantes y desgarrantes,presentándose á hora indeterminada,ya en forma de accesos ó de crisis que eran para el enfermo uno de los mayores sufrimientos.

En estas circunstancias,recluró la asistencia de un facultativo quien le aplicó dos inyecciones de alcohol en el nervio infra orbitario,que aliviaron sus dolores por tres meses,para volverlo después con mayor intensidad.

En el año de 1911,en una hacienda próxima á Lima,sufrió nuevamente una caída de caballo que le ocasionó una herida en la región occipital.

Consecutivo á este accidente los sufrimientos del enfermo han aumentado considerablemente repitiéndose los accesos con más frecuencia y con extraordinaria violencia,á tal punto que le impedían todo trabajo,masticar,deglutir,hablar,toser,enhorrmdar,reir.

Durante los accesos dolorosos,sufría el globo ocular movimientos oscilatorios y á veces rotatorios (nistagmus).

La lengua sufría un aumento de volumen en su mitad derecha y era atacada de dolores violentos;en esta vez toda medicación de que hizo uso no le produjo las calmas que en épocas anteriores le proporcionaban.

El año de 1918 vino en busca de alivio á este hospital y ocupó una cama en la sala de San Juan de Dios.-En este servicio permaneció veinte días durante los cuales le mandaron practicar un exámen de la vista,no habiéndose encontrado nada de anormal según el Dr.Lambert.

En esta época se le colocaron inyecciones mercuriales de las que no obtuvo provecho alguno.

El jefe del servicio el Dr.Castañeta le propuso una intervención quirúrgica advirtiéndole los peligros que semejante intervención traía.A esto el enfermo rehusó y pidió su alta.Los consejos que le dieron,emprendió

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

viaje á la provincia x de Lago (Huánuco),con el objeto de cambiar de cli ma y tomar algunos baños termales (Cconoco) y de vapor (Tauripampa).

Como viera que aún este tratamiento hidroterápico no aliviara sus dolencias emprendió nuevamente viaje á esta Capital.

En ese entonces se le colocó otra inyección de alcohol en el mismo ne vio infra orbitario,provocándole al principio trastornos considerables de la visión que hasta ahora persisten,pero en cambio experimentó una en foria de cuatro meses.

Después de esta época le dió nuevamente las crisis dolorosas con sus pequeños intervalos de calmia;duraban varios días y le imposibilitaban para tomar todo alimento aún líquido.

Ingresó en Agosto de 1917 á la sala de San Roque del Hospital 2 de Ma yo,ocupando la cama Nº.68,por insistencias nuestras para el estudio de su neuralgia.Hacía en este entonces 8 meses que los dolores habían entra do en remisión,á tal punto que no parecía preso de enfermedad tan dolorosa,pues comía y dormía tranquilamente.

Los puntos dolorosos á la presión de Valleix bien pronunciados: supra orbitario,infra orbitario y mentoniano siendo de todos éstos,el de sensibilidad más exquisita el infra orbitario y el punto nasal lobar llamado así por extinguirse sus ramificaciones terminales por la piel del lóbulo de la nariz.

A la inspección de la cara se nota una ligera desviación del lado derecho;no existe parálisis ni contracciones espasmódicas;el surco nasal lado derecho está ligeramente borrado.La mejilla del mismo lado presenta una ligera rubefacción;la piel es lisa (glosa y atrix).

La sensibilidad termica en ambos lados es la misma;no existe tremoles fibrilar de los músculos masticadores;no hay trastornos tróficos,en fin

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

no hay erupciones de ninguna clase.

En la frente y en la región malar del lado izquierdo se encuentra 2 cicatrices pequeñas.En el antebrazo izquierdo una.

La visión no es clara: diplopia monocular;existe ligera epifora.No hay otro trastorno funcional,á excepción del dolor del ala derecha de la nariz y que se acompaña con un lijero ardor de la conjuntiva ocular del mismo lado.

Por otra parte la inspección de la cavidad bucal nos hace ver una dentadura completa y bien conformada;el resto de su aparato digestivo normal. Aparato respiratorio y circulatorio nada apreciable.La compresión de la carótida externa no influye en su síntoma dolor.

