

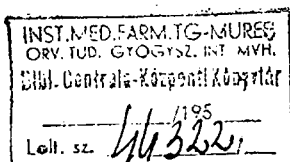
ARTRITA TEMPORO-MAXILARĂ



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE DECEMBRIE 1937

DE

VOICHIȚA LUCREȚIA JULA



Decan: Domnul Prof. Dr. D. Michail

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	„ „ „ <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	„ „ „ <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	„ „ „ <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	„ „ „ <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ „ <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	„ „ „ <i>Drăgoiu I.</i>
Somiologia medicală	„ „ „ <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ „ <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	„ „ „ <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	„ „ „ <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	„ „ „ <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	„ „ „ <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	„ „ „ <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	„ „ „ <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ „ <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	„ „ „ <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	Dl. Agr. Dr. <i>Secăreanu S.</i>
Chimia	„ „ „ <i>Sturza M.</i>
Balneologia	„ „ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ „ <i>Teșosu E.</i>
Clinica urologică	„ „ „ <i>Manta I.</i>
Chimia biologică	„ „ „ <i>Urechta C.</i>
Clinica psihiatrică	„ „ „ <i>Vasilin T.</i>
Anatomia patologică	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu X.</i>
Fizica medicală	

Juriul de promoție:

Președinte: Dl. Prof. Dr. *I. Aleman.*

Membrii: { Dl. Prof. Dr. *Al. Pop.*
 „ „ „ *I. Goia.*
 „ „ „ *Gh. Popoviciu.*
 „ „ „ *Gh. Buzoianu.*

Supleant: Dl. Docent Dr. *I. Garrilă*

Articulația temporo-maxilară (mandibulară)

Face legătura între baza craniului și maxilarul inferior. Ea aparține grupului diartrozelor genul bicondilian.

Suprafețele articulare în număr de două, una aparține mandibulei, iar cealaltă temporalului. Suprafața mandibulară e formată dintr'o proeminență elipsoidă, condilul mandibulei, situată la partea postero-superioară a ramurei ascendente a acestui os de care e unită printr'o porțiune mai îngustă, numită col. Condilii au două povărnisuri: unul anterior, altul posterior, care unindu-se, formează o creastă. Singurele elemente articulare ale condilului sunt povărnisul anterior și creasta, care sunt acoperite de un țesut fibro-cartilajinos.

Din partea temporalului pentru articulație, avem cavitatea glenoidă și rădăcina transversă a zigomei numită condilul temporalului. Cavitatea glenoidă, e împărțită de scizura lui Glaser în două părți, una anterioară, dependentă de scoama temporală și o parte posterioară, ce formează peretele anterior al conductului auditiv dependentă de osul temporal. Prima dintre aceste două porțiuni e articulară, cea situată înapoia scizurei lui Glaser e extraarticulară și e în contact cu un țesut celulo-grăsos. Peretele osos al cavității e subțire și poate fi ușor fracturat. Condilul temporalului se prezintă ca o proeminență transversală, situată înaintea cavității glenoide. Acest condil e acoperit de un strat subțire fibro-cartilajinos; fundul cavității glenoide nu e acoperit decât de periost. Intre suprafața articulară mandibulară și temporală, pentru a stabili contractul între ele, se găsește discul sau meniscul interarticular, un fibro-cartilajiu. Suprafețele articulare, cea mandibulară fiind convexă cea temporală concavă-convexă, nu se corespund, discul

având scopul de-a restabili armonia dintre aceste suprafețe articulare, se va mula pe ele.

Discul are o formă eliptică cu două fețe, una inferioară concavă, ce acopere condilul mandibular, alta superioară concavă înainte, unde vine în contact cu condilul temporalului și convexă înapoi, unde vine în contact cu cavitatea glenoidă. Cele două extremități ale meniscului se fixează pe condilul mandibular; de aici rezultă, că în diferite mișcări ale articulațiunii, el însoțește mandibula. Raporturile meniscului fiind mai întinse cu condilul decât cu cavitatea glenoidă, se înțelege de ce în desarticulația temporo-mandibulară, să pătrunde mai ușor în etajul supra-meniscal decât în cel sub-meniscal.

Mijloace de unire. Articulația are o capsulă întărită pe lături de două ligamente, mai există în plus niște formații fibroase numite ligamente accesorii. Capsula se prezintă ca un manșon dispus împrejurul articulației. Ea prezintă două circumferințe de inserție și două suprafețe. Circumferința superioară se inseră: înainte pe marginea anterioară a condilului temporal, înapoi pe fundul cavității glenoide înaintea scizurii lui Glaser; înafară pe tuberculul zigomatic și pe rădăcina longitudinală a apofizei zigomatice; înăuntru pe spina sfenoidului. Circumferința inferioară se inseră pe colul mandibulei. Suprafața exterioară corespunde organelor învecinate. Suprafața interioară articulației; ea aderă de disc astfel, această cavitate articulară e divizată în două etaje; unul superior supra-meniscal, altul inferior infra-meniscal. Capsula articulară e foarte laxă, datorită acestei laxității condilul mandibular poate executa mișcări întinse. Capsula articulară groasă în partea posterioară e mai subțire în partea anterioară; partea anterioară a capsulei și meniscul interarticular dau inserțiune mușchiului pterigoidian extern.

