

CUPRINS

Introducere (I. Albu)	1	Forma, diviziune	80
APARATUL DIGESTIV (I. Albu)	3	SituaUie și raporturi.....	82
Cavitatea bucala	4		
PereUii cavitaUii bucale	6		
Peretele anterior: buzele	6		
PereUii laterali: obrazii	9		
Peretele superior: palatul dur	9		
Peretele inferior și limba	11		
Peretele posterior: valul palatin	19		
Vestibulul faringian și tonsila palatina	22		
Gingiile	24		
DinUii	25		
Caractere generale.....	26		
Caractere diferenUiale.....	28		
Structura dinUilor	31		
Aparatul de susUinere și fixare			
a dintelui sau paradonUiul	33		
Arcadele dentare și raporturile dintre ele	35		
Prima și a doua dentiUie	37		
Vasele și nervii dinUilor	38		
Glandele salivare.....	39		
Glanda parotida	39		
Glanda submandibulara	42		
Glanda sublinguala.....	44		
Faringele	44		
SituaUie, limite, forma, diviziune	45		
Raporturile faringelui.....	46		
Endofaringele.....	47		
Structura faringelui	49		
Vase și nervi	54		
Explorare. Cai de acces	54		
DeglutiUia	54		
Esofagul	55		
ConfiguraUia exterioara	55		
Raporturile.....	57		
ConfiguraUia interioara	60		
Structura	61		
Vase și nervi	63		
Cai de acces.....	63		
Stomacul	63		
Forma, configuraUia exterioara, diviziuni	63		
SituaUie și raporturi.....	69		
ConfiguraUia interioara	72		
Structura	73		
Vase și nervi	77		
Explorare. Cai de acces	79		
Intestinul subUire	80		
Duodenul	80		

ConfiguraUia interioara. Structura	85
Vase și nervi.....	86
Jejunul și ileonul	86
Forma, configuraUie exterioara	86
Raporturi	87
ConfiguraUia interioara. Structura	89
Vase și nervi.....	94
Explorare. Cai de acces.....	95
Intestinul gros	95
Dimensiuni, traiect, diviziune.....	95
ConformaUia exterioara	98
Structura	99
Cecul	I00
Forma, dimeniuni	I00
SituaUie și raporturi	I01
ConformaUia interioara	I02
Apendicele vermiform	I03
SituaUie, raporturi	I03
Structura cecului și a apendicelui vermiform	I05
Vasele și nervii cecului și ai apendicelui	
I06 Explorare. Cai de acces	
I06 Colonul	I06
Traiect și diviziune. Dimensiuni	I06
Colonul ascendent	I07
Flexura dreapta a colonului	I07
Colonul transvers.....	I07
Flexura stânga a colonului	I08
Colonul descendent	I08
Colonul sigmoidian	I08
Structura colonului	I10
Vase și nervi	I10
Explorare. Cai de acces	
I10 Rectul	III
.....	
Limite, diviziuni, conformaUia exterioara	
.....	
SituaUie și raporturi	I12
ConformaUia interioara	I14
Structura	I16
Anusul	I18
Vase și nervi	I18
Explorare. Cai de acces	I19
Pancreasul	12
.....	
0	
ConformaUia exterioara	I20
SituaUie și raporturi	I20
Structura. Ductele excretoare	I25
Vase și nervi	I26
Explorare. Cai de acces	I27
Ficatul	12
.....	
7	
Greutate, consistenUa, dimensiuni.....	I28
Loja hepatica. Mijloace de fixare	I28
ConformaUia exterioara. Raporturi	I29

Structura	133	Structura cailor excretoare ale urinei	212
Vase și nervi	136	Vase și nervi	213
Împărțirea segmentară a ficatului	139	Explorare. Cai de acces	213
Explorare. Cai de acces	140	Vezi ca urmare a	213
Caile biliare	140	Forma, dimensiuni, capacitate	213
Ductul hepatic comun	140	Raporturi	217
Ductul coledoc	142	Conformația interioară	219
Ductul cistic	143	Structura	219
Vezi ca urmare a	143	Vase și nervi	221
Structura cailor biliare	145	Explorare. Cai de acces	222
Vase și nervi	146	Uretra masculină	222
Explorare. Cai de acces	147	Traiect, diviziune, calibrul	223
APARATUL RESPIRATOR (I. Albu și Al. Vaida)	148	Conformația interioară	225
Nasul extern	149	Structura	226
Cavitatea nazală	150	Vase și nervi	227
Pereții foselor nazale	150	Explorare. Cai de acces	228
Vase și nervi	154	Uretra feminină	228
Sinusurile paranazale	155	ORGANELE GENITALE MASCULINE (I. Albu)	231
Explorare. Cai de acces	156	Testiculele	231
Laringele	156	Dimensiuni, consistență, situație	232
Situație, dimensiuni	156	Conformația exterioară. Raporturi	232
Conformația exterioară. Raporturi	157	Epididimul	232
Conformația interioară	158	Structura testiculului	232
Structura	161	Vase și nervi	233
Vase și nervi	169	Caile spermatică	235
Explorare. Cai de acces	170	Caile spermatică intratesticulare	235
Traheea	170	Ductul deferent	235
Limite, traiect, forma, dimensiuni	170	Funiculul spermatic	236
Raporturi	170	Scrotul	237
Structura	173	Structura	238
Vase și nervi	173	Vase și nervi	240
Explorare. Cai de acces	174	Explorare. Cai de acces	241
Bronhiile principale	174	Penisul	241
Raporturi	175	Forma, situație	241
Explorare. Cai de acces	175	Structura	242
Plămânii	175	Vase și nervi. Ereția	244
Dimensiuni, greutate, consistență	175	Glandele anexate organelor genitale	246
Conformația exterioară. Raporturi	176	Vezi ca urmare a	246
Radacina plămânului	179	Prostata	247
Structura. Segmentele bronhopulmonare	181	Conformația exterioară	247
Vase și nervi	183	Loja prostatică. Raporturi	247
Explorare. Cai de acces	185	Structura	250
Pleurele	186	Vase și nervi	252
Cavitatea toracică	188	Explorare. Cai de acces	252
Mediastinul	190	Glanda bulbouretrală	252
APARATUL UROGENITAL.		Perineul	253
ORGANELE URINARE (I. Albu)	194	Mușchii perineului	254
Rinichii	194	Fasciile perineului	259
Dimensiuni, forma	194	Regiunea anală	260
Loja renală. Raporturile rinichilor	196	Regiunea urogenitală	262
Vascularizația și inervația	205	Spațiul pelvisubperitoneal	263
Explorare. Cai de acces	208	ORGANELE GENITALE FEMININE (I. Albu)	266
Caile excretoare ale urinei	209	Ovarele	266
Caliciile mici, caliciile mari, pelvisul renal	209	Forma, consistență, dimensiuni	266
Ureterul	210	Situație, mijloace de fixare, raporturi	268
Dimensiuni, forma	210	Structura	270
Raporturi	210		

Tubele uterine	274	PERITONEUL (I. Albu și Al. Vaida)	313
Forma, porțiuni	274	Dispoziția generală	314
Structura	275	Topografia peritoneului	315
Vascularizația și inervația ovarului și a tubei uterine	276	Modul de continuare a foiielor peritoneului	321
Uterul	278	Studiul formărilor peritoneale	323
Conformația exterioară	278	Structura. Vascularizație și inervație	330
Situatie și direcție	279	Explorare. Cai de acces	331
Statica și mijloacele de fixare	280	GLANDELE ENDOCRINE (I. Albu și Al. Vaida)	332
Raporturi	284	Hipofiza	333
Conformația interioară	284	Situatie, forma	333
Structura	285	Raporturi	334
Vascularizația și inervația uterului	289	Structura	334
Explorare. Cai de acces	292	Vase și nervi	334
Vaginul	293	Corpul pineal	335
Forma. Conformația interioară	293	Glanda tiroidă	336
Situatie și diviziune	294	Forma, diviziune, dimensiuni	336
Raporturi	294	Raporturi	337
Structura	295	Structura	338
Vase și nervi	296	Vase și nervi	339
Explorare. Cai de acces	296	Glandele paratiroide	340
Vulva	296	Timusul	341
Muntele pubelui	297	Situatie, forma, dimensiuni	341
Forma și unghiurile labiale	297	Raporturi	342
Vestibulul vaginului	298	Structura	342
Glandele vestibulare	299	Glandele suprarenale	343
Organele erectile	299	Forma, diviziune, dimensiuni	343
Vascularizația și inervația vulvei	300	Raporturi	344
Perineul	301	Structura	345
Mușchii perineului	301	Vascularizație și inervație	345
Regiunea urogenitală	303	Pancreasul endocrin	346
Spațiul pelvisubperitoneal	304	Componenta endocrină a glandelor sexuale	346
Mamelele	305	Paraganglionii	347
Forma, dimensiuni	305	Celulele endocrine diseminate	347
Planurile constitutive. Raporturi	306		
Structura glandei mamare	309		
Vascularizația și inervația mamelei	311		

APARATUL DIGESTIV

(Apparatus digestorius sau Systema alimentarium)

Aparatul digestiv este alcătuit din totalitatea organelor care îndeplinesc importanta funcție de digestie și absorbție a alimentelor (prehensiunea, modificările fizice și chimice ale alimentelor, absorbția „nutrimentelor”, excreția reziduurilor neabsorbite).

Aparatul digestiv se compune din: 1. tubul digestiv și 2. anexele acestui tub.

Tubul digestiv sau tractul digestiv este un conduct lung de 10-12 m, care comunica cu mediul exterior la cele două extremități ale sale. El începe de la față prin cavitatea bucală, străbate gâtul, toracele, abdomenul, bazinul și se termină prin anus. El se descrie mai multe segmente, diferite după formă, relații topografice și funcționale. Pornind de la cavitatea bucală, vom întâlni: faringele, esofagul, stomacul, intestinul subțire, intestinul gros, anusul.

Deoarece cavitatea bucală și faringele îndeplinesc și funcțiune de căi respiratorii, Nomenclatura Anatomica înțelege prin canal alimentar (Canalis alimentarius) doar esofagul, stomacul, intestinul subțire și intestinul gros.

În structura canalului alimentar intra patru tunici, pe care le vom expune de la exterior spre lumen.

1. Tunica externă, care este formată din țesut conjunctiv lax la nivelul esofagului și al rectului, constituind adventitia acestor segmente, și din seroasa peritoneală în restul canalului alimentar. 2. Tunica musculară este alcătuită din fibre musculare netede dispuse în două straturi: unul extern longitudinal, și altul intern circular; la nivelul stomacului se află al treilea strat, cel oblic. 3. Tunica submucoasă, bogat vascularizată, este formată din țesut conjunctiv lax cu un mare număr de fibre elastice, care permite mobilitatea mucoasei. 4. Tunica mucoasă este formată dintr-o componentă epitelială, reprezentată prin epiteliul de suprafață și prin glandele supraepiteliale, și dintr-o componentă conjunctivă numită corion sau lamina proprie a mucoasei.

Peretele tubului digestiv constituie o barieră între mediul extern și organism, procesele digestive desfășurându-se „în afara organismului”. Numai consecutiv proceselor de absorbție, nutrimentele patrund în interiorul organismului, adică în mediul sau intern.

Anexele tubului digestiv cuprind o serie de glande dispuse în lungul acestui conduct; ele secreta sucurile digestive necesare transformării alimentelor.