El acusa no haber padecido de ninguna de las enfermedades que provocan estas neuralgias (Paludismo,Sífilis,Reumatismo,Diabetis,Histeria;Afecciones del oído nariz y garganta,Osteitis,Pirexitis).

No ha hecho uso de ninguna de las sustancias tóxicas que también provocan neuralgias (Mercurio,Arsénico,Plomo,Oxido de carbono). Aquí debemos hacer una salvedad y es que,como hemos hecho alusión en los capítulos anteriores el enfermo en referencia hizo uso durante algunos años del alcohol,pero que después de su primer ataque ha suprimido esta sustancia.

Examen de sangre: Wassermann negativo.

Hematozoario: negativo.

Fórmula hemo leucocitaria: ligera anemia.

Orina: nada anormal.

Tratamiento actual: régimen lacto vegetariano. Bromuros,Yoduros,Tho yoduro fierro,como analgésico aconitina cristalizada.

16 de Agosto de 1917.-Se le preparó para practicarle una neurotomia retrogasseriana.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Se le administró éter por espacio de una hora y no habiendo podido dormir bien durante este tiempo por la secreción bronquial abundante por falta de inyección previa de escopolamina, se suspendió la operación.

Curó después tres meses sin experimentar dolor alguno, así que se pensó en este entonces en una neuralgia puramente nerviosa.

Las crisis hoy se suceden á intervalos más cortos de manera que la enfermedad progresa. De manera que en este estado de cosas solo un camino nos queda cual es el de practicarle una neurotomía retrogasseriana dado el fracaso de todo tratamiento medical analgésico y de haber pasado la acción paliativa del alcohol.

Observación II.(Personal).-Una neuralgia de las 2a. y 3a. ramas del trigémino izquierdo.

C.C., natural de Piura de 31 años, empleado, ingresa al Hospital Italiano y sufre de neuralgia desde 1903.

A.H. su madre murió de pasmina; de su padre ignora la muerte, pero sabe no ha padecido de neuralgias ni de jaquecas; tiene 2 hermanos reumáticos y cuatro hijos sanos.

A.P.: Nacido á término en buenas condiciones. Ha gozado de completa salud hasta los 16 años. En esta época tuvo una blenorragia que sanó en unos meses sin dejar trastornos urinarios. De 20 años le salió un chancro que dice haber tardado cuatro meses para su curación, fué acompañado de inflamación ganglionar y de caída del pelo.

1901. Sintió dolores agudos en la pierna izquierda experimentando la sensación como si se le cortara debajo de la rodilla. En esta época fué asistido en el hospital 2 de Mayo habiendo estado sujeto primero á tratamiento analgésico primero, en seguida yoduro, bromuros, salicilatos de los que benefició muy poco; pero que después poco á poco fueron desapareciendo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

1907.-Notó que se le adormecían los nudos y aún la pierna izquierda pero con tratamiento yodurado desaparecieron todos estos trastornos.

Fué un bebedor complaciente y actualmente es un empedernido fumador.

1908.-Comenzaron sus algias por dolores pungitivos y lancinantes en toda la zona oftálmica,después en la zona del maxilar superior y por último en la del maxilar inferior. Es en estos dos últimos que está actualmente localizada su neuralgia,siendo de mayor intensidad en la del maxilar superior.

Los dolores paroxísticos,ataques y crisis no tienen hora ni duración determinada;en el intervalo de éstos queda el enfermo bien.

Cualquiera de los fenómenos fisiológicos: hablar,masticar,toser,producen la crisis que estalla en la mitad izquierda de la cara pero generalmente y siendo más marcada en la zona del maxilar superior.

El frío exacerba el dolor.- Ha sido sujeto á todos los analgésicos como á los tratamientos de todas las enfermedades causantes de estas prosopalgias,sin resultado alguno.Inyecciones de alcohol todavía no se le ha puesto.

Examen del enfermo.- Hombre de constitución robusta á pesar de los años que tiene y de la vida de continuas libaciones y excesos genésicos que dice haber tenido.

Aparato respiratorio,circulatorio,genito urinario nada que llame la atención.

