

TUMORILE MALIGNNE
ALE
MAXILARULUI SUPERIOR

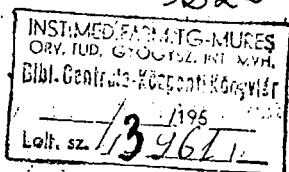


PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 22 Iunie 1933

DE

CRINTEA N. NICOLAE

3220



23 MAY 1933

CLUJ

TIP. „CARTEA ROMĂNEASCĂ”

1933

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr. ALEMAN I.
Istoria Medicinii (agr.)	" " BOLOGA V.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Clinica infantilă	" " GANE T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Semiologie medicală	" " GOIA I.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Clinica chirurgicală }	" " IACOBOVICI I.
Medicină operatoare }	
Medicina legală (supl.)	" " KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia	" " MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Farmacia chimică și galenică	" " PAMFIL GH.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PĂPILIAN V.
Fiziologia umană (supl.)	" " POPOVICI GH.
Clinica oto-rino-laringologică	" " PREDESCU-RION I.
Balneologie (agr.)	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Chimia biologică	" " THOMAS P.
Clinica psihiatrică	" " ȚRECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU TITU

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. I. IACOBOVICI

Membrii: { " " " D. NEGRU
" " " T. VASILIU
" " " E. ȚEPOSU
" " " I. ALEMAN

Supleant : D-l Docent DR. P. VANCEA

*Mariei
dragoste de frate*

Introducere
...
...
...

*Memoriei Părinților mei
închin această lucrare.*

*...
...
...*



Lui Grintea Joan

*căpitanului din Garda Pala-
tului, toate mulțumirile mele
și adâncă recunoștință pen-
tru bună voința arătată față
de mine.*

...

...

...

...

D-lui Prof. J. Jacobovici,
mulțumiri și recunoștință pentru
onoarea făcută de a-mi prezida
această lucrare.

1950

1950

1950

1950

Juriului de promoție respect și mulțumiri



1950

1950

D-lui Docent Petre Vancea,
recunoștință pentru sfaturi, îndrumări
și ajutor, date în cei 3 ani de servi-
ciu făcuți în aceeași unitate.

Ministerului Apărării Naționale

mulțumiri pentru ajutorul material acordat în anii de studii.



D-lui Col. Dr. Marinescu Nicolae

Directorul Institutului Sanitar Militar, recunoștință pentru stimulul dat în anii Facultății.

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie - Târgu Mureș

Facultatea de Medicină și Farmacie
Catedra de Farmacie



Dr. Gheorghe Ștefan

Profesor universitar
Catedra de Farmacie

Tumorile maligne ale maxilarului superior

Anatomia maxilarului superior

Mașivul osos al maxilarului superior se compune din 13 oase: 6 pereche: maxilarul superior propriuzis, malarul, osul unguis, cornetul inferior, osul propriu al nasului și palatinul, iar unul nepereche vomerul așezat pe linia mediană a feței.

Aceste oase delimitează cu baza craniului, cavitățile orbitare și cavitățile nazale, iar cu maxilarul inferior delimitează cavitatea bucală.

Maxilarul superior este săpat de o cavitate sinus maxilar, numit și antrul lui Highmore și care e căptușită cu o mucoasă ce nu-i decât prelungirea mucoasei nazale căci sinusul comunică prin ostium-maxilar cu meatul mijlociu al fosei nazale. Această mucoasă pare a fi punctul de plecare al tumorilor maligne.

Marginea liberă a maxilarului superior, ca și acelei inferior formează câte-un rebord, rebordul alveolar care e săpat de niște găuri în care sunt înfipti dinții. Șirul acesta de dinți constituie arcada dentară, care are o formă parabolică. Arcada superioară are raza ceva mai mare ca cea inferioară, așa încât în suprapunerea lor arcada superioară depășește puțin pe cea inferioară, constituind articulația dentară normală.

Maxilarul superior, care formează partea inferioară a orbitei, orizontală a nasului și superioară a gurei, face parte integrantă din masivul facial prin 4 pediculi: 1. *Pediculul superior extern* se unește cu osul malar. 2. *Pediculul superior intern*. Apofiza montană a maxilarului superior se unește cu oasele proprii ale nasului cu frontalul și unguisul. Aceste conexiuni se prelungesc înapoi prin unirea maxilarului superior cu etmoidul, în timp ce înainte se fixează de partea cartilaginoasă a nasului, aici fiind o legătură slabă. 3. *Pediculul inferior intern*. Apofizele palatine

ale celor două maxilare se unesc pe linia mediană pentru a forma o legătură solidă, care prelungește înapoi porțiunea orizontală a celor două oase palatine. 4. *Pediculul posterior*. Fața posterioară a maxilarului superior sau tuberozitatea maxilarului, aderă cu apofiza pterigoidă a sfenoidului și a osului palatin. În vecinătatea osului sunt vase fără mare importanță care vor fi secționate în cursul intervenției: artera facială, suborbitară, transversalele feței, coronara labială. Nervii. Aici găsim nervul suborbitar care vine din grosimea peretelui superior al sinusului.

Clasificația tumorilor maxilarului superior

Dintre toate oasele, maxilarele sunt cele mai adesea sediul tumorilor și mai mult tumori epiteliale primitive fie benigne (chiste) sau maligne (epitelioame), nu găsim aproape deloc în restul scheletului decât numai la maxilare, aceasta fiind datorită prezenței dinților.

Tumorile maxilarului superior le putem împărți în: a) tumori de origine dentară; b) tumori de origine nedentară și c) tumori ale marginilor alveolare, (epulis) care de altfel intră tot în grupa tumorilor de origine nedentară, însă prezintă prin sediul și evoluția clinică caractere speciale.

Tumori de origine dentară, acestea provin din mugurii dentari; ele sunt: 1. *chistele maxilarelor*: Acestea sunt tumori lichide, benigne ale căror pereți sunt formați din o pătură epitelială. Anatomopatologic găsim 3 varietăți de chiste: dentifere, uniloculare și multiloculare.

2. *Epiteliomul adamantin* (adamantinomul solid). Până în prezent considerat ca o tumoră relativ benignă și al cărui sediu aproape exclusiv e la maxilarul inferior.

3. *Odontomul*, tumoră benignă constituită prin hiperplazia țesuturilor dentare transitorii sau definitive.

Tumori de origine nedentară, sunt același gen de tumori, pe care le găsim în restul scheletului și care din punct de vedere clinic se împart în: a) *tumori benigne* cuprinzând: fibromele, condroamele, osteoamele, mixoamele și lipoamele.

b) *Tumori maligne* care sunt: sarcomul și cancerul.

S'a observat că din totalitatea tumorilor maxilarelor cele maligne sunt cu mult mai frecvente. Din statisticile lui Weber, Kuster, Birnbaum, la un total de 672 tumori ale maxilarelor

538 sunt numai maligne. Cele două maxilare sunt atinse aproape egal, iar în ce privește localizarea după Estlander, 70% din tumori ar ocupa partea stângă, această predominență ar fi datorită faptului că partea stângă ar lucra mai mult în timpul masticației. Iumorile nedentare ale maxilarului superior se observă la toate vârstele însă cele maligne au o predominență pentru o anumită perioadă. Așa sarcomul îl găsim la tineri, cancerul la vârsta adultă. În general se admite că ar fi mai frecvente la femei, câțiva autori însă au găsit o predominență la sexul bărbătesc (Stein; Fuchs) în tot cazul însă diferența e foarte mică.

