

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1057

TUBERCULOZA CAVITĂȚII BUCALE

**TEZĂ**
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 1936.

DE

SELIM ABDURAHMAN

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

No.

TUBERCULOZA CAVITĂȚII BUCALE

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1936.
DE

SELIM ABDURAHMAN



23 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesor¹:

Clinica stomatologică	Prof. D.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	”	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	”	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	”	<i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia ș embriologia umană	”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	”	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	”	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	”	<i>Pop A.</i>
Medicina legală	”	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	Prof.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	”	<i>Michail D.</i>
” neurologică	”	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	”	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	”	<i>Tătaru C.</i>
” urologică	”	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	”	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	”	<i>Vasiliiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: Prof. Dr. *I. Aleman*

Membrii: { Prof. Dr. *I. Hațieganu*
 ” ” *V. Papilian*
 ” ” *G. Buzoianu*
 ” ” *M. Kernbach*

Supleant: Docent Dr. *V. Cimoca*

Introducere.

Tuberculoza este o afecțiune cronică, produsă de bacilul tuberculozei, descoperit de Robert Koch în anul 1882.

Deși este una dintre bolile cele mai mult studiate, totuși, nici până azi nu se știe cu precizie calea prin care agentul patogen pătrunde în organismul uman.

Infecția aerogenă, prin pătrunderea bacililor pe cale aeriană, (nas, gură, bronșii, plămâni) prin inhalare, este admisă de cea mai mare parte a autorilor.

Un bolnav cu o tuberculoză pulmonară deschisă, răspân-dește în jurul său, prin tuse, strănut și vorbire, picături fine de salivă și spută, în care sunt înglobați bacilii tuberculoși. Aceste picături bacilifere, ce au dimensiuni de 20—200 mī-croni, sunt inhalate de indivizii sănătoși din vecinătatea bolnavului și ajung până la nivelul alveolelor pulmonare.

Această modalitate de infecție a fost studiată și susținută de Flügge, sub denumirea de infecțiune prin stropi.

Tot un fel de infecție aeriană este și cea studiată de Cornet, care susține, că infecția tuberculoasă se produce prin inhalarea bacililor tuberculoși și înglobați în praf (infecțiune prin praf).

Sputa eliminată de un bacilar, se usucă și se pulverizează; bacilii ridicați împreună cu praful, sunt inhalați de indivizii sănătoși.

Copilul se poate infecta, ducându-și la gură mâinile sau alte obiecte murdărite de sputa infectată, eliminată pe dușumea, de un tuberculos neglijent ori needucat.

Acest mod de a se infecta este numit infecțiune prin atingere.

Behring și mai târziu Calmette au susținut că cea mai importantă cale de infecție ar fi cea digestivă, produsă prin consumarea laptelui infectat cu bacili tuberculoși de tip bovin. Calmette afirma că bacilii tuberculozei pot traversa in-

testinul mai ales în copilărie, fără a cauza alterațiuni patologice la nivelul porții de intrare și propagându-se pe cale limfatică se fixează în ganglionii tracheo-bronșici.

Pentru a demonstra temeinicia acestei afirmațiuni, el a făcut o experiență, producând la animale, antracoza pulmonară prin introducerea particulelor de cărbune, pe cale intestinală.

După ce am făcut aceste considerațiuni generale, să trecem la tuberculoza cavității bucale.

Cele mai deseori, tuberculoza bucală este secundară și survine ca o complicație la un bolnav bacilar. Tuberculoza bucală este foarte rară. Bacilii tuberculozei ajung la nivelul gurii, fie pe cale limfatică, sanguină ori tracheală, fie prin propagarea unei leziuni din apropiere (leziuni nazale, ganglionare, cutanate, laringiene). Cavitatea bucală nu oferă un teren favorabil pentru dezvoltarea bacilului Koch.

Pentru a putea produce leziuni la nivelul cavității bucale, bacilul tuberculozei trebuie să întâlnească o sumă de cauze *generale* și *locale*. Cauzele generale care favorizează dezvoltarea bacilului la nivelul gurii, sunt date de toate condițiunile ce transformă organismul în stare de anergie temporară, (în caz de pojar, scarlatină, tuse convulsivă, gripă) ori în anergie definitivă la alcoolici, diabet, ultima fază a ftiziei.

Cauzele locale sunt reprezentate prin răniri, ulcerații ale mucoasei bucale, care întrețin o iritație continuă, răniri ce sunt produse de rădăcini, dinți deviați, ulcere traumatiche date de proteze, sau iritații prin tutun, alcool, sifilis.