Tubul digestiv poate fi divizat în trei porțiuni: 1. porțiunea ingestivă, deasupra stomacului, servind la transportul alimentelor; 2. porțiunea digestivă, formată din stomac și intestinul subțire, unde alimentele sunt pregătite spre a fi absorbite; 3. porțiunea egestivă, formată din intestinul gros, pe unde resturile digestiei sunt eliminate.

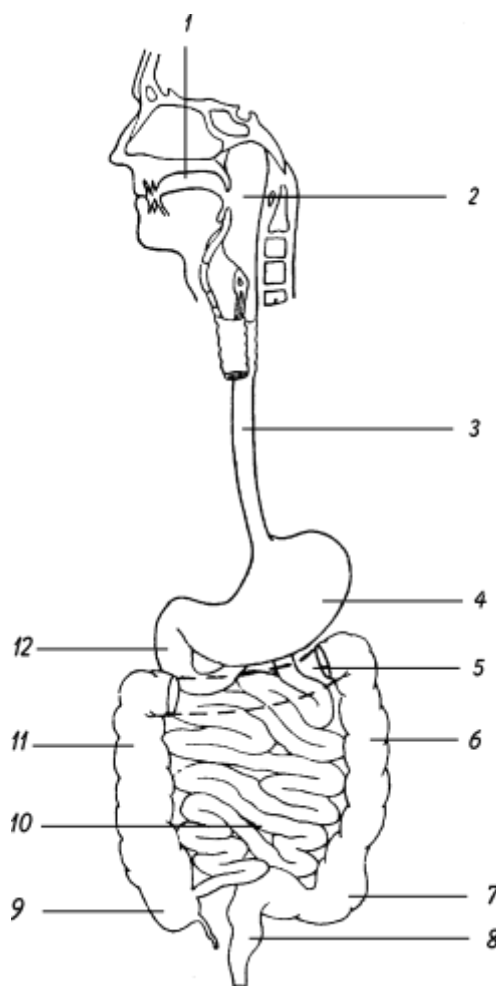


Fig. 3. Prezentarea schematică a tubului digestiv.

1. Cavitatea bucală. - 2. Faringele. - 3. Esofagul. - 4. Stomacul. - 5. Colonul transvers reprezentat prin linii întrerupte. - 6. Colonul descendent. - 7. Colonul ileopelvic. - 8. Rectul. - 9. Cecul cu apendicele vermicular. - 10. Jejun-ileonul. - 11. Colonul ascendent. - 12. Duodenul.

CAVITATEA BUCALA

(Cavitas oris)

Cavitatea bucala sau gura constituie prima porțiune a tubului digestiv. Latinește, os – oris = gura; nu trebuie confundat cu os – osis = os.

Situație. Se găsește situată la partea inferioară a feței, sub fosele nazale, deasupra mușchilor milohioidieni, înaintea faringelui.

Forma. Marginea anterioară de buze și peșterile laterale de obraji, gura are forma unui ovoid cu extremitatea cea mare îndreptată înaintea. Când cele două maxilare sunt apropiate, cavitatea este virtuală; ea devine reală când maxilarele sunt departate sau când se introduc alimente.

La om, cavitatea bucala este orientată în plan orizontal, pe când la primate ea este dispusă într-un plan aproape vertical.

Dimensiuni. Diametrul sagital are 7 cm; cel transversal 6-6,5 cm; iar cel vertical este redus la zero când gura este închisă, dar poate ajunge la 7 cm când gura este deschisă.

Orificii de comunicare. Cavitatea bucala are două orificii: unul anterior, de comunicare cu exteriorul, și altul posterior prin care se deschide în faringe. Orificiul anterior se numește orificiul bucal; cel posterior, situat între vestibulul faringian și gura se numește istmul bucofaringian.

Gura îndeplinește multiple funcțiuni. Are rol în digestie: servește la prehensiunea, în salivare și masticare a alimentelor. Are rol în respirație, permițând trecerea aerului. Dar gura participă și la efectuarea unor funcții de relație: aici se găsesc receptorii gustului și tot aici se petrec unele modificări importante ale sunetelor laringiene (nearticulate), contribuind prin aceasta la producerea sunetelor articulate ale voci omenești.

Diviziune. Cavitatea bucala este împărțită prin arcadele alveolo-dentare în două compartimente: vestibulul bucal și cavitatea bucala propriu-zisă.

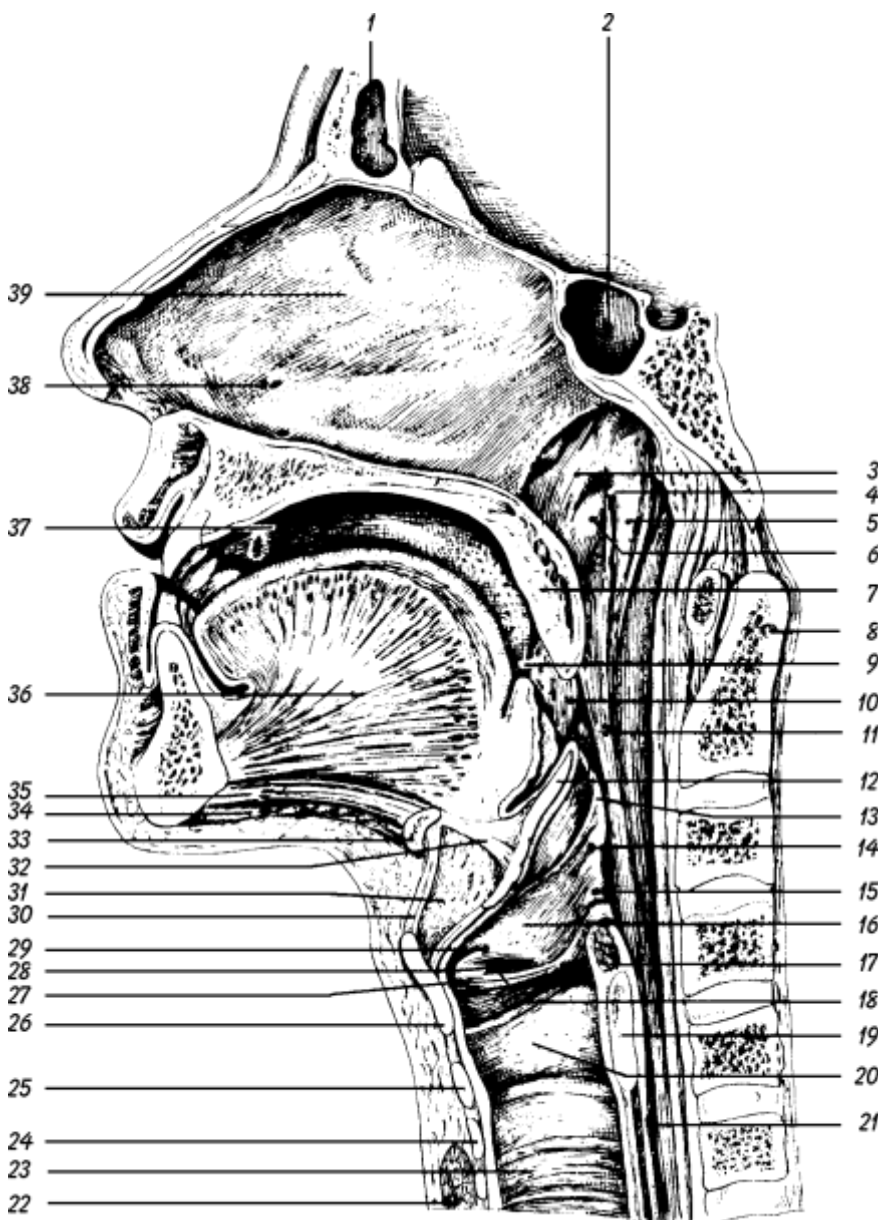


Fig. 4. Secțiune sagitală paramediană prin cavitatea nazală, cavitatea bucală, faringe și laringe.

1. Sinusul frontal. - 2. Sinusul sfenoidal. - 3. Buza anterioară a orificiului tubei auditive. - 4. Orificiul faringian al tubei auditive. - 5. Buza posterioară a orificiului tubei auditive (Torus tubarius). - 6. Plica ridicătorului. - 7. Palatul moale. - 8. Dintele axelui. - 9. Arcul palatoglos. - 10. Tonsila palatină. - 11. Arcul palatofaringian. - 12. Epiglota. - 13. Plica ariepiglotică. - 14. Tuberculul cuneiform. - 15. Tuberculul corniculat. - 16. Vestibulul laringian. - 17. M. aritenoidian transvers. - 18. Glota. - 19. Lama cartilajului cricoid. - 20. Cavitatea infraglotică. - 21. Esofagul. - 22. Istmul glandei tiroide. - 23. Traheea. - 24. Primul cartilaj traheal. - 25. Arcul cartilajului cricoid. - 26. Cartilajul tiroid. - 27. Plica vocală. - 28. Ventriculul laringelui. - 29. Plica ventriculară. - 30. Ligamentul tirohioidian median. - 31. Masa adiposă prelarigiană. - 32. Ligamentul hioepiglotic. - 33. Osul hioid. - 34. M. milohioidian. - 35. M. genihioidian. - 36. M. genioglos. - 37. Cavitatea bucală propriu-zisă. - 38. Organul vomero-nazal. - 39. Septul nazal.