Sarcomul maxilarului superior

Tumoră malignă cu caractere histologice tipice, ce o găsim la indivizii tineri dela câteva luni până la cei în vârstă înaintată.

Etiologie. Heydenreich susține că sarcomul e cea mai frecventă dintre tumorile maligne ale maxilarului; părerea generală însă este că sarcomul ocupă al doilea loc după cancer. Astfel după statistica lui Birnbaum din 1000 tumori ale maxilarelor 35 sunt sarcome și 47 cancere, iar restul tumori benigne. În ce privește vârsta îl găsim începând cu noul născut și până la bătrâni de 81 ani, însă maximum de frecvență al sarcomului e între 15—30 ani. Influența sexului nu-i bine stabilită, cu toate că cei mai mulți autori sunt de părere că la femei e mai frecvent ca la bărbați. Bolnavii atinși de sarcom al maxilarelor mulți invocă la origina tumorii lor un traumatism sau mai adesea leziuni dentare.

Anatomia patologică

Neoplasmul invadează osul dezvoltându-se fie în centrul lui dând sarcomul central, sau naște din periost constituind sarcomul periferic.

Sarcomul central, se dezvoltă de preferință la nivelul arcadei alveolare, sau după observația lui Eug. Nélaton la nivelul masei de țesut spongios, care se găsește aproape de rădăcinile caninului și celui de al doilea incisiv. El se prezintă sub două forme:

a) *intraosoasă închistată*, formând o masă nedelimitată ce proemină de partea obrazului sau de partea cavității bucale sau nazale.

b) *intraosoasă infiltrată*, aici nu se observă o linie netă de demarcație între țesutul sănătos și cel bolnav.

Sarcomul periostic (periferic). Acesta constituie la suprafața externă a maxilarului superior o masă rotundă mai mult sau mai puțin voluminoasă, acoperită de periostul îngroșat.

Structura. Cele centrale sunt mieloide constituite din mieloplaxe, în plus mai găsim celule rotunde mici, celule embrionare și celule alungite, fuziforme. Acestea se observă mai des la nivelul arcadei alveolare, în timp ce ale corpului maxilarului aparține grupului de sarcome encefaloide sau sarcoame fasciculate. Printre transformările din interior putem cita formarea de chiste (chist-sarcom) și mai cu seamă vascularizația exagerată dând naștere la sufluri imitând un anevrism. Cele periostice sunt aproape întotdeauna encefaloide sau fasciculate.

Evoluția clinică. În evoluția clinică a sarcoamelor maxilarului superior distingem trei perioade:

1. perioadă de debut;
2. perioada de stare și
3. perioada de terminare.

Perioada de debut. Încep semnele unei sinuzite, adică dureri la nivelul sinusului maxilar, apoi proiectarea obrazului înainte găsim ozena și turburări auditive.

Perioada de stare. Se observă o tumoră, care proemină spre exterior și totodată spre interior în cavitatea bucală. Bolnavul prezintă un facies de batracian. O alungire în sens vertical a feței de partea bolnavă. Tumoarea începe de obicei la un lat de deget sub orbită, pielea prezentând o colorație aproape normală. Nara de partea bolnavă e foarte lărgită în sens transversal și obstruată prin mase vegetante. Ochiul e asvârlit în sus și înafară prezentând un grad de exoftalmie. Deschizând gura bolnavului, constatăm o deformare a rebordului alveolar, care e tumefiat. Palpând pielea obrazului deasupra tumorii observăm că e ușor mobilă, tumora e dură, dacă însă se produce erodarea osului și tumora erniează prin orificiul osos, prezintă o pseudofluctuație. Explorând maxilarul superior prin cavitatea bucală constatăm o consistență dură prin unele locuri, moale prin altele. În această perioadă găsim ca semne funcționale, o durere continuă la nivelul tumefacției, câte odată cu iradieri de partea nervilor sub orbitari. Respirația e foarte penibilă și pacientul e obligat să doarmă cu gura deschisă, producându-i-se uscăciunea gâtului. Mastica-

ția și deglutiția sunt foarte îngreuiate și din gura bolnavului se scurge o salivă mai mult sau mai puțin abundentă și mirositoare. Mirosul, auzul și vederea de partea bolnavă sunt slăbite.

Perioada de terminare. Tegumentele devin violacee sunt perforate de muguri exuberanți. Bolta palatină e perforată, tumora apărând în cavitatea bucală. Simptomele funcționale acum prezintă maximum de intensitate, deglutiția și respirația fiind aproape imposibile și dacă nu survine mai înainte vre-o complicație ca bronchopneumonia, edem al glotei sau hemoragie, bolnavul moare în cașexie.

Prognosticul. Variază cu a) vârsta bolnavului. Cu cât individul este mai în etate cu atât malignitatea e mai mare, sarcoamele la această vârstă fiind confundate cu cancerul.

b) Cu volumul și rapiditatea creșterii tumorei; cu cât e mai mare și are un mers mai iute cu atât e mai malign.

c) Cu varietatea sarcomului. Cele mieloide evoluează lent (5—10 ani. În schimb cele globo- și fuzocelulare, în special formele periostice au un mers foarte rapid, acestea sunt care produc deformațiunile mari la față și care invadează orbita și craniul ducând repede la cașexie și moarte. Operate ele recidivează de cele mai multe ori generalizându-se. Prognosticul lor e deci absolut rău. Precocitatea intervenției joacă un mare rol din punct de vedere al prognosticului. Cu cât operația e făcută mai din timp, cu atât e speranță de o vindecare radicală. Cele mieloide se vindecă definitiv după o intervenție completă. Cele encefaloide însă recidivează des după intervenție.

Cancerul maxilarului superior

Din punct de vedere strict anatomic nu există cancer, adică tumoră epitelială malignă la maxilare decât epiteliomul adamantin, care de altfel am văzut că e considerat mai mult ca o tumoră relativ benignă. Ceeace se descrie sub numele de cancer al maxilarelor este un epiteliom primitiv al părților moi, mucoase, piele, organe glandulare, care invadează osul secundar. În clinică distingem două specii de cancer propagate la maxilar:

a) Un epiteliom primitiv al buzelor sau feței, al limbei, sau al planșeului bucal și care secundar după un stadiu avansat al evoluției lor se propagă și la os.

b) Din contra epiteliomul mucoaselor care acoperă direct

maxilarul superior, adică gingiile, bolta palatină, sinusul maxilar, invadează osul din primele stadii ale dezvoltării sale. Numai acest gen se desighează sub numele de cancer al maxilarului.

