

# OSTEOMIELITA INFECȚIOASĂ A MAXILARELOR



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MAIU 1939

DE

**OCTAVIAN POPA**

Fost medic auxiliar la Spitalul de Stat Făgăraș  
și  
Medic intern al Sanatorului „Dr. Cosmutza” din Predeal

# OSTEOMIELITA INFECȚIOASĂ A MAXILARELOR



**TEZĂ**  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MAIU 1939

DE

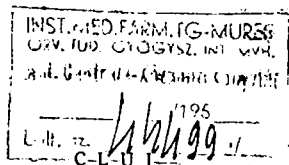
**OCTAVIAN POPA**

Fost medic auxiliar la Spitalul de Stat Făgăraș

și

Medic Intern al Sanatorului „Dr. Cosmutza” din Predeal

24 MAY 2005



**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

**Decan : Prof. Dr. DRĂGOIU I.**

**Profesori :**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	” ” BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	” ” BENETATO GR.
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.
Chimia biologică . . . . .	” ” MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	” ” MICHAÏL D.
Clinica neurologică . . . . .	” ” MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	” ” MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	” ” NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	” ” PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	” ” POP A.
Clinica Infantilă . . . . .	” ” POPOVICI GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	” ” BARONI V.
Chimia medicală . . . . .	” ” SECĂREANU ȘT.
Balneologia . . . . .	” ” STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ” TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	” ” ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică . . . . .	” ” ȚEPOSU C.
Anatomia patologică . . . . .	” ” VASILIU T.
Igiena generală . . . . .	Agr. ZOLOG M.
Fizică medicală . . . . .	Conf. BĂRBULESCU N.

**JURIUL DE PROMOTIE :**

**Președintele tezei : Prof. Dr. I. ALEMAN**

Membrii : { Prof. Dr. GH. BUZOIANU  
 ” ” V. BOLOGA  
 ” ” AL. POP  
 ” ” E. ȚEPOSU

Supleant : D-l Agr. Dr. TR. POPOVICI

*Părinților și fratelui meu pentru sacrificiile făcute, multă dragoste și recunoștință.*

*Pentru Anicuța toată dragoste.*

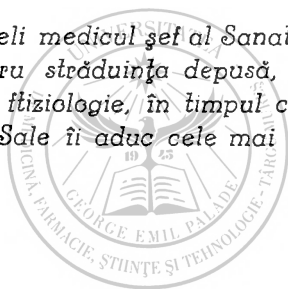


*Surorilor mele, cele mai alese sentimente.*

D-lui Profesor Dr. Aleman pentru onoarea ce-mi face prezidându-mi teza ca și pentru indicațiile și materialul radiologic pus la dispoziție, mulțumiri-le mele din inimă.

Juriului de promoție omagiile mele.

D-lui Dr. M. Anghel medicul șef al Sanatorului „Dr. Gosmutza“ din Predeal pentru străduința depusă, la completarea cunoștințelor mele de fiziologie, în timpul cât am lucrat sub conducerea D-Sale îi aduc cele mai calde mulțumiri.



D-lor Dr. Gornea medic-director și Dr. St. Stroia medic-primar dela Spitalul de Stat din Făgăroș cărora le-am fost auxiliar, stima și recunoștința mea.

Prietenilor mei: Dr. Avram Popa, Dr. Eugen Niccoară, Serbu: Joan, Ștefan Joan și Dr. Danciu Dumitru, aceeași prietenie: de întotdeauna.

## INTRODUCERE.

Osteomiелita maxilarelor e o afecțiune destul de frecventă și din punct de vedere etio-patologic, al formelor clinice și anatomice, e foarte variată.

În lucrarea de față mă voi ocupa numai de osteomiелitele maxilarelor, cari sunt manifestarea clinică a unei infecții dintr'un început, lăsând la o parte osteomiелitele așa zise parazitare, infecții hidatice, afecțiuni micozice, sau osteomiелitele chimice, deși în evoluția lor adeseori se observă infecțiuni cari le imprumută în cele din urmă, în bună parte, o alură asemănătoare osteomiелitelor infecțioase.

