

COMPLICAȚIUNILE CHIRURGICALE ALE PERIODONTITELOR

TEZĂ

PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 8 APRILIE 1937



EUGEN FLEISCHMANN



1937

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
C L U J

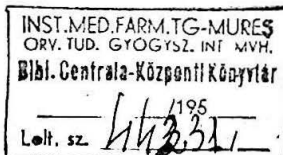
COMPLICAȚIUNILE CHIRURGICALE ALE PERIODONTITELOR



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 8 APRILIE 1937

DE

EUGEN FLEISCHMANN 23 MAY 2005



44.231



1937

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ“
CLUJ

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	” ” BARONI V.
Istoria Medicinii	” ” BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	” ” BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	” ” BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	” ” DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	” ” GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” GRIGORIU C.
Clinica medicală	” ” HAȚIEGANU I.
Medicina legală	” ” KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” POPOVICI GH.
Clinica oftalmologică	” ” MICHAİL D.
Clinica neurologică	” ” MINEA I.
Igiena și igiena socială	” ” MOLDOVAN I
Radiologia medicală	” ” NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	” ” PĂPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	” ” POP A.
Fiziologia umană (supl)	” ” DRĂGOIU I.
Balneologia	” ” STURZA M.
Clinica dermato-venerică	” ” TĂTARU C.
Clinica urologică	” ” ȚEPOSU E.
Chimia biologică	” ” THOMAS P.
Clinica psihiatrică	” ” URECHIA C.
Anatomia patologică	” ” VASILIU T.
Clinica Infantilă	” ” POPOVICI GH

JURIUL DE PROMOTIJE :

Președinte : Prof. Dr. I. ALEMAN

Membrii { ” ” D. MICHAİL
 ” ” G. BUZOIANU
 ” ” E. ȚEPOSU
 ” ” A. POP

Supleant: Dl Doc. Dr. M. NICHITA

TATĂLUI MEU ȘI MAMEI MELE

Pentru jertfele aduse dragoste
și recunoștință.





Noțiuni anatomo-fiziologice asupra periodontului.

Ligamentul alveolo-dentar sau periodontul unește cimentul radicular cu păretele alveolar. El este compus din fibre elastice, albe, dispuse în direcțiuni variabile. Fibrele transversale formează la nivelul coletului, un fel de cravată circulară, ligamentul rotund, plasat la nivelul marginii emailului și cam la 1 mm. de bordul liber al gingiei. Fibrele superficiale se înserează pe mucoasă, pătrund în papilă și se amestecă cu fibrele corionului mucoasei.

Fibromucoasa reflectată se înserează parțial pe ligament și atinge puțin dintele, formând în jurul coletului un sac fragil, de adâncime variabilă. Acesta e foarte mic la nivelul foselor vestibulare și linguale, fiind profund de circa o jumătate de milimetru și foarte mare la nivelul feșelor proximale, datorită dezvoltării în lungime a langetii interdentare gingivale.

Fragilitatea inserției mucoasei pe țesuturile dentare și țesutul fibros al ligamentului, dificultatea de a menține în permanență condițiuni de igienă normală mediul bucal, traumatismele infecțioase datorite tartrului și a corpurilor străini, sunt cauze permanente care facilitează distrucția periodontului.

În modul acesta articulația alveolo-dentară este deschisă infecțiunii acute sau cronice, preparând condițiunile patologice ale artritelor, ale alveolitelor și a tuturor infecțiunilor regiunii alveolare.

În lungul rădăcinei, cea mai mare parte a fibrelor ligamentului sunt oblice dela colet către apex, dela alveolă către rădăcină, formând o suspensie circulară rădăcinii și dintelui. Presiunea masticăției tinde să împingă dintele până la limita elasticității ligamentului care-l suspendă, când, sub influența creșterii presiunii intermaxilare, apare durerea.

În grosimea ligamentului se află o rețea importantă de arteriole și mai ales de vene. Umplerea țesuturilor moi articulare sub influența congestiei artritei face că rădăcina să se alungească în axa ei, în afară de alveolă. Pacientul simte atunci unul sau mai mulți dinți ieșiți din planul obișnuit de ocluzie; are senzația de alungire, resimte durere la presiune și nu poate mastică.

În afară de rolul său de susținere, ligamentul este un organ de simț foarte fin, dezvoltat la nivelul dinților.

La gâtul dintelui periodontul trece și în periostul exterior al alveolei, iar dealungul peretelui alveolei trece în țesutul care umple porii fini ai peretelui acesteia, iar spre vârful alveolei, în țesutul canaliculelor osoase. Prin țesutul din porii alveolei se stabilește deasemenea și legătura cu măduva substanței spongioase a alveolei. În modul acesta infecția periodontului se poate transmite țesutului osos învecinat.