Etiologie. Cancerul maxilarelor e foarte frecvent, singur reprezintă aproape jumătate din toate tumorile maxilarelor. După Bergmann din 118 tumori ale maxilarului superior 53 sunt numai cancere. De preferință îl găsim la sexul bărbătesc și la o vârstă destul de înaintată. Nu se observă înainte de 30 de ani și e destul de frecvent după 50 de ani. Punctul de plecare poate fi o degenerescență a unei plăci leucoplazice.

Anatomia patologică. S'a constatat că la maxilarul superior jumătate din cazuri nasc în sinusul maxilar, un sfert în marginea alveolară, iar restul în bolta palatină și perețele nazal. Cancerul maxilarului superior depășește linia mediană deformând tot masivul facial, umple fosele nazale și orbita și invadează la baza craniului. Inafară de această extindere locală se produc și metastaze ganglionare. Așa cancerul maxilarului superior dă metastaze la ganglionii latero-faringieni. De altfel aceste metastaze ganglionare se produc tardiv și numai la jumătate din cazuri (după observația lui Fuchs). Generalizația viscerală e rară și Fuchs a observat un singur caz de cancer al maxilarului superior cu metastaze cutanate. Varietatea de cancer din punct de vedere histologic depinde de punctul său de plecare: câteva tumori primitive ale sinusului maxilar sau ale foselor nazale sunt epiteliome cilindrice, restul adică toate cancerele de origină bucală și cea mai mare parte din cancerele de origină nazală sunt epiteliome pavimentoase.

Simptome. Cancerul maxilarului superior e însoțit de dureri violente cu caracter nevralgic, dureri ce iradiază spre față, regiunea temporală și ureche. Ulcerația neoplasmului se prezintă ca o ulceratie neregulată ce sângerează ușor cu margini groase și dure. Ea explică frecvența hemoragiilor nazale și bucale fetiditatea mare a respirației și salivația abondentă. Ganglionii se prezintă când mici duri și mobili, când ca tumori mai voluminoase roșii, dureroase, pseudofluctuente. Cancerul progresând survin deformațiuni ale feței și turburări funcționale asemănătoare aceloră descrise la sarcom. Dinții vecini sunt distruși și cad. Cancerul mai profund situat, ca acela al sinusului maxilar, trece mai întâi neobservat și când neoplasmul devine manifest el este deja foarte întins; acestea sunt cazurile descrise altă dată

de Vernéuil și Reclus sub numele de epiteliome terebrante ale maxilarului superior.

Evoluția. Durata totală a evoluției cancerului e de 4—6 luni. Moartea e datorită cașexiei, inanției sau dispneei cauzată prin tumoră sau în majoritatea cazurilor complicațiilor printre care cele mai frecvente sunt: hemoragia, pneumonia de deglutiție, sau propagarea cancerului la baza craniului. Recidivele sunt destul de dese după intervențiile chirurgicale și vindecările definitive sunt rare așa că prognosticul maladiei este trist. De altfel mai mult de un sfert din bolnavi când vin la consultații au leziuni foarte întinse pentru ca operația radicală să fie posibilă.

Diagnosticul. Epiteliomul se prezintă ca o ulceratie care sângerează ușor și care invadează osul producând o distrucție a oaselor faciale rămânând numai globii oculari. Deci când găsim ganglioni dinți cariati și căzuți sângerări persistente, precum și turburări de auz, văz, respirație, deglutiție și când bolnavii nu-și pot reține saliva și nu pot vorbi să ne gândim la o tumoră malignă a maxilarului. Diagnosticul la început e greu, să zice că este o carie dentară, o gingivită, o pioree însă făcând la timp un examen radiologic vom constata că alveola prezintă distrucții produse de neoplasm. Apoi biopsia ne va preciza felul tumorii.

Diagnosticul diferențial. Se face cu diferite afecțiuni dentare pe cari le-am enumerat mai sus, în cazurile acestea trebuie să cercetăm bine dințele. Se face apoi cu leziuni traumatiche, cu leziuni infecțioase ca osteomiélita la copii, aici găsim temperatură dureri, colecție purulentă. Apoi facem diagnosticul cu periostita de origine sifilitică cu osteomul de origine sifilitică, cu tuberculoza și cu actinomicoza. Facem diagnostic cu osteomielitele toxice ca: intoxicația cu fosfor sau cu plumb. Cu tumorile; cele benigne care de altfel sunt foarte rare au o evoluție lentă, nu dau ganglioni și nici nu dau turburări așa de intense ca cele maligne. Cu tumorile maligne. Intre sârcom și epiteliom diagnosticul e greu de făcut, evoluția fiind aproape la fel. Totuși după vârstă putem face diagnosticul epiteliomul găsindu-se după 30—35 ani pe când sarcomul îl întâlnim dela câteva luni după naștere până la bătrânețe. Examenul histologic ne arată felul tumorii.

Prognosticul e trist, fie că e epiteliom, fie că e sârcom, în 6—8 luni mor în cașexie sau cu fenomene de bronhopneumonie care e una din cele mai frecvente complicații.

Tratamentul. Tratament medical pentru tumori maligne nu există, întrebuițăm doar calmantele contra durerilor. Radium și radioterapia s'au extins fiindcă bolnavii vin în faze înaintate și inoperabile, rezultatele operatorii fiind riscate în asemenea cazuri. De multe ori se asociază curiterapia sau röntgenterapia cu rezecția parțială însă rezultatele sunt insuficiente și de multe ori în urma iradiației se produce o osteoradionecroză, interesând etmoidul sau planșeul orbitei. În rezumat se poate spune că radioterapia sau radium terapia întrebuițate singure nu dau mai bune rezultate ca intervenția chirurgicală, însă s'a văzut că metoda operatorie care a dat cele mai bune rezultate este asociația chirurgie-curiterapia. În câteva cazuri de sarcome inoperabile sau recidivate, radioterapia și mai cu seamă radiumterapia au dus la retrocedarea neoplasmului, de altfel ar fi o varietate rară de tumoră malignă a maxilarului superior, limfocitomul, pe care singură radioterapia poate să-l vindece.

Tehnica operatorie

Tumorile maligne fiind totdeauna mai mult sau mai puțin întinse necesită o rezecție largă a osului cu extirparea părților suspecte de invadare. Indicația pentru operație trebuie să fie făcută înainte ca tumora să fie ajuns în perioada a treia, căci altfel starea bolnavului ar fi imposibilă de a suferi cea mai mică operație. Să enumerăm principalele procedee puse în practică pentru rezecția maxilarului superior și care nu diferă între ele decât prin forma și situația inciziei faciale. Velpeau, Blandin, Syms preconizau o incizie laterală externă, Dffenbach a recurs la incizia mediană, iar Nughier la incizia transversă. Aceste incizii însă aveau marele defect că lezau canalul lui Sténon sau ramurile faciale. Gensoul din Lyon tăia un quadrilater pe care-l diseca de sus în jos și ataca apoi punctele de legătură ale maxilarului superior. Velpeau făcea o incizie unică plecând dela comisura labială spre mijlocul osului malar între unghiul orbitar extern și pavilionul urechei. Incizia descria o curbă înaintea canalului lui Sténon care nu era distrus. Se ridica apoi lamboul superior secționând nervul suborbital se detașa ramura montantă a maxilarului superior traversând apoi peretele intern al orbitei cu un trocard pentru a se permite tăierea a pofizei montante, se ridica ochiul și aponevroza orbitei oculare, se întro-

ducea apoi ferăstrăul sub fanta sfenomaxilară și se diviza apofiza malară, apoi secționa partea orizontală a osului în sus antero-opsterior, apoi se cobora maxilarul de sus în jos întorcându-l înafară.

