

PLASTIC REPAIRS AFTER TUMOUR RESECTION

B. Gusic, M.D.

A lot has been published on plastic repairs following major mutilating interferences and it is difficult indeed to bring anything essentially new in this field. Just here, as rarely anywhere in our profession, there are interwoven individual ingenious manipulation and skill for minute modelling with accurate observation and aesthetic appreciation in addition to minute surgical technique with a modern, technically highly perfected prothetic. Hence the procedures may be here only of some general value, whereas the details of the performance depend equally on the given case as well as on the personality of the surgeon himself.

But the methods differ both according to the country and its customs. They depend on the living standard and the social conditions, but also to a large extent on the technical skill of the surgeon in applying the latest technical advances to the living standard of the country and its local customs. Curiously enough, there has been little reported on the latter fact in our medical literature, though the contrast between paramount technical progress and the actual living conditions of a great deal of our patients as well as in our profession has never been more considerable. It is just this contrast that urges us to modify our operative plan, to sacrifice even a lot of useful technical achievements only to cover up in given circumstances the defects brought about even with less aesthetic details but more convenient for the maintenance of cleanliness and care. Moreover, there is another important moment: the time when our patients come to operation. In a more cultural environment with a well organized health service, the diagnosis of malignoma will be established earlier and the patients report for treatment at the onset of the disease. Under more primitive conditions the patients ask for medical aid considerably later. Thus when they reach our hands, major tumours have developed touching or even passing the demarcations of common operability. No wonder that mutilations will be considerably more extensive. Hence there will turn up more serious and frequently specific problems not only concerning the aesthetic covering up but also the functional repair.

During the performance of the covering up of the thus produced defects, autotransplantation or prothetic is used or a combination of both procedures. In both cases there has to be planned first of all functional repair, even if occasionally something of the aesthetic appearance has to be sacrificed on its account. Prothetic makes up most frequently for the deficiency of the plastic repair, particularly in cases where it may considerably lessen the reconstructive procedure, and where the housing conditions of the patient allow its application or where a longer follow-up treatment of the operated area is required.

LES REPARATIONS PLASTIQUES APRES LA RESECTION DE TUMEURS

On écrit beaucoup sur les réparations plastiques des mutilations provoquées par les grandes interventions chirurgicales et il est extrêmement diffi-

cile d'y ajouter quelque chose de neuf. Beaucoup de facteurs jouent un rôle très important lorsqu'il s'agit de réparations plastiques: l'ingéniosité personnelle, le talent pour le fin modelage accompagné d'un sens d'observation juste et d'un bon jugement esthétique; tout cela combiné avec une technique opératoire, minutieuse et les possibilités de prothèse très perfectionnées. C'est pourquoi les directives générales ne peuvent avoir qu'une valeur relative, les détails de l'exécution dépendant du cas traité et de la personnalité du chirurgien lui-même.

La variété des méthodes dépend également du pays et de ses coutumes, c'est à dire du standard de vie, des conditions sociales, mais en même temps aussi de l'habilité du chirurgien à appliquer les réalisations techniques les plus modernes aux conditions de vie du pays et aux coutumes locales. Il est étonnant que cette question soit si peu traitée dans la bibliographie médicale bien que la disparité entre les récentes réalisations techniques et les conditions de vie d'un grand nombre de nos malades n'ait jamais été plus grande. C'est justement cette disparité qui nous force à modifier notre plan opératoire, à sacrifier beaucoup de réalisations techniques utiles qui cacheraient les mutilations, à prendre moins soin des détails esthétiques et en consacrer plus — dans certains cas — à ce qui est pratique pour l'entretien de la propreté. Un facteur s'y ajoute — le moment où nos malades se présentent pour se soumettre à une intervention. Dans un milieu plus civilisé, avec un service sanitaire bien organisé, le diagnostic des cas malins est établi à temps car les malades se présentent pour le traitement au stade initial de la maladie. Dans des conditions plus primitives, les malades nous consultent beaucoup plus tard, ils se présentent avec de grandes tumeurs qui ont déjà atteint et souvent même dépassé, les limites où elles sont opérables. Il est évident que les mutilations seront plus grandes dans ces cas-là et que des problèmes plus graves, très souvent d'un caractère spécifique, surgiront touchant la réparation esthétique et la valeur fonctionnelle. S'il s'y ajoute l'impossibilité d'une radiothérapie équivalente, soit à cause du manque des appareils adéquats, soit pour n'importe quelle autre raison, le travail du chirurgien, l'importance de l'intervention ainsi que le problème de la réparation plastique seront encore plus grands et plus compliqués.

Pour cacher les mutilations opératoires, nous recourons à l'autotransplantation, à la prothétique ou bien nous combinons les deux procédés. Dans les deux cas nous devons d'abord tenir compte de la réparation fonctionnelle, même si c'est au détriment de l'esthétique. Le plus souvent la prothétique complète la réparation plastique, spécialement dans le cas où elle aide à sensiblement raccourcir le procédé de la réparation et où, en même temps, les conditions de vie du malade permettent son application, de même si le contrôle de la région opérée l'exige.

L'application des procédés dont nous venons de parler sera illustrée par une série de diapositives.

Prof. dr. B. Gusic,
Klinika za Bolesti Uha, Nosa i Grla,
Medicinskog Fakulteta Sveucilista,
Zagreb - Salata/Yougoslavië.