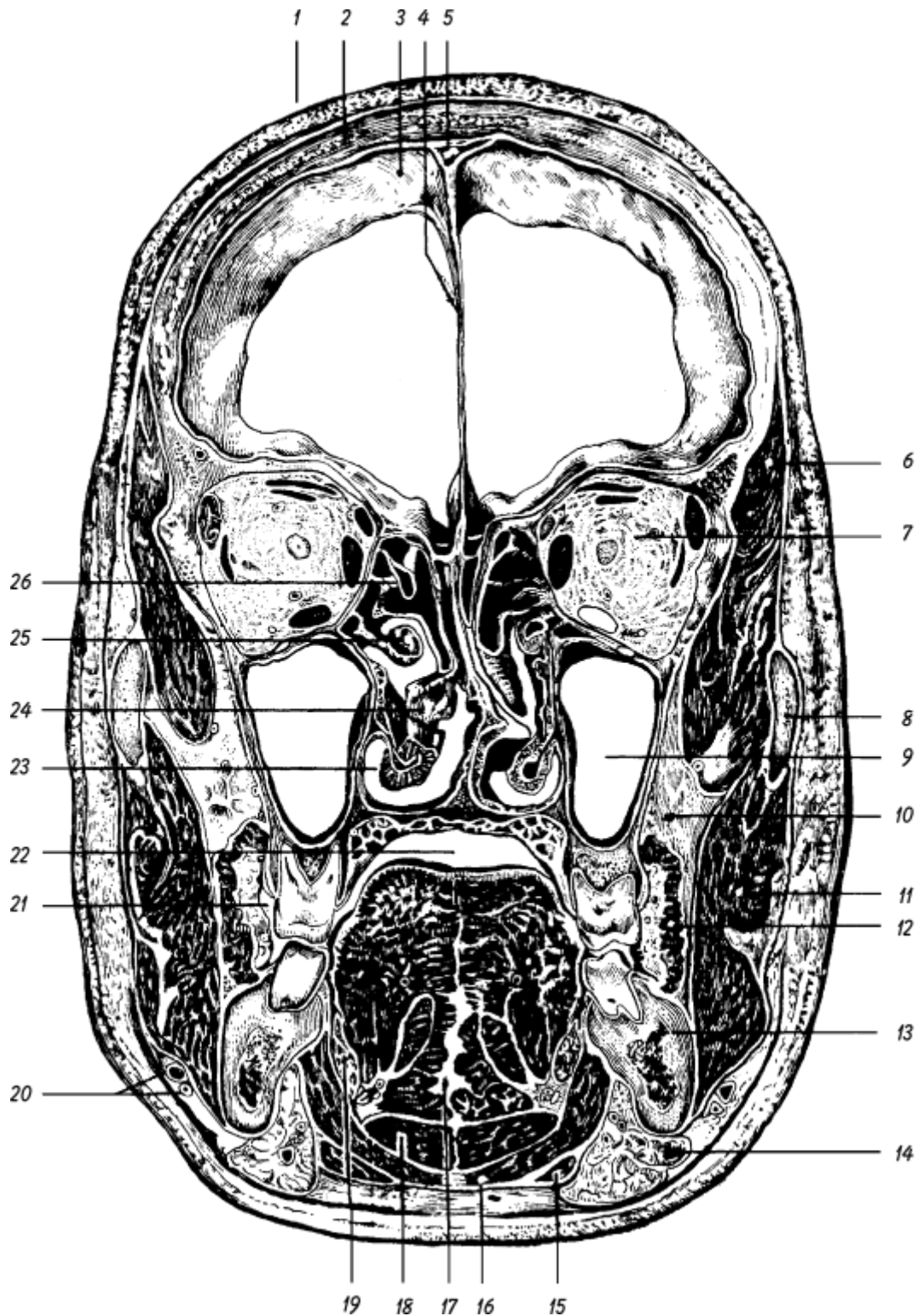


Fig. 5. Secțiune frontală prin cap.

1. Învelișul moale al bolii craniului. - 2. Solzul osului frontal. - 3. Duramater craniiană. - 4. Coasa creierului. - 5. Sinusul sagital superior. - 6. M. temporal. - 7. Orbita cu conținutul ei. - 8. Arcada zigomatică. - 9. Sinusul maxilar. - 10. Corpul adipos al obrazului. - 11. M. maseter. - 12. M. buccinator. - 13. Corpul mandibulei. - 14. Glanda submandibulară. - 15. Pântecele anterior al M. digastric. - 16. M. milohioidian. - 17. Septul lingual, înconjurat de mușchii ai limbii. - 18. M. geniohioidian. - 19. Glanda sublinguală. - 20. A. și V. facială. - 21. Vestibulul cavității bucale. - 22. Cavitățile bucale propriu-zise. - 23. Cornetul inferior al cavității nazale. - 24. Cornetul mijlociu. - 25. Cornetul superior. - 26. Celulele sinusului etmoidal.

Vestibulul bucal (Vestibulum oris) este un spațiu în forma de potcoavă, marginit de arcadele alveolo-dentare pe de o parte, de buze și obraji de cealaltă parte. După

cum vedem, el are doi pereți: unul exterior, musculo-cutanat; celălalt interior, osteo-dentar. La locul de întâlnire dintre cei doi pereți, mucoasa se reflectă formând șanțul

vestibular sau gingivolabial superior, respectiv inferior. Clinicienii îl numesc fornix. Ambele anUuri vestibulare prezinta pe linia mediana cete o plica a mucoasei, orientata sagital, numita frul buzei (Frenulum labii). anUurile vestibulare – superior i inferior – permit explorarea porUunilor alveolare ale maxilei i mandibulei, precum i anestezia nervilor infraorbitari i mentonieri, la ieirea lor din orificiile omonime. Prin anUul vestibular superior se patrunde ın trepanarea sinusului maxilar. ın vestibulul bucal se deschide ductul parotidian (Stenon). ın stare de ocluzie a arcadelor dentare, vestibulul comunica cu cavitataea bucala propriu-zisa prin spaUurile interdentare i prin spaUul retromolar (dinapoia ultimului molar). Când maxilarele sunt strns apropiate (ca ın trismus sau anchi-loza) se poate patrunde cu o sonda ın cavitataea bucala propriu-zisa prin spaUul retromolar, pentru a hrani bolnavul cu alimente lichide. Când maxilarele sunt ındepartate, vestibulul comunica larg cu cavitataea bucala propriu-zisa.

ın partea posterioara a vestibulului bucal se gasete plica pterigomandibulara, care este determinata de rafeul pterigomandibular, studiat la mușchiul buccinator. Plica pterigomandibulara se vede i se palpeaza foarte uor când gura este deschisa; ea se ıntinde, ca i rafeul, de la crligul lamei mediale a procesului pterigoid, la linia milohioi-diana a mandibulei. Explorarea spaUului retromolar, la un om cu maxilarele apropiate, permite palparea marginii anterioare a ramurii mandibulei, a mușchiului maseter, ın afara, i a pterigoidianului medial, ınantru.

Cavitataea bucala propriu-zisa (Cavitas oris propria) este porUiunea gurii circumscrisa anterior i pe parUile laterale de arcadele alveolodentare. Ea este cuprinsa ıntre bolta palatina i limba, comunicnd ınapoi prin istmul bucofaringian cu vestibulul faringian.

PERETII CAVITATII BUCALE

PereUii cavitaUii bucale sunt ın numar de ase: 1. un perete anterior, format de buze; 2. doi pereUi marginali sau laterali, formaUi de obraji; 3. un perete inferior, reprezentat prin limba i printr-o regiune situata sub limba, regiunea sublinguala; 4. un perete superior, reprezentat prin bolta palatina; 5. un perete posterior format de valul palatului i de istmul bucofaringian.

PereUii gurii sunt tapetaUi pe faUa lor profunda de mucoasa bucala (Tunica mucosa oris), care trece fara sa se ıntreprupa de pe un perete pe altul. Ea are caractere i denumiri diferite, ın raport cu peretele la nivelul caruia se gasete (de exemplu: mucoasa labiala, palatina, geniana etc.). Componentele esenUiale ale mucoasei bucale sunt reprezentate de un epiteliu de ınveli i de corion. Epiteliul este de tip pavimentos stratificat necheratinizat. Celulele epiteliale sunt hormonodependente; modificarile lor ın decursul ciclului ovarian sunt decelabile i pot fi urmarite citologic pe celulele care se descuameaza ın mod obinuit.

PERETELE ANTERIOR: BUZELE

(Labia oris)

Buzele sunt doua formaUuni musculo-membranoase, care alcatuiesc peretele anterior, mobil al cavitaUii bucale. Ele au un foarte mare rol estetic, ın definirea fizionomiei i participa la mimica. Au de asemenea o mare valoare antropologica.

Dupa situaUia lor, distingem o buza superioara (Labium superius) i una inferioara (Labium inferius).

ConformaUia exterioara. Fiecare buza prezinta: o faUa anterioara sau cutanata; o faUa posterioara sau mucoasa; o margine aderenta; o margine libera; doua extremitaUi, dreapta i stânga.

FaUa anterioara sau cutanata difera dupa cum o consideram la buza superioara sau la cea inferioara:

La buza superioara prezinta un anU median, anUul subnazal sau philtrum (Philtrum), care se termina ın jos prin tuberculul buzei superioare (Tuberculum labii superioris). De o parte i de alta a philtrumului se ıntind doua suprafeUe triunghiulare, cu vârful ın afara, acoperite la barbaUi de mustaUi.

Buza inferioara prezinta o depresiune mediana, ın care, la barbat, se prinde un smoc de par (musca), iar de fiecare parte a depresiunii o suprafaUa plana sau uor concava.

FaUa posterioara sau mucoasa. Este de culoare cenuie roiatica, umeda i presarata cu numeroase mici proeminenUe, determinate de glandele labiale.

Marginea aderenta difera dupa cum o consideram la buza superioara sau la buza inferioara, i la fiecare buza, dupa cum o privim pe faUa cutanata sau pe faUa mucoasa.

La buza superioara marginea aderenta raspunde narilor i anUului nazolabial studiat ın miologie. De partea mucoasa ea raspunde anUului vestibular format de reflexiunea mucoasei buzei pe maxila. ın acest anU pe linia mediana se gasete o plica mucoasa numita frul buzei superioare (Frenulum labii superioris).

La buza inferioara, marginea aderenta este separata – pe linia mediana – de regiunea mentoniera, printr-un anU cu concavitataea ın jos, anUul mentolabial; ın rest se continua cu aceasta regiune. De partea mucoasei gasim aici un anU vestibular, cu un fru mult mai puUin dezvoltat ca la buza superioara (Frenulum labii inferioris).

Marginea libera este roie (roul buzelor) i uscata. Ea prezinta pe linia mediana un tubercul la buza superioara i o depresiune la buza inferioara, ın care patrunde tuberculul de mai sus.

Roul buzelor sau Pars intermedia este porUiunea de tranziUie dintre piele (Pars cutanea) i mucoasa (Pars mucosa). Culoarea roșie este datorata bogaUiei capilarelor i transparenUei epiteliului de la acest nivel, precum i faptului ca acesta este lipsit de pigment i este necheratinizat.

Roul buzelor este ımparUit la nou-nascut ın doua zone: zona externa este roza i neteda (Pars glabra); zona interna este neregulata datorita proeminenUei papilelor corionului (Pars villosa).

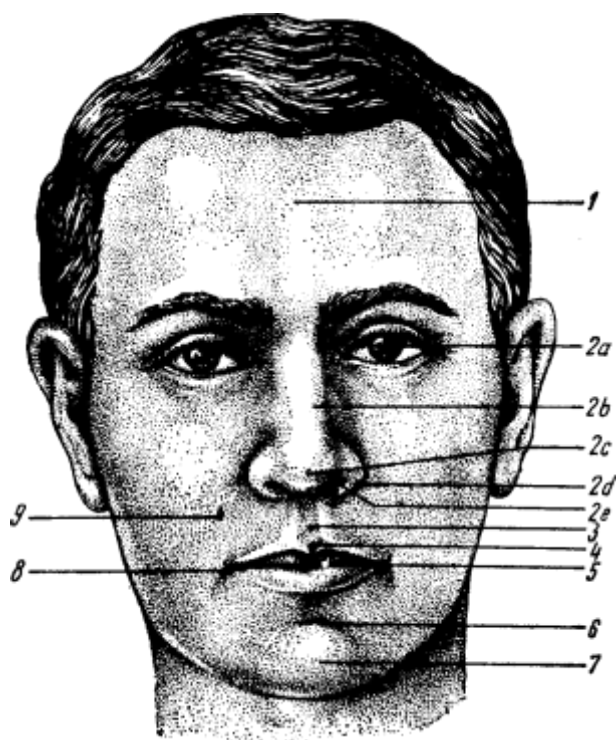


Fig. 6. Capul vazut anterior.

I. Regiunea frontala. - 2. Nasul extern cu: a. radacina, b. dosul, c. vârful, d. aripa și e. nara. - 3. ÇanUul subnazal. - 4. Tuberculul buzei superioare. - 5. Fanta bucala. - 6. ÇanUul mentolabial. - 7. Mentonul. - 8. Comisura și unghiul buzelor. - 9. ÇanUul nazolabial.

La adult exista uneori o anomalie numita buza dubla care consta în persistenUa acestei stari infantile; ea este caracterizata prin prezenUa unei plice mucoase înapoia buzei principale.

Buzele albicioase denota anemie; cele albastrii tulburari circulatorii.

