

ANATOMIA TOPOGRAFICĂ A CAPULUI

Capul este delimitat de gât prin linia care pornește de la proeminența mentonieră (*protuberantia mentalis*), continuă pe baza și ramura mandibulei (*basis et ramus mandibulae*) pînă la conductul auditiv extern. Mai departe conturează vîrfurile apofizei mastoide, continuă pe linia nucală superioară (*linea nuchae superior*) și ajunge pînă la proeminența occipitală externă (*protuberantia occipitalis externis*) sau la inion – cel mai prominent punct al acesteia, unde se unește cu aceeași linie din partea opusă.

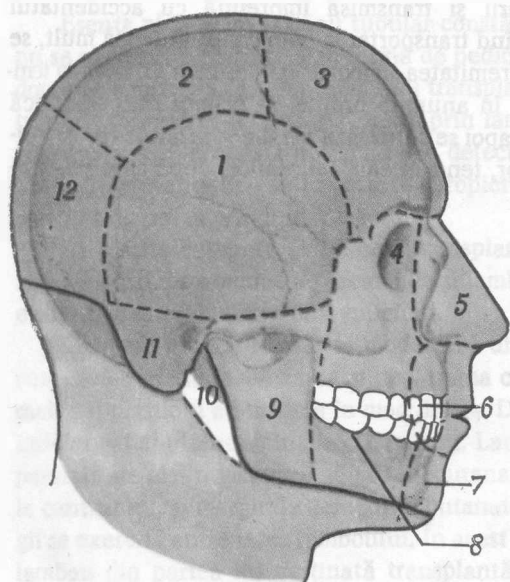


Fig. 20. Regiunile capului:

1 – reg. temporalis; 2 – reg. parietalis; 3 – reg. frontalis; 4 – reg. orbitalis; 5 – reg. nasalis; 6 – reg. orallis; 7 – reg. mentalis; 8 – reg. buccalis; 9 – reg. parotideomasseterica; 10 – fossa retromandibularis; 11 – reg. mastoidea; 12 – reg. occipitalis.

Porțiunea cerebrală e reprezentată în culoare roz, cea facială – în albăstrie, regiunea cervicală – în galben.

Dimensiunile. Lungimea capului (dimensiunea anteroposterioară) – distanța de la glabelă pînă la inion – constituie 17–22 cm. Lățimea capului – distanța dintre protuberantele temporale – variază în limitele 14–16 cm. Înălțimea capului – distanța de la mijlocul marginii anterioare a orificiului mare occipital (*basion*) pînă la punctul cel mai înalt al suturii sagitale. Această dimensiune echivalează cu 12–16 cm. Circumferința capului – linia trasată pe marginile supraorbitale și prin protuberanța occipitală externă – în medie este egală cu 54–58 cm.

Forma capului este condiționată de forma craniului. În dependență de raportul dintre dimensiunile transversale și longitudinale deosebim o formă dolicocefalică (cap lung – cînd predomină diametrul longitudinal – anterooccipital), o formă brahicefalică (cap lat și scurt – cînd predomină în deosebi dimensiunile transversale) și o formă mezocefalică (cap cu dimensiunile medii). În dependență de mărimea dimensiunilor verticale ale craniului, deosebim următoarele forme: înalt – hipsicefalic (craniu în formă de turn), scurt – platicefalic și craniu cu dimensiuni medii – ortocefalic. Craniul, de obicei, este asimetric, jumătatea din dreapta fiind puțin mai bine dezvoltată.

Diferențele de vîrstă în conformația și dimensiunile capului sînt bine pronunțate. Așa, la nou-născut dimensiunile capului, comparativ cu cele ale trunchiului, sînt de două ori mai mari ca la adulți. Circumferința capului depășește circumferința trunchiului. Se evidențiază tuberculii frontali, însă aproape că lipsesc arcadele supraorbitale. Porțiunea cerebrală este mai bine dezvoltată decît cea facială.

O mare parte din oasele craniului nou-născutului și ale copiilor pînă la un an nu sînt unite prin suturi, fisurile între ele fiind umplute cu țesut conjunctiv. De exemplu, în locurile de unire a osului frontal cu cele parietale și a celor parietale cu occipital apar niște zone lipsite de os – fontanelele craniului (*fonticuli cranii*).

Regiunea capului se împarte în două compartimente – cerebrală și facială (fig. 20).

Baza scheletică a porțiunii cerebrale o constituie craniul cerebral (*cranium cerebrale*, s. *neurocranium*), iar baza porțiunii faciale – craniul facial sau visceral (*cranium viscerale*).

PORȚIUNEA CEREBRALĂ A CAPULUI

Porțiunea cerebrală a capului este delimitată de cea facială prin linia care trece pe marginea supraorbitală a osului frontal, pe marginea superioară a arcadei osului zigomatic și mai departe spre orificiul extern al conductului auditiv. În componența craniului cerebral distingem baza (*basis cranii*) și bolta (*calvaria*). Pe suprafața laterală a porțiunii cerebrale a capului deosebim următoarele regiuni: regiunea impară frontoparietooccipitală (*regio frontoparietooccipitalis*), regiunile pare temporală (*regio temporalis*) și mastoidiană (*regio mastoidea*) (fig. 20).

Regiunea frontoparietooccipitală

(*regio frontoparietooccipitalis*)

Limitările regiunii corespund limitelor regiunilor frontală, temporală și occipitală ale bolții craniene. Anterior ea este delimitată de marginea supraorbitală a osului frontal, posterior – de linia nucală superioară, părțile laterale – de linia temporală superioară (*linia temporalis superior*).

Straturile regiunii frontoparietooccipitale sînt indicate în fig. 21.

Pielea este densă, acoperită cu păr, conține un număr mare de glande sudoripare și sebacee. În caz de obstrucție a canalului de scurgere al glandelor sebacee, pot să se formeze chisturi de retenție – ateroame.

Țesutul subcutanat este bine dezvoltat, străbătut și divizat în celule separate de numeroase septuri conjunctive, care pornesc de la piele spre stratul subiacent – calota aponevrotică. La aceste septuri aderă și tunica adventițială (adventiția) a vaselor sanguine, care trec prin țesutul celuloadipos subcutanat. Acest fapt condiționează hemoragii abundente în caz de leziuni traumatiche ale țesuturilor moi, deoarece vasele capului rămîn larg deschise.

Hematoamele formate, în aceste cazuri, sînt pronunțat limitate și țezite în afară. Calota aponevrotică (aponevroza epicraniană) – *galea aponeurotica* (*aponeurosis epicranialis*) – reprezintă o placă aponevrotică, situată între venterul frontal și cel occipital ale mușchiului occipitofrontal (*m. occipitofrontalis*) și bine reliefat în porțiunea medie a regiunii. În părțile laterale, din stînga și din dreapta, aponevroza devine esențial mai subțire și continuă cu fascia superficială a regiunii temporale. Pielea, țesutul subcutanat și calota aponevrotică sînt strîns legate între ele prin intermediul septurilor conjunctive verticale, fapt ce nu ne permite de a lua pielea în pliuri. În caz de leziuni ale pielii și ale *m. occipitofrontalis* în regiunea frontală, toate trei straturi – pielea,

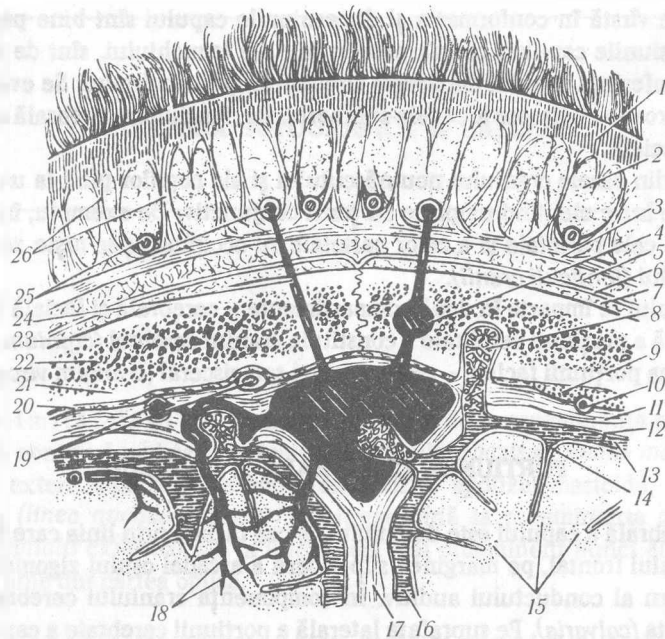


Fig. 21. Straturile regiunii frontoparietooccipitale (secțiune frontală):

1 — pielea; 2 — țesutul subcutanat; 3 — calota aponevrotică; 4 — vena diploică; 5 — țesutul celular subaponevrotic; 6 — periostul; 7 — țesutul celular subperiostal; 8 — granulațiile arahnoidiene; 9 — osul temporal; 10 — artera meningee medie; 11 — dura mater; 12 — arahnoida; 13 — lichidul cefalorahidian în spațiul subarahnoidian; 14 — pia mater; 15 — scoarța emisferelor cerebrale; 16 — spațiul subarahnoidian; 17 — coasa creierului; 18 — venele creierului; 19 — artera și vena meningee; 20 — spațiul epidural; 21 — lamela internă a osului temporal; 22 — substanța spongioasă a osului; 23 — lamela externă a osului temporal; 24 — vena emisară; 25 — vase arteriale și venoase subcutanate; 26 — septuri conjunctive

țesutul subcutanat și aponevroza — se deplasează în posterior, în caz de traumatizare a pielii și a venterului occipital, țesuturile se deplasează în anterior. Astfel de plăgi caracteristice bolții craniene se numesc răni prin scalpare.

Sub aponevroza epicraniană se găsește un strat de țesut subțire lax, lipsit de septuri. Apariția unor procese purulente sau hematoame în acest strat poartă un caracter difuz.

Periostul aderă lax de oasele craniului cu excepția suturilor osoase, unde periostul este reunit solid cu oasele respective și se desprinde cu greu.

Țesutul celular subperiostal este relativ bine evidențiat, ceea ce face ca periostul să fie ușor decolat de os. Aici, de asemenea, pot fi posibile colecții purulente subperiostale, care, de obicei, au o răspîndire în limitele unui os, întrucît periostul, aderînd de suturi, nu-i permite să se răspîndească.

Oasele bolții craniene, fiind plate, sînt formate din lama externă (*lamina externa*) și cea internă (*lamina interna*), între care este situată substanța spongioasă diploea (*diploe*). Lamele sînt încovoiate astfel încît cea internă (mai subțire și fragilă) are o rază de curbură mai mică. Ea mai poartă denumirea de lamă vitroasă (*lamina vitrea*) și poate fi lezată în traumatisme mai înainte decît lama externă.

Substanța spongioasă a oaselor regiunii este bine pronunțată și conține *vv. diploicae*. La nou-născuți ea lipsește și venele respective se dezvoltă mai târziu, de la 2-5 ani. Grosimea oaselor diferă în dependență de regiune: de-a lungul liniei sagitale a bolții craniene constituie pînă la 0,5 cm, iar în părțile laterale ea se subție pînă la 2 mm. Grosimea totală a straturilor capului la nou-născuți constituie 2-3 mm, la 25 de ani atinge 5-6 mm.

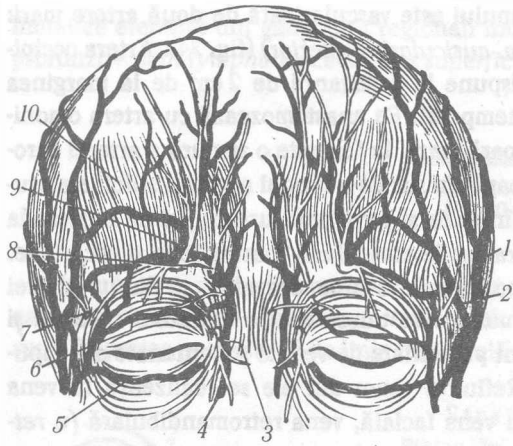


Fig. 22. Arterele și nervii regiunii frontale:

1 - r. parietalis a. temporalis superficialis; 2 - r. frontalis a. temporalis superficialis; 3 - n. infratrochlearis; 4 - a. angularis; 5 - arcus palpebralis inferior; 6 - arcus palpebralis superior; 7 - n. lacrimalis; 8 - n. et. a. supratrochlearis; 9 - n. et a. supraorbitalis; 10 - m. occipitofrontalis

temporală medie, facială transversală, zigomaticoorbitală) care anastomozează între ele, alimentând cu sânge regiunile corespunzătoare. Regiunea temporală este irigată și de arterele temporale profunde (aa. temporales profundae), care-și iau originea din artera maxilară (a. maxillaris).

Vascularizația arterială. Vasele sanguine ale regiunii sînt situate în țesutul subcutanat, orientate de jos în sus și au o direcție radială. Porțiunea anterioară a capului (regiunea frontală) este vascularizată de arterele supraorbitală (a. supraorbitalis) și supra-trohleară (a. supratrochlearis) (fig. 22) care pornesc din artera oftalmică (a. ophthalmica) a sistemului arterei carotide interne. Toate aceste ramuri anastomozează larg între ele, la fel și cu artera angulară (a. angularis), care vine din artera facială, cu ramurile frontale ale arterei temporale superficiale (a. temporalis superficialis), care alimentează cu sânge porțiunile laterale (regiunile temporale) ale capului (fig. 23). Această arteră este ramura terminală a arterei carotide externe. Se amplasează anterior de tragusul urechii la o distanță de lățimea unui deget, unde se poate palpa pulsația ei. Artera temporală superficială dă naștere și la alte ramuri (parietală, auriculare anterioare, parotidiene,

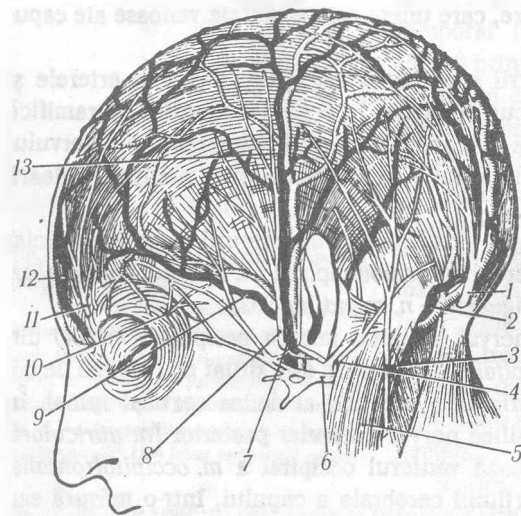


Fig. 23. Vasele și nervii regiunii temporale:

1 - n. occipitalis major; 2 - a. occipitalis; 3 - n. occipitalis minor; 4 - n. auricularis posterior; 5 - m. sternocleidomastoideus; 6 - n. facialis; 7 - a. et n. temporalis superficialis; 8 - n. auriculo-temporalis; 9 - r. frontalis a. temporalis superficialis; 10 - n. lacrimalis; 11 - n. supraorbitalis; 12 - a. supraorbitalis; 13 - r. parietalis a. temporalis superficialis

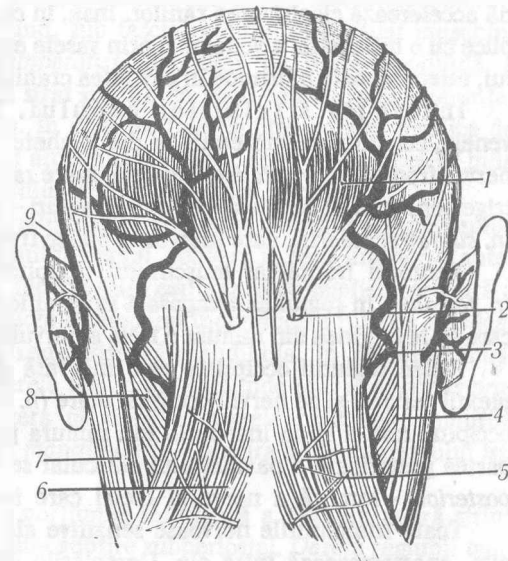


Fig. 24. Vasele și nervii regiunii occipitale:

1 - m. occipitalis; 2 - n. occipitalis major; 3 - a. occipitalis; 4 - n. occipitalis minor; 5 - rr. dorsales (posteriores) nn. spinales; 6 - m. trapezius; 7 - m. sternocleidomastoideus; 8 - m. splenius; 9 - a. auricularis posterior

Regiunea occipitală a porțiunii cerebrale a capului este vascularizată de două artere mari: occipitală (*a. occipitalis*) și auriculară posterioară (*a. auricularis posterior*) (fig. 24). Artera occipitală începe de la artera carotidă externă și se dispune la o distanță de 2 cm de la marginea posterioară a apofizei mastoide a piramidei osului temporal. Ea anastomozează cu artera omonimă din partea opusă și cu artera auriculară posterioară, care, la fel, este o ramură a arterei carotide externe. Artera auriculară posterioară se îndreaptă în sus de-a lungul apofizei stiloide a osului temporal, spre apofiza mastoidă, deplasându-se între ea și pavilionul urechii, și dă naștere la arterele stilomastoidiană și timpanică posterioară, ramurile auriculară, mastoidiene și occipitale.

Sistemul venos al regiunii frontoparietooccipitale e bine dezvoltat și dispus în trei etaje. Între venele acestor etaje sînt multe anastomoze, care unesc venele craniului cerebral și ale celui facial. Venele superficiale (*etajul III*) sînt prezentate de venele subcutanate ale capului, care însoțesc arterele omonime sus-numite. Refluxul venos din ele se realizează în vena jugulară internă (*v. jugularis interna*) și parțial în vena facială, vena retromandibulară (*v. retromandibularis*) și în vena jugulară externă (*v. jugularis externa*).

Etajul al doilea îl constituie venele diploice, dispuse în substanța spongioasă a oaselor plate ale craniului. Pînă la osificarea suturilor, venele diploice sînt slab pronunțate și răspîndite în limitele unui os.

Etajul al treilea este prezentat de sinusurile venoase intracraniene ale durei mater a creierului. Toate aceste trei etaje comunică între ele prin intermediul venelor emisare (*vv. emissariae*). Cele mai mari dintre venele emisare sînt localizate în regiunile occipitală, temporală și mastoidiană, care trec prin mici orificii osoase. Apariția și dezvoltarea proceselor purulente în regiunea capului prezintă un pericol din cauza antrenării în procesul inflamator a venelor subcutanate, diploice, sinusurilor, meningelor și tromboza ulterioară a sinusurilor venoase.

Vascularizarea arterială abundentă a capului din sistemul arterelor carotide externă și internă accelerează cicatrizarea rănilor. Însă, în caz de infecție purulentă, procesul poate să se complice cu o inflamație a venelor și prin vasele emisare, care unesc cele trei etaje venoase ale capului, infecția poate pătrunde în cavitatea craniului.

Inervația straturilor capului. Nervii superficiali ai capului însoțesc arterele și venele, constituind împreună cu ele pachete vasculonervoase. În regiunea frontală se ramifică nervul frontal (*n. frontalis*) – cea mai mare ramură a *n. ophthalmicus* – prima ramură a nervului trigemen. Aici el se divide în două ramuri – supraorbitală (*n. supraorbitalis*) și supratrohleară (*n. supratrochlearis*), care inervează pielea frunții.

Venterul frontal al mușchiului occipitofrontal este inervat de ramurile nervului facial (*n. facialis*). În regiunea temporală se ramifică nervul auriculotemporal (*n. auriculotemporalis*), care își ia originea din ramura a treia a nervului trigemen – *n. mandibularis*.

Pielea regiunii occipitale este inervată de nervul occipital mic (*n. occipitalis minor*) din plexul cervical și de nervul occipital mare (*n. occipitalis major*), care este situat mai medial de cel occipital mic și își ia începutul din ramura posterioară a nervului al doilea cervical spinal. În partea posterioară a pavilionului auricular se ramifică nervul auricular posterior (*n. auricularis posterior*) – ramură a nervului facial care inervează venterul occipital a *m. occipitofrontalis*.

Toate trunchiurile nervoase senzitive ale porțiunii cerebrale a capului, într-o măsură sau alta, anastomozează între ele. Dereglările grave ale inervației țesuturilor capului prelungesc cicatrizarea plăgilor.

Circulația limfatică eferentă din formațiunile superficiale ale capului se produce în ganglionii limfatici, localizați anterior de pavilionul auricular (*nodi lymphatici parotidei superficiales et profundi*), din regiunile medii – în ganglionii limfatici retroauriculari (*nodi lymphatici retroauriculares*). Din regiunea occipitală limfa nimerește în *nodi lymphatici occipitales*. Vasele

limi
pro:

oar
sus

Fig.
(secți

teralis
fascia
6 – m
superf
lla; 10
culote

de o
pora
subs
regii
fața
(a. n
de h

limfatice eferente din ganglionii regionali indicați se varsă în ganglionii cervicali superficiali și profunzi – *nodi lymphatici cervicales superficiales et profundi*.

Regiunea temporală

(*regio temporalis*)

Limitele regiunii temporale corespund extinderii mușchiului temporal. În partea anterioară este limitată de apofiza frontală a osului zigomatic, în cea de jos de arcada zigomatică, în sus și în partea posterioară de linia temporală superioară – *linia temporalis superior*.