Ligamentele colaterale, unul extern, iar celalalt intern. Ligamentul colateral extern (ligamentul temporo-mandibular) se inseră în sus pe tuberculul zigomatic și rădăcina longitudinală a apofizei zigomatice, în jos pe partea postero-externă a colului mandibular. El e un fascicol gros triunghiular și reprezintă principalul mijloc de unire al articulației.

Ligamentul colateral intern se inseră în sus, pe marginea

internă a cavității glenoide. iar în jos pe partea postero-internă a condilului. E mai slab ca cel extern.

Ligamentele accesorii sunt în număr de trei. Ligamentul sfeno-mandibular, se inseră pe spina sfenoidului, iar în jos se prinde pe spina lui Spix și pe vecinătatea orificiului dentar superior.

Ligamentul stilo-mandibular se inseră în sus pe apofiza stiloidă aproape de vârf. apoi de aici se îndreaptă în jos, lărgindu-se și se prinde pe marginea posterioară a ramurei ascendente a mandibulei în vecinătatea unghiului.

Ligamentul pterigo-mandibular sau aponevroza buccinato-faringiană este o lamă fibroasă situată între constrictorul superior al faringelui și mușchiul buccinator. El se inseră pe cărligul aripici interne a apofizei pterigoidiene, iar de altă parte pe extremitatea posterioară a ramurei milo-hioidiene.

Sinoviata. Cavitatea articulară fiind împărțită în două etaje există și două sinoviate: una supra-meniscală și alta infra-meniscală.

Mișcări. Această articulație prezintă trei feluri de mișcări; de scoborîre și ridicare ale mandibulei avînd ca rezultat deschiderea și închiderea gurii; mișcări de proiecție înainte și înapoi; mișcări de lateralitate sau de didacție. Articulația temporo-mandibulară este împărțită în alte două secundare: una supra-meniscală și alta sub-meniscală. În cea supra-meniscală meniscul se mișcă pe condilul temporalului. în articulația sub-meniscală condilul mandibular se mișcă pe menisc.

Poziția inițială a mișcărilor e aceea în care gura fiind închisă, cei doi maxilari vin în contact unul cu altul; în această poziție condili mandibulari îmbrăcați de meniscurile respective, se găsesc situați în fosele glenoide înapoia condililor temporali.

Mișcările de scoborîre și ridicare a mandibulei se execută în doi timpi: în coborîre în primul timp condilul mandibular și cu meniscul se deplasează înainte, părăsesc cavitatea glenoidă, așezându-se sub condilul temporalului, această mișcare e executată de mușchiul pterigoidian extern. În al doilea timp meniscul se oprește, iar condilul continuă mișcarea alunecând pe fața inferioară a meniscului.

Ridicarea mandibulei se face după acelaș mecanism, numai timpi sunt inversați. Articulația dreaptă și stângă se mișcă în acelaș timp la închiderea și deschiderea gurii.

Mișcările de proiecție înainte și înapoi se fac în etajul supra-meniscal. În mișcarea de proiecție înainte, cei doi condili mandibulari împreună cu meniscurile se așează sub condili temporali. În mișcarea de proiecție înapoi, mandibula se întoarce în poziția inițială.

Mișcările de lateralitate, sau de diducție sunt mișcări prin care mandibula e purtată alternativ de la dreapta la stânga. În aceste mișcări unul din condili se rotează pe loc în jurul unui ax vertical, pe când cel din partea opusă se deplasează împreună cu meniscul și se așează sub condilul respectiv al temporalului, apoi acest condil se rotează pe loc, în timp ce cel opus devine mobil. Deci în diducție ambii condii se mișcă, dar numai unul se deplasează mult, celalalt mișcându-se pe loc, servește drept ax precedentului.