De fiecare parte, aproximativ în dreptul primului premolar, extremitaUile celor doua buze se unesc și formeaza comisurile labiale (Commissura labiorum). Fiecare comisura marginește unghiul bucal corespunzator



Fig. 7. Buzele nou-nascutului.

I. Tuberculul buzei superioare. - 2. Pars villosa. - 3. Pars glabra.

(Angulus oris). Unghiurile bucale devin mai evidente când gura este deschisa.

Orificiul bucal (Rima oris) este delimitat de buze și unghiurile bucale. Când buzele sunt apropiate, orificiul ia forma de despicator sau fanta bucala. Orificiul bucal exista real când gura este deschisa.

Forma și dimensiunile fantei bucale sunt foarte caracteristice pentru fizionomia omului. Dimensiunile ei sunt în medie de 5 cm la barbat și 4,5 cm la femeie. Când dimensiunile fisurii bucale depășesc în mod considerabil, în plus sau în minus, aceste limite, avem macro- respectiv microstomia.

Când gura este deschisa, orificiul bucal ia forma ovala având înalUimea de 5,5 cm la barbat și de 5 cm la femeie, iar laUimea de 5 cm la barbat și 4 cm la femeie.

Structura. În constituUia buzelor intra patru straturi: pielea, stratul muscular, stratul glandular și mucoasa.

Pielea, groasa, rezistenta și foarte aderenta de fasciculele musculare subiacente este înzestrata cu peri, glande sebacee și sudoripare. Ea este sediul foliculitelor, eczemei și altor boli de piele, datorate adesea iritaUiei provocate de secreUile nazale.

Stratul muscular, de fapt musculo-conjunctiv, formeaza un fel de schelet al buzelor. Este constituit de

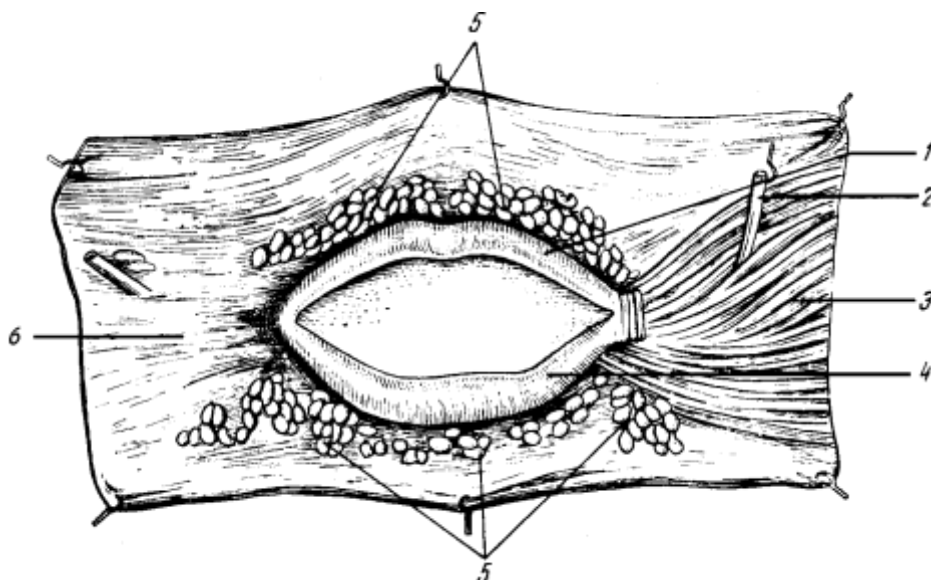


Fig. 8. Buzele. Preparatul a fost realizat astfel: s-a ridicat pielea; în dreapta s-au preparat mușchii pieloci ai buzelor, mai ales buccinatorul, iar în stânga mușchii au fost îndepartaUi.

I. Buza superioara. - 2. Ductul parotidian Stenon. - 3. Fibre ale mușchilor pieloci ai buzelor. - 4. Buza inferioara - 5. Glande salivare labiale. - 6. Mucoasa buzelor.

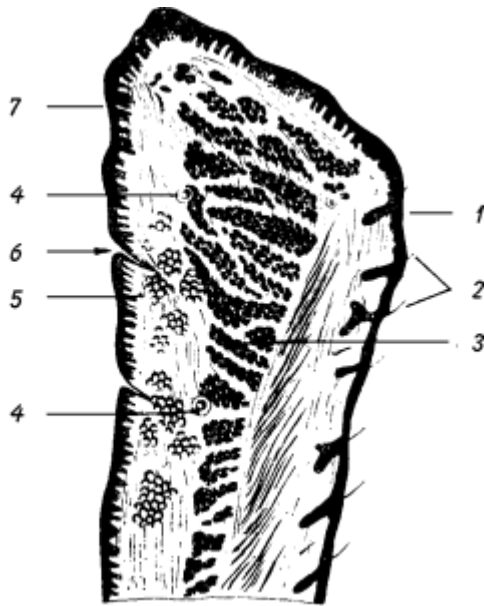


Fig. 9. Buza inferioara. Secțiune sagitală.

1. Pielea. - 2. Foliculi piloși. - 3. Stratul muscular. - 4. Ramuri arteriale. - 5. Glande labiale. - 6. Duct glandular. - 7. Stratul mucos.

orbicularul gurii, în cea mai mare parte, și din ceilalți mușchi pieloci ai buzelor.

Stratul glandular este format din numeroase glande labiale (*Glandulae labiales*), care se pot palpa dacă se plimba degetul pe fața posterioară a buzelor. Ele se vad ca niște mase proeminente și neregulate. Sunt glande acinoase (mucoase și seroase) al căror canal se deschide la suprafața liberă a mucoasei.

Stratul mucos. Mucoasa buzelor este groasă și se continuă cu cea a obrazilor și cu gingiile. Se continuă de asemenea cu zona de tranziție a roșului buzelor. Ea are un aspect neregulat din cauza glandelor subiacente și o culoare roșie-palidă sau roșie-cenușie.

Vase și nervi

Arterele buzelor provin în cea mai mare parte din cele patru artere labiale (din facială). Ele se anastomizează în plin canal, formând un cerc situat spre marginea liberă a buzelor, între stratul muscular și cel glandular. Arcurile arteriale sunt deci mai apropiate de fața posterioară a buzelor, fapt de mare importanță în suturarea plagilor acestora.

Buzele pot fi frecvent sediul unor plagi, de obicei foarte hemoragice. Când plaga este externă, adâncă, va trebui să prindem cu fibrele de sutură toate planurile buzelor până în profunzime, nu numai cele superficiale. Suturând doar pielea, artera continuă să sângereze în apoiă suturii noastre. Hemoragiile buzelor pot fi provocate și prin tăierea cercului arterial de către dinți (cadere, lovitură). În aceste cazuri sângele se scurge mai rar spre exterior. Cel mai adesea, sângele este înghițit și digerat, dând o culoare neagră scaunelor și poate să simuleze astfel o hemoragie gastrică sau intestinală.

Venele – se comporta la fel cu arterele și se varsă în cea mai mare parte în vena facială. Anastomozele acesteia

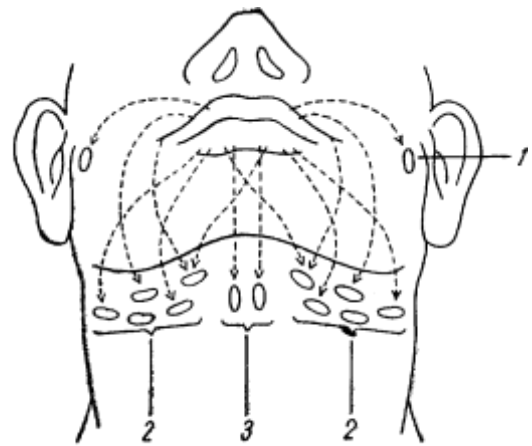


Fig. 10. Limfaticele buzelor (schematic).

1. Nod limfatic parotidian superficial (preauricular). - 2. Noduri limfatice submandibulare. - 3. Noduri limfatice submentale.

cu vena oftalmică și cu plexurile pterigoidiene explică posibilitatea propagării unei tromboflebite la sinusurile venoase ale durei mater.

Din plexul venos situat la nivelul marginii libere a buzelor se pot dezvolta tumori vasculare (angioame). Acestea sunt constituite din capilare neoformate dilatate și deci nu sunt de natură malignă pot deforma în mod considerabil regiunea prin creșterea lor și prin aceasta să dea tulburări în mastică și în vorbire.

Limfaticele pleacă din două rețele, una cutanată, alta mucoasă. Rețelele limfatice comunică între ele; de asemenea, vasele celor două părți (dreapta – stânga). Limfaticele buzei superioare se îndreaptă spre nodurile submandibulare și uneori spre cele parotidiene superficiale. Limfaticele buzei inferioare ajung la nodurile submentoniere și submandibulare (de ambele părți).

Relevanța importantă chirurgicală deosebită a acestor noduri în cancerul buzelor. Acesta este localizat de obicei la buza inferioară. Chiar dacă tumora este unilaterală, se face obligatoriu evidarea totală bilaterală a nodurilor, din cauza încrucișării vaselor limfatice.

Nervii. Nervii motori provin din facial. Inervația senzitivă, bogată, este sub dependența trigemenului, prin ramuri labiale superioare ale nervului suborbitar pentru buza superioară și ramuri labiale inferioare ale nervului mentonier pentru buza inferioară.

Buzele servesc la prehensiunea alimentelor, la mastică, la formarea bolului alimentar precum și la sugere. Ele au un rol în articularea consoanelor labiale și servesc ca organ de simț (tact, durere, gust).

Anatomie aplicată. Buzele sunt deseori interesate de procese patologice: traumatisme, inflamații, neoplasme. Ele pot prezenta și leziuni tuberculoase (lupus) sau sifilitice. La buza superioară putem întâlni un viciu de conformație numit fisura labială laterală (cheiloschizis) sau buza de iepure. Aceasta anomalie constă într-o despăcitură interesând numai buza, sau uneori și procesul alveolar (cheilognatoschizis). Sunt datorate lipsei de sudură a mugurilor din care se dezvoltă buza.

PERETII LATERALI: OBRAJII (Bucca)

Obrajii închid cavitatea bucala pe părțile laterale. Topografic, obrajii depășesc cavitatea bucala. Ei alcătuiesc regiunea geniana.

Fiecare obraz are o formă patrulateră, prezentând de studiat două fețe și patru margini.

Fala externă sau cutanată variază ca aspect. Bombată la copii și oamenii grași, ea este deprimată la oamenii mai în vârstă, debili sau slabi din boli. Ea este presărată cu peri (barba), glande sebacee și sudoripare. Capilarele pielii reacționează ușor la emoții (roșea, paloare) sau în stările febrile.

Fala internă aderă în partea sa periferică de oasele feței (maxila și mandibula). Partea sa centrală, care răspunde vestibulului bucal, este tapetată de mucoasă. Aceasta se reflectă de pe maxilare pe formățiunile musculo-conjunctive ale obrazilor, formând șanțurile vestibulare. Mucoasa are o culoare roșiatică, datorită rețelei capilare subiacente. În anemii, culoarea devine albicioasă.

Pe fața internă, pe porțiunea ei posterioară, în dreptul colului celui de-al doilea molar superior, se deschide ductul parotidian Stenon.

