



Craniectomia temporară

de

Prof. TH. IONNESCU

Până în timpurile din urmă, chirurgia cerebrală a făcut relativ puține progrese și aceasta din cauza dificultății ce prezintă exploziunea facilă și întinsă a scoarței cerebrale. În adevăr, din timpurile cele mai vechi deschiderea craniului s'a practicat fie ca operațiune destinată a libera creierul de compresiuni presupuse, fie pentru a deschide o cale spre scoarța cerebrală și a opera asupra acesteia, fie în fine pentru a pătrunde mai profund în interiorul creierului.

Trepanațiunea practică mai întâi într'un mod empiric, devine o operațiune basată pe indicațiuni mai precise, atunci când fiziologiiți, începând cu Broca, descoperiră existența centrilor motori pe scoarța cerebrală.

Topografia cranio-encefalică dete un nou avind trepanațiunei, chirurgul putând fi condus într'un mod aproape cert pe centrul cortical presupus bolnav. Această certitudine însă dispăru repede, căci nici una din metodele propuse pentru a determina pe bolta craniană, punctul corespunzător zonei motrice, sau zona rolandică, nu prezinta garanția de precizie absolută și erorile erau destul de frecvente, pentru ca cazurile de insuccese să cotropească pe acele unde trepanul a putut descoperi just punctul căutat.

Mai mult, centrii bine limitați de fiziologiiți, nu corespundea cu faptele observate în clinică și chirurgii experimentatori ca Horsley, s'a convins, că centrii motori la om, au o întințere mult mai mare de cât aceea indicată de fiziologiiți la animale.

Aceasta a fost cauza pentru care chirurgii, care s'a ocupat în deosebire cu chirurgia craniană, au părăsit încet încet trepanațiunile limitate conduse de una din numeroasele metode de topografie cranio-encefalică, pentru a recurge la destrucțiunii întinse ale boltei craniene, și expunerea unei largi suprafețe a emisferelor cerebrale.

Ast-fel Horsley, unul dintre cei d'întâi, nu mai întrebuița trepanul de cât pentru a perfora craniul, lărgind în urmă această gaură cu ferăstrăul său cu dalta și ciocanul, pentru a produce soluțiunii de continuitate ale craniului având 8—10 cm.

Pentru a produce aceste soluțiuni de continuitate întinse s'aũ întrebuințat mai multe instrumente printre care pensa-trepan a lui Farabeuf. Grație acestor vaste perderi de substanțã ale craniului, se putea înlătura primul inconvenient al trepanațiunei ordinare, descoperirea unei suprafețe întinse de scoarțã cerebralã, și a zonei presupusã bolnavã. Ast-fel se putea obține o decompreziune a creierului pe o zonã întinsã. Ceea ce însã micșora aceste avantaje, era persistența unei vaste perderi de substanțã cranienã, care trebuia înlocuitã cu o substanțã rezistentã, putându-se opune unei hernii posibile a creierului și putându-l conserva pe acesta de traumatismele exterioare.

S'a încercat reparația perderilor de substanțã ale boltei craniene ast-fel obținute, printr'o serie de metode printre care vom cita, reimplantațiunea fragmentelor osoase extrase și transplantațiunea fie osoasã, fie eterogenã. Reimplantațiunea osului ridicat n'a dat rezultate satisfãcătoare nici chiar în micile soluțiuni de continuitate datorite trepanului, dar mai cu seamã pentru reparațiunea largelor perderi de substanțã. Fragmentele osoase reimplantate, de ordinar nu sunt tolerate, dau naștere la supurațiune și sunt eliminate, sau cad în cavitatea cranianã, neavând nici un punct de susținere, sau în fine devin o cauzã de iritațiune acutã sau cronicã pentru dura-mater, și în fine atunci când osul s'a reunit cu restul craniului, decompreziunea cerebralã cãutată, nu se mai poate produce, de oare-ce ne gãsим în prezența unei bariere osoase, fãrã nici o elasticitate.

Transplantațiunea osoasã presintã aproape aceleași inconveniente ca reimplantațiunea osului ridicat. Fragmentele transplantate aũ fost luate, fie de pe scheletul uman, fie de la animale, și s'aũ întrebuințat fãrã nici o preparațiune anterioarã, sau decalcificate, sau calcate.

Unii chirurghi aũ recurs la un fragment luat din tabla externã a regiunilor vecine cu perderea de substanțã.

Dar toate aceste metode aũ dat naștere la insuccese frecvente cãci, de multe ori fragmentul osos dispare, fie prin necrosã, fie prin resorbțiune, aceasta mai cu seamã când s'aũ întrebuințat oase decalcificate. Kœnig din Röhlingen, a întrebuințat o porțiune de tablã externã vecinã, aderentã printr'un pedicul periosto-cutanat și ast-fel a putut obține rezultate mai bune, de oare-ce pediculul asigurã nutrițiunea fragmentului osos. Operațiunea lui Kœnig, fiind basată pe acelaș principiu cu craniectomia temporarã, nu mai poate avea astãzi de cât un interes istoric, afarã numai de casurile unde această autoplastie e aplicatã unor vechi pierderi de substanțã ale craniului, fie traumaticã, fie operatorie.

Transplantațiunea eterogenã sau eteroplastia a fost întrebuințatã din toate timpurile, ast fel naturalii din insulele Pomotou și insulele mãrei de Sud, întrebuințau fragmente de nucã de cocos și chirurgii cei vechi aplicaũ piese de aur în acelaș scop. Astãzi se

recurge mai cu seamă la plăcile de celuloid, care au dat adese-ori rezultate satisfăcătoare, și eu însu-mi am recurs cu succes la această metoadă, într'un cas de fractură a osului frontal, pentru care am practicat o trepanațiune, ridicând o porțiune rotundă din frontal, cu un diametru de 0,06 cm.

În acest cas, placa de celuloid introdusă într'un șghiab săpat între cele două table compacte, s'a fixat perfect, fără ajutorul vreunei suturi, și este astăzi încă bine suportată. Acest metod însă nu se poate aplica soluțiilor de continuitate prea întinse și nu sunt rare cazurile, ca acelea ale lui Berger, Postempski etc., unde placa de celuloid a fost deplasată de bătăile creierului și acumulațiunea lichidului cefalorachidian. De asemenea rezultatul tardiv nu este asigurat, căci s'a observat (v. Eiselsberg) supurațiuni tardive, de eli-



Fig. 1. — Autoplastie prin alunecare, a lui Kœnig. *a*, lambou compus numai din părți moi luate din dreptul pierderii de substanță craniică, cu pediculul său *d*. *b*, lambou osteo-cutanat cu pedicul de părți moi *c*, destinat a se substitui lamboului *a*, și a încbide orificiul craniic.

minațiunea plăcii de celuloid, lung timp tolerată, arătând astfel insuccesul unei intervențiuni, în aparență reușită. Aceste accidente se pot produce chiar atunci când, cum a propus Bilroth mai întâi, și cum am avut ocaziunea să fac însu-mi, s'a perforat placa de celuloid de câte-va găuri spre a asigura scurgerea prin ele, a lichidelor acumulate dedesubt.

Aceleași inconveniente prezintă plăcile de aluminiu, care au dat naștere la accidente inflamatorii locale și au trebuit să fie ridicate.

Din toate acestea rezultă, că singura autoplastie capabilă de a da rezultate bune, este metoda care reimplantează osul viu, încă aderent de părțile moi, metodă care a fost introdusă în practica chirurgicală de Wagner.

Resecțiunea temporară a craniului. — Intrebuițată pentru

prima oară pe om, de Wagner din Königshütte, acesta izola cu dalta și ciocanul periferia unui lamboū osos. în potcoavă de cal, cu un pedicul larg, lamboū aderent cu pericraniū și părțile moī. Mobilizarea acestui lamboū, este asigurată printr'o fisură subcutanată, produsă la nivelul bazei lamboului.

Procedeul lui Wagner coprinde doi timpī: incisiunea părților moī și izolarea și mobilizarea lamboului osos.

Incisiunei părților moī, Wagner îi dedia forma unui Ω (omega), formă pe care autorul în urmă a abandonat-o însuși, pentru a o înlocui cu aceia a unei potcoave.

Alții, ca Bruns, preferă incisiunea trapezoidală. Incisiunea se face până la periost; acesta e secționat de-alungul bazei lamboului cutanat; odată ce acesta s'a retractat, adică la 5 — 10 mm. înăuntrul incisiunei periostale, osul e tăiat oblic, din afară înă-



Fig. 2. — Model de resecțiune temporară craniică, propus de Chalot în 1836.

untru și de sus în jos, ast-fel că limita osoasă e tăiată oblic, tabla externă având o întindere mai mare de cât cea internă și aceea pentru ca lamboū osos să se poată aplica pe suprafața de secțiune a craniului, fără a avea tendința să se scufunde.

Acesta este pe scurt procedeul lui Wagner, dar pentru a 'l putea judeca, trebuie să intrăm în câte-va detalii asupra modului de a 'l aplica și asupra diferitelor modifi cațiuni ce i s'aū adus și în fine să menționăm procedeele anterioare similare care aū condus treptat la procedeul lui Wagner.

Prima idee a resecțiunei temporare a craniului aparține incontestabil lui Ollier, care cu mult înainte a propus pentru marile perderi de substanță, putând să coprină jumătatea parietalului său frontalului, tăerea lambourilor osteoplastice. Cu un ferăstrău fin se taie paralel grosimea cea mai mare posibilă a peretelui cranian, lăsând-o aderentă cu pericraniul și cu pielea; ferăstrăul nu trebuie să depășească tabla internă a craniului. Ast-fel se pot ridica lam-

bouri de 3—4 milimetri la centru, lamelare pe borduri și largi de 7, 8 sau 9 cm. pătrați, adică 3—4 cm. pe lature. După ce trepanația s'a făcut, se reaplică lamboul osteo-cutanat pe deschizătura cranienă.

Acest procedeu a fost imitat de Müller, 30 de ani după Ollier; însă acest autor practica ridicarea lamboului osteo-cutanat, cu dalta și ciocanul, în loc de ferăstrău.

Bine înțeles, aceste procedee sunt defectuoase prin dificultatea ce se întâmpină în ridicarea tablei externe, cu un mic strat din diploe, aceasta putând să se fractureze prea lesne, și cu greu se obține un lamboi continuu de o întindere suficientă. — Afară de aceasta, prin acest procedeu nu se poate practica craniectomia pe o suprafață întinsă.



Fig. 3. — Resecțiunea temporară a lui Wagner (1889). *A*) Incisia părților moi; *B*) intervalul între părțile moi și secțiunea osoasă; *C*) secțiunea osoasă cu langetele din tabla internă rămase aderente.

Idea formării unui lamboi osteo-cutanat cuprinzând întreaga grosime a peretelui cranian, aparține lui Chalot, care în 1886 a descris în tratatul său (*Éléments de Chirurgie opératoire*), procedeul în modul următor: «se taie pielea cu păr, de-odată până la os, printr'o incizie trapezoidală, ast-fel ca la virful trapezului să rămăe o punte de tegumente intactă, largă de un cm., destinată a întreține viața viitorului opercul, fie-care lature a incisiunii măsurând 2 cm. Cu dalta-osteotom, ținută dreaptă, se sculptează pe os, drumul incisiunilor, până ce am ajuns la lama vitroasă, adică la 2, 3 sau 4 mm. de profunzime, după locul unde se practică operațiunea. — Pe urmă se introduce dalta la mijlocul liniei de incisiune a bazei trapezului, și se ridică operculul, printr'o mișcare de bas-

culă, rupând osul până la vîrf. Cu o pensă tăetoare se potrivesc unghiurile operculului osos.

Acest procedeu n'a fost întrebuintat de autor la oameni, dar este incontestabil că găsim într'insul, toate principiile fundamentale ale craniectomiei actuale.



Fig. 4. — Instrumentația lui Gigli. A, ferăstrul de sîrmă; B¹, soncă can. lată văzută în față; B², aceeași în profil; C, osu de balenă conductor.

Trei ani în urmă, în 1889, Wagner a aplicat pentru prima oară, resecțiunea temporară a craniului, la om.

Am văzut deja în ce constă procedeul său. Principiul lui este de a conserva un pedicul cutanat lamboului osteo-cutanat, pentru a 'i asigura nutrițiunea; de aceea acest pedicul trebuie rezervat în tot-d'a-una părții craniului pe unde vin arterele importante, adică spre baza craniului.

Am spus că **Wagner** a abandonat el însuși incisiunea în Ω (omega), pentru a o înlocui cu incisiunea în potcoavă. — În operațiunile lui, a întrebuițat pentru secțiunea osului dalta și ciocanul și a putut ast-fel ridica porțiunii relativ întinse, până la $\frac{1}{3}$ din craniu. În fine lamboul osos este tăiat oblic, tabla externă având o suprafață mai întinsă de cât tabla internă, ceea ce după autor, permite o alipire a lamboului pe o suprafață mai întinsă, și evită scufundarea posibilă a acestuia (vezi fig. 3).

Procedeul lui **Wagner** a fost întrebuițat cu oare-care modificări de mai mulți chirurghi: **Lauenstein**, **Poirier**, **Duret**.

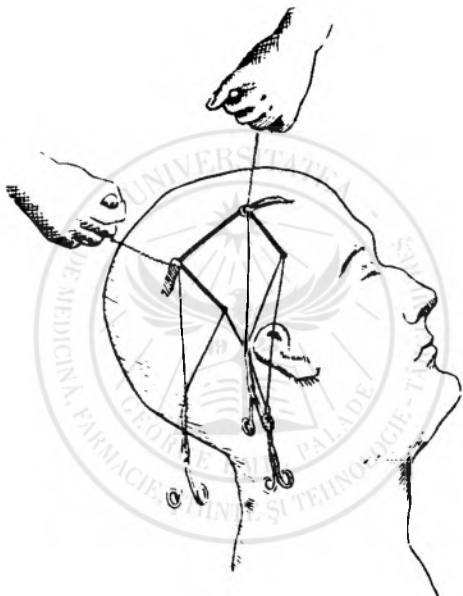


Fig. 5. — *Procedeul lui Gigli. Secțiunea osului cu ferăstrăul de sirmă.*

Salzer propune a tăia baza pediculului cu un ferăstrău lanț, lucrând dinăuntru în afară.

Toison merge mai departe și întrebuițează ferăstrăul-lanț pentru secționarea osoasă pe toată periferia lamboului.

Acest procedeu a fost reluat acum în urmă de **Leonardo Gigli** din *Florența* (*Centralblatt für Chirurgie*, 23 Aprilie 1898), care secționează craniul, cu un ferăstrău de sirmă. Lamboul este pătrat și la unghiurile superioare, aplică două coroane de trepan, iar la unghiurile inferioare, cu perforatorul sferic al lui **Doyen**, face două găuri. Prin aceste găuri se angajează, grație unei sonde cu șghiab,

îndoită la o extremitate în unghiū drept, un os de balenă care servă de conductor ferestăului de sirmă, și 'l conduce ast-fel dintr'o gaură în cea-l'altă, fără să rănească dura-mater (vezī fig. 4 și 5).

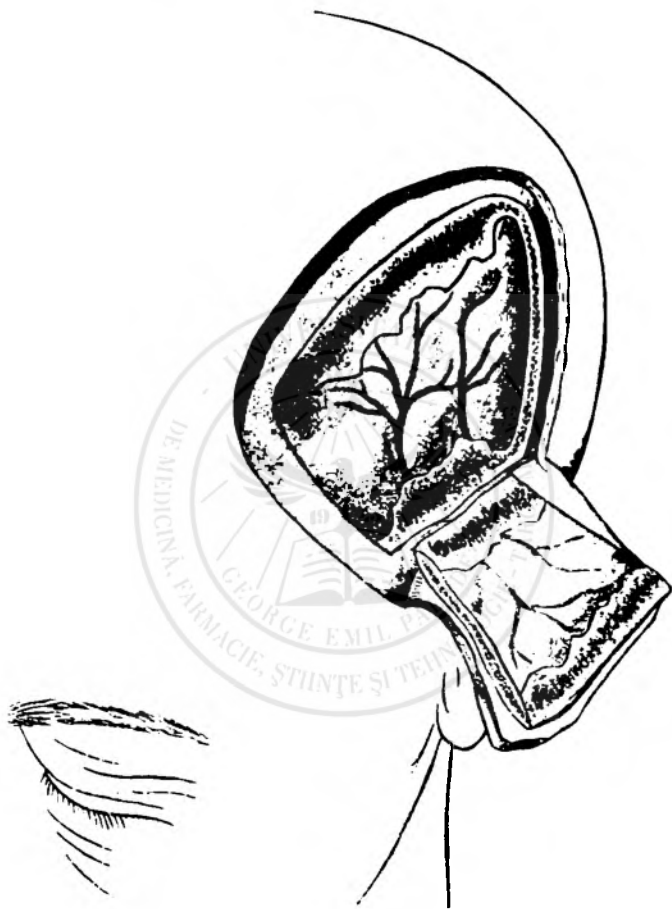


Fig 6. — Procedeul de resecțiune temporară al lui Chipault.; de fie-care parte lamboulul osteoplastic reaplicat, rămâne un șanț definitiv beant, mai mult sau mai puțin larg *AB, CD*.

Bruns a adus o mică modificare procedeuului lui Wagner.— El face lamboul trapezoidal, și la unghiurile superioare ale trapezului

aplică o coroană de trepan. Dacă craniul este subțire, secțiunea osoasă o face cu dalta, iar dacă craniul este gros, secționează stratele superficiale cu ferăstrăul, și termină cu dalta.

Chipault secționează părțile moi până la periost, pe trei laturi ale trapezului, laturea a patra servind de pedicul. — Aplică două coroane de trepan la unghiurile superioare ale trapezului, secțiunea laturilor verticale o face fie prin coroane subintrante de trepan, făcute pe preferință cu pensa trepan a lui Farabeuf, fie cu pensa emporte-pièce a lui Mathieu, fie cu craniotomul lui Lannelongue, fie în fine cu o daltă-craniotom specială a autorului. — Marginea superioară a trapezului este secționată cu dalta și ciocanul, în mod foarte



Fig 7. — Procedul lui Scafi.

oblic, din afară înăuntru. Marginea inferioară este secționată oblic, sub periost.

Acest procedeu, ar avea avantajul de a diminua traumatismul, căci ciocănirea nu s'ar face de cât după deschiderea prealabilă a cavității craniene, ceea ce după Ollier, ar diminua sguđuirea organelor encefalice.

Vom menționa numai, procedeul în două timpuri al lui Scafi, procedeul lui Zuccaro, cu modificațiunile aduse de Padula, în care se întrebunțează un craniotom special, care este bazat pe același principiu ca compasul lui Ambroise Paré, dar care după cum afirmă chiar Padula este încă imperfect pentru a merita o descripțiune amănunțită.