Rapoartele anatomice ale articulației

Articulația temporo-maxilară prezintă rapoarte cu numeroase organe, deci orice încercare operatorie ce s'ar face asupra ei, se face cu grijă spre a nu leza pe unul dintre ele. În afară, această articulație e în raport cu pielea, țesut celulo-adipos, lobul superior al parotidei, care acopere jumătatea inferioară a ligamentului lateral extern; cu nervul auriculo-temporal, venele temporale și ganglionii preauriculari. Înăuntru e în raport cu ramurile nervilor: maxilar inferior, dentar, lingual, mai jos coarda timparului; cu artera maxilară internă, care se divide la acest nivel în dentara inferioară și meningeia mijlocie. Posterior se găsește o pătură de țesut celulo-adipos, câte odată și o prelungire a parotidei, care separă fața posterioară a condilului de peretele anterior al conductului auditiv. La partea posterioară, a colului condilului se bifurcă carotida externă. Artera maxilară internă înconjoară condilul pentru a merge între pterigoidieni. Nervul auriculo-temporal se găsește deasemenea la partea posterioară a condilului.

Înainte, articulația e în raport cu pterigoidianul extern,

care se inseră pe capsulă și menisc; cu excavația sigmoidiană prin care trec vasele și nervii maseterini. Raportul cu etajul mijlociu al craniului e important de semnalat. căci o lamelă subțire osoasă transparentă formează fundul cavității glenoide. Canalul lui Stenon, care este conținut în dedublarea aponevrozei maseterine, merge dinapoi înainte sub arcada zigomatică și încrucișează marginea anterioară a maseterului la 1 cm. de deasupra acestei arcade. Nervul facial, pătrunde în parotidă și se duce în jos înainte și înapoi, divizându-se pe fața externă a jugularei în două ramuri terminale între lobi parotidei și apoi în aponevroza maseterină, însoțind canalul lui Stenon.



Etiologie

Artrita temporo-maxilară acută este destul de rară. Printre cauzele cele mai obișnuite ale ei cităm: traumatismul, propagarea unui proces inflamator din vecinătate la articulație și blenoragia. Artrita traumatică se poate produce în urma unei plăgi articulare, care poate rezulta dintr'o cădere sau o lovitură violentă aplicată pe menton. Ea complică fracturile juxta-articulare, fractura condilului sau fractura conductului auditiv extern. Cauza cea mai obișnuită a artritei prin propagarea este otita medie supurală, mai des otita scarlatincoasă sau mai rar chiar simpla furunculoză a conductului auditiv; cu mult mai rar o parotidită sau o osteită supurală a ramurei ascendente a maxilarului (osteomielită, necroză prin Fosfor). Blenoragia atinge destul de des articulația temporo-maxilară. După statistica lui Finger, pe un total de 375 localizări articulare ale blenoragiei sunt 14 cazuri de artrită temporo-maxilară. Alte cauze ale artritei temporo-maxilare sunt rare; reumatismul se fixează excepțional pe această articulație (artrita a frigore a vechilor autori); artritele pseudo-reumatismale a febrilor eruptive sau a febrei tifoide sunt puțin mai frecvente. Artrita seacă se întâlnește destul de des la articulația temporo-maxilară; rar ea este izolată, de obicei sunt și alte localizări, mai des în articulația occipito-atlantoidiană. Tumora albă temporo-maxilară e excepțională, dacă eliminăm cazurile în care articulația a fost invadată secundar, printr'o tuberculoză primitivă a stânței sau a maxilarului inferior. S'a observat un caz de tuberculoză temporo-maxilară concomitent cu o tuberculoză sterno-costală. În ceia ce privește sifilisul articulației temporo-maxilare s'a descris un singur caz de Baltseffsky; care a observat la un om de 63 ani o artrită temporo-maxilară cu trosnituri, care s'a vindecat prin salvarsan și iod.

Simptome. În artrita temporo-maxilară se observă jenă în mișcările mandibulei, mișcările sunt dureroase. Se mai poate observa contractură mușchulară, care imobilizează gura în poziție de deschidere moderată; masticatia, fonafia sunt penibile. Durerea, se exagerează prin presiunea ce o facem înaintea tragusului și prin tentativele de mobilizare a maxilarului. Uneori ea iradiază către ureche și față și ia caracterul unei nevralgii. Se constată, și o ușoară tumefacție a părților moi de la nivelul articulației, iar când artrita e unilaterală, o ușoară deviație a mentonului. Artrita acută se poate termina prin rezoluție în câteva zile sau câteva săptămâni. Durerea se atenuiază maxilarul își găsește mobilitatea sa, aceasta e terminația obișnuită a artritelor reumatismale. Alteori, mai ales în artrită traumatică și în unele cazuri de artrită blenoragică, mișcările diminuează din ce în ce și afecțiunea sfârșește prin anchiloză. În fine artrita se poate termina prin supurație. Simptomele în acest caz se accentuează, pielea se înroșește, bolnavul prezintă febră. Abscesul articular se deschide înaintea tragusului sau în conductul auditiv extern, mobilitatea nu revine după evacuarea puroiului și anchiloză e aproape constantă în artritele supurate, care se observă mai ales ca o urmare a unei otite sau osteite a maxilarului sau în convalescența scarlatinei. Artrita seacă temporo-maxilară se manifestă printr'o limitare a mișcărilor și prin existența pocniturilor pe care le observă și bolnavul și care se simt ușor introducând degetul în conductul auditiv. Ea poate să sfârșească cu o anchiloză. În general artrita seacă nu e dureroasă, uneori se observă din timp în timp câte un puseu subacut cu durere și tumefacție. În artrita temporo-maxilară tuberculoasă avem dureri, tumefierea articulației, jenă în mișcări; ea duce la producerea abscesului rece, care se deschide la piele sau în conductul auditiv extern. Această artrită e acompaniată de adenită pre-auriculară, sau retro-maxilară.