Marginea superioară răspunde marginii inferioare a orbitei; marginea inferioară răspunde marginii inferioare a mandibulei; marginea posterioară răspunde marginii anterioare a maseterului; marginea anterioară se continuă cu buzele, de care este separată prin șanțul nazolabial, în sus, și de o linie convențională ce coboară vertical până la marginea inferioară a mandibulei, în jos.

Structura. În constituția obrazilor intra patru straturi: 1. Pielea. 2. Stratul celulo-grasos, care în această regiune conține corpul grasos al obrazului (bula grasoasă Bichat). 3. Stratul muscular format din mușchii pieloci ai gurii, dintre care cel mai important este mușchiul buccinator; acesta e perforat de ductul parotidian Stenon și este acoperit pe fața superficială de o fascie. 4. Mucoasa. Spre deosebire de mucoasa labială, care este slab aderentă la mușchi printr-un țesut celular plin de glande, mucoasa geniană este intim legată de mușchiul buccinator. Așa se explică de ce în timpul masticăției nu se produc plice mari ale mucoasei, care ar putea fi prinse între dinți. Semnalăm prezența unor glande, continuare a celor labiale, situate între mușchiul buccinator și mucoasa (Glandulae buccales). În vecinătatea ductului parotidian Stenon, se găsesc în profunzimea mușchiului glandele molare (Glandulae molares).

Vase și nervi

Arterele sunt numeroase. Cele mai importante sunt: artera bucală (ramură a maxilareii) și transversa feței (ramură a temporalei superficiale).

Venele se colectează în vena facială (cele mai multe) și în vena transversă a feței.

Limfaticile se duc pe de o parte la nodurile parotidiene, iar pe de altă parte la nodurile submandibulare. Se întâlnesc adesea și noduri geniene.

Nervii motori provin din facial. În paralizia acestui nerv, fața este deviată spre partea sănătoasă, obrazul și buzele de partea lezată devin flasce și se ridică în fiecare expirație; se zice că „bolnavul își fumează pipa”. De asemenea alimentele cad între obraz și gingie umplând vestibulul. Sensibilitatea feței este diminuată de trigemen prin nervul bucal (ramură a mandibularului) și nervul infraorbitar (din maxilar).

PERETELE SUPERIOR: PALATUL DUR SAU BOLTA PALATINA (Palatum durum)

Peretele supero-posterior al cavității bucale este format de palat (Palatum). Partea lui superioară este palatul dur, iar partea lui posterioară este palatul moale.

Peretele superior, boltit, desparte cavitatea bucală de fosele nazale. Forma bolții palatine și cea a foselor nazale se află în strânsă corelație. Palatul dur se continuă, fără delimitare precisă, cu palatul moale sau valul palatin.

Important: Nu confundăți palatul dur cu palatul osos.

Conformația exterioară. Palatul dur intact, acoperit de părțile moi, prezintă pe linia mediană un rafeu (Raphe palati), care în partea anterioară este proeminent, iar în partea posterioară este ușor deprimat ca un șanț, ce se poate prelungi până la uvula. Rafeul răspunde suturii sagitale a palatului osos, care uneori poate realiza un relief numit Torus palatinus. Acest rafeu prezintă în partea lui anterioară imediat înapoia incisivilor, o proeminență bogat înervată numită papila incisivă (Papilla incisiva), care corespunde orificiului incisiv. De o parte și de altă a rafeului, aspectul palatului dur diferă. În partea anterioară prezintă niște creste sau plice palatine transversale (Plicae palatinae transversae), uneori drepte, alteori curbe. Către partea posterioară creștele amintite dispar și suprafața devine mai netedă. Palatul dur prezintă, pe toată întinderea sa, niște ridicături sau papile, iar între ele, niște depresiuni – foveole palatine – în care se deschid canalele excretorii ale glandelor.

Structura. În alcătuirea palatului dur intra trei straturi:

1. Stratul osos. Forma generală a palatului osos, cât și cele mai importante variațiuni, au fost studiate în osteologie. Oasele care participă la alcătuirea lui sunt procesele palatine ale maxilarelor și lamelele orizontale ale palatinelor. Palatul osos este acoperit de un periost rezistent, foarte aderent la nivelul suturilor și al proceselor alveolare ale maxilarelor.

2. Stratul glandular este format din glandele palatine (Glandulae palatinae) analoge cu cele de la buze și obraji. Glandele sunt mai dezvoltate către partea posterioară a bolții.

3. Stratul mucos. Mucoasa palatină continuă gingiile. Ea este de culoare albă-rozacee și este caracterizată prin

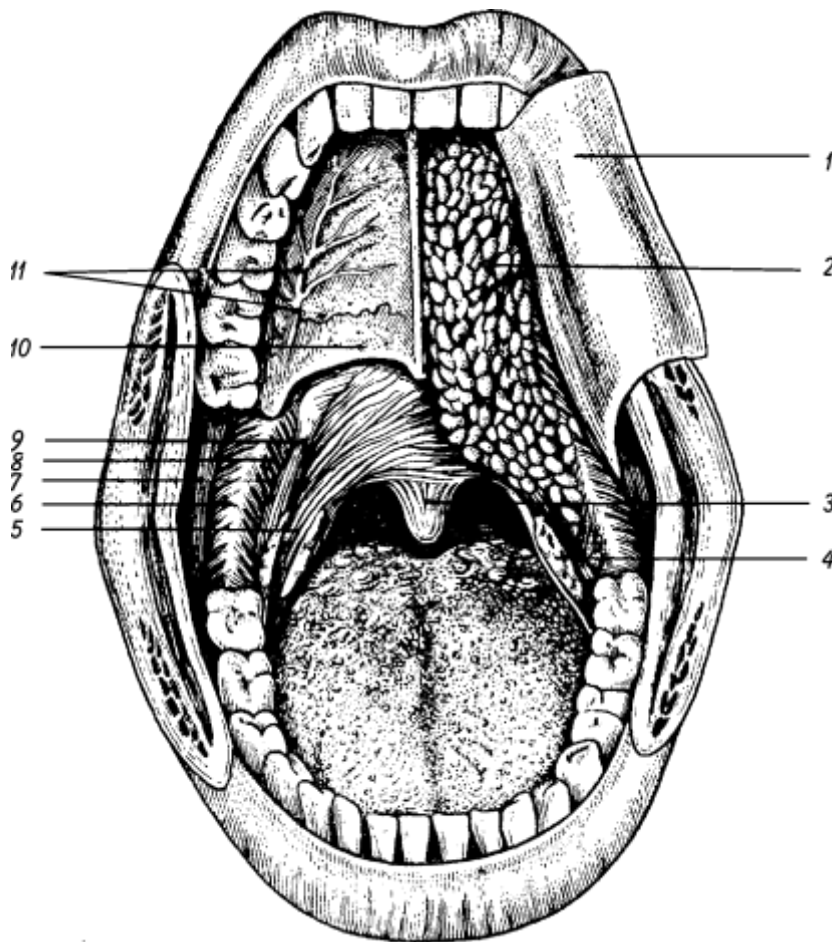


Fig. 11. Cavitata bucala, vazuta anterior, larg deschisa, dupa incizia obrazilor, plecând din unghiurile buzelor. În dreapta figurii s-a ridicat mucoasa bolii palatine, evidenUiindu-se stratul glandular. În stânga s-au îndepartat çi glandele, evidenUiindu-se planul osos çi arterele. Tot în stânga s-a ridicat mucoasa valului palatin, preparându-se muçhii palatoglos çi palato-faringian.

1. Stratul mucos (rasfrânt) al palatului dur çi al valului palatin. - 2. Stratul glandular. - 3. M. uvulei. - 4. Tonsila (amigdala) palatina. - 5. M. palatoglos. - 6. Rafeul pterigomandibular cu inserUia M. buccinator. (7) çi a M. constrictor superior al faringelui (8). - 9. M. palatofaringian. - 10. Stratul osos al palatului dur. - 11. A. palatina descendenta.

rezistenUa çi aderenUa ei de periost. În intervenUii, decolând aceasta mucoasa rezistentă, putem crea lambouri ce pot fi utilizate la acoperirea fisurilor congenitale ale palatului dur.

Palatul dur are rol în articularea consoanelor çi în deglutiUie. Pe el se aplica vârful limbii çi astfel bolul alimentar este împins înapoi catre faringe.

Vase çi nervi

Arterele provin din surse multiple. Cea mai importanta este palatina descendenta, ramura a maxilarei care coboara prin canalul palatin mare, ajunge pe faUa inferioara a bolii palatine çi se inflecteaza înainte, emiUând numeroase ramuri. În intervenUile pe regiune aceasta artera trebuie pastrata pentru a asigura vascularizarea lambourilor cu care acoperim fisurile congenitale ale bolii palatine. Bolta palatina mai primește artera sfenopalatina, ramura tot din maxilara.

Venele urmeaza traiectul arterelor. Unele trec prin canalul incisiv la venele mucoasei pituitare.

Limfaticele dreneaza limfa catre nodurile jugulare laterale.

Nervii senzitivi sunt reprezentaUi prin nervul palatin mare (ce trece prin canalul palatin mare) çi nervii nazopalatini (ce trec prin canalul incisiv).

Anatomie aplicata. La nivelul palatului dur se pot localiza gome sifilitice, care uneori pot necroza scheletul. De asemenea, aici se pot dezvolta tumori plecate de la os sau, mai ales, de la stratul glandular.

Mai caracteristice pentru bolta palatina sunt diviziunile sagitale congenitale (despicaturile sau fisurile, palatoschizis = gura de lup). Anomaliile se datoresc lipsei de sudura a mugurilor palatini.

Ductul sau canalul incisiv (Ductus incisivus) este un conduct epitelial inconstant situat în interiorul canalului incisivosos. Rareori

este un conduct complet, întins de la cavitata bucala la fosele nazale. În mod obiçnuit el pornește din fosele nazale çi este închis în fund de sac. ImportanUa lui clinica consta în faptul ca abceseale incisivilor se pot propaga pe traiectul sau, pâna în fosele nazale.

PERETELE INFERIOR SAU PLANÇEUL CAVITATII BUCALE

Acest perete are o structura complexa çi din acest motiv este diferit descris de autori.

El este format dintr-o serie de parUi moi care închid spaUiul dintre doua arcuri osoase: corpul mandibulei, în sus çi înainte; osul hioid, în jos çi înapoi.

O secUiune frontala prin partea inferioara a feUei ne arata componenUa acestui perete. Profund, în mijlocul parUilor moi care îl alcatuiesc, se evidenUiiaza diafragma gurii – o lama musculara aproape orizontala – formata din cei doi muçi milohioidieni. Deasupra diafragmei gurii se gasește regiunea sublinguala; peste aceasta regiune se açaza limba. PorUiunea anterioara a limbii este libera, mobila, çi permite explorarea prin gura a regiunii sublinguale; porUiunea posterioara a limbii se unește, se confunda, cu elementele plançei bucale.

Rezulta ca în structura peretelui inferior al cavitatii bucale vom avea de descris: diafragma gurii, regiunea sublinguala çi limba.