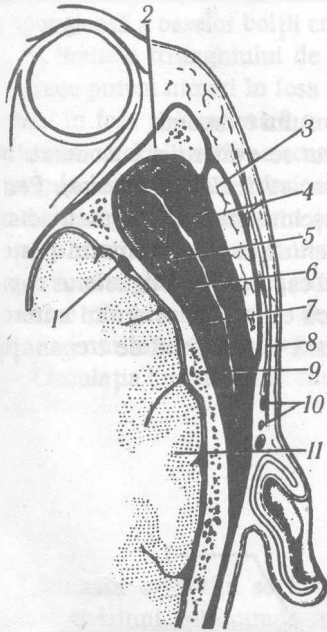


Fig. 25. Straturile regiunii temporale (secțiune orizontală):

1 – *a. meningea media*; 2 – *partes lateralis orbitae*; 3 – *panniculus adiposus*; 4 – *fascia temporalis*; 5 – *a. temporalis profunda*; 6 – *m. temporalis*; 7 – *periosteum*; 8 – *fascia superficialis*; 9 – *pars squamosa ossis temporalis*; 10 – *a. temporalis superficialis et n. auriculotemporalis*; 11 – *lobus temporalis cerebri*

Straturile regiunii temporale sînt indicate în fig. 25. Pielea în porțiunea anterioară a regiunii este subțire și mobilă, în cea posterioară – mai consistentă. Țesutul subcutanat este slab pronunțat. *Fascia superficială* reprezintă o continuare a aponevrozei epicraniene, care coboară în jos în formă de foiță subțiată. Apoi urmează *fascia proprie (fascia temporalis)* – placă aponevrotică densă. Ea începe de la linia temporală superioară, se dedublează în porțiunea inferioară în două foițe (superficială și profundă) și se fixează concomitent pe marginile anterioară și posterioară ale arcadei zigomatice. Spațiul dintre aceste foițe este umplut cu țesut celular adipos, prin care trece artera temporală medie (*a. temporalis media*) – ramură din artera *temporalis superficialis*. Mai profund, sub *fascia proprie*, este situat mușchiul temporal (*m. temporalis*), delimitat de placa profundă a fasciei printr-un strat subțire de țesut celular, mai pronunțat în partea de jos. În direcția fosei subtemporale, mai jos de osul zigomatic și arcada zigomatică, acest țesut trece în bula grăsoasă a obrazului (*corpus adiposum bucae*).

Fasciculele mușchiului temporal, pornind din porțiunea scuamoasă a osului temporal, converg în sens inferior și anterior și printr-un tendon scurt se fixează pe apofiza coronară a mandibulei. Mușchiul temporal îndeplinește funcția masticatoare, ridică și retropulsează mandibula. În grosimea mușchiului trec arterele temporale profunde (*aa. temporales profundae*) din artera maxilară și venele omonime, ramurile musculare ale *n. mandibularis* – ramura a treia a nervului trigemen.

Periostul în porțiunea inferioară a regiunii aderă strîns de os, în alte regiuni este separat printr-un strat celular subțire subperiostal. *Oasele* regiunii temporale posedă o lamă externă, însă partea scuamoasă a osului temporal aproape că nu conține substanță spongioasă și osul este foarte subțire (grosimea lui nu depășește 2 mm). De aceea în regiunea temporală traumele sînt periculoase. În afară de aceasta, luînd în considerație că pe fața internă a scoicii osului temporal, printr-un șanț sau canal osos, trece artera meningee medie (*a. meningea media*), fracturile osului temporal pot fi însoțite de leziunea acestei artere, urmate de hemoragii și hematoame.

Vascularizația și inervația regiunii se efectuează prin aceleași vase și nervi, care alimentează regiunea frontoparietooccipitală. În stratul subcutanat se situează artera temporală superficială și ramurile ei. În straturile profunde ale regiunii se ramifică *aa. temporales profundae*.

Inervația pielii din regiunea temporală este realizată de nervul auriculotemporal (*n. auriculotemporalis*), care constituie o ramură a nervului trigemen (de la *n. mandibularis*). Mușchii regiunii temporale sînt inervați de ramurile temporale (*rr. temporales*) ale nervului facial și de nervii profunzi temporali (*nn. temporalis profundis*) din ramura a treia a nervului trigemen.

Circulația limfatică eferentă se efectuează în ganglionii limfatici superficiali și profunzi ai glandei parotide (*nodi lymphatici parotidei superficiales et profundi*) și în ganglionii preauriculari (*nodi lymphatici preauriculares*).

Regiunea apofizei mastoide

(*regio mastoidea*)

Limitele regiunii corespund amplasării apofizei mastoide a osului temporal.

Straturile. *Pielea* subțire, puțin mobilă. *Țesutul subcutanat* se evidențiază moderat. În el se situează fascia superficială și mușchiul auricular posterior (*m. auricularis posterior*). Periostul aderă strîns la os. În el se împletesc, fixîndu-se de os, mușchiul sternocleidomastoidian (*m. sternocleidomastoideus*), mușchiul splenius al capului (*m. splenius capitis*), venterul posterior al mușchiului digastric (*m. digastricus*), mușchiul lung dorsal al capului (*m. longissimus capitis*). Aceasta și determină suprafața rugoasă a apofizei mastoide, cu excepția sectorului antero-superior, unde este amplasată o zonă netedă de formă triunghiulară – triunghiul de trepanație Chipault (fig. 26).

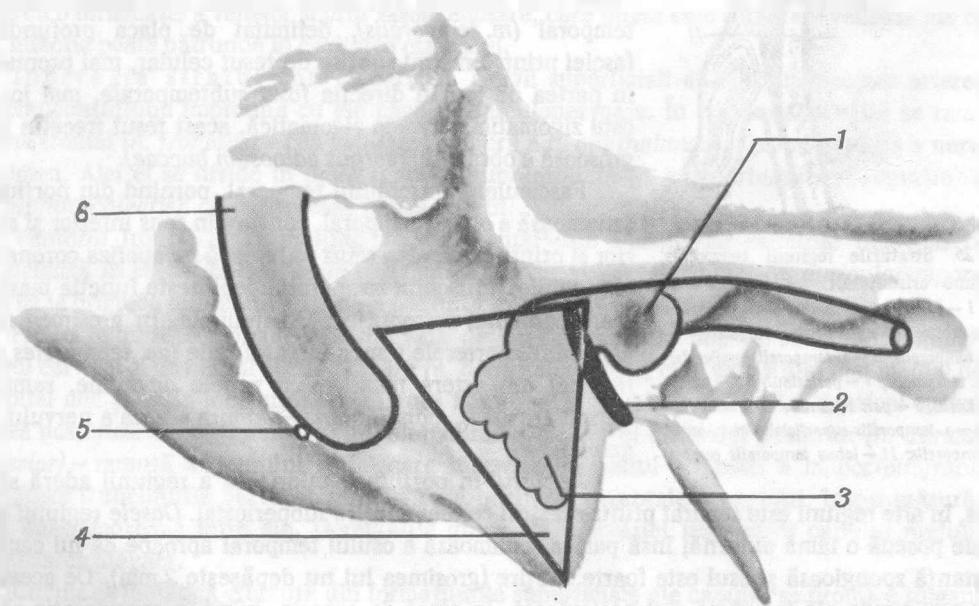


Fig. 26. Triunghiul de trepanație Chipault:

1 – *porus acusticus externus*; 2 – proiecția nervului facial; 3 – *cellulae mastoideae*; 4 – *crista mastoidea*; 5 – *foramen mastoideum*; 6 – proiecția sinusului sigmoid

Limita superioară a triunghiului o constituie linia orizontală, care prezintă prelungirea arcadei zigomatice, limita anterioară – linia trasată posterior de conductul auditiv extern spre vârful apofizei mastoide, limita posterioară – marginea anterioară a crestei apofizei mastoide (*crista mastoidea*).

În interiorul apofizei mastoide se află celulele osoase mastoidiene (*cellulae mastoidea*), căptușite de mucoasă. După gradul de dezvoltare a acestora deosebim două tipuri de mastoidiene: pneumatică (multe celule ocupând toată cavitatea apofizei) și sclerozată (celule puține și slab evidențiate). Una din ele se deosebește fiind mai mare – antrul mastoidian (*antrum mastoideum*). Ea comunică cu urechea medie sau cu cavitatea timpanică (*cavum tympani*) și se proiectează mai aproape de limita superioară a triunghiului la o adâncime de 1–1,5 cm. În cazul otitelor purulente, ce apar mai frecvent la copii, ca complicație a gripei, rujeolei, scarlatinei, puroiul din urechea medie pătrunde în celulele mastoidiene și, în special, în antrul mastoidian. Acest fapt, de asemenea, este favorizat și de structura apofizei mastoide la copii, ce amintește substanța spongioasă a oaselor bolții craniene. În așa cazuri, se efectuează trepanația, când este indicată, în limitele triunghiului de trepanație. Nu trebuie atinsă limita superioară a triunghiului, deoarece putem nimeri în fosa cerebrală medie. Dacă pătrundem în superior și anterior, putem nimeri în fosa epitimpanică a cavității timpanului (*recessus epitympanicus*), unde sînt situate oscioarele urechii medii: ciocanul (*malleus*), scărița (*stapes*), nicovala (*incus*). Limita anterioară corespunde porțiunii inferioare a canalului nervului facial, limita posterioară – proiecției sinusului sigmoid (*sinus sigmoideus*).

Vascularizația apofizei mastoide se realizează din artera auriculară posterioară, prin ramurile ei mastoidiene (*rr. mastoidei*) și ramurile arterei occipitale.

Inervația regiunii – de micul nerv occipital, marele nerv auricular (din plexul cervical) și ramurile nervului auricular posterior (de la *n. facialis*).

Circulația limfatică eferentă se efectuează în ganglionii limfatici retroauriculari.

Baza externă a craniului (exobaza)

Exobaza craniului se împarte în două porțiuni: anterioară și posterioară. Limita dintre aceste diviziuni corespunde marginii anterioare a găurii occipitale mari, care unește vârful ambelor mastoide. În porțiunea anterioară se află orificiile prin care trec vase și nervi cranieni. Aceste orificii se aranjează simetric pe *linea foraminifera*, ce unește gaura incisivă (*foramen incisivum*) pe palatul dur cu gaura stilomastoidiană (*foramen stylomastoideum*) a osului temporal. Corespunzător cu această linie se aranjează creasta osoasă (*crista lateralis*), începutul căreia este lama laterală a apofizei pterigoide a osului sfenoidal. Apoi creasta continuă pe marginea internă a orificiului oval, pe marginea externă a orificiului extern al canalului arterei carotide în direcția apofizei stiloide și spre apofiza mastoidă. Regiunea situată între crestele osoase se numește *pars mediana hili cranii* (propriu *hilus*), iar regiunea exterioară a creștelor – *pars lateralis hili cranii*. Porțiunea medie (*pars mediana hili cranii*) se numește reces faringian (*fossa gutturalis*). Ea servește drept cale de acces chirurgical prin cavitățile bucală și nazală spre peretele superior al porțiunii nazale a faringelui și prin ea spre șaua turcească. *Pars lateralis hili cranii* conține *fossa intratemporalis* și fosa articulației *temporomandibularis*. Fosa intratemporală este o continuare nemijlocită a fosei temporale în inferior. La suprafața ea e acoperită parțial de ramura mandibulei. Prin fisura orbitală inferioară (*fissura orbitalis inferior*) ea comunică cu orbita, iar prin *fissura pterygomaxillaris* – cu foseta pterigopalatină.

Baza internă a craniului (endobaza)

Endobaza craniului este constituită din trei fose craniene: anterioară (*fossa cranii anterior*), medie (*fossa cranii media*) și posterioară (*fossa cranii posterior*) (fig. 27).

Fosa craniană anterioară este amplasată deasupra cavității nazale și a orbitelor și conține lobii frontali ai creierului. În porțiunile anterioare ale fundului fosei se înalță creasta cocoșului (*crista galli*) a osului etmoidal, la marginea anterioară a căruia se află gaura oarbă (*foramen caecum*). În majoritatea cazurilor prin ea trece vena emisară care unește sinusul sagital superior cu venele cavității nazale, rareori se termină în mod orb. Pe ambele părți ale crestei cocoșului se amplasează placa ciuruită (*lamina cribrosa*) a osului etmoid (*os ethmoidale*), prin orificiile căreia sub formă de filete (*fila olfactoria*) trec nervii olfactivi (*nn. olfactorii*). Pe aici, de asemenea, trec nervul etmoidal anterior (*n. ethmoidalis anterior*) și artera omonimă. Marginea posterioară a fosei e bine conturată de aripile mari ale osului sfenoidal.

Un simptom al fracturii fosei craniene anterioare este hemoragia din cavitatea nazală și faringe. În afară de aceasta, se detectează echimoze subconjunctivale și sufuziuni subcutanate.

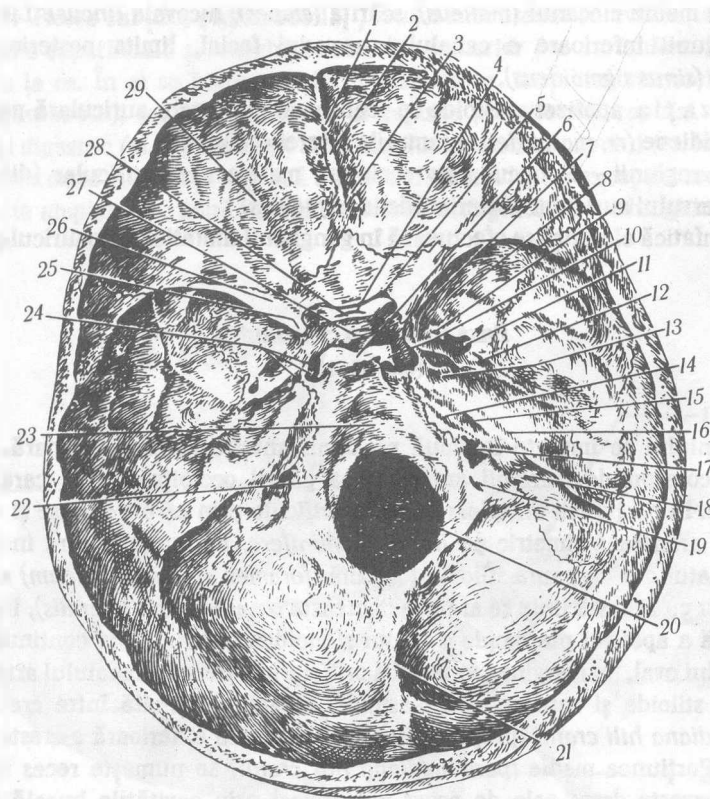


Fig. 27. Baza internă a craniului:

1 — for. caecum; 2 — crista galli; 3 — lamina cribrosa; 4 — sulcus chiasmatis; 5 — canalis opticus; 6 — dorsum sellae; 7 — for. rotundum; 8 — ala major; 9 — for. coecum; 10 — processus clinoides posterior; 11 — for. ovale; 12 — for. spinosum; 13 — impressio trigemini; 14 — sul. sinus petrosi inferioris; 15 — porus acusticus internus; 16 — sul. sinus petrosi superioris; 17 — for. jugulare; 18 — sul. sinus sigmoides; 19 — canalis condylaris; 20 — for. magnum; 21 — criste occipitales interna; 22 — canalis hypoglossus; 23 — clivus; 24 — for. lacerum; 25 — processus clinoides anterior; 26 — ala minor; 27 — fossa hypophysialis; 28 — tuberculum sellae; 29 — pars orbitalis ossis frontalis

În cazul hemoragiilor considerabile în țesutul celular al orbitelor se determină exoftalmie. Răspîndirea proceselor inflamatoare purulente în cavitatea craniană se efectuează prin vena emisară a orificiului orb sau în urma trecerii procesului inflamator din sinusul frontal pe meninge și creier (meningită, meningoencefalită, abcese epi- și subdurale).

Fosa craniană medie e formată de corpul osului sfenoidal și constă din două adîncituri delimitate prin fosa hipofizară (*fossa hypophysialis*), conține lobii temporali ai creierului. În fosa șei turcești e amplasată hipofiza, înaintea ei în *sulcus chiasmatis* – chiasma optică. În părțile laterale ale șei turcești sînt dispuse sinusurile cavernoase, în care confluează venele oftalmice superioară și inferioară. Aici se observă și șanțurile carotidiene (*sulci carotici*) prin care trec arterele carotide interne. În această porțiune a bazei interne a craniului e concentrată o cantitate mare de orificii, prin care trec vase și nervi. Puțin mai anterior se află *canalis opticus*, prin care trec în orbită nervul optic (*n. opticus* – perechea II) și artera oftalmică (*a. ophthalmica*). Între aripile mari și mici ale osului sfenoidal se formează fisura orbitală superioară (*fissura orbitalis superior*), prin care trec *vv. ophthalmicae* și nervii, în special oculomotor, trohlear, abducens, oftalmic (ramura I a *n. trigemen*).

Posterior de linia orbitală superioară se află *foramen rotundum*, prin care trece spre fosa pterigopalatină *n. maxillaris*. Lateral și posterior de orificiul rotund se amplasează *foramen ovale*, prin care trec *n. mandibularis* și venele ce unesc *plexus pterygoideus* cu sinusul cavernos. În apropierea orificiului, pe suprafața anterioară a piramidei osului temporal (în *impressio trigemini*), se amplasează ganglionul nervului trigemen (*ganglion trigeminale*). O porțiune din suprafața anterioară a piramidei formează *tegmen tympani*. Posterior și extern de orificiul oval se află orificiul spinos (*foramen spinosum*), prin care trec *a. meningea media* (din *a. maxillaris*) și *ramus meningeus* de la nervul mandibular. Între vârful piramidei și corpul osului sfenoidal se află *foramen lacerum*, ocupată de cartilaj, prin care trec nervul pietros mare (*n. petrosus major*) din *n. intermedius* și venele emisare, ce unesc plexul pterigoid cu sinusul cavernos. Tot aici se deschide canalul arterei carotide interne.

Leziunile traumatiche în regiunea fosei craniene medii provoacă hemoragii din cavitatea nazală și din faringe. Deseori se lezează nervii cranieni VI, VII, VIII, ceea ce duce la apariția strabismului intern, la paralizia mușchilor feței, pierderea auzului (pe partea lezată). În cazul fracturilor piramidei osului temporal, apar hemoragii din ureche. Căile de răspîndire a infecției purulente din regiunea feței în cavitatea craniană pot fi *vv. ophthalmicae*.

Fosa craniană posterioară e limitată anterior de marginea superioară a piramidei osului temporal, posterior de suprafața internă a osului occipital. Ea conține puntea și *medulla oblongata*, care sînt amplasate în porțiunea anterioară a fosei, de asemenea, cerebelul și lobulii occipitali ai creierului mare, ce ocupă aproximativ toată fosa. În centrul fosei e dispus orificiul occipital mare, prin care trec bulbul rahidian cu tunicile lui, arterele vertebrale (*aa. vertebrales*) și ramurile lor, spinală anterioară (*a. spinalis anterior*) și posterioare (*aa. spinales posteriores*), porțiunea spinală a nervului accesoriu (*n. accessorius*). Lateral de orificiul occipital mare se găsește un orificiu (*canalis hypoglossi*), prin care trece nervul hipoglos (*n. hypoglossus* – perechea XII). Pe marginea posterioară a piramidei e dispus orificiul jugular (*foramen jugulare*), care are două porțiuni – anterioară și posterioară. Prin porțiunea anterioară a orificiului trec nervii glosofaringian (*n. glossopharyngeus*), vag (*n. vagus*) și accesoriu (*n. accessorius*). În porțiunea superioară sunt dispuși bulbul superior al venei jugulare interne și artera meningee posterioară din artera faringiană ascendentă.

Pe suprafața posterioară a piramidei osului temporal e dispus orificiul acustic intern (*porus acusticus internus*) ce duce în meatul acustic intern. Prin orificiu trec nervii facial (*n. facialis*), intermediu (*n. intermedius*) și vestibulocohlear (*n. vestibulocochlearis*).

Fractura craniului în regiunea fosei posterioare nu este însoțită de hemoragie externă. Procesele purulente în urechea internă pot provoca inflamarea meningelor. Mastoidita purulentă deseori antrenează în proces sinusul sigmoid (sinustromboza).

Meningele encefalului

Creierul e acoperit cu trei tunici. Cea externă este dura mater – *dura mater encephali*. Apoi urmează arahnoida encefalică (*arachnoidea mater encephali*) și cea care vine în contact direct cu creierul – pia mater (*pia mater encephali*).

Dura mater encefalică (*dura mater encephali*) aderă lax la oasele bolții craniului. La baza craniului, în special în jurul șei turcești, pe pantă și în regiunea piramidelor oaselor temporale, ea aderă intim la oase. În cavitatea craniană dura mater formează un șir de prelungiri, care în locul de inserție pe os sau pe marginea liberă se scindează și formează cavități, fisuri de formă triunghiulară. Ele sînt lipsite de valvule, tapetate din interior cu endoteliu și se numesc *sinusurile venoase ale durei mater (sinus durae matris)* (fig. 28).