Complicații. Anchiloză temporo-maxilară e o infirmitate determinată de o boală anterioară, care atinge articulația sau țesuturile periarticulare. Anchiloză temporo-maxilară congenitală e foarte rară. Ea trebuie considerată în majoritatea cazurilor ca urmare a unei artrite traumatice în urma aplicării forcepsului la naștere. Ea atinge cele două sexe într'o proporție

egală. E mai frecventă în copilărie: 80 pentru 100 de cazuri (Orlow); începe în primii ani; nici odată nu s'a văzut să apară după 40 ani. Anchiloza câștigată, succede totdeauna o artrită temporo-maxilară simplă sau supurată, deci etiologia ei e aceeași ca a artritelor. S'au observat deasemenea cazuri de Heinderich, când anchiloza a fost produsă prin dezvoltarea exagerată a apofizei coronide, care prin contact retro-malar pulca să împiedece jocul articulației.

Simptome. Anchiloza temporo-maxilară se caracterizează prin dispariția totală sau parțială a mișcărilor articulației. Ea poate fi unilaterală sau bilaterală. Bolnavul se plânge, că nu poate decât cu greu să deschidă gura sau că mișcărilor de deschidere scad progresiv. Acest simptom apare progresiv. Anchiloza poate fi permanentă sau trecătoare. Când e temporară, bolnavul poate deschide gura, însă mișcărilor sunt dureroase. Această formă se numește trismus și e transitoriu, dispărând odată cu afecțiunea, care l-a cauzat. Constricția permanentă poate fi și ea completă sau incompletă. În anchiloza completă maxilarul e complet imobil. Acest gen de anchiloză îl întâlnim în constricții permanente bilaterale, care sunt extrem de rare. În anchiloza incompletă maxilarul inferior are puțină de-a executa mișcări de un grad foarte mic care, dacă sunt făcute în limita amplitudinii, nu sunt dureroase. Mișcărilor acele mici produc o jenă funcțională importantă, ele nepermițând bolnavului să se hrănească decât cu lichide sau pireuri. Dacă anchiloza e mai accentuată, depărtarea între cele două maxilare e mică de 1—2 cm.; tulburările funcționale în acest caz devin mai grave. Alimentația devine dificilă și se va face printr'o sondă ce se introduce în gură fie prin spațiul dintre arcadele dentare, fie printr'o spărtură rezultată din scoaterea unui sau mai multor dinți. Uneori sonda se introduce prin fosele nasale. Masticția e imposibilă, alimentele nu pot fi zdrobite decât între limbă și vălul palatului. Vorbirea deasemenea e jenată și pronunțarea literilor „p“, „d“ și „s“ e tulburată. Respirația se face pe nas, dar la prima cauză, aerul ne mai putând trece prin fosele nasale, bolnavul se asfixiază, sau îi este extrem de greu de-a respira. Dacă dintr'o cauză oarecare bolnavul vomitează, materiile venite din stomac, cu greu își găsesc o

ieșire așa că ele au tendința de-a pătrunde în căile aeriene, unde pot provoca o asfixie mortală. Jena în mișcările limbii, dificultățile de masticație și de diglutiție produc o stagnare a resturilor alimentare în gură. Pe de altă parte dinții neputând fi curățiți, mediul bucal devine de-o septicitate extraordinară și poate da limfangite și adeno-flegmoane. Când această complicație survine în copilărie sau dacă anchiloza e osoasă, propriu zisă, maxilarul inferior nu se mai desovlă normal. Vom avea o atrofie a acestui os mai accentuată de partea imobilizată, rezultă rețracția mentonului, care dă bolnavului un aspect caracteristic de — profil de pasăre.

S'a atribuit această atrofie a maxilarului neactivității funcționale și tulburărilor trofice, este de remarcă, că ea a diminuat uneori după ce operația a redat maxilarului mișcările sale. Starea generală a bolnavului datorită tulburărilor de alimentație se alterează.