3. Lisfranc preconiza două incizii:

a) Una dela comisura labială până la unghiul extern al frontalului, această incizie evita canalul lui Stenon.

z) Incizia dela partea mediană a marginii libere a buzei superioare, conturnând nara și urcând paralel cu axa feței până la o linie sau două sub ramura montantă a maxilarului superior, se obținea astfel un lambou mare cu baza superioară.

Heyfelder și Diffenbach preconizau deasemenea două incizii: una din ele începea la rădăcina nasului trecea prin mijlocul acestui organ și diviza mijlocul buzei superioare, alta transversă dela începutul primei la unghiul intern al ochiului. Se detașa apoi acest lambou spre partea externă.

E. Nélaton limita lamboul său cu ajutorul unei incizii, care începea prin a împărți vertical buza superioară, conturna aripa nasului, apoi descria o curbă concavă în jos, întâlnind șanțul oculo-palpebral la unirea treimeii interne cu cea mijlocie. Incizia clasică actuală poartă numele de incizia lui Nélaton urcă în lungul nasului până la unghiul intern al osului și se îndreaptă apoi transversal înafară.

4. În operațiile asupra maxilarului superior avem:

a) Rezecția totală extra periostală cea mai des utilizată.

b) Rezecția parțială care se opune azi rezecției totale și care e indicată când avem de a face cu sarcom sau cancer globocelular, când suntem în prezența unei tumori cu evoluție relativ benignă ca în cazul sarcomului cu mieloplaxie.

Reguli generale. Încă din anul 1899 Heydenreich a formulat câteva principii generale în ce privește conduita intervenției:

1. Fără anestezie prealabilă niciodată să nu facem rezecția maxilarului superior.

2. Compresia vaselor n'ar fi de recomandat.

3. Tamponarea foselor nazale să nu se facă.

4. E indicat de a ataca întâi legătura supero-externă a maxilarului, pentru a întârzia momentul când sângele ar putea să se scurgă în gât. În ce privește anestezia e de preferit cea locală, care se face de regulă în 3 locuri: suborbitară, malară și bolta palatină.

Metoda operatorie. Incizia întrebuințată mai des este aceea a lui Liston, pentru că întrunește toate avantajele. Ea dă un spațiu destul de suficient pentru secțiunea osoasă, respectă sacul lacrimal și pleopa inferioară, arterele interesate sunt de un calibru mediocru, iar ramurile facialului sunt tăiate aproape de terminarea lor, canalul lui Stenon nu-i lezată, iar cicatricea e puțin aparentă. Această incizie e făcută din trei segmente:

a) Segmentul suborbitar: Dela mijlocul feței externe a osului malar până la partea internă a marginii inferioare a orbitei. Incizia urmează rebordul orbital până la câțiva mm. sub el, pentru a respecta învelișul susținător al țesutului celulo-grăos al orbitei.

b) Segmentul vertical para-nazal coboară înconjurând aripa nasului dela partea internă a inciziei precedente, până la linia mediană.

c) Segmentul median labial.

Operația cuprinde două părți: în prima parte, tegumentele sunt incizate, maxilarul superior descoperit pe fețele sale antero-externă și superioară, pediculul supero-extern secționat.

În a doua parte se deschid fosele nazale și cavitatea bucală, secționând rapid cei trei pedicoli rămași: supero-intern, infero-intern și posterior.

Urmează apoi extracția, care se face cu cleștele lui Faraboeuf ținut cu stânga, care apucă maxilarul de sus, în jos, dându-i o ușoară mișcare de coborire. Cu cleștele din mâna dreaptă se va secționa nervul suborbitar.

Pe lângă această metodă a lui Liston, care e o rezecție totală înainte se practica rezecțiile parțiale însă acestea azi sunt incompatibile cu termenul de cancer. Principalele varietăți de rezecții parțiale sunt:

a) *Rezecția alveolară.* A fost practică în caz de epulis și prin care se scoate un fragment cuneiform cuprinzând gingia și osul.

b) *Rezecția palatină.* Imaginată de Nélaton pentru extirparea polipilor nazo-arangieni. Nu se aplică decât în cazurile de tumori benigne limitate la bolta palatină.

c) *Rezecția suborbitară a lui Faraboeuf.* Consistă în a rezeca porțiunea maxilarului care concură la formarea planșeului orbitei, fosa canină și o parte din peretele extern al foselor nazale, lăsând pe loc arcada alveolo-dentară și palatină.

Măsurile postoperatorii

Punctele esențiale după operație de rezecție totală, pe care trebuie să le avem în vedere sunt:

a) Nu trebuie aplicat pansament, pentru că se produc complicații oculare.

b) În primele zile când tegumentele tumefiate jenează mișcările pleoapelor, curățăm cât mai des exudatele cu un tampon imbibat în apă fiartă; e bine să nu utilizăm antiseptice.

c) Spălături abondente și repetate a plăgii intra-bucale cu apă fiartă sau cu apă oxigenată.

d) În primele 10 zile alimentația să fie numai lichidă trecând apoi treptat la alimentația solidă.

Gravitatea rezecției totale ale maxilarului superior.

Complicații

Câteva statistici asupra rezultatelor operațiilor totale a maxilarului superior:

J. F. Heyfelder (1844—1860) a făcut 11 rezecții totale având 2 morți.

Ried (1846—1860) a făcut 12 rezecții totale având 2 morți.

Billroth (1861—1870) are 14 rezecții totale cu 7 morți.

În Germania până în 1870, s'au făcut 115 rezecții totale cu 37 morți, deci ar fi o mortalitate de 32.1%.

Mai târziu însă tot în Germania după statistica lui von Bergmann s'au făcut 47 operații cu 7 morți, deci o mortalitate de 14.8%. Astăzi însă mortalitatea este sub 10%, aceasta fiind datorită progreselor asepsiei și antisepsiei și mai mult perfecționării metodelor anestezice și suprimării tracheotomiei prealabile.

Mortalitatea aceasta pe care am văzut-o mai sus se explică prin complicații imediate sau secundare.

Complicații imediate. Acestea se produc chiar în ziua intervenției fiind în număr de trei: a) complicații anestezice, datorite căderii sângelui în trachee, acestea sunt evitate prin anestezie regională; z) hemoragia și c) șocul. Însă datorită perfecționării anesteziei regionale și acesta astăzi se produce destul de rar.