Diafragma gurii (Diaphragma oris) este formata din cei doi muçi milohioidieni, care au fost studiaUi la

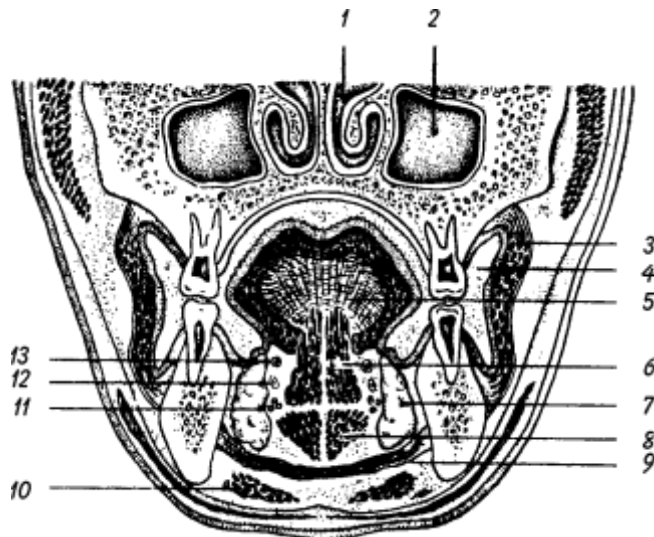


Fig. 12. Secțiune frontală prin fața.

I. Cavitatea nazală cu cornetul și cu meatul inferior. - 2. Sinusul maxilar. - 3. M. buccinator. - 4. Vestibulul cavității bucale. - 5. Limba. - 6. M. genioglos. - 7. Glanda sublinguală. - 8. M. geniohioidian. - 9. M. milohioidian. - 10. M. digastric (pântecele anterior). - II. Vasele sublinguale. - 12. Ductul sublingual Wharton. - 13. N. lingual.

miologie. Ei formează o chingă musculară întinsă între cele două linii milohioidiene ale mandibulei și corpul osului hioid. Chingă este întărită pe fața sa superioară de cei doi mușchi geniohioidieni, iar pe fața sa inferioară de digastrici. Diafragma gurii are o mare importanță anatomico-topografică, funcțională și clinică. Toate elementele situate deasupra ei fac parte din cavitatea bucală; cele situate dedesubt aparțin gâtului (regiunii suprahioidiene).

Regiunea topografică sublinguală este ascunsă de porțiunea orizontală a limbii. Ea constituie partea planșei bucale direct accesibilă inspecției și palparii. Pentru a o pune în evidență, invităm pacientul să deschidă larg gura și să ducă vârful limbii în sus și înapoi, spre bolta palatină. Regiunea ne apare acum ca un semicerc, marginit înainte și pe laturi de arcadele alveolo-dentare, iar înapoi de limba. Spațiul în partea anterioară, regiunea scade tot mai mult în înălțime în partea posterioară, spre locul de întâlnire a limbii cu planșea bucală. Regiunea este acoperită de mucoasa bucală roșie, subțire, care lasă să se vadă prin transparența ei venele sublinguale (ranine).

Pe linia mediană distingem frâul limbii (Frenulum linguae) o plică sagitală a mucoasei, care leagă fața inferioară a organului de regiunea sublinguală.

Pe laturile frâului, îndreptându-se înapoi și în afara, mucoasa prezintă câte o proeminență neregulată, alungită, determinată de glanda sublinguală subiacentă, numită plică sublinguală (Plica sublingualis). Aproape de extremitatea anterioară a fiecărei plice se găsește câte un tubercul – caruncula sublinguală (Caruncula sublingualis) – prevăzută cu un orificiu prin care se deschide ductul submandibular (Wharton) împreună cu ductul sublingual mare. De-a lungul plicei sublinguale se înșiră orificiile ductelor mici ale glandei sublinguale.

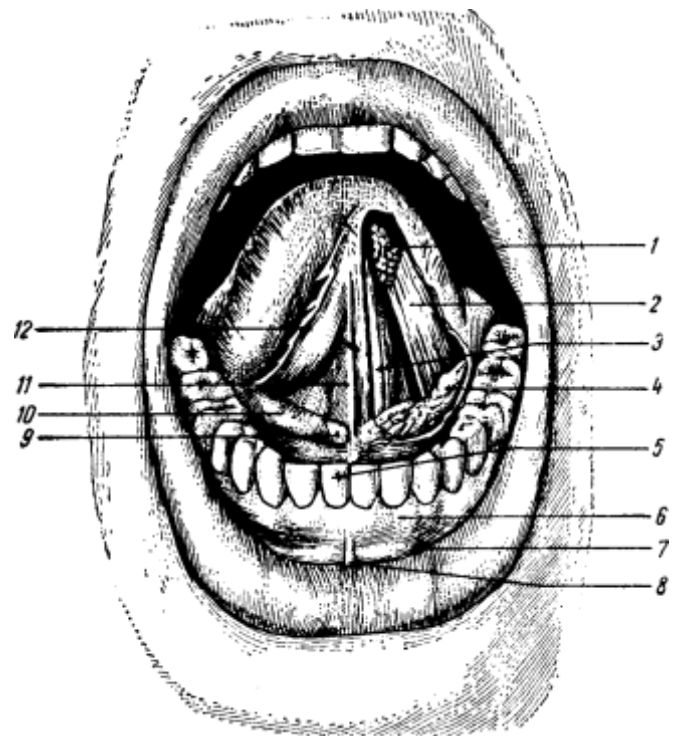


Fig. 13. Cavitatea bucală: limba și regiunea sublinguală.

I. Glanda linguală anterioară. - 2. M. longitudinal inferior al limbii. - 3. M. genioglos. - 4. Glanda sublinguală. - 5. Arcada dentară inferioară. - 6. Gingivă. - 7. Căniștii vestibulari inferiori. - 8. Frâul buzei inferioare. - 9. Caruncula sublinguală. - 10. Plică sublinguală. - II. Frâul limbii. - 12. Plică fimbriată.

Dacă îndepărtăm mucoasa regiunii sublinguale, găsim pe linia mediană un perete muscular format de doi dintre mușchii limbii: genioglosul și hioglosul. Aceștia se înalță de pe planșea bucală și patrund în baza limbii. Lateral de cei doi mușchi, în dreapta și în stânga lor, între ei și fața medială a corpului mandibulei, se găsește loja sublinguală. Loja conține glanda salivară sublinguală, vase și nervi; ele vor fi descrise la glandele salivare.

În jos regiunea sublinguală ajunge până la diafragma gurii; înapoi se continuă cu spațiile conjunctive ale gâtului.

Anatomie aplicată. Regiunea sublinguală poate fi deformată prin tumori chistice plecate de la glanda sublinguală, numite ranule. Survin mai frecvent la copii.

În regiunea sublinguală se dezvoltă uneori flegmoane cu caracter gangrenos și septicemic, cu o evoluție extrem de rapidă și foarte gravă. Aceste flegmoane poartă numele de angina lui Ludwig.

La nivelul mucoasei bucale – dar mai ales în regiunea sublinguală – se pot absorbi ușor și rapid unele substanțe chimice. Aceasta cale este folosită pentru administrarea unor medicamente (antianginoase, antihipertensive: nitroglicerina, nifedipina).

LIMBA

(Lingua, Glossa)

Limba este un organ musculo-membranos, de formă conică, foarte mobil, care participă la alcatuirea peretelui inferior al cavității bucale.

Limba este organul gustului. Ea are și un rol digestiv foarte important, participând la mastică și deglutiție, iar la nou-născuți la sugere. Limba mai are și un rol fonator, în articularea consoanelor linguale.

Conformația exterioară. Limba nu poate fi văzută în întregime chiar dacă gura este larg deschisă. Ea este formată din două segmente: corpul și rădăcina. Privite pe o secțiune medio-sagitală, corpul are o direcție orizontală, iar rădăcina o direcție verticală.

Separă între corp și rădăcina o faleză în formă de V, numită faleză terminală (Sulcus terminalis), situată la câțiva milimetri în spatele V-ului lingual. El prezintă la vârful lui o depresiune numită gaură oarbă (Foramen caecum linguae). Faleză terminală este mai evidentă la copil; el reprezintă locul de sudură a mugurilor din care ia naștere limba.

Rădăcina limbii (Radix linguae) este porțiunea din spatele faleză terminală. Ea este situată în faringe, de unde și numele de segment faringian. De aceea, chiar dacă tragem limba afară din cavitatea bucală, nu îi putem vedea rădăcina. Pentru a o examina, laringologii se servesc de o oglindă adecvată acestui scop. Prin rădăcina limba se fixează solid de organele din jur, mai cu seamă de mandibulă și hioid. Rădăcina limbii se continuă, prin extremitatea superioară, cu porțiunea bucală. Extremitatea ei inferioară este legată de epiglota prin trei plămâni mucoase, plămânii glosso-epigloteice. O plămână este mediană (Plica glosso-epiglottica mediană) și două laterale (Plicae glosso-epiglotticae laterales); între ele se găsesc două depresiuni, numite valecule epigloteice sau fosetele glosso-epigloteice (Valleculae epiglotticae).

Rădăcina limbii prezintă următoarele elemente descriptive: o fală anterioară, în continuare cu restul organului, ca atare definită numai în chip teoretic; o fală posterioară, răspunzând faringelui și pe care se găsesc tonsila linguală; două margini laterale, fiecare în raport cu loja tonsilei palatine respective; o extremitate superioară și o extremitate inferioară, care au fost descrise mai sus.

Relațiile dintre limba și laringe, realizate prin intermediul plămânilor glossoepigloteice și a inserțiilor mușchilor limbii pe osul hioid, au importanță funcțională și practică. În timpul faringian al deglutiției, laringele este dus în sus și înainte sub rădăcina limbii; epiglota se lovește de limba și prin această ea închide, în mod pasiv, aditusul laringian. Solidaritatea dintre limba și epiglota are și aplicații practice. Astfel, printr-o tracțiune puternică asupra limbii se ridică epiglota și astfel se eliberează aditusul laringian; prin această manoperă medicul poate executa cu ușurință intubația laringotraheală. În timpul narcozei, rădăcina limbii căzută înapoi împinge epiglota peste aditusul laringian și prin această tind să asfixieze bolnavul. Ridicând mandibula sau tracționând limba în afara cavității bucale, se obține eliberarea căii aeriene. În caz de asfixie, se poate activa reflexul respirator prin tracțiuni ritmice asupra limbii.

Corpul limbii (Corpus linguae) este porțiunea situată înaintea faleză terminală. Aceasta porțiune se găsește în cavitatea bucală și de aceea este denumită segmentul bucal.

Corpul limbii prezintă de studiat două fețe, două margini, un vârf și o bază.

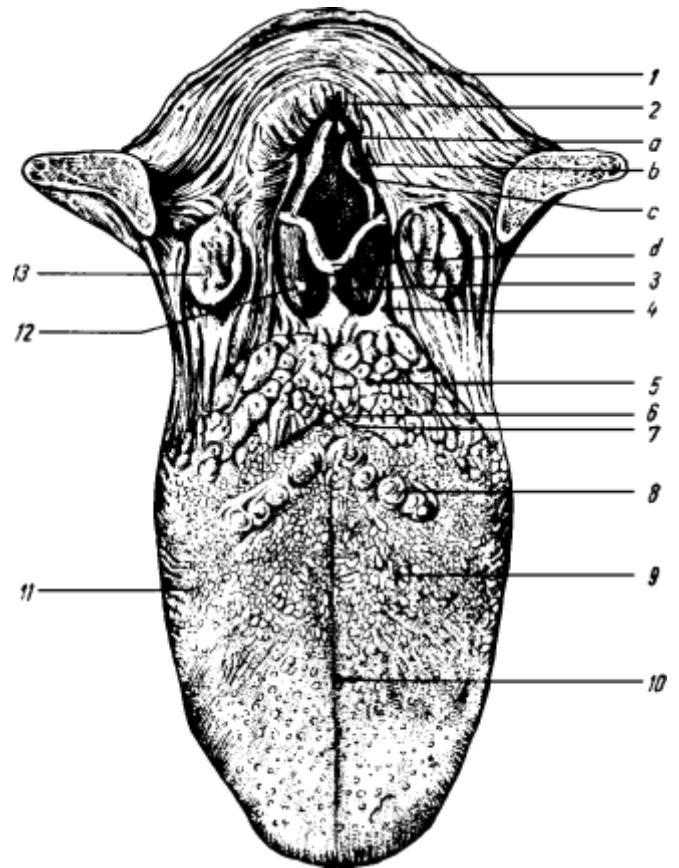


Fig. 14. Fața dorsală a limbii și formațiunile anatomice din vecinătatea rădăcinii limbii.