Anatomic patologică. În artrita seacă, suprafețele articulare sunt deformatе; cavitatea glenoidă e ștearsă, condilul maxilarului e distrus sau altă dată hipertrofiat prin osteofite; meniscul articular e dispărut. Întâlnim adeseori corpi străini liberi în articulație și grămezi osoase periferice în grosimea capsulei. În general orice alterație a unei articulații aduce după sine imputența funcțională, anchiloza, în caz de artrită seacă anchiloza e rară, ea e produsă de excrescențe osoase periferice, e incompletă, lăsând oarecare mobilitate articulației.

În cea mai mare parte vom avea de-a face cu o anchiloză osoasă prin fuziune. În asemenea cazuri se observă o îngroșare și o duritate mare a osului; o dispariție completă a cartilajului, astfel încât găsim o sinostoză între condil și temporal și între osul malar și apofiza coronoidă. În unele cazuri de fractură a maxilarului, calusul exuberent poate fi cauza unei anchiloze. Acest gen de anchiloză osoasă e cel mai frecvent în clinicile chirurgicale.

Diagnostic. Trebuie să vedem dacă e vorba de-o anchiloză permanentă sau pasageră și apoi varietatea anchilozei. În caz de anchiloză de natură articulară vom lua antecedentele bolnavului, căutăm să vedem dacă a suferit de boli infecțioase. Prin palpare vom constata modificări ale suprafețelor articulare,

câte odată existența de masse exuberante osoase, sudând partea superioară a ramurei ascendente a maxilarului la arcada zigomatică. Se pune întrebarea, dacă aderențele sunt fibroase, cartilaginoase sau osoase. Când aderențele sunt fibroase, intra-articulare, ele permit articulației puține mișcări care pot fi mai mari în cloroformizare. Când aderențele sunt articulare sau periarticulare, putem comunica maxilarului oarecari mișcări de rotație și chiar de scoborîre. În anchiloză osoasă sau cartilaginoasă imobilizarea maxilarului e completă și absolută. Diagnosticul părții atinse este câte odată dificil. Nu întotdeauna asimetria feței e un semn constant al anchilozei unilaterale. Explorație bucală poate fi negativă. Examenul cu deschizătorul gurii ne dă bune indicații, putând obține o îndepărtare de 2—3 cm, între arcade. Prin palparea articulației prin conductul auditiv extern ne putem da seama de cele mai ușoare mișcări ale ei. Kirmison insistă asupra existenței constante de mișcări mici de diducție și lateralitate de partea sănătoasă în anchiloză unilaterală. În cazuri dificile recurgem la un examen radiografic, preferabil fiind radiografia stereoscopă sau cel puțin întrebuințarea de radiografii făcute sub două incidente perpendiculare. În asemenea cazuri nu trebuie să examinăm numai articulația propriu zisă, ci toată partea superioară a ramurei ascendente a maxilarului.

Prognosticul artritelor temporo-maxilare, e agravat prin producerea frecventă a anchilozei. Prognosticul anchilozelor variază cu etiologia lor. Cele osase, acele, care succed blenoragiei sau osteomielitei din vecinătate sunt cele mai grave. Anchilozele traumatice singure prezintă cazuri relativ favorabile după intervenție.

Tratamentul

În caz de artrite simple, repaus, revulsive; nu trebuie să prelungim prea mult imobilizarea, când dispar durerile, trebuie să instituim mișcări treptate articulației. În artrită supurată se impune artrotomia. Să nu uităm tratamentul cauzal. Tratamentul anchilozei temporo-maxilare trebuie să se conformeze următoarelor indicații: să îndepărteze toate obstacolele care împiedică deschiderea gurii, odată aceste obstacole îndepărtate și gura deschisă să menținem mobilitatea neo-artrozei. În general, tratamentul anchilozei temporo-maxilare e de două feluri; mecanic, care se face prin dilatare progresivă și metodică și al doilea prin tratamentul operator. Până la mijlocul secolului al XIX-lea medicii se mulțumeau cu tratamente paleative, care constau fie în incizii pe gingii și cataplasme, fie prin smulgerea unui sau mai multor dinți, producând astfel o deschidere între maxilare.

Berard, recomandă secționarea gâtului condilului maxilarului inferior cu ferestrăul așa că se formeze o pseudo-artroză.

Richet indică deasemenea secționarea gâtului condilului. El face o incizie de 4 cm, lungime, de la marginea anterioară a conductului auditiv de deasupra arcadei zigomatice. După incizie și îndepărtarea părților moi, face deperiostarea, începând de sus în jos, trece apoi ferestrăul lanț în jurul gâtului deperiostat și-l secționează.

Procedeu lui Diefenbach se bazează, pe secționarea părții superioare a ramurei ascendente a maxilarului, pe care o practicăm după secțiunea prealabilă a celor doi maseți. Această operație e grea și trebuie condusă prin interiorul gurii.