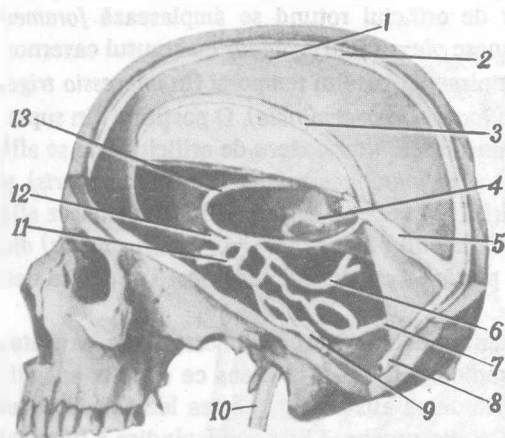


Fig. 28. Topografia sinusurilor durei mater encefalice:

1 – falx cerebri; 2 – sinus sagittalis superior; 3 – sinus sagittalis inferior; 4 – sinus petrosus superior; 5 – sinus rectus; 6 – sinus petrosus inferior; 7 – sinus occipitalis; 8 – sinus transversus; 9 – sinus sigmoides; 10 – v. jugularis interna; 11 – sinus cavernosus; 12 – sinus intercavernosus anterior; 13 – sinus alae parvae

Deosebim următoarele expansiuni ale durei mater encefalice: coasa creierului, cortul și coasa cerebelului, diafragma șei, cavitatea trigeminală.

Coasa creierului (*falx cerebri*) se întinde în direcția sagitală de la *crista galli* pînă la *protuberantia occipitalis interna* în adîncime, ajunge la corpul calos (*corpus callosum*) și divizează emisferile creierului mare.

Cortul cerebelului (*tentorium cerebelli*) e dispus aproape orizontal și se inserează din anterior și lateral între marginile superioare ale piramidelor osului temporal și *processus clinoides* al osului sfenoid, în partea posterioară – de-a lungul șanțului sinusului transversal al osului occipital. Cortul desparte cerebelul de emisferile creierului mare.

Coasa cerebelului (*falx cerebelli*) e dispusă în plan sagital, pornește de la suprafața inferioară a cortului cerebelului și pătrunde în fisura interemisferică a cerebelului.

Diafragma șei (diaphragma sellae) este o expansiune a durei mater encefalice, ce acoperă șaua turcească în forma de cort. În centrul ei se află un orificiu prin care trece tija hipofizei (*infundibulum*), în care aflăm lobul posterior al hipofizei (*neurohipofiza*).

Pe suprafața anterioară a piramidei osului temporal (din fiecare parte), la vârful ei (în *impressio trigemini*) e dispus ganglionul nervului trigemen, în jurul căruia dura mater, scindîndu-se, formează cavitatea trigeminală (*cavum trigeminale*) – lojă pentru acest ganglion.

Coasa creierului mare pe toată întinderea de inserție la oasele bolții craniului conține sinusul sagital superior (*sinus sagittalis superior*), care în leziuni provoacă o hemoragie abundentă. Marginea inferioară liberă a coasei creierului conține sinusul sagital inferior (*sinus sagittalis inferior*), ce trece în sinusul rect (*sinus rectus*), care e dispus în locul unirii coasei creierului mare cu cortul cerebelului. Sinusul transversal (*sinus transversus*)

este situat în locul de inserție a cortului cerebelului la *sulcus sinus transversi* al osului occipital. Acest sinus trece, nemijlocit, în sinusul sigmoidian (*sinus sigmoideus*), dispus în șanțul omonim (*sulcus sinus sigmoideus*) al părții pietroase a osului temporal, și se varsă în bulbul superior al venei jugulare interne. În grosimea coasei cerebelului, lângă proeminența occipitală internă, trece sinusul occipital (*sinus occipitalis*). Astfel, în regiunea proeminenței occipitale interne confluează sinusurile sagital superior, rect, occipital și transversal. Acest loc se numește confluența sinusală – *confluens sinuum*.

Lateral de șaua turcească e dispus sinusul cavernos par (*sinus cavernosus*). Anterior și posterior ele se unesc prin intermediul anastomozelor – sinusurilor intercavernoase (*sinus intercavernosi*) și formează sinusul circular, care înconjoară șaua turcească. În sinusul cavernos se varsă venele oftalmice superioară și inferioară. Vena oftalmică superioară anastomizează cu venele feței, în special cu vena angulară (*v. angularis*). Prin intermediul venelor emisară sinusul cavernos, de asemenea, se unește cu plexul venos pterigoidian (*plexus pterygoideus*). Prin sinusul cavernos trece artera carotidă internă. În dura mater, ce formează pereții sinusului, se găsesc nervii abductor, oculomotor, trohlear și oftalmic. La peretele extern al sinusului aderă ganglionul trigeminal, iar în partea anterioară de sus, acoperind sinusul intercavernos, se dispune chiasma optică. În cazul trombozei sinusului cavernos, în urma proceselor purulente din regiunea feței, la bolnavi se observă strabismul convergent. Refluxul de la sinusul cavernos are loc prin sinusurile pietroase inferior și superior (*sinus petrosus superior et inferior*), dispuse în șanțurile omonime ale piramidelor oaselor temporale și care se varsă în sinusul sigmoid.

Arahnoida encefalică (*arachnoidea mater encephali*) este o placă fină din țesut conjunctiv nevascularizat. Ea este situată nemijlocit sub dura mater, separată de ea prin spațiul subdural, unită lax de pia mater subiacentă, fără a penetra șanțurile creierului. Arahnoida formează vilozități, care pătrund în lumenul sinusurilor venoase – granulațiile arahnoidiene (*granulationes arachnoideales*).

Pia mater encefalică (*pia mater encephali*) pătrunde în toate șanțurile creierului mare și în ventriculele cerebrale, unde formează plexuri vasculare. Ea este bine asigurată cu vase. Între arahnoidă și pia mater se formează un spațiu subarahnoidian îngust (*cavitas subarachnoidealis*), care comunică cu cavitatea omonimă a măduvei spinării și conține lichid cerebrospinal. Porțiunile dilatate ale spațiului subarahnoidian se numesc *cisterne arahnoidiene* (*cisternae subarachnoideales*) ce comunică între ele și cu ventriculele creierului. Deosebim câteva cisterne: cisterna chiasmatică (*cisterna chiasmatis*), dispusă anterior de chiasma optică; cisterna fosei cerebrale laterale (*cisterna fossae lateralis cerebri*), constituită din arahnoidă și care acoperă șanțul lateral al creierului; cisterna interpedunculară (*cisterna interpeduncularis*), ce se află între pedunculii creierului, posterior de infundibulul hipofizei. Ea este delimitată de puntea lui Varoli și marginile interne ale lobilor temporali ai creierului mare. Cea mai mare importanță practică o prezintă cisterna cerebelomedulară (*cisterna cerebello-medullaris*), dispusă între suprafața inferioară a cerebelului și porțiunea posterioară a medulei oblongate. Această cisternă, prin apertura mediană și cea laterală, comunică cu cavitatea ventriculului IV, iar prin apeductul creierului intermediar (apeductul lui Sylvius) – cu ventriculele III și laterale. În inferior cisterna cerebelomedulară trece în spațiul subarahnoidian al măduvei spinării. La nivelul marginii superioare a membranei atlantooccipitale adâncimea cisternei ajunge pînă la 1,5 cm. Aici se efectuează puncția suboccipitală în scop diagnostic în afecțiunile creierului și meningelor.

Șanțurile și circumvoluțiunile de bază ale creierului mare

La creier deosebim trei formațiuni mari: emisferile cerebrale (*hemisphaeria cerebri*), cerebelul (*cerebellum*) și trunchiul cerebral (*truncus encephali*). O porțiune considerabilă ocupă emisferile, care sînt despărțite prin fisura longitudinală (*fissura longitudinalis cerebri*) și au o direcție sagitală. Median cele două emisfere în adîncul fisurii longitudinale sînt legate prin corpul calos (*corpus callosum*). În partea anterioară a corpului calos fisura longitudinală este penetrantă, în cea posterioară ea trece în fisura transversală a creierului (*fissura transversa cerebri*), care desparte lobii occipitali ai creierului de cerebel. Scizurile interlobare profunde divizează fiecare emisferă în cinci lobi: frontal, temporal, parietal, occipital și insulă (*insula*), care e ascunsă în profunzimea șanțului lateral (*sulcus lateralis*).

Șanțul central (*sulcus centralis*) delimitează lobii frontal și parietal. În partea anterioară a lui e dispusă circumvoluțiunea precentrală (*gyrus precentralis*), în care se află centrele motorii ale scoarței cerebrale. Centrele motorii din porțiunile superioare ale circumvoluțiunii precentrale sînt legate cu mușchii extremității inferioare, cele inferioare – cu mușchii cavității bucale, ai faringelui și laringelui. În scoarța circumvoluțiunii postcentrale (*gyrus postcentralis*) sînt dispuse centrele sensibilității cutanate și proprioceptive. Șanțul lateral desparte lobii frontal și parietal de cel temporal. El începe pe suprafața bazală a emisferei și trece pe suprafața ei laterosuperioară. În porțiunea anterioară a șanțului lateral pleacă ramurile ascendente și anterioară, ce limitează un sector triunghiular, unde se află analizorul motor al articulației vorbirii (centrul Broca).

Șanțul parietooccipital (*sulcus parietooccipitalis*) delimitează lobul temporal de cel occipital, iar inferior șanțul occipital transversal (*sulcus occipitalis transversus*) limitează lobul temporal.

Vascularizația encefalului

Encefalul este vascularizat de arterele carotide și vertebrale. Artera vertebrală (*a. vertebralis*) pornește cu prima ramură de la artera subclaviculară (*a. subclavia*), pătrunde în *foramen transversarium* al vertebrei C_{V1} și se ridică în sus prin orificiile apofizelor transversale ale vertebrelor cervicale. În continuare ea pătrunde prin orificiul occipital mare în cavitatea craniului, unde ambele artere vertebrale (cea stîngă și cea dreaptă) se unesc pe linia mediană, formînd artera bazilară (*a. basilaris*), dispusă pe suprafața inferioară a punții. De la artera bazilară pornesc două artere cerebrale posterioare (*aa. cerebri posteriores*), participînd din posterior la formarea cercului arterial cerebral (*circulus arteriosus cerebri*).

Artera carotidă internă (*a. carotis interna*), fiind o ramură a arterei carotide comune, se ridică spre baza craniului și prin canalul carotid (*canalis caroticus*) al osului temporal pătrunde în cavitatea craniului. Aici, de la ea pornesc mai multe ramuri, în special: artera cerebrală anterioară (*a. cerebri anterior*), artera cerebrală medie (*a. cerebri media*) și artera comunicantă posterioară (*a. communicans posterior*). Ultima unește *a. carotis interna* și *a. cerebri posterior*. Arterele cerebrale anterioare (*aa. cerebri anteriores*), de asemenea, constituie o anastomoză (*a. communicans anterior*), în urma căreia, la baza creierului apare un circuit arterial închis – circuitul arterial al creierului. De la circuitul arterial pornesc artere spre scoarța creierului și nucleii subcorticali. Venele encefalului nu însoțesc arterele. Venele cerebrale profunde, luînd începutul de la plexurile venoase și, confluind, formează vena cerebrală mare (*v. cerebri magna*), care se varsă în sinusul rect. Reflexul sîngelui din sistemul venelor cerebrale superficiale are loc în sinusul sagital superior și în sinusurile venoase de la baza creierului.

1
cum
simpi
Brius
orbit
Paral
orbit
proe
le: a
post

Fig.
pă R

zenta
e - f
sim.
griju
lui ex
locția
d - p
medii
meni

feju
ext
și t

(as

Schema topografiei craniocerebrale

În timpul operațiilor pe organele intracraniene apare necesitatea de a efectua proiecția circumvoluțiilor, șanțurilor și vaselor sanguine cerebrale pe tegumentele capului. Cea mai simplă schemă a topografiei craniocerebrale este schema lui R. Krönlein, completată de S. S. Briusova (fig. 29). Ea constă în următoarele. Linia orizontală inferioară se trasează pe marginea orbitală inferioară, pe arcada zigomatică și pe marginea superioară a conductului auditiv extern. Paralel cu ea se trasează linia orizontală superioară, ce urmează pe marginea superioară a orbitei. Se trasează, de asemenea, o linie sagitală de la glabelă pe linia suturii sagitale pînă la proeminența occipitală externă. Perpendicular liniilor orizontale se suprapun trei linii verticale: anterioară – prin mijlocul arcadei zigomatice, medie – prin mijlocul condilului mandibular, posterioară – prin punctul posterior al bazei apofizei mastoide.

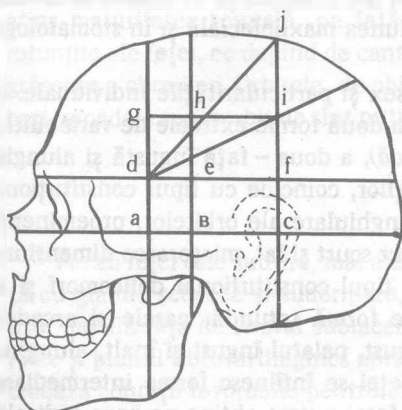


Fig. 29. Schema topografiei craniocerebrale (după R. Krönlein și S. S. Briusova):

a - c - linia orizontală inferioară; d - f - l, orizontală medie; g - i - l, orizontală superioară; a - g - l, verticală anterioară; b - h - l, verticală medie; c - l - l, verticală posterioară; d - j - proiecția șanțului central; h - j - lungimea veritabilă a șanțului central; d - l - proiecția fisurii laterale; a - g - proiecția trunchiului principal al arterei meningeae medii; d - f - proiecția ramurii anterioare a arterei meningeae medii; f - l - proiecția ramurii posterioare a arterei meningeae medii

În locul intersecției liniei anterioare verticale cu arcada zigomatică se proiectează trunchiul principal al arterei meningeae medii. Ramura anterioară a ei se găsește la locul de întretăiere a verticalei anterioare cu orizontala superioară, ramura posterioară – la intersecția verticalei posterioare cu orizontala superioară. Poziția șanțului central al creierului e determinată de linia trasată de la punctul intersecției verticalei anterioare cu orizontala superioară pînă la locul intersecției verticale posterioare cu linia suturii sagitale. Lungimea veritabilă a șanțului central o constituie distanța de la verticala medie pînă la cea posterioară. Proiecția șanțului lateral este determinată de bisectoarea unghiului dintre proiecția șanțului central și orizontala superioară. Dimensiunea ei – de la verticala anterioară pînă la cea posterioară.

În conformitate cu completarea făcută de S. S. Briusova se trasează încă o linie orizontală, anterior de locul intersecției proiecției șanțului lateral cu verticala posterioară, paralel cu linia orizontală superioară. Această linie corespunde cu direcția arterei cerebrale anterioare; porțiunea inițială a arterei cerebrale medii coincide cu proiecția șanțului lateral. În pătratul anteroinferior al schemei se proiectează artera carotidă internă.

PORȚIUNEA FACIALĂ A CAPULUI

Această regiune e situată în porțiunea inferoanterioară a capului. Limita superioară a feței trece pe marginea supraorbitală, osul zigomatic și arcada zigomatică pînă la orificiul auditiv extern, limita inferioară corespunde cu limita inferioară a capului și trece pe ramura inferioară și baza mandibulei (*basis mandibulae*).

Scheletul osos al craniului facial este constituit din 14 oase, 6 dintre care sînt pare: nazal (*os nasale*), lacrimal (*os lacrimale*), zigomatic (*os zygomaticum*), maxilar (*maxilla*), cornetul nazal

inferior (*concha nasalis inferior*), palatin (*os palatinum*). Oasele impare: mandibula (*mandibula*) și vomerul (*vomer*). În afară de aceasta, la formarea bazei osoase a feței iau parte apofizele oaselor temporale (*ossa temporalia*), frontal (*os frontale*) și o parte din osul sfenoidal (*os sphenoidale*). Toate oasele scheletului facial jonctonează relativ imobil între ele și în componența întregului craniu. Excepție face mandibula, care se unește cu oasele temporale prin articulațiile temporomandibulare (*articulationes temporomandibulares*).

În regiunea facială sînt înglobați receptorii analizorilor vizual, olfactiv, gustativ, precum și porțiunile inițiale ale organelor digestive și respiratorii.

Punctele de reper externe. La palpare pe față se determină contururile orbitelor, marginile aperturii piriforme și *dorsum nasi*, osul zigomatic, arcada zigomatică, *fossa canina* a maxilei, marginea anterioară a mușchiului maseter, contururile mandibulei (corpul, unghiul, ramura) cu articulațiile ei.

Formele feței. Știința despre formele variabilității feței are importanță în clinică la realizarea metodelor de anestezie tronculară, a operațiilor în regiunea maxilofacială și în stomatologia ortopedică.

Formele feței sînt foarte diverse și depind de vîrstă, sex și particularitățile individuale. În baza studierii particularităților anatomice la față deosebim două forme extreme de variabilități structurale: prima – față lată și joasă (*forma homeprosopică*), a doua – față îngustă și alungită (*forma leptoprosopică*). Prima formă, în majoritatea cazurilor, coincide cu tipul constituțional brahimorf. Ea este caracteristică prin forme mari cvadriunghiulare ale orbitelor, proeminență laterală a oaselor și arcadele zigomatice, nas lat, palatul dur scurt și lat, micșorarea dimensiunilor verticale ale feței. Forma leptoprosopică coincide cu tipul constituțional dolicomorf și se caracterizează prin următoarele particularități: orbite de formă rotundă, oasele și arcadele zigomatice sînt slab exprimate, scheletul nazal lung și îngust, palatul îngust și înalt, alungirea totală a feței. Între formele extreme de variabilitate a feței se înfilnesc forme intermediare.

O impresie mai concretă despre formele variabilității feței putem obține pe baza indicelui facial determinat după formula:

$$IF = \frac{\text{înălțimea feței}}{\text{lățimea feței}} \times 100,$$

unde înălțimea feței se determină după distanța de la nasion (punctul de intersecție a suturii nazofrontale cu linia mediană anterioară) pînă la gnation (cel mai inferior punct al corpului mandibulei pe linia mediană); lățimea feței – distanța dintre cele mai îndepărtate puncte ale osului zigomatic (zighioni).

Indicii mai mici de 79,9 caracterizează o față foarte lată (forma extremă), de la 80 pînă la 84,9 – lată, de la 85 pînă la 89,9 – medie, de la 90 pînă la 94,9 – lungă, mai mult de 95 – foarte alungită (forma extremă).

După Bauer deosebim trei tipuri de fețe: cerebrală, respiratorie, digestivă. În cazul tipului cerebrală predomină dezvoltarea părții superioare a feței, în cazul celui respirator – a părții medii (regiunea nasului și maxilei). Tipul digestiv al feței se caracterizează prin dezvoltarea vădită a mandibulei. Gradul de dezvoltare a maxilei și mandibulei, a mușchilor și țesutului subcutanat determină particularitatea individuală a feței. Fața în majoritatea cazurilor este asimetrică (97%).

Particularitățile de vîrstă și de sex ale topografiei feței. La nou-născuți și copii pînă la 1-1,5 ani fața are o formă rotundă. Aceasta se explică prin dezvoltarea slabă a oaselor craniului facial (în special a mandibulei), a mușchilor faciali, prin prezența unor cantități mari de țesut subcutanat și corpi adipoși ai obrazilor bine exprimați (bula Bichat). După 1,5 ani de viață a

copilului, dimensiunile relative ale feței se măresc, fața treptat se alungește. După apariția dinților de lapte și în special în perioada maturizării sexuale, se schimbă jumătatea inferioară a feței.

Volumul craniului facial la copii pînă la un an constituie 13% din volumul craniului cerebral. La 8 ani el ajunge pînă la 18,3%, la 12 ani – 21,4%, la maturi – 40% din volumul craniului cerebral.

Definitivarea feței la bărbați se termină pe la 20–23 ani și către 16–18 ani la femei. Apoi, pe măsura îmbătrînirii omului, se micșorează elasticitatea și turgorul pielii, apar riduri, cute, se scofilcesc obraji și buzele, forma feței se schimbă.

Diferențele de sex în formele feței sînt bine pronunțate. La bărbați scheletul osos facial este mai viguros, sînt bine dezvoltate arcadele supraorbitale, mai puțin – țesutul subcutanat, mai puternic sînt dezvoltați mușchii și dinții. Fața bărbaților este mai conturată. La bărbații ce au atins maturitatea sexuală, pe față apare păr. Pentru femei sînt caracteristice configurațiile rotunjite ale feței, ce depînd de cantitatea țesutului subcutanat și de gradul de dezvoltare a bulei grăsoase a obrazilor. Orbitalele, de obicei, au o formă rotundă și dimensiuni mai mari decît la bărbați, arcadele supraorbitale sînt puțin pronunțate, predomină nasul scurt și lat.

Straturile și mușchii feței

Pielea feței este subțire, mai ales în regiunea pleoapelor. Ea este aprovizionată din abundență cu glande sebacee și sudoripare, posedă elasticitate, intensitate și rigiditate suficientă, este ușor mobilă față de stratul subiacent, cu excepția *dorsum nasi*, unde țesutul subcutanat dintre piele și planul fibrocartilaginos aproape că lipsește. Irigarea bogată cu sînge și mobilitatea pielii creează condiții favorabile pentru croirea și prinderea lambourilor în operațiile plastice pe față. Culoarea pielii feței depinde de sex, apartenență rasială, vîrstă, starea generală a organismului și frecvent se schimbă.