Acolo unde păretele osos al alveolei este mai subțire, periodontul este în legătură directă cu periostul alveolar prin țesutul din pori.

Periodontul trece prin orificiul apical al dintelui în pulpa acestuia. Însemnătatea practică a acestei legături este mare, deoarece explică modul de propagare al inflamațiilor din toate părțile învecinate asupra periodontului și invers.

Patologia periodontului.

În afară de iritațiunile ușoare ale periodontului prin traume, loviri și de procesele marginale inflamatorii propagate dela marginea gingiei, se poate considera ca regulă, că iritațiile și inflamațiile apicale ale periodontului provin numai în cazul când pulpa dintelui a suferit deja o leziune.

Din punct de vedere etiologic sunt importante cariile dentare de gradul III. și IV. care se pot complica cu infecția ligamentului alveolo-dentar. Aceasta se poate desvolta și în decursul tratamentului când nu luăm desfule măsuri antiseptice. Printr'o astfel de infecție se poate provoca o periodontită foarte violentă, care poate avea cele mai rele consecințe ca: necroză alveolară-maxilară, embolii septice, etc.

Intensitatea infecției depinde de microbi, de numărul și virulența lor, microbi cari se întâlnesc în orice infecțiune: stafilococi pyogenes-aureus-albus, streptococi, etc.

Importante mai sunt și traumatismele operatorii, extracțiile dentare făcute de persoane neexperimentate, ridicarea tartrului, erupția dificilă a măselei de minte, vapori de fosfor, etc.

Etiologia periodontitei.

Periodontita în cele mai multe cazuri este consecința unei carii de gradul IV., dar pe lângă această cauză frecventă, ea mai are și alte multiple cauze care au fost puse în evidență de Fourquet:

1. PERIODONTITE DE ORIGINE INTERNĂ SAU PULPARĂ.

Cauze infecțioase. Pot fi *provocate*: datorite obturării canalelor de către alimente, împingerea de materii septice dincolo de apex în decursul tratamentului canalelor.

Mai pot fi și *spontane*: datorite ruperii echilibrului biologic intercanalicular, atunci când o carie de gradul II. sau III. fără cauză exterioară, trece deodată în periodontită. Această rupere de echilibru poate fi datorită: surmenajului, menstruației, bolilor infecțioase, etc.

Cauzele traumatice. Din această categorie fac parte cauzele mecanice și cauzele termice.

Cauze mecanice indirecte pot fi: lovitură sau cădere pe dinți, congestia compensatoare a articulației alveolo-dentare prin suprimarea bruscă a debitului pulpar, observată după pulpectomia imediată (totală sau lentă), abraziunea mecanică și toate cauzele sale; exagerarea coeficientului de rezistență, diminuarea vitalității dentare, încrucișarea exagerată a dinților anteriori din fiecare maxilar.

Cauzele mecanice directe sunt datorite materiilor obturatoare care depășesc apexul sau trec într'un fals canal.

Formolul când se întrebunțează după pulpectomia imediată, poate da și el periodontită.

2. PERIODONTITE DE ORIGINĂ EXTERNĂ SAU PERIDENTARĂ.

Unele sunt de origină *endogenă*, când starea generală influențează articulația alveolo-dentară, a cărei funcții fiziologice fac un loc de mică rezistență.

Se observă: 1. În urma turburărilor circulatorii (sarcină, menstruația, afecțiuni cardiace, pulmonare, hepatice, vasculare). 2. În bolile infecțioase (gripă, tuberculoză, sifilis, febre eruptive). 3. În decursul diatezelor (reumatism, guta).

Altele sunt de origine *exogenă*. Se datoresc cauzelor următoare: 1. Cauze chimice (acidul arsenicos când ajunge în articulație). 2. Cauze infecțioase propriu zise (carie nepenetrantă subgingivală, tartru, gingivo-stomatite, accidente de erupție a molarului 8, aparate de proteză, resturi alimentare, acumulate într'un interstițiu dentar). 3. Cauze toxiinfecțioase (fosforismul, hidrargismul, saturismul). 4. Cauze traumatice care sunt sau lente (îdepărtător, obturație prea mare, corpi străini, eroare în aplicarea coroanelor), sau bruște (lovituri, fractură sau luxație într'o extracție, accidente datorite redresării, etc.

CLASIFICAȚIA ȘI SIMPTOMATOLOGIA PERIODONTITEI.

1. *Periodontita subacută.*

Se caracterizează prin congestia ligamentului și localizarea inflamației în vecinătatea apexului.

Simptome subiective: Bolnavul are senzația că dintele se clatină ușor, e alungit, i-se pare că are un corp străin între doi dinți. Există o plictiseală continuă ceace-l face să exercite asupra dintelui bolnav o presiune continuă, strângând arcadele dentare.