Voi căuta în schimb, să am în vedere pe cât îmi permite cadrul acestei lucrări, osteomiелitele infecțioase ale maxilarelor, atât la sugaci cât și la copilul mai mare, adolescent și adult, cari se deosebesc în bună parte, atât din punct de vedere al etio-patogeniei, cât și al evoluției și complicațiilor cărora le pot da naștere.

Deși constituția anatomică și istologică a maxilarelor superior și inferior e atât de diferită, iar vecinătatea anatomică nu e așa de strânsă, ca să presupunem o trecere a infecției dela unul la celălalt prin continuitate, mi-am propus a expune osteomiелitele infecțioase ale ambelor maxilare, inferior și superior, pentru că împreună constituiesc cavitatea bucală, un mediu de cultură prielnic multor specii de germeni patogeni și pentru că un fapt comun pentru cele două maxilare, e implantarea în marginile lor alveolare a dinților, cari constituiesc adeseori un izvor nescut de agenți infecțioși.

Asupra părerilor cari s'au formulat, asupra acestor afecțiuni, cu privire la etio-patogenia și formele de clasificare clinică, fiind foarte variate și multe, nu voi insista prea mult, căci

ași depăși cadrul acestei lucrări, dar voi reda pe cele cari personal le-am socotit mai aproape de adevăr.

Concluziile vor fi trase în bună parte, din cazurile cercetate și tratate în Clinica Stomatologică din Cluj, de sub direcția d-lui Profesor Aleman, pe cari le voi expune la sfârșitul lucrării.



## CONSIDERAȚIUNI ANATOMICE.

*Maxilarul superior:* are o constituție complexă. Ia parte la alcătuirea cavității bucale, bolta palatină, cavitatea orbitală, fosa zigomatică, fosa nazală, fosa pterigo-maxilară.

Osul e format aproape în întregime din țesut compact, afară de apofizele frontală și palatină, care conțin țesut spongios. În interiorul osului se găsește sinul maxilar sau sinul lui Highmore, cu prețeli subțiri, tapetați de o mucoasă rezistentă. Acest sin poate fi divizat prin lamele osoase, în cavități secundare. Sinul se deschide pe fața internă a osului prin orificiul numit hiatal maxilar, în fosa nazală la nivelul meatului mijlociu. Peretele anterior al sinului corespunde în afară fosei canine, peretele posterior îl separă de fosa pterigo-palatină, peretele extern corespunde fosei zigomatice, peretele intern în raport cu fosa nazală, peretele inferior al sinului e separat de alveolele dentare, numai printr'o lamelă osoasă subțire, care uneori poate chiar lipsi. În fine, peretele superior al sinului e în raport cu orbita și mai înăuntru cu celulele etmoidale.

În ceea ce privește osificarea, maxilarul superior se dezvoltă dintr'un țesut conjunctiv, prin cinci puncte de osificare: 1) punctul malar, 2) punctul orbito-nazal, 3) punctul nazal, 4) punctul palatin, 5) punctul incisiv. Aceste puncte de osificare sunt unite încă în a cincea lună intra-uterină. Sinul maxilar la făt și sugăciu e foarte puțin dezvoltat, fiind redus la o fantă îngustă, adevărata lui mărime căpătând-o abia la vârsta adultă. Deci osul maxilar superior e într'o continuă dezvoltare grație evoluției acestui sin până la vârsta adultă pe de o parte, pe de alta din cauza evoluției dentare care nu se termină decât odată cu apariția măselei de minte, care se face tot la vârsta adultă. De altfel căderea dinților la bătrâni menține maxilarul într'o activitate continuă aproape toată viața.