Țesutul subcutanat este bine pronunțat, ceea ce permite relativ liber răspîndirea hematoamelor și a proceselor purulente. Mușchii feței după proveniența lor și starea anatomotopografică se divizează în două grupe: mimici și masticatori.

Mușchii mimici sînt dispuși superficial și reprezintă niște fascicule fine, subțiri, uneori situate în cîteva straturi. Ei își au începutul în diferite puncte osoase și se termină în piele. Mușchii mimici derivă din arcul II visceral (*arcus hyoideus*) și se amplasează, îndeosebi, lîngă orificiile naturale ale feței – ochi, urechi, gură și nas. Unii din ei se prezintă ca sfinctere ale acestor orificii și se dispun circular, alții – dilatatori și merg radial. La contracția mușchilor mimici se schimbă forma orificiilor naturale, pe piele se formează diverse cute și gropițe, iar fața redă o expresie oarecare. Așa o mișcare a mușchilor feței, adecvată sentimentelor emoționale și dispoziției, a căpătat denumirea de mimică. În afară de această funcție, mușchii mimici participă, de asemenea, în actele de alimentare, respirație, vorbire etc.

În jurul orbitei e dispus mușchiul orbicular al ochiului (*m. orbicularis oculi*), care închide fanta palpebrală, adunînd în jurul ei pliuri convergente. Sub acest mușchi și, de asemenea, sub venterul frontal al *m. occipitofrontalis* e dispus mușchiul ce încruntă sprîncenele (*m. corrugator supercilii*). El mișcă sprîncenele, formînd între ele pliuri longitudinale.

Cea mai numeroasă grupă de mușchi mimici se dispune în jurul gurii. Aceștia sînt: mușchiul orbicular al gurii (*m. orbicularis*), ce închide orificiul bucal comprimînd strîns și deplasînd buzele înainte; mușchii ce ridică unghiul gurii și buza superioară (*m. levator anguli oris et m. levator labii superioris*); mușchii ce coboară unghiul gurii și buza inferioară (*m. depressor anguli oris et m. depressor labii inferioris*). Mușchii zigomatici mic și mare (*m. zygomaticus minor et major*)

ridică unghiul gurii, adîncesc pliul nazolabial. Toți mușchii mimici sînt inervați de nervul facial. Contractîndu-se, ei redau sentimente de bucurie, durere, furie, tristețe, înverșunare, aversiune. În leziunile acestor mușchi sau în caz de tulburări motorii, poate apărea o mimică impulsivă care în consecință trebuie corijată chirurgical. La mușchii feței se referă, de asemenea, mușchiul buccinator (*m. buccinator*), care constituie peretele lateral al vestibulului cavității bucale și se dispune sub mucoasă în grosimea obrazilor, delimitîndu-se de piele prin corpul adipos.

Mușchii maseteri fac parte din mușchii feței, fiind derivați ai primului arc visceral (*arcus mandibularis*). Ei se inserează pe mandibulă, permutînd-o în timpul masticăției, parțial participă în articularea vorbirii.

Mușchii maseteri se clasifică în proprii și auxiliari. Prima grupă e constituită din mușchii temporal (*m. temporalis*) și maseter (*m. masseter*), dispuși superficial și, de asemenea, din mușchii pterigoizi lateral și medial (*m. pterygoideus lateralis et medialis*), care se referă la mușchii profunzi ai feței. Mușchiul temporal ocupă fosa temporală, începîndu-se de la *facies temporalis* al osului temporal. Fasciculele mușchiului, convergînd în inferior, continuă într-un tendon puternic, care se inserează solid la apofiza coronară a mandibulei. Separarea tendonului de os în rezecția mandibulei se efectuează foarte greu, de aceea chirurgii preferă să secționeze tendonul împreună cu apofiza coronară. Mușchiul temporal e dispus în loja osteoaponevrotică, care e formată de suprafața externă a osului temporal și lama profundă a fasciei temporale (*lamina profunda fasciae temporalis*). Mușchiul ridică mandibula în sus și o trage în urmă.

Mușchiul maseter (*m. masseter*) constă din două straturi: superficial și profund. Își ia originea de la marginea inferioară a osului zigomatic și a arcadei zigomatice și se inserează la tuberozitatea maseterică (*tuberositas masseterica*) și pe partea externă a ramurii mandibulei. Mușchiul se află în teaca osteofibroasă. Suprafața internă a lui aderă la ramura mandibulei, cea externă e acoperită de fascia maseterică (*fascia masseterica*). La contracție mușchiul ridică mandibula, lipind dinții de jos la cei de sus, și, în același timp, deplasînd-o înainte.

Mușchiul pterigoidian lateral (*m. pterygoideus lateralis*) are două capete: superior – de dimensiuni mai mici, ce pornește de pe suprafața temporală a aripii mari a osului sfenoid, inferior, mai puternic – de la fața laterală a plăcii externe a apofizei pterigoide și de la tuberozitatea maxilarului. Ambele capete se inserează la foseta pterigoidă (*fovea pterygoidea*) a apofizei condiliene a ramurii mandibulei și la capsula articulației temporomandibulare. În contracția bilaterală a mușchilor are loc o avansare puternică a mandibulei. Dacă mușchiul se contractă unilateral, atunci mandibula se deplasează în direcție opusă. Mușchiul pterigoidian medial (*m. pterygoideus medialis*) după formă și funcție amintește *m. maseter*, însă e mai slab decît acesta. El e dispus în partea medială a ramurii mandibulei, începe de la foseta pterigoidiană și lamela medială a apofizei pterigoide a osului sfenoid, se îndreaptă în jos, posterior și lateral și se implantează în fața internă a ramurii mandibulei în regiunea tuberozității pterigoidiene (*tuberositas pterygoidea*). În contracția bilaterală a mușchiului mandibula se ridică și se depărtează puțin înainte, în cea unilaterală – se deplasează în partea opusă. Mușchii maseteri auxiliari – digastric (*m. digastricus*), milohioidian (*m. mylohyoideus*), geniohioidian (*m. geniohydeus*) – coboară mandibula.

Vascularizația și inervația feței

Vasele arteriale din diferite surse formează între ele multiple anastomoze, asigurînd o alimentație bogată cu sînge a țesuturilor feței (fig. 30). Datorită acestui fapt, plăgile feței se cicatrizează rapid, iar operațiile plastice se termină în mod favorabil. Intervențiile chirurgicale pe față sînt însoțite de hemoragii considerabile și în cazul unor rezecții maxilarului, amputarea limbii ș. a.) e necesar de a ligatura în prealabil artera carotidă externă.

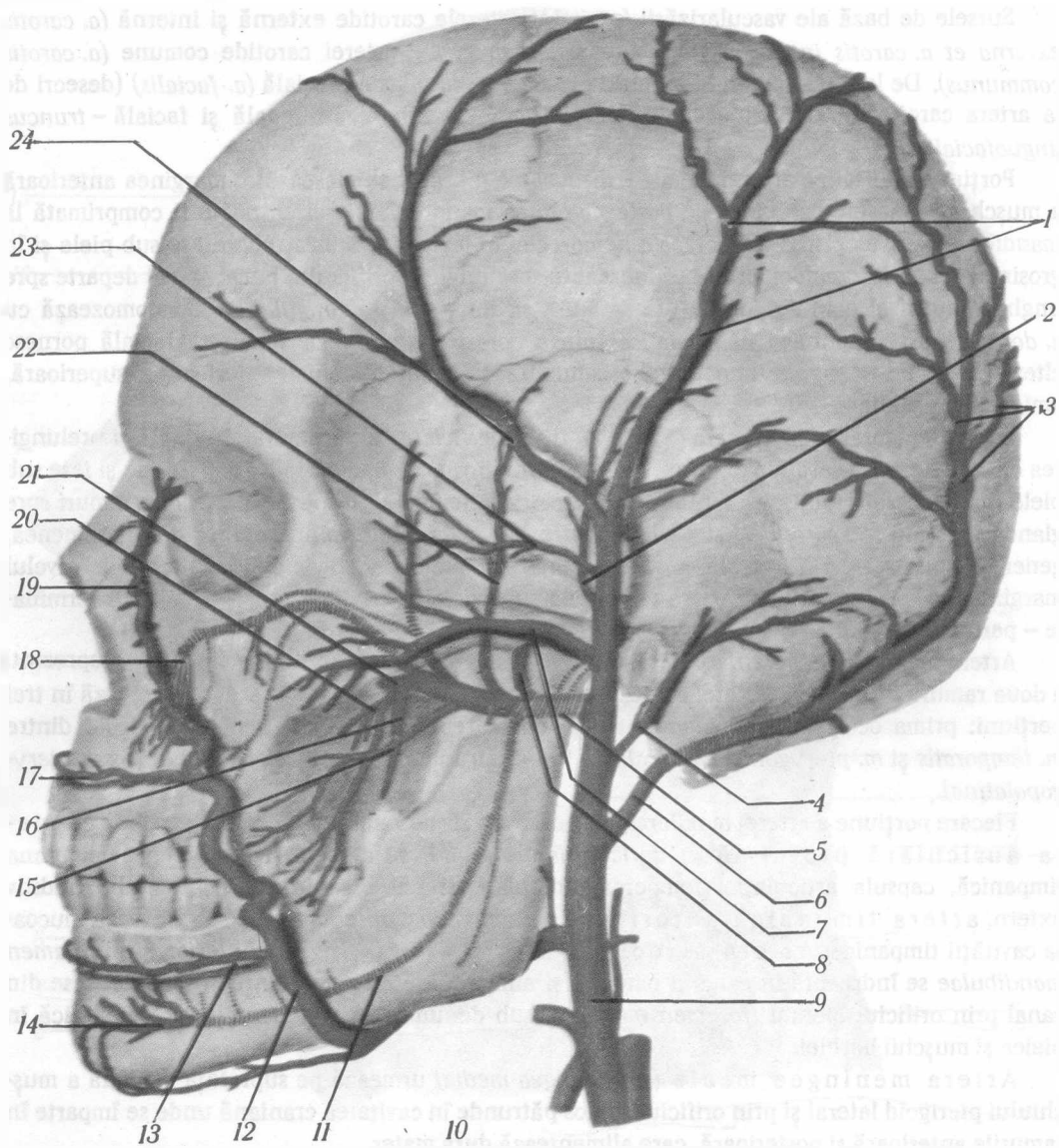


Fig. 30. Arterele porțiunilor facială și cerebrală ale capului:

1 - r. parietalis a. temporalis superficialis; 2 - a. temporalis media; 3, 6 - a. occipitalis; 4 - a. auricularis posterior; 5 - a. maxillaris; 7 - a. transversa faciei; 8 - a. meningea media; 9 - a. carotis externa; 10, 12 - a. facialis; 11 - a. alveolaris inferior; 13 - a. labialis inferior; 14 - a. mentalis; 15 - a. buccalis; 16 - a. palatina descendens; 17 - a. labialis superior; 18 - a. infraorbitalis; 19 - a. angularis; 20 - a. alveolaris superior posterior; 21 - a. sphenopalatina; 22 - aa. temporaes profundae; 23 - a. zygomaticoorbitalis; 24 - r. frontalis a. temporalis superficialis

Sursele de bază ale vascularizării feței sînt arterele carotide externă și internă (*a. carotis externa et a. carotis interna*), care prezintă ramuri ale arterei carotide comune (*a. carotis communus*). De la artera carotidă externă pleacă spre față artera facială (*a. facialis*) (deseori de la artera carotidă externă pleacă trunchiul comun al arterelor linguală și facială – *truncus linguofacialis*).

Porțiunea inițială a arterei faciale e dispusă pe gît, apoi se plasează la marginea anterioară a mușchiului maseter, flexîndu-se peste marginea mandibulei. Aici ea poate fi comprimată la mandibulă pentru oprirea temporară a hemoragiei în leziunile feței. Arcuindu-se sub piele și în grosimea mușchilor mimici, artera se îndreaptă spre unghiul orificiului bucal și mai departe spre unghiul intern al ochiului, unde prin ramura sa terminală – *a. angularis* – anastomozează cu *a. dorsalis nasi* – ramura *a. ophthalmica* (din *a. carotis interna*). De la artera facială pornesc cîteva ramuri pe gît și pe față: palatină ascendentă, submentală, labiale inferioară și superioară, amigdaliană și altele.

Artera temporală superficială (*a. temporalis superficialis*) este ramura terminală și prelungirea directă a arterei carotide externe. Ea trece prin grosimea glandei salivare parotide și iese sub piele înaintea tragusului pavilionului urechii. Artera temporală superficială trimite ramuri spre glanda parotidă (*rr. parotidei*) și pavilionul urechii (*rr. auriculares anteriores*) și, de asemenea, generează arterele transversală a feței, temporală medie și zigomaticoorbitală. La nivelul marginii superioare a orbitei, artera temporală superficială se împarte în două ramuri terminale – parietală și frontală (*r. parietalis et r. frontalis*).

Artera maxilară (*a. maxillaris*) alimentează cu sînge planurile profunde ale feței și reprezintă a doua ramură terminală a arterei carotide externe. Trunchiul scurt al arterei se divizează în trei porțiuni: prima ocolește colul mandibulei, a doua trece prin spațiul temporopterigoid dintre *m. temporalis* și *m. pterygoideus lateralis*, a treia pătrunde în fosa pterigopalatină (*fossa pterygopalatina*).

Fiecare porțiune a arterei maxilare generează un șir de ramuri. Din prima porțiune – artera auriculară profundă (*a. auricularis profunda*), ce alimentează cu sînge membrana timpanică, capsula articulației temporomandibulare și partea osoasă a conductului auditiv extern, artera timpanică anterioară (*a. tympanica anterior*), care alimentează mucoasa cavității timpanice. Artera alveolară inferioară (*a. alveolaris inferior*) prin *foramen mandibulae* se îndreaptă în canalul omonim și alimentează cu sînge dinții și gingiile. Iese din canal prin orificiul mental (*foramen mentale*), sub denumirea de *a. mentalis* și se ramifică în pielea și mușchii bărbiei.

Artera meningeă medie (*a. meningea media*) urmează pe suprafața medială a mușchiului pterigoid lateral și prin orificiul spinos pătrunde în cavitatea craniană unde se împarte în ramurile anterioară și posterioară, care alimentează dura mater.

Ramurile porțiunii a doua a arterei maxilare: maseterică (*a. masseterica*), care alimentează mușchiul omonim, arterele temporale profunde (*aa. temporales profundae*), ce alimentează mușchiul temporal, bucală (*a. buccalis*), ce alimentează mușchiul omonim, artera alveolară superioară posterioară (*a. alveolaris superior posterior*) și, de asemenea, ramurile pterigoide (*rr. pterygoidei*), ce se îndreaptă spre mușchii pterigoizi lateral și medial. Artera alveolară superioară posterioară începe la intrarea arterei maxilare în fosa pterigopalatină. Ramurile ei pătrund prin orificiile omonime în tuberozitatea maxilei, alimentînd dinții molari superiori, gingiile și mucoasa sinusului maxilar.

Ramurile porțiunii III a arterei maxilare sînt arterele infraorbitală, palatină descendentă și sfenopalatină.

Artera infraorbitală (*a. infraorbitalis*) din fosa pterigopalatină pătrunde prin fisura orbitală inferioară în cavitatea orbitei, apoi în *sulcus et canalis infraorbitalis* pînă la orificiul

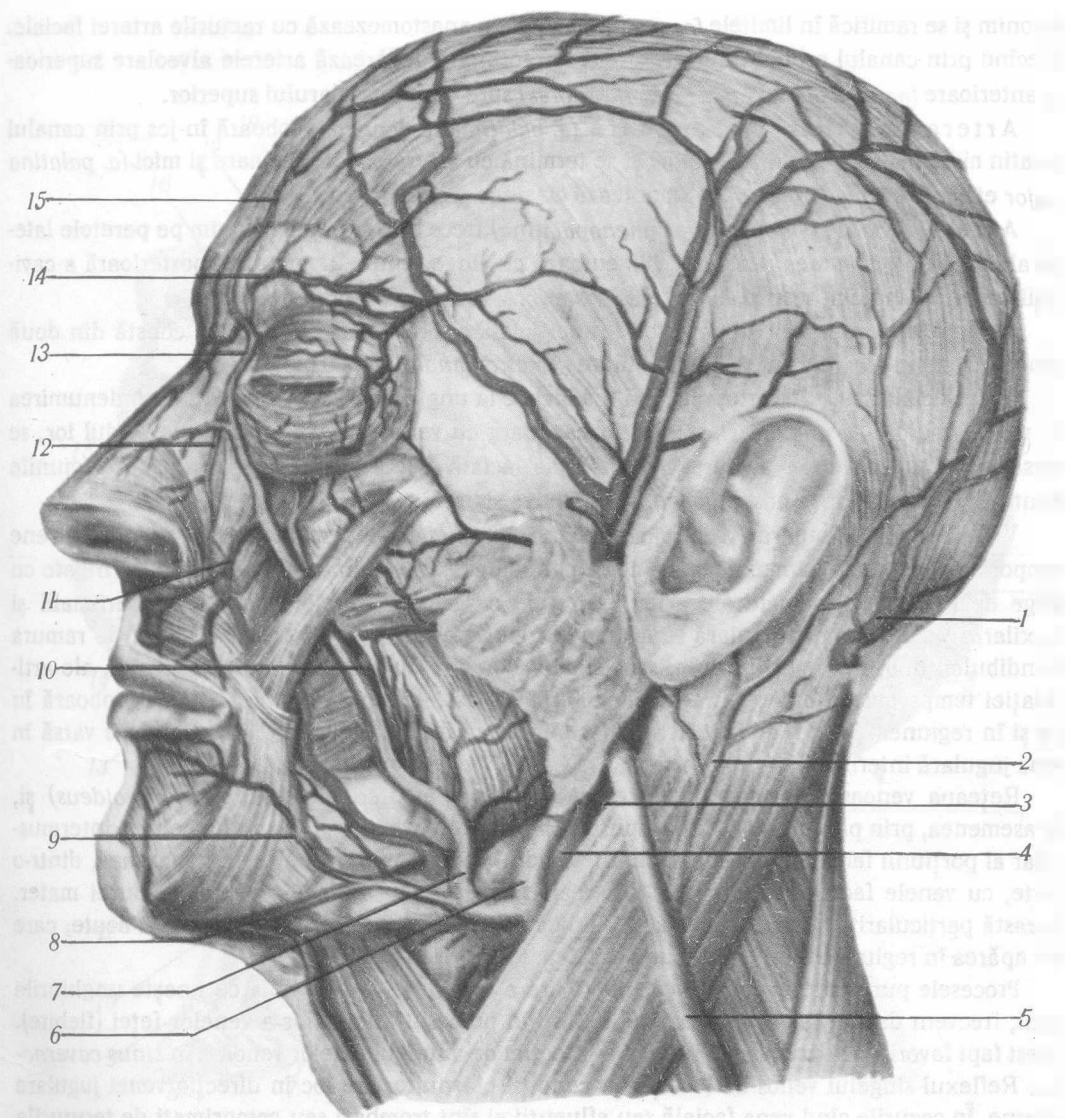


Fig. 31. Venele porțiunilor facială și cerebrală ale capului:

1 - a. v. occipitalis; 2 - v. auricularis posterior; 3 - v. jugularis interna; 4 - a. carotis externa; 5 - v. jugularis externa; 6 - v. retromandibularis; 7 - v. facialis; 8 - v. submental; 9 - v. labialis inferior; 10 - v. faciei profunda; 11 - v. labialis superior; 12 - vv. nasales externae; 13 - v. angularis; 14 - v. supraorbitalis; 15 - v. frontalis

omonim și se ramifică în limitele *fossa canina*. Aici ea anastomozează cu ramurile arterei faciale. Trecând prin canalul orbital inferior, artera infraorbitală generează arterele alveolare superioare anterioare (*aa. alveolares superiores anteriores*) spre dinții maxilarului superior.

Artera palatină descendentă (*a. palatina descendens*) coboară în jos prin canalul palatin mare (*canalis palatinus major*) și se termină cu arterele palatine mare și mici (*a. palatina major et aa. palatinae minores*). Alimentează cu sînge palatul dur și moale.

Artera sfenopalatină (*a. sphenopalatina*) trece prin orificiul omonim pe peretele lateral al nasului în cavitatea nazală și alimentează cu sînge septul și porțiunea posterioară a cavității nazale, ramificîndu-se în *aa. nasales posteriores laterales et septi*.

Venele feței constituie două rețele: superficială și profundă. Prima rețea constă din două vene: facială (*v. facialis*) și retromandibulară (*v. retromandibularis*) (fig. 31).

Vena facială însoțește artera facială. Ea începe la unghiul medial al ochiului sub denumirea de venă angulară (*v. angularis*), anastomozează larg cu venele oftalmice, care, la rîndul lor, se varsă în sinusul cavernos al durei mater. Vena facială colectează venele ce vin din regiunile frontală și orbitală, de la nas, pleoape, obraji, buze și bărbie.