Esmarch are un procedeu, care se bazează pe principiul

de-a transporta centrul mișcărilor osului, dincolo de obstacol prin osteotomie făcută înaintea maseterului. Se face o incizie de 3—4 cm. dealungul marginii inferioare a maxilarului care, corespunde prin partea sa mijlocie marginii anterioară a maseterului. Această incizie se face până la os. Se detașează periostul cu răzușa de pe cele două fețe a maxilarului și se scot dinți corespunzători, dacă e posibil. După secționarea părților moi, se fac două trăsături paralele cu ferstrăul și cu osteotomul se ridică un segment de os trapezoid. Iocmai de la mijlocul ramurei ascendente a maxilarului inferior se închide gura și mobilitatea maxilarului e obținută. El acopere segmentele osoase cu gutapercă pe când Rizzoli cu vală. Aceste operații sunt foarte mutilante. Ele deși dau o deschidere suficientă a gurii, însă nu pot da din punct de vedere al masticației decât un rezultat mediocru. Din cauza neo-artrozei există doi centri de mișcare, cari nu sunt situați pe același ax transversal, așa că mușchii nu acționează decât pe jumătate de maxilar.

Toate aceste operații sunt făcute la distanță. Sunt și operații ce se fac în vecinătatea articulației anchilozate. Procedeu Bassini. El face o incizie ușor curbă cu convexitatea anteroinferioară pentru a evita ramurile nervoase a regiunii. Incizia începe la nivelul extremității externe a rădăcinii transverse a arcadei zigomatice, descinde la partea inferioară a lobului urechii și merge pe urmă orizontal înapoi. Pentru secționarea osoasă nu întrebuițează ferstrăul ci cu trepanul construit de el și după ce perforază gâtul, ridică restul cu o mică pensă.

Koenig, în procedeuul său face o incizie dealungul marginii inferioare a arcadei zigomatice pe o întindere de 3 cm. Ridică părțile moi, periostul și merge până la os. De la mijlocul acestei incizii aface o a doua de 2 cm. dirijată în jos și perpendicular pe cea dintâi. Această incizie nu interesează decât pielea și mușchii. Așa se degajează fața interioară a articulației puțin câte puțin procedând întotdeauna de sus în jos pentru a nu leza vasele și nervii. Osul se răzue pe părțile mai profunde pentru a nu leza artera maxilară internă.

Farabeuf—Zipfel face o incizie mică, la început superficială, care se coboară de la nivelul rădăcinii zigomatice în jos. Se acordează puțin extremitatea superioară, încizând dealun-

gul arcadei. După ce îndepărtăm totul cu un îndepărlător atât deasupra cât și de desuptul gâtului condilului, incizăm ligamentul și periostul și cu o răzușe curbă denudăm bine periostul. După aceia trecem ferstrăul lanț și tăiem gâtul condilului.

Toate procedeele operatorii descrise până acum, constau în rezecții făcute la diferite puncte a maxilarului inferior și toate sunt urmate de recidive. Acest motiv, a determinat pe chirurgii să completeze aceste operațiuni prin interpuneri între secțiuni de țesut aponevrotic, mușchiular, corpi străini, pentru a nu mai fi urmate de recidivă. Primul, care a interpus între secțiuni țesut mușchiular și anume un lambru din temporal, a fost Helperich.

Miculicz interpune un lamboru din maseter, iar Dr. I. Jianu interpune un lambrou din sterno-cleido-mastoidian.

Rochei nu descopere anchiloza propriu zisă, ci ramura ascendentă a maxilarului printr'o incizie inapoi a marginii posterioară a osului până în vecinătatea unghiului. Se desinseră de jos în sus maseterul și pterigoidianul intern; se rezecă o bandă osoasă a ramurei ascendente lată de 2 cm. cel puțin. Se dedublează apoi mușchiul maseter; jumătatea internă este angajată între cele două fragmente osoase, jumătatea externă e reapplicată pe fața externă a mandibulei. Hugier propune să se sutureze atunci marginea liberă la extremitatea inferioară a pterigoidianului intern de desuptul unghiului maxilar în locul unde acești mușchi se inseră normal, constituind astfel o centură cleavtrice. Acest procedeu e mai ușor ca precedentele. În ultimul timp Dufourmantel abordează articulația printr'o incizie în „V” pentru a evita facialul, face la nivelul vechi linii interarticulare, o simplă osteotomie liniară curbilinie cu concavitatea dirijată în jos și înainte, care reconstitue un cordil maxilar evitând orice disechilibru mandibular în sens antero-posterior, coaptându-se perfect cele două noi suprafețe osoase. Rezultatul funcțional este asigurat printr'o mobilizare protetică continuă și prelungită mult timp. Pentru mobilizare se întrebuințează aparatul lui Darcissac. Principiul metodei e următorul: aparatul ia punct de sprijin pe arcadele dentare și ține gura deschisă grație unei tracțiuni elastice, suficientă pentru a opune rezistență contra trismusului mușchilor masticatori, in-