Complicații secundare. Infecția și hemoragia secundară azi au dispărut complect. Complicații pulmonare ca: pneumonia de

degluțiție; însă prin frecvența curățire a gurei și aceasta a dispărut azi. Complicații meningeale sau cerebrale. Apoi avem complicații oculare, ochiul de partea operată coboară mai jos din cauza lipsei sprijinului pe i-l formează peretele inferior al orbitei. Se observă o diplopie însă care nu-i decât transitorie. Mai adesea se observă un edem al pleoapei inferioare și ectropionul pleoapei. Foarte rar însă se pot produce și ulcere ale corneei, cari infectându-se pot evolua până la o panoftalmie. Se pot observa cheratite lagoftalmice prin închiderea palpebrală sau cheratite traumatice, datorite pansamentului. Deci conduita este de a nu se întrebuița pansament sau de a face o sutură palpebrală căci numai astfel se poate obține integritatea ochiului.

Indicațiile operatorii în tumorile maligne ale maxilarului superior

Rezecția totală în tumorile maligne ale maxilarului superior se face în următoarele cazuri:

a) Epitelioamele maxilarului superior care nasc din chiste sau resturi para-dentare ale mucoasei bucale (alveola sau bolta palatină).

b) În sarcoamele maxilarului superior care se dezvoltă mai des la tineri și au sediul la bolta palatină, sau la nivelul osului malar.

c) În tumorile maligne ale sinusului maxilar.

d) Candroamele maxilarului superior, tumori benigne însă recidivează așa de des, că le putem considera ca tumori maligne, așa că aici vom întrebuița rezecția totală.

Contraindicații

a) Când ne găsim în prezența unei invadări considerabile a tegumentelor și a regiunilor vecine. În acest caz operația ar fi foarte mutilantă, gravă și fără garanții sigure.

b) Când sunt metastaze, și

c) Când sunt mari mase ganglionare trebuie să facem atunci numai un tratament paliativ.

Necesitatea diagnosticului precoce

E absolut necesar de a se face, educația medicilor, specialiștilor și bolnavilor pentru a obține în cancerul maxilarului su-

perior ceea ce s'a obținut pentru cancerul sânelui. Trebuie ca bolnavul să cunoască simptomele de alarmă și ca medicul să cunoască modurile de debut ale acestor tumori maligne. Semnele mai importante cu care debută tumorile maligne ale maxilarului superior sunt: nevralgiile dentare, hemifaciale, mai puternice în teritoriul suborbitar și urmate de anestezia nervului suborbitar. Semne oculare (conjunctivita unghiului intern al ochiului și lăcrămarea) apoi epistaxis și scurgere nazală purulentă. Aceste semne când sunt observate implică un examen special astfel se va face rinoscopia sau diafanoscopia și chiar endoscopia sinusului maxilar. Radiografia. Dacă leziunea e la început în sinusul maxilar ea invadează întreg sinusul putându-se obține imagini lacunare cu contururi neregulate simptomatice unui epiteliom vegetant. Utilizarea mai sistematic a radiografiei maxilarului superior cu filme intrabucale, ar da poate date mai precise.

Biopsia însă stabilește un diagnostic precoce căci ea ne permite de a stabili precis diagnosticul arătându-ne varietatea istologică și autorizând pe chirurg să facă sau nu rezecția totală.

Proteza restauratrice bucofacială

Proteza (dela grecescul *pro* = în loc de, *thesis* = punere) este partea din terapeutică chirurgicală, care-și propune să înlocuiască prin aparate confecționate totalitatea sau o parte dintr'un organ suprimat fie prin operație, fie prin accident. Principiile stabilite de Ambroise Paré în arta protezelor au rămas și azi, deși tehnica s'a ridicat la o mare perfecție. Claude Martin a fixat definitiv toate indicațiile variatelor cazuri de proteză ce se pot prezenta, cum ar fi: proteza maxilarelor, a scheletului și părților moi ale nasului, a laringelui, etc. În 1859 el publică rezultatele încercărilor sale, de proteză imediată pentru a evita producerea retracțiilor cicatriciale. Canalizarea care permite o irigație pentru a evita sau combate supurația. Când cicatrizarea s'a efectuat complet arapatul provizor e înlocuit printr'un altul definitiv conceput în ansamblul său după acelaș model ca precedentul, o parte orizontală destinată a înlocui marginea alveolară și bolta palatină o parte verticală care acoperă cavitatea masivului facial. Scopul acestui aparat e dublu, de a permite masticația și de a evita pronunțarea defectuoasă. Obiecțiunea care s'a adus acestei metode ar fi dificultatea de execuție.

Varietățile de metode protetice. În multe cazuri proteza se face la oarecare timp după intervenția operatorie, alte ori însă aparatul protetic se pune chiar în aceeași ședință cu operația mutilantă. De aici urmează clasificarea metodelor:

a) Proteză imediată se face imediat după operație pentru a lăsa să se cicatrizeze țesuturile. Astfel vindecarea se face pe acest aparat care e provizoriu și care e înlocuit mai târziu cu unul definitiv.

b) Proteza tardivă. După ce s'a făcut cicatrizarea completă. se pune aparatul protetic.

Ambele aceste metode fac parte din grupul protezelor externe, adică proteze cu aparat ce are o comunicație cu mediul extern, spre deosebire de alt grup, proteza internă ale cărui aparate sunt pierdute în țesuturi și n'au comunicații cu mediul extern. Proteza internă are și ea două varietăți

a) Aparatul protetic este introdus în țesuturi cu scopul de a conduce regenerația osului, regenerație care se face fie prin periost care nu a fost ridicat, fie prin diferite metode de grefe.

b) Altă varietate de proteză internă numită încă și metoda plastică propune introducerea în țesuturi a aparatului, cu scop de a înlocui funcțional organul absent. În această categorie ar putea să intre injecțiile cu parafină, întrebuințate cu scop de a îndrepta anumite deformații ale nasului și feței.

Constituția aparatelor protetice. Materialele întrebuințate pentru confecționarea aparatelor protetice sunt variate. Avem următoarele categorii de substanțe:

a) Substanțe plastice, care se lucrează moi, iar la sfârșit. se întăresc ele sunt cauciucul vulcanizat celulozoidul și ceramica., dintre toate însă cel mai întrebuințat este cauciucul.

b) Substanțe neplastice, aici intră metalele, dintre care unele se toarnă, iar altele se ciocănesc. Mai întrebuințate sunt aurul, platina și aluminiul.

c) Combinația de substanțe plastice cu substanțe neplastice. În practică ne servim de aur sau platină pentru croșetele ce leagă. aparatul de dinți sau pentru plăci ce întăresc aparatul, cauciucul roz sau porțelan pentru partea aparatului ce înlocuiește gingia. La maxilarul superior după unii autori (Heydenreich) nu e imperioasă punerea aparatului de proteză imediat după operația de rezecție, aparatul punându-l între a doua și a treia săptămână după intervenția chirurgicală.

Di Prof. Dr. Aleman in cele 5 cazuri de rezecție ale maxilarului inferior, operate în clinica chirurgicală a aplicat proteza imediată și definitivă în 2 cazuri, iar în 3 imediată, dintre care 2 le-a înlocuit cu cea definitivă, iar în al 3-lea caz bolnavul părăsește serviciul și nu s'a mai întors pentru a i-se înlocui proteza. In toate cazurile vindecarea s'a efectuat în cele mai bune condiții.