Vena retromandibulară (*v. retromandibularis*) se formează prin confluența a cîtorva vene temporale superficiale și maxilare. Ea colectează sîngele venos din regiunile care sînt irigate cu sînge de ramurile terminale ale arterei carotide externe – arterele temporală superficială și maxilară. Vena retromandibulară se dispune în grosimea glandei parotide, posterior de ramura mandibulei. În această porțiune a ei se varsă venele minuscule ale pavilionului urechii, ale articulației temporomandibulare, urechii medii, glandei parotide. *V. retromandibularis* coboară în jos și în regiunea gîtului, de obicei, se unește cu vena facială. Trunchiul lor comun se varsă în vena jugulară internă.

Rețeaua venoasă profundă e prezentată prin plexul pterigoid (*plexus pterygoideus*) și, de asemenea, prin plexuri mai mici, dispuse în grosimea mușchilor și în spațiul celular intermuscular al porțiunii faciale profunde. Prin intermediul venelor oftalmice ei anastomozează, dintr-o parte, cu venele faciale superficiale, din cealaltă parte – cu sinusul cavernos al durei mater. Această particularitate are o importanță clinică deosebită în procesele inflamatorii acute, care pot apărea în regiunea feței (furuncule, carbuncule, abcese).

Procese purulente în jumătatea superioară a feței, mai sus de linia ce unește unghiurile gurii, frecvent decurg grav din cauza antrenării în procesul inflamator a venelor feței (flebite). Acest fapt favorizează propagarea rapidă a infecției de-a lungul vaselor venoase în *sinus cavernosus*. Reflexul sîngelui venos de la față, în condiții obișnuite, are loc în direcția venei jugulare interne. În cazurile cînd vena facială sau afluenții ei sînt trombați sau comprimați de țesuturile edemațiate ale feței, poate avea loc un reflex venos în direcția retrogradă. Embolul septic în așa cazuri poate pătrunde în sinusul cavernos, provocînd o flebită a sinusului, sinusotromboză, meningită.

Vasele limfatice ale tegumentelor feței transportă limfa în ganglionii limfatici submentali, submandibulari și, de asemenea, în ganglionii limfatici superficiali și profunzi ai glandei parotide (fig. 32). De la porțiunile anterioare ale cavităților nazală și bucală vasele limfatice se îndreaptă spre ganglionii limfatici submentali și submandibulari, de la porțiunile posterioare ale acestor cavități – parțial spre ganglionii limfatici occipitali și cervicali profunzi, în special, retrofaringieni. De la orbită vasele limfatice se îndreaptă către ganglionii limfatici cervicali profunzi, localizați pe peretele lateral al faringelui.

În inervația feței participă nervii motori și senzitivi. Spre mușchii mimici ai feței merg nervii motori, care reprezintă ramuri ale nervului facial. Mușchii maseteri sînt inervați de ramura III a nervului trigemen.

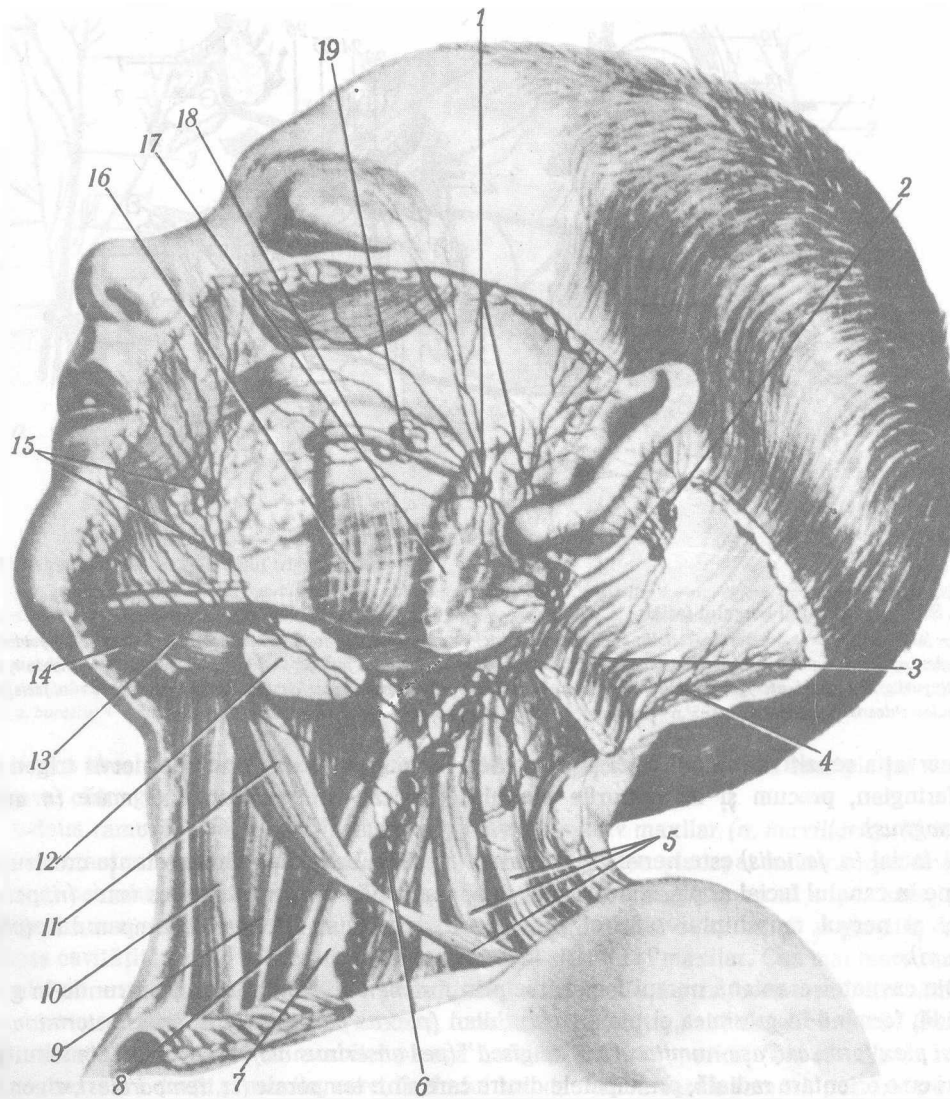


Fig. 32. Sistemul limfatic al capului și gâtului:

1 — nodi limfatici parotidiei superficiales et profundi; 2 — nodi limfatici retroauriculares; 3 — m. sternocleidomastoideus; 4 — nodi limfatici occipitales; 5 — m. trapezius, m. levator scapulae, m. omohyoideus; 6 — nodi limfatici cervicales superficiales et profundi; 7 — v. jugularis interna; 8 — a. carotis communis; 9 — m. sternohyoideus; 10 — sternohyoideus; 11 — m. omohyoideus; 12 — gl. submandibularis; 13 — nodi limfatici submandibulares et mandibulares; 14 — nodi limfatici submentales; 15 — nodi limfatici buccales; 16 — m. masseter, 17 — gl. parotis; 18 — ductus parotidius; 19 — gl. parotis accessoria

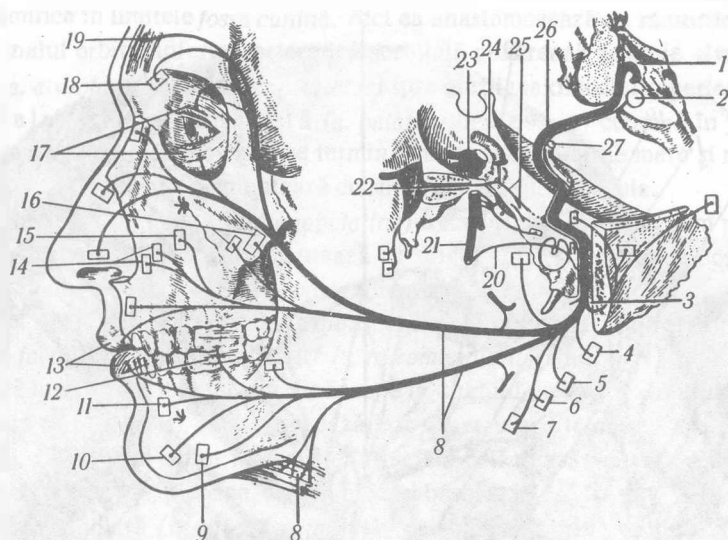


Fig. 33. Schema ramificării nervului facial:

1 - *fassa rhomboidea*; 2 - *nucl. n. facialis*; 3 - *for. stylomastoideum*; 4 - *venter posterior m. digastrici*; 5 - *m. stylohyoideus*; 6 - *m. styloglossus*; 7 - *pars glossopharyngea m. constrictor pharyngis superior*; 8 - *rr. n. facialis*; 9-19 - *rr. n. facialis*; 20 - *chorda tympani*; 21 - *n. lingualis*; 22 - *gangl. pterygopalatinum*; 23 - *gangl. trigeminale*; 24 - *a. carotis interna*; 25 - *n. intermedius*; 26 - *n. facialis*; 27 - *n. vestibulocochlearis*

Inervația senzitivă a pielii feței și mucoasei, în fond, este asigurată de nervii trigemen și glosofaringian, precum și de ramurile plexului cervical - nervul auricular mare (*n. auricularis magnus*).

N. facial (*n. facialis*) este nervul VII cranian (fig. 33). La ieșirea din substanța creierului se dispune în canalul facial al piramidei osului temporal, unde dă nervul pietros mare (*n. petrosus major*) și nervul mușchiului scăriței (*n. stapedius*), precum și coarda timpanului (*chorda tympani*).

Din cavitatea craniană nervul facial iese prin *foramen stylomastoideus*, pătrunde în glanda parotidă, formînd în grosimea ei plexul parotidian (*plexus parotideus*). Ramurile terminale ale acestui plex formează așa-numita „labă de gîscă” (*pes anserinus major*) care este constituită din ramuri cu o orientare radială, principalele dintre care sînt: temporale (*rr. temporales*), zigomatice (*rr. zygomatici*), bucale (*rr. buccales*), cervicală (*r. colli*) și, de asemenea, ramura marginală a mandibulei (*r. marginalis mandibulae*).

Pentru a evita lezarea ramurilor nervului facial, inciziile pe față, în caz de necesitate, se fac în direcție radială, începînd de la lobulul urechii.

Nervul trigemen (*n. trigeminus*) - perechea V din nervii cranieni (fig. 34) - își ia originea din două rădăcini - senzorială mare și motorie mică (*radix sensoria et radix motoria*). Pe suprafața anterioară a piramidei osului temporal, la vârful ei, rădăcina senzitivă constituie ganglionul trigeminal (*ganglion trigeminale*). De la ganglion pleacă trei nervi: oftalmic, maxilar, mandibular.

Prima ramură a nervului trigemen este nervul oftalmic (*n. ophthalmicus*) senzitiv. El pătrunde în cavitatea orbitală prin *fissura orbitalis superior* și se divizează în nervii frontal (*n. frontalis*), lacrimal (*n. lacrimalis*) și nazociliar (*n. nasociliaris*). Nervul frontal, la rîndul său, se divizează în două ramuri: supraorbitară (*n. supraorbitalis*) și supratrohleară (*n. supratrochlearis*). În porțiunea posterioară a orbitei, pe partea laterală a nervului optic, între el și mușchiul

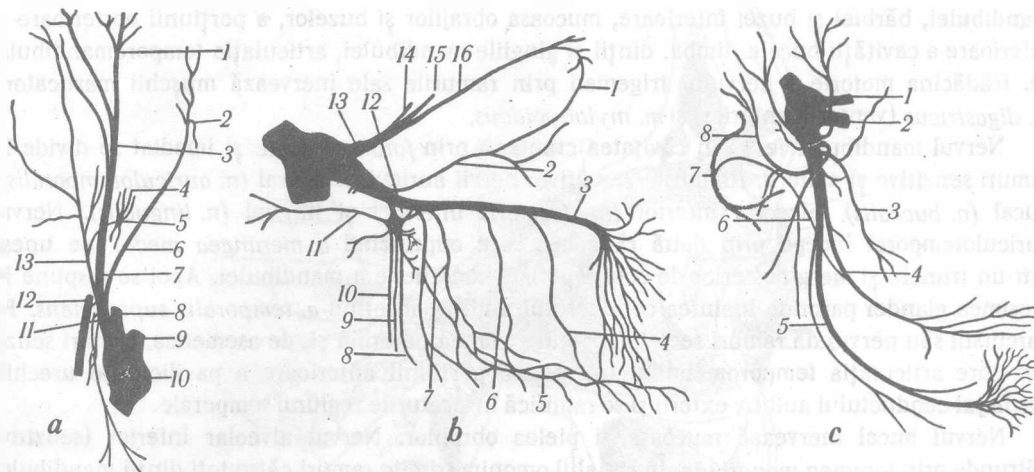


Fig. 34. Schema ramificării nervului trigemen:

a - n. ophthalmicus: 1 - n. supraorbitalis; 2 - r. communicans; 3, 7 - n. frontalis; 4 - nn. ciliares breves; 5 - gangl. ciliare; 6 - n. lacrimalis; 8 - n. maxillaris; 9 - n. mandibularis; 10 - gangl. trigeminale; 11 - n. ophthalmicus; 12 - n. oculomotorius; 13 - n. nasociliaris; b - n. maxillaris: 1 - r. communicans cum n. zygomatico; 2 - n. zygomaticus; 3 - n. infraorbitalis; 4, 6, 7 - rr. dentales superiores; 5 - plexus dentalis superior; 8, 9, 10 - nn. palatini minores; 11 - n. canalis pterygoideus (radix facialis); 12 - gangl. pterygopalatinum; 13 - n. ophthalmicus; 14 - n. nasociliaris; 15 - n. frontalis; 16 - n. lacrimalis; c - n. mandibularis: 1 - n. ophthalmicus; 2 - n. maxillaris; 3 - n. buccalis; 4 - n. lingualis; 5 - n. alveolaris; 6 - chorda tympani; 7 - n. facialis; 8 - n. auriculotemporalis

rect extern al ochiului, se dispune ganglionul ciliar (*ganglion ciliare*), de la care pleacă nn. *ciliares breves* către globul ocular.

A doua ramură a nervului trigemen este nervul senzitiv maxilar (*n. maxillaris*). El iese din cavitatea craniană prin *foramen rotundum* și inervează pielea pleoapei inferioare, a unghiului extern al ochiului, regiunii temporale, suprafeței laterale a nasului, buzei superioare, porțiunii superioare a obrazilor. De la el, de asemenea, pleacă ramuri către dinții și gingiile maxilei, mucoasa cavității nazale, palatului, sinusurilor osului sfenoid și maxilar. Cea mai mare ramură a acestui nerv - nervul infraorbital (*n. infraorbitalis*) - iese pe față prin *foramen infraorbitale* și în *fossa canina* se ramifică în formă de evantai, formînd așa-numita „labă de gîscă mică” (*pes anserinus minor*). De la nervul infraorbital pleacă nervii alveolari superiori (*nn. alveolares superiores*), ce inervează dinții și maxila, care, la rîndul lor, dau următoarele ramuri: posterioare (*rr. alveolares superiores posteriores*), medie (*r. alveolaris superior medius*) și anterioare (*rr. alveolares superiores anteriores*). În baza apofizei alveolare a maxilei ramurile alveolare superioare formează plexul dentar superior (*plexus dentalis superior*), de la care pleacă ramuri dentare și gingivale. În fosa pterigopalatină de la nervul maxilar pornesc nervii zigomatic (*n. zygomaticus*) și pterigopalatini (*nn. pterygopalatini*). În adîncimea acestei fose, medial și inferior de nervul maxilar, se dispune ganglionul pterigopalatin (*ganglion pterygopalatinum*). De la el pleacă ramuri, ce conțin fibre secretorii (simpatic, parasimpatic) și senzitive: orbitale (*rr. orbitales*), nazale superioare posterioare laterale și mediale (*rr. nazales superiores posteriores*) și nazopalatine (*nn. nasopalatini*). Ramurile nazopalatine formează trei grupe de nervi: 1) nervul palatin mare (*n. palatinus major*), 2) nervii palatini mici (*nn. palatini minores*), 3) ramuri nazale posterioare inferioare (*rr. nasales posteriores inferiores*).

A treia ramură a nervului trigemen - nervul mandibular (*n. mandibularis*) - are în componența sa fibre senzitive și motorii. Fibrele senzitive inervează pielea porțiunii inferioare a obrazilor, tîmplei, porțiunii anterioare a pavilionului urechii și a conductului auditiv extern, a

mandibulei, bărbiei și buzei inferioare, mucoasa obrazilor și buzelor, a porțiunii posterioare și inferioare a cavității bucale, limba, dinții și gingiile mandibulei, articulația temporomandibulară. Rădăcina motorie a nervului trigemen prin ramurile sale inervează mușchii masticatori, *m. digastricus* (venterul anterior) și *m. mylohyoideus*.

Nervul mandibular iese din cavitatea craniană prin *foramen ovale* și imediat se divide în ramuri senzitive și motorii. Ramurile senzitive: nervii auriculotemporal (*n. auriculotemporalis*), bucal (*n. buccalis*), alveolar inferior (*n. alveolaris inferior*) și lingual (*n. lingualis*). Nervul auriculotemporal începe prin două rădăcini, care cuprinzând *a. meningea media*, se unesc într-un trunchi și merg posterior de colul apofizei condiliene a mandibulei. Apoi se dispune în grosimea glandei parotide înaintea conductului auditiv, însoțind *a. temporalis superficialis*. Pe parcursul său nervul dă ramuri secretorii pentru glanda parotidă și, de asemenea, ramuri senzitive spre articulația temporomandibulară, pielea porțiunii anterioare a pavilionului urechii, cartilajul conductului auditiv extern și se ramifică în straturile regiunii temporale.

Nervul bucal inervează mucoasa și pielea obrazilor. Nervul alveolar inferior (senzitiv) pătrunde prin *foramen mandibule*. În canalul omonim trimite ramuri către toți dinții mandibulei și gingii, apoi iese din canal prin *foramen mentale* sub denumirea de nervul mental (*n. mentalis*).

Nervul lingual coboară între mușchii pterigoidieni și se ascunde sub mucoasa planșeului cavității bucale, încrucisându-se cu ductul excretor al glandei salivare submandibulare. El asigură inervația mucoasei feței superioare a limbii de la vârful ei pînă la *papillae vallatae* (papile caliciforme) ale celor două treimi anterioare. La nervul lingual (aproximativ la jumătatea lungimii lui) se alipește *chorda tympani*; desprinzându-se de la nervul intermediar și, ducînd fibre gustative spre mucoasa celor două treimi anterioare ale limbii și fibre parasimpatice spre glandele salivare submandibulară și sublinguală, care se întrerup în ganglionul submandibular (*ganglion submandibulare*). Fibrele *n. lingualis* sînt conductorii sensibilității generale (tactilă, durere, termică).

Ramurile motorii ale nervului mandibular se numesc conform mușchilor omonimi inervați: *n. massetericus*, *nn. temporales profundi*, *nn. pterygoidei lateralis et medialis* (nervii pterigoidieni – lateral și medial). În afară de aceasta, nervul mandibular inervează *m. tensor tympani*. Cu ramurile nervului mandibular sînt legați trei ganglioni ai sistemului nervos vegetativ: otic (*ganglion oticum*) – cu nervul pterigoidian medial (*n. pterygoideus medialis*); submandibular – cu nervul lingual; sublingual (*ganglion sublinguale*) – cu nervul sublingual (*n. sublingualis*).

De la ganglioni pornesc spre glandele salivare fibre postganglionare secretorii parasimpatice.

Regiunea orbitală

(*regio orbitalis*)

Cavitatea orbitei cu porțiunile feței aderate la ea formează o regiune aparte – regiunea orbitală (fig. 35). În ea deosebim pleoapele (*palpebrae*) și cavitatea orbitală, care e separată de fascia bulbului ocular (*vagina bulbi*) în porțiunile bulbară și retrobulbară.

Pleoapele reprezintă plice pare, ce acoperă suprafața anterioară a bulbului ocular.

Straturile. Pielea pleoapelor este subțire și fină în special la marginea liberă a pleoapelor, unde sînt situate genele. Ea ușor formează pliuri și conține glande sebacee și sudoripare.

Țesutul subcutanat palpebral este lax și lipsit de acumulări grăsoase. În el se răspîndesc liber edemele în cazul proceselor inflamatorii locale și diferitelor afecțiuni și, de asemenea, se infiltrează ușor cu sînge în traumatismul cerebral.