suficient însă pentru a lucra contra contracției voluntare. Grație reflexului secretorie, care e exagerat prin portul aparatului și deschiderea prelungită a gurei, saliva se acumulează și pterigoidianul nu o lasă să se scurgă în afară, bolnavul e obligat să execute o mișcare de deglutiție, care necesită închiderea gurii și imediat ce contracția mușchilor încetează, maxilarul e redus în poziția sa de coborâre. Dr. Ion Jianu prin procedeul său ne pune la adăpost de-a teza elementele anatomice înclavate în țesutul fibros cicatricial, datorit inflamațiunei.

Timpul I. Incizie verticală curvilinie a tegumentelor, pornind de la zigoma și până la unghiul maxilarului inferior.

Timpul II. Pornind de jos în sus, de la extremitatea inferioară a inciziei verticale ce seboară până la gonion, se secționează o parte din inserția maseterului și descoperindu-se unghiul maxilarului, se deperiostează ramura ascendentă a maxilarului se îndepărtează astfel în masă până în vecinătatea condiliului toate straturile preosoase în care caz se respectă toate ramurile nervului facial.

Timpul III. Cu pensa gruje mușcând din aproape în aproape, ferind straturile dinapoi a osului în care traversează artera maxilară internă, se extirpă baza de implantație a colului condilului și în cele din urmă, acesta e smuls cu condilul cu tot. Încercând în acest timp deschiderea gurei și având încă o poziție netă, se rezecă și apofiza coronoidă și astfel se obține o depărtare de 3—4 laturi de deget între arcadele dentare. Timpul IV. Sutura tegumentelor cu fire de in, drenaj filiform, înaintea tragusului. De a doua zi de la operație se obligă bolnavul să facă mișcări de deschidere a gurei și să poarte între timp între arcadele dentare, un dop de plută de dimensiuni progresiv crescânde.

După intervenție în caz de anchiloză temporo-maxilară trebuie să se facă dilatări pentru ca rezultatul să fie durabil. Aparatele întrebunțate în acest scop lucrează brusc și pe un număr limitat de dinți. Acțiunea lor nu e continuă, ele lucrează numai în momentul când învârtim șurubul. În acest mod putem forța prea brusc, putând avea diferite accidente, fracturi dentare sau maxilare. Aceste aparate nu pot urmări eventualele relaxări ale constricției ce se produc în diferite mo-

mente (somm). In clinica stomatologică din Cluj se întrebuintează un aparat, care produce o dilatare continuă progresivă, astfel nu rămâne neexplorată nici-o relaxare survenită. E mai ușor suportat de bolnav, fiindcă nu e forțat să stea cu gura imobilizată într-o anumită poziție. Prezintă și o stabilitate mai mare, nu cade din gură dacă se produc relaxării.

Confecționarea acestui aparat se poate face de la caz la caz. El se face în felul următor: Se iau amprentele arcadelor dentare, cu ajutorul unei lamele de ceară groasă de 2 mm, pe care o introducem între cele două arcade dentare. Amprețele se iau numai de partea unde vom să acționeze aparatul. Deși anchiloza e uneori pronunțată totuși putem găsi un spațiu de 1—2 mm, pe care-l putem forța pentru a introduce lamela.

Din negative vom construi din gips pozitive, pe care vom modela 2 plăci metalice. Plăcile formează cele două brațe rezistente ale pârgheii cu punct de sprijin între forță și rezistență. Pe brațele forței, se aplică un inel puternic de gumă elastică. Aparatul în totul are forma unui clește. El se aplică în felul următor:

După o prealabilă dilatare cu un dilatator obișnuit, dacă nu există spațiu necesar introducerii aparatului, se introduce aparatul, dacă am obținut între arcade la nivelul molarilor un spațiu de 4—5 mm. Extremitatea distală a plăcii se face dreaptă căci astfel introducerea se face mai ușor. Aparatul introdus, fixăm pe brațele forței un inel de gumă a cărui forță va depinde de elasticitatea materialului și de grosimea inelului, putându-o mări după necesitate. Brațele forței și ale rezistenței sunt aproximativ egale. De oarece aparatul a prezentat, câteva inconveniente, i s'au adus modificările următoare. Lamele metalice nu se mai sudează de brațele de rezistență, ci printr'un dispozitiv lateral se articulează cu brațele aparatului păstrându-și mobilitatea, așa că rămân aplicate pe dinți, iar forța se repartizează egal pe toată suprafața lor. Brațele forței trebuie construite de 2 ori mai lungi ca ale rezistenței.