Simptome obiective: Se remarcă o ușoară roșeață a gingiei la nivelul apexului, palpația longitudinală a dintelui provoacă durere, pe când percuția transversală nu produce durere.

Această formă se vindecă sau trece în formă acută.

2. *Periodontita acută.*

E caracterizată printr'o congestie intensă și îngroșarea fasci-colelor ligamentoase. Tot periodontul este cuprins de inflamație.

Simptomele subiective: Durere lancinantă, pulsatilă și continuă, mai violentă noaptea decât ziua, este exagerată de căldură. Dintele este alungit peste măsură și când bolnavul vrea să strângă arcadele, nu poate din cauza dintelui care se opune. Cea mai

mică atingere a dintelui cu antagoniștii săi este extrem de dureroasă. Bolnavul are insomnie și inapetență, nu mănâncă pe partea bolnavă.

Simptome obiective: Palpația relevă mobilitatea dintelui, care este foarte dureroasă cu maximum de durere în regiunea apicală. Percuția este intolerabilă. Frigul calmează momentan durerea.

Periodontita acută se deosebește de pulpită prin faptul că la cea din urmă nu există senzația de alungire a dintelui, presiunea și percuția nu sunt dureroase.

Prin sugerea dintelui se provoacă durere la pulpită pe când în periodontită acută nu.

Periodontita acută se poate termina prin vindecare, supurație, sau cronicizare.

3. Periodontita supurată.

Fascicolele ligamentoase sunt dezorganizate, alveola este plină cu puroi. Țesutul osos alveolar este inflammat, cimentul este atins de cimentită rarefiantă, sau condensantă. Durerea la percuție și presiune persistă violent, dar durerile spontane diminuează pentru a face loc unei senzații de plenitudine a dintelui.

Abcesul alveolar este atunci constituit, puroiul se va evacua prin alveolă, prin ligament. Evacuarea alveolară sau transligamentară se termină cu abcesul *supraperiostic*, sau prin evacuare transradiculară. Supurația poate traversa peretele alveolar invadând regiunile vecine (evacuare transmaxilară, ajungând la abces *subperiostic*), sau va trece în stare cronică. În această fază pot apare fenomene generale: febră, inapetență, vărsături, diaree, accidente septice-pioemice.

Din aceste 3 moduri de evacuare a puroiului calea transmaxilară este cea mai frecventă, vin apoi calea transradiculară și calea transligamentară care este cea mai rară.

4. Periodontită cronică.

În această formă elementul infecțios atacă ligamentul alveolar, peretele alveolar sau cimentul.

v A) *Leziunile cimentului.*

Se caracterizează sau prin supraproducția de ciment *hypercimentoză* sau prin rezorbția de ciment *hypocimentoză*.

a) Hypercimentoză este datorită cimentitei hipertrofiante prin iritația slabă și persistentă a membranei cimentogene. Cimentul de neoformație nu se sudează niciodată cu țesutul osos al alveolei. Dacă hypercimentoză este parțială, se manifestă asupra rădăcinii ca o măciucă periapicală, sau ca un placard rugos într'un punct oarecare al rădăcinii. Dacă ea este difuză, dă rădăcinii un aspect boșelat și o creștere mare de volum.

Bolnavul cu hypercimentoză radiculară are o senzație de neplăcere continuă la nivelul acestui dinte, alveola prezintă o ridicătură dureroasă la presiune, dar nepresibilă (caracter distinctiv de Kystul radicular), percuția arată o micșorare a mobilității dintelui, totodată o exagerare a sonorității.

b) Hypocimentoză este datorită cimentitei rarefiante. Se observă aproape în totdeauna către apex care apare rotunjit cu un foramen punctiform sau în formă de fluer sau căpățină de zahăr pe jumătate topită. Culoarea părții rarefiante este albă, mată, sau brun-negricioasă.

B) *Leziunile peretelui alveolar și a periapexului.*

Există sau o supraproducție osoasă *osteită hipertrofiantă*, sau o necroză prin osteită *rarefiantă*. Această necroză este adesea limitată la zona periapexiană, formând calitatea periapexiană, vizibilă la radiografie și perceptibilă clinic de îndată ce s'a distrus o cantitate marcată de țesut osos, prin semnul lui Crane. Se ia o buletă de vată și se apasă la înălțimea apexului. În caz de cavitate periapicală destul de mare se produce o depresiune destul de durabilă, comparabilă cu depresiunea în godeu din edemul subcutanat. Prezența unei cavități periapicale este frecventă în dinții depulpați patologic sau chirurgical. Din această cavitate pot porni accidente infecțioase generale.

Cavitatea periapicală este circumscrisă sau difuză. În caz de cavitate circumscrisă, sau apexul și ligamentul sunt intacte sau ligamentul este puțin atins și apexul intact, sau apexul este erodat și ligamentul e sănătos. În primele două cazuri intervenția se va face pe cale radiculară, în ultimul caz trebuie practicat curetajul alveolo-apical sau rezecția apexului.