Tuberculoza se manifestă la nivelul gurii prin una din aceste 4 forme:

lupusul gurii;

ulcerul tuberculos.

abcesul rece.

tuberculoza maxilarelor.

Le vom studia pe fiecare în parte.

Lupusul bucal.

Lupusul bucal are două varietăți: lupusul vulgar și lupusul eritematos.

Lupusul vulgar este o formă de tuberculoză, produsă de o inoculare directă a bacilului Koch. Prezintă două caractere distinctive: evoluiază foarte încet și are o virulență redusă.

Afecțiunea debutează în copilărie sau la o vârstă tânără, fiind mai frecventă la sexul feminin.

Lupusul bucal poate fi primitiv, ori secundar unui lupus al foselor nazale sau unui lupus al feței. Calea cea mai deasă prin care se face trecerea în cavitatea bucală, e vălul palatin, prin mucoasa orificiilor posterioare ale foselor nazale. O altă cale de trecere e reprezentată prin bolta palatină, propagarea făcându-se prin canalul palatin anterior, sau în fine propagarea în cavitatea bucală se face dela buze.

Leziunea lupică este alcătuită din mici nodozități, care rezultă din gruparea tubercuilor lupici, al lupomilor. Tubercuilii lupici se prezintă ca niște mici noduli, de formă rotundă eliptică, de mărimea unui bob de mei, sau bob de mazăre. In jurul tubercuilor se observă o zonă de culoare roșie-gălbui-brună.

Lupomii se găsesc ascunși în derm și se pot vedea prin transparența epidermului, care îi acoperă. Culoarea lor a fost comparată cu cea a compotului de mere (gelée) sau a mierei de stup. Lupomii se văd foarte bine prin vitroscoapie. Se presează pielea, la nivelul leziunii lupice cu o lamă de sticlă. Anemia care se produce, ne dă posibilitatea de a observa alterațiunile ce se prezintă la acel nivel, lupomii se văd bine, având caracterele descrise mai sus. Leziunile lupice au o consistență moale, sunt friabili. Putem pătrunde în ei cu un stilet. La locul presionat rămâne o depresiune, o mică gropiță, ce se menține și după încetarea presiunii, căci țesutul elastic și colagen e distrus.

După o evoluție îndelungată, tuberculii se turtesc, dispar, sau se ulcerează, tegumentele se inflamează, se îngroașe, focarul lupic se deschide la exterior.

La examenul histologic, lupomul este un folicul tuberculos tipic, care prezintă o structură complexă, formată din trei zone de culele:

O zonă centrală constituită de o celulă gigantică, (tip Langhaus) o zonă mijlocie formată din celule epiteliale și o zonă periferică cu infiltrație limfocitară.

Lupomul nu conține vase, dar poate conține bacili Koch, mai ales în elementele celulare și în celula gigantă.

Ceiece se caracterizează lupomul este, că bacilii se găsesc în număr foarte redus, uneori fiind nevoie chiar de 50 sau 60 de secțiuni pentru a găsi un singur bacil.

Simptomatologie.

În mersul său invadant, lupusul buco-faringian prezintă 3 faze evolutive:

1. Faza de debut:

Debutul este insidios, uneori trece chiar neobservat. În această fază, mucoasa regiunilor care ulterior vor fi sediul leziunilor lupice, adică mucoasa faringiană a pilierilor și a vălului palatin, prezintă o colorație violacee.

2. *Faza vegetantă*: mucoasa devine neregulată, mamelonată, luând un aspect muriform.

În dreptul acestor neregularități, mucoasa devine opalescentă în urma subțierii progresive a epitelului.

3. *Faza ulceroasă*: epiteliul se subțiează din ce în ce mai mult, până dispare, producându-se astfel o ulcerare de culoare cenușie, roșie-pală, ori gălbuie, în mijlocul mucoasei violacee, infiltrate.

Această ulcerare la început mică, se întinde în mersul ei progresiv, cuprinde lueta, pilierii, distruge încetul cu încetul vălul palatin; nu sunt cruțați nici obrazii, buzele, gingiile, care devin fongoase, apoi se ulcerează, dinții cad.

Oasele și ganglionii limfatici rămân intacti.

De obicei, lupusul are un mers progresiv, procesul morbid agravându-se pe măsură ce evoluează. Uneori însă, leziunile se pot cicatriza chiar fără tratament.