Stratul muscular e reprezentat de mușchiul orbicular al ochiului (*m. orbicularis oculi*), în care deosebim partea externă – orbitală (*pars orbitalis*) și cea internă – palpebrală (*pars pal-*

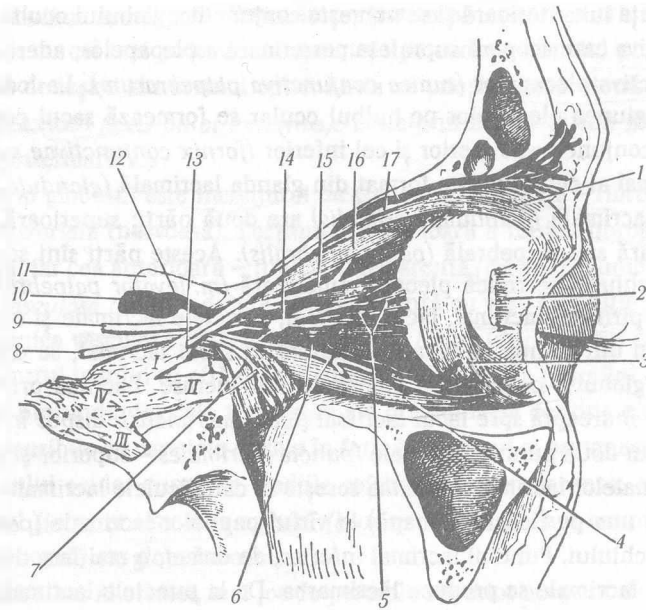


Fig. 35. Topografia orbitei:

1 — *m. levator palpebrae superioris*; 2 — *m. rectus lateralis*; 3 — *m. obliquus inferior*; 4 — *m. rectus inferior*; 5 — *nn. et aa. ciliares breves*; 6 — *r. inferior n. oculomotorii*; 7 — *m. rectus lateralis et n. abducens*; 8 — *n. abducens*; 9 — *n. oculomotorius*; 10 — *a. carotis interna*; 11 — *n. opticus*; 12 — *a. ophthalmica*; 13 — *n. lacrimalis*; 14 — *gangl. ciliare*; 15 — *n. nasociliaris*; 16 — *m. rectus superior*; 17 — *n. et a. supra-orbitalis*; I — *n. ophthalmicus*; II — *n. maxillaris*; III — *n. mandibularis*; IV — *gangl. trigeminale*

pebralis). Fibrele părții orbitale sînt dispuse circular și la contracția lor are loc strîngerea compactă a pleoapelor. Fibrele părții palpebrale diverg arciform de la ligamentul medial al pleoapelor spre cel lateral. Contractia lor produce închiderea fantei palpebrale. O parte neînsemnată de fibre musculare, desprinzîndu-se de la porțiunea palpebrală, înconjoară sacul lacrimal și se numește partea lacrimală (*pars lacrimalis*) sau mușchiul lacrimal. Acest mușchi la contracție și relaxare îngustează și dilată sacul lacrimal. La mușchii pleoapelor se referă, de asemenea, și mușchiul ce ridică pleopa superioară (*m. levator palpebrae superioris*). În cazul dereglării funcției acestui mușchi are loc coborîrea pleoapei superioare — ptoza.

După mușchi urmează o placă conjunctivă compactă, care se numește cartilajul pleoapelor (*tarsus*), cu toate că el nu conține celule de țesut cartilagos. Cartilajele (superior și inferior) reprezintă scheletul pleoapelor și le redau o anumită formă. El e fixat de marginile orbitelor prin ligamentele mediale și laterale (*ligg. palpebrale mediale et palpebrale laterale*) și, de asemenea, printr-un sept orbital compact (*septum orbitale*). Cartilajul superior e de două ori mai lat decît cel inferior.

În grosimea cartilajului pleoapelor sînt dispuse glandele (*glandulae tarsales* sau glandele Meibomius). În cartilajul pleoapei superioare sînt, de obicei, în număr de 25–30, în cel inferior — pînă la 20. Glandele produc secreție grăsoasă pentru ungerea pleoapelor.

Pe marginea pleoapelor în 2–3 rînduri cresc genele. Lîngă rădăcina fiecărei gene se dispun glandele sebacee, ducturile excretorii ale cărora se deschid în foliculii piloși. Ei se pot infecta formînd urcior (*hordeolum*).

Fașa internă sau posterioară a pleoapelor e acoperită de tunică conjunctivă a ochiului (*tunica conjunctiva*). În aptopierea marginii orbitei, *conjunctiva* se răsfrînge și trece pe globul

ocular, acoperind fața lui anterioară și se numește conjunctiva globului ocular (*tunica conjunctiva bulbi*). Conjunctiva care acoperă suprafața posterioară a pleoapelor, aderă strâns la cartilaj și se numește conjunctiva pleoapelor (*tunica conjunctiva palpebrarum*). La locul de răsfringere a conjunctivei din regiunea pleoapelor pe bulbul ocular se formează sacul conjunctival, în care deosebit furnixul conjunctival superior și cel inferior (*fornix conjunctivae superior et inferior*).

Aparatul lacrimal al ochiului este format din glanda lacrimală (*glandula lacrimalis*) și căile lacrimale. Glanda lacrimală (*glandula lacrimalis*) are două părți: superioară sau orbitală (*pars orbitalis*) și inferioară sau palpebrală (*pars palpebralis*). Aceste părți sînt separate una de alta prin tendonul mușchiului ce ridică pleopa superioară (*m. levator palpebrae*). Căile lacrimale sînt constituite din pîrîiașul lacrimal, lacul lacrimal, punctele lacrimale și canaliculul lacrimal.

Lacrimile ce vin din glanda lacrimală se adună în sacul lacrimal, se distribuie uniform și umezesc suprafața globului ocular cînd pleoapele sînt închise. Lacrima prin pîrîiașul lacrimal (*rivus lacrimalis*) se îndreaptă spre lacul lacrimal (*lacus lacrimalis*), dispus în unghiul medial al ochiului. De aici prin două puncte lacrimale (*puncta lacrimales* – superior și inferior), care constituie începutul canalelor lacrimale, lacrima sosește în canaliculele lacrimale. Punctele lacrimale sînt dispuse (cîte una pe fiecare pleopă) la vîrfurile papilelor lacrimale (*papilla lacrimalis*), la unghiul medial al ochiului. Punctul lacrimal inferior, de obicei, e mai larg decît cel superior. În obturația punctelor lacrimale se produce lăcrimarea. De la punctele lacrimale își iau începutul canaliculele lacrimale (*canaliculi lacrimales*) inferior și superior, care se distribuie corespunzător în sus și în jos, iar apoi, încovoidindu-se sub un unghi drept, se varsă în sacul lacrimal, mai des printr-un orificiu comun. Sacul lacrimal (*saccus lacrimalis*) este situat în foseta sacului lacrimal (*fossa sacci lacrimalis*), formată de apofiza frontală a maxilarului și de osul lacrimal. Conținutul sacului lacrimal este evacuat prin canalul nazolacrimal (*ductus nasolacrimalis*), care se deschide în cavitatea nazală sub cornetul nazal inferior.

Orbita are o formă de piramidă tetraedrică, vîrfurile căreia este orientat posterior, spre orificiul optic, iar baza largă e orientată anterior și limitează intrarea în orbită (*aditus orbitae*). Peretele superior al orbitei este format de osul frontal, aripa mică a osului sfenoid și prezintă, totodată, fundul fosei craniene anterioare și al sinusului frontal. Procesele purulente apărute în sinusul frontal se pot răspîndi în spațiul celular retrobulbar, și invers, procesele apărute în spațiul celular al orbitei se pot difuza spre meninge și sinusuri.

Peretele inferior al orbitei concomitent prezintă fundul ei și peretele superior al sinusului maxilar. El este foarte fin, constituit din fețele orbitale ale corpului maxilarului superior, oaselor zigomatice și palatin. În grosimea peretelui inferior al orbitei este situat canalul infraorbital, în care trec *n. infraorbitalis* și vasele omonime. Pereții canalului sînt fini, de aceea în highmorită (sinusită maxilară) poate să apară nevrita infraorbitală.

Peretele lateral al orbitei este format de osul zigomatic și aripile mari ale osului sfenoid și are două orificii: zigomaticofacial (*foramen zygomaticofaciale*) și zigomaticotemporal (*foramen zygomaticotemporale*).

Peretele medial se învecinează cu sinusul sfenoid și celulele labirintului etmoidal. El este cel mai fin perete al orbitei, format de apofiza frontală a maxilei, osul lacrimal, lama orbitală a osului etmoid și de aripa mică a osului sfenoid. Pe acest perete există două orificii: etmoid anterior și posterior (*foramen ethmoidale anterius et posterius*) pentru nervii și vasele omonime.

Cavitatea orbitei comunică larg cu regiunile adiacente prin orificii și fisuri. Astfel, prin canalul optic, prin fisura orbitală superioară și orificiile osului etmoid, orbita comunică cu cavitatea craniană. Fisura orbitală inferioară și canalul zigomaticotemporal unesc orbita cu fosele infratemporală și pterigopalatină, iar orificiul sfenopalatin și canalul nazolacrimal – cu cavitatea nazală.

Globul ocular (bulbus oculi) este dispus în porțiunea anterioară a orbitei. Distingem polul anterior, ce coincide cu cel mai proeminent punct de pe corneea, și polul posterior, care se află mai lateral de locul de ieșire al nervului optic. Linia ce unește aceste două puncte se numește ax ocular optic sau extern (*axis bulbi externus*). Ecuatorul ocular divide globul în două jumătăți: anterioară și posterioară.

Nucleul intern al globului este înconjurat de trei tunici: externă – fibroasă, medie – vasculară și internă – senzorială (nervoasă). Porțiunea posterioară a tunicii fibroase formează tunica sclerotică sau sclera, iar cea anterioară – tunica transparentă (*cornea*). Tunica vasculară a globului ocular (*tunica vasculosa bulbi*) e dotată din abundență cu vase sanguine și pigment și constă din trei porțiuni: tunica vasculară propriu-zisă, coroida (*choroidea*), corpul ciliar (*corpus ciliare*) și irisul (*iris*). În centrul irisului se află un orificiu rotund – pupila (*pupilla*). Tunica internă sau retina este cea mai profundă din cele trei tunici ale ochiului. Ea conține elemente senzoriale – celule vizuale fotosensibile cu capetele distale în formă de conuri și bastonașe.

Interiorul globului ocular cuprinde mediile refringente transparente: corpul vitros (*corpus vitreum*), cristalinul (*lens*) și umoarea apoasă (*humor aquosus*), care ocupă cele două camere (anterioară și posterioară) ale globului ocular.

În spațiul retrobulbar al orbitei, mai jos de peretele superior acoperit de periost (*periorbita*), se situează corpul adipos al orbitei – *corpus adiposum orbitae*. Globul ocular este delimitat de bula grăsoasă printr-o membrană fascială – teaca globului ocular (*vagina bulbi*).

În porțiunea posterioară a orbitei se găsesc, de asemenea, mușchii oculari: patru drepți (superior, inferior, medial și lateral) și doi oblici (superior și inferior). Toți mușchii globului ocular, în afară de mușchiul inferior oblic, pornesc din profunzimea orbitei de la inelul tendinos comun (*anulus tendineus communis*), care cuprinde orificiul canalului optic. Mușchiul oblic inferior al globului ocular pornește de la fața orbitală a maxilei de lângă foseta sacului lacrimal. Prin acest inel pătrund în orbită nervii: optic, oculomotor, nazociliar și abducens, precum și artera oftalmică.

Vascularizația tuturor țesuturilor orbitei, inclusiv a globului ocular, se efectuează de artera oftalmică (*a. ophthalmica*), ramură a arterei carotide interne. Începând de la această arteră în cavitatea craniană, ea pătrunde prin canalul optic (împreună cu nervul optic), apoi în cavitatea orbitei unde generează mai multe ramuri. Artera oftalmică anastomozează larg cu ramurile arterei carotide externe.

Venele oftalmice (*vv. ophthalmica superior et inferior*) se situează pe pereții superior și inferior ai orbitei și, confluind în posterior, formează un trunchi comun sau o rețea (*plexus ophthalmicus*), din care sângele se scurge în *sinus cavernosus*. Venele orbitei sînt legate prin multiple anastomoze cu rețelele venoase superficiale și profunde ale feței.

Inervația țesuturilor orbitei este realizată de nervul oftalmic (*n. ophthalmicus*) – nervul senzitiv de bază al orbitei. Nervul optic (*n. opticus*), fiind format din fibre nervoase ce prezintă niște prelungiri ale neuronilor multipolari din tunica internă a globului ocular, posedă o sensibilitate specială.

Inervația mușchilor ochiului se realizează de nervii motori – oculomotor (*n. oculomotorius*), trohlear (*n. trochlearis*) și abducens (*n. abducens*). Mușchiul drept lateral al globului este inervat de *n. abducens*, superior oblic – de *n. trochlearis*, toți ceilalți (superior, inferior și medial drepți, oblic inferior și mușchiul levator al pleoapei superioare) – de *n. oculomotorius*.



Regiunea nazală

(*regio nasalis*)

Limitele. Regiunea nasului e delimitată: superior – de linia orizontală care unește capetele mediale ale sprâncenelor, inferior – de linia orizontală trasată prin baza porțiunii mobile a septului nazal, lateral – de șanțurile nazogeniene și nazolabiale.

În regiunea nazală distingem nasul extern, cavitatea nazală și sinusurile paranasale. Nasul extern (*nasus externus*) prezintă un schelet osteocartilaginos, acoperit cu piele, și are forma unei piramide triunghiulare. Este constituit din rădăcina nasului (*nasion*) *radix nasi*, de la care în jos continuă dosul nasului (*dorsum nasi*), ajungând pînă la vîrfurile nasului (*apex nasi*). Fețele anterolaterale constituie aripile nasului (*alae nasi*). Marginile inferioare libere ale aripiilor delimitează nările (*nares*) care comunică cu cavitatea nazală. Scheletul osos al nasului extern este format de apofizele frontale ale maxilei și din oasele pare nazale, care împreună cu spina nazală anterioară formează orificiul piriform (*apertura piriformis*). Porțiunea cartilaginoasă este formată de cartilajele pare nazale laterale, accesorii, cartilajele alare mare și mic și de cartilajul septului nazal.

Straturile. Pielea în regiunea rădăcinii nasului este subțire, netedă, ușor formează cute. În regiunea vîrfului și aripiilor devine mai groasă și e concreșcută cu țesuturile subiacente, conține o cantitate mare de glande sebacee. Pielea nasului conține și glande sudoripare. Vestibulul cavității nasului (*vestibulum nasi*), ce reprezintă porțiunea ei anterioară, este căptușit cu piele care conține peri. De aceea sînt posibile furuncule și sicoze. În regiunea aripiilor nasului în țesutul *subcutanat*, lipsit de țesut adipos, sînt dispuși mușchii dilatori și constrictori.

Vascularizarea nasului extern este realizată de anastomozele ramurilor arterelor oftalmice (*a. dorsalis nasi*) și faciale. Venele nasului se varsă în venele faciale și oftalmice (*vv. ophthalmicae*), apoi prin ele – în sinusul cavernos. Venele anastomozează între ele.

Circulația limfatică eferentă se realizează de obicei în ganglionii submandibulari și parțial în cei parauriculari (parotidieni).

Inervația senzitivă a nasului extern este asigurată de ramurile nervului trigemen: de prima nn. *infratrochlearis*, *ethmoidalis anterior*, de a doua – *n. infraorbitalis*. Mușchii nasului extern sînt inervați de ramurile nervului facial.

Cavitatea nazală (*cavitas nasi*) este divizată de septul nazal (*septum nasi*) în două părți, ce se deschid anterior prin nări, iar posterior comunică cu nazofaringele prin două orificii – coane.

În fiecare jumătate a cavității nazale distingem patru pereți: superior, inferior, lateral și medial. Peretele superior (arcada) este format de oasele nazale și partea nazală a osului frontal, de lama ciuruită (*lamina cribrosa*) și celulele osului etmoid (cea mai mare parte a acoperișului), precum și de corpul osului sfenoid. Prin numeroase orificii din *lamina cribrosa* trec fibre nervoase ale nervilor olfactivi. Peretele inferior (planșeul) al cavității nazale este format de apofizele palatine ale maxilarului și de lamelele orizontale ale palatinului (palatul dur). Pe linia mediană aceste oase concreșc și formează creasta osoasă nazală (*crista nasalis*), cu care se unesc vomerul și cartilajul septului nazal. Peretele inferior separă cavitatea nazală de cavitatea bucală. În dereglările embriogenezei – închiderea incompletă a peretelui inferior între aceste două cavități – se formează fisuri – dehiscență congenitală a bolții palatine sau „gură de lup”. În porțiunea anterioară și cea medie ale peretelui anterior este dispus canalul incisiv (*canalis incisivus*), prin care trec vasele și nervii omonimi.

Peretele medial sau septul nazal este constituit din lama perpendiculară a osului etmoid, din vomer și cartilajul septului nazal, marginea superioară a căruia formează dosul nasului. Septul nazal, de obicei, e dispus asimetric și deseori deformat. O deformație considerabilă poate deregla respirația nazală, care se corijează în mod chirurgical.

Peretele lateral al cavității nazale are o structură mai complicată. El este format din oasele nazal și lacrimal, labirintul etmoidal, fața nazală a corpului maxilar și apofiza lui frontală, lama perpendiculară a osului palatin și lama medială a apofizei pterigoide a osului sfenoid. Pe peretele lateral sînt dispuse trei cornete nazale: superior (*concha nasalis superior*), mediu (*concha nasalis media*) și inferior (*concha nasalis inferior*), care atîrnă liber în cavitatea nazală. Cele două cornete superioare sînt apofize ale osului etmoid, iar cel inferior este os independent.

Cornetele nazale delimitează trei meaturi nazale: superior mediu și inferior. Meatul nazal superior (*meatus nasi superior*) este dispus între cornetele superior și mediu (cel mai scurt). În el se deschid sinusul sfenoid și celulele posterioare ale osului etmoid (*cellulae ethmoidales posteriores*). Meatul nazal mediu (*meatus nasi medius*) e situat între cornetele nazale mediu și inferior. În acest meat se deschid celulele anterioare și medii ale osului etmoid (*cellulae ethmoidales anteriores et mediae*), orificiile sinusurilor frontal și maxilar.

Meatul nazal inferior (*meatus nasi inferior*), cel mai lung, e delimitat în partea superioară de cornetul nazal inferior și în partea inferioară – de planșeul cavității nasului. Aici se deschide orificiul canalului nazolacrimal. Toate meaturile nazale în partea posterioară se deschid în cavitatea ambelor părți ale septului nazal, iar prin coane comunică cu porțiunea nazală a faringelui (nazofaringe). Mucoasa cavității nasului tapetează toți pereții ei și continuă în mucoasa sinusurilor paranazale, ce se deschid în cavitatea nazală. Mucoasa nazală are două regiuni: respiratorie (*regio respiratoria*) și olfactivă (*regio olphactoria*). Regiunea respiratorie a mucoasei ocupă suprafața de la fundul cavității nasului în sus pînă la nivelul marginii inferioare a cornetului nazal mediu. Regiunea olfactivă este situată în zonele superioare ale cavității nasului, de la boltă pînă la partea superioară a cornetului nazal mediu.

La sinusurile paranazale (*sinus paranasales*) se referă: maxilar, frontal, sfenoidal și sinusul osului etmoid.

Sinusul maxilar (*sinus maxillaris*) se află în corpul osului maxilar și este cel mai mare din cavitățile pneumatice anexate la nas. Forma sinusului variază și se apropie de cea a unei piramide tri- sau tetraedrice.

Sinusul are următorii pereți: superior, anterior, inferior posterior și medial. Peretele superior are o formă triunghiulară, conține canalul infraorbital și constituie planșeul orbitei. În regiunea canalului, planșeul superior uneori poate să lipsească. Peretele anterior este format de suprafața anterioară a maxilarului, cel inferior prezintă planșeul sinusului, constituit din apofiza alveolară pe întinderea de la dintele canin pînă la tuberozitatea maxilară. Deseori rădăcinile dinților premolari și molari sînt separate de sinus prin intermediul unei lame osoase, iar uneori pătrund liber sub mucoasa sinusului. Prin aceasta se pot explica sinuzitele de origine odontogenă.

Peretele posterior al sinusului e format de tuberozitatea maxilarului superior, adiacent fosei pterigopalatine. Peretele medial se află în raport cu meatul nazal inferior și cel mediu, fiind lipsit de carcasa osoasă pe parcursul meatului nazal mediu. Aici sinusul maxilar este legat de cavitatea nazală printr-un orificiu. La nou-născuți sinusurile maxilare pot lipsi sau au dimensiuni foarte mici și numai aproximativ la 10 ani capătă forma sinusurilor definitive.

Sinusul frontal (*sinus frontalis*) este situat în grosimea scuamei osului frontal în partea posterioară a arcadei supraorbitare. Forma seamănă cu o piramidă triunghiulară cu baza în jos. Forma și dimensiunile sinusului variază. Sinusul are patru pereți. Peretele anterior e prezentat de arcadele supraorbitare, cel posterior (mai subțire) – concomitent constituie și peretele fosei cerebrale anterioare, cel inferior – peretele superior al orbitei și care este în raport pe o distanță mică cu celulele osului etmoid și cavitatea nazală, peretele medial constituie septul intersinusal (*septum sinuum frontalem*), care separă sinusul în două părți frecvent inegale. Sinusul frontal se deschide în meatul nazal mijlociu prin orificiul sinusului (*apertura sinus frontalis*). La nou-născuți sinusul frontal lipsește. De obicei capătă forma lui tipică la 2–3 ani.

Sinusul sfenoidal (*sinus sphenoidalis*) se află în corpul osului sfenoid și constă din următorii pereți: superior, inferior, anterior, posterior și lateral. Printr-un sept, care servește și ca perete medial, sinusul este divizat în două jumătăți – dreaptă și stângă. Peretele superior este constituit de fundul șei turcești. În partea superioară aceasta e vecină cu o porțiune a lobului frontal al creierului și cu glanda hipofiză, iar în cea anterioară – cu chiasma optică. Peretele inferior formează bolta nazofaringelui și a cavității nazale. Peretele său anterior delimitează cavitatea nazală și conține un orificiu de ieșire ce comunică cu meatul nazal superior. Peretele posterior este cel mai gros, limitează cu fosa cerebrală posterioară și trece în porțiunea bazilară a osului occipital. Peretele lateral al sinusului corespunde peretelui lateral al corpului osului sfenoid, de care aderă aripile mari. Acest perete limitează cu artera carotidă internă și sinusul cavernos, pe unde trec nervii oculomotor, trohlear și abducens și, de asemenea, prima ramură a nervului trigemen. Vecinătatea osului sfenoid cu așa formațiuni importante explică complicațiile, care pot avea loc în caz de purulențe.

Sinusurile osului etmoidal (*sinus ethmoidales*) prezintă niște cavități numeroase de formă neregulată, ce se numesc celule și constituie labirintul etmoidal. Celulele sînt situate pe ambele suprafețe ale lamei perpendiculare. Deosebim celule anterioare (*cellulae anteriores*), medii (*cellulae mediae*) și posterioare (*cellulae posteriores*). În partea laterală sinusurile sînt delimitate de peretele medial al orbitei. Peretele medial corespunde cu peretele lateral al cavității nazale. În partea superioară celulele limitează cu fosa cerebrală anterioară, de care sînt separate printr-un perete fin osos, în cea inferioară – cu corpul maxilarului superior. Celulele osului etmoid anterior și medii se deschid în meatul mijlociu al nasului.

Sursa principală care vascularizează cavitatea nazală e artera sfenopalatină (*a. sphenopalatina*) – ramură din *a. maxillaris*. Prin ramurile sale nazale ea alimentează peretele lateral al nasului, septul și toate sinusurile paranasale. La vascularizația cavității nasului, de asemenea, participă arterele etmoidale anterioare și posterioare, ramuri din artera oftalmică. Venele sînt satelite arterelor și formează rețele. Scurgerea venoasă se realizează în venele oftalmică și facială.

Vascularizația cavității nazale are particularitățile sale și se deosebește prin faptul că în mucoasa treimii anterioare a ei se formează o rețea vasculară densă, prezența căreia explică hemoragiile nazale. Locul acesta a căpătat denumirea de zonă hemoragică a nasului (pată vasculară).

Circulația limfatică eferentă din porțiunile anterioare ale nasului se realizează în ganglionii submandibulari, din cele medii și posterioare – în ganglionii limfatici cervicali profunzi.

În cavitatea nazală distingem inervația olfactivă și cea generală (senzitivă și secretorie). Inervația senzitivă se realizează de prima (*n. ophthalmicus*) și a doua ramură (*n. maxillaris*) ale nervului trigemen. Pornind din prima ramură a nervului trigemen, nervii etmoidali anteriori și posteriori (*nn. ethmoidalis anterior et posterior*) inervează porțiunile laterale și bolta cavității nasului. Ramurile nazale interne ale nervului infraorbital (*rr. nasales interni n. infraorbitalis*) asigură inervația zonală anterioară a cavității nazale. De la ganglionul pterigopalatin provin ramurile nazale posterioare (*rr. nasales posteriores*). În componența acestor ramuri intră fibrele secretorii. Nervul nazopalatin (*n. nasopalatinus*) inervează septul nazal.

Regiunea bucală (*regio oralis*)

Limitele. Regiunea bucală în partea superioară este conturată de o linie orizontală, care trece prin baza septului nazal, în partea inferioară – de linia orizontală care trece de-a lungul

șanțului labiomentonier și în cea laterală – de pliul nazolabial. Regiunea se divizează în regiunea labială și cavitatea bucală. La aceasta din urmă mai deosebim două despărțituri: vestibulul gurii (*vestibulum oris*) și cavitatea bucală propriu-zisă (*cavitas oris propria*).

Orificiul bucal (*rima oris*) e delimitat de marginile libere ale buzelor. Buzele prezintă niște cute moi musculocutanate, acoperite din interior de mucoasă, din exterior de piele, conținând în grosimea lor un strat muscular.

Straturile. Pielea buzelor este subțire, conține o cantitate mare de glande sebacee și sudoripare, treptat trece în mucoasă, care, la rîndul ei, tapetează fața posterioară a buzelor, prelungindu-se în regiunea obrazilor și gingiilor. Pe linia mediană, membrana mucoasă a buzelor, trecînd pe apofizele alveolare, formează frîurile labiale (*frenuli labii superioris et inferioris*).

Țesutul subcutanat este slab dezvoltat, ceea ce condiționează aderarea pielii de stratul subiacent muscular. *Musculatura* este constituită din mușchiul orbicular al gurii și de mușchii buzelor superioară și inferioară. Între stratul muscular și mucoasă se situează țesutul submucos lax, în care sînt amplasate vasele și nervii.

Vascularizația se realizează din ramurile arterei faciale labiale superioară și inferioară (*aa. labialis superior et inferior*) și, de asemenea, de ramurile *aa. infraorbitalis et mentalis*. De obicei, arterele superioare și inferioare ale buzelor din ambele părți se unesc pe linia mediană și formează un cerc închis. Intervențiile chirurgicale în regiunea buzelor sînt sîngeroase. Venele însoțesc arterele omonime. Ele constituie o rețea densă cu multiple anastomoze, se varsă, mai ales, în vena facială și au importanță în apariția trombozelor și tromboflebitelor pe față.

Inervația senzitivă a pielii și mucoasei buzelor este asigurată de la a doua ramură (buza superioară) și de ramura mandibulară a nervului trigemen (buza inferioară). Mușchii buzelor sînt inervați de nervul facial (*rr. buccalis et marginalis mandibulae*).

Vasele limfatice se varsă în ganglionii limfatici submandibulari și, de asemenea, în cei bucali. Pe lîngă aceasta, de la treimea medie a buzei inferioare scurgerea limfei se realizează direct în ganglionii limfatici submentali. Acest fapt trebuie luat în considerație la operațiile în caz de cancer al buzei inferioare – extirparea ganglionilor limfatici submandibulari, submentali și a glandelor salivare din ambele părți (operația Vanah).

Vestibulul cavității bucale (*vestibulum oris*) prezintă un spațiu capilar, în formă de potcoavă, delimitat în exterior de buze și obraji, în inferior – de dinți și gingii. În poziție de ocluzie a arcadei dentare vestibulul comunică cu cavitatea bucală propriu-zisă prin spațiile interdentare ale dinților superiori și inferiori și, de asemenea, prin spațiul posterior al molarilor (retromolar). Acest spațiu se folosește pentru administrarea hranei în contracturile articulației temporomandibulare, cînd mandibula este imobilă.

În locurile de trecere a mucoasei de pe buze și obraji pe apofizele alveolare se formează fornixurile vestibulului cavității bucale (*fornix superior et fornix inferior*), iar pliurile ei poartă denumirea de cutele fundului de sac al mucoasei. Fornixul superior e dispus mai jos de sinusul maxilar, lucru ce trebuie de știut în operațiile practicate în caz de sinuzită.

În vestibulul cavității bucale se deschid canalele glandelor salivare mici (jugale și labiale) și cîte un canal de fiecare parte a glandei parotide. Canalul parotidian (*ductus parotideus*) se deschide la nivelul molarului II superior la vîrfurile proeminenței mucoasei obrazului – papila glandei parotide.

Cavitatea bucală propriu-zisă (*cavitas oris propria*) în poziția de ocluzie a arcadei dentare are formă de fantă, limitată în partea superioară de bolta palatină osoasă, în cea posterioară se prelungește în vîlul palatin, în cea anterioară și cea laterală – de dinți, gingii și apofizele alveolare ale maxilarelor, în partea inferioară – de limbă și planșeul bucal. Cavitatea bucală comunică cu porțiunea bucală a faringelui (*pars oralis pharyngeus*) printr-un orificiu (*fauces*) al vestibulului faringian.

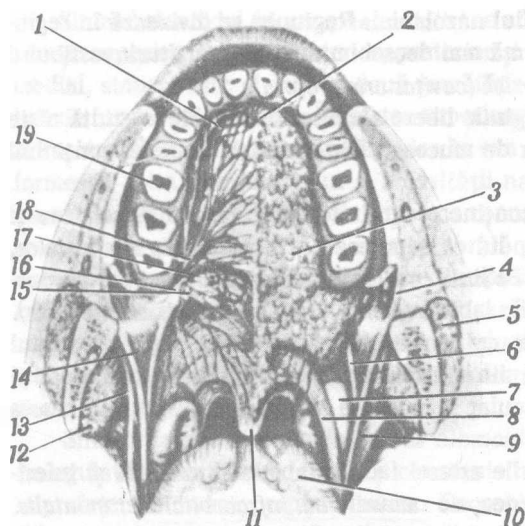


Fig. 36. Palatul dur și palatul moale:

1 — a. palatina major; 2 — n. nasopalatinus; 3 — gii. palatinae; 4 — m. buccinator; 5 — m. masseter; 6 — m. palatopharyngeus; 7 — tonsilla palatina; 8 — m. palatoglossus; 9 — m. styloglossus; 10 — lingua; 11 — uvula; 12 — m. pterygoideus medialis; 13 — n. lingualis; 14 — m. constrictor pharyngis inferior; 15 — m. tensor veli palatini; 16, 17 — nn. palatini minores; 18 — n. palatinus anterior; 19 — cavitas dentis

și țesutul conjunctiv, care unește consistent mucoasa cu periostul și osul. În porțiunile laterale ale palatului la limita cu apofiza alveolară și, de asemenea, la locul de trecere în palatul moale, stratul glandular devine cel mai gros și mucoasa se desprinde ușor de planul submucos.

Palatul moale, vălul (*palatum molle*), fiind o prelungire directă a palatului dur, prezintă o formațiune musculară, care conține o carcasă fibroasă (aponevroza palatină) și este tapetată pe ambele fețe de mucoasă, despărțită de planul glandelor mucoase printr-o submucoasă de țesut conjunctiv lax (fig. 36).

Palatul moale este format din următorii mușchi: mușchiul levator al vălului palatin (*m. levator veli palatini*), palatofaringian (*m. palatopharyngeus*), palatoglos (*m. palatoglossus*) și mușchiul uvulei (*m. uvulae*). Cavitatea bucală comunică în partea posterioară cu faringele prin orificiul (*fauces*) vestibulului faringian limitat: lateral de marginea posterioară a palatului moale, care trece din părți în pliurile arcuate ale vălului palatin, de arcul palatoglos (*arcus palatoglossus*) în partea anterioară și de arcul palatofaringian (*arcus palatopharyngeus*) în cea posterioară; în partea superioară de uvula palatină (*uvula palatina*); în cea inferioară de rădăcina limbii (*radix linguae*).

Între arcurile palatine sînt dispuse amigdalele palatine, fiind separate de peretele lateral al faringelui printr-un țesut conjunctiv lax. Suprafața amigdalelor este rugoasă și conține cripte. Fața ei medială, orientată în cavitatea bucală, e acoperită de mucoasă care pătrunde în criptele amigdalelor (lojele amigdalieni). Structura amigdalelor palatine înlesnește reținerea microbilor patogeni și dezvoltarea proceselor inflamatorii, care de multe ori au caracter cronic (amigdalită cronică).

Amigdalele palatine împreună cu amigdalele faringiene, linguale și tubare formează inelul limfoepitelial faringian (inelul Pirogov-Waldeyer).

Palatul dur (*palatum durum*) este constituit din apofizele palatine ale maxilei, unite printr-o sutură pe linia mediană, precum și de lamele orizontale ale oaselor palatine, căptușite cu mucoasă. Această concreștere a țesuturilor formează rafeul palatin (*raphe palati*), care în porțiunea anterioară este intersectat de pliurile transversale (*plicae palatinae transversae*). Palatul dur concav în sens anteroposterior formează bolta. Forma bolții variază și palatul poate fi înalt, îngust sau jos și lat. Pînă la apariția dinților, bolta palatină este slab reliefată și palatul, de obicei, este plat.

Straturile palatului dur constau din mucoasă cu glande palatine, periost și os. Mucoasa în porțiunea anterioară a palatului formează cîteva (2-6) pliuri transversale, iar în regiunea orificiului incisiv — proeminența papilei incisive. Porțiunea posterioară a palatului osos e netedă. Mucoasa aproape pe toată întinderea palatului dur aderă de periost, întrucît submucoasa aici lipsește. Între periost și mucoasă sînt situate glandele mucoase și mixte (mucosalivare), precum

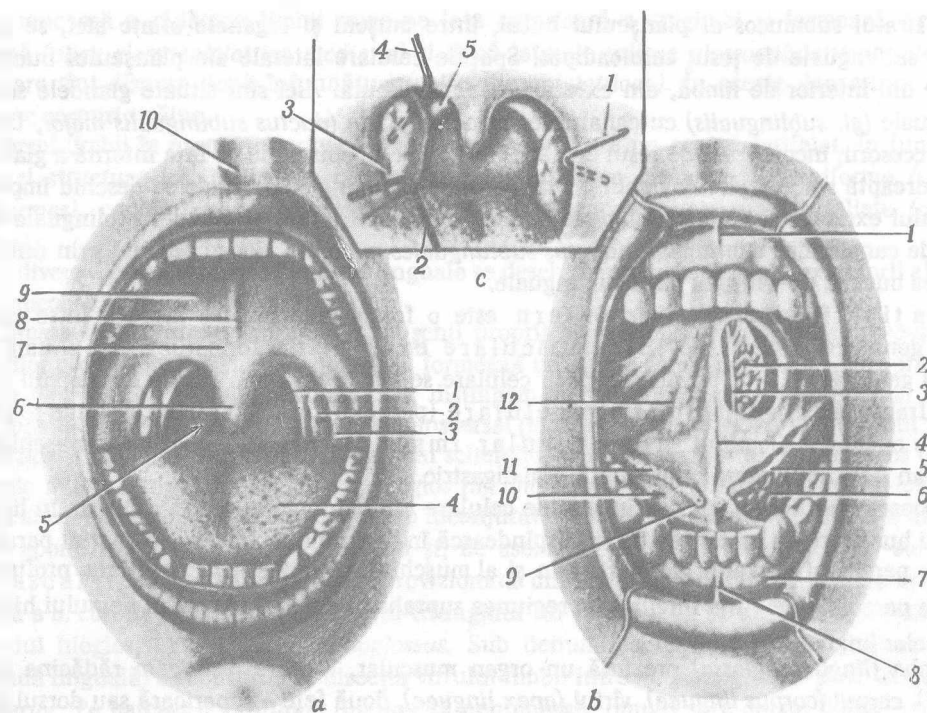


Fig. 37. Cavitătea bucală:

a - vedere în ansamblu; 1 - arcus palatopharingeus; 2 - tonsilla palatina; 3 - arcus palatoglossus; 4 - dorsum linguae; 5 - isthmus faucium; 6 - uvula; 7 - palatum molle; 8 - raphe palati; 9 - palatum durum; 10 - philtrum; b - planșeul cavității bucale; 1 - frenulum labii superioris; 2 - gl. linguales; 3 - n. lingualis; 4 - frenulum linguae; 5 - ductus submandibularis; 6 - gl. sublingualis; 7 - gingiva; 8 - frenulum labii inferioris; 9 - caruncula sublingualis; 10 - diaphragma oris; 11 - plica sublingualis; 12 - facies inferior linguae; c - vestibulul faringian; 1 - sonda este introdusă în recesul anterior profund al amigdalei; 2 - sonda este în partea posterioară a plicii triunghiulare; 3 - plica triunghiulară; 4 - sonda în loja amigdalină; 5 - fosa supraamigdalină

Vascularizația amigdalelor se realizează de arterele: faringiană ascendentă (din artera carotidă externă), palatină (din artera facială) și artera palatină descendentă (din artera maxilară).

Vascularizația palatului dur și moale este realizată de arterele palatine mare (*a. palatina major*) și mici (*aa. palatinae minores*), care pornesc din artera palatină descendentă, cât și de artera faringiană ascendentă. Segmentul anterior al palatului dur se vascularizează din artera incisivă. Scurgerea venoasă se realizează în venele omonime, care se varsă în plexurile venoase pterigoidian și faringian.

Circulația limfatică eferentă se produce în ganglionii limfatici ai faringelui și în ganglionii cervicali profunzi.

Inervația palatului dur și moale este asigurată de nervii palatin mare (*n. palatinus major*) și nazopalatin (*n. nasopalatinus*) din *n. maxillaris*. Toți mușchii palatului moale, cu excepția mușchilor tensori ai vălului palatin, sînt inervați de plexul faringian (*plexus pharyngeus*), *m. tensor veli palatini* - de nervul mandibular.

Planșeul cavității bucale, ce se întinde între osul hioid și mandibulă (fig. 37), e format din limbă și mușchii scheletici ai limbii: genioglos (*m. genioglossus*), stiloglos (*m. styloglossus*), hioglos (*m. hyoglossus*) și din diafragma oral - mușchiul milohioidian (*m. mylohyoideus*).

Deasupra diafragmului oral e dispus mușchiul geniohioidian (*m. geniohyoideus*), iar sub el - mușchii digastric (*m. digastricus*) și stilohioidian (*m. stylohyoideus*).

În stratul submucos al planșeului bucal, între mușchi și organele aflate aici, se găsesc spațiile sublinguale de țesut celuloadipos. Spațiile celulare laterale ale planșeului bucal sînt limitate din interior de limbă, din exterior – de mandibulă. Aici sînt situate glandele salivare sublinguale (*gl. sublingualis*) cu canalul lor principal mare (*ductus sublingualis major*, Bartholin) și accesoriul, înconjurate de țesut celular. Ele își iau începutul de pe fața internă a glandelor și se îndreaptă spre caruncula sublinguală (*caruncule sublingualis*), unde se deschid împreună cu canalul excretor al glandei submandibulare. De la unii lobuli ai glandei sublinguale încep 18–20 de canale mici sublinguale (*ductus sublinguales minores*). Ele se deschid prin orificii în cavitatea bucală, de-a lungul plicii sublinguale.

Spațiul intermuscular intern este o formațiune impară dispusă între cei doi mușchi geniogloși. Spațiile intermusculare externe sînt formațiuni pare situate între mușchii genioglos și hioglos. Aceste spații celulare se localizează mai sus de diafragma bucal. Sub diafragm sînt localizate spațiile celulare (pare) submandibulare, unde se găsesc glandele omonime și spațiul intermuscular impar inferior, situat între mușchiul milohioidian și venterul anterior al mușchiului digastric.

Procese purulente, apărute în spațiile celulare intermusculare, pot să difuzeze în limitele cavității bucale și, de asemenea, să se răspîndească în regiunile limitrofe – în spațiul parafaringian (pe parcursul nervului glosofaringian și al mușchiului stiloglos), în porțiunea profundă a feței (pe parcursul nervului lingual), în regiunea suprahioidiană (pe parcursul nervului hipoglos și al vaselor linguale).

Limba (*lingua s. glossa*) prezintă un organ muscular, în care distingem rădăcina (*radix linguae*), corpul (*corpus linguae*), vârful (*apex linguae*), două fețe – superioară sau dorsul limbii (*dorsum linguae*) și inferioară (*facies inferior linguae*). Ambele fețe se unesc prin marginile limbii (*margo linguae*) (fig. 38).

Pe linia sagitală a dorsului limbii trece șanțul median (*sulcus medianus linguae*). În grosimea limbii, orientată vertical și median, conform acestui șanț, trece o placă conjunctivă îngustă – septul longitudinal fibros al limbii (*septum linguae*), care împarte limba în două jumătăți aproape simetrice. Pe dorsul limbii, la limita dintre corp și rădăcină, dispus în sens transversal, se găsește un șanț nu prea adînc limitrof (*sulcus terminalis*), în formă de unghi deschis în anterior sau în formă de litera V latină. La vârful acestui unghi se află orificiul orb (*foramen caecum*) – rudiment al canalului tireoglos (*ductus thyreoglossus*). Persistența acestui canal provoacă chisturi și fistule mediane, care trebuie tratate în mod chirurgical.