În caz de cavitate difuză: sau apexul este intact și ligamentul

puțin atins, sau apexul și ligamentul sunt atinse, sau apexul este atins și ligamentul alterat în toată lungimea. În primele 2 cazuri se face curetajul alveolo-apical și rezecția, în ultimul caz se face extracția.

Dacă necroza atinge părțile alveolare ea ajunge la formarea unui sechestră a cărui prezență întreține persistența de puroi și fistule. Această necroză nu se observă prin nimic. Nu ajunge la formarea unui sechestră, deoarece produsele necrotizate sunt rezorbite treptat ce se formează, de către celulele osteoclaste.

C) *Leziunile ligamentului alveolo-dentar.*

Nu sunt altceva decât kyste radiculo-dentare.

D) *Periodontită cronică granulomatoasă.*

Sub acest nume înțelegem după Partsch toate afecțiunile necarificate ca: fistule dentare, abces alveolar cronic, periodontita cronică, care cu toate că au alt nume nu prezintă altceva, decât numiri diferite ale acestei boli și anume a inflamației granulomatoase apicale.

Aproape la fiecare gangrenă se dezvoltă în jurul apexului prin microbi un fel de granulom. Fără însă să cauzeze simptome clinice. La început granulomul nu este altceva, decât o îngroșare a periodontului, de obicei însă trece într'un nod izolat la vârful rădăcinii.

Din punct de vedere patologic, granulomul se compune din: celule rotunde, leucocite, celule plasmatică, macrofagi, rareori cristale de colesterină și un stroma conjunctival. Dacă inflamația are un caracter insidios, celulele pot trece succesiv într'un țesut conjunctival; în felul acesta, granulomul capătă un caracter cicatricial. Sau nodulul se separă de țesuturile învecinate, înconjurându-se cu un țesut conjunctival întins, care trece în periodont și formează astfel un săculeț în jurul granulomului. În interiorul acestor granulome se pot dezvolta procese inflamatorii și supurative.

În general dacă iritația se continuă, granulomul crește și se dezvoltă în detrimentul osului. În cele din urmă se sparge prin corticala osului și apare sub periost în formă de granulații. Dacă la acest stadiu se adaugă și o inflamație ușoară, urmează perforația gingiei și formarea de fistule mucoase. Aceasta este cursul periodontitei simple.

Formarea granulomelor este foarte frecventă. Aproape toate rădăcinile cu pulpele distruse prin gangrenă se înconjoară cu un astfel de țesut granulomatos.

Granulomele acestea se pot complica prin intervenția unui țesut epitelial, care se găsește ca un rest de dezvoltare embrionară în periodont, sub numele de „resturi epiteliale ale lui Malasse“. Aceste formațiuni epiteliale pot deveni peretele unui kyst.

În baza celor spuse, periodontitele granulomatoase se împart în:

Granulome simple

„ ce conțin resturi epiteliale

„ kystice

Clinicește ele se împart în:

Granulome închise

„ cu fistule

„ kystice

Simptomele clinice: Un granulom nu cauzează dureri numai dacă este inflammat. Atunci bolnavul are senzație de iritație a periodontului și anume, dureri la apăsarea dintelui, dar într'o formă mai ușoară. Dacă în legătură cu această formă a periodontitei granulomul erupe prin gingie, apare și o ușoară secrețiune. Se produce o fistulă care la un incisiv inferior granulomatos se poate transforma într'o fistulă mentonieră.

Granulomele caninilor superiori ies deasemenea de multe ori prin piele în regiunea fosei canine. Trebuie relevat că se pot deschide și în antrum, dând în felul acesta naștere la empyeme.

Kyste mai mici nu trebuie să producă simptome, ele de obicei dispar fără dureri.

Complicațiunile periodontitei.

Orice periodontită poate da complicațiuni.

Complicațiunile periodontitei pot fi sau de vecinătate sau la distanță. Complicațiunile la distanță nu prea au importanță din punctul de vedere chirurgical și le voi aminti pe scurt, pe când complicațiunile de vecinătate, formează obiectul lucrării de față și asupra lor voi insista mai mult.

Complicațiunile la distanță.

Cele mai periculoase sunt *septicemiile* cu următoarele 3 forme:

1. SEPTICEMII LIMFO-FLEGMONOASE ALE GĂTULUI.

Infecția produce în cele mai multe cazuri o perilimfangită, iar flegmoanele sunt mai mult limfo-decât adono-flegmoane. O caracteristică importantă a lor este tendința de difuziune, că sunt multiloculare (sublinguale, submaxilare) și n'au fixație topografică.