*Maxilarul inferior:* E un os median și nepereche, situat în partea inferioară a feței; el constituie singur, scheletul fălcii inferioare. Prezintă din punct de vedere descriptiv, un corp în formă de potcoavă cu concavitatea posterioară, pe marginea superioară a căruia se implantează dinții inferiori. Corpul se continuă înapoi cu două ramuri oblic ascendente în sus și înapoi. În partea postero-superioară a ramurei mandibulei se găsește condilul mandibulei, care servește la articulația acestui os cu temporalul. Maxilarul inferior e format din țesut spongios central, învelit de țesut compact, ambele foarte rezistente. Fiecare jumătate a maxilarului este străbătută de canalul dentar inferior, care către treimea anterioară a corpului se bifurcă în canalul mentonier și canalul incisiv, prin cari trec vasele și nervii cari merg la rădăcinile dinților.

Desvoltare: Mandibula este la început formată din două jumătăți, fiecare având șase puncte de osificare: 1) punctul inferior, din care se dezvoltă marginea inferioară a osului, 2) punctul incisiv, în regiunea ocupată de incisivi, 3) punctul coronoidian, 4) punctul condilian, 5) punctul spinei lui Spix, 6) punctul suplimentar, al canalului mentonier, ce contribuie la formarea găurei mentoniere (V. Papilian).

Desvoltarea maxilarului inferior continuă până pe la vârsta adultă, zona de creștere a lui găsindu-se în vecinătatea unghiului format de corp și ramurile ascendente.

## CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA OSTEOMIELITELOR.

Termenul de osteomielită etimologic „înseamnă inflamația măduvei osoase“ (A. Broca) și poate fi aplicat oricărei inflamații a oaselor cu măduvă.

Față de infecție osul constituie un tot solidar (Tixier și Patel) și prin urmare leziunile periostului nu sunt izolate și independente de ale osului sau măduvei osoase și invers.

Măduva difuzată în masa osului, scaldă osul în întregime, dela stratul osteogen subperiostic al lui Ollier, până în centru, circulând dela suprafață în profunzime prin canalele lui Havers. În infecție „baia de măduvă devine o baie de puroi“ (Ollier, Gangolphe). Fiind bogat vascularizată, măduva prezintă o proprietate de absorbție mare și în felul acesta se explică și fenomenele generale în caz de osteomielită.

*Punctul de plecare* al osteomielitei e la nivelul maximumului de viață fiziologică și in jurul punctelor de osificare secundară.

*Cauze ocazionale* ale osteomielitelor trebuesc citate: frigul, mai ales frigul umed, traumatismele, oboseala, stările neigienice, stările de debilitate după alte boli constituționale. Acestea sunt cauze obișnuite cu rol secundar, față de rolul principal al cauzelor determinante.

*Cauze determinante:* infecția e principala cauză și se face cu stafilococi, streptococi, bacilul lui Eberth, pneumococi, microbi anaerobi, bacilul Coli, sau asociații fuzo-spirilare, cu punct de plecare dela orice plagă sau afecțiune a mucoaselor și a tegumentelor, ca: furnculi, carbuncul, panarițiu, exemă, impetigo, angină, carii dentare de toate gradele sau boli generale, febră tifoidă, paratifoidă, gripă, scarlatină, variolă, rugeolă și altele (Hirondel, Vorms și Bercher, Fiaschi, Rivière, Blot, Broca și alții).

Cauzele, prin urmare, pot să fie endogene pe cale sanghină și cauze exogene locale.

## OSTEOMIELITELE INFECȚIOASE ALE MAXILARELOR.

„Tot ce se referă la inflamația acută a osului e bine să fie grupat sub termenul de osteomielită, dându-i accepțiunea în general admisă astăzi" (Morestin).

Vom cuprinde prin urmare în cadrul osteomielitelor maxilarelor, toate afecțiunile descrise până mai ieri și de unii autori încă și azi, ca: osteită supurată, osteo-periostită, necroză acută, osteomielită de origine dentară, necroză de origine dentară, osteită difuză și necrozantă, osteoflegmon difuz, osteomielită hematogenă și osteitele acută, subacută și cronică, de origine dentară, gingivală, foliculară, sau specifică, tuberculoasă sau sifilitică.

Unii autori rezervă termenul de osteomielită, numai celei hematogene, a cărei localizare la maxilar e dealfel mai rară.