Cicatrizarea începe la centru și se întinde către periferie

Această nu este o vindecare definitivă, ci constituie mai mult o remisiune, căci la nivelul cicatricei netede ce se formează, apar noi tuberculi. Lupusul se poate localiza la nivelul buzelor, limbei și a gingiei. Lupusul buzelor prezintă o evoluție asemănătoare lupusului bucofaringian, însă întinderea leziunilor se face în sens invers, dinainte înapoi. Localizarea la nivelul limbei e foarte rară, iar când se produce, se prezintă sub o formă vegetantă, papilomatoasă, ulcerația neproducându-se aproape niciodată. Lupusul gingiilor se localizează la nivelul incisivilor superiori, gingia ia o colorație violacee și e presărată cu mici granulațiuni, moi, ușor transparente.

În dreptul uneia din aceste granulațiuni, se produce o eroziune, care apoi se întinde la cea vecină și așa mai departe într'un timp relativ lung, se formează o ulcerație. Deseori, la nivelul ulcerațiunii se produc infecțiuni secundare, modificând aspectul leziunii lupice. În ce privește diagnosticarea leziunilor lupice, când e vorba de lupusul cutanat al buzelor și gingiilor, ne servim de vitroscoopia pe care am amintit-o mai sus. Diagnosticul se face mult mai greu când lupusul e localizat la nivelul cavității bucale, mai ales dacă e un lupus primitiv.

Când lupusul cavității bucale e secundar unui lupus al nasului sau al feței, diagnosticul e mult mai ușor.

Leziunile lupice ale cavității bucale trebuiesc diferențiate de ulcerul simplu al cavității bucale de ulcerul dentar, leziunile sifilitice și de un epiteliom.

Ulcerul simplu prezintă următoarele particularități:

Apare la nivelul coletului dentar, care de obicei e acoperit de tartru. Prezintă o suprafață neregulată și marginile sunt decolate. Ulcerul simplu decapitează papilele interdentare și desface mucoasa dela nivelul coletului dentar, așa încât uneori se formează un adevărat feston ulcerat dealungul arcadei dentare. Suprafața ulcerului este acoperită de un exudat cenușiu-negricios, care în cazurile grave se poate prezenta ca o falsă membrană.

Ulcerul dentar este cauzat de lezarea mucoasei bucale, fie de o rădăcină, fie de un dinte ascuțit și se prezintă ca o ulcerăție simplă, ușor infiltrată și dureroasă la atingere în timpul alimentației. Dacă se înlătură cauza provocatoare, prin extragerea rădăcinilor sau nivelarea părții ascuțite a dintelui, ulcerul se vindecă în scurt timp. Leziunile sifilitice pot fi confundate cu cele lupice.

O gomă a vălului palatin în perioada de cruditate se poate asemăna cu un lupus.

La palpare se constată o îndurație caracteristică sifilisului, pe când la lupus avem o consistență moale, elastică.

Intr'o perioadă mai înaintată, lupusul se poate confunda cu sifilidele tuberculoase sau tuberculo-ulceroase.

Diagnosticul diferențial dintre sifilis și lupus se bazează pe următoarele caarctere:

1. la sifilis leziunile sunt mai circumscrise.
2. la palpare, leziunea sifilitică prezintă o îndurație, pe când leziunea lupică e moale.
3. leziunile lupice au o evoluție lungă (ani de zile) pe când cele sifilitice au o evoluție scurtă (săptămâni).

O altă afecțiune, care constituie o dificultate în diagnosticul lupusului, este epiteliomul, mai ales când lupusul se grefează pe un epiteliom. În asemenea cazuri, trebuie să ținem seamă de caracterele distinctive ale epiteliomului.

Marginile epiteliomului sunt dure, cartilaginoase.

Epiteliomul e mai dureros, ganglionii limfatici regionali sunt prinși de timpuriu.

Baza leziunilor epiteliomatoase este îndurată, suprafața este granuloasă, de culoare roșie.

Lupusul eritematos

Este o formă de lupus, descrisă de Cazenave, caracterizată prin tendința de distrugere în suprafață, având un mers mutilant.

Se deosebește de lupusul vulgar atât clinic cât și histologic.

Pe când la lupusul vulgar examenul histologic ne arată o leziune inflamatorie specifică tuberculoasă, cu celula gigantă și celule epiteliale, la lupusul eritematos avem o leziune inflamatorie cronică, banală.

Localizarea cea mai deasă a lupusului eritematos este pe fața posterioară a buzei inferioare, rezultând din întinderea unui lupus facial, care a atins marginea liberă a buzei.