A. Codivilla din *Immola*, într'un articol recent din *Centralblatt für Chirurgie*, 23 Aprilie 1898, descrie un craniotom perfecționat cu care autorul a putut, zice el, practica resecțiunii întinse, chiar hemicraniectomiilor. Acest craniotom se compune din două piese: una servește a fixa aparatul pe craniu, a doua se învârtește împrejurul celei d'întăiu și ia șanțul osos. — Prima piesă consistă dintr'un șurub puternic care se înfige în os, și un mic tripied al cărui

dinți ascuțiți străpungând părțile moi se implantează asemenea în craniu, fixând șurubul și împiedecând orice mișcare a acestuia. — În jurul acestei părți fixe se învârtește un cilindru care este unit prin două axe, cu o tige de 17 cm., terminată printr'un mâner. Pe această tige se fixează o lamă de metal, la 6 cm. de extremitatea fixă a aparatului, lamă care va sculpta șanțul osos. Un șurub limitează porțiunea din lamă ce va intra în os. — În fine în tereastră mânăului, se fixează un cuțitaș, pentru tăerea părților moi, la 1 cm. în afară de linia ce va percurge osteotomul.

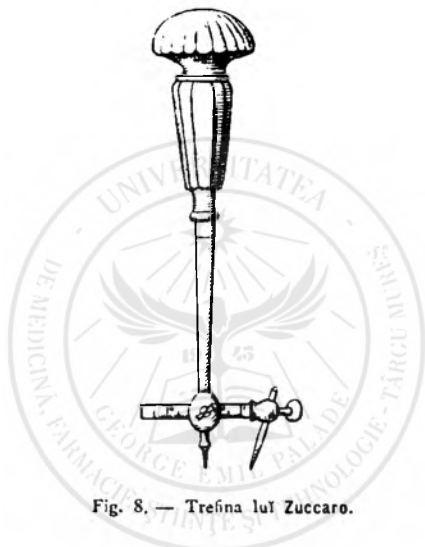


Fig. 8. — Trefina lui Zuccaro.

Operațiunea se face în modul următor: Secțiunea cutanată se practică în două semi-circumferințe, una anterioară alta posterioară, unite împreună printr'o incisiune făcută cu bisturiul; secțiunea osoasă se face prin trei semi-circumferințe, una anterioară, alta posterioară și a a treia mijlocie. Pentru fie-care semi-circumferință se implantează partea fixă a craniotomului la centrul semi-circumferinței, iar partea mobilă tăe succesiv pielea și osul

Autorul ar fi operat ast-fel 3 cazuri cu deplin succes, a 7-a zi plaga operatorie era deplin vindecată.

Toate procedeele de care am vorbit prezintă inconveniente care fac, ca nici unul dintr'insele să nu corespundă la condițiunile unei operațiuni de ales, adică benignitatea, facilitatea și eficacitatea.

Lăsând de o parte incisiunea cutanată, asupra căreia mai toți

chirurgii sunt astăzi de acord, de a admite ca singura bună, incisiunea în potcoavă, ne vom ocupa mai cu seamă de al doilea timp al operațiunei, adică deschiderea craniului.

Aceasta s'a practicat fie cu dalta și ciocanul, fie cu coroane de trepan, fie cu ferăstrăul ordinar, fie cu ferăstrăul în lanț, fie în fine cu craniotoame speciale.

Fie-care din aceste instrumente întrebuințate, prezintă inconvenientul său.

Dalta și ciocanul aplicate pe o suprafață întinsă a craniului,

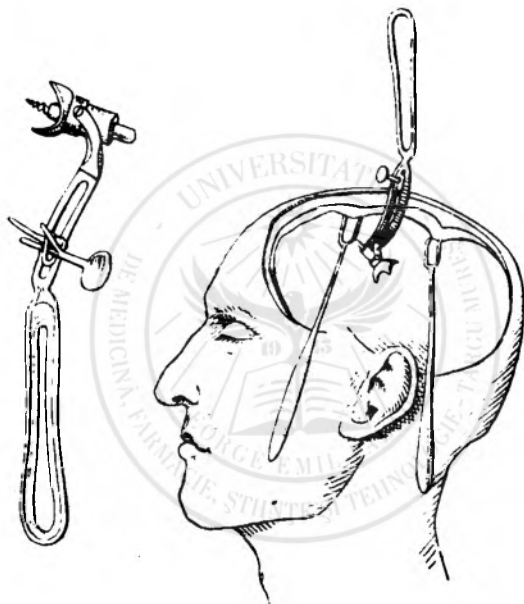


Fig. 9. — Craniotomul lui Codivilla și modul de a-l aplica în hemicraniectomie.

produc incontestabil prin sguđiturile repetate, simptome grave de comouăune cerebrală prin sguđuirea considerabilă a encefalului. — Acest fapt a fost pus în evidență prin experiențele lui Koch și Filehne. Ei au constatat pe animale că ciocănirea craniului prin lovituri puțin violente dar repetate, ast-fel cum se practică în resecțiunile largi ale craniului, făcute cu dalta și ciocanul, determină simptome incontestabile de comouăune cerebrală. — Acestor accident i se atribue cazurile de moarte subită, observate după resecțiuni

întinse ale craniului, tăcute la om cu dalta și ciocanul (Mugnaï, Jaboulay, Auvray).

Șguduitura produsă de dalta și ciocan poate da naștere și la ruptura vaselor friabile, și în cazuri de abcese să le rupă și să producă pătrunderea colecțiunii în ventricul.

Coroanele de trepan, sub-intrante, prezintă inconvenientul lungirei peste măsură a duratei operațiunii, și mai cu seamă producțiunea unei pierderi de substanță, ireparabilă pe linia de secțiune a lamboului osos.

Ferestrăului ordinar, cât de mic ar fi, i se poate reproșa faptul de a nu putea gradua profunzimea la care pătrunde, și a produce ast-fel inevitabil leziunea durei-mater și chiar a substanței cerebrale.

Ferestrăul în lanț, chiar când el este filiform ca acela al lui Gigli, este un instrument greu de aplicat.

Craniotoamele speciale, ca acela al lui Codivilla, sunt instrumente complexe, cari n'ar găsi indicațiunea lor de cât atunci când am fi lipsiți de o instrumentație mai simplă și mai rapidă.

Considerațiunile acestea sunt suficiente pentru a ne arăta că nici unul din instrumentele întrebuițate de autorii menționați, nu merită de a fi considerate ca instrumente de ales.

O altă critică care se poate adresa mai multora din procedeele pe care le-am menționat, este modul de a tăia lamboul osos.

În adevăr, Wagner și alții propun a secționa acest lambou oblic din afară înăuntru, tabla externă având o întindere mai mare ca cea internă.

În acest mod, lamboul osos se aplică ca un capac pe soluțiunea de continuitate, fără ca să se angreneze cu marginea orificiului cranian, ast-fel că la cea mai mică presiune intracraniană ridicată, contactul între suprafețele osoase este suprimat prin interpunerea fie a lichidului cefalo-rachidian, fie a sângelui, și consolidarea ulterioară a operculului devine imposibilă. Acest inconvenient a fost întrevăzut de însuși Wagner, de aceea el propune ca în resecțiunile întinse ale craniului, secțiunea osoasă să se facă direct iar nu oblic.

Craniectomia temporară prin procedeul lui Doyen.

La Congresul de chirurgie de la Paris, din Octombrie 1895, Doyen din *Reims*, a comunicat procedeul său de craniectomie temporară, executat cu o instrumentațiune specială pusă în mișcare fie cu mâna, fie cu electricitatea.

Procedeul manual a fost aplicat de dînsul pentru prima oară la 28 Martie, 1895. Instrumentațiunea electrică a fost aplicată pentru prima oară la 17 August, același an.

Acest procedeu a făcut obiectul unei teze a doctorului Mar-

colte, din Paris, 1896, unde autorul aduce 38 de cazuri, operate unele prin instrumentațiunea cu mâna, altele cu instrumentațiunea electrică.

La Congresul de chirurgie din Paris, în 1896, Doyen a tăcut o nouă comunicare asupra acestei operațiuni și în fine la Congresul din Moscova din 1897, a arătat toate avantajile ce prezintă modul său de a face.

La 2 Februarie 1897, am recurs pentru prima oară la instrumentația lui Doyen, pentru craniectomia temporară și într'un articol apărut în *Spitalul*, din Februarie același an, s'aă arătat pe scurt procedeul și avantajile lui ¹⁾.

De atunci am avut ocaziunea să repet de 15 ori această intervențiune. Resultatele obținute aă fost în parte comunicate la Congresul din Moscova, din 1897.

Intervențiunile pe care le-am făcut, m'aă convins de avantajile pe care le prezintă instrumentația lui Doyen, atât din punctul de vedere al benignității operațiunei, cât și al precisiunei ei. Cred însă că i se pot aduce oare-care modificări, având de scop de a micșora durata intervențiunei, și de a simplifica instrumentațiunea necesară. De aceea în ultimele mele operațiuni, am introdus oare-care modificări procedeului tip al lui Doyen, și pe care le voi descrie aci.

Înainte de a descrie procedeul, voi arăta care este instrumentațiunea lui Doyen, precum și modificările ce am crezut necesar a 'i aduce.

Instrumentațiunea lui Doyen este dublă: una *manuală*, cealaltă *electrică*.

Numai pe cea d'întăiu am avut ocaziunea de a o întrebuința, dar cred necesar de a descrie și pe cea de a doua.

Instrumentațiunea manuală se compune din:

1. Un trepan căruia i se aplică mai întâiu un perforator în formă de lance, fixat într'un cilindru terminal al trepanului printr'un șurub (fig. 10).



Fig. 10. — Trepanul armat cu perforatorul în lance.

Acest perforator este destinat a face gaura de angajare pentru perforatorul sferic care dă acestei găuri dimensiunile voite.

¹⁾ Vezi *Spitalul*, No. 3, pag. 62, 1897.

2. Perforatoarele sferice sunt de diferite dimensiuni care se pot reduce la 4 tipuri, de 4, de 8, de 12 și de 16 milimetri. — Aceste perforatoare sunt construite astfel pentru a înlătura, pe cât lucrul este posibil, rănirea durei-mater și pătrunderea în encefal. — Aceste perforatoare sferice sunt adaptate la același cilindru terminal al trepanului de care am vorbit (fig. 11, 12, 13 și 14).

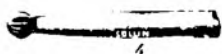


Fig. 11.

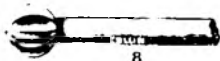


Fig. 12.

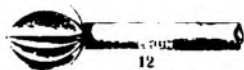


Fig. 13.



Fig. 14.

Perforatoare sferice de 4, 8, 12 și 16 milimetri.

3. Un măsurător (fig. 15) destinat a indica grosimea craniului, la nivelul găurilor făcute cu perforatorul sferic.



Fig. 15. — Măsurător pentru grosimea craniului.

4. Un ferăstrău cu cursor rectilin. Acest ferăstrău se compune (fig. 16) din : un mâner metalic terminat printr'o extremitate



Fig. 16. — Ferăstrău cu cursor.

cilindrică despăcată pe o întindere de 6 cm., în care despăcătura se introduce lama ferăstrăului. Aceasta este construită astfel că se poate fixa în despăcătura mânerului. Înălțată de 3 1/2 cm., lungă de 6 1/2 cm. la partea sa inferioară, groasă de 1/3 dintr'un milimetru, această lamă prezintă aproape de marginea superioară o scobitură pentru a se îmbuca în mâner, și un orificiu destinat a lăsa să

treacă șurubul care o fixează de mâner. Pe lamă și pe mâner se aplică un cursor gradat printr'o scară de 12 milimetri și fixat de mâner printr'un șurub care trece prin cursor, mâner și lama de ferăstrău. — Grație acestuî cursor se poate gradua întinderea lamei de ferăstrău, necesară pentru a secționa craniul în toată grosimea lui, afară de tabla internă, și fără a atinge dura mater și creierul.

Pentru a preciza porțiunea de lamă care trebuie lăsată să pătrundă în craniu, se slăbește șurubul care fixează cursorul și acesta putând să se misce liber, în mâner și pe lamă, se fixează la o înălțime a lamei, corespundență cu grosimea craniului constatată prin măsurător.

5. Un clește tăetor (pince emporte-pièces), al cărui dinte tăetor are $2\frac{1}{2}$ milimetri de lățime, și extremitatea activă este limitată printr'un cioc foarte pronunțat, înalt de 3 milimetri, destinat a limita pătrunderea dintelui tăetor la o mică porțiune a craniului, permițând astfel de a secționa craniurile cele mai groase fără risc de a rupe instrumentul (fig. 17).



Fig. 17. — Clește tăetor.

6. O daltă specială, aproape boantă, rotunzită la unul din unghiuri și având la cel'l'alt o ridicătură netedă, destinată a împedea instrumentul de a pătrunde prea profund. — În instrumentația lui Doyen sunt trei dălți de lățime diferită, având 6, 8 sau 10 m m. (Fig. 18).



Fig. 18. — Daltă pentru craniectomie.

Aceste dălți sunt destinate a completa secțiunea craniului, făcută de ferăstrău, și de a crăpa pediculul lamboului osos, înainte de a fi rupt prin ridicare.

Afară de această instrumentațiune specială, trebuie adăogată instrumentațiunea accesorie compusă din bisturiu, foarfecă, pense hemostatice, ace de cusut, răzușă, pensa lui Nelaton și un ciocan metalic.

Instrumentația electrică ¹⁾. — Ideea de a întrebuința frese și ferestre rotative pentru operațiunile asupra oaselor, și în particular asupra craniului, se urcă la o dată foarte veche și se găsește cea mai mare varietate de aceste instrumente în cărțile de la finele secolului XVIII și începutul celui XIX (Perret, în *Franța*; Retorfer în *Germania* etc.).

Descoperirea micilor motorii electrice, readuce în onoare această instrumentațiune mecanică, de mult timp abandonată, afară de încercările, infructuoase de alt-fel, ale lui Ollier și ale lui Pean.

Horsley, Bergmann, Krause, Laplace, etc. întrebuințară mici ferestre mișcate de motorii electrice, având un curent de 6—10 volți și 1—3 mii învârtituri pe minut.

S'au întrebuințat diferite metode pentru a protege dura-mater. Cu toate încercările numeroase, instrumentația fiind de o fineță într'adevăr excesivă, în raport cu forța ce trebuie pusă spre a divide cu mâna țesutul osos, fu în curând părăsită aproape cu totul. — Horsley mai ales, reveni la trepan, ferestrău, pensă-tăetoare și daltă.

Ce se putea face cu acești motorii, ce se opresc cu degetul, fără risc de a se răni!

Doyen, mirat de insuficiența instrumentației electrice, atât de lăudată pentru un moment, studie cestiunea din punct de vedere mecanic și recunoscă de la primele încercări, că era necesar: 1. De a întrebuința motorii de o putere mult superioară omului celui mai viguros, decî capabilă de a ataca fără sforțare aparentă, oasele cele mai tari; 2. De a determina cu îngrijire tipurile cele mai bune de frese și ferestre, pentru a ataca țesutul osos viu, cele mai multe din instrumentele anterioare neavând nici forma nici dimensiunile necesare pentru a da un rezultat suficient, în această privință cu totul specială.

Doyen a stabilit trei tipuri de motoare așezate pe un suport de lemn, de un model uniform, având 1,60 m. înălțime: 1. Un motor cu curenți continuu, ușor de construit pentru un voltagiu anumit (în general 110—120 volți); 2. Un motor cu curenți alternativi; 3. Un motor cu gaz sau petrol.

Axa pe care se adaptează cordonul flexibil, se află la 1,60 m. d'asupra solului și face aproximativ 2500 învârtituri pe minut. Un întrerupător potrivit fie-cărui fel de motor, este anexat acestor aparate.

Mișcarea e transmisă prin ajutorul unui cordon flexibil de 2 metri de lung. Acest arbor flexibil, imaginat de Doyen, e compus cum se vede din desenul alăturat (fig. 10), dintr'o serie de elemente cilindrice, terminate la fie-care extremitate, prin trei dinți, separați prin scobituri intermediare, tăiate sinoidal, așa că mișcarea unui element pe cel-l'alt, se face pe segmente sferice. — Aceste

¹⁾ Marcolte, teză din Paris, 1896.

elemente sunt înșirate pe un cordon metallic elastic și se învârtesc într'o teacă metalică asemenea flexibilă.

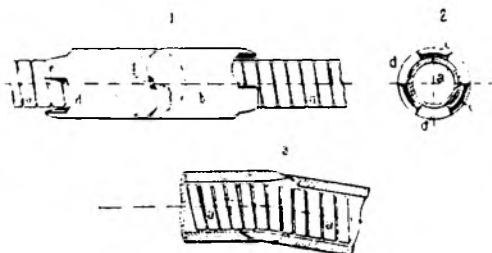


Fig. 19. — Cordon flexibil de transmisie pentru instrumentația electrică a lui Doyen. — 1. Articularea elementelor cilindrice: *a*, cordonul flexibil; *b*, teaca; *c*, dinți de articulație; *d*, scobiturile de articulație. — 2. Secțiunea cordonului, perpendiculară pe axă; aceleași litere. — 3. Secțiunea cordonului paralel axei.

Extremitatea la care se fixează instrumentele, este construită așa ca unsoarea groasă în care se învârtesc elementele cordonului să nu poată fi aruncată afară. La această extremitate se adaptează

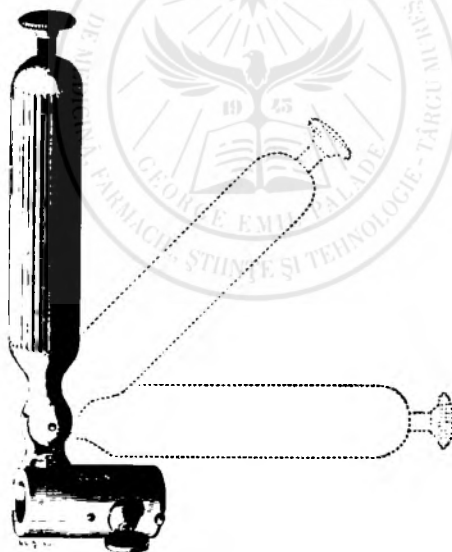


Fig. 20. — Mâner cu genuchiū mobil, în trei pozițiuni.

un mâner special, având un genuchiū mobil, fixându-se printr'un șurub. Acest mâner (fig. 20) se poate așeza, prin ajutorul altui șurub, fie perpendicular, fie oblic, fie paralel cu axa de rotațiune.

Extremitatea cordonului flexibil, prezintă un orificiū cilindric de 8 mm. în care se fixează direct, printr'un buton cu resort, o serie de *porte-outil* (fig. 21 și 22) care pot fi scoase asemenea instantaneu, și care servă a fixa frese, ferestrae, mortezeze și perforatoarele (vezi fig. 11, 12, 13 și 14) de diferite modele întrebunțate de autor.

Mortezezele (*mortaiseuses*) sunt de două feluri, tăișul lor e dințat. Unele sunt tăetoare la extremitatea lor, ce se poate lăsa afară din *porte-outil*, de un număr anume de milimetri, așa că, dacă vrem, să nu atace de cât tabla externă. Cele-l'alte au extremitatea pre-



Fig. 21. — Porte-outil armat cu o fresă.

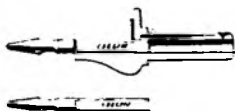


Fig. 22. — Mortezeze, una boantă, cea-l'altă perforatoare adaptată la porte-outil.

văzută de un nasture hemisferic, care permite, pe craniū de grosime medie, de a tăia osul până la dura-mater fără pericol de a răni această membrană, chiar pe conturele cele mai sinuoase.

Fresele (*fraises*) sferice, sunt aceleași ca pentru instrumentația de mână; dar există două numere mai mici, care nu sunt necesare pentru instrumentația de mână; în total patru tipuri, de 4, 8, 12 și 16 milimetri diametru. Așcuțișul e făcut așa ca să taie cât mai mult fără a se strica dințiș. Aceste frese taie osul cu o repeziciune extremă, fără pericol de a răni dura-mater.



Fig. 23. — Ferestrău prevăzut de o rondelă.

Ferestraele sunt de două feluri: Unele de oțel subțire, au tăetura ferestraelor pentru fildeș și fac o secțiune de un milimetru. Cele-l'alte sunt formate de discuri de oțel, scobite la mijloc și având dinți alterni. Acestea fac un șanț de $2\frac{1}{2}$ milimetri aproximativ. Primele sunt destinate a tăia craniul până la tabla internă exclusiv; pentru aceasta li se anexează o serie de runde numerotate 1, 2, 3, până la 10, fixându-se între *porte-outil* și *ferestrău*, așa că nu lasă liberă de cât o coroană tăetoare de numărul corespunzător de milimetri. (Fig. 23). Diametrul ferestrăului fiind de exemplu de 40 mm.

acela al rondelei No. 1 este de 38 mm. No. 2 de 36. No. 10 de 20 mm. Aceste rondele lasă dar împrejurul lor o proeminență tăitoare de 1, 2—10 mm. Se întilnesc într'adevăr craniul, atingând în caz de hiperostoză, 25—30 mm.

Alte ferestre analoge, dar cu dinți mai puternici, de 60, 80, 100, 120 mm. diametru, pot fi adaptate pe același porte-outil (fig. 24) și servă la resecția maxilarului, cotului, genunchiului etc.

Al doilea tip de ferestru, din care un singur model, acela de 45 mm. e întrebuințat de Doyen pentru craniile de o grosime



Fig. 24. — Ferestru pentru resecția genunchiului.

comună, variind între 3—10 mm. este destinat a tăia toată grosimea osului până la dura-mater. Acest instrument trebuie să fie așezat într'un port-ferestru special (fig. 25), provăzut de un protector pentru dura-mater. Acest instrument se mănuește în modul următor: așezând protectorul așa ca să vie tangent marei axe a terestruului, fără a fi atins de acesta (un foarte mic interval e suficient), îl introducem într'o gaură făcută de fresă. Ferestruul e ținut cu mâna stângă, care ține și extremitatea cordonului flexibil, al



Fig. 25. — Măner port-ferestru special cu protector pentru a secționa toată grosimea craniene.

cărui miner e așezat de astă-dată, paralel axei de rotațiune și care face ca axul ferestruului să alunece în creștătura verticală a port-ferestruului, până la contactul craniului. Instrumentul pus în mișcare secționează ast-fel vertical bolta craniene, descinzând în fundul creștăturii, ajunge în interiorul cavității craniene, în vecinătatea protectorului, și atunci e destul de a împinge înainte tot instrumentul, pentru a tăia craniul în câte-va secunde, pe o lungime de 4, 6 sau 8 cm

Delta e aceeași pe care am descris-o pentru operațiunea făcută numai cu mâna, fără ajutorul unei forțe motrice streine.

Manualul operator

Voiu da mai întâiu, servindu-mă de tesa lui Marcotte, manualul operator ast-fel cum îl practică Doyen, iar în urmă voiu arăta modul meu de a face și modificațiunile ce am adus acestei operațiuni.

Doyen împarte manualul operator, în *ingrijiri preliminare și operațiunea*.

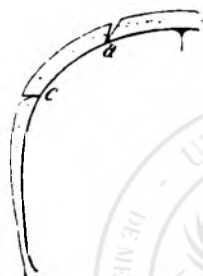


Fig. 26. — Mic lambou cranian al lui Wagner, tăiat oblic. — In *a* și *c* reaplicarea teoretică.



Fig. 27. — Alunecarea în interiorul cavității craniene, a extremității (*a*) unui mic lambou osos.

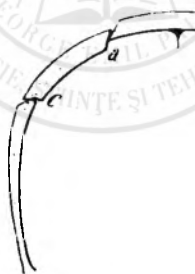


Fig. 28. — Infundarea întregului lambou în urma pierderii de substanță superficială, imposibil de evitat când craniul este gros.

Ingrijiri preliminare. — Bolnavul după ce a fost tuns și ras, capul este spălat cu apă caldă și se pun, apoi cu sublimat 1‰ și acid fenic 2 1/2 ‰. — O bandă de cauciuc, îngustă dar puternică este aplicată pe limitele bolței craniene, trecând înainte pe bosele frontale, pe laturi pe d'asupra urechilor, înapoi la nivelul concei occi-

pitalului. — Această bandă de cauciuc trebuie să facă de două ori ocolul capului. Extremitățile ei sunt fixate printr'o pensă.

Operațiunea. — a) *Inciziunea părților moț.* — Linia sagitală și protuberanța occipitală sunt indicate de asistent cu extremitățile digitale, operatorul circumscrie dintr'o singură tăetură de cuțit, mergând până la periost și în formă de potcoavă, lamboul cutanat corespunzând pierderii osoase ce va executa.

b) *Secțiunea și mobilizarea lamboului osos.* — Acest timp diferă, după cum se întrebunțează instrumentațiunea normală sau că se servește de motorul electric.



Fig. 29. — Lambou mare al lui Doyen, arătând reaplicarea sa exactă în dreptul secțiunii tablei interne.

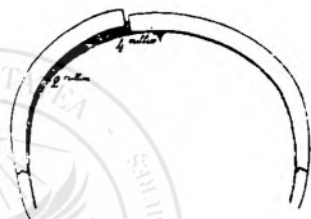


Fig. 30. — Modul de mărire al cavității craniene, prin ridicarea permanentă a lamboului, după liberarea durei-mater (Doyen). — Ridicarea în *a* este de 4 mm., ceea ce dă o ridicare medie de 2 mm. și pentru un lambou de 150 cm. p., o mărire a capacității craniene de 30 cm. c.

A) *Operațiunea cu instrumentațiunea manuală.*

Se începe cu perforatorul în lance un număr de orificii variabil, de exemplu 6 pentru hemicraniectomie, cuprinzând aproape totalitatea parietalului, conca frontalului și temporalului; apoi se înlocuiește perforatorul în lance cu un perforator sferic de 12 mm., cu care se lărgesc cele 6 orificii până ce dura-mater este pusă în evidență. — Grosimea craniului măsurată, se regulează cursorul, pentru a menaja tabla internă și se secționează în cinci segmente până la tabla internă exclusiv, intervalele care separă orificiile de-a lungul convexității lamboului.

Pentru a evita pătrunderea în interiorul craniului a lamboului osos detașat, cum s'ar putea întâmpla în procedeul lui Wagner (vezi fig. 26, 27 și 28). Doyen lasă de fie-care parte a lamboului și aproape de punctul culminant, două punți din tabla internă, care vor fi secționate cu dalta (fig. 29 și 30).

Aceste punți se găsesc una în apropierea bazei frontale, cealaltă îndărătul bazei parietale. În acest mod se poate resecta fie în cursul primei operațiuni, fie mai târziu, o întindere oarecare a boltei, corespunzând de exemplu unui centru de epilepsie jacksonienă, care a fost extirpat.

Tabla externă odată secționată cu ferăstrăul cu cursor, se completează secțiunile cu pensa tăetoare, care crează astfel o pierdere de substanță de aproape 3 milimetri de lărgime, afară de cele două punți de care am vorbit.

Acestea sunt ridicate cu dalta aleasă după grosimea craniului și al cărei unghiul bont, este introdus în dreptul uneia din extremitățile fiecărei punți. Spargerea osului se face fără mare efortare,



Fig. 31. — În 1, 2, 3, 4, 5 și 6 orificii făcute cu fresa; $c-c'$ pediculul; secțiunea între punctele 2-3 și 4-5 reprezintă punțile sparte cu dalta; secțiunea între 3-4 trecând prin d indică fragmentul osos ridicat.

fără sdruncinare cerebrală și fără cel mai mic pericol de a răni dura-mater sau de a pătrunde prea profund.

Convexitatea lamboului fiind complet izolată, nu mai rămâne pentru a descoperi dura-mater de cât a fisura pediculul și a răsturna capacul osteocutanat peste ureche. În acest scop se întrebuițează dalta care a servit a sparge cele două punți osoase, unde tabla internă fusese conservată. Se fisurează pediculul osos dând în punctele 1 și 6 (fig. 31), două lovituri de dalta, în direcțiunea comisurii superioare a urechei. Lamboul osteocutanat este ridicat în 3-4, cu o răzușă, apucat cu degetele și răsturnat, conservând în largul scări pedicul cutanat, artera temporală și ramurile ei.

Traseul lamboului poate să varieze în întindere. — El poate

incepe în apropierea protuberanței occipitale externe înapoi, pentru a urmări la distanță de 10 milimetri în afară sutura sagitală și a atinge înainte bosa nasală. În cazurile ordinare, unde explorarea extremității anterioare a lobului frontal nu este utilă, este suficient de a face secțiunea cutanată în partea anterioară pe limita inserțiunii părului. În acest mod se obține la copii o decomprimare cerebrală suficientă și la adulți o soluțiune de continuitate capabilă de a permite explorațiunea întregului emisfer.

Dacă se găsește o leziune vizibilă, dura mater va fi incisată la acest nivel, în caz contrariu incisiunea acesteia se va face înainte și înapoi, între ramurile principale ale arterei meningeae medii, și la 8—10 milimetri de secțiunea osoasă.

În acest mod creierul este menținut la nivelul părții mijlocii a lamboului și degetul poate explora înainte și înapoi, toată suprafața emisferului.

B) Operațiunea cu instrumentația electrică.

Singurul timp care merită o descriere specială, este tăerea lamboului. Se practică numai trei orificii. O fresă de 12 milimetri prealabil adaptată la un porte-outile, este fixată la extremitatea flexibilului. Mănerul este fixat în unghiul drept pe axa de rotațiune. Aparatul ținut cu amândouă mâinile, cea stângă pe flexibil, cea dreaptă pe mâner, adică în două direcții diferite, poate fi menținut ast fel cu toată forța necesară, pentru a permite întrebuițarea freselor sau mort-zezelor puternice, fără pericol de a face escapade în părțile moi sau în profunzime, inconvenient asupra căruia n'avem să insistăm. Cele două mâini trebuie să ia un punct de sprijin pe capul bolnavului și pe marginea mesei de operațiune.

Aparatul pus în mișcare, craniul este atacat mai întâi îndărăt, (pentru partea stângă), în vecinătatea părții posterioare a pediculului.

Fresa este aplicată cu polul său, unde e mai puțin ascuțită; îndată ce osul e puțin atacat, se lucrează lateral, înclinând puțin axa de rotațiune. Axa fresei, întorcându-se oblic în raport cu normala, după câte-va minute ia punct de sprijin pe tabla externă, în dreptul marginii orificiului, împiedecând ast-fel oricce pătrundere bruscă a instrumentului, în interiorul craniului. Am semnalat deja, că ascuțitul fresei e așa că nu rănește dura-mater (fig. 32).

Acest instrument e dar fără pericol, numai într-o mână destul de puternică și cu oare-care obicinuiță de mecanică. Zecă până la două-zeci de secunde, sunt de ajuns pentru a face fie-care orificiul până la dura-mater.

Am văzut că primul orificiul este făcut la extremitatea posterioară a incisiei cutanate. Al doilea este făcut apoi cam la 4 cm. înapoia planului auriculo-bregmatic, cel d'al treilea la extremitatea

anterioară a incisiei, în apropiere de apofisa orbitală externă, de exemplu, sau de arcada sprâncenoasă, dacă se operează la stânga.

Craniul este atunci secționat în toată grosimea, mai întâi de la gaura posterioară până la 3—4 cm. mai sus, apoi de la gaura mijlocie, paralel cu sutura sagitală, pe o întindere suficientă; în fine de la gaura anterioară, urcând către extremitatea celui de al doilea traiect, până la 3 cm. de această extremitate. Două punți vor fi lăsate ast-fel: una în dreptul bazei frontale, alta înapoia bazei parietale.

Pentru a secționa craniul, mânerul mobil fiind așezat paralel cu axa flexibilului, și ferăstrăul cu dinți alterni, în diametru de 45 mm. fixat în *porte-outil*-ul său, și acesta la extremitatea cordonului, port-ferăstrăul cu cursor e apucat cu mâna dreaptă, cursorul e introdus prin orificiul posterior între os și dura-mater, pe care o deslipește ușor, și ferăstrăul așezat în scobitura verticală dispusă a 'l primi, până la contactul craniului. Instrumentul punându-se în



Fig. 32. — Fresă perforând craniul și împingând dura-mater; *cr.* craniu; *dm.* dura-mater.

mișcare, descinde mai întâi profund în scobitură, în fundul căreia când craniul e tăiat în toată grosimea, cade axa ferăstrăului, într-o opritoare de formă semi-cilindrică (vezi fig. 25).

E suficient atunci de a împinge înainte mânerul port-ferăstrăului, pentru a prelungi secțiunea pe o lungime de centimetri dorită. Ast-fel se fac cele trei incisiuni indicate mai sus; două dinapoși înainte pentru partea stângă, a treia dinainte înapoși (vezi fig. 38, pag. 29).

După aceasta trebuie tăiată tabla externă în dreptul celor două punți osoase lăsate. Măsurând grosimea osului cu instrumentul indicat (pag. 15) se fixează pe flexibil, după ce s'a readus mânerul în pozițiune verticală pe axa de rotație, unul din ferăstraiele adaptate cu rondule, așa ca să convină grosimei craniului de operat. (Două sau trei *porte-outil*-e, au fost adaptate, înainte de operație, cu ferăstraie și rondule, lăsând să proemine coroane tăetoare de 2, 3 și 4 mm., de exemplu pentru un copil, de 4, 5 și 6 mm. pentru adult).

Forte-outil-ul provăzut cu ferăstrăul convenabil, este dar ales îndată, grație numărului vizibil de pe disc, și care corespunde precum am spus, profunzimei ce va avea secțiunea. Ferăstrăul convenabil este aplicat pe cele două punți osoase, tăind tabla externă, apoi motorul electric e definitiv oprit.

Spargerea tablei interne în dreptul acestor două punți, crăparea pediculului osos și restul operațiunii, se practică după cum am arătat terminând descripția operațiunii făcută cu mâna.

Traseul lamboului osos pe suprafața craniului, poate fi variat după dorință, fără a necesita vre o modificare a tehnicei operatorii descrise. Vom vedea mai departe, vorbind despre epilepsie, că după facerea lamboului cutanat, Doyen resecă în present, tot-deodată, un segment osos de oare-care întindere în vecinătatea suturei sagitale, făcând cu ferestrăul două secțiuni, una plecând de la a doua gaură, paralel cu sutura sagitală, a doua mai jos și îndreptată pe un meridian oblic către bosa parietală.

Cu instrumentația electrică, 4 minute sunt suficiente pentru un copil, și 6—8 minute la adult, în cazurile unde craniul are 8—10 mm. de grosime, pentru a face un lambou, coprinzând o treime sau chiar jumătate din întinderea bolței craniene.

Timpu al 3-lea. — Manoperile intra-craniene. — Acest timp variază după diferitele cazuri clinice: tumori cerebrale, epilepsie esențială, microcefalie.

Tumorile cerebrale. — Aci intervențiunea largă găsește o mare importanță, permițând a descoperi tumoarea, ori-care ar fi sediul ei. Tumoarea poate fi superficială și existența ei să fie constatată imediat, grație schimbării de rezistență a scoarței cerebrale, iar dacă este profundă, dura mater fiind răsturnată, se pot practica manoperile profunde necesare, ca puncțiunile exploratrice, incisiunea creierului, enucleațiunea tumorei etc. Operațiunea terminată, regiunea este spălată cu acid fenic 2 1/2 la sută, apoi cu apă sterilizată. Acidul fenic slab n'ar avea nici o acțiune nocivă asupra creierului. Dura-mater este suturată sau nu. În cazurile de abces, când drenajul este necesar, Doyen măsoară cu un compas (vezi fig. 33)



Fig. 33. — Compasul lui Doyen pentru raperarea punctului de stabilit orificiul drenului d'asupra leziunii craniene.

distanța care separă locul leziunii de cele două orificii făcute cu perforatorul sferic; se reaplică lamboul osteo cutanat și se indică locul leziunii prin intersecțiunea celor două circumferințe la suprafața pielii. În punctul astfel determinat se face cu perforatorul sferic un orificiu care va servi la drenaj. Dacă acesta este inutil, se ridică la locul determinat un mic cub de piele de câțiva milimetri, conservând tot dermul, pentru a conserva astfel un indice cutanat indelebil, care va putea servi în urmă.

Pielea este suturată printr'un surget cu fir de Florența, cu

un ac special, iar extremitățile firelor sunt fixate fie printr'un nod, fie prin tuburile lui Galli.

Epilepsia jacksoniană. — Câte-odată această boală este consecința tumorilor meningelor sau a leziunilor superficiale ale scoarței, altă dată nu există la suprafața creierului nici o leziune manifestă. Avantajele hemicraniectomiei temporare în aceste cazuri sunt vădite, căci grație ei, explorațiunea se poate face pe un câmp întins și leziunile sau centrul de unde pleacă accesul de epilepsie pot fi găsite, ceea ce de multe ori nu se poate obține prin trepanațiunile limitate. În cazurile când nu există o leziune vădită, Doyen urmând metoda lui Horsley, practicând resecțiunea porțiunii din zona motrice, a cărei excitațiune provoacă un acces tipic de epilepsie, astfel după cum a fost observat la bolnav.

Ast fel în cazurile de epilepsie jacksoniană, începând prin mâna stângă, întinzându-se la braț, umăr, generalisându-se și dacă regiunea rolandică nu prezintă nici o leziune manifestă, cu ajutorul unui excitator special (fig. 34), ușor de sterilizat și pus în contact cu



Fig. 34. — Excitator electric sterilisabil.

cei doi poli ai unei mașini medicale ordinare de inducție, provoacă aparițiunea mai multor accese tipice, excitând centrul motor al mușchilor extensor și flexor al degetelor d. ex. Excitațiunea electrică permite a explora ast fel toată întinderea câte-odată considerabilă, a cărei excitațiune provoacă atacul. Porțiunea corespondentă a creierului ast-fel precis delimitată este resecată, după ce s'aū legat cu mătase fină principalele vase care o nutresc. Doyen face resecțiunea cerebrală cu bisturiul și păstrează în profunzimea comisurilor circumvoluțiunilor câți-va milimetri de substanță cenușie, ceea ce pare a asigura revenirea mișcărilor în zona paralizată momentan prin operațiune. Doyen crede că câte-odată ar fi necesar de a resecta o porțiune din bolta osoasă, în fața punctului unde s'a extirpat scoarța, pentru a evita formațiunea unui coagul sanguin și compresiunea locală secundară. Această resecțiune s'ar putea face și mai târziu dacă reaparițiunea atacurilor ar indica formațiunea unor atare coaguli.

Epilepsia esențială — În primele operațiuni Doyen reaplica lamboul osteo cutanat, căutând a 'l îmbina imperfect pentru a 'l lăsa puțin ridicat și lăsa intactă o punte din dura-mater la punctul culminant. Fiind condus însă la intervențiunii secundare, fie pentru a ridica lamboul osos și a secționa puntea durei-mater, fie pentru a extirpa printr'o a doua operațiune la nivelul punctului culminant al lamboului un segment osos, cu marele diametru paralel cu su-

tura sagitală, având o lărgime maximală de 25—30 mm. (vezi fig. 31), resecțiune care avea de scop a diminua presiunea intra-craniană, Doyen a modificat procedeul primitiv, resecând această porțiune osoasă la prima intervențiune și asigurând ast-fel de la început diminuarea tensiunii intra-craniane, iar pentru a nu avea o decompresiune imediată prea mare, coase lamboul de dura-mater la punctul culminant corespunzând pierderii de substanță osoasă printr'o cusătură pe muche, făcută cu un fir lung de Florența, ale cărui capete sunt scoase la nivelul pielii (vezi fig. 35), și după 6—8 zile,



Fig. 35. — Sutura durei-mater în craniectomia temporară.
1, 2, 3, 4, 5, 6, găuri făcute cu perforatorul sferic.

când reunirea tegumentelor este asigurată, și nu mai există teamă de shock prin decompresiune, care ar putea aduce în cursul operațiunii o sincopă mortală, scoate firul de Florența pus pe dura-mater, trăgând de unul din capetele acestui fir. — Ast-fel puntea mediană din dura-mater este liberată și decompresiunea asigurată.

Microcefalie și idioție. — În microcefalie Doyen practică mai multe intervențiuni succesive (vezi fig. 36); în prima operațiune face hemicraniectomia resecând o porțiune din os ca în cazul precedent și liberează dura-mater pe o întindere mare, însă asigură o decompresiune lentă prin cusătura temporară a acesteia, ca în cazul precedent. A doua intervențiune consistă în hemi-craniectomia

practicată în partea opusă; în fine într'o a treia intervențiune, mobilizează puntea osoasă mediană prin cleștele țâțetor, cu care face o fisură transversală, rămânând ast-fel două capace putând fi mo-

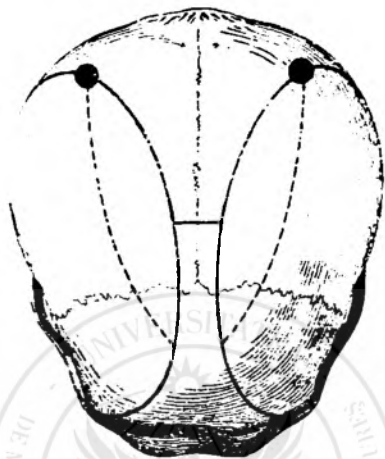


Fig. 36 — Traseul intervențiilor succesive în microcefalie și idicție.

bilizate prin creșterea encefalului. În cazurile de pachimeningită seroasă subarahnoidiană unde creurul se găsește la o distanță de 6, 8 până la 16 mm. depărtat de fața internă a durei-mater și



Fig. 37. — Craniectomie temporară frontală.

inoată în mijlocul unei adevărate calote edemațiate, incisiunea durei mater trebuie făcută pe o mică întindere, pentru a evita eșirea

abundentă a lichidului subarahnoidian și decomprimiunea bruscă a creierului care poate da naștere la shock mortal.

Timpul al 4-lea. — Inchiderea plăgei. — Lamboul osteo-cutanat este reaplicat și pielea cusută cu fir de Florența, peste muche. Drenagiul îl face în cazurile anumite, apoi pansament compresiv.

Modificațiunile traseului lambourilor osoase. — Craniectomia temporară putându-se adresa unui anumit punct al suprafeței creierului, traseul lamboului osos va varia după regiunea cerebrală care trebuie să fie căutată. Doyen descrie modul de a descoperi extremitatea anterioară a lobului frontal și a etagiului anterior al bazei craniului, pătrunderea în etagiul mijlociu al bazei craniului și resecțiunea ganglionului lui Gasser, trepanațiunea apofisei mastoide, descoperirea sinusului lateral și a fosei cerebeloase.

Extremitatea anterioară a lobului frontal poate fi descoperită printr'o craniectomie făcută pe conca frontalului (vezi fig. 37). Apofisa orbitală externă este tăiată cu ferestrăul și mobilisată cu dalta. Baza lamboului osos este transversală între rădăcina nasului și apo-



Fig. 38. — Traiectul a diferite lambourii de craniectomie temporară făcute cu instrumentația electrică.

fisa orbitală externă, la nivelul bolței orbitei, înapoia sinusului frontal.

Pentru a pătrunde în etagiul mijlociu al bazei craniului, și a atinge lobul temporal sau fața anterioară a stâncei, prin urmare ganglionul lui Gasser, originea sinusului lateral, sinusul coronar și glanda pituitară, Doyen practică un lamboi cuprinzând extremitatea posterioară a conței frontalului, marea aripă a sfenoidului, o parte din extremitatea anterioară a parietalului și solzu temporalului.

Pediculul acestui lamboû trebuie să fie postero-inferior și să co-prindă ramurile principale ale arterei temporale. Secțiunea osoasă trebuie să fie practică la limita exactă a fosei temporale și pte-rigo-maxilare pentru a avea în jos cât mai mult spațiu posibil (vezi fig. 38).

Pentru trepanațiunea apofisei mastoide și deschiderea largă a peșterii mastoidiene, Doyen întrebuițează, mai întâi perforatorul în lance, apoi cel sferic de 16 mm. ceea ce permite a crea o largă cale și a goli dintr'odată apofisa mastoidă. Grație perforatorului sferic, sinusul lateral este împins fără a putea fi rănit. Prin această cale se poate explora facil sinusul lateral în cazul când acesta ar fi sediul unei flebite.

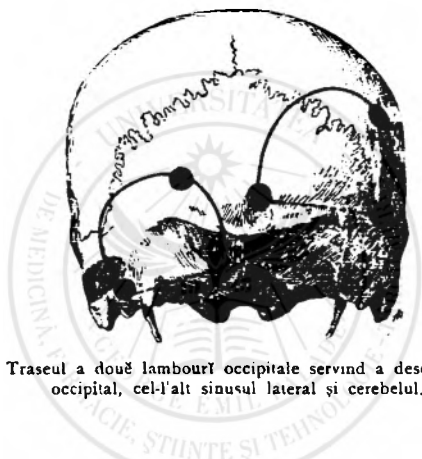


Fig. 39. — Traseul a două lamboûrî occipitale servind a descoperi unul lobul occipital, cel-l'alt sinusul lateral și cerebelul.

Pentru a pētrunde în fosa cerebrală și a pune în evidență sinusul lateral pe o mare întindere, se face un lamboû cu pedicul inferior, situat pe limita regiunii mastoidiene a temporalului și pe conca occipitalului. Lamboul poate fi la fosa cerebrală sau la fosa cerebeloasă (vezi fig. 39). Limita internă a lamboului osos trebuie să fie distanțată de 20 mm. cel puțin de linia mediană.

Modificațiunile aduse procedului lui Doyen

A) Instrumentațiunea

N'am avut ocaziunea să întrebuițez de cât instrumentațiunea manuală, ceea ce m'ă permis a recunoaște inutilitatea unora din instrumentele descrise de Doyen, și necesitatea de a modifica altele.

Cleștele tăetor al lui **Doyen**, prezintă două inconveniente. Primul este că vârful tăetor este aproape orizontal și prea lung; al doilea, ramurile prea scurte, și îi lipsește un punct de rezam pentru a permite de a 'l apuca bine în mână.

Pentru a remedia aceste două inconveniente, am construit alt clește (vezi fig. 40), al cărui vîrf tăetor este recurbat mai mult ca al celui precedente, și porțiunea tăetoare este mai scurtă, ceea ce permite de a apuca un segment mai mic din craniu, și de a 'l secționa cu mai mare ușurință. Ramurile cleștelui, sunt mult mai lungi și cea inferioară prezintă un pinten, destinat a opri alunecarea mâinei în momentul închiderii cleștelui. Grație scurtării porțiunii



Fig. 40. — Clește tăetor pentru craniu, modificat de Profesorul Th. Ionescu.

tăetoare și lungirii ramurilor cleștelui, precum și pintelului de care am vorbit, instrumentul are o forță mult mai mare, căci pârghia fiind mult mai lungă mărește forța cleștelui. De alt-fel întrebuițarea acestui clește nu-și găsește indicațiunea de cât foarte rar numai în cazurile când voim să producem o pierdere de substanță permanentă a craniului, luând un segment din lamboul osos.

Ferăstrăul lui **Doyen**, a fost modificat în institutul meu de elevul meu d. **Dragoșescu**, pentru a putea servi în același timp la măsurarea grosimei craniului și la secțiunea lui. În acest scop extremitatea superioară a cursorului este terminată printr'o prelungire cilindrică, boantă, lungă de 12 milimetri (vezi fig. 41), extremitate care se introduce în orificiul practicat cu perforatorul,

până la dura-mater. Pentru a măsura pătrunderea acestei prelungiri în craniu, pe muchia mânerului este adaptată o ridicătură lame-lară, care se aplică pe fața externă a craniului. Pe șurubul cursorului este adaptat un al doilea șurub ce presintă o roțiță dințată care se îmbucă cu dinții practicați pe una din laturile ferestrei cursorului; acest șurub dințat e destinat a mobiliza cursorul și a face să pătrună prelungirea sus indicată în orificiul cranian, iar pe scara milimetrică ce presintă cursorul, se indică No. de milimetri cu cât a pătruns extremitatea cursorului în craniu și prin urmare

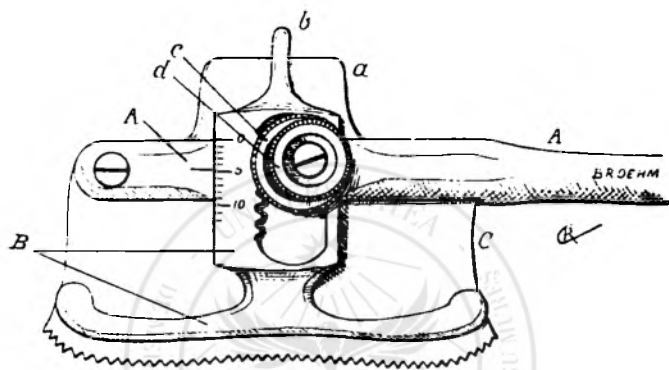


Fig. 41. — Ferestrăul măsurător. — A, tigea instrumentului; a, coama lui; B, cursorul; b, coada lui terminată în stilet butonat; c, șurubul roțiței dințate; d, șurubul fixator; C, lama ferăstrăului.

grosimea acestuia. Această indicație e chiar inutilă, de oare-ce lama tăetoare se desvelește pe o întindere egală cu porțiunea prelungirei indicatrice, care a pătruns în craniu pentru a atinge dura-mater. Fixarea cursorului pe lamă este asigurată printr'un șurub analog cu acela al ferăstrăului lui Doyen, șurub ce este aplicat pe d'asupra precedentului, pe aceeași axă, și fixează în acelaș timp șurubul dințat și cursorul. Grație acestui ferăstrău, măsurătorul lui Doyen devine inutil, instrumentația e simplificată și măsurarea craniului se poate face mai exact și printr'un orificiu foarte mic, permițând ast-fel de a întrebuița numai perforatorul în lance fără a mai practica perderi de substanță mară ca acelea produse de perforatoarele sferice ale lui Doyen, și care sunt indispensabile pentru măsurarea craniului cu instrumentul lui special.

B) Operațiunea

În 16 intervențiunii ce am făcut, am urmat într'unele procedeele lui Doyen, cu oare-care modificări, într'altele l'am modificat

într'un mod așa de sensibil în cât operațiunea mult simplificată nu se mai poate chema procedeul lui Doyen. Timpurile operatorii le diviz în:

1. Incisia cutanată; 2. Perforarea craniului; 3. Secțiunea lamboului osos și liberarea lui; 4. Secțiunea durei-mater; 5. Explorarea creierului și ridicarea unei porțiuni din scoarță, sau a tumorilor când ele există; 6. Sutura parțială a durei-mater; 7. Reaplicarea lamboului osteo cutanat și sutura pielii.

Timpul 1-ii. — Incisiunea cutanată. — Traseul acestei incisiunii variază cu sediul craniectomiei și cu întinderea ce trebuie dată lamboului osos.

În cazurile de hemicraniectomie, incisiunea pielii pleacă de la apofisa orbitală externă, percurge regiunea frontală, urmează



Fig. 42. — Lamboi frontal (vezi observația cazului XII).

linia mediană la $1\frac{1}{2}$ —2 cm. în afara suturei sagitale, se rotunjește pe bosa parietală pentru a reveni pe de-asupra regiunii mastoidiene și a pavilionului urechei în fosa temporală unde se oprește. Această incisiune este prin urmare curbilinie cu concavitatea în jos și înainte și pediculul coprinde artera temporală și ramurile ei.

Grație acestei largi incisiuni se descopere suprafața externă a întregului emisfer, fără a atinge sinusurile durei-mater. Incisiunea pielii se face de la început până la os, tăind chiar și periostul de-alungul traseului cutanat.

În craniectomiile parțiale dimensiunile lamboului circumscris variază cu întinderea leziunii presupuse. Ast fel în cele două cazuri unde am avut ocaziunea de a practica craniectomii parțiale frontale, înfundătura craniului la acest nivel m'ă indicat sediul și întinderea lamboului necesar pentru a circumscrie leziunea subjacentă,

pe care fenomenele de epilepsie jacsoniană o indică. — În ambele cazuri pediculul lamboului a fost conservat spre baza craniului, coprinzând într'unul (vezi fig. 42) întinderea arcadei orbitare, într'altul (vezi fig. 43) jumătatea externă a arcadei și parte din fosa temporală. N'am avut ocasiunea de a întrebuința craniectomii occipitale sau parietale, dar în asemenea cazuri pediculul lamboului trebuie conservat ca și în celelalte către baza craniului, spre a 'i asigura nutrițiunea. Dacă hemostaza preventivă este făcută cu atențiune, hemoragia în timpul incisiunii cutanate este nulă. În două cazuri am încercat să fac această incisiune fără hemostasă primi-



Fig. 43. — Lamboi fronto-parietal (vezi observația cazului XIV).

tivă, în ambele însă hemoragia a fost greu de oprit și a lungit operațiunea îndestul pentru a mă decide de a abandona acest mod de a face și a recurge în tot d'auna la hemostaza preventivă.

Timpu al 2-lea. — Perforarea craniului. — De-alungul incisiunii cutanate și pe toată întinderea ei periostul este detașat pe o întindere de cel mult un centimetru, cu răzușă. Această deslipire a periostului este indispensabilă pentru timpurile următoare dar trebuie făcută pe o întindere suficientă dar nu prea mare, pentru a evita necroza posibilă a osului subjacent descoperit de periostul său. De asemenea în cursul acestei manopere și a celor viitoare, operatorul trebuie să evite cu multă atențiune deslipirea pielii cu păr pe o întindere prea mare de-alungul incisiunii, căci această deslipire favorisează producțiunea ulterioară a hematoamelor și poate da naștere la necroza osului subjacent.

Perforarea craniului se face cu perforatorul în lance, urmat sau nu de perforatorul sferic de 12 mm. În primele mele intervenții am recurs la perforatorul sferic; în urmă însă, grație ferăstrăului modificat de elevul meu Dr. **Dragoșescu**, am putut să mă mulțumesc de găurile formate cu perforatorul în lance. Acest fapt are o importanță incontestabilă. Mai întâi fiindcă scurtează foarte mult durata operațiunii și al doilea pentru că evită persistența unui număr variabil de găuri mari, produse cu perforatorul sferic, găuri la nivelul cărora craniul resistent lipsește. Atunci numai când operațiunea are de scop mai cu seamă de a produce o decomprimare lentă și permanentă a creierului, găurile largi produse de perforatorul sferic sunt indicate, și în aceste cazuri trebuie să recurgem la perforatorul cel mai voluminos, cel de 16 mm. și să înmulțim numărul găurilor. În cazurile însă unde craniectomia este făcută în scop de a descoperi o tumoare cerebrală sau o zonă corticală pentru a le ridica, adaptațiunea perfectă a lamboului osos fiind necesară pentru a obține un craniu resistent și a înlătura persistența soluțiilor de continuitate permanentă, găurile practicate cu perforatorul în lance, sunt singure indicate.

Numărul găurilor variază bine înțeles cu întinderea craniectomiei. Crez însă că în regulă generală este preferabil de a le înmulți, căci prin acest mod secțiunea osoasă se face mai ușor, și diferențele de grosime ale craniului în regiunile ce traversăm pot fi mai bine precisate. Ast fel în general găurile trebuiesc distanțate printr'un spațiu egal cu lungimea ferăstrăului, adică 7—8 cm. Prima gaură se practică la punctul unde începe incisiunea cutanată și ultima acolo unde ea stârsește, aceste două găuri terminale limitând pediculul osos. Numărul găurilor intermediare variază cu întinderea craniectomiei. În hemicraniectomie șase găuri, din care cele două terminale sunt suficiente. — Pe punctul culminant de-alungul suturii sagitale, găurile pot fi distanțate, suprafața fiind aproape plană și secțiunea osoasă făcându-se mai ușor. — La nivelul celor două curburi terminale, găurile trebuie să fie mai apropiate, suprafața fiind curbă și secțiunea osului pe o întindere prea mare, fiind dificilă.

Timpul al 3-lea. — Secțiunea osoasă și liberarea lamboului. — Înainte de a începe secțiunea punților osoase intermediare găurilor, trebuie măsurată grosimea osului. Această măsurare se poate face fie cu măsurătorul lui **Doyen**, prin găurile făcute cu perforatorul sferic, fie cu indicele cursorului ferăstrăului modificat, când găurile au fost practicate cu perforatorul în lance. Prefer în toate cazurile acest din urmă procedeu, fiind mai precis și scurtând manoperile operatorie. Măsurătoarea trebuie făcută pentru fie-care segment osos la nivelul ambelor găuri care îl mărginesc, luând cea mai mică dimensiune din acestea. — Secțiunea osului se face cu ferăstrăul al cărui cursor a fost ast-fel fixat prealabil, pentru a nu lăsa de cât o întindere de lamă just necesară pentru a pătrunde

până la dura-mater exclusiv. Secționarea pediculului osos se face cu dalta ordinară și cu ciocanul, la nivelul celor două găuri limitante și numai pe o întindere de un centimetru de fie-care parte. În acest mod se facilitează ruperea lui, când se ridică capacul osos.

Pentru a ridica capacul osos, se mobilizează fie-care punte coprinsă între două găuri, cu dalta specială a lui Doyen, de lărgime variabilă după grosimea osului. Dalta este introdusă la fie-care

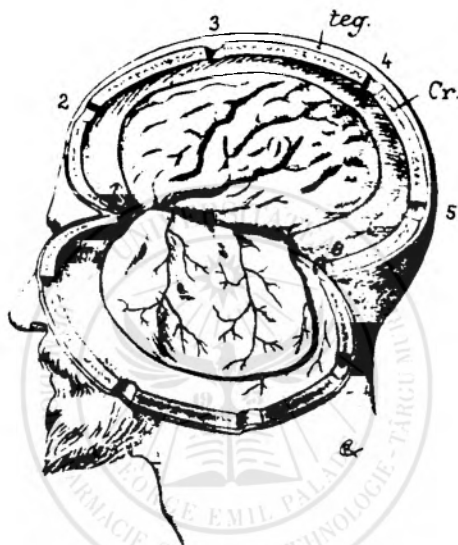


Fig. 44. — Lambou de hemicraniectomie răsturnat. Dura-mater este secționată în lambou ce este asemenea dat în jos. — 1, 2, 3, 4, 5, 6, găuri făcute cu perforatorul sferic.

extremitate a secțiunii făcută cu ferestrăul și cu două sau trei lovituri de ciocan se obține mobilizarea completă a segmentului osos, grație cedării porțiunii din tabla internă care rămâne de multe-ori neatinsă de ferestrău.

După ce s'a mobilizat ast-fel fie-care punte osoasă, se procedează la săltarea capacului, introducând sub acesta înainte și înapoi două dălți, care încep a ridica osul, până ce permite a-l apuca cu degetele, atunci printr'o mișcare bruscă se răstoarnă lamboul osteo-cutanat, fracturând pediculul.

Timpul al 4-lea — Secțiunea durei-mater. — Dura-mater este incisată la un centimetru dedesubtul secțiunii osoase la punctul culminant, cu bisturiul, pe urmă cu o foarfecă dreaptă, introdu-

când ramura boantă sub dura-mater se secționează de-alungul soluțiunii de continuitate osoasă, înainte și înapoi, până la nivelul pediculului. Lamboul dur-merian ast-fel format este răsturnat și expune suprafața externă a emisferului (vezi fig. 44)

Pentru a obține o decompresiune mai completă, în cazurile unde se constată un edem cerebral accentuat, se incisează dura-mater conservată în trei puncte, înainte, înapoi și la punctul culminant, ceea ce permite creerului de a se desvolta mai lesne și aduce o decompresiune mai n-are.

Timpul al 5-lea. — Explorațiunea creerului și ridicarea unei porțiuni din creer său a tumorilor, când ele există — Acest timp variază după leziunile constatate. Dacă nu există nici o leziune superficială și se presupune existența unei tumori sau chist profund, se poate fără nici un inconvenient a explora partea profundă a emisferului, fie prin puncțiunii, fie chiar prin incisiunii ale scoarței și explorațiunea digitală profundă. Aceste incisiunii și explorațiunii se fac la nivelul leziunii presupuse și pătrunzând printr'un spațiu pe cât se poate nevascular.

În tot cazul emoragia la care poate da naștere incisiunea scoarței n-are nici o gravitate, căci o compresiune ușoară o oprește imediat.

În cazurile de epilepsie jacsoniană fără nici o leziune aparentă, acest timp consistă în determinarea zonei corticale ce este punctul de plecare al atacului și în extirparea scoarței pe toată întinderea acestei zone.

Explorațiunea zonei se poate face cu aparatul lui Horsley sau acela al lui Doyen; crez însă, după experiența ce am făcut că este de ajuns a stuia în detaliu modul cum se produce atacul de epilepsie, pentru a determina porțiunea scoarței ce trebuie resecată, limitând această resecție la centrul zonei rolandice, care comandă mișcările membrului său segmentului de membru, care începe atacul de epilepsie.

Crez însă că rezeștiunea scoarței trebuie să depășească limitele precizate de fiziologie acestor centri, întinzându-se pe regiunile vecine. Această resecțiune, suprimă zona corticală, sediul hiperescitabilității epileptogene, fără a lăsa în urmă consecințe grave, din punctul de vedere al motilității membrului corespondente, căci paralizia ce o urmează este transitorie și dispăre încetul cu încetul într'un timp variabil după operațiune.

Resecțiunea scoarței se practică cu bisturiul circumscriind mai întâiu zona ce va fi ridicată, la o profunzime de aproape 1 cm. Vasele mai importante care sunt secționate sunt pensate și legate cu coardă fină.

Resecțiunea scoarței este continuată tot cu bisturiul, căutând a nu pătrunde mai departe de un centimetru de grosime. Suprafața ce rezultă din ridicarea scoarței, de ordinar sângerează puțin, nu este însă rar de a întâlni unul sau două vase mai importante,

ce trebuiesc pensate și legate cu un fir fin de coardă. Cât despre hemoragia ușoară în suprafață ce poate acoperi plaga cerebrală, ea se oprește ușor prin simpla compresiune cu tampoane de gaz sterilizată. Nu este util de a recurge la alte mijloace hemostatice ca substanțe chimice sau termo-cauterul.

În cazurile de epilepsie traumatică când o înfundătură externă precizează sediul profund al zonei epileptogene, rezecțiunea scoarței trebuie făcută pe întinderea zonei corespunzând urmelor externe ale traumatismului anterior. — În unele cazuri de acest gen, se poate găsi la nivelul pierderii de substanță craniană, fie leziuni dur-meriene, necesitând rezecțiunea porțiunii din dura mater îngroșată și aderentă, ca într'unul din cazurile ce am operat, fie o destrucțiune a scoarței și transformarea ei într'o adevărată ulceratiune, corespunzând soluțiunii de continuitate osoasă. — În acest caz se practică rezecțiunea scoarței pe toată întinderea părții ulcerate, întinzându-se puțin pe regiunile vecine, după cum am avut ocașia să practic în cazul al XIV din operațiunile mele, rămânând cu deplin succes.

În cazurile de idiotie sau epilepsie esențială, unde leziunea constatată la suprafața emisferului consistă în edem mai mult sau mai puțin întins, se face o adevărată scarificațiune a arachnoidei, permițând scurgerea lichidului și decompresia creierului.

Înutil de a adăoga că în caz de abcese superficiale sau profunde, se va incisa abcesul și se va curăți punga cu tampoane de gaz sterilizat și se va drena printr'un orificiū special practicat în grosimea lamboului o-teo-cutanat. Crez inutil și chiar periculos de a recurge la spălarea acestor colecțiuni cu lichide antiseptice sau chiar cu soluții aseptice, aceste soluțiuni fiind unele — cele antiseptice rău suportate de substanța cerebrală — și ambele având inconvenientul de a răspândi agenții piogeni pe o suprafață întinsă a scoarței cerebrale și a o putea ast-fel infecta.

Timpul al 6-lea. — Sutura parțială a durei-mater. — Dura-mater va fi suturată la punctul culminant, pe o întindere variabilă după cazuri.

Atunci când scopul operațiunii este de a obține o decompresie a creierului, adică în hemicraniectomiile decompressive, această decompresie neputându-se obține de cât mai cu seamă prin liberarea durei-mater, sutura acestei membrane se face pe o întindere de 12 cm. aproape, cu un fir de Florența, ale cărui capete scoase prin plagă (vezi fig. 35), permite a 'l extrage după 2—3 zile, pentru a permite ast fel o decompresie mai mare prin liberarea durei-mater pe toată întinderea incisiunii. Atunci însă când craniectomia are de scop extirparea unei tumori sau rezecțiunea unei porțiuni din scoarță, sutura durei-mater se poate face în mod permanent pe o mare întindere a secțiunii, cu fir subțire de catgut (pe mușchi), lăsând însă tot-d'auna o porțiune din dura-mater nesuturată, pentru a evita compresiunea prea mare a creierului.

rului prin micșorarea cavității dur-meriene, ce ar rezulta din sutura durei-mater pe toată incisiunea. În cazurile unde (cazul XIV) există o pierdere de substanță în fața porțiunii escisată din scoarță, aceasta va fi acoperită printr'un lamboi de dura-mater mobilizat și tras d'asupra plăgei cerebrale. În cazurile când dura-mater îngroșată și aderentă cu scoarța subjacentă pare să fie adevăratul agent al excitației epileptogene, ca în cazul XII, porțiunea alterată a durei mater va fi excisată.

Timpul al 7-lea. — Reaplicarea lamboului osteo-cutanat și sutura pielii. — Pentru a reaplica lamboul osteo-cutanat trebuie a observa ca porțiunea osoasă aparținând pediculului, să fie aplicată pe fața internă a marginii osoase, căci ast-fel numai se poate obține o adaptare perfectă a restului lamboului osos cu marginea soluțiunii de continuitate a craniului.

Îmbinarea perfectă a oaselor se obține prin câte-va mici lovituri de ciocan, date în jurul liniei de secțiune, până ce suprafața lamboului osos se găsește la același nivel cu suprafața craniului.

Sutura pielii se poate face în puncte separate cu fire de Florența, sau ceea ce îmi pare preferabil, printr'o cusătură pe mușche cu coardă de grosime mijlocie, ceea ce asigură o hemostază perfectă, o dată operațiunea terminată. În această sutură trebuie să se ia întreaga grosime a pielii și chiar periostul subjacent, evitând ast-fel pe de o parte hemoragia posibilă, și pe de alta retractarea periostului și necroza osului.

Drenajul îmi pare inutil, afară numai în cazurile de edem cerebral pronunțat sau de o hemoragie în suprafață.

Pe pielea suturată se aplică comprese largi de gaz sterilizat, acoperind tot craniul și se ridică tubul de cauciuc hemostatic. — Pansamentul trebuie să fie compresiv pentru a asigura menținerea lamboului osos și a evita hemoragiile secundare care pot da naștere la hematoame subcutanate.

În ultima operațiune de hemicraniectomie (cazul XV), am întrebuințat ferăstrăul filiform al lui Gigli, care îmi dedese pe cadavru rezultate foarte satisfăcătoare. Am constatat însă că acest ferăstrău are pe viu inconveniente vădite. Ast-fel secțiunea osoasă se face într'un mod lent și la un moment dat sirma se înfierbântă arzând osul și chiar cedează după puțin timp, rupându-se în tractul secțiunii. Afară de acest inconvenient mai este un al doilea, căci suprafața de secțiune osoasă este prea netedă în toată întinderea ei și nu permite o îmbinare a oaselor după reaplicarea lamboului, acesta rămânând mobil și putând fi facil ridicat de tensiunea intra-craniană. Afară de aceste inconveniente mai există un altul, depinzând de osul de balenă ce servă de conducător sirmei, și a cărui asepsie este absolut insuficientă. Bazat pe experiența ce am făcut-o, pot declara că procedeul lui Gigli, foarte simplu și bun în aparență, presintă în realitate defecte ireparabile, care ne face să-l abandonăm.

Resultatele operatorii și terapeutice ale craniectomiei temporare

În toate cazurile în care am intervenit, rezultatele operatorii au fost excelente, afară de unul unde o hemoragie corticală și osoasă gravă a adus sucombarea operatului. În celelalte cazuri reunirea pielii s'a făcut per primam, afară de doi bolnavi unde s'a produs un hematom sub-cutanat și ușoară supurație urmată de eliminarea unui mic secuestru la unul dintr'ênșii. Adaptarea lamboului osos s'a menținut în toate cazurile afară de ultimul (cazul XV), unde edemul cerebral a ridicat lamboul în primele zile după operație. Trebuie adăogat însă că în acest caz m'am servit pentru secțiunea osului, în parte de ferăstrăul lui Gigli, ale cărui inconveniente le-am arătat mai sus.

Sutura osoasă se face destul de repede și după 15—20 zile de la operațiune lamboul are o rezistență suficientă, pentru a nu mai avea nici o teamă de scufundarea sa și ridicarea ulterioară a lui.

Ca accidente post-operatorii posibile n'am întâlnit de cât hematomul sub-cutanat, care cedează de alt-fel repede drenagiului.

Resultatele terapeutice sunt variabile după genul de intervențiune ce s'a făcut și după afecțiunea la care ne am adresat.

Intr'un caz de microcefalie și idiotie (cazul II), hemicraniectomia dublă ne a dat o ameliorare destul de notabilă, însă vârsta bolnavului prea înaintată nu permitea a obține mai mult.

Intr'un caz de idiotie congenitală, hemicraniectomia unilaterală n'a dat nici un rezultat (cazul VII).

Intr'un caz de idiotie consecutivă unei meningite infantile, complicată de hidrocefalie și atrofia foarte pronunțată a lobului frontal, hemicraniectomia stângă a fost infructuoasă (cazul IX).

În epilepsia esențială, hemicraniectomia urmată de liberarea durei-mater și scurgerea edemului, nu ne-a dat nici un rezultat vădit (cazurile I, X, XIII, XV).

În epilepsia jacksoniană (cazul VIII), craniectomia urmată de resecțiunea scoarței, ne-a dat rezultat excelent, căci accesele frecvente înaintea operațiunii au dispărut.

Intr'un caz de epilepsie jacksoniană și hemipegie (cazul XI), craniectomia urmată de resecțiunea scoarței nu a dat nici un rezultat.

În cele două cazuri de epilepsie traumatică (cazul XII și XIV), craniectomia urmată de resecțiunea durei-mater alterată într'un caz, de resecțiunea scoarței alterate într'alt caz, m'ia dat două vindecări perfecte și durabile.

În două cazuri de isterie și idiotie (III și IV) hemicraniectomia urmată de secțiunea durei-mater, de scurgerea edemului cerebral și decompresiunea creierului ne-a dat două vindecări remarcabile.

bile. Acești bolnavi erau doi frați gemeni care până la vârsta de 25 de ani prezentaseră o stare cerebrală normală, unul devenise învățător, cel-l'alt sergent major. Șapte luni înainte de intervenție și aproape în același timp, ambii frați au căzut într-o stare de torpoare absolută, neputând răspunde la nici-una din cestiunile ce li se puneau, ambii pierduseră absolut voința și erau alimentați forțat. Tot timpul îl petreceau în pat cu capul în perne și nu eșeau din torpoarea lor de cât pentru a face din timp în timp niște mișcări cadențate ale capului. Câte-odată erau cuprinși de un adevărat delir, în timpul căruia își luaș poze indecente și unul dintr'înși cânta lucruri obscene.

Starea generală era proastă. — Hemicraniectomia temporară stângă a arătat existența unui edem cerebral întins; rezultatul imediat a fost excelent, ambii frați au revenit imediat la starea lor normală anterioară, vorbind foarte facil și ne mai prezentând nici-una din turburările ce aveau înainte de operațiune. Acest rezultat s'a menținut și chiar accentuat în urmă și astăzi, 17 luni după operație, ei sunt într-o stare excelentă și își administreză interesele.

Indicațiunile craniectomiei temporare

Craniectomia temporară este indicată fie ca operațiune exploratrice a creierului, fie ca operațiune preliminară, fie în fine ca operațiune curativă.

Benignitatea absolută face ca craniectomia să poată fi recomandată în toate cazurile unde un diagnostic dificil cere o intervențiune exploratrice pentru a-l preciza. În aceste cazuri se poate ca craniectomia să fie urmată de o intervențiune secundară asupra durei-mater sau scoarței, sau să rămăe o simplă explorațiune. Ea trebuie să fie în tot-d'auna urmată de secțiunea durei-mater pe toată întinderea lamboului osteo-cutanat, căci explorațiunea transdur-meriană este absolut insuficientă. Secțiunea durei-mater mai are avantajul de a asigura o decompresiune cerebrală, ast-fel că atunci chiar când nu pare să existe nici o leziune a scoarței, prin simpla decompresiune se poate obține un rezultat favorabil.

În cazurile de simple explorațiuni, trebuie să recurgem tot-d'auna la hemicraniectomie, ea singură asigurând explorațiunea completă a întregului emisfer. Hemicraniectomia exploratrice este preferabil a o face cu instrumentația modificată în institutul meu, pentru a evita ast-fel persistența găurilor largi produse de perforatorul sferic.

Când craniectomia constituie operațiunea preliminară a unei intervențiuni pe meninge sau scoarță, chiar intra-cerebrală, sediul ei și întinderea ei vor varia cu fie-care caz.

Atunci când există pe craniu o soluțiune de continuitate indi-

când într'un mod precis punctul de plecare al turburărilor prezente, ca în epilepsia jacksoniană traumatică, craniectomia va fi parțială, limitată la zona morbidă. Ea poate fi ast-fel frontală, parietală sau occipitală, și va permite explorațiunea și chiar extirpațiunea porțiunei de meninge, de scoarță alterată, sau ridicarea tumorei existente.

În cazurile însă unde nici un indice exterior nu poate conduce pe operator, cu toate că există simptome indicând zona scoarței cerebrale ce este sediul alterațiunei presupuse, totuși este de preferat de a recurge la hemicraniectomie, știut fiind cât de variabilă este întinderea zonei corticale, ce este sediul diverșilor centri motori sau sensoriali.

În cazurile de abcese superficiale sau profunde de origine otică sau alta, ori-care ar fi simptomele care ar precisa oare-cum sediul colecțiunei, iarăși hemicraniectomia este operațiunea de ales, ea singură permițând descoperirea certă a abcesului. Tot ast-fel vom interveni în cazurile de tumori solide sau lichide, pentru a evita o operațiune incompletă.

Atunci când presupunem existența unei simple compresiuni cerebrale, fie printr'un edem, fie printr'o colecțiune sanguină de-a-supra sau sub dura-mater, fie printr'o colecțiune purulentă, hemicraniectomia își găsește iarăși indicațiunea precisă prin decompresiunea pe care o produce.

Hemicraniectomia se poate întrebuița ca operațiune curativă în cazurile de microcefalie. Ea trebuie să fie atunci foarte întinsă și bilaterală, urmată chiar precum face Doyen, de secțiunea punții osoase intermediare. De asemenea în acest caz este preferabil de a augmenta numărul găurilor și a le da lărgimea cea mai mare, întrebuițând pentru aceasta perforatorul sferic de 16 mm., pentru a asigura decompresiunea largă a creerului și posibilitatea dezvoltării lui.

Resultatele hemicraniectomiei în microcefalie nu pot fi favorabile de cât atunci când intervențiunea se adresează la copii în vîrsta fragetă, unde dezvoltarea creerului nu este definitiv oprită și alterațiunile profunde nu s'au instalat încă.

Din cele ce am expus rezultă că craniectomia temporară este indicată fie ca intervențiune curativă, fie ca intervențiune exploratrice, fie ca operațiune preliminară deschizînd calea pentru intervențiuni pe scoarță sau în grosimea creerului, într'un cuvînt în toate cazurile unde se recurgea până acuma fie la craniotomie, fie la trepanațiune. Această din urmă intervențiune trebuie dar să dispară complet din cadrul chirurgiei moderne și să cedeze pasul craniectomiei temporare, singura operațiune care ne permite a descoperi o largă suprafață a creerului, fără a lăsa în urmă cea mai mică soluțiune de continuitate a craniului.

Craniectomia temporară pentru a fi benignă și a își întinde sfera de indicațiuni, trebuie să fie facilă și inocentă. Toate procedeele în care se recurge la întrebuițarea instrumentelor sgudui-

toare ca dalta și ciocanul trebuiesc complet abandonate, având gravul inconvenient de a nu îndeplini condițiunea principală, inocența operațiunei.

Craniotoamele speciale, orî-care ar fi perfecțiunea lor, nu sunt instrumente de ales, fiind complicate și de o mînuire dificilă. Ferestraele în lanț, chiar sirma lui Gigli, prezintă inconveniente indiscutabile care fac dintr'insele instrumente de excepțiune.

Singura instrumentație care se recomandă prin simplitatea ei, prin facilitatea execuțiunei și prin benignitatea operatorie și eficacitatea ei, este instrumentația lui Doyen, mai cu seamă cu modificările ce le-am adus. Instrumentația manuală fiind mai facil de procurat și de o întrebuițare mai lesnicioasă, este preferabilă într'un mod general instrumentațiunei electrice, aceasta din urmă neavînd de cît avantajul de a scurta durata operațiunei, factor puțin important, de oare-ce cu instrumentațiunea manuală și cu puțină obîcînuință, craniectomia orî-cît de întinsă ar fi ea, se poate executa în cîte-va minute.

În resumat craniectomia temporară este indicată în epilepsiile esențiale, unde cele-l'alte tratamente aũ fost ineficace. Trebuie știut însă că în aceste cazurî afară numai cînd o aură motorie sau sensorială, cu un sediũ bine precizat pe scoarță, dă speranța încetărei acceselor prin ridicarea porțiunei din scoarță ce este centrul aurei constatate, afară de aceste cazurî zic, craniectomia temporară în epilepsia esențială nu pare a da rezultate reale.

În epilepsia jacsoniană, craniectomia permițînd ridicarea tumorii sau a zonei alterate a scoarței, punct de plecare al acceselor, dă rezultate excelente. Tot în epilepsia jacsoniană, craniectomia permite resecțiunea zonei corticale în aparență sănătoasă, dar care este în realitate punctul de plecare al atacurilor convulsive, permițînd ast-fel vindecării durabile.

În epilepsia jacsoniană traumatică, craniectomia temporară descopere leziunile craniene, dur meriene sau cerebrale care întrețin convulsivunile unilaterale, ce încetează după ridicarea cauzei.

În colecțiunile purulente, sanguine sau seroase, superficiale sau profunde, craniectomia temporară permite de a le găsi și a le vindeca.

Tot ast-fel în tumorile cerebrale superficiale sau profunde, craniectomia temporară este singura intervențiune care permite a le găsi cu siguranță și a le extirpa.

În idiotie datorită edemului cerebral și compresiunei, craniectomia largă uni sau bilaterală poate da rezultate remarcabile ca în cele două cazurî de istero-idiotie, pe care le am menționat.

În fine în microcefalie, atuncî cînd operațiunea este făcută la timp, craniectomia temporară poate da rezultate bune, și în tot casul este preferabilă craniectomieii lui Lannelongue.

În meningitele supurate generalisate, craniectomia chiar timpurie nu poate da bune rezultate de cît esecțiional. — Atuncî

însă când meningita supurată este localizată, craniectomia temporară urmată de drenaj, poate da rezultate satisfăcătoare.

Tot ast fel în meningita tuberculoasă cronică, craniectomia poate da bune rezultate, când afecțiunea este limitată, permițând resecțiunea porțiunii de meninge atinsă.

Când însă meningita este generalizată, craniectomia nu 'și mai găsește indicațiunea.

În hemoragia cerebrală centrală, craniectomia ar putea servi pentru descoperirea focarului și extracțiunea coagulului, pentru aceasta însă trebuie ca epansamentul sanguin să fie deja limitat și afecțiunea devenită cronică.

În hemoragiile fulgerătoare, bine-înțeles că craniectomia nu găsește indicațiuni.

Am practicat de 16 ori craniectomia temporară pe 15 bolnavi, la unul, un microcefal, am intervenit de 2 ori, ridicând în ambele părți, jumătatea craniului.

Înainte de a face reflexiunile ce decurg din aceste operațiuni, voi da în resumat relațiunea acestor cazuri, iar în urmă voi trage concluziunile, comparând rezultatele ce am obținut, cu acele ale predecesorilor mei.



Fig. 45. — Ion G., după operație.

Cazul I. — Ion G., bărbat de 20 ani, epileptic impulsiv, adus de la ospiciul Mărcuța; este dement, simțul podoarei complet pierdut, vorbește obscen. — Are accese la 2—3 zile, uneori până la 5—6 pe zi. Bolnavul este agitat înaintea crizei, în urmă este deprimat. N'are aură. I s'a făcut resecția bilaterală totală (împreună cu ganglionul inferior) a simpaticului cervical, fără rezultat aparent la 8 Decembrie 1896.

Operația. — La 2 Februarie 1897 se face hemicraniectomie sângă, după procedeu' lui Doyen, se incizează dura-mater; arachnoida și pia-mater sunt injectate, pe traiectul vaselor se ved' plăci gelatinoase.

Se coase dura-mater cu un fir de Florența în suțet, ale cărui extremități sunt scoase prin plagă și e tras afaiă a 6-a zi. Reunire per primam. Accesele au devenit mai rare și consecutiv, starea generală mai bună. A fost retrimis la Mărcuța la 31 Maiu 1897.

Cazul II. — Bubi D., bărbat, de 20 ani. Idiot. Este adus de la Mărcuța. De

talie mică, circumferința craniică 49 cm., imberb, are ușoară paralizie facială dreaptă. Nu vorbește, repetă numai cuvintele ce i se adresează.

Operația. — 1^o 23 Martie, 1897. Se face craniectomie temporară stângă. Se incisează dura mater, nu se gesește nimic deosebit; se coase dura mater cu un fir



Fig. 46.



Fig. 47.

Bibi D., după a doua intervenție.

de Florența ale căruia căpătâie se scot prin plagă și se trag afară a șasea zi. Reunire per primam, afară de un mic orificiu pe unde ese lichid cefalo-rachidian, și care se închide în curând. Resultatul terapeutic puțin apreciat.

2^o 21 Mai. Se face hemicraniectomie în partea opusă (dreaptă), aceeași tehnică ca mai sus. Seara bolnavul are ușoară ascensiune termică; a doua zi e deprimat pulsul slab, paralizia facială mai pronunțată, se face o injecție subcutanată de 500 gr. ser artificial. Peste zi se observă paralizia membrului superior stâng. Se desface pansamentul, și îndată mioluata membrului paralizat reapare, se reface pansamentul. După câte-va minute încep contracțiunile ritmice în jumătatea stângă a feței, apoi în mână și apoi în piciorul corespondent, dispărând curând în ordine inversă apariției; în urmă nu s'a mai produs vre-un asemenea acces.

După 10 zile de la operație, se scoate firul de pe meninge și cele cutanate. După alte 7 zile, mișcările mâinii sunt normale. Plaga craniică este reunită aproape complet, afară de un mic punct ce s'a infectat, bolnavul rupându-și de mai multe ori pansamentul, totuși se cicatrizează curând.

Este incontestabil că după a doua intervenție starea intelectuală a bolnavului s'a ameliorat. Este vesel, privește persoanele dinprejur cu oare-care interes. — Poate face câte un mic serviciu și spune câte un cuvânt fără a fi provocat; așa de exemplu, când e chemat la pansament, cere un scaun pentru a șede, ceea ce nu s'a observat vre-odată înainte.



Fig. 48.

Același văzut în profilul stîng.

Cazul III și IV. — Tudor și Costică D., gemeni, în etate de 25 ani, semănând așa de mult între ei, că adesea îi confundă cei dinprejur.

Primul fost sergent, al doilea fost institutor. Boala lor prezintă atâta asemănare, în apariția, mersul și vindecarea sa, în cât trebuie descrisă simultană la ambii.



Fig. 49. — Tudor D., după operație.

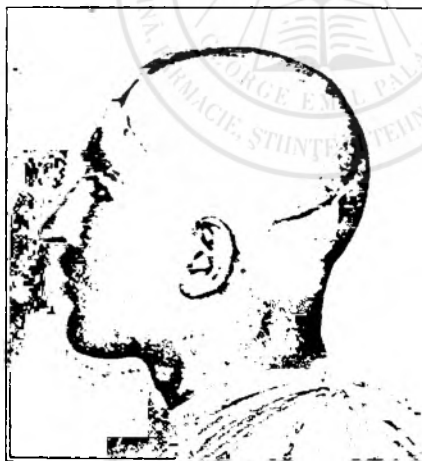


Fig. 50. — Costică D., după operație.

Ca antecedente ereditare găsim că tatăl lor era alcoolic. În copilărie au zăcut ambii de variolă, conservând cicatricile, mai pronunțate pe față la Tudor. De statură mijlocie, sunt bine conformați.

În anul 1896 sergentul, fiind încă în serviciu, fu cuprins de dureri de cap, amețelă, cu accese de febră, care repetându-se, a fost reformat.

Întorcându-se a casă a stat în pat până la intrarea în spital.

În Ianuarie 1897, a început să aibă o dificultate de a vorbi, ce deveni extremă, și un delir cu ris și obscenități. Cam în același timp fratele său e cuprins de accese delirante, cu tentative de sinucidere, făcându-și mai multe plăgi cu cuțitul, pe cap și abdomen.

Din acel timp nu a mai vorbit de loc.

La 18 Februarie 1897, ambii sunt aduși în spital.

Amândoi se află într-o stare de hebetudine foarte pronunțată; au figură speriată și nu răspund la cestiuni de cât prin semne de afirmațiune sau negațiune. Primul (Tudor) cântă câte-odată cântece obscene, ambii sar, desvelindu-și părțile pudente fără nici o jenă. Nu se observă nici o turburare a sensibilității sale motilității.

Operația. — La 25 Februarie se face hemicraniectomie temporară stângă lui Tudor, a doua zi lui frate-său. Technica obișnuită.

Câte-va zile după operație, se observă o ridicare de temperatură la ambii frați, mergând până la 39°, datorită formațiunii de hematom în țesutul celular învecinat plăgii, și care supurează abundant. Supurația scade repede prin pansamente antiseptice.

Facultățile intelectuale revin treptat, mai curând la primul mai târziu la al

doilea. Ambii vorbesc normal, își amintesc de ceile întemperate, răspund rațional la întrebările ce li se fac.

Supurația însă continuă mai multe luni; s'au făcut în mai multe rânduri deschideri învecinate cicatricei plăgei. În urmă supurația reducându-se considerabil, au fost congediați a casă; revin la 2—3 zile pentru pansament.

Esșrea în aer liber, are o influență favorabilă vădită asupra stărei lor fizice și morale. Supurația însă de și impuținată persistă neconținut; se presupune existența vre-unui secuestru pe partea deperiostată din bolta cranienă.

Intr'adevăr, în Noembrie supurația se mărește la Costică, are dureri mari de cap, se simte prin plagă secuestrul mobil în regiunea parietală. — Se cloroformisează bolnavul și se estrage secuestru de 4—5 cm., de formă lonsangică, una din laturile lungi e formată de secțiunea operatorie. Secuestrul e perforat de mai multe orificii. În urmă supurația se reduce mult. După puțin timp se estrage și din regiunea frontală un secuestru mai mic, aceasta fu timpul pansărei. Plaga merge spre vindecare ca și la fratele său la care nu s'au notat secuestre.

Cazul V. — Niculae H., bărbat, de 34 ani, suferă de epilepsie esențială, are accese foarte frecvente. I s'a făcut resecția bilaterală totală a simpaticului cervical la 28 Sept. 1896.

Este readus în serviciu cu accese de alienație furioasă. I se face hemicraniectomie dreaptă la 1 Martie 1897. Sucombă subit după o lună.

La necropsie se găsește lamboul osos cicatrizat, unit cu bolta cranienă printr'un cal fibros, aderențe foarte ușoare ale durei-mater cu osul și creierul, deslipindu-se foarte ușor, nimic alt deosebit.

Cazul VI. — Niculae I. bărbat, de 40 ani, foarte robust, epileptic impulsiv. I s'a făcut resecția totală și bilaterală a simpaticului cervical la 10 Februarie 1897; totuși accesele se repetă, pentru care reintră în spital la 6 Aprilie 1897. — În ziua intrării are două accese; peste noapte are un delir furios, se repede și strânge de gât pe un bolnav, care cu mare greutate e scos din mâinile lui; e pus în cămașa de forță și ținut mai multe zile, în care timp i se administrează câte 8 gr. bromur de potasiu pe zi, dându-i-se cu sonda ca și nutrimentul pe care refuză de a 'l lua; în tot acest timp strigă neconținut, nu doarme noaptea, pentru care i se fac mai multe injecții de morfină.

După trei zile, se calmează puțin, totuși vorbește cuvinte incoherente; a slăbit mult în zilele de delir acut.

Operația. — 21 Aprilie. Se face hemicraniectomie temporară stângă, ridicându-se din marginea lamboului osos, o bandă de 2 cm. lățime pe 9 cm. lungime. — Dura mater e îngroșată și foarte hiperemiată, se ved plăci de meningită pe trajectul vaselor. Intr'un punct dura mater aderă de os.

După deșteptare este foarte agitat; i se fac mai întâi injecții subcutanate cu cafeină, apoi cu morfină (0.02 ctgr.) după care doarme două ore, căre seară devine iar turburat, despre ziua a doua doarme iar, la deșteptare e liniștit, ca și zilele următoare. Plaga se cicatrizează în toată întinderea, afară de partea unde s'a resecat osul, unde tegumentele nu se unesc, plaga totuși e curată și burgeonează. După șase săptămâni capătă o bronșită fetidă ce se transformă în gangrenă pulmonară și bolnavul sucombă



Fig. 51. — Nicolae H., după operație.

la 23 Iunie. La necropsie se găsește lamboul osos având unele aderențe fibroase; nimic deosebit din partea creierului.

Cazul VII. Mina H., copilă de 14 ani, idioată. De talie puțin dezvoltată pentru vârsta ei (abia i s'ar da 10—11 ani); prezintă asimetrie facială, și prognatism. Baza craniului e de 52 1/2 cm. pupilele egale mobile: se află într-o stare intelectuală foarte înapoiată din copilărie; cântă toată ziua. Răspunde cu greutate la întrebările ce i se fac. Nu se vaită făcându-i pișcăturile cele mai profunde. Reflexele exagerate. Se masturbează în timpul nopții. Organele genitale externe bine contornate.



Fig. 52. — Mina H., după operație.

Operația. — 30 Iunie. Se face hemicraniectomie temporară stângă, incizia durei, tehnica obișnuită. După trei zile are afasie, ușoară paralizie directă a feței, paralizia membrului superior drept și paresa piciorului corespondent, toate aceste simptome au dispărut complet în zece zile.

Reunire per primam, starea intelectuală nu s'a modificat.

Cazul VIII. — Al. J. de 24 ani, electrician, suferă de epilepsie jacksoniană de la etatea de 11 ani.

Antecedente ereditare. Tatăl său era alcoolic, violent, și a murit prin apoplexie cerebrală.

Antecedente personale. La etatea de 7 ani, în urma unei sperieturi și-a pierdut cunoștința timp de 24 ore, după care și-a apărut o erupțiune penfigoidă pe tot corpul.

Istoricul bolii. La etatea de 11 ani, primind o palmă de la tatăl său, are vâjlitur de urechi, cefalalgie, convulsii clonice mai întâi în membrul superior drept, apoi în piciorul corespondent căzând jos; accesul a durat cam un minut, cunoștința și-o păstra în acest timp. După trei zile are un al doilea acces mai puternic, începând cu o senzație de constricție în temple. Acestele reveneau în urmă neregulat, uneori până la 12 în 24 ore. La 15 ani i se trage un fitil (seton) după ureche, întreținut 3 luni în care n'a avut accese — în urmă accesele veneau ca și înainte, uneori devenind generale.

La 18 Septembrie 1897 intră în spital.

Starea prezentă. De talie înaltă, robust, este alcoolic, suferă de turburări gastro intestinale frecvente: a avut o dată icter, are faringită, acuză dureri în regiunea stomacului.

Ficatul și splina mărite. Are cefalalgie occipitală, accentuându-se în mișcările brusce ale capului. Pupilele sunt egale, mobile, vorbește cu o oarecare dificultate, unele vorbe pare a le fi uitat pentru moment. Reflexele tendinoase exagerate: are tremurături în mână. Este irascibil. După intrarea în spital a avut două accese în același zi, la interval de o oră.

Accesul se anunță printr-o senzație de arsură și furnicătură în mâna dreaptă, urcându-se prin braț, umăr, până în cap; simte vertigii constricție în temple, are convulsii în mâna dreaptă, apoi piciorul corespondent, are trismus, dispnee, gura



Fig. 53. — Al. J., după operație.

Ţi este deviată; accesul ţine 5—6 minute, une-orî convulsiunile se propagă şi în partea stângă devenind generale.

În urma accesului simte palpitaţie, apoi rămâne deprimat.

Operaţia. — 26 Septembrie 1897. Se face hemicranieomie stângă după procedeul lui Doyen. Nu se găseşte nimic deosebit pe meninge care se incisează paralel cu deschiderea osoasă la un centimetru de distanţă. De asemenea nimic de remarcat pe suprafaţa circumvoluţiunilor. Se resectează o porţiune din substanţa cenuşie în suprafaţa de 3×4 cm., de pe mijlocul frontalei şi parietalei ascendente, cuprinzând deci centrul membrului superior şi o parte a celui inferior drept. S'au legat micile vase ale piei. Se coase dura mater cu un fir de Florenţa (surget), scoţându-se extremităţile prin plagă.

Se reaplică lamboul osteo-cutanat, se cos tegumentele cu fire de Florenţa, în puncte separate, se face pansament compresiv.

După deşteptare se observă pareza membrului superior drept. — Peste zi are vărsături repetate.

Trebue să i se scoată urina prin sondă.

28 Septembrie. Se observă o echimosă a pleopel inferioare stângi. Pareza braţului drept se menţine dar e mai puţin pronunţată.

29 Septembrie. Bolnavul are epistaxis din nara stângă. Urinează singur. Are amnesie mai pronunţată ca înainte. Câte-odată are senzaţia că se sufocă.

2 Octombrie. Are un acces caracterizat numai prin contracţiuni în extremitatea cefalică.

3 Octombrie. De la orele 4 p.m. se constată contracţiuni musculare în partea dreaptă a feţei. Trăsurile în partea stângă par şterse simulând o paralisie. Seara se desface pansamentul, compresele profunde sunt imbibate de sânge ce se scurge prin orificiul drenului (fir de Florenţa). Contracţiunile feţei dispar imediat. — Se reface pansamentul.

5 Octombrie. Se scoate drenul şi firele de sutură.

8 Octombrie. Paralisia braţului a dispărut, forţa mâinei aproape complet restabilită, scrie însă dificil, tremurat.

N'a mai avut nici un acces.

La 10 Octombrie este congediat şi intră în armată.

Casul IX. — Aurică V., de 7 ani, idiot. — Intrat în serviciu la 24 Septembrie 1897.

Nimic de remarcat ca antecedente ereditare.

Are mai mulţi fraţi sănătoşi.

Antecedente personale. — Până la etatea de un an şi trei luni a fost sănătos, umbla în picioare, începuse să vorbească, nu manifesta nimic îngrijitor. La această dată, dădaca l'a lăsat lângă o sobă mare de cărbuni, unde a fost găsit după câte-va ore în nesimţire, având căldură (40°). Medicul prescrie să i se pună ghiaţă pe cap şi o vesicătoare la ceafă, afirmând că are meningită; această stare, în care timp nu a luat ca nutriment de cât câte-va linguriţe de lapte pe zi, a durat 15 zile, după care a început să se ridice în pat şi să mănânce, apoi să umble. Vocea care Ţi dispăruse din momentul îmbolnăvirii n'a revenit de cât după trei luni, când a început să scoată sunete neînţelese, apoi cuvinte separate ca: tată, mamă etc, dar şi acestea incomplete. Strigătul la început mai rar a devenit continuu; când rămâne însă singur în cameră e liniştit. Figura Ţi e în tot-d'a-una veselă, e agitat necontenit, strică tot pe ce pune mâinile, ce sunt într'o mişcare de frământare neîntreruptă. Nu şifă seamă de necesităţile naturale de cât prin strigăte mai puternice, dacă nu e îngrijit face tot pe el. — De vre-o doi ani, a început să meargă pe virful degetelor, numai când oste-neşte calcă pe tot piciorul. La 24 Septembrie intră în spital.

Starea prezentă. De talie destul de dezvoltată pentru etatea lui (1 m. 10 cm.) capul bine conformat, circumferinţa bazei 0.50 cm. nu prezintă nici o cicatrice.

Atitudinea agitată, figura veselă, ochii lucitori, pupilele egale, mobile. Dinţii rari, caninii prezintă câte-va strii. Bolta palatinală alăncă. Starea generală bună, cea intelectuală descrisă mai sus.

Operaţia. — 2 Octombrie. Hemicranieomie stângă, bolta osoasă relativ groasă, 5—6 mm. Tensiunea lichidului cefalorachidian mare. — Se incisează dura mater în

lambou. Circumvoluțiunile frontale orizontale atrofiate, baza celei a II-a și III-a mai mult. Se pune un fir de Florența în surjet pe partea superioară a lamboului durei-mater, scoțându-se extremitățile firului prin orificiile osului. Se reaplică lamboul și se cos tegumentele, se pansează.

După operație e liniștit.

3 Octombrie. Idem, i se dă puțin lapte.

10 Octombrie. Se scot firele de sutură și cel meningeal. Un punct pe parietal supurează. Se pansează zilnic. Strigătul reapare.

7 Decembrie. Ese statu-quo.

Cazul X. — Elena G., 15 ani, epilepsie, idioție. Intră în serviciu la 30 Decembrie 1897.

Antecedente ereditare. Tatăl alcolic. Mama suferea de piept; mai mulți frați scrofuloși, alții morți de mic.

Antecedente personale. În copilărie a suferit doi ani de poliartrită tarsiană, în care timp a stat în spitalul Colintina unde s'a vindecat. La 10 ani a suferit de friguri mai multe luni. Menstruată la 13 ani fără turburări; deflorată de mai mulți ani, nu se știe de cine, fiind idioată.

Istoricul boalei. Nu știe când l'a venit primul acces, dar spune că sunt mai mulți ani d'atunci. A avut până la 7 pe zi. Când îi vine accesul o ia cu frig prin temple (arată partea dreaptă), știe că o să îi vie rău și se așează jos. Alte ori această aură constituie tot accesul. De la intrarea în spital are câte 1—3 accese pe zi, adeseori noaptea. O dată, fiind în pat cade pe spate, fără țipăt, contractă membrele stângi, rotește ochii, fără paloare a feței și spume la gură, apoi se deșteaptă. Altă dată umblând prin salon, cade pe genuchi, apoi cu capul pe mâna dreaptă ridicată parcă înadins; membrele stângi sunt contracturate, încep convulsii rare, când e întoarsă pe spate. După o jumătate de minut încetează, figura ce n'a devenit palidă, ea o expresiune veselă, duce mâine sub cap, și dăonează o arie veselă; alte-ori accesele sunt mai puternice, dormind în urmă mult.

Starea prezentă. De statură mică, delicată, bine conformată, tegumentele pigmentate, părul negru, dinții buni, bolta palatină adâncă, reflexul faringian puțin simțit, pupilele egale, mobile, circumferința bazei craniului 52 cm. Starea generală bună. — Sensibilitatea generală și specială asemenea. Inteligența limitată, răspunde însă clar de si cu multă naivitate. Umoare melancolică, jelește adesea, blestemând pe părinți, frați și toți ce o tratează rău.

Operația. — 20 Ianuarie 1898. Hemicraniectomie dreaptă, incizia durei-mater; meningele prezintă pete lăptoase pe trajectul vaselor. Se resecă substanța cenușie pe o suprafață de 3×4 cm., interesând jumătatea superioară a frontalei și parietalei ascendente. — Se coase printr'un surjet cu fir de Florența partea superioară a lamboului durei-mater, se reaplică lamboul osteo-cutanat, se cos tegumentele, se pansază.

După deșteptare se observă paresa mâinii stângi.

22 Ianuarie. T. S. 38^o, se dă 0,50 gr. chinină.

23 „ T. 37². Se desface pansamentul; compresele profunde sunt îmbinate, câte-va fire au supurat; se scot, se spală cu sublimat 1/100, se reface pansamentul.

26 Ianuarie. T. 38^o. Se scot firele rămase, se drenează plaga.

28 „ T. S. 40^o. Dureri mari de cap; se dă un purgativ și chinină.

29 „ T. 38^o. Se deschide cu sonda canelată o colecție purulentă sub-osoasă, se drenează. După o oră are un acces epileptic, primul după operație.

31 Ianuarie. T. 40^o. Se lărgește traectul supurat cu sonda canelată, se curăță bine, se drenează.

Zilele următoare temperatura scade la normală, paresa mâinii dispare cu încetul

9 Februarie. Are un acces de epilepsie. T. 37^o.

16—17 „ Câte 3 accese în timpul nopții.

20 „ T. S. 39^o. Purgativ și chinină.

21 „ T. D. 37^o. Se deschide cu bisturiul un traect supurat subcutanat, în lungul plăgei. Se desface cu sonda canelată traectul subosos, se spală, drenează și pansează. T. S. 37^o.

Zilele următoare plaga supurează încă mult. Bolnava își bagă adesea mâinele sub pansament. Temperatura variază între 37—38°.

Maî are câte un acces, în zilele de 26 și 28 Februarie, 1 și 2 Martie, înce-tează în urma a 2 gr. bîborat de sodă seara, urmat maî multe zile.

14—17 Martie. T. 37°.

Plaga se cicatrizează complet.

18 Martie. Are trei accese dimineața, unul după amiază.

20—21 Martie. Câte un acces dimineața.

23 Martie. Un acces dimineața.

Zilele următoare accesese vin maî rar la câte-va zile; este congediată.

Cazul XI. — Vasile Schul, 50 ani, hamal, suferă de *hemiplegie dreaptă* de 17 ani, în urmă aî venit accese de epilepsie. Are afasie incompletă, e foarte greu de înțeles. Este trimis de la ospiciul Pantelimon de către d-l Dr. Marinescu, care l'a diagnosticat o tumoare cerebrală.

Starea prezentă. Înalt, corpulent, blond, prezintă o mulțime de nevi materni pe cap. Pupilele egale, cea stângă reacționează încet la lumină. — Comisura labială dreaptă maî ridicată, poate fluera. Tremurăturî ale limbii, reflexul faringian exagerat. Membrul superior drept paralizat aroape complet, totuși îl poate ridica până la înălțimea umărului.

Nu poate flexa antebrațul, ce e ușor contracturat, nici degetele ce sunt flexate; se pot destace ușor, dar revin imediat.

Tîrăște piciorul drept când umblă. Reflexul rotulien exagerat; când punem piciorul stâng peste cel drept, acesta trepidează puternic. Ușoară atrofie a membrerelor drepte.

Circumferința brațului drept 27, stâng 29 cm.

› antebrațului drept 26, stâng 28 cm.

› coapsel (1/2 inf.) drept 37, stâng 39 cm.

› gambel › 34, › 38 ›

Semicircumferința toracelui sub ax. 48, › 51 ›

› gâtului › 20, › 19 ›

Hiperestesia generalisată, inteligența foarte mărginită, înțelege greu, se exprimă greu chiar în limba lui (polonă).

Este irascibil, violent. Nu a avut accese de când e în spital.

Operația. — 9 Februarie. Hemicraniectomie stângă. Dura-mater este violacee, se ridică în lamboi, pe traiectul vaselor se văd plăci lăptoase: creierul este injectat și edemațiat. Nu se constată nici o tumoare la suprafața, nici în profunzime. — Se explorează cu un stilet, se face o incizie în cruce cu histuriul în centrul brațului, se introduce degetul, nu se găsește nimic. Se reseacă centrul brațului, pe 4 cm. diametru; în acest timp membrul respectiv trepidează. Se coase dura, se așează lamboul la loc, se cos tegumentele, se pansează.

După operație, brațul e maî contracturat, bolnavul e liniștit, doarme mult. — T. S. 37°.

10 Februarie. Aceiași stare, bolnavul mișcă brațul maî mult ca înainte.

13 › Se desface pansamentul fiind imbibat. Un orificiu punctiform ce nu s'a prins, lasă să se scurgă lichid cetalorachidian. Până la finele lunii, orificiul se închide. Bolnavul umblă maî ușor, vorbește puțin maî bine, mișcă brațul cu maî multă înlesnire, dar degetele sunt încă imobile, în flexiune de și maî puțin pronunțată.

Starea generală e mult maî bună, privirea maî puțin sălbatică. N'a avut nici un acces în urma operației.

La finele lui Martie e retrimis la ospiciul Pantelimon.

Accesese aî devenit în urmă maî frecvente și contractura membrerelor drepte maî pronunțată, ceea ce probează că tumoarea se află și se dezvoltă la baza creierului.

Cazul XII. — Epilepsie traumatică.

Nicolae N., de 40 ani, frînar la gară. În Octombrie 1897 cade cu capul în jos de pe vagon. rămâne fără cunoștință, e dus la spitalul Filantropia unde stă 10

zile în această stare. S'a găsit o fractură cu înfundarea osului în regiunea frontală stângă. După câte-va zile își revine în simțiri și este concediat acasă, unde a stat 3 luni până să poată merge la serviciu.

Nu ține minte când a avut primul acces de epilepsie. Accesele vin rar la interval de 1—3 luni. O dată fiind cu trenul pe drum, a avut două accese în aceeași zi. De atunci i s'a schimbat serviciul, dându-i se locul de portar tot la gară.

A mai avut accese în urmă din ce în ce mai forți.

O dată cu apariția acceselor de epilepsie, caracterul i s'a schimbat; a devenit supărăcios, violent, memoria i s'a slăbit.

În ziua de 7 Februarie a avut două accese, unul dimineața și altul seara.

Accesul se anunță prin gemete, țipete de care bolnavul n'are conștiință; cade tot-d'a-una pe partea stângă, are convulsii generalizate, face spumă la gură, își mușcă limba, n'are emisiuni involuntare de urină. După acces se ridică îndată și n'are cunoștință de acces; uneori are numai amețeli.

La 14 Februarie intră în spital.

Starea la intrarea în spital. În partea stângă a frunții, la trei laturi de deget d'asupra sprâncenei are o proeminență ce se simte prin piele că e formată de os și care se pierde pe nesimțite înafară și înapoi; înainte și înăuntru acestei proeminențe, osul este înfundat de câțiva milimetri.

Starea generală bună. Are durere de cap și amețală adesea.

Operația. — La 25 Februarie se face craniectomie temporară asupra jumătății stângi a frontalului. Lamboul osteo-cutanat are o lățime de 11 cm.; extremitatea internă se află la 4 cm. d'asupra unghiului intern al fanței palpebrale stângi, cea-laltă pe limita părului templei la înălțimea extremității superioare a pavilionului urechii; s'a tăiat patru perforații, pe periferia lamboului, dintre care două la extremitățile incisiunii, secțiunea bazei s'a făcut pe linia ce unește aceste două ultime orificii, la nivelul etajului superior al bazei craniului.

Dura-mater are aderențe cu osul și creierul la vârful lobului frontal care este atrofiat în acest punct. Se resecă o porțiune ca de 5 centimetri în diametru, din dura-mater, în locul unde prezenta aderențe; se fac incizii liberatrice înapoi și în afară. Nu s'a resecat porțiunea înfundată din bolta osoasă ridicată în lambou, de oare ce nu făcea nici o compresie pe creier, ce era atrofiat în acest drept. Se reaplică lamboul osteo-cutanat și se cos tegumentele.

După deșteptare bolnavul e liniștit.

În nopțile de 26 și 27 Februarie are câte un acces, fiind în pat, nu 'și a cauzat nici un rău; nu 'și amintește de accese ca și de cele dinaintea operației.

28 Februarie. Are edemul pleoapelor stângi.

2 Martie. Are un nou acces. În urmă n'a mai avut nici un acces. Cefalgia și vertigiile au dispărut.

25 Martie. Se simte foarte bine și cere a fi concediat. Vine în fie-care săptămână spre a fi văzut. În Mai își reia serviciul de portar la gară.

Cazul XIII. — Gh. I. băiat de 14 ani, epilepsie esențială. Intră în spital la 9 Martie 1898.

Antecedente ereditare negative.

Antecedente personale. La etatea de 14 luni a avut spasmuri. — La 6 ani are

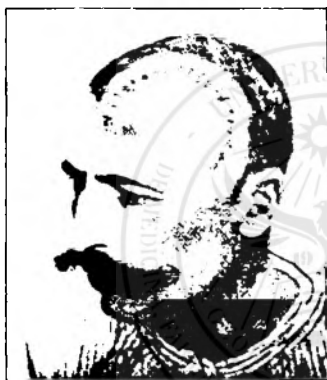


Fig. 54. — N. D., după operație.

primul acces cu convulsii numai în partea dreaptă a corpului, în urmă s'au generalizat, accesele devenind astfel complete cu țipet, cădere, convulsii, spume la gură și emisii de urină. La început accesele reveneau la două luni, apoi mai des, la 2-3 săptămâni. Aura constă dintr-o senzație de nod ce se urcă din hipogastru și care îi vine de mai multe ori în ziua când are acces. În urmă nu mai urinează în timpul acceselor; după acces simte oboseală în membrele drepte. — În timpul cât a stat în serviciu a avut două accese în aceeași zi.

Starea generală bună, este liniștit.

Operația. — 27 Martie 1898, se face hemicraniectomie temporară stângă. — Meningele injectate, s'a resecat o parte din scoarța cerebrală a regiunii Rolandice, pe o întindere de 6x7 cm. Hemoragie însemnată din meninge și diploe. Se face hemostază prin legături și termocauter. Se coase dura-mater cu catgut fin, se reaplică lamboul, se cos tegumentele cu catgut gros în surjet. Nu s'a drenat.

După deșteptare are hemiplegie dreaptă, paralizia facialului inferior drept și afasie.

Pulsul neregulat.

28 Martie, intră subit în coma și sucumbă la ora 2.30 p. m.

La necropsie se găsește lamboul ridicat de un milimetru, sub dura-mater o masă de chiaguri acoperind tot emisferul.

Cazul XIV. — Solomon C., de 16 ani, funcționar comercial, suferă de epilepsie jacksoniană de un an, în urma unui traumatism vechiu. — Intră în spital în ziua de 3 Mai 1898.

Antecedente. În copilărie a suferit de rușoală, tuse convulsivă și pneumonie. Acum 6 ani a fost lovit cu o piatră mare în cap făcându-l o fractură cu înfundarea bolței osoase în regiunea frontală dreaptă. A avut commoțiune cerebrală imediată, dispărând însă curând. A fost trepanat de d-rul Kremnitz. După două zile a avut o hemiplegie stângă, fără a atinge fața.

Paralizia completă a membrelor stângi, a durat două săptămâni după care au început convulsii în partea stângă a corpului și feței. În urmă mișcările au revenit cu încetul. Plaga operatoare s'a vindecat după două luni. Cinci ani în urmă copilul a fost cu totul bine, fără a se ivi vre-o nouă turburare.

În anul trecut a avut un atac epileptiform într-o seară. Peste trei luni are un al doilea acces, apoi tot mai des.

Cu două săptămâni înainte de intrarea în spital a avut mai multe accese, două zile consecutiv, în urmă nu a mai avut.

În tot timpul accesului, bolnavul rămâne cu totul conscient. Accesul se anunță prin furnicătură în degetele mâinii stângi, după care încep tremurăturile ușoare în tot membrul, urmate repede de convulsii generalizate în toată jumătatea stângă a corpului, cuprinzând și mușchii feței și ai gâtului, capul este plecat în partea stângă, ochii se rotește.

Când bolnavul simte furnicăturile ce anunță accesul, se așează jos până ce îi trece; în urmă simte oare-care oboseală și amorțeală în membrele stângi, care însă e de scurtă durată.

Examenul obiectiv. — În regiunea frontală, între limita părului și sutura coronară, la 15 mm. spre dreapta de linia mediană, se vede o cicatrice crucială, având 4 cm. una din linii, ce este paralelă cu linia mediană, cea-laltă perpendiculară pe ea, mai scurtă. Cicatricea e deprimată, aderentă, de desubt se simte o pierdere de substanță ca de 2x4 cm. în aceeași direcție cu linia lungă a cicatricei.

Explorarea ei nu produce nici o suferință bolnavului, nici nu e sediul vreunei senzații subiective. Nu se observă nici o asimetrie în trăsăturile feței. Pupilele egale reacționează bine la lumină. Nici o turburare a sensibilității sau motilității.

Bine dezvoltat, este calm, tegumentele fine, are pitiriasis vesicular pe torax. Organele interne în bună stare.

Facultățile intelectuale întregi. Temperament nervos.

Operația. — 4 Mai. Se face craniectomie temporară în regiunea fronto-parietală stângă, cuprinzând aproape o pătrime din bolta craniică. Baza lamboului osteo-cutanat e în partea infero-posterioară; partea internă a inciziei cutanate, trece puțin

peste linia mediană în partea opusă. Dura-mater este aderentă de os în dreptul cicatricei exterioare. Desfăcându-se, se vede pe fața interioară a osului ridicat, în punctul corespunzător cicatricei externe, o pierdere de substanță circulară de 25 mm., cu marginele rotunjite, provenind din trepanația făcută acum 6 ani. Această pierdere a substanței osoase e împlinită printr-o membrană fibroasă puternică, de care aderă tegumentele externe.

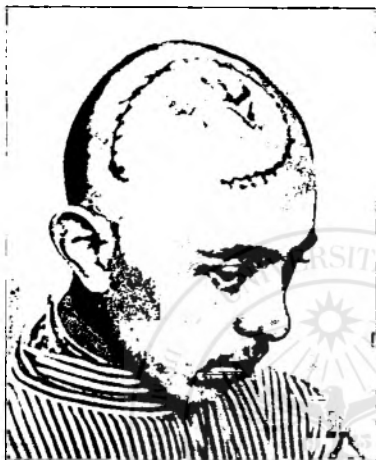


Fig. 55. — S. C., după operație.

Aderențele durei-mater cu marginea orificiului trepanațiunii s'au rupt de sine la ridicarea lamboului osteocutanat.

Aderențele cu substanța cerebrală subjacentă perforațiunii trepanului însă sunt mult mai puternice, și cum în acest punct substanța cerebrală este desorganizată având aspect gelatiniform se ridică împreună cu dura-mater ce este excizată în acest punct, pe o lărgime de 2×3 cm., substanța cerebrală este resecată de asemenea în aceeași întindere, în adâncime de 3—4 mm. până se dă de țesut sănătos — (mijlocul frontalei a 2 a). Se coase cu catgut fin dura-mater, așa ca să acopere lipsa de substanță produsă pe suprafața creierului, se reaplică lamboul osteocutanat și se cos tegumentele cu catgut gros în surjet. Hemoragia a fost neînsemnată, de aceea nu s'a făcut nici un drenajiu, se pansează.

După deșteptare bolnavul se simte bine. — Peste noapte doarme puțin, a doua zi temperatura normală, seara i se dă un gram de cloral hidrat.

18 Maii. Bolnavul este bine (a 14-a zi după operație), este congediat.

Firele de sutură fiind de catgut, partea cuprinsă în tegumente s'a resorbit, restul a căzut. Până astăzi nu a mai avut nici un acces.

Cazul XV. — Iohan Klein, de 20 ani, lăcătuș, suferă de trei ani și jumătate de epilepsie.

Antecedente ereditare negative.

Antecedente personale. În copilărie a fost foarte sănătos, n'a suferit de cât de gălcf. De atunci a mai suferit de friguri acum doi ani. Nu a avut boale venerice neagă a fi alcolic.

Istoricul boalei. Sunt trei ani și jumătate de când a avut primul acces de epilepsie când era la plimbare. De atunci are mai în fiecare săptămână câte un acces ce ține două minute, une-or și incomplet.

I s'a făcut resecția dublă a simpaticului cervical, între 19—30, Noembrie 1898.

Starea prezentă. De statură înaltă, robust, are puțină asimetrie cranienă, bosa parietală stângă fiind mai pronunțată. Expresia feței tristă. Pupilele egale reacționează bine, are tremurături în membrele superioare, reflexele exagerate, une-or cărcel în degetul mare, sau la picior în regiunea poplitec, memoria slăbită, bolnavul este descurajiat are adesea cefalalgie, une-or vede cercuri verzi în jurul lampei. Urina normală. De când e în spital are în fiecare zi câte 2—3 accese, durând câte 2 minute aproximativ, în care timp are tremurături în mâini, e agitat, umblă fără țință, strânge plapuma, n'a avut nici un acces complet.

Operația. — 26 Maii. Se face hemicraniectomie stângă; întrebându-se pen-

tru o parte din tăerea osului, ferăstrăul lui Gigli, dar neputându-se continua cu acesta se termină cu ferăstrăul-măsurător modificat după ferăstrăul lui Doyen.

La ridicarea lamboului osteocutanat se vede dura-mater foarte congestionată, ridicând-o în lambou, suprafața creierului apare brăsdată de vase numeroase, cele mai multe, vine de o dezvoltare anormală, între acestea, plăci întinse de un exudat gelatinos, pe alocurea albicioase. Se resecă o porțiune din scoarță în diametru ca de 2×3 cm. de pe piciorul frontalei a doua trecând puțin și pe circumvoluțiunile vecine, se leagă mai multe vase, se face hemostasa prin compresione de câte-va minute, apoi se suturează dura-mater la loc în partea superioară cu un fir de catgut, și se reaplică lamboul osteocutanat. Se cos tegumentele cu catgut gros în surjet, fără a se face drenajii.

Se face pansamentul compresiv obișnuit.

Până a doua zi bolnavul este liniștit.

28 Mai. Bolnavul are temperatură, este agitat, are edemul pleopelor ochiului stâng, vorbește greu; se desface sutura plăgei în partea posterioară și lichidul sanguinolent ese ținând; se pune un dren.

29 Mai. Temperatura scăzută, edemul pleopelor dispărut.

30 Mai. Temperatura se urcă din nou, bolnavul are dureri mari de cap, edemul pleopelor se reproduce la ambii ochi. Se face o nouă deschidere a plăgei la partea anterioară fiind mult lichid sanguinolent (orificiul posterior se închisese în parte), se pune dren și pansament umed.

Zilele următoare edemul scade, dar plaga supurează. Starea generală însă se ameliorează, nu mai are dureri mari de cap, vorbește liber, e liniștit.

10 Iulie. Plaga s'a închis, este congediat; nu a mai avut nici un acces de la operație.

În resumat dar avem :

- 2 cazuri de epilepsie traumatică cu 2 vindecări (XII, XIV).
 - 1 caz de epilepsie jacksoniană cu 1 vindecare (VIII).
 - 1 caz de epilepsie cu hemiplegie cu 1 ameliorare (XI, tumoare a bazei).
 - 2 cazuri de epilepsie cu idiotie cu 2 statu-quo (I, X).
 - 2 cazuri de epilepsie cu manie furioasă cu 2 sucombări (V, VI).
 - 1 caz de epilepsie esențială cu 1 sucombare (XIII).
 - 1 caz de epilepsie esențială în observație (XV), mult ameliorat.
 - 2 cazuri de idiotie și isterie cu 2 vindecări (III, IV).
 - 3 cazuri de idiotie simplă cu 3 statu-quo (II, VII, IX).
- În total 15 cazuri, dinte care :
- 5 vindecări (epilepsie traumatică, jacksoniană și istero-idiotie).
 - 1 ameliorare (tumoare a bazei craniului).
 - 5 statu-quo (epilepsie esențială și idiotie).
 - 3 morți (epilepsie gravă, manie).
 - 1 mult ameliorat (epilepsie esențială).

La doi dintre cei trei morți, moartea a provenit din cauze cu totul altele de cât operațiunea asupra craniului; unul (cazul V) a murit subit după o lună; bolnavul suferise și o altă operațiune anterioară asupra sistemului nervos, tot pentru epilepsie (resecția simpaticului), și în orice caz cunoscută fiind posibilitatea morții într-un acces epileptic, sfârșitul fatal nu poate fi câtuși de puțin în acest caz în legătură cu operațiunea pe craniu. Un al doilea bol-

nav (cazul VI) a sucombat 6 săptămâni după operație, în urma unei gangrene pulmonare. Ca și precedentul, suferise și o altă operație anterioară. În ori-ce caz, ambii erau atinși de manie epileptică cu accese furioase și la necropsie s'au găsit la ambii plăci de meningo-encefalită cronică difuză, leziuni care singure ar fi fost capabile să ducă la un sfârșit letal apropiat.

În singurul cazul XIII moartea a provenit din urmările imediate ale operațiunii, producându-se hemoragie în cavitatea craniene. În acest caz nu se făcuse drenaj și dacă sfârșitul fatal n'ar fi venit surprinzător de repede (coma nu s'a pronunțat de cât o oră înaintea morței) e probabil că o nouă deschidere a cavității craniene ar fi putut înlătura desastrul, precum aceasta se vede în cazul XX al lui Doyen.

Cei cinci bolnavi rămași *statu-quo*, în urma operațiunii, erau atinși de *idioție sau epilepsie*, în contra căreia toți chirurgii cari au practicat operațiunii pe craniu, au ajuns la conclusia că intervențiunile trebuiesc repetate și urmărite timp îndelungat (Lannelongue, Lucas-Championnière, Doyen).

Ast-fel în cazul II, unde s'a practicat hemicraniectomia în ambele părți ale capului, la interval de două luni, după a doua intervenție, bolnavul părea a da probe neîndoioase de ameliorare; așa fața îi era mai veselă ca înainte, privia mai cu atenție persoanele din prejur, cerea câte ceva, ceea ce nu se observase mai înainte.

Precum am zis, cazuri de felul acesta trebuiesc observate mult timp, și o căutare specială chiar e necesară. În cazul IX lobul frontal era atrofiat în întregime, decî nimic de sperat.

Dintre cei-alți bolnavi, doi erau atinși de epilepsie cu *idioție*; în urma operațiunii, accesele au devenit mai rare, și consecutiv starea generală mai bună. Un altul atins de epilepsie jacksoniană (cazul VIII), n'a mai avut accese după operație.

În fine la un altul atins de hemiplegie dreaptă, afasie incompletă și accese epileptice (cazul XI), în urma operațiunii starea lui s'a îmbunătățit și el singur manifesta mulțumirea ori de câte ori era întrebat; mergea mai ușor, se exprima cu mai puțină greutate și nu se mai văita de cefalalgia ce avea. La operație nu s'a găsit de cât injecția meningelor și edemul creierului; s'au făcut incizii și explorări profunde în substanța cerebrală, fără a se descoperi ceva.

Vindecarea obținută în cele cinci cazuri, nu lasă îndoială că a fost urmarea imediată a operațiunii. Bolnavii cu epilepsie post-traumatică n'au mai avut nici cefalalgie, nici vertigii, nici accese. În prezent și-au putut relua fie-care ocupațiunea sa și se pot considera ca vindecați. În casurile III, IV, cei doi frați gemeni, erau atinși de turburări mintale de mai multe luni și imediat după operație se restabilesc complet, stare ce durează și acum după mai mult de un an de la operație. Modul cum craniectomia a produs efectul terapeutic în cazurile expuse, este de sigur deo-

sebit ca și diferitele afecțiuni în care s'a aplicat. În *epilepsia traumatică* ridicând porțiunea osoasă ce apăsa pe creier, sau rupând aderențele (cazul XII) ce s'a format în urma cicatrizării plăgei (fracturii), produsă de traumatism, ridicăm însăși cauza turburărilor cerebrale.

Aci se poate pune întrebarea, ce se face cu porțiunea infundată din bolta craniică. În cazul XII, am văzut că capacul osos s'a reaplicat în întregime, de și o porțiune din boltă era infundată, cauza pentru care s'a procedat astfel în acest caz, este că porțiunea infundată a boltei craniice nu comprima creierul, acesta fiind atrofiat în dreptul infundăturii (partea anterioară a lobului frontal) și turburările nu puteau proveni de cât din cauza aderențelor ce dura-mater avea atât cu bolta craniică cât și cu unele puncte ale lobului frontal atrofiat. Această porțiune din dura-mater, ocupând o suprafață de 4x5 cm., s'a resecat.

Plaga operatoare s'a vindecat în câte-va zile și individul e așa de bine că și-a reluat ocupația după cum am arătat mai sus, și se poate considera ca vindecat fiind bine până în prezent.

În cazul XIV, porțiunea infundată a osului a fost resecată prin aplicarea unei coroane de trepan, puțin timp în urma accidentului.

Scoarța cerebrală fiind desorganizată în acest punct, s'a resecat și acoperit cu lamboul din dura-mater. Până astăzi starea bolnavului este excelentă, acelese au dispărut cu totul, și este de sperat că vindecarea va fi definitivă.

Cazurile XII și XIV sunt foarte importante și din alt punct de vedere. Infundarea osului și într'un caz și în cel-l'alt, precum și în leziunile ce au rezultat din această cauză, se află la partea anterioară a lobului frontal, în afară de regiunea rolandică deci, și totuși au putut produce accese epileptiforme, ceea ce conduce a admite sau că centrii motori cerebrali sunt mult mai întinși de cât s'a găsit până acum, sau că o leziune a scoarței cerebrale în afară de zona motrice întreține o iritațiune ce se poate întinde asupra părților vecine, producând accese epileptiforme dacă această iritație se propagă până în centrii motori.

În cazurile III și IV disparițiunea fenomenelor psihice morbide, precum și vindecarea obținută în cazul de epilepsie jacksoniană și altul având hemiplegie fără a se fi găsit vre-o leziune care să o explice, s'a produs printr'un mecanism deosebit. — În cazurile VIII, X și XI resecția centrilor corticali ai membrului superior prin care începea accesul, explică intru cât va ameliorarea prin suprimarea punctului de plecare, cel puțin în parte. În cazul I nu s'a făcut de cât incisia durei-mater, și totuși o rărire notabilă a acceselor s'a produs.

În cazurile III și IV asemenea nu s'a făcut de cât incisia durei-mater după practicarea hemicraniectomieii. Aceste două cazuri au fost urmate de vindecare imediată, fenomenele psihice morbide

(idiotie survenită brusc) au dispărut îndată după operație și vindecarea s'a menținut în urină. Aceasta se datorește de sigur decompresiei mari cerebrale produse prin esecutarea hemicraniectomiei (Doyen) și menținerea acestei decompresii prin stabilirea unei cicatrice filtrante (Jaboulay ¹) ce în operațiunea lui Doyen sunt foarte întinse.

În cazul II (idiotie congenitală) unde hemicraniectomia s'a făcut în ambele părți, după a doua intervenție o ameliorare a stărei mintale a bolnavului pare a fi neînjoioasă, ceea ce nu s'a observat după prima intervenție. De sigur că decompresia cerebrală mai mare, obținută prin repetarea operațiunii, în ambele părți ale capului, au produs un efect favorabil. În cazul IX nu se putea spera nici atât, lobul frontal stâng fiind atrofiat aproape în totalitate. În cazul VII turburările ivite după operație (hemiplegie) de și trecătoare au făcut să se renunțe la repetarea operațiunii în partea opusă, și astfel nu s'a putut experimenta acțiunea intervențiilor repetate.

Am putut reuni împreună cazurile mele 90 de craniectomii temporare, dintre care 78 sunt expuse în tesa recentă a elevului meu d. Dragoșescu ²), iar 12 au fost comunicate de curând la Academia de medicină din Paris de Chipault.

Din aceste 90 de cazuri, în 69 rezultatul operator a fost bun, iar 21 de cazuri sunt letale. Din aceste din urmă trebuiesc deduse cazurile în care moartea a survenit mult timp după operațiune, și a fost datorită unui accident cu totul în afară de operațiune.

No. acestor cazuri este de 7 (7,7 %), ceea ce reduce mortalitatea operatorie la cifra de 14, adică 15,5 %.

Din cele 69 de cazuri, cu vindecare operatorie, vindecarea terapeutică a fost obținută de 22 ori, ameliorațiunea de 24 de ori, și 23 de insuccese terapeutice, ceea ce ne dă o proporție de :

Vindecări operatorii . . .	76,6 %
» terapeutice . . .	24,5 »
Ameliorațiuni . . .	26,6 »
Insuccese	25,5 »

Intrând în detaliile acestor cazuri vedem că intervențiunea s'a practicat pentru următoarele afecțiuni :

¹) Archives provinciales de Chirurgie, 93, p. 185.

²) Craniectomia temporară. — Tesă pentru doctoratul în medicină și chirurgie, București, 1898, Iunie.

No.	A FE C Ţ I U N E A	Vindecăţ	Amelioraţ	Insuccese	Morţi
3	Hemoragiї traumatice	1	—	—	2
2	Fracturi recente	1	—	—	1
1	Diformaţie traumatică	—	—	1	—
3	Paraliziї posttraumatice.	1	1	1	—
8	Epilepsie generală.	4	3	1	—
5	» jacksoniană.	2	2	1	—
14	Tumori cerebrale.	6	2	2	4
2	Chiste »	1	1	—	—
1	Abces »	—	—	—	1
2	Idioţie şi isterie	2	—	—	—
1	Paralizie generală.	—	—	—	1
1	Idioţie şi hemiplegie	—	—	1	—
17	» » microcefalie	—	3	9	5
12	Epilepsie esenţială benignă.	—	8	2	2
9	» » gravă.	—	4	—	5
2	Craniectomie exploratrice.	2	—	—	—
7	Cazuri nedeterminate	2	—	5	—
90		22	24	23	21

Luând statistica particulară a acelor care au practicat mai mult această intervenţiune, găsim statistica lui Doyen ¹⁾ cu 38 cazuri cu 19 morţi, dintre care 3 mult timp după operaţie, 2 prin shock, 2 prin crise epileptice subsubintrante şi hemoragie, 2 prin broncopneumonie, 2 copii cu pachimeningită seroasă gravă de operat şi un cas de neoplasm malign.

Din cele 26 vindecări operatorie, se află o singură vindecare terapeutică într'un caz de tumoare, 17 amelioraţiuni şi 8 insuccese.

Statistica lui Chipault ²⁾, compusă din 12 cazuri cu 2 morţi, dintre care unul imediat după operaţiune, cel-l'alt 2 luni după operaţiune, sucombând de tuberculoasă generalisată.

Din această statistică reese că mortalitatea, în cazurile lui Chipault, este de 16,6%, în acelea a lui Doyen de 31,5%, iar în cazurile mele de 20%.

Trebuie şi aci însă să distingem mortalitatea imediată datorită operaţiunii şi mortalitatea tardivă datorită unei cauze independente de operaţiune. Găsim ast-fel în statistica lui Chipault mortalitatea imediată de 8,3%, mortalitatea tardivă 8,3%; în statistica lui Doyen mortalitatea imediată este de 21% iar cea tardivă de 10,5; iar în statistica mea mortalitatea imediată este de 6,7% iar cea tardivă de 13,3%.

¹⁾ In teza lui Marcotte, Paris, 1896

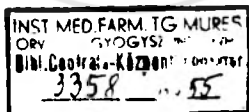
²⁾ Gazette des hôpitaux, 1896, Mai 26.

Această statistică generală sau particulară diferiților autori, nu poate avea de cât o valoare relativă, știut fiind câtă importanță are alegerea cazurilor, procedeul întrebuițat și chiar abilitatea chirurgului pentru rezultatele obținute.

Ceea ce însă putem deduce din statistica globală, este inouitatea relativă a craniectomiei temporare și eficacitatea ei, când o comparăm cu rezultatele obținute în aceleași cazuri, prin trepanațiune.

În adevăr, luând statisticile cele mai complete, a lui Terrier ¹⁾ și a lui Chipault ²⁾, găsim letalitatea operatorie generală de 28,7 0/0, care se împarte în 50 0/0 în cazurile de abcese cerebrale, 50 0/0 în cazurile de tumori, 25,3 0/0 în cazurile de tumori ale durei-mater, 25 0/0 în cazurile de microcefalie, 12,5 0/0 în cazurile de epilepsie jacksoniană, 9,2 în epilepsia esențială.

Trepanațiunea fiind deci o operațiune mai gravă de cât craniectomia temporară, și știut fiind inconvenientele inerente acestei operațiuni, precum și frecuenta ineficacitate ce presintă, trepanațiunea rămâne o operațiune cu mult inferioară sub toate raporturile craniectomiei temporare și cred a putea afirma că viitorul aparține acestei din urmă operațiuni, și că trepanațiunea va dispărea cu încetul din cadrul operațiunilor de ales asupra craniului, bine înțeles atunci când intervențiunea are de scop explorațiunea creierului sau ridicarea unei tumori sau unei porțiuni din scoarță, sau în fine decompresiunea cerebrală.



¹⁾ Terrier-Pénaire L'opération du trépan. Paris, 1895.

²⁾ Chirurgie du système nerveux, tom. I.