2. SEPTICEMII FLEBO-FLEGMONOASE ALE FEȚEI.

Aici infecția se generalizează prin sistemul venos. Fiind atins creierul avem pe lângă semnele generale ale septicemiei și altele, ca: amauroza, paralizii motorice ale globului ocular, exoftalmie, edem, ale papilei, coma, stertor.

3. SEPTICEMII GENERALE FĂRĂ DETERMINARE TOPOGRAFICĂ.

Se găsesc în cazuri de supurațiuni peridentare cronice, unde bolnavul inghite continuu puroi și ca urmare capătă cu timp o pyohemie letală.

Afară de aceste accidente auditive dintre care unele sunt infecțioase și altele reflexe.

Tulburări oculare tot infecțioase și reflexe provocate de dinții superiori în urma cariei de gradul III. sau IV., a căror periodontită, abces subperiostic, erupție și eroziune se repercutează asupra aparatului ocular.

Vrednice de amintit sunt și complicațiile cutanate, dintre care cea mai întâlnită este pelagra și care este datorită turburărilor trofice cutanate consecutive periodontitei.

Complicațiuni de vecinătate.

FLUXIUNEA.

Este tumefierea părților moi a pielii prin infiltrația de serozitate în țesutul celular al tuturor regiunilor care învecinează articulația alveolară bolnavă. Este o limfocelulită circumscriasă sau difuză a feții. Se poate termina prin rezoluție sau supurație. Nu este decât o manifestare de apărare a țesuturilor contra infecției alveolare și perialveolare. Este consecința unei periodontite acute, a unei periodontite supurate sau unui puseu acut de periodontită cronică.

Fluxiunea poate fi edematoasă sau flegmonoasă: În primul caz, cel mai frecvent, țesutul celular este infiltrat, de serozitate albuminoasă, în al 2-lea caz este infiltrat de puroi care dacă rămâne localizat, dă naștere unui abces sau fuzează în regiunile vecine producând un adevărat flegmon difuz.

Leziunile anatomo-patologice ale fluxiunii se manifestă dela simplul edem până la flegmonul difuz, trecând prin flegmonul circumscriș (abces dentar).

Volumul fluxiunii este variabil, crește noaptea și se diminuează ziua. Există febră, anorexie și indispoziție. Pielea este întinsă și netedă, pomeții feții sunt umflați, roșeața este întinsă în formă flegmonoasă, fața este palidă în formă edematoasă. Palpația șanțului vestibular este dureroasă și la nivelul dintelui bolnav, ea relevă prezența unei benzi intense ca o bridă, între obraz și gingie. Palpația feței este deasemenea dureroasă.

Fluxiunea nu se va confunda cu erizipelul feții unde șanțul vestibular este liber, fața este roșie intensă cu un burelet înconjurător și durere mai vie la periferia plăcii. Se va deosebi de da-

criocistită unde tumefacția maximă ocupă unghiul intern al ochiului.

ABCESELE.

Se observă în urma unei periodontite supurate cu sau fără fluxiuine. Puroiul se deschide nedistinct pe gingie (abcese gingivale sau mucoase) sau pe piele (abcese cutanate). La maxilarul superior se observă abcese palatine, abcese sinusale. La maxilarul inferior abcese ale planșeului gurii (forma benignă, sau forma gravă, angina lui Ludovici) și ale regiunii supratiroidiene.

După situația puroiului în raport cu periostul vor fi:

Abcese supraperiostale — sau parulis — de origine dentară.

Puroiul pornit din regiunea periapexiană își găsește un drum peste fibrele periodontului pe care-l îndepărtează sau distruge în gingie la nivelul coletului dintelui. Lăsând intact țesutul osos, alveolar și periostul puroiul se află pe periost și nu este separat de exterior, decât de mucoasă. Abcesul supraperiostic se observă pe vestibul, pe palat sau pe marginea liberă a gingiei sub forma unei mici tumefacții roșii, apoi albicioase în momentul erupției puroiului.

Abcesele subperiostale. Puroiul fuzează peste păretele extern al alveolei, ajunge sub fața profundă a periostului maxilar: este *abcesul în buton de cămașă a lui Velfeau* și sfârșitul obișnuit al supurațiilor periapexiene. Puroiul este separat de exterior prin mucoasă și periost. Când puroiul s'a scurs, se constată cu stiletul că osul e denudat. Această denudare atrage după sine o fistulă. Acest abces se deschide de vestibulul bucal sau în piele.

FISTULELE.

Sunt complicațiuni ale periodontitei care nu se vindecă decât odată cu ea. Periodontita poate fi acută sau cronică. La nivelul regiunii periapexiene traectul începe printr'o perforație osoasă, tăioasă numai dacă osul nu se prezintă ca o lamă criblată. În jurul acestui traect, osul este denudat și rugos.

Traectul este intraosos, intraligamentar sau transradicular; el poate fi extraosos pe întindere variabilă, uneori destul de lungă (fistulă mentonieră, suborbitală, etc.).

Orificiul este cutanat sau mucos. *Mucos* când se află pe mucoasa vestibulară sau palatină, sub forma unei langhete. *Cutanat* când se află deasupra sau dedesubtul mentonului, pe față, pe pleopa inferioară, chiar cătră stern. El are forma unui orificiu neregulat înconjurat de o zonă edematoasă, dacă fistula este recentă, sau forma unei depresiuni acolată osului prevăzută cu cruste brune sau cu fungozități burjonante dacă fistula este veche.

De obicei nu este decât un singur orificiu. Fistulele cu orificii multiple indică leziuni osoase mai importante decât leziunile periapexiene. Se poate însă ca un singur orificiu fistulos să evacueze 2 alveole atinse de artrita cronică.

Puroiul care se scurge prin intermitență este în genere puțin abundent: este o serozitate purulentă sau puroi galben care se scurge de obicei în picături. Conține uneori parcele de os necrozat și atunci este fetid.

Prin urmare fistulele alveolo-transmaxilare sunt consecutive abcesului subperiostic evacuat pe cale transmaxilară. Fistulele alveolo-transligamentare sunt consecințe ale abcesului supraperiostic și fistulele transradiculare ale abcesului periapexian, drenat prin canalul radicular al dintelui.

După localizările orificiilor lor, fistulele se pot împărți în fistule interne sau mucoase (bucale) și în fistule externe sau cutanate (extrabucale):

Fistulele *bucale* se deschid adesea pe fața vestibulară a gingiei. Trebuie exceptate cele ale incisivilor laterali și ale premolarilor superiori, care se deschid pe bolta palatină.

Fistulele *extrabucale* au localizări speciale pentru fiecare grupă de dinți. Cea mai mare parte se deschide în piele, altele se deschid în sinus, în fosele nazale sau chiar în cavitatea orbitală.

Fistulele cutanate de origină dentară, după locul pe care-l ocupă, mai sunt:

- Fistulele jugale și nazale,
- „ parotidiene și maseteriene,
- „ temporale,
- „ mentoniere și suprahioidene,
- „ cervicale.

NECROZA PARȚIALĂ.

Este urmarea frecventă a osteitei. Câteodată este de limitată, încât aproape nu dă naștere la niciun simptom și trece nevăgată în seamă. Alteori însă, mortificarea cuprinde întreaga alveolă și chiar și o porțiune din maxilar.

Necroza peretelui alveolar are ca efect menținerea fistulelor dentare. Sechestrul devine mobil și se elimină spontan. Dacă nu, se poate extrage cu ușurință. Simptomele generale sunt aproape nule. Uneori se poate observa și o umflătură a obrazului sau a gingiilor. Fistulele nu dispar decât după eliminarea sechestrului.

Necrozele întinse sunt însoțite și de leziuni de vecinătate cum sunt: supurațiuni întinse, hemoragii fulgerătoare sau mortale, când din cauza supurației s'a ulcerat un vas important, deformațiuni ale figurei.



EXOSTOZELE.

Sunt o complicație a periodontitei cronice. Ele pot fi limitate, formând o sferă — exostoza în sferă — sau pot fi difuze — exostoza difuză. Rareori sunt atât de considerabile încât cuprind mai multe rădăcini ale aceluiaș dinte. Ele nu aderă niciodată la părțile alveolar.

Istologiceste, sunt compuse cam din aceleași elemente, ca și cimentul, însă conțin și din elementele ce aparțin sistemului osos.

Exostozele opune un mare obstacol extracției dinților. Acest obstacol este datorit volumului lor și nicidecum aderenței lor la părțile alveolar.

ADENITELE.

Periodontita mai poate ocaziona, cu deosebire la persoane limfatice cum și la cele predispușe tuberculozei, adenite cari după ordinea de frecvență sunt: *sub-maxilare* (pentru ambele maxilare, ganglioni submaxilari fiind centrul sistemului limfatic facial) și *premaseteriene* sau *parotidiene*.

Adenita, în marea majoritate a cazurilor, este poliganglionară și adeseori supurează.

TRISMUL.

Este contractura fălcilor ce se observă numai în periodontita flegmonoasă a molarilor inferiori și cu deosebire în periodontita măselelor de minte inferioare.

Această contractură se datorește propagării infecțiunii la mușchii maseteri și de pterigoidan intern.

EMPIEMUL SINUSULUI MAXILAR.

Este o complicațiune foarte frecventă a periodontitei. Empiemul e deschis când puroiul curge din sinus și e închis în caz contrar.