1. Peretele faringelui. - 2. Aditusul laringian cu elementele care îl circumscriu: a. tuberculul corniculat. b. tuberculul cuneiform, c. plica ariepiglottică și d. epiglota. - 3. Plica glossoepiglottică mediană. - 4. Plica glossoepiglottică laterală. - 5. Tonsila linguală. - 6. Gaură oarbă. - 7. Faleză terminală. - 8. Papile valvate. - 9. Papile fungiforme. - 10. Faleză mediană a limbii. - 11. Papile foliate. - 12. Valecula epiglottică. - 13. Tonsila palatină.

Fața dorsală sau superioară (Dorsum linguae) prezintă un faleză median (Sulcus medianus linguae) foarte variabil ca aspect. La el vin de se termină rândurile de papile ale limbii, care vor fi studiate odată cu mucoasa.

Faleză terminală împarte fața dorsală a limbii într-o porțiune presulcală (Pars praesulcalis), situată înaintea faleză terminală, și una postsulcală (Pars postsulcalis), situată în spatele acesteia.

Se descriu două feluri de faleză la suprafața limbii: unele congenitale care nu se modifică cu vârsta (limba plisată și limba scrotală); altele fiziologice care apar după 40 de ani; dintre acestea cele mai caracteristice formează tipul scalariform (faleză implantată orizontal de o parte și de alta a faleză mediană).

Examenul feței superioare a limbii este foarte important în clinică. Aspectul ei diferit depinde de proeminența anumitor papile și de starea anatomică a mucoasei. Culoarea ei normală este roșiatică, aspectul este catifelat, umed. Încă din antichitate este cunoscută observația că în unele boli, mucoasa linguală îmbracă aspecte caracteristice, contribuind la stabilirea diagnosticului acestora. Fața superioară a limbii poate fi sediul cancerului și al ulcerărilor tuberculoase sau sifilitice.

În afecțiunile ale tubului digestiv, limba este albicioasă și poate fi acoperită cu un depozit galben – murdar, nisipos (limba încărcată, limba saburală – de la saburra = nisip). În unele afecțiuni grave, ca în febra tifoidă, ea este uscată, de culoare negricioasă (limba arsa). În scarlatina are o culoare roșie și se descuamează (limba ca zmeură). În anemii se produce o atrofiere a reliefului limbii, care în anemia pernicioasă duce la limba netedă. Paralel cu reducerea anemiei, relieful se reface.

Pe fața dorsală a limbii se poate dezvolta leucoplazia, considerată o stare precanceroasă și caracterizată prin apariția de plăci albe la nivelul cărora mucoasa este foarte îngroșată.

Fața inferioară (Facies inferior linguae) a limbii este mai puțin întinsă decât cea superioară deoarece porțiunea ei posterioară este ascunsă în regiunea sublinguală. Prezintă pe linia mediană frâul limbii, iar mai în afară, dunga albastră a venelor profunde ale limbii. Fața inferioară a limbii variază ca aspect, potrivit caracterelor diferite ale mucoasei. Ea este mai albicioasă și netedă, medial de venele profunde ale limbii și mult mai roșie, mai neregulată, prevăzută cu creste și proeminențe, lateral de acestea.

La nou-născuți și la copil, pe fața inferioară a limbii se găsesc două pliuri simetrice, care pleacă de la bază limbii și converg înainte către vârf, fără a-l atinge. Se numesc pliuri fimbriate (Plicae fimbriatae), din cauza marginii libere foarte zdrenăuite. Plica fimbriată se atrofiază cu vârsta. Ea este un rest al unui organ existent la prosimieni.

Marginele limbii (Margo linguae) răspund arcadei dentare. Raportul este important prin faptul că un dinte rupt sau cariatic poate produce ulcerații ale limbii.

Vârful (Apex linguae) este subțire și ascuțit. Pe el se găsesc un canal vertical, la nivelul cărui se unesc cele două canale (superior și inferior).

Baza – la nivelul ei radacina se unește cu corpul.

Structura limbii

Limba are un schelet osteo-fibros, un conținut muscular și o mucoasă învelitoare; este lipsită de submucoasă.

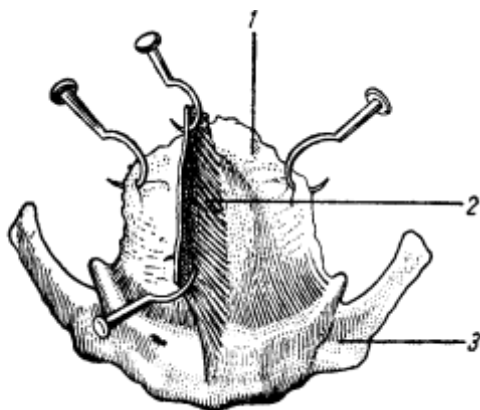


Fig. 15. Scheletul limbii.

1. Membrana hioglosiană dispusă în plan frontal, dând inserție septului lingual. – 2. Septul lingual orientat sagittal. – 3. Osul hioid.

Scheletul osteo-fibros este format din osul hioid (studiat la osteologie) și din două formațiuni fibroase; membrana hioglosiană și septul lingual.

Membrana hioglosiană are o formă patrulateră. Este situată în partea posterioară a limbii și este dispusă în plan frontal. În jos, membrana se prinde pe osul hioid; în sus, ea se pierde în musculatura limbii, înapoi la canalul terminal. Prin fața posterioară, membrana răspunde musculaturii limbii. Aceasta membrană nu este descrisă de către toți autorii. Termenul nu a fost introdus niciodată în Nomenclatura Anatomică.

Septul limbii (Septum lingualis) are o formă curbă, comparabilă cu o coasă; este situat în planul medio-sagital al limbii, între cei doi mușchi geniogloși.

Septul limbii prezintă de studiat:

a) o margine superioară convexă; b) o margine inferioară concavă, ambele în raport cu musculatura organului; c) o bază, ce se prinde pe membrana hioglosiană și osul hioid; d) un vârf, ce ajunge până la vârful limbii; e) două fețe laterale în raport cu mușchii geniogloși.

În cadrul scheletului fibros, poate fi inclusă și aponevroza limbii (Aponeurosis lingualis), care este de fapt o îngroșare și condensare a laminei proprii a mucoasei linguale din regiunea ei dorsală. Mușchii limbii se termină prin numeroase formațiuni tendinoase fine în această aponevroză care le servește astfel ca punct de inserție; uneori cordelulele tendinoase o pot străbate și să patrundă până la papile.

Mușchii limbii (Musculi linguae) se împletesc între ei într-un mod extrem de complicat. După origine, ei se grupează în mușchi extrinseci – cu originea pe oasele sau pe organele învecinate – și mușchi intrinseci, care se fixează cu ambele capete în interiorul limbii, pe septul lingual și pe aponevroza limbii. Sunt formați din fibre striate.

Mușchii extrinseci. **Mușchiul genioglosus (M. genioglossus)** este cel mai puternic mușchi al limbii. Are originea împreună cu omologul sau din partea opusă, pe tuberculul superior al spinei mentale a mandibulei (apofizele geni superioare), deasupra mușchiului genihioidian. De acolo fibrele se împărățesc ca un evantai în toată limba, de la vârf până la osul hioid. Este separat de genioglosul opus prin septul lingual. Uneori fibrele mușchiului se continuă înapoi cu fibrele constrictorului superior al faringelui (mușchiul geni-faringian); alte fibre pot ajunge până la epiglota (mușchiul glosopiglotic).

Mușchiul are un raport foarte important: prin fața sa laterală participă la formarea peretelui medial al lojii sublinguale, având astfel raporturi cu organele acestei loji.

Acțiune. Mușchiul își ia punctul fix pe mandibulă; contractându-se el acționează asupra limbii și a osului hioid. Contractarea simultană a tuturor fibrelor mușchiului ghemuește limba înapoi la mandibulă și o aplică pe planșelul bucal.

Contractându-se izolat, fibrele anterioare duc vârful limbii în jos și înapoi; cele mijlocii trag limba înainte și o proiectează în afara gurii; iar cele posterioare duc hioidul înainte împreună cu limba.

Tonusul mușchilor geniogloși menține limba în locul ei. Când tonusul este abolit, ca în narcoza, atunci limba cade prin propria ei greutate peste aditusul laringian și poate provoca asfisia bolnavului.

Când se rezecă mandibula, operația trebuie efectuată lateral de linia mediană, pastrând inserția mușchiului genioglos, pentru a se evita caderea limbii.

Mușchiul hioglos (M. hyoglossus) – este un mușchi lat și subțire, de forma patrulateră.

Originea lui este pe marginea superioară a corpului osului hioid (fasciculul bazioglos) și pe toată întinderea cornului mare al acestui os (fasciculul ceratoglos). De aici fibrele lui urcă pe fața laterală a genioglosului, patrund între stiloglos și longitudinal inferior, inserându-se pe aponevroza limbii – pe marginea ei, de la baza până la vârf.

Ascuns sub fața medială a hioglosului, se găsește un fascicul inconstant și slab dezvoltat, care naște de pe cornul mic al hioidului. Este mușchiul condroglos (M. chondroglossus), considerat o dependență a hioglosului.

Raporturi. Prin fața sa laterală, hioglosul participă la formarea peretelui medial al lojii sublinguale; această fața este încrucișată de nervii hipoglos și lingual. Fața sa medială – profundă – acoperă artera linguală.

Acliune. Trage limba în jos și înapoi.

Mușchiul stiloglos (M. styloglossus) – este alungit și subțire, așezat pe marginile limbii.

El pleacă de pe procesul stiloid și de pe ligamentul stilomandibular. Patrunde în corpul limbii și se împarte în două fascicule: unul lateral, urmează cu mușchiul longitudinal inferior marginea limbii până la vârful ei; altul transversal, străbate hioglosul spre interiorul limbii, amestecându-se cu fibrele transversului sau terminându-se pe septul lingual. Mușchiul stiloglos este în raport lateral cu glanda parotidă și mușchiul pterigoidian medial, iar medial cu mușchii stilofaringian și constrictor superior al faringelui. Acliunea mușchiului: duce limba în sus și înapoi.

Mușchiul tonsiloglos – neomologat de Nomenclatura Anatomică – pleacă de pe submucoasa faringelui, de la nivelul regiunii tonsilei palatine; patrunde în baza limbii, devine transversal și se încrucișează cu cel de partea opusă formând o chingă musculară. Acliune: ridică limba.

Mușchii palatoglos și faringoglos provin din musculatura organelor respective și vor fi studiate cu acestea.

Mușchii intrinseci. Mușchiul longitudinal inferior (M. longitudinalis inferior) – este lung și subțire, relativ bine individualizat pe fața inferioară a limbii. Pleacă de pe mucoasa radacini limbii și ajunge până la vârf. Este situat între hioglos și genioglos.