Examen local.- Puntos dolorosos de Valleix bien pronunciados: infraorbitario y mentoniano.Los dolores son aumentados en las noches.

Al conversar con el enfermo,después de un momento de tranquilidad aparente vienen las crisis que interrumpe toda conversación;su duración es de segundos y á veces minutos que le dificultan todo movimiento.Re-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

ciendo á la vez una anoca facial como de compresión de los maxilares y rophinamiento de dientes que dice el enfermo emplear para mitigar en al go sus dolores.

Ha hecho uso de muchas sustancias en los citicos dolorosos;con las que dice haber conseguido mejor objeto es con las fricciones de alcohol y c las guantaplasmas calientes bien privadas de agua.

Fosas nasales bien.Dentadura en mal estado habiendo sacrificado vari dos dilos sin alivio alguno.

Visto-normal. Wasserman negativo.- Orina-nada anormal.

Comentario.-En presencia de este caso y en vista de no encontrar ningún agente etiológico local ni general por no obedecer á la terapia de dila ¿ que hacer ?. solo 8 caminos nos quedan,las inyecciones de alcohol ó l neurotomia retrogasseriana.

Pero teniendo en cuenta la larga evolución de la enfermedad y la sin tomatología tan clara de estas neuralgias graves,no cabe otra cosa que l cer que la operación radical.

Esta operación fué propuesta á este enfermo por el Dr.Castalleta,pero el infeliz temerosos rehusó.

De estas historias clínicas podría mencionar otras,pero no haría sino incurrir en repeticiones que no tienen nada de útil y provechoso;espera do tan solo que se inicie entre nosotros esta alta cirugía intracraneana para que ya no solo en el extrangero sino en el Perú todo nuestro buen cuerpo de Cirujanos presenten las brillantes estadísticas de Frazier,ci rujano de mi más alta admiración.

Dos casos operados entre nosotros por el Doctor Frazier.

1er.caso.-Gran neuralgia de las 2a.y 3a.ramas del trigémino izquierdo.

Diez años de duración de la enfermedad.- Señora B..,30 años.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Antecedentes hereditarios y personales limpios,sino hijos sanos.

Comenzaron sus dolores neurálgicos por el nervio maxilar inferior y después invadieron el nervio maxilar superior.

Los dolores eran punzitivos y lancinantes en todo el trayecto de estos nervios.

A principio que se localizaron por un tiempo los dolores en el nervio del maxilar inferior y ante la resistencia de todo tratamiento médico se hizo la resección quirúrgico de él,habiendo producido una ausencia por varios meses,pero después recidivó con mayor intensidad tomando á la vez el nervio maxilar superior.

En vista de su marcha invasora decidió irse á Estados Unidos á hacerse operar.

El 5 de Abril de 1917 se llevó á cabo dicha operación: neurotomía retrogasseriana.

A los ocho días de operada fué dada de alta en perfectas condiciones, conservando tan solo en el ojo del lado operado una tela protectora que se la ponía y quitaba á voluntad exclusivamente para evitar el polvo por algunos días.

Actualmente se encuentra en las mejores condiciones que se puede desear,sin haber experimentado desde el día de la operación ni el más insignificante dolor.

Existe tan solo la ligera molestia de la insensibilidad de toda la zona inervada por el trigémino,la mitad de la cara.

<u>2º.-Caso.-Gran neuralgia de las 2a.y 3a.ramas del trigémino derecho (Historia remitida).</u>

Señor...,3.48 años. Sufre de tic doloroso cinco años.

Hace un año se le hizo hacer con el Dr.Frazier la operación radical

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

"Neurectomía retrogasseriana" por la que consiguió hasta hoy verse libre de sus dolores, entregado á sus cotidianas labores y lleno de la satisfacción más completa.

C O N C L U S I O N E S

1°.- En la pequeña neuralgia de agente etiológico fácil de conocer, se instituirá el tratamiento médico y el adecuado en atención á su agente causal.

2°.- En la gran neuralgia, neuralgia grave ó quirúrgica:

a).-Como tratamiento paliativo las inyecciones de alcohol.

b).-Como tratamiento radical la "Neurectomía retrogasseriana".

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD