

Man. B72/15 76
76

Dott. NATALE CALABRÒ

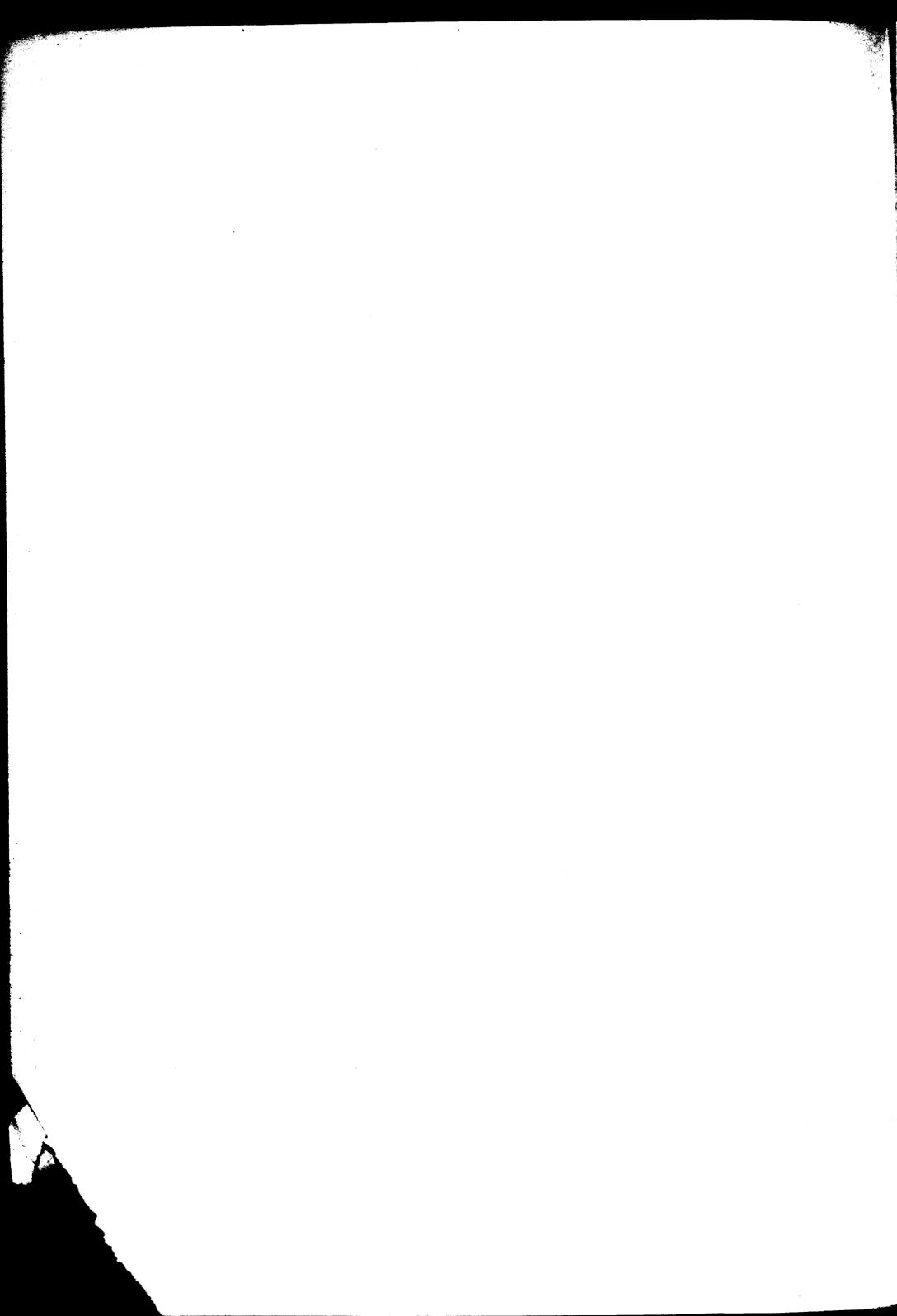
Le nevralgie del trigemino nella pratica odontoiatrica

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1942-XXI
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A

cto
del



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIRETTORE: PROF. E. MUZZI

LE NEURALGIE DEL TRIGEMINO NELLA PRATICA ODONTOIATRICA

DOTT. NATALE CALABRÒ

Primario della Sezione di Chirurgia Orale e Dentale

E' noto che i pazienti affetti da neuralgie del trigemino, all'inizio della loro malattia, si rivolgono di solito allo Stomatologo ed a lui chiedono una giusta diagnosi ed una pronta terapia. L'affidarsi in un primo tempo al medico specialista delle malattie della bocca e dei denti dipende da due fattori che ne giustificano la scelta, e cioè:

1) tra le affezioni che provocano e mantengono una neuralgia sintomatica, quelle degli organi bucco-dentali, stanno in primo piano per frequenza e per intensità dolorosa;

2) le neuralgie essenziali del V paio insorgono quasi sempre con accessi dolorosi localizzati a un punto qualsiasi del territorio innervato dalla terza o dalla seconda branca del trigemino, e cioè in zona di prevalente dominio della specialità odontoiatrica. E' pertanto cosa di massima importanza per lo stomatologo la chiara conoscenza delle varie forme dolorose del trigemino e delle possibilità terapeutiche moderne.

In considerazione soprattutto dei gravi danni che possono derivare ai malati da un errore di diagnosi, crediamo opportuno di riferire ai Colleghi il risultato della nostra esperienza sull'argomento.

Il termine neuralgia o algia del nervo, rispecchia il quadro morboso caratterizzato da attacchi di dolore, separati da pause più o meno lunghe di benessere, che si manifestano lungo il territorio di un nervo.

La neuralgia però non è una malattia, ma solo il complesso sintomatico che domina il quadro e si impone alla nostra attenzione. Nei tempi passati si riteneva che la neuralgia fosse dovuta ad un disturbo funzionale dei nervi sensitivi; oggi invece si ritiene trattarsi di una lesione organica degli elementi anatomici che costituiscono il nervo. Quest'ultima ipotesi è stata dimostrata fondamentalmente giusta nelle neuralgie sintomatiche, mentre non può essere esclusa, anche se finora non accertata, nelle forme essenziali.

La neuralgia del trigemino essenziale, senza dubbio, la più importante di tutte le

neuralgie, sia per l'imponenza della sua sintomatologia, sia per la sua persistenza.

La prima, incompleta, descrizione della neuralgia facciale si trova negli scritti del famoso medico arabo Avicenna. Solo alcuni secoli dopo (XIII secolo) furono osservati numerosi casi di neuralgia del trigemino in Inghilterra, dove era venerato un patrono delle neuralgie trigeminali. Infatti nella Cattedrale di Welles, presso la tomba del vescovo Button, fu eretta in quell'epoca una colonna sulla quale era scolpito un viso sofferente per il mal di denti, con i lineamenti contratti nella smorfia caratteristica dello spasimo neuralgico. In quel luogo accorrevano forti schiere di sofferenti che invocavano la guarigione della loro neuralgia e vi recavano ricche offerte votive.

Uno studio particolareggiato della malattia ci è stato lasciato dall'inglese Fothergill, che la descrisse nella seconda metà del XVIII sec. da allora, in Inghilterra, essa viene chiamata « Morbo di Buttono », o « Fothergill neuralgia ».

In questi ultimi decenni alle affezioni dolorose del trigemino sono stati dedicati profondi studi e accurate ricerche, sia da parte dei fisio-patologi sia da parte dei terapeuti. E' certo però che ancora molti problemi restano insoluti e l'etiologia della malattia è spesso oscura, mentre la guarigione, resa possibile dal progresso della neurochirurgia, è « una pace che, come fu detto, si paga a caro prezzo ».

Le neuralgie che colpiscono il V paio sono divise, dalla maggioranza degli autori, in due grandi categorie:

1) Neuralgia del trigemino maior, o essenziale, o primaria, o vera, o tic facciale ecc.
2) Neuralgia del trigemino minor, o sintomatica.

A queste due forme il Sicard aggiunge il
3) Neuralgismo facciale, che raggruppa tutte le forme atipiche di neuralgia della faccia.

Cercheremo ora di descrivere anzi tutto i caratteri delle diverse sindromi dolorose del

trigemino, e nello stesso tempo mettere in evidenza i sintomi tipici onde facilitare la diagnosi differenziale.

Nevralgia essenziale

La caratteristica principale di questa affezione, è la mancanza assoluta di qualsiasi causa locale.

La diagnosi è facile per la sintomatologia tipica inconfondibile in base ai tre caratteri fondamentali dell'attacco doloroso della nevralgia maggiore: *repentinità, intensità, brevità*.

Senza una causa apparente, il dolore si presenta acutissimo, e in breve scompare. I pazienti vengono colpiti all'improvviso da un dolore intensissimo, che essi paragonano a quello prodotto da una coltellata o da un ferro rovente applicato sulla faccia, e contraggono i muscoli di questa in una smorfia caratteristica. Nello stesso tempo comprimono sulle guancie il palmo della mano in un atto di difesa. Dopo breve durata, che va da pochi secondi ad un minuto, l'accesso si calma gradualmente, per dar luogo ad un assoluto benessere di durata variabile; per il paziente però questo rappresenta una calma relativa in quanto egli rimane in preda del timore del prossimo, inevitabile scatenarsi di un altro attacco.

La malattia ha periodi di remissione che durano settimane ed anche mesi, specialmente all'inizio del male, ma che in seguito divengono sempre più brevi. Sembra che i mutamenti di stagione non abbiano influenza apprezzabile sul male, sebbene il freddo rigido e il caldo intenso, di norma, aggravino gli spasmi dolorosi. Generalmente gli attacchi sono diurni, mentre di notte si ha una certa remissione degli accessi.

La direzione che segue il dolore è parallela e non trasversale al decorso delle ramificazioni nervose, e i punti che più spesso vengono colpiti sono i punti di Valleix, cioè i fori di emergenza delle tre branche: sopraorbitario, infraorbitario e mentoniero. Anche l'ala del naso e l'angolo della bocca vengono spesso indicati dai pazienti come regioni iperestetiche.

Gli accessi dolorosi spesso sono preceduti da senso di calore al viso. Questo sintomo viene interpretato come un fenomeno vasomotorio legato al sistema simpatico, ed è addotto a sostegno dell'esistenza di rapporti tra la nevralgia essenziale e la funzione simpatica. Tra gli AA. che sostengono questa teoria sta il Pette, che ascrive ai disturbi circolatori di origine simpatica anche l'iperemia

del volto e delle mucose che spesso precedono l'accesso doloroso. La più lieve irritazione periferica della faccia, il più leggero stimolo nel territorio di un ramo nervoso terminale può provocare l'attacco di dolore: il lavarsi con acqua fredda i denti o la faccia, il contrarre i muscoli del viso nel mangiare o nel parlare, il radersi, un rumore improvviso, uno scotimento, il più leggero contatto, bastano a risvegliare la crisi dolorosa. E così vengono alla nostra osservazione pazienti che si rifiutano di compiere qualsiasi atto che essi conoscono come suscitatore delle loro sofferenze: non rispondono alle nostre domande, si astengono dal mangiare fino a quando vi sono costretti dalla fame, non si radono e addirittura non si lavano la faccia per degli anni.

Un caso tipico di sporcizia per il terrore dell'attacco nevralgico abbiamo osservato in una vecchietta che dapprima non sopportava l'acqua fredda e che poi, col passare degli anni, non riusciva a bagnare la metà sinistra della faccia neppure riscaldando l'acqua a diverse temperature, poichè tutti i tentativi da lei fatti per lavarsi erano causa di immediata insorgenza dell'accesso doloroso.

Un'altra osservazione interessante di timore dei più semplici e comuni atti della vita normale abbiamo avuto occasione di riscontrare in un ricco paziente il quale, riluttante a sottoporsi a cure chirurgiche, aveva cercato di mitigare le proprie sofferenze con l'isolarsi rigidamente dalla vita sociale: rinchiusosi in una sua villa di campagna, lontana da strade e da ogni altra causa di rumori, vi dimorò per anni, non muovendosi da un salone che faceva tenere quasi sempre al buio e che aveva fatto tappezzare da pesanti tende e spessi tappeti, e nel quale entrava soltanto un vecchio servitore.

Vi sono zone ben localizzate nel territorio nervoso — l'ala del naso, il labbro superiore, un dente — in cui ogni più piccolo stimolo ha per risultato l'esplosione dell'attacco. Questi territori sono stati descritti da Patrick come « zona del grilletto », paragonandoli ad un grilletto di fucile carico che, appena toccato, dà luogo allo scoppio.

Tenendo ben presente le predette caratteristiche, difficilmente si cade in errore di diagnosi. Tuttavia crediamo opportuno ricordare le seguenti regole dettate dal Sicard.

1) La nevralgia facciale nella quale i dolori sono continui senza intermittenza di assoluta calma, non deve essere considerata come nevralgia essenziale.

2) La nevralgia facciale, che non abbia ricevuto trattamento chirurgico e che non sia

stata trattata con iniezioni alcooliche, quando sia associata ad anestesia della pelle e della mucosa non deve essere considerata come nevralgia essenziale.

3) La nevralgia facciale che, previo intervento, sia associata a segni di irritazione o di paralisi di altri nervi cranici (trisma, diplopia, paralisi del facciale) non deve essere considerata come nevralgia essenziale.

4) La nevralgia facciale che nel periodo iniziale coinvolge simultaneamente tutte le tre branche del trigemino non deve essere considerata come nevralgia essenziale.

5) La nevralgia facciale che primieramente colpisce entrambi i lati della faccia non deve essere considerata come nevralgia essenziale.

Nevralgia sintomatica

La nevralgia sintomatica del trigemino, al contrario della forma essenziale, in cui, come abbiamo già detto, non si riesce a scoprire

alcuna causa determinante, ha una etiologia chiara e dimostrabile. L'attacco doloroso poi è ben definito e presenta caratteristiche del tutto diverse da quelle della nevralgia essenziale. Infatti, esso è *continuo, con esacerbazioni e remissioni che si alternano, senza che il paziente goda di alcun periodo di assoluto benessere.*

La persistenza del dolore è notevole — talora per giorni e settimane — mentre la riaccensione della crisi non è improvvisa e la fase discendente è graduale.

Rappresentando con un grafico le variazioni del dolore, vediamo che, nella nevralgia essenziale, da una pausa di assenza completa si passa ad una fase di attacco improvviso, in cui il grafico sale altissimo, a punta e cade a zero subito dopo; nella nevralgia sintomatica invece il grafico sale e scende a curve gradualì, il massimo è meno acuto, manca l'insorgenza fulminea, e la fase dura più a lungo.

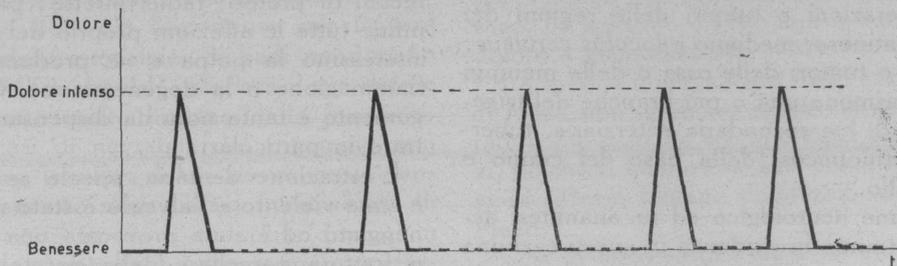


FIG. 1.

Grafico delle variazioni del dolore nella N. essenziale (la lunghezza delle pause di benessere varia da malato a malato a seconda della gravità e della durata della malattia).

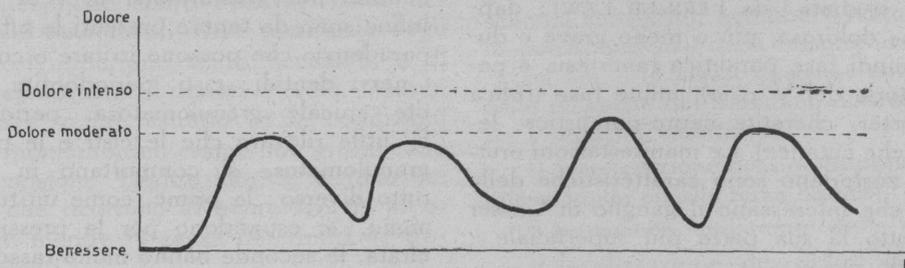


FIG. 2.

Grafico delle variazioni del dolore nella N. sintomatica

Da notare anche che nella nevralgia sintomatica sono meno evidenti i segni a carico del simpatico, e la sintomatologia dolorifica spesso è attenuata od addirittura interrotta durante il giorno con recrudescenze serotine (LEVI).

Inoltre, secondo alcuni AA., la diagnosi differenziale fra nevralgia maior e nevralgia

minor è facile ricorrendo alla compressione sui fori di uscita delle branche del trigemino: se con questa manovra si suscita dolore, si tratta senz'altro di nevralgia sintomatica.

LAPINSKJ è del parere che, se negli intervalli fra gli attacchi dolorosi le zone iperestetiche di Headad sono manifeste, si tratta probabilmente di una nevralgia sintomatica. Pe-

rò MELCHIOR non è convinto della precisione di queste regole giacchè in casi di nevralgia odontogena si può trovare l'assenza delle zone di Head sia durante che dopo gli attacchi del dolore, e giacchè neppure la presenza o l'assenza di zone sensibili alla pressione ha per lui qualche determinato significato diagnostico.

La patogenesi della nevralgia minor del trigemino è tra le più complesse e difficili. Essa può essere provocata da:

1) *Malattie o lesioni di tutto l'organismo:*

a) avvelenamenti da metalli (arsenico, mercurio, ecc.) o da sostanze vegetali (cocaina, alcool, nicotina); b) malattie infettive (malattia, sifilide, tifo, vaiolo, influenza); c) malattie del ricambio (gota, diabete).

2) *Malattie o lesioni della sfera d'innervazione del trigemino.* Queste si dividono a loro volta in *intracraniche* ed *extracraniche*.

Le *intracraniche* possono essere: a) disturbi circolatori a carico dei vasi che si portano al ganglio di Gasser (KULENKAMPF); b) degenerazioni o tumori delle regioni dei nuclei gelatinoso, mediano e *loculus ceruleus*; c) lesioni o tumori delle ossa o delle meningi che comprimono una o più branche del trigemino (1); d) lue secondaria e terziaria, tubercolosi, actinomicosi della base del cranio e del cervello.

Un esame neurologico ed un'anamnesi accurata porranno in evidenza in questi casi una aumentata pressione endocranica.

« Nelle forme irritative gasseriane successive a tumori o a processi infiammatori, si stabilisce di regola, una progressione sintomatica ben studiata da FERNAND LEWJ: dapprima fase dolorosa, più o meno grave e duratura, quindi fase paralitica (anestesia e paralisi motoria del V paio), infine fase trofica (herpes zoster, cheratite neuro-paralitica, lesioni trofiche cutanee). Le manifestazioni eruttive tipo zosteriano sono caratteristiche delle affezioni che interessano il ganglio di Gasser e soprattutto la sua parte più superficiale ». (DOGLIOTTI).

(1) Alcuni anni or sono visitammo un medico, affetto da grave diabete che accusava violentissimi dolori in corrispondenza dell'alveolo del 12, che era stato estratto pochi giorni prima per la stessa sintomatologia: localmente non si riuscì a trovare nulla di anormale, nemmeno con un esame radiografico. Dopo qualche giorno la nevralgia si estese a tutta la seconda branca, ed una settimana dopo il P. presentò una meningite che lo condusse a morte. La nevralgia, quindi, localizzata prima ad un dente e poi in tutto il territorio del nervo mascellare, non era che il primo segno, l'avviso di una neurite provocata dall'affezione meningea non ancora conclamata, e che si irradiava lungo il ramo terminale.

Le lesioni *extracraniche* che, irritando un tronco nervoso od un semplice ramo terminale del trigemino, possono dare luogo ad una nevralgia sintomatica, sono varie e numerosissime.

Qualunque affezione delle parti molli ed ossee della faccia, dell'orecchio, del naso e dei suoi seni, della bocca, può determinare una neurite che, a sua volta, se non viene rimossa la causa, darà principio ad una nevralgia.

La mastoidite cronica, l'artrite temporo-mandibolare ed anche una semplice rinite con formazione di polipi, come in un caso di CORNICK, possono dare gravi ed intensi dolori a carico della sfera sensitiva di tutto il territorio del trigemino.

Infine vengono tutte le cause buccali:

Tra le più importanti e comuni ricordiamo: tumori (i benigni per la compressione esercitata sui nervi, i maligni per l'imbrigliamento dei fasci nervosi); denti inclusi; ulcerazioni della mucosa buccale da decubito di apparecchi di protesi; radici infette; paradentosi; infine tutte le affezioni proprie del dente che interessino la polpa e ne producano la infiammazione o la degenerazione. Questo argomento è tanto noto da dispensarci dall'entrare in particolari.

L'estrazione dentaria, specie se il trauma è stato violento e l'alveolo è stato molto danneggiato od è stata provocata una infrazione o frattura parcellare della parete alveolare, può dare una neurite delle fibre nervose terminali situate in seno a questa; se il dolore post-operatorio dura a lungo, da semplice neurite, può trasformarsi in vera nevralgia. Infine sono da tenere presenti le affezioni del paradenzio che possono irritare o comprimere i nervi dentali: cisti, periodontite, paradentite apicale granulomatosa, periostite, ecc. E' utile rilevare che le cisti e le paradentiti granulomatose si comportano in modo del tutto diverso: le prime, come un tumore benigno, si espandono per la pressione esercitata, le seconde hanno molta rassomiglianza con i tumori maligni in quanto, come questi, infiltrano e distruggono i contigui tessuti molli e ossei.

Tutte queste affezioni e lesioni del cavo orale sono ben conosciute e possono essere curate con ottimi risultati.

E' nostro dovere dunque, dinanzi ad un paziente di nevralgia sintomatica del trigemino, ricorrere ad ogni mezzo diagnostico per scoprire nel territorio innervato del V paio una qualsiasi lesione, probabile causa del quadro morboso. Il nostro lavoro sarà facilitato dalla cooperazione degli otologi, rino-

logi, oftalmologi; spessissimo però il fattore determinante è scoperto nel campo della nostra specialità.

KRAUSE, BERNHARDT, TROMMER ed altri pensano, al contrario, che solamente in limitate proporzioni le cause dentali possano originare una nevralgia del trigemino.

Tenendo presente perciò tutte le svariate e numerose affezioni sopra accennate noi siamo in grado, sulla base di una minuziosa raccolta dei dati anamnestici e di un accurato esame obiettivo, di trovare l'origine del male e di porvi un riparo.

Una domanda, utilissima per la nostra indagine, che dobbiamo fare al sofferente, specie se questo è intelligente ed ha buona memoria, è quella riguardante la zona o il punto in cui si presentarono i primi dolori. Tante volte infatti ci sentiamo rispondere che il primo apparire della sofferenza avvenne immediatamente dopo l'estrazione di un dente, di poi scomparve, per farsi notare a distanza di tempo più o meno lungo e quindi dar luogo a dolori a mano a mano più frequenti e intensi. Ciò ha notevole importanza per trovare l'origine delle nevralgie. Si badi nondimeno alla possibilità che il P. riferisca il suo dolore ad un punto molto lontano dalla lesione o che, in casi di nevralgia del trigemino non odontogena, localizzi dolori ad uno o più denti perfettamente sani. Causa quest'ultima di parecchi errori in cui sono caduti dentisti in buona fede che, tratti in inganno dalla sicurezza dei loro pazienti ad indicare un dente come causa della loro sofferenza, lo estrassero e in seguito fecero seguire la stessa sorte a quelli vicini, ritenendoli come l'origine della nevralgia, col risultato di avere sacrificato degli organi così importanti senza necessità, e di vedere continuare il male. Perciò, nessun dente deve venire estratto se le condizioni locali al momento dell'esame non giustificano la sua avulsione. D'altro lato, si vedono dei pazienti che ricorrono al neurologo od all'otorinologo mentre la causa determinante trovata nei denti.

A proposito di patogenesi è bene ricordarsi delle così dette zone di Head. Questo autore trovò che qualsiasi organo interno affetto da una lesione irradia il suo dolore in una data e caratteristica zona dell'epidermide, e così schematizzò, descrivendo alcune zone bene delimitate, le aree di influenza, delle turbe riflesse e funzionali a punto di partenza dentario.

Le zone che a noi interessano sono otto a cui corrispondono i dolori provocati da lesioni dentarie,

Ripartiamo da GRANDI la tabella seguente molto chiara e precisa:

1) Zona naso-frontale è il campo di irradiazione dei 21 | 12.

2) Zona naso-labiale è il campo di irradiazione dei 43 | 34.

3) Zona mascellare è il campo di irradiazione dei 65 | 56.

4) Zona temporale è il campo di irradiazione dei 5 | 5 quando non è nella precedente.

5) Zona mandibolare è il campo d'irradiazione dei 87 | 78.

6) Zona ioidea è il campo di irradiazione dei 76 | 67 e talvolta per 8 | 8.

7) Zona mentale è il campo di irradiazione dei 4321 | 1234.

8) Zona laringea è il campo di irradiazione dei 8 | 8.

Head parlando della zona laringea, campo di irradiazione del dolore provocato dal dente della sapienza inferiore e che non è innervato dal V. paio ma bensì dai laringei, rami del vago, ha spiegato il fatto con la tendenza del dolore a generalizzarsi.

Le aree d'innervazione delle turbe riflesse di Head non debbono essere da noi considerate come assolute ed infallibili: tutt'altro anzi, poichè si hanno casi ben chiari di ripercussioni riflesse lontane dalle zone descritte da Head.

Così in un caso di Palazzi si ebbe la comparsa di un herpes zoster in seguito ad uno stimolo medicamentoso arsenicale posto su un molare inferiore, in corrispondenza della regione sopra-orbitaria, mentre, secondo lo schema surriferito, avrebbe dovuto osservarsi in corrispondenza della regione ioidea.

Già nel 1913 DIECK descrisse come sintomi delle nevralgie del trigemino di origine dentaria i seguenti caratteri:

1) localizzazione del dolore principalmente alla seconda ed alla terza branca;

2) estensione unilaterale della nevralgia;

3) localizzazione dei dolori al principio dell'attacco ad uno o più denti.

Ciò si riferisce alle nevralgie di data recente; nelle nevralgie di lunga durata c'è una maggiore tendenza alla irradiazione dei dolori.

Nevralgismo facciale

In questo gruppo si comprendono tutte le forme oscure e atipiche di nevralgia della faccia. Esse sono rare e non ancora ben conosciute.

Molti Autori negano che il nevralgismo fac-

ziale dipenda da affezioni del nervo trigemino, poichè esso non guarisce con l'interruzione radicale anatomica o funzionale praticata tra periferia e centri di questo nervo, e poichè i dolori non sono d'ordinario limitati al territorio innervato dal V paio.

Le stesse crisi dolorose, piuttosto continue e mancanti di ricattizzazioni a tipo accessuale, sono descritte dai pazienti come sensazione profonda di bruciore e di peso.

Alcune forme di neuralgismo, meglio studiate, vengono attribuite a lesioni del ganglio sfeno-palatino (SLUDER) o del nervo glosso-faringeo, o del plesso cervicale, o a isterismo.

Ad ogni modo il neuralgismo facciale è molto raro e differenziabile dalle neuralgie del trigemino.

Terapia della neuralgia essenziale e della sintomatica

Esula dal compito di questo lavoro trattare diffusamente delle diverse terapie consigliate nei casi di neuralgie del trigemino, mentre è indispensabile al nostro scopo accennare alla diversità fondamentale della terapia delle varie forme, onde spiegare l'importanza di una giusta diagnosi.

Sebbene non siano stati ancora del tutto abbandonati i tentativi di curare la neuralgia maior con medicamenti o con trattamenti fisici, è da tutti risaputo che l'unica terapia efficace, allo stato attuale delle nostre cognizioni, è la soppressione radicale della funzione sensitiva del nervo trigemino, ottenuta o con iniezioni di sostanze necrotizzanti (alcooli a 80°) nel ganglio di Gasser o con la neurtomia retrogasseriana.

Guarigione questa, invocata e gradita dai sofferenti di un morbo così atroce, però non ottenuta a buon mercato. Infatti, oltre ai pericoli legati allo stesso atto operativo, sempre più ridotti grazie ai progressi della neurochirurgia, non bisogna dimenticare che la guarigione porta con sé anche la insensibilità permanente e totale di una metà della faccia.

Minorazione grave e ricca di disturbi.

Nei casi di neuralgia minor invece il compito terapeutico è limitato alla rimozione della causa determinante la neuralgia.

Così, con la soppressione della « causa morbi », d'ordinario si riesce rapidamente a far cessare tutto il complesso di fenomeni morbosi spesso gravi ed allarmanti. Da notare però che casi di neuralgia sintomatica rimontanti a molto tempo possono aver dato luogo ad una neurite ascendente con consecutivo apparire di una neuralgia essenziale tipica che difficilmente risentirà benefici dalla rimozione

della causa determinante, ma dovrà essere in seguito trattata come una forma idiopatica.

Per chiarire maggiormente il compito dello stomatologo nell'ambito delle neuralgie e per mettere in evidenza la necessità di una minuta disamina dei segni dolorifici per la diagnosi differenziale tra forma essenziale e forma sintomatica, riferirò alcuni casi tipici di neuralgia sintomatica curati in questo Istituto.

Caso 1° - Amedeo S., anni 25, commerciante, da Bologna. — Da due anni soffre di fortissimi attacchi dolorosi a carattere neuralgico in corrispondenza della metà destra della faccia, irradiantisi alla tempia, alla regione frontale ed alla mastoide dello stesso lato. I dolori sono a tipo accessuale, ma non alternati con pause di assoluto benessere. Da alcuni giorni lieve secrezione catarrale dalla fossa nasale destra.

Il paziente si era recato da un otorinolaringoiatra, il quale, non avendo trovato nulla a carico del naso e dei seni paranasali, lo ha inviato al nostro Istituto.

Dati i caratteri della crisi di dolore riferiti dal paziente, subito ci orientiamo verso la forma sintomatica ed iniziamo un accurato esame per scoprire la causa del male.

L'esame obiettivo del cavo orale non mette in evidenza nulla di particolare; ispezionando i denti invece si rileva l'assenza dei due canini superiori con permanenza del canino deciduo di destra.

Fatta una radiografia si nota l'esistenza dei due canini inclusi. La radice del canino di destra raggiunge il pavimento del seno mascellare, che risulta opacato specialmente nella parte inferiore; i seni frontale ed etmoidale dello stesso lato sono di trasparenza normale.

Sospettata l'inclusione del 31 come genesi della neuralgia, si decide la sua estrazione, che si esegue sotto anestesia locale con tutocaina + adrenalina, previo scalpellamento della parete esterna dell'osso mascellare.

Si amputano gli apici dei 4C2 e si otturano per via retrograda, quindi si zaffa la cavità residua dopo la rimozione del dente.

Il caso ha un risultato brillante sia per la guarigione avvenuta per prima come per la scomparsa quasi immediata della neuralgia.

Caso 2° - Alfredo G., anni 45, macellaio, da Bologna. — Il Paziente si presenta al nostro ambulatorio molto depresso ed abbattuto moralmente e fisicamente.

Riferisce che da più di tre anni soffre di acutissime neuralgie del trigemino di S.; i dolori sono da lui descritti come prodotti da una vite che gli penetra nel cranio; sofferenze sorde, continue, con recrudescenze insopportabili senza intervalli di benessere. Caratteristico un attacco doloroso che si presenta di notte e sempre alla stessa ora: 3 e mezzo antimeridiane.

La neuralgia è risvegliata da qualsiasi stimolo termico o fisico sull'arcata superiore Sn. Il P., per non fare riapparire il suo male, è obbligato a masticare solo dalla parte Ds. ed a bere reclinando la testa dal lato sano in modo da evitare il contatto dei liquidi con la « zona pericolosa » suddetta. Gli sbalzi improvvisi di temperatura a cui egli è spesso sottoposto per il suo mestiere (entrata ed uscita dal refrigerante delle carni) non hanno alcuna influenza sulla comparsa degli attacchi dolorosi; durante le stagioni di passaggio, primavera ed autunno, le crisi sono più frequenti.

Il territorio colpito primieramente era quello della

seconda branca; da circa un anno il male si è esteso anche alla prima.

Il paziente ci riferisce di essere stato visitato da molti medici e clinici della città e di essere stato sottoposto alle più varie terapie senza risultato. Dai soliti sedativi alla roentgenoterapia, alle cure jodiche, alla idroterapia, tutto venne tentato. Alcuni mesi fa nel reparto cure conservative del nostro Istituto gli fu curato il 7 per carie penetrante. In questi ultimi giorni gli attacchi dolorosi sono divenuti frequentissimi tanto da impedirgli la normale nutrizione ed il riposo notturno. Il peso corporeo da 83 è diminuito in un mese a 76 kg.

L'esame obiettivo della bocca, delle fosse nasali, dell'orecchio è negativo.

Formula dentaria delle semiarcate Sn. $\frac{123 \quad 78}{12345 \quad 7}$

Una radiografia endoorale mette in evidenza la presenza della radice vestibolo-distale del 16 inclusa. Dall'anamnesi risulta che l'estrazione di questo dente avvenne circa 18 anni fa.

Assenti altre possibili cause, indirizziamo i nostri sospetti sulla radice inclusa e ne decidiamo la estrazione.

Il P. vi si sottopone pur esprimendo il suo scetticismo sull'efficacia terapeutica dell'intervento.

L'estrazione è rapidamente eseguita in anestesia locale.

Scomparsa dei fenomeni nevralgici. Ripetuti controlli confermano la guarigione definitiva.

Caso 3° - Raffaele A., di anni 76, operaio da Bologna. — Il P. riferisce che da circa due mesi avverte dolori acutissimi e continui con sbalzi improvvisi nel territorio della terza branca del trigemino Ds. Da circa una decina di giorni gli attacchi dolorosi invadono anche la seconda branca. I comuni antinevralgici non hanno dato alcun beneficio.

L'anamnesi familiare, negativa per i genitori, ci dice che una figlia del paziente soffre da molto tempo di dolori di capo a tipo nevralgico.

Nulla nell'anamnesi personale riguardo a lues, malaria, diabete ed altre malattie o lesioni importanti. Solo 5 anni prima il P. venne irradiato per una veruca alla guancia Ds., dove è residuata una cicatrice raggiata, biancastra.

Esame obiettivo del raso, dell'orecchio e dell'occhio negativo.

Nel cavo orale notasi la lingua, il palato, il pavimento della bocca e le mucose integri.

Formula dentaria $\frac{21 \quad 123}{21}$. Il Paziente non ha mai portato né porta alcuna protesi.

Mentre, con lo specchietto, esaminiamo le mucose, tocchiamo inavvertitamente il bordo alveolare della metà Ds. della mandibola; ciò basta a risvegliare un fortissimo attacco doloroso, lancinante, improvviso che si prolunga per qualche minuto. Interrogando meglio il P., veniamo a sapere che egli non può assolutamente sopportare alcuno stimolo (cibo, compressioni, acqua fredda, ecc.) sul bordo alveolare, senza essere colpito immediatamente da una viva sofferenza.

Scoperta così una «zona del grilletto» facciamo una radiografia della parte e scopriamo due piccolissimi frammenti di radici corrispondenti ai 53].

In anestesia locale i due frustoli radicalari vengono estratti.

Il P. è invitato a presentarsi dopo 48 ore. Egli ritorna accusando ancora dolori vivissimi con gli stessi caratteri già descritti. Consigliamo allora una terapia a base di aspirina, ma anche questa non dà alcun risultato.

Dopo una decina di giorni, persistendo i dolori, sospettiamo trattarsi di forma iniziale della nevralgia maior e proponiamo il ricovero in Reparto per

gli ulteriori esami e per l'adeguato trattamento terapeutico.

Il P. acconsente e resta alcuni giorni in osservazione, mentre per alleviarli la sofferenza gli somministriamo le dosi normali di allonal.

Una settimana dopo, con nostra meraviglia, il P. ci riferisce che gli attacchi dolorosi lentamente ma progressivamente vanno diminuendo di intensità e frequenza; continuiamo la cura a base di allonal con risultati ottimi, se non inattesi, e dopo 15 giorni possiamo dimettere il P. guarito con scomparsa completa del dolore. A distanza di 6 mesi una visita di controllo ci conferma l'avvenuta guarigione.

Questo caso è molto interessante e si presta a notevoli conclusioni. Anzitutto, considerando l'esito, si presenta ovvia la domanda: è stata veramente l'azione antinevralgica dell'allonal a fare scomparire gli attacchi? Rispondiamo subito di no, giacché tanti altri sedativi usati dal P. prima di essere sottoposto alla rimozione delle due radici, non avevano migliorato il suo stato e perché l'allonal, somministrato ad altri sofferenti di nevralgia sintomatica, non aveva certo dato lo stesso beneficio.

Senza dubbio è stato il nostro intervento a ridare la calma ed a fare scomparire gli attacchi dolorosi; infatti, noi sappiamo che tra la rimozione della causa dentale e la cessazione del dolore il tempo che intercorre è variabilissimo, dato che dolori che durano da mesi non possono scomparire immediatamente. E ciò è naturale in quanto lo stato morboso, dato dalle alterazioni istologiche del nervo consecutivo alla compressione delle due radici dentarie, abbisogna di un certo periodo di tempo prima di cessare con l'avvenuta guarigione anatomica delle terminazioni nervose.

E' da notare in questi casi anche la variabilità dell'intervallo tra l'estrazione incompleta e l'inizio della nevralgia: esso oscilla da pochi giorni a moltissimi anni. Nel caso nostro l'estrazione era stata praticata ben 16 anni prima e ciò fa pensare che i fenomeni patologici avvenuti abbiano richiesto molto tempo per assumere dimensioni ed importanza tali da causare un quadro morboso così importante. Infatti le radici, per quanto ridotte a piccole dimensioni, erano modificate nella forma ed ispessite nel cemento, ciò che può spiegare la pressione sui filuzzi nervosi terminali e conseguente neurite.

PARTSCH raccomanda, in caso di estrazioni difficili e traumatizzanti l'alveolo ed in caso di parodontiti apicali con o senza granuloma, la regolarizzazione immediata dell'alveolo con rimozione delle creste ossee, dei sequestri e dei tessuti settici. E' ovvio che la irregolarità delle creste ossee post-extractionem o la permanenza di sequestri per la continua pressione possono dar luogo a neuriti così come possono

darle le infiammazioni impiantatesi sulle pareti alveolari (esostosi, osteiti, solerosanti, osteiti rarefacenti dei tessuti attorno ai granulomi).

Questi casi e molti altri che noi abbiamo osservati e che non riportiamo per brevità, dimostrano chiaramente quanto segue:

1) dalla descrizione delle crisi dolorose fat-tate dai malati noi possiamo formulare la diagnosi di nevralgia essenziale o di nevralgia sintomatica;

2) stabilito trattarsi di quest'ultima, noi dobbiamo ricercare con tutti i mezzi la affezione che l'ha provocata e quindi intrapren-dere la terapia adeguata.

D'altro canto, numerose sono state le nostre osservazioni di casi opposti, cioè di forma di nevralgia essenziale sottoposta a pro-lungate ricerche e curata come forma di nevral-gia sintomatica.

Ma se questo errore provoca al P. solamen-te il danno di vedere immoificate per lungo tempo le proprie crisi dolorose, molto mag-giore è il documento che esso ritrae dall'affi-darsi ai non esperti allorchè la sofferenza è riferita ad un dente.

E' abbastanza frequente nelle nevralgie es-senziali del trigemino che il malato indichi un dente come causa dei dolori e ne chiedi insistentemente l'estrazione.

Ebbene, se il piccolo atto operativo viene eseguito, il sofferente ne riceve un immediato sollievo che si prolunga talora per alcuni gior-ni. (Questa attenuazione dei dolori che si ha quasi sempre, non è stata ancora spiegata in modo soddisfacente). Però il vantaggio è tran-sitorio e breve, infatti, dopo poco tempo il malato ritorna dal medico e indica un secondo dente, generalmente vicino a quello già estrat-to, come la causa della ricomparsa dei dolori. Ad una nuova ingiustificata accondiscendenza del sanitario segue una terza richiesta del ma-lato, e così via, fino allo sdentamento com-pleto di una o di entrambe le emiarcate den-tarie del lato addolorato.

Crediamo superfluo mettere in evidenza la gravità di siffatto indirizzo demolitore che porta ad una mutilazione funzionale senza al-cun effetto benefico per la malattia.

Non è però inutile ricordare ancora una vol-ta la regola che sempre occorre tenere pre-sente nella nostra professione: l'estrazione dentaria, come qualsiasi altro atto operativo, deve avere una indicazione chiara e precisa.

Tanto maggiore è poi la nostra colpa allor-chè la sintomatologia dolorosa descrittaci ci indica che si tratta di una nevralgia essenziale e che quindi la presunta affezione dentaria

non può essere la causa della sindrome dolo-rosa.

RIASSUNTO

L'autore descrive le diverse forme di nevralgia del trigemino, ricorda gli inconfondibili caratteri di ognuna di esse, e mette in evidenza la importanza di una precisa diagnosi differenziale.

LAVORI CONSULTATI

- 1) ACQUAVIVA A.: *Nevralgia della II branca del tri-gemino da un dente incluso*. « Ann. Clin. Odon-toiatrica », 1931, pag. 419.
- 2) BERNHARDT: *Die Erkrankungen der Peripherischen Nerven*. « Pathologie und Therapie », Bd. 2°, 1897.
- 3) CALABRÒ N.: *Considerazioni sulle nevralgie del trigemino*. Tesi di Specialità. Bologna, 1932.
- 4) CAMPATELLI V.: *Un caso al pseudo nevralgia del trigemino da dente conoide soprannumerario di-stomolare geminato*. « Stomatologia », 1929, pa-gina 557.
- 5) CAVALIÈ: *Sur un cas de nevralgie faciale*. « Se-maine Dentaire », 1929.
- 6) CAVINA C.: *Comunicazioni orali*.
- 7) CAVINA C.: *La mia esperienza in fatto di cura delle gravi nevralgie del trigemino*. « Bollettino Sc. Med. », 1930, pag. 107.
- 8) CAVINA C.: *I miei risultati nella cura delle gravi nevralgie essenziali del trigemino*. « Riv. It. di Stomatologia », 1932, pag. 3.
- 9) CAVINA C.: *Nevralgia del trigemino datante da trent'anni; neurotonia retrogasseriana; guarigio-ne*. « Riv. It. di Stomatologia », 1933, pag. 539.
- 10) CERUTI: *La cura delle nevralgie del trigemino*. « Minerva Medica » ottobre 1924.
- 11) CHIASSERINI A.: *La grande nevralgia del tri-gemino*. « Rassegna Clinico-scientifica », n. 5, 1942.
- 12) CORNIK: *Zur Frage ueber die Aetologie von schweren Formen der Neuralgie des N. Trigemi-nus*. Cit. « D. M. Z. », 1928, S. 1247.
- 13) COUGLIN: *Trigeminal Neuralgia Major*. « Dental Cosmos », 1932, pag. 735.
- 14) D'AIUTOLO F.: *Considerazioni su interventi per nevralgie del trigemino*. « Bulletin des Scien-ze Mediche », 1938.
- 15) D'AIUTOLO F.: *La sensibilità gustativa dei due terzi anteriori della lingua in rapporto ad inter-venti chirurgici sul nervo trigemino*. « Rivista Oto-neuro-oftalmologica », n. 6, 1940.
- 16) D'ANTONA S.: *Sul trattamento della nevralgia del trigemino per mezzo di un preparato bismuto-arsenicale*. « Atti della R. Acc. dei Fisiocritici di Siena », vol. IV, pag. 723.
- 17) DA POZZO L.: *Alcune considerazioni su un caso di nevralgia del trigemino*. « Stomatologia », 1927, pag. 1016.
- 18) DE LUCA A.: *Sindrome neurologica brachiale da causa dentaria*. « Riv. It. di Stomatologia », 1934, pag. 344.
- 19) DOGLIOTTI M. A.: *Chirurgia del nervo trigemino e del nervo facciale*. « XLIII Congresso della Soc. It. di Chir. », Roma, 1936.
- 20) DENEBERG S.: *Ueber einen bemerkenswerten Fall von Trigemino-neuralgie*. « Z. Stomat. », 1928, S. 638.
- 21) FENU A.: *Tre interessanti casi di nevralgia del trigemino di origine dentaria*. « Nuova Rassegna di Odont. », 1934.
- 22) FRANCA V.: *Nevralgia del trigemino da compres-sione*. « Ann. Clin. Odont. », 1931, pag. 395.
- 23) FRAZIER CH. H.: *Operation for the radical cure*

- of trigeminal neuralgia. « *Analysis of five hundred cases.* » *Annals of Surg.*, A. 88, pagg. 534-547, 1928.
- 24) FRAZIER Ch. H., GARDNER W. J.: *The radical operation for the relief of trigeminal neuralgia.* *Surg., Gyn. a. Obst.*, vol. 47, pagg. 73-77, 1928.
- 25) FRONGIA L.: *Neuralgie malaviche nel campo stomatologico.* « *La Stom. Italiana* », n. 7, 1942.
- 26) GRANDI G.: *Le neurosi dento-facciali con speciale riguardo alla neuralgia del trigemino.* « *Stom.* », 1924, pag. 541.
- 27) LABAT G.: *Neuralgia of the trigeminal nerve. Differential diagnosis and treatment.* « *Dent. Cosmos* », 1929, pag. 980.
- 28) LAPINSKY: *Die Bedeutung der Headschen Zonen für die diagnostische sympt. Gesichtsneuralgie.* « *Neurol. Zbl.* », 1913, S. 674.
- 29) LINDENBAUM: *Ueber Klinik und Therapie der Dolores post extractionem.* « *Dtsch. Mschr. f. Zahnheilk.* », 1928.
- 30) KULENKAMPF: *Sulla neuralgia del trigemino.* « *Zbl. f. innere Med.* », 1924.
- 31) MELCHIOR M.: *Dental ostiitis as an after effect from extraction of teeth.* « *Dent. Cosmos* », 1926, pag. 213.
- 32) MELCHIOR M.: *Teeth and trigeminal neuralgia.* « *Dental Cosmos* », 1928, pag. 1050.
- 33) MERTENS: *Neuralgia del trigemino e Neurasmon.* *Cit.* « *Riv. It. di Stomatologia* », 1932.
- 34) NASAROFF S.: *Il trattamento delle neuralgie del trigemino con le iniezioni di alcool.* *Cit.* « *Cult. Stomat.* », 1929, pag. 900.
- 35) NASAROFF N. N.: *Trigeminus-neuralgie und Befuchtung der A. carotis mit 80 proz. Alkohol.* « *Dtsch. Z. Chir.* », vol. 224, pagg. 113-115, 1930.
- 36) NIEDDU G.: *Nuove vedute sulle neuralgie del trigemino.* « *Riv. It. di Stomatologia* », 1936, pagina 383.
- 37) PALAZZI S.: *Trattato di Odonologia.* Milano, Valardi, 1932, vol. II, pag. 153.
- 38) PARTSCH: *Ueber neuralgiforme Gesichtsschmerzen deren Ursache und Behandlug.* « *Korr.-Bl. Zahnärzte* », 1911, S. 257.
- 39) PEIPER H.: *Zur Behandlung der Trigeminusneuralgie.* « *Zbl. Chir.* », A. 53, n. 41, pagg. 2599-2600, 1926.
- 40) PEIPER H.: *Neuere Anschauungen über die chirurgische Therapie der Trigeminusneuralgie.* « *Arch. f. Klin. Chir.* », vol. 143, n. 2, pag. 384, 1926.
- 41) PETTE H.: *Trigeminusneuralgie und Sympathicus.* « *Münchener med. Wschr.* », A. 71, n. 32, pagina 1092, 1924.
- 42) RAMORINO C.: *Le indagini dentarie per la interpretazione delle neuralgie del trigemino.* « *Riv. It. di Stomatologia* », pag. 707, 1934.
- 43) SCAGLIONE F.: *Neuralgia del trigemino consecutiva ai percementosi.* « *La Stom. It.* », 1939, pag. 35.
- 44) TAYLOR: *Teeth in relation to nervous diseases.* « *Dent. Cosmos* », 1922, pag. 527.
- 45) TRÖMMER: *Zahn- und Nervenleiden in ihrem Zusammenhang.* « *Dtsch. Mschr. Zahnheilk.* », H. 4 1912, S. 256.
- 46) WATON et WATON Fils: *Néuralgie trifaciale d'origine dentaire.* « *Rev. de Stomat.* », 1923, pag. 641

347676