La examenul local se prezintă ca o pată roșie, bine delimitată, spre deosebire de lupusul vulgar, unde pata e mai violacee și are limite neprecise. Nodulii ce reprezintă tuberculii lupici, lipsesc aici și leziunea nu duce la ulcerare.

La palpare se constată o ușoară infiltrare și sunt mai dureroase ca plăcile de lupus vulgar.

Evoluția lupusului eritematos e foarte lentă.

Tratamentul lupusului.

În terapia lupusului avem un tratament local, la care se adaugă tratamentul general, care este ajutător.

În majoritatea cazurilor, lupusul survine la indivizi ce trăiesc în condițiuni neigienice și se alimentează insuficient.

Tratamentul general constă din ameliorarea condițiunilor igienice, administrarea de tonice, (preparate arsenicale și iodate) supralimentație, heliterapie.

Se impune scoaterea bolnavilor din mediul familiar și internarea lor în instituțiuni speciale, sanatorii cu climă sub alpină ori marină.

Broca recomandă ca medicație internă a lupusului, oleul de ficat de morun.

S'au obținut rezultate mulțumitoare prin injecțiuni de A. T. Koch, în doze slabe.

Tratamentul general, deși dă ameliorări remarcabile, rămâne totuși un tratament insuficient, deaceia este necesară aplicarea unui tratament local.

Tratamentul local constă în aplicarea de substanțe cauterizante, care distrug țesutul lupic cât și țesutul sănătos din jur.

Substanțele ce se utilizează des, sunt: NO^3Ag , fenolul, soda caustică, trichlorură de antimonin etc.

Un medicament ce are o acțiune electivă asupra țesutului lupic, este pirogalolul, ce se aplică în pomezi în concentrație de 10—20%.

Lupusul mucoasei bucale se tratează prin badijonări cu acid lactic; țesutul lupic se albește, apoi se desface și se elimină, lăsând în urmă o ulcerație cu baza netedă, care se cicatrizează spontan fără alt tratament local.

În ultimul timp s'au obținut rezultate frumoase în tratamentul lupusului bucal, prin radioterapie și mai ales radium-terapie moderată, asociată cu ignipunctura.

Ulcerățiile tuberculoase.

Ulcerățiile tuberculoase se întâlnesc la indivizi tineri, bacilari avansați și rezultă din autoinocularea ce se produce la nivelul unei mici eroziuni sau unei fisuri a mucoasei. Aceste soluțiuni de continuitate, constituiesc poarta de intrare pentru bacilii Koch, ce se găsesc în abundență în sputa bolnavilor.

Ulcerățiile se pot localiza în orice parte a mucoasei bucale, dar mai des se observă pe fața dorsală a limbii sau pe margini, înaintea V-ului lingual.

Înainte de producerea ulcerăției pe mucoasa congestionată apar mici formațiuni ce au aspectul și mărimea unor boabe de meiu; sunt granulațiile tuberculoase, care când sunt constituite din tuberculi milari, ce rezultă din conglomerarea unui număr mare de noduli tuberculoși, devin mai proeminente.

Tuberculi miliari au la început o culoare roșie, apoi devin cenușii gălbui, transformându-se în abcese miliare. Din spargerea acestor abcese și golirea conținutului lor, rezultă o ulcerație, care prin deschiderea altor abcese vecine, se mărește considerabil, prezentându-se sub forma unei leziuni neregulate.

Marginile ulcerăției sunt decolate, moi, atone, de colorație violacee, cu fondul neregulat.

În jurul ulcerului se găsesc presărate mici puncte gălbui, care nu sunt decât foliculii tuberculoși pe cale de ramolire și care se numesc boabele lui Trelat. Ulcerația tubercu-

loasă este dureroasă, pe când zona înconjurătoare este indoloră.

Durerile sunt spontane, dau iradiațiuni spre urechi, (otalgie) și se accentuează în contact cu alimentele și la mișcările limbii.

Bolnavii prezintă sialorée foarte accentuată. Făcând o secțiune histologică, se constată cele trei zone caracteristice ale foliculului tuberculos. (celula gigantă, celule limfoide și infiltrație limfocitară).

Ulcerația nu are tendința de vindecare spontană și evoluează lent.

La indivizii care prezintă o iritație a limbii printr'o cauză locală, ca rădăcini, dinți deviați, sau la indivizii alcoolici ori tabagici, se produce o ulceratie sub forma unei fisuri ori ragade, cu sediul la nivelul șanțului median sau la marginile limbii, aproape de vârf.

O altă localizare foarte deasă a ulceratiilor tuberculoase este la nivelul buzelor.