Aparatele pentru proteza maxilarului superior sunt mai puțin numeroase ca formă și au modificări minime față de aparatele pentru maxilarul inferior. Fixarea aparatului e mult ușurată prin faptul că el e încadrat între mase osoase fixe. Aparatul e construit din cauciuc tare la mijloc, părțile reliefate ce vin în contact cu anafractuozitățile cavității se fac în cauciuc moale. Partea orizontală din aparat reprezintă arcada dentară, bolta palatină și vălul palatin (când și acesta e ridicat). Partea verticală reprezintă osul maxilar superior propriu zis, o parte din malar, planșeul orbitei și câteodată și o porțiune din oasele proprii ale nasului de partea operată. Bordul aparatului corespunzând părții sănătoase e prevăzut cu croșete pentru fixarea aparatului la dinți. La partea orizontală a aparatului se aranjează un orificiu la care se adaptează tubul, ce va servi la irigația plăgii dacă aparatul e cu irigație cum îl preconizează Claude Martin. E bine că aparatul pentru proteza maxilarului superior să nu fie înalt cât osul rezecat, așa cum îl preconizau autorii mai vechi, căci aparatul înalt e greu de pus și scos și nu poate opri o ușoară ptoză a globului ocular. De altfel azi se caută să se păstreze pe cât se poate planșeul orbitei (tehnica lui Sebilleau) sau în cazul când se rezecă există metode chirurgicale care aduce ca susținători al globului un fascicol din mușchiul temporal.

Proteza maxilarului superior e relativ ușor de executat și are de scop să reconstitue forma anatomică a ochiului redând în același timp estetica feței precum și funcțiunile bucale de masticție, deglutiție și fonație. Aparatul trebuie să fie confecționat înainte de intervenția chirurgicală pentruca imediat după operație să poată fi aplicat.

Observațiuni.

Observația I-a. — Osteo-sarcom al maxilarului superior stâng și jumătatea internă a celui drept.

Rezecția completă a maxilarului superior stâng și parțial a celui drept.

Bolnavul P. S. de 24 ani, necăsătorit, de meserie plugar intră în clinica chirurgicală la 28. XII. 1931, prezentând în regiunea feței de partea stângă o tumoră de mărimea unei portocale.

În sfera antecedentelor heredo-colaterală și personale nimic important. Boala datează din anul 1929, când în luna Iulie, bolnavul observă o tumoreta gingivală deasupra masivului lateral stâng superior, însoțită de o ușoară mâncărime fără durere.

Constatând că i se tumefiază și regiunea zigomatică din partea stângă, prinzându-i apoi și aripa nasului, se prezintă la 28. XII. 1931 la clinica chirurgicală, unde i se constată o tumoră a feței în partea stângă. Tegumentele ce acoperă tumora sunt de aspect normal mobile, neaderente de țesuturile subiacente. La palpare, tumora e dură la periferie. ușor elastică și neregulată în partea centrală. În cavitatea bucală lipsesc cinci dinți. În șanțul labio-gingival deasupra molarului stâng se observă o tumoră exulcerată, cu fundul anafractuos, acoperit de o secreție murdară foarte fetidă.

Ca semne subiective acuză, o turburare în respirație și expirație pe narina stângă, deasemenea simte în permanență un miros fetid în gură.

Temperatura 37 o, pulsul 82, starea generală bună, ganglionii nu-s măriți, iar la examenul organelor nimic deosebit.

Examenul urinei, urina de o culoare galbenă clară, acidă albumino, puroi și zahăr negativ.

Wassermanul negativ.

Examenul anatomo-patologic. Sarcom osteogenetic fuzo celular. În porțiunile tegumentare nu se vede nimic neoplazic. În ganglioni se vede o superplazie a țesutului limfoid cu o dilatație și exudat în sinurile limfatice.

Examenul radiologic. Tumora se dezvoltă în afară, interesând mai mult peretele anterior al maxilarului. Peretele orbitei e păstrat, la fel cavitatea sinusului e păstrată. Baza craniului și celulele etmoidale sunt libere.

După un tratament preoperator în ziua de 12. I. 1932. i se face de către D-nul Profesor Dr. Aleman și Dr. I. Mureșan, rezecție completă a maxilarului superior stâng și parțial a ce-

lui drept. Se face ligatura carotidei externe stângi la nivelul bifurcărei, iar ligatura carotidei externe din dreapta deasupra facialei.

I se face proteza dentară la clinica stomatologică *Mersul postoperator*, starea generală bună, ușor febril (37°), pulsul 100. I se fac spălături zilnice în cavitatea bucală cu apă oxigenată. Alimentația cu lichide. Sutura fără pansament le badijonăm numai cu t-ra iodi.

Făcându-i-se o recidivă locală, face o serie de ședințe de radioterapie și părăsește clinica la 19/III. 1932. cu recomandarea de a continua ședințele de raze.

Obs. II-a. — Tumoră sarcomatoasă a maxilarului superior stâng.

W. M. de 28 ani, căsătorită, profesie casnică și a cărei antecedente atât heredo-colaterale cât și personale nu prezintă nimic deosebit, intră în clinica chirurgicală la 19/I. 1929. cu o deformare a feței și nasului de partea stângă.

Boala a debutat la nivelul gingiei în mod insidios cam în anul. 1927. Bolnava observă o tumefacție urca în dreptul maxilarului superior stâng: Tumefacția progresând și trecând de la rebordul abveolar spre bolta palatină, producându-i apoi o tumefacție și a nasului precum și o diminuare a vederii, intră la 19/I. 1929. în clinica chirurgicală. La inspecție se constată o deformare a feței și a nasului. Maxilarul superior proemină înainte, arcada dentară superioară deasemenea. Orificiile nasale turtite și lărgite în sens orizontal. Bolta palatină deformată cu suprafețe neregulate. Cei 2 incisivi stâng, masivul drept și al 3-lea motor drept din arcada superioară căzute. Cavitățile nasale pline cu un țesut moale encefaloid.

Ca semne subiective acuză o îngreunare a respirației pe nas și nu poate înghiți decât substanțe lichide.

Temp. 36°, puls 82, respirația normală. Ganglionii din toate regiunile sunt palpabili, nu sunt dureroși și nici aderenți.

La examenul organelor nimic deosebit.

Ex. de laborator urina coloratic galbenă, reacții acidă, aspect clor. densitatea 1020. Albumina, puroi, zahăr și sediment negativ.

Ex. anat. patologic. În secțiunile făcute se constată prezenții de mici tumori, formate din celule fuziforme (conjuncti-

ve) altele rotunde dispuse in alveole, se constată cariochineze atipice.

Tratamentul: Se face radioterapia la 23 I. 25, n 27, iar la 29 I 1929, bolnava părăsește serviciul cu indicația de a continua radioterapia:

Obs. : III-a. Sarcom al maxilarului superior drept: Bolnavul C. M. de 36 ani, căsătorit, intră in clinica chirurgicală la 2 V. 1929 cu o teumfacție in reg. maxilarului superior drept.