Mușchiul longitudinal superior (M. longitudinalis superior) – este nepereche: formează o lamă musculară cu fibrele longitudinale, așezate sub mucoasa dorsală a limbii și întinse în tot lungul sau.

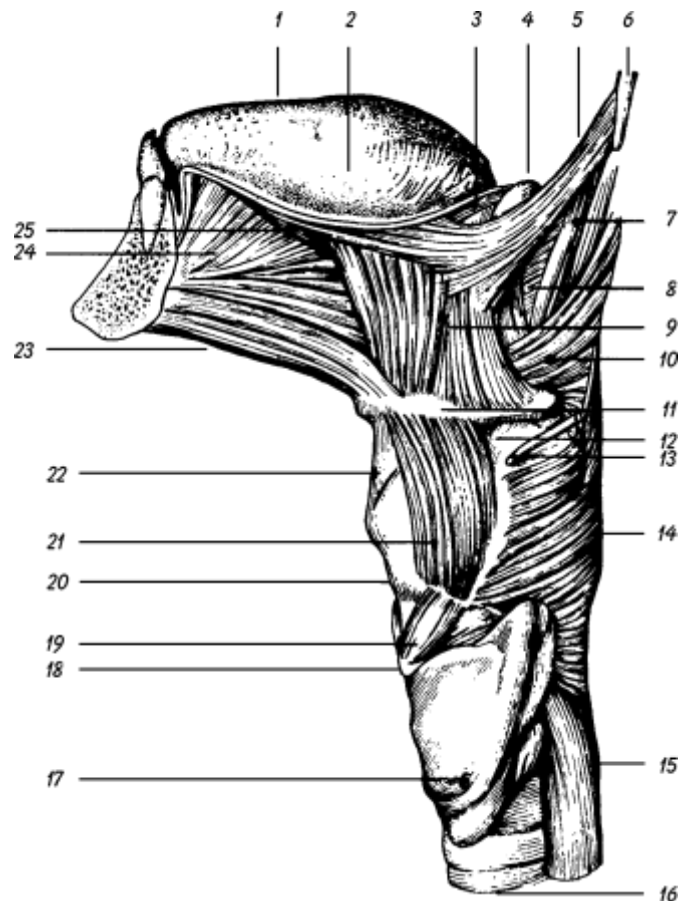


Fig. 16. Mușchii limbii și ai faringelui (vazuți din partea stângă).

1. Fața dorsală a limbii. - 2. Marginea limbii. - 3. M. palatoglos. - 4. Tonsila palatină. - 5. M. stiloglos. - 6. Procesul stiloid al temporalului. - 7. M. stilofaringian. - 8. M. constrictor superior al faringelui. - 9. M. hioglos. - 10. M. constrictor mijlociu al faringelui. - 11. Osul hioid. - 12. Membrana tirohioidiană. - 13. N. laringeu superior. - 14. M. constrictor inferior al faringelui. - 15. Esofagul. - 16. Traheea. - 17. Glanda tiroidă. - 18. Arcul cricoidului. - 19. M. cricotiroidian. - 20. Cartilajul tiroid. - 21. M. tirohioidian. - 22. Ligamentul tirohioidian median. - 23. M. genihioidian. - 24. M. genioglos. - 25. M. longitudinal inferior al limbii.

Fibrele lui se amestecă cu cele ale hioglosului și stiloglosului. Acliune: cei doi mușchi longitudinali scurtează limba.

Mușchiul transvers (M. transversus linguae) – numit astfel după direcția fibrelor sale, ocupă toată masa limbii. Fasciculele lui se prind de septul lingual și pe mucoasa marginilor limbii. Fibrelor propriu-zise ale transversului li se adaugă fibre transversale din hiostilopalato- și tonsiloglos. Fibrele mușchiului transvers se încrucișează cu fibrele verticale ale celorlalți mușchi.

El îngustează limba în sens transversal; aceasta se rotunjește, vârful se subțiază și este proiectat în afara cavității bucale.

Mușchiul vertical (M. verticalis linguae) – are fibrele întinse de la aponevroza linguală la fața inferioară a corpului limbii. El turtește limba de sus în jos.

Putem considera în linie generală ca mușchii extrinseci acționează asupra limbii în întregime, determinând

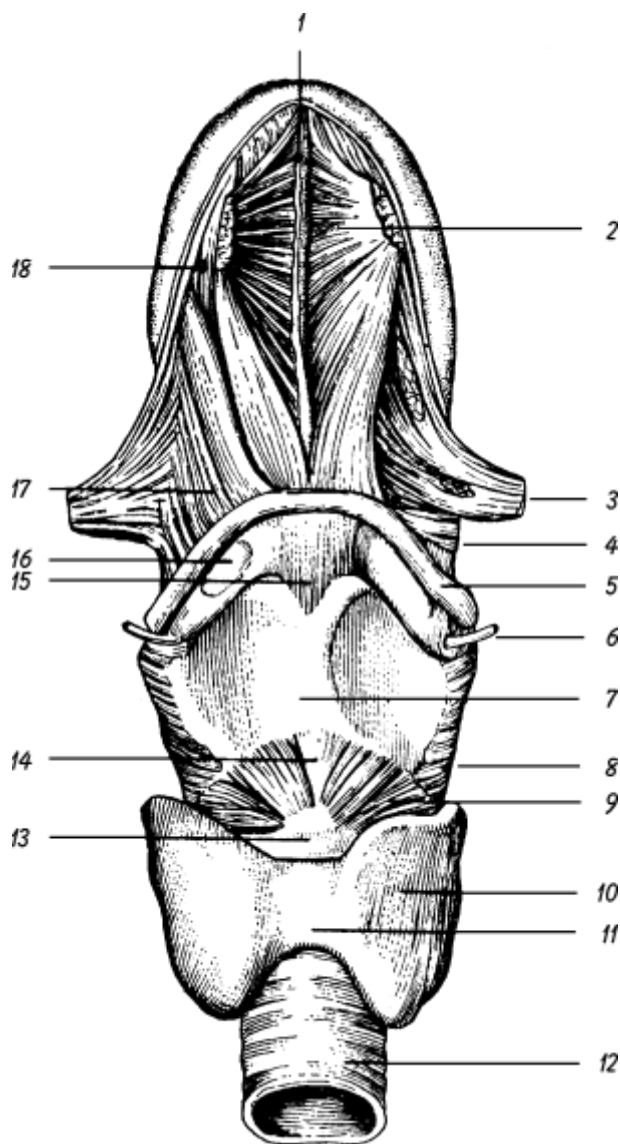


Fig. 17. Mușchii limbii (vazuți de jos).

I. Septul lingual. - 2. M. genioglos. - 3. M. stiloglos. - 4. Porțiunea condrofaringiana a M. constrictor mijlociu al faringelui. - 5. Osul hioid. - 6. N. laringeu superior. - 7. Cartilajul tiroid. - 8. M. constrictor inferior al faringelui. - 9. M. cricotiroidian. - 10. Lob al glandei tiroide. - II. Istmul glandei tiroide. - 12. Traheea. - 13. Arcul cricoidului. - 14. Ligamentul cricotiroidian median. - 15. Ligamentul tirohioidian median. - 16. Corp grasos situat pe ligamentul tirohioidian. - 17. M. hioglos. - 18. M. longitudinal inferior.

deplasari ale ei; mușchii intrinseci realizeaza modificarea formei acestui organ.

Musculatura limbii se poate evidenția foarte bine prin secțiuni orientate în planurile transversal și în cel sagital ale corpului sau.

Limba este un organ extrem de mobil. Cu vârful ei putem sa parcurgem toata cavitatea bucala: înapoi pâna la palatul dur, pe laturi pâna la arcadele dentare și înainte pâna în vestibul. În cazuri de mobilitate exagerata, aceste limite pot fi depășite.

Mucoasa linguala (Tunica mucosa linguae). Musculatura limbii este învelita de o mucoasa, care se continua cu mucoasa buco-faringiana.

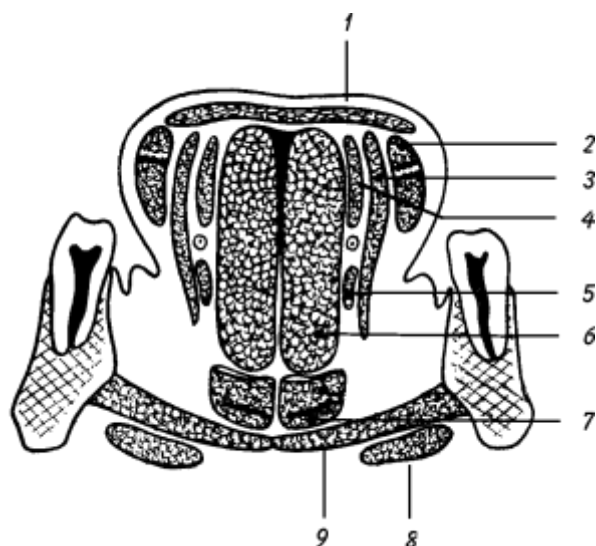


Fig. 18. Secțiune frontală prin limba și planșeul bucal (schema).

I. M. longitudinal superior al limbii. - 2. M. stiloglos. - 3. M. hioglos. - 4. M. longitudinal inferior al limbii. - 5. M. condroglos. - 6. M. genioglos. - 7. M. geniohioidian. - 8. Pânțelele anterior al M. diafagastic. - 9. M. milohioidian.

Dupa ce a acoperit elementele regiunii sublinguale, mucoasa de pe planșeul bucal se ridica spre fața inferioara a corpului limbii, formând frâul lingual (Frenulum linguae). Înconjoara marginile și vârful limbii, trece pe fața ei dorsala și se continua cu mucoasa faringelui și a laringelui; aici formeaza plicele glosopiglotice.

Caracterele macroscopice ale mucoasei variaza în raport cu regiunile. Culoarea este alb-rozata pe fața dorsala, ceva mai roșie pe margini și devine roză pe fața inferioara. Consistența, redusa pe margini și pe fața inferioara, este destul de ridicata pe fața dorsala. Subțire și transparenta pe fața inferioara, ea se îngroașă progresiv spre margini și mai ales pe dosul limbii, unde ia un aspect catifelat, datorita bogăției de papile pe care le prezinta. Mai amintim aderența ei foarte marcata, tot în regiunea dorsala, la musculatura subiacenta, datorita lipsei submucoasei.

Structural, mucoasa este alcatuita dintr-un corion dens, strabatut de canalele excretoare ale glandelor mucoasei, situate profund în musculatura, și dintr-un epiteliu pavimentos necheratinizat. Am vazut ca în regiunea dorsala a corpului limbii, corionul devine mai dens, se condenseaza, și formeaza aponevroza limbii.

Mucoasa linguala prezinta: papile, glande și foliculi limfatici.

Papilele linguale (Papillae linguales) – sunt niște proeminențe, vizibile cu lupa sau unele chiar cu ochiul liber, situate la suprafața mucoasei porțiunii presulcale a feței dorsale a limbii. Unele au rol mecanic, altele rol tactil, iar altele în perceperea gustului. Sunt formate dintr-un ax central provenit din lamina proprie a mucoasei, acoperit de epitelul acesteia.

Receptorii specifici ai gustului sunt mugurii gustativi, așezați mai ales în grosimea epiteliului papilelor valate și foliate.