Avem ca semne: scurgerea de puroi pe o singură latură, empiemul e unilateral, rinorea anterioară, uneori scurgerea intermitentă și fetidă a puroiului, când pacientul apleacă capul înainte. Dimineța scurgerea puroiului e mai abundentă, fiindcă noaptea se adună în sinus, cacosmia intermitentă, care este perceptibilă numai de pacient, contrar a ceace se întâmplă la ozena. Bolnavul mai acuză dureri frontale sau supraorbitale atât de intense uneori, încât produc turburări de vedere. Când pacientul face mișcări de flexiune și de extensiune a capului, durerile sunt mai accentuate.

Când peretele osos al fosei canine a fost distrus, la palparea avem senzație de crepitațiune, crepitație pergamentată. Bolnavul poate avea umflătura obrazului și prezența de puroi în meatul mijlociu, care se decolează prin semnul lui Fränkel: dacă cu un stilet armat cu vată se șterge puroiul din meatul mijlociu și așteptăm 2—3 minute să vedem dacă puroiul reapară sau nu la meata. Dacă n'a reapărut recomandăm pacientului să-și plece capul cât mai mult înainte, timp de o jumătate de minut, apoi să-l îndrepte și examinăm meatul cu un specul nazal. La caz de empiem al sinusului nazal vom vedea puroiul. În acest caz semnul lui Fränkel e pozitiv. În cele mai multe cazuri există temperatura 38—39°.

Un alt semn, după care se poate constata prezența puroiului, este semnul lui Heryng: se așează pacientul într-o cameră obscură și se ia o mică lampă incandescentă stinsă care se introduce în gură. Bolnavul închide gura cât se poate de bine așa ca razele de lumină să nu iasă afară. În cazul când există puroi, obrazul corăspunzător sinusului maxilar bolnav se luminează mai defec-

tuos decât al celui sănătos, iar în locul unde se află puroiul se observă o pată. După 3—4 secunde se întrerupe curentul pentru a preveni iradiațiile de căldură.

TRATAMENTUL.

Nu ne interesează tratamentul periodontitei, ci a complicațiilor chirurgicale ale acesteia, a tehnicei, care intră în subiectul lucrării de față. Totuși necesită să amintim câteva cuvinte despre tratamentul periodontitei cronice cu scurgere de puroi fie prin carie, fie printr'o fistulă mică. În acest caz se poate încerca conservarea dintelui prin drenaj.

Acest drenaj constă în deschiderea abcesului la nivelul vârfului rădăcinii, fie prin trepanațiune, fie prin termocauter care pătrunzând în alveolă cauterizează focarul purulent în întregime. Este bine chiar să se facă rezecția apexului. În modul acesta se obține o vindecare sigură și durabilă și dinte este conservat.

Fluxiunea:

Când apare, trebuie să i se recunoască cauza care, îndepărțând-o, face se retrocedeze. Se recomandă bolnavului gargarisme antiseptice calde, pansamente umede, Priessnitz.

Când ea e însoțită de un flegmon circumscris se deschide în gură prin șanțul gingivo-vestibular, se spală cu antiseptice și se ține plaga deschisă până ce dispară puroiul.

Când avem un flegmon difuz se fac incizii multiple.

Abcesul:

Este tratat prin incize și eliminarea puroiului. Dacă e cauzat de o periodontită cronică se vindecă (dacă a fost deschis) prin extracția dintelui bolnav.

Fistulele:

Fistulele gingivale și cutanate dispar, făcând să dispară și cauza care le-a produs, îngrijând dintele. Se trec lichide antiseptice prin cavitatea dintelului ca să poată eși prin orificiul fistulei. Se cauterizează traectul fistulei cu termocauterul și când nu mai e nici o urmă de supurație vindecarea survine repede.

La dinții multiradiculari recurgem în cele mai multe cazuri la extracția lor. La dinții uniradiculari mai putem încerca și rezecția apexului radicular, sau replantațiunea dintelui bolnav după extracțiunea lui și după rezecția apexului radicular.

Necroza parțială:

În necroza parțială se dau pacientului gargarisme antiseptice și se supraveghează mobilitatea sechestrului, care dacă a devenit manifestă se fac inciziile necesare, fie pe mucoasă, fie pe piele. Se extrage sechestrul și se raclează locul de unde a fost extirpat. Se atinge câmpul operat cu clorură de zinc 5%, iar în plagă se introduce un tifon iodoformat. Pansamentul se schimbă cel puțin de 2 ori pe zi. Când cauzele ce întrețin fistulele dispar, vindecarea va fi definitivă și totală.

Exostozele:

Ce s'ar afla pe rădăcina unui dinte nu constituie o contra-indicație la tratamentul conservator al dintelui. Contra exostozei în sensul nu există nici un tratament numai dacă nu este atât de pronunțată încât se poate fi rezecată fără a mișca dintele din loc.

Ademitele:

Ele dispar odată cu cauza care le-a produs. În cazuri mai pronunțate dinții bolnavi trebuie extrași imediat spre a preveni supurația ganglionilor infectați.