Sediul lor de predilecție este în jurul comisurilor labiale. Infecția se produce prin inocularea bacilului Koch din sputa bolnavului, printr'o fisură sau leziune traumatică, produsă de o arsură, ciupitură ori mușcătură.

Ulceratiile au o întindere variabilă: fondul lor e cenușiu palid, marginile tăiate „à pic", puțin proeminente, înconjurate de o zonă violacee, ușor îndurate. Pe marginile ulceratiunii, se văd mici puncte gălbui, ori albe gălbui, care reprezintă tuberculi în evoluție. La examenul bacteriologic al materialului obținut prin raclarea leziunii, mai ales sub marginile ulcerului, se constată prezența bacililor Koch în număr foarte mare.

Ulceratie este deobiceiul unică.

Acești bolnavi prezintă și alte manifestațiuni tuberculoase sunt bacilari avansați.

Din cauza că procesul inflamator se dezvoltă foarte rapid buzele sunt tumefiate, putând lua chiar aspectul elefantiazic.

Diagnosticul diferențial al acestor ulceratiuni este foarte greu de făcut de o ulceratie sifilitică terțiară sau de un epiteliom.

Ulceratiile sifilitice au un mers rapid și un caracter invadant, distrugând toate țesuturile anatomice din calea lor.

In decurs de câteva zile, ele produc necroza și perforația vălului palatin și al luletei.

Ulcerațiile tuberculoase sunt foarte rebele.

Se impune tratamentul general al tuberculozei, iar local se preconizează raclajul ulcerăției, aplicarea tincturei de iod, naphтол camforat, atingerea leziunilor cu acid lactic 5%, cauterizarea cu termocauterul ori galvano cauterul. Combaterea durerilor se face prin badijonarea ulcerățiunilor înainte de alimentație, cu cocaină sau stovaină 1% sau prin insuflarea stovainei în praf.

La bacilari avansați, în timpul stadiului de consumpțiune sau în cursul granuliei, ulcerățiile se întind cu o repeziciune uimitoare asupra întregii cavității bucale și asupra faringelui; în scurt timp se formează o ulcerăție întinsă, care este însoțită de turburări funcționale și dureri foarte mari.

Această stare poartă denumirea de Phtizia acută a gurii și se termină de obicei prin moartea bolnavului în decurs de câteva zile.

In afară de ulcerățiunile tuberculoase, pe care le-am descris, tuberculoza bucală se mai poate prezenta sub forma de abces rece al limbii sau tuberculoza linguală profundă.

Abcesul rece al limbii, începe ca o mică nodozitate situată profund, în grosimea limbii.

Crește lent, fără a da ascensiuni termice.

De obicei este unic și se localizează sub mucoasa feței dorsale a limbii, putând crește până la mărimea unei nuci.

In dreptul acestei nodozități, mucoasa este netedă și are o colorație violacee.

După un timp oarecare, nodozitatea aceasta, care nu e decât goma tuberculoasă, se ramolește, devine fluctuantă, mucoasa de deasupra se subțiează și se ulcerează.

Ulcerăția crește repede, are marginile îngroșate, violacee, fondul foarte neregulat, cu proeminente și depresiuni.

Din ulcerăția aceasta se scurge un puroiu, când cremos și verzui, când seros și cenușiu, în ambele cazuri conținând bacili Koch în număr redus.

Goma tuberculoasă evoluează foarte lent, afară de cazurile când supurația nu e grăbită prin infecțiuni secundare.

Abcesul se poate confunda cu o gomă sifilitică profundă. Diagnosticul diferențial se face prin antecedentele bolnavului, prin prezența altor manifestațiuni sifilitice și prin reacția Wassermann. Uneori este neapărată nevoie de a se face un tratament anti-sifilitic de probă.

În faza de ulcerație, se impune diagnosticul diferențial cu ulcerația sifilitică și epiteliomul limbii.

Ulcerația sifilitică prezintă următoarele caractere distinctive: este rotundă, marginile sunt regulate, tăiate „à pic“ fondul e gălbui neted și îndurat; ulcerația epiteliomatoasă are marginile evazate, friabile, fondul vegetant, plin cu un lichid fetid cu aspect de puroiu și este însoțit de dureri și adenopatie.

Tratamentul constă în deschiderea abcesului, curetarea pereților, urmată de injectarea de eter iodoformat, naphtol caforat.

Péan și Le Dentu, recomandă extirparea pereților, urmată de sutura imediată.

Tuberculoza maxilarelor.