Tunica mucoasă acoperă fața superioară și marginile limbii pe toată întinderea ei, iar fața inferioară – numai în porțiunea corpului și a vârfului. Mai posterior de linia limitrofă, mucoasa dorsului limbii are un aspect noduros, deoarece conține un număr mare de foliculi limfoizi, totalitatea cărora se numește amigdala linguală (*tonsilla lingualis*). Posterior de amigdala linguală,

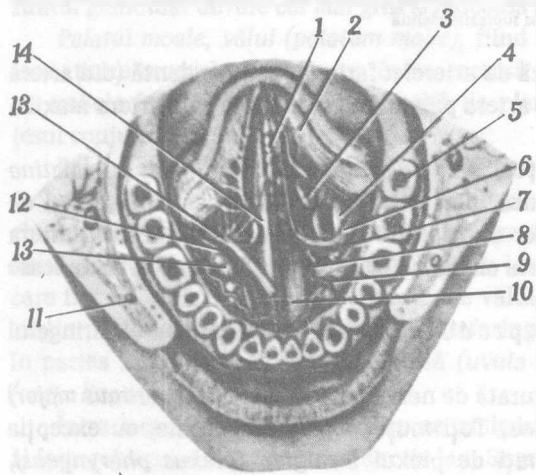


Fig. 38. Planșeul cavității bucale:

1 – țesut celular; 2 – *m. longitudinalis inferior*; 3 – *a. lingualis*; 4 – *m. hyoglossus*; 5 – *cavitas dentis*; 6 – *n. hypoglossus*; 7 – *v. lingualis*; 8 – *a. sublingualis*; 9 – *m. mylohyoideus*; 10, 14 – *m. geniohyoideus*; 11 – *a. facialis*; 12 – *n. lingualis*; 13 – *gl. et ductus submandibularis*

tunica mucoasă a rădăcinii limbii trece pe fața anterioară a epiglotei și formează trei pli: mediană (*plica glossoepiglottica mediana*) și două laterale (*plicae glossoepiglotticae laterales*), între care sînt dispuse două infundături (*valeculae epiglotticae*). În aceste depresiuni deseori nimeresc corpuri străine.

Dorsul limbii în partea anterioară a șanțului limitrof are un aspect catifelat. În funcție de forma și structura lor, distingem papile filiforme (*papillae filiformes*), fungiforme (*papillae fungiformes*), conice (*papillae conicae*), valate (*papillae vallatae*) și papile faliatate (*papillae faliatae*).

În diverse zone ale tunicii mucoase linguale se deschid numeroase canale excretorii ale glandelor mucoase, seroase și salivare.

Carcasa limbii este constituită de mușchii proprii și scheletici. Fasciculele musculare ale mușchilor proprii, încrucișându-se reciproc, formează un sistem complicat de fibre întretăiate. În funcție de direcția fasciculelor musculare, distingem mușchi longitudinali superior și inferior (*mm. longitudinalis superior et inferior*), transversal (*m. transversus linguae*) și mușchiul vertical (*m. verticalis linguae*). Din grupul de mușchi scheletici ai limbii fac parte: *m. genioglos* (cel mai puternic mușchi lingual), hioglos, condroglos (*m. chondroglossus*) și stiloglos (*m. styloglossus*).

În afară de tunica mucoasă, limba este înconjurată și de o aponevroză, constituită din fasciculele aponevrotice ale mușchilor proprii și, de asemenea, din țesutul conjunctiv submucos.

Vascularizația. Limba este aprovizionată din sursa ei principală – artera linguală – ramură a *a. carotis externa*. Trecînd prin triunghiul lui Pirogov, ea se dispune mai profund de mușchiul hioglos, lateral de *m. genioglossus*. Sub denumirea de *a. profunda linguae* (artera profundă linguală) ea continuă în direcția vârfului limbii între *m. genioglossus* și *m. longitudinalis inferior*. Pe parcurs *a. profunda linguae* dă nenumărate ramuri spre dorsul limbii – *rr. dorsales linguae*.

În mod accesoriu limba mai este vascularizată și de ramurile arterelor ascendente palatină și faringiană. Ramificațiile vaselor arteriale în grosimea limbii sînt situate, de obicei, de-a lungul fibrelor musculare. Vasele sanguine ale ambelor jumătăți linguale anastomozează larg între ele și, de aceea, ligatura arterei linguale unilaterală, în caz de hemoragii din limbă, nu totdeauna are efect.

Scurgerea venoasă de la limbă se realizează prin vena linguală (*v. lingualis*), care se varsă în vena jugulară internă sau facială.

Circulația limfatică eferentă din regiunea limbii se face prin intermediul vaselor limfatice superficiale, dispuse în tunica mucoasă, și prin cele profunde, situate în mușchii limbii. Vasele limfatice superficiale ale ambelor jumătăți sînt unite între ele, cele profunde nu formează anastomoze din cauza septului.

Limfaticele limbii se varsă în ganglionii submandibulari, retrofaringieni și cervicali profunzi.

Inervația limbii se realizează din cîteva surse. Nervii motori ai mușchilor provin din nervul hipoglos (*n. hypoglossus*). Inervația senzitivă a mucoasei corpului și vârful limbii, care recepționează senzațiile dureroasă, termică și tactilă e realizată de nervul lingual – ramura *n. mandibularis* (ramura a treia a *n. trigeminus*). Ramurile linguale ale nervului glosofaringian (*n. glossopharyngeus*) inervează mucoasa rădăcinii limbii. Un sector nu prea mare al mucoasei, adiacent epiglotei, este inervat de ramurile nervului laringeu superior (*n. laryngeus superior*), ramură a nervului vag. Senzația gustativă în cele 2/3 anterioare ale limbii e asigurată de nervul coarda timpanului (*chorda timpani*) – ramură a nervului intermediar (*n. intermedius*), iar treimea posterioară – de nervul glosofaringian.

Percepția senzațiilor gustative pe suprafața limbii diferă și fiecare gen își are localizarea sa: gustul amar se simte mai bine în porțiunea posterioară a limbii în regiunea papilelor caliciforme, senzația dulcelui e recepționată de treimea anterioară, fața superioară a limbii reacționează la sărat, suprafețele laterale – la acru.

Aceste date sînt folosite în practica medicală pentru diagnosticarea leziunilor diverselor zone ale limbii.

Regiunea laterală a feței

(*regio facialis lateralis*)

Regiunea laterală a feței e prezentată prin trei regiuni: geniană, parotidomaseterică și profundă.

Regiunea geniană (*regio buccalis*). **Limitele.** În partea superioară regiunea este limitată de marginea inferioară a orbitei, în cea inferioară – de marginea inferioară a corpului mandibulei, anterioară – de pliurile nazogenian și nazolabial, posterioară – de marginea anterioară a mușchiului maseter.

Straturile. *Pielea este fină, foarte mobilă, conține o cantitate mare de glande sudoripare și sebacee. Țesutul celular subcutanat, spre deosebire de alte regiuni ale feței, este bine dezvoltat. Aici se află o depresiune în care se dispune corpul adipos al obrazului (corpus adiposum buccae), care reprezintă o acumulare de țesut grăsos, înglobat într-o capsulă fascială densă. Bula grăsoasă a obrazului e dispusă între mușchii maseter și buccinator. Ea posedă prelungirile temporală, orbitală și pterigopalatină, care se prelungesc în regiunile respective. Procesele inflamatorii în acest corp adipos inițial au un caracter limitat; iar în caz de liză purulentă a tecii fasciale puroiul se difuzează în regiunile limitrofe. În țesutul subcutanat sînt dispuse cîteva straturi de mușchi mimici.*

Următorul strat este *fascia bucofaringiană (fascia buccopharyngea)*, care învelește mușchiul buccinator (*m. buccinator*). Acest mușchi este străbătut de canalul excretor al glandei salivare parotide. Din interior mușchiul este tapetat de tunica mucoasă – prelungirea mucoasei vestibulului cavității bucale. Aici se găsesc papila canalului glandei parotide și orificiul lui de deschidere.

Vascularizația regiunii geniene se realizează prin *artera facială*, aflată în grosimea țesutului subcutanat la marginea mușchiului maseter. Artera facială anastomozează cu arterele transversală (*a. transversa faciei*), bucală (*a. buccalis*) și infraorbitală (*a. infraorbitalis*), care, de asemenea, alimentează regiunea obrazului.

Drenajul venos este asigurat de venele fasciale și *retromandibulară (v. retromandibularis)*. Ele se unesc cu plexul venos pterigoid (*plexus venosus pterygoideus*) și cu venele faringiene.

Vasele limfatice duc limfa în ganglionii geniieni submandibulari, parotidieni și cervicali.

Inervația senzitivă a regiunii geniene este asigurată de ramurile nervului trigemen: infraorbital (*n. infraorbitalis*), bucal (*n. buccalis*) și mentonier (*n. mentalis*). Nervul facial realizează inervația motorie. Ramurile lui învează mușchii mimici, trecînd spre ei din profunzime, fapt care trebuie considerat în operațiile din această regiune.

Regiunea parotidomaseterică e delimitată: superior – de arcada zigomatică, inferior – de marginea inferioară a mandibulei, anterior – de marginea anterioară a mușchiului maseter, posterior – de marginea posterioară a ramurii mandibulare, care limitează cu fosa retromandibulară (fig. 39).

Straturile. *Pielea este fină, mobilă, la bărbați acoperită cu păr. Țesutul subcutanat este bine exprimat și penetrat de septuri conjunctive care unesc pielea cu fascia proprie. Fascia proprie, fiind o placă de țesut conjunctiv dens, învelește glanda parotidă – fascia parotidei, apoi înconjoară mușchiul maseter – fascia masseterica. Fascia formează o capsulă și pentru bula grăsoasă a obrazului.*

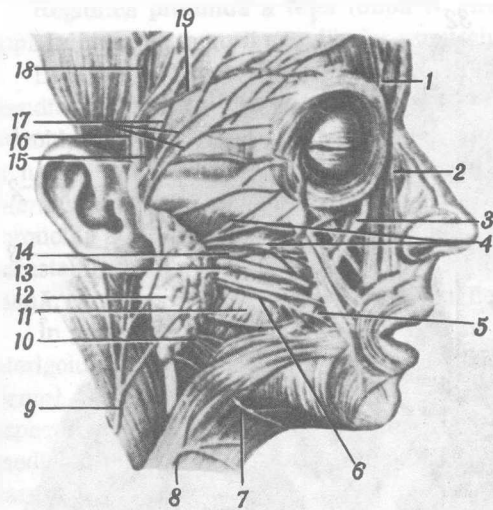


Fig. 39. Topografia regiunilor geniană și parotidomaseterică:

1 - n. supraorbitalis; 2 - a. angularis; 3 - n. facialis; 4 - rr. zygomatici n. facialis; 5 - a. facialis; 6 - rr. buccales n. facialis; 7 - r. marginalis mandibulae; 8 - rr. colli n. facialis; 9 - n. auricularis magnus; 10 - rr. n. facialis; 11 - m. masseter; 12 - gl. parotis; 13 - ductus parotideus; 14 - a. transversa faciei; 15 - a. et v. temporalis superficialis; 16 - n. auriculotemporalis; 17 - rr. temporalis n. facialis; 18 - r. parietalis a. temporalis superficialis; 19 - r. frontalis a. temporalis superficialis

Fascia proprie a glandei parotide (*fascia parotidea*), acoperind glanda din toate părțile, formează pentru ea o capsulă fascială și trimite în grosimea glandei septuri conjunctive interlobulare. Fascia devine mai groasă pe fața exterioară și cea inferioară ale glandei, pe porțiunile aderate de ramura mandibulei și mușchiul maseter și, de asemenea, în partea posterioară. Capsula fascială e slab dezvoltată pe fața superioară, unde este în raport cu canalul auditiv extern, și pe partea medială în regiunea prelungirii faringiene, unde loja glandei parotide comunică cu spațiul parafaringian. Astfel se explică posibilitatea difuzării puroiului din loja glandei parotide în spațiul parafaringian și, de asemenea, în conductul auditiv extern, în caz de parotită purulentă, și trecerea proceselor purulente din cavitatea urechii externe și interne pe glandă.

Ductul excretor al glandei parotide (*ductus parotideus*) e dispus orizontal, paralel și mai jos de arcada zigomatică, pe fața exterioară a mușchiului maseter. La marginea anterioară a acestui mușchi, sub un unghi drept, ductul se îndreaptă în interior, penetrând mușchiul buccinator, se deschide în mucoasa vestibulului cavității bucale între molarii I și II superiori. Canalul excretor variază după formă și poziție (poate fi drept, ascendent, descendent, în formă de S, cotit, dublu), fapt care trebuie luat în considerație în sondajul și intervențiile chirurgicale pe duct. Canalul se proiectează pe o linie, care unește baza lobului urechii cu aripa nasului sau comisura bucală.

În grosimea glandei parotide la o profunzime și direcții diverse sînt situate artera carotidă externă și ramurile ei terminale, vena retromandibulară, nervul auriculotemporal, nervul facial și, de asemenea, ganglionii limfatici parotidieni superficiali și profunzi.

Glanda parotidă (*glandula parotis*) este cea mai voluminoasă glandă salivară și se află aproape în întregime în fosa retromandibulară, care constituie loja glandulară.

Fosa retromandibulară (*fossa retromandibularis*) este limitată anterior de ramura mandibulei și de mușchiul pterigoid medial, posterior - de apofiza mastoidă, de începutul mușchiului sternocleidomastoidian și de venterul posterior al mușchiului digastric, superior - de conductul auditiv extern. În afară de glanda parotidă, în această loajă sînt dispuse vase, nervi și țesut celular.

Glanda parotidă depășește limitele fosei retromandibulare. Marginea ei anterioară se situează deasupra porțiunii posterioare a mușchiului maseter, unde uneori poate fi prezentă o glandă accesorie; marginea posterioară ajunge pînă la mușchiul sternocleidomastoidian; marginea superioară vine în raport cu conductul auditiv extern, cea inferioară ajunge pînă la unghiul mandibulei. De la partea ei profundă pornește prelungirea faringiană a glandei, care se îndreaptă spre peretele lateral al faringelui, contopindu-se cu vase și nervi, dispuse în spațiul parafaringian.

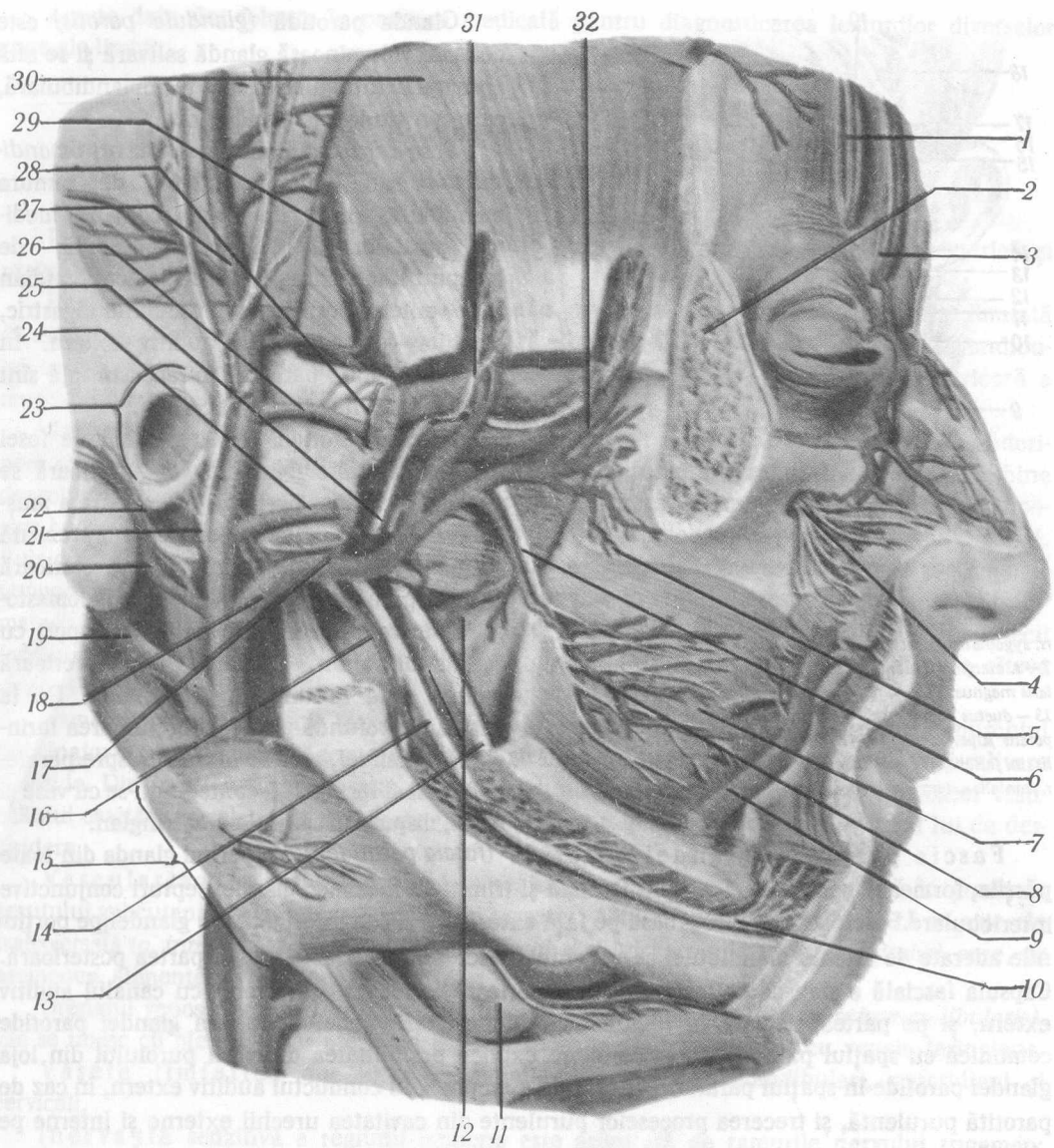


Fig. 40. Topografia regiunii profunde a feței:

1 - a. et n. supraorbitalis; 2 - os zygomaticum; 3 - a. supratrochlearis et n. frontalis; 4 - a. et n. infraorbitalis; 5 - a. alveolaris superior posterior; 6 - n. buccalis; 7 - m. buccinator; 8 - a. buccalis; 9 - a. facialis; 10 - a. et n. mentalis; 11 - gl. submandibularis; 12 - m. pterygoideus medialis; 13 - n. linguicis; 14 - n. alveolaris inferior; 15 - m. masseter; 16 - a. alveolaris inferior; 17 - a. meningea media; 18 - a. maxillaris; 19 - a. occipitalis; 20 - a. auricularis posterior; 21 - n. auriculotemporalis; 22 - n. facialis; 23 - porus acusticus externus; 24 - a. transversa faciei; 25 - n. et a. masseterica; 26 - a. zygomatico-orbitalis; 27 - a. temporalis superficialis; 28 - arcus zygomaticus; 29 - a. meningea media; 30 - m. temporalis; 31 - aa. temporales profundae; 32 - nn. temporales profundi

Regiunea profundă a feței (după N. Pirogov, regiunea intermaxilară) poate fi accesibilă după înlăturarea ramurii mandibulei, a mușchiului maseter și arcadei zigomatice (fig. 40).

Limitele. Regiunea prezintă un spațiu delimitat din exterior de ramura montantă a mandibulei, din anterior – de tuberozitatea maxilarului, medial – de apofiza pterigoidă a osului sfenoid, din superior – de baza craniului. Acest spațiu conține mușchi, țesut celuloadipos, vase și nervi. Din mușchi fac parte mușchii pterigoidieni – lateral și medial (*mm. pterygoideus lateralis et medialis*) și mușchiul temporal (*m. temporalis*) – segmentul de inserție a lui la apofiza coronoidă a mandibulei. Mușchii pterigoidieni sînt acoperiți cu o foiță fascială subțire. Pe lîngă aceasta, între mușchii pterigoidieni se găsește o placă conjunctivă sau aponevroza interpterigoidiană, care separă mușchii sus-numiți unul de altul.

În porțiunea profundă a feței deosebim două spații de țesut celular interfascial: temporopterigoidian (*interstitium temporopterygoideum*) și interpterigoidian (*interstitium interpterygoideum*). Spațiul temporopterigoidian e situat între mușchii pterigoidian lateral și temporal, are aspectul unei fisuri sagitale, cel interpterigoidian dispus între mușchii pterigoidieni lateral și medial, are forma unei fisuri triunghiulare. Ambele spații sînt umplute cu țesut conjunctiv lax, care comunică între ele și de asemenea cu alte spații celuloadipoase în diverse direcții (regiunea temporală, fosa pterigopalatină, bula grăsoasă a obrazului ș. a.).

Spațiul temporopterigoidian comunică cu corpul adipos al obrazului și cu fosa pterigopalatină, iar prin intermediul orificiului rotund – cu cavitatea craniană. Acest spațiu comunică cu cavitatea orbitei prin fisura orbitală inferioară (*fissura orbitalis inferior*), cu cavitatea nazală prin orificiul sfenopalatin (*foramen sphenopalatinum*) și cu cavitatea bucală – prin canalul palatin (*canalis palatinus*). În spațiul temporopterigoidian sînt dispuse îndeosebi vasele: artera maxilară cu ramurile ei și numeroase vene, care constituie plexul venos pterigoidian.

Spațiul interpterigoidian comunică cu spațiile temporopterigoidian și parafaringian, cu cavitatea craniană prin orificiile spinos și oval, pe parcursul nervului lingual (*n. lingualis*) – cu planșeul cavității bucale. În acest spațiu, pe lîngă plexul venos, artera maxilară și ramurile ei, trec și nervii – ramuri ale nervului mandibular (lingual și alveolar inferior).

Nervii alveolar inferior și lingual, aflați în spațiul interpterigoidian, sînt separați unul de altul de fascia interpterigoidiană. Existența septului interfascial dintre nervii lingual și alveolar inferior prezintă un interes practic, deoarece poate fi argumentată anatomotopografic anestezia mandibulară și pot fi explicate unele eșecuri în executarea ei.