Antecedentele peredo colaterale și personale fără importanță. Boala datează cu două luni înainte de a intra in clinică începând cu dureri la nivelul maxilarului superior drept. După două săptămâni îi apare o tumo facție in regiunile suborbitară dreaptă, imitând și o temoretă deasupra nealarului de mărimea unei alune și care-i provoacă dureri in timpul mașticaliei. La 4 V. 1929, părăsește însă clinica status quo, cu indicația de a urma tratament radeo terapic.

Obs. IV-a. — Osio-Sarcom al maxilarului superior. Bolnava H. S. de 12 ani. Antec. Heredo celuleral și personale nimic deosebit.

Boala datează din Iulie 1932. La câteva zile după ce i s'a scos un dinte. Observă in locul acela că-i apare o tumoretă la început nedureroasă. Crescând mereu a început să-i producă fenă in masticație și atunci intră in clinica chirurgicală pentru a fi operat.

La examenul anat-patologic se constată o tumoră o-soasă cu celule gigante. Wasserman-negativ.

I se face operația la 5. XII. 1932. Starea generală post-operatorie bună.

Intre 21 - 27 XII. 1932 i se face proteza definitivă la Clinica Stomatologică; iar la 17 III 1933 părăsește clinica complet vindecat.

Obs. V.a. — Epiteliom al maxilarului superior. Operația. Rezecția maxilarului superior. Incizia Liston-Nelaton.

Bolnava L. Ch. de 32 ani, căsătorită, de profesie casnică, intră in clinica chirurgicală, prezentând o tumoră de mărimea unui ou la maxilarul superior partea dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale și personale nimic deosebit. Maladia debută insidios prin dureri de dinți la nivelul maxilarului superior. Extrăgându-i-se doi dinți observă o tumefiere a gingiei din regiunea extracției. Durerile devenind din ce in

ce mai mari și observând o secreție lacrimală abondentă a ochiului drept, bolnava se prezintă la cliuica Oftalmologică, unde i se pune diagnosticul de dacriocistită, datorită compresei unei tumori din narvina dreaptă. Reacția Wassermann fiind pozitivă se face tratamentul cu Bismiochin, fără rezultat însă.

Este trimisă la Clinica Oto-Rino-Laringologică, unde se dă următorul rezultat: Cornetul inferior violaceu palid, cu vârgi turgescențe, mai ales pe fața dorsală. Stiletul arată o tumoră relativ moale sângeroasă, se constată că origina tumorile în maxilarul superior drept. Se transpune bolnava la clinica Stomatologică, unde se constată în partea dreaptă a maxilarului superior o tumoră de mărimea unui ou de porumb, cu suprafața conopidiformă, care se întinde dela nivelul incisivului lateral până la motorul I inclusiv. Tumora de culoare roșie închisă pare a fi formată din procesul alveolar din regiunea premolarilor, având tendința de a invada sinusul. La palpare e nedureroasă, nefluctuantă, mobilă.

La radiografie, sinusul maxilar drept mai opac ca cel stâng.

La examenul anatomo patologic se constată un carcinom cu aspect oedematos (secretant) cu pleasc dela derivate glandulare cetodermice din regiunea nasală sau bucală.

Rezultatul radiologic. La radiografia maxilarului superior în poziția antero-posterioară și laterală se constată o atrofie pronunțată și o distrucție a sistemului osos, tumora interesând și sinusul maxilar drept.

Urina-galbenă citrină, ușor tulbure, densitatea 1026 albumina și zaharal negativ. Wasserman negativ.

Operația. Rezecția maxilarului superior: incizia Liston Nélaton. Părăsește sorviciul vindecat.

Se secționează complet împreună cu buza superioară pe linia mediană. Se constată că tumora a distrus întreg maxilarul. Nu se poate merge după secțiunea obișnuită. Se desface sinostoza maxilo-malară cu ajutorul daltei și ciocanului. Apoi se face la fel cu apofiza montantă; cu un clește curb se secționază apofizele palatine pe linia mediană. Se completează de periostarea orbitară și apoi se prinde maxilarul cu cleștele Faraboeuf, și se extrage. Se constată resturi de tumoră cu aspect conoidiform, și moale care se curăță cu curetă. Se estirpă rostrurile vânoase din maxilar și apoi se lasă pe loc osul palatin, care pare a nu fi atins. Se tamponează cavitatea cu două meșe, după care se face sutura tegumentelor.

Tratamentul post operator — mersul bolii se face oleu camforat, cafeină, se menține starea generală bună, temperatura afară de ziua a 4-a când atinge 38 în rest se menține afebril. Pulsul normal bine bătut. Se face zilnic lavajul ochilor cu acid boric, iar al cavității bucale cu apă oxigenată. La 2 III. 1926, părăsește serviciul vindecat.

Obs. VI-a Tumoră malignă a maxilarului superior, inoperabilă. Părăsește clinica nevindcat.

P. I, 41. ani, căsătorit, de profesie ceferist, intră în serviciul clinicei chirurgicale la 11 VIII 1929 prezentând o tumorație a feței de partea dreaptă.

În antec-heredo-colaterale nimic acceptant. La antecedente personale un șancru pe carel tratează personal.

Boala datează din anul 1928, debutând insidios cu turburări pe căile nasale și mai cu seamă pe narina dreaptă. După vre-o două luni se produce obstrucția completă a foselor nasale bolnavul ne mai putând respira decât pe calea bucală.

Prezentându-se la un doctor îl operează de polipi nazali, după care poate să respire și nasal.

După scurt timp îi apare din nou turburări în respirație ceace îl determină să intre la 11 VIII 1929 în Clinica Chirurgicală.

Urmează câteva ședințe de raze după care e trimis acasă, urmând a se prezenta din nou după două luni la clinică. Nevenind la timpul fixat îi apare cefalee, amețeli, tumora se mărește brusc, acoperindu-i ochiul drept și întinzându-se și în partea opusă.

Ex. local. La inspecție partea dreaptă a feței e tunefiată și roșiei ochiul drept închis. Din ambele nare se vede crescând în afară o tumoră de culoare roșie, fața dreaptă bombată în afară, mai ales în regiunea sinusului. Palatul dur bombează în jos în gură, aproape până la limbă. Tumora sângerează f. ușor, din nas curge o secreție sanghinolentă.

Waserman intens pozitiv, urina galbenă, turbure, acidă densitatea 1018. Zaharină, albumină, negative.

Bolnava părăsește în ziua de 17. VIII Clinica. nevindcat.

Obs. VII-a Neoplasm al maxilarului superior drept. Evidarea ganglionilor, legătura carotidei, rezecția maxilarului.

Bolnava. N. M. de 50 ani căsătorită, meserie casnică, intră în Clinica Chirurgicală la 29 Iulie 1932 prezentând o

tumefiere în regiunea malară dreaptă cu tegumentele ușor hiperemiate.

În sfera antecedentelor heredo-colaterale și personale nimic important. În Aprilie 1932 bolnava observă în dreptul rădăcinilor primilor doi molari superiori din dreapta, o tumoretă de mărimea unei alune. Expectorează o spută roșie amestecată cu puroi.