Plăcile au fost turnate din Randolf, iar brațele și dispozitivele laterale din oțel neoxidabil. Plăcile metalice, uneori când sunt mici, diferențe de amprente, se pot întrebuinta la mai mulți bolnavi, sau ele sunt turnate după mulaje individuale și se pot fixa în locul plăcilor de la un aparat deja folosit.

Cazuri clinice

I. S. O. de 40 ani, din Turda, vine la Clinica Stomatologică cu un flegmon difuz în regiunea unghiulară dreaptă. La radiografie se constată o extracție incompletă a molarului, III. inferior stâng cu semne de periodontită. Se îndepărtează, dintele cauzal și a doua zi, se constată o extindere a procesului inflamator în spre fosa temporală cu un edem foarte pronunțat al pleoapelor, bolnavul nu poate să deschidă ochiul stâng. El mai acuză dureri în articulația temporo-maxilară stângă.

A avut frison și ascensiune termică (40,2). Se face tratamentul local al plagii; tratamentul general se face cu septicemică electrargol, oleu camforat. La ochi se aplică tot timpul comprese cu acid boric.

Starea generală proastă și procesul inflamator durează 4—5 zile după care toate fenomenele încep să cedeze.

Rămâne un trismus pronunțat, care e tratat prin dilatării lente și progresive completate cu diatermie.

C. V. gr. cat. de 35 ani, căsătorită, casnică.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. Neagă maldii infecto-contagioase. Menstruată la 16 ani. A avut două nașteri, ambii copii trăiesc și sunt sănătoși.

Boala actuală. În 1934 bolnava a prezentat un trismus a maxilarului inferior, care o împedeca să-și deschidă gura. Această stare a durat 3 săptămâni, apoi nu a mai avut nici-un simptom. În acelaș an la Crăciun, i-a apărut o durere în toată jumătatea dreaptă a maxilarului inferior, mai ales la nivelul unghiului. Apoi a observat prezența unei tumori pe marginea inferioară a unghiului. Această tumoră îi cauzează dureri.

Subiectiv. Prezintă durere spontană sub formă de junghiu și imposibilitatea de-a deschide gura.

Examen local. La inspecție se observă o tumefiere a unghiului și a ramurei ascendente a maxilarului inferior drept. Palpare; la nivelul unghiului se simte o deformare de mărimea unei alune, iar pe fața externă a ramurei ascendente se constată o tumoră puțin dură, dar nedureroasă.

Trat. preoperator. Ligatura carotidei externe.

Bolnava e operată în 22 Mai 1935, i se face rezecția porțiunii unghiulare a maxilarului inferior drept. Părăsește clinica la 1 Iulie vindecată.



CONCLUZII

1. Artrita temporo-maxilară e o afecțiune rară, relativ mai frecventă la copii, fiind o complicație a bolilor infecțioase.

2. Artritele de natură specifică, tuberculoase sau sifilitice sunt foarte rare.

3. Prognosticul ei este grav, căci terminându-se adesea prin anchiloză, va da tulburări în dezvoltarea maxilarului inferior.

4. Prevenirea anchilozei se face prin mobilizare cât mai precise a articulației.

5. În anchilozele fibroase se poate încerca dilatarea progresivă cu diferite aparate, iar în anchilozele osoase numai tratamentul chirurgical mai poate da rezultate. Atât în anchilozele fibroase, cât și după intervenția chirurgicală în cele osoase, menținerea rezultatului operator se face prin aparatul Profesorului Dr. I. Aleman, care fiind un sistem de pârghii, ne permite să gradăm după dorință forța aplicată și mărimea deschiderii. Tratamentul precoce cu acest aparat poate să împiedice evoluția atât de gravă a unei afecțiuni mutilante prin urmările ei.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. I. MOLDOVAN.

(ss.) Prof. Dr. I. ALEMAN.

BIBLIOGRAFIA

1. Précis de pathologie chirurgical. Tome II, par H. Bourgeois, Ch. Lenormant, R. Pronst et R. Soupault.
2. Semiologie des affections de la bouche et des dents. Dr. Charles Ruppe.
3. Tratat elementar de anatomie descriptivă și tipografice. Dr. V. Papilian.
4. Contribution a l'etude de l'articulation temporo-maxillaire. Julie Oeconomos. Thèse.
5. O nouă contribuție în tratamentul anchilozelor temporo-maxilare. Emanoil Manea. Teză.
6. Revista stomatologică. Anul V, No. 3. Noiembrie 1934.
7. Rezection de la machoire inferioare. Précis de manual opératoire Louis Parabeuf.
8. Traité de chirurgie dentaire. Ch. Tomes.
9. Die operative chirurgie. Dieffenbach.
10. Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. Dufourmantel.