Tuberculoza maxilarelor este de obicei secundară leziunilor tuberculoase ale gingiilor, vălului palatin sau ale nasului și se localizează la nivelul marginii alveolare și la nivelul unghiului mandibular, părți mai bogate în țesut spongios, care oferă un mediu prielnic pentru dezvoltarea bacilului Koch.

Se întâlnește mai des în copilărie și leziunea tuberculoasă dela nivelul maxilarelor nu este singura manifestare a tuberculozei, ci acești copii prezintă și alte leziuni: osoase, osteoarticulare, ganglionare sau cutanate.

Propagarea infecției la nivelul maxilarelor, se face pe cale hematogenă, limfatică sau prin contiguitate, în care caz infectarea osului se face dela o leziune tuberculoasă a mucoasei.

Intr'un număr redus de cazuri, tuberculoza maxilarelor este primitivă. În aceste cazuri, bacilii Koch pătrund fie printr'o carie penetrantă, fie prin mucoasă în momentul erupției dinților.

Anumite cauze favorizante, cum sunt traumatismele, leziunile gingivo-dentare, evoluția dinților, favorizează fixarea bacililor Koch transportați prin curentul sanghin ori limfatic, la nivelul maxilarelor.

Forma alveolară, — după cum spuneam mai sus — urmează cele mai deseori unei infecțiuni tuberculoase a mucoasei.

Rousseau și Decelle afirmă că în majoritatea cazurilor de tuberculoză alveolară, este vorba de o infecțiune tuberculoasă secundară unei infecțiuni banale peri-odontice. În caz de periodontită acută, după ce se face extracția dintelui, regiunea rămâne umflată și dureroasă.

Tumefacția rezistă, durerile sunt spontane și se accentuează la presiune, interesând osul și părțile moi. Procesul rămâne staționar timp de câteva săptămâni, apoi deodată simptomele se agravează; umflătura crește, bolnavul are febră și în cele din urmă, se produce o abcedare, urmată de supurație, nu prea abondentă, cu un puroiu granulos, uneori fetid. Dacă examinăm traiectul fistulos cu un stilet, vedem, că suprafața osoasă este neregulată, rugoasă, sau stiletul pătrunde într-o cavitate plină cu puroiu și fungozități.

Forma alveolară a tuberculozei maxilarelor are o evoluție lungă, putând dura luni sau ani de zile. Leziunea invadează în vecinătate și duce la căderea dinților.

Dacă procesul tuberculos începe cu o periodonită cronică, evoluția este înceată și progresivă.

Se observă o tumefacție dură, dureroasă numai la presiune. Local mucoasa nu este infiltrată, dar prezintă o roșeață mai accentuată ca în regiunile din vecinătate.

Tumefacția crește, devine mai dureroasă, apoi se ramolește și supurează. În forma centrală, tuberculoza maxilarelor începe cu dureri surde, la nivelul unghiului mandibulei. Cu timpul osul începe să crească, dar mucoasa nu-și modifică aspectul. Deformarea osului progresează, fața devine asimetrică. Ultimii molari sunt dureroși la presiune și devin mobili. Durerile cresc, în cele din urmă pielea și mucoasa se inflamează și procesul se termină printr'un abces, ce se deschide, fie în cavitatea bucală, fie la piele.

O altă formă ce se localizează la nivelul unghiului mandibulei, este forma osteomielitice, ce are un mers rapid, cu

fenomene generale, ca: cefalee, febră, adinamie, dureri acute, iar local se observă o roșeață a tegumentelor, cari la palpate sunt calde. Cele trei forme, pe care le-am enumerat, sunt mai mult sau mai puțin localizate. Se mai descrie și o formă difuză a tuberculozei maxilare, care se caracterizează printr'un mers rapid, putând cuprinde în scurt timp aproape jumătate din arcu mandibulei.

Această formă se observează în fazele ultime ale ftiziei și poate duce la fracturi spontane, sau osul se fracturează în timpul unei extracții dentare.

Forma difuză se termină de obicei prin moarte. Celelalte forme au un mers cronic, cu perioade de vindecare aparentă în cursul cărora survin complicațiuni prin propagarea infecțiunii tuberculoase la organele interne. (Plămâni, ficat, rinichi, meninge).

În tuberculoza primitivă a unghiului mandibulei prognosticul nu este așa de grav, prezentând o mortalitate numai de 30%, fapt care se explică prin aceea că la acest nivel rar se produc infecțiuni secundare și afară de asta, această formă a tuberculozei survine la copii, unde reacția de apărare celulară este mult mai puternică și procesele de reparație sunt mult mai active, iar tuberculoza unghiului se produce printr'o reinoculare sau reactivare a procesului tuberculos, pe un teren reprezentat de un organism slăbit cu mijloace de apărare reduse.

Deasemeni întâmpinăm greutăți destul de mari în stabilirea diagnosticului, mai ales când bolnavul nu prezintă nici o altă manifestare a tuberculozei, decât leziunea dela nivelul maxilarului. Se poate confunda cu osteosarcomul, osteomielița și actinomicoza.

Spre deosebire de tuberculoza, care evoluează lent, sarcomul are un mers rapid și este mult mai dureros.

Diagnosticul sigur se bazează pe biopsie și radiografie, care arată leziuni osoase cu caractere deosebite.

Osteomielița acută, debutează cu fenomene generale grave, cu dureri foarte mari, edem local și adenită precoce, spre deosebire de tuberculoză, care debutează lent, fără fenomene alarmante.

În caz de actinomicoză, se examinează proiul ce se scurge la nivelul leziunii și în care se pun în evidență niște boabe caracteristice, galbene.

Se mai face apoi și reacția de sero-aglutinare și tratamentul iodurat, de probă.

Tratamentul tuberculozei maxilarelor constă din: tratamentul general, profilactic și curativ.

Tratamentul general este un tratament roborant. Bolnavul este supraalimentat, i se administrează tonice, ca preparate arsenicale, apoi se prescrie heliterapie sub alpină ori marină.

Tratamentul profilactic constă din examinări repetate ale cavității bucale, cu scopul de a menține dantura într'o stare de sănătate absolută, căci de foarte multe ori leziunea tuberculoasă e precedată de leziuni dentare.

Tratamentul curativ, constă din extracția dinților bolnavi, badijonări cu eter iodoformat, clorura de zinc, etc.

Leziunile osoase destructive care rămân în urma procesului tuberculos, vor fi reparate în limita posibilităților, prin proteze și grefe.

Cazuri clinice.

1. Bolnavul R. S. în vârstă de 32 ani, căsătorit, de profesiune sobar, de naționalitate maghiară, de protecție română, cu locuința la Brașov.

Intrat în Clinică în ziua de 25 Martie 1936, cu diagnosticul de tuberculoză a limbii.

Antecedente heredocolaterale:

Tatăl mort în urma unui empiem pulmonar. Mama trăiește și e sănătoasă. Are trei frați sănătoși.

Antecedente personale.

Acum trei ani a avut hemoptizie, care apare și astăzi, dar foarte discret.

Boala actuală datează din ziua de 10 Martie 1936.

Semne subiective: jenă la masticaj și fonație.

La examenul aparatului respirator se constată tuberculoza cazeoasă.

Examenul local.

La inspecția cavității bucale se constată o limbă foarte mult mărită de volum, iar pe laturile limbii, în regiunile corespunzătoare molarilor, se văd niște ulcerațiuni. Limba este foarte dură.

Tratament.

Pentru a evita durerile cauzate de atingerea alimentelor, i se fac badijonări ale cavității bucale cu soluție de cocaină 1%. Ca tratament curativ, se tamponează suprafața ulcerațiilor cu soluție de acid lactic 5%.

II. Bolnavul M. I. în vârstă de 22 ani, necăsătorit, de profesiune pantofar, român cu locuința în Borșa.

Intrat la 24 Octombrie 1934 în Clinică cu diagnosticul de tuberculoza maxilarului superior.

Antecedente heredo-colaterale.

Mama e moartă, nu precizează cauza. Tatăl trăiește și e sănătos, are încă trei frați și 2 surori, care sunt sănătoase.

Antecedente personale.

A fost operat de apendicită. În anul 1932 a fost internat în Sanatoriul Clinicelor, pentru o afecțiune la plămânul stâng, unde i s'a făcut un pneumotorax.

Boala actuală datează de 7 săptămâni. Lucrând afară, la aer, a observat, că i s'a tumefiat jumătatea dreaptă a feței.

Tumefacția ceda, apoi iar apărea. În ziua de 22 Septembrie s'a dus la Casa Cercuală; la examinare a fost palpat. În urma presiunilor exercitate, tumefacția a crescut foarte mult, cuprinzând jumătatea dreaptă a feței în întregime, prinzând și pleoapele.

Bolnavul aplicându-și cataplasme, tumefacția a cedat, dar s'au format două fistule, care au supurat trei zile. Una din fistule s'a deschis în cavitatea bucală, iar alta, mai târziu, în regiunea sub orbitară.

Semne subiective:

Dureri, ce au persistat până s'au format fistulele, când au cedat. Masticăția era puțin deranjată.

Obiectiv: temperatura de 37,5, puls 104. Starea generală bună.

Tegumentele: pe jumătatea dreaptă a feței se observă două cicatrice, rezultate din închiderea fistulelor, înconjurate fin de o zonă mai cianotică.

Țesutul musculo-adipos e redus.

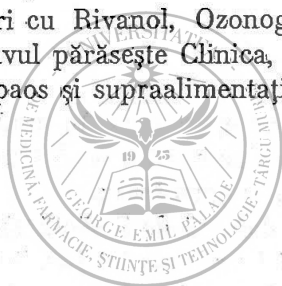
Sistem osos e intact.

Aparatul respirator: are un pneumotorax stâng.

Examenul local: la inspecție se vede o tumefacție a hemifetei drepte. Se observă niște proeminențe înconjurate de o zonă cianotică, însoțită de descuamația tegumentului. La palpație tumefacția este dură, puțin sensibilă, iar în partea cea mai proeminentă este fluctuantă. I s'a făcut o puncție exploratoare, extragându-se puroiu, care a fost trimis la laborator pentru examinare.

Tratamentul. Se face o incizie lungă de 5 cm.; se va evacua un puroiu cremos, fetid; apoi se fac spălături cu ozonogen, se curetează traectul fistulos și se introduce o meșă iodoformată, care se lasă pe loc, apoi se aplică un pansament.

Tratamentul postoperator. Zilnic i-se schimbă pansamentul și se fac spălături cu Rivanol, Ozonogen, soluția Callot. Peste trei luni bolnavul părăsește Clinica, recomandându-i-se acelaș tratament, repaos și supraalimentație.



CONCLUZIUNI.

1. Tuberculoza cavității bucale este de obicei secundară și survine ca o complicație la un bacilar avansat.

2. Cavitatea bucală nu oferă un teren favorabil pentru dezvoltarea bacilului Koch. Localizarea bacilului la acest nivel e înlesnită de cauze generale (boli anergizante) și de cauze locale (ulcerații, fisuri).

3. Tuberculoza primitivă a cavității bucale e foarte rară.

4. Leziunile tuberculoase se pot confunda cu: ulcerile simple, ulcerul dentar, leziuni sifilitice, actinomicozice și epiteliomatoase, de care trebuie diferențiate prin studiul caracterelor clinice, prin biopsie și examenul serologic. (Reacția Wassermann).

5. Tuberculoza cavității bucale se prezintă sub următoarele forme: Lupusul gurii, ulcerațiile tuberculoase, abcesul rece al limbii și tuberculoza maxilarelor.

6. Tratamentul tuberculozei gurii, constă dintr'un tratament general și altul local.

Tratamentul general, roborant este numai un adjuvant și dă rezultate favorabile în cazul când se aplică și un tratament local, ce constă din îngrijirea cavității bucale, a dinților, tamponarea ulcerațiilor cu substanțe cauterizante ori cu termocauterul, deschiderea abceselor.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:
(ss) Prof. Dr. I. ALEMAN

Decan:
(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

BIBLIOGRAFIE.

1. Manuel du candidat au examen de chirurgien-dentiste de Dr. Edouard Friteau vol. I. pag. 590, 6, 18.
2. Pathologie buccale, péribucale et d origine buccale de Rousseau-Decelle et Raison pag. 66, 72, 79.
3. Sémologie des affections de la bouche et des dents de Charles Ruppe pag. 80, 159.
4. Traité de Stomatologie de Dr. Gaillard și Nogué pag. 50, 51, 52.
5. Stomatologie clinică și operatorie de Dr. D. D. Niculescu pag. 581, 584.
6. Tuberkulose der Mundhöhle de Dr. Iulian Zilz pag. 106, 108.
7. Précis d'Anatomie Pathologique de Hermann Morel pagina 233, 235, 462.
8. Cours de Epidémiologie (după prelegerile ținute de Dl Profesor I. Moldovan) de Dr. A. Borbath pag. 210, 211.
9. Tratat elementar de semiologie și patologie medicală de Hațieganu-Goia vol. I. pag. 305, 306.
10. Cours de Dermatologie de Docent Dr. V. Cimoca pag. 275—282.
11. Considerațiuni asupra sifilisului buco-dentar de Dr. C. Dimitrescu pag. 28, 29.