Intră în Clinica Chirurgicală, după sfatul unui medic, cu dureri, mari la nivelul maxilarului superior drept.

Temperatul, pulsul și respirația normală.

Starea generală bună, ganglionii maxilari dreapți măriți la examenul organelor nimic deosebit.

Se constată la examenul local, o tumefiere în regiunea malară dreaptă, ușor dureroasă la palpare. Ochiul drept lăcrămează. Cavitatea bucală prezintă la nivelul maxilarului drept două rădăcini dentare, în jurul cărora e o tumoră cu caracter vegetant; ulcerarea, sângerează, mirosul gurei fetid, se constată o adenopatie ganglionară submaxilară.

Ex. de laborator. Urina colorație galbenă, albumina, puroi și zahăr negativ.

Anat. patologică. În ganglioni nu se văd metastaze caracteristice.

Trat. preoperator. După ce, se ia sânge pentru Wassermann. Se face examenul urinei și merge la Clinica stomatologică pentru a i se confecționa proteza în ziua de 12—VIII 1932, i se face intervenția Chirurgicală: de Dl Prof. Dr. Alman.

Se face incizia paralelă cu sterno-cleido-nastoidianul de partea dreapta se pun în evidență bifurcația caratidei și se aplică ligatura pe cea externă. Se extirpă apoi doi ganglioni din regiunea submaxilară.

Se procedează apoi la extirparea maxilarului inferior făcând incizia părților moi după metoda Liston. Se face de îndarea maxilarului și de periostarea plansului orbitei. După ce se fac secționarea pediculelor se elimină întrun boc tot maxilarul superior. Se tamponează cavitatea cu două meșe imbiabate în mastigol. Se așiază apoi proteza.

Tratamentul post-operator. Starea generală relativ bună, în primele zile se produce o ascenziune de temperatură până la 39°, apoi se menține tot timpul afebril, zilnic se fac spălături în gură cu apă oxigenată. Plaga cervicală, secretând puroi se drenează, La 3 Oct. 1932 părăsește clinica vindecată.



Concluzii

1. Tumorile maligne ale maxilarului superior sunt sarcomul și epiteliomul cu varietățile lor istologice.

2. Sarcomul, îl găsim la indivizii dela câteva luni până la cei în vârstă înaintată, maximum de frecvență fiind însă între 15—30 ani.

3. Cancerul e foarte frecvent, singur reprezintă aproape jumătate din toate tumorile maxilarelor. De preferință îl găsim la sexul bărbătesc, neobservându-se înainte de 30 de ani și fiind destul de frecvent după 50 de ani.

4. Din punct de vedere istologic avem sarcoame mieloide, formate din mieloplaxe și care au o evoluție mai lentă și deci un prognostic mai bun și formele encefaloide sau fasciculate care sunt mai maligne.

5. Cancerul maxilarului superior dă metastaze ganglionare mai cu seamă la ganglionii latero-faringieni; sarcomul în schimb produce rar metastaze ganglionare.

6. Complicațiile mai frecvente în evoluția tumorilor maligne ale maxilarului superior sunt perforațiile care se fac fie în cavitatea bucală, fie în cea nazală sau spre baza craniului, dând turburări de deglutiție și respirație și mai cu seamă pneumonia de deglutiție, care duce imediat la moarte; apoi mirosul, auzul și vederea de partea bolnavă sunt slăbite.

7. Pentru a face un diagnostic precoce e absolut necesar de a face rinoscopia și endoscopia precum și radiografia sinusului maxilar. Biopsia ne va arăta felul tumorii și va indica dacă e nevoie de rezecție totală sau parțială.

8. Prognosticul tumorilor maligne variază cu vârsta bolnavului, cu cât individul e mai în etate cu atât malignitatea e mai mare (sarcoamele la această vârstă fiind confundate cu cancerul), cu volumul și rapiditatea creșterii tumorilor precum și cu varietatea lor.

9. În general prognosticului este trist, în 6—8 luni mor în cașxie sau cu fenomene de bronho-pneumonie. Totuș depinde mult de precocitatea intervenției, cu cât operația este făcută mai din timp cu atât este speranță de vindecare radicală.

10. Tratamentul tumorilor maligne este chirurgical constând în rezecția totală a maxilarului. Incizia de preferat este a lui Liston, căci are avantajul că dă un spațiu destul de larg pentru secțiunea osoasă, respectă sacul lacrimal și pleoapa inferioară, canalul lui Sténon nu-i lezată, iar cicatricea este puțin aparentă.

11. Radium- și radioterapia aplicate singure nu dau rezultate eficiente, asociația însă cu chirurgia duc la un rezultat bun.

12. Astăzi mortalitatea postoperatorie a scăzut sub 10%, aceasta fiind datorită progreselor aseptice și antisepsice și mai mult perfecționării metodelor anestezice și suprimării tracheotomiei prealabile.

13. Proteza maxilarului superior este relativ ușor de executat și are de scop să reconstituie forma anatomică a osului, redând în același timp estetica feței precum și funcțiunile bucale de masticare, deglutiție și fonație.

14. Aparatul de proteză trebuie să fie confecționat înainte de intervenția chirurgicală pentru ca imediat după operație să poată fi aplicat, aceasta ar fi singurul tratament eficient.

15. Este absolut necesar de a se face educația medicilor, specialiștilor și bolnavilor pentru a se obține în cancerul maxilarului superior ceea ce s'a obținut pentru cancerul sânelui. Trebuie ca bolnavul să cunoască simptomele de alarmă și ca medicul să cunoască modurile de debut ale acestor tumori maligne.

Cluj, la 18 Iunie 1933.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:
Prof. Dr. I. IACOBOVICI.

Decanul Facultății:
Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

BIBLIOGRAFIE.

Aleman. Rezețiile în maxilarul inferior și tratamentul lor protetic.

Arnal. Tumeurs du maxillaire supérieur.

Bernard Raymond. Traitement des cancers du maxillaire inférieure (thèse Paris 1926).

Davis. Tumeurs malignes de la machoire supérieure et de l'autre.

Dechamne M. De la résection totale, dans le traitement des tumeurs malignes du maxillaire supérieur (Thèse du Lyon 1927).

Heydenreich. Tumeurs des machoires.

Gensoul. Lettre chirurgical sur quelques maladies graves du sinus maxillaire et de la maxillaire supérieure. 1833.

Estlander. Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur (Revue de médecine et de chirurgie 1879).

Jacquelin. Etude sur l'épithélioma des maxillaires.

Jarevay. Traitement des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

Kroulein. De la résection totale du maxillaire supérieur pour tumeurs malignes et l'anesthésie par inhalation.

Laverque. Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur (étude clinique et pronostic, Thèse, Paris 1900).

Petrescu Aurelia. Grefa dentară (Teză, Buc. 1926)

Poenaru D. Proteza restauratrice buco-facială (proteza maxilarului superior drept).

Roby Jean. Le sarcome du maxillaire supérieur forme pseudo-polipeuse.

Verger. Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur.

Ch. Lermont. Précis de Pathologie chirurgicale (Tumeurs des maxillaires).