Unguentul napolitan, badijonările cu tinctură de iod grăbesc rezoluțiunea. După un tratament mercurial nu e permis să aplicăm tinctură de iod, numai după 24 ore și atunci locul trebuie de-gresat în prealabil cu alcool sau ether.

Trismul:

Erupția dintelui de minte e însoțită des de trismus. Cel mai rațional în acest caz este extracția dintelui, care se face de obicei în anestezia generală, deoarece pacientul nu poate deschide gura. În cazuri mai ușoare ne putem folosi și de anestezia locală. După extracția administrăm pacientului cloral și bromură de potasiu.

Empiemul sinusului maxilar:

Se tratează numai chirurgical prin deschiderea sinusului și drenarea puroiului.

Sunt diferite metode pentru deschiderea sinusului maxilar: Caldwell-Luc o face pe cale anterioară, ridicând buza superioară incizează mucoasa mușchiul canin subiacent și periostul. Astfel se evidențiază fosa canina și apoi cu dalta și ciocanul se deschide sinusul.

Cooper deschide sinusul pe cale bucală făcând extracția unuia din primii molari sau al doilea premolar.

Cloué practică această operațiune pe cale nazală prin trepanație sau puncție.

Concluziuni.

1. Periodontul este o membrană fibrilară care umple spațiul dintre rădăcina și gâtul dintelui pe de o parte și peretele alveolar pe de alta.
2. Periodontul are o funcție mecanică, anume de a fixa și a menține dintele, și alta nutritivă, de a hrăni dintele prin bogăția sa în vase sanguine.
3. Periodontita este o infecțiune inflamatorie a membranei alveolo-dentare. Periodontitele pot fi datorite cauzelor infecțioase și neinfecțioase.
 4. a) Periodontitele infecțioase au ca poartă de intrare pentru microbi foramenul apical, gâtul dintelui sau circulația generală.
 - b) Cele neinfecțioase se datoresc cauzelor mecanice sau chimice.
5. Din punct de vedere clinic, periodontitele se împart în subacute, acute, supurate și cronice.
6. Diagnosticul unei periodontite acute se bazează pe îngroșarea ligamentului alveolo-dentar, care se traduce prin durere la nivelul dintelui bolnav, senzație de alungire, percuție dureroasă și mobilitate. Răceala micșorează durerea, căldura o agravează.
7. Periodontita poate să se vindece spontan, sau trece în cronicitate, dând complicațiuni de vecinătate (locale) ca: fluxiuine, abcese, fistule, necroză, trismus, empiemul maxilar și adenite, sau complicațiuni de distanță (generale) datorite trecerii agentului patogen în circulația generală.
8. Din enumerarea acestor complicațiuni vedem că periodontita, deși prin ea însăși este o afecțiune benignă, prin complicațiunile la care poate da naștere, devine foarte serioasă.
9. Tratamentul complicațiunilor periodontitei este causal și curativ și diferă dela caz la caz. Causal constă în extracția din-

telui bolnav, cu deosebire în trismus unde tratamentul cauzal este și curativ. Flegmoanele și abcesele se tratează prin incizii și drenaj. Necrozele prin extirparea sechestrelor și raclaj. Deosebit de important e tratamentul empiemului sinusal prin intervențiuni fie pe cale nazală, fie alveolară, fie anterioară.

Văzută și bună de imprimat:

Decan,
Prof. Dr. D. MICHAIL.

Președinte,
Prof. I. ALEMAN.



Bibliografie.

- Aleman I.*: Curs de stomatologie.
- Bödecker*: Anatomie und Pathologie der Zähne.
- Mayrhofer*: Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie der chirurgischen Zahnkrankheiten.
- Rothmann*: Patho-Histologie der Zahnpulpa und Wurzelhaut.
- J. Sayre-Marshall*: Die chirurgischen Krankheiten des Gesichtes der Mundhöhle und Kiefer.
- Urechia—Mihalescu*: Tratat de patologie neuro-mintală (fascicolul II).
- Pfaff*: Über neuere Fortschritte in der Zahnheilkunde.
- Wetzel*: Lehrbuch der Anatomie für Zahnärzte.
- Haupt—Lang*: Marginale Parodontitis.
- Niculescu*: Stomatologie.
- Neumann*: Atlas der radikal chirurgischen Behandlung der Parodontosen.
- Faulhaber—Neumann*: Die chirurgische Behandlung der Wurzelhauterkrankungen.
- Scheff—Pichler*: Handbuch der Zahnheilkunde.
- Feiler*: Leitfaden der Wurzelbehandlung.
- Kantorowitz*: Klinische Zahnheilkunde.
- Friteau*: Manuel de candidat aux examens de chirurgien-dentist.
- Nospoulous*: Dentisterie operatoire, IV.
-