Deși maxilarele sunt sărace în elemente medulare, după felul în care privim noi osul și raporturile lui cu măduva osoasă, vom întrebuinta termenul de osteomielită, socotindu-l cel potrivit în forma în care o vom descrie.

Osteomielita maxilarelor e mai frecventă între 6 și 25 de ani. Broca, Delucq și alții citează cazuri de osteomielită la copii

la 13 zile dela naștere, la 18 zile, la 14 luni și la 2 ani. La sugaciu nu e o afecțiune excepțională, iar peste 25 de ani e rară.

*Sexul* nu pare a juca rol în patogenia acestei afecțiuni, totuși se constată o frecvență mai mare la bărbați decât la femei.

*Terenul* joacă un rol predispozant important; debilii, tarații, surmenații, sunt mai expuși infecțiilor decât alții. Condițiile igienice proaste, frigul umed (Broca), bolile infecțioase sunt tot atâtea cauze favorizante generale ale osteomielitei maxilarelor.

*Cauze favorizante locale*, creșterea normală a maxilarelor și evoluția dentară. Maxilarul superior: creșterea maxilarului în relație strânsă cu aceea a dentiției, e într'o stare congestivă care-l face receptiv infecțiilor. Maxilarul inferior la fel e într'o continuă creștere în lungime până la o vârstă înaintată și cum spunem, această creștere a sa se face la partea posterioară la nivelul și în vecinătatea unghiului; unghiul ca urmare a desvoltării dintelui de minte, reprezintă mult timp un centru de viață fiziologică activă „bulb osos“ (Ombredanne), jucând în caz de infecții rolul localizator pe care-l joacă zona juxta epifizară a oaselor lungi. Poziția ectopică a măselei de minte când se supraadaugă o infecție, explozia dinților, schimbarea lor, sunt tot atâtea momente în evoluția dentară favorizante, uneori determinante chiar în producerea osteomielitelor. Dispariția dinților la bătrânețe prin rezorbția țesuturilor osoase, alveolelor pe care o provoacă, țin maxilarele într'o continuă activitate mai mult sau mai puțin intensă în tot timpul vieții.

„Evoluția dentară va provoca fenomene de hiperemie, făcând din maxilare un teren favorabil infecției“ (Dufloz).

## OSTEOMIELITA INFECȚIOASĂ LA SUGACI.

*Etiopatogenia:* În mod obișnuit intervine streptococul, fără a fi excluși nici ceilalți agenți patogeni ca stafilococ, pneumococ, colibacil, în asociere cu germenii saprofiți din gură.

O găsim mai frecventă la maxilarul superior și excepțional la cel inferior. L. Marchand în „Progrès Médical“ din 31 Martie 1928, observă în 40 de cazuri de osteomielită a maxilarelor la sugaci, în 37 cazuri osteomielita maxilarului superior și numai în 3 cazuri osteomielita maxilarului inferior.

În trecut infecția era considerată ca o sinusită care se complica cu osteita; azi unii autori susțin că infecția se propagă la

maxilar prin continuitate dela o leziune de vecinătate a mucoasei bucale, alții susțin că boala e o localizare osteomieliică a germenilor patogeni pe cale snaghină. In orice caz noi socotim infecția posibilă în ambele moduri și mecanismul de infecție destul de variat.

Să arătăm câteva moduri de producere a contaminării: în timpul nașterilor din cauza manoperilor sau intervențiilor ce le cer prezența anormale sau distociile, prin manopera lui Mauriceau, s'ar putea produce fătului leziuni, pe cari să se desvolte apoi o gingivită, foliculită și în cele din urmă dacă intervine infecția, osteomieliită întinsă. Prin ruptura membranelor la o naștere care durează mult, condițiile sunt favorabile înmulțirii microbilor și se poate infecta nu numai mama ei și fătul. Infecția s'ar putea produce și după naștere, din infecții mamare, limfangită, mastită, etc. Evoluția precoce a caninului sau a unor molar de lapte la un copil de 2 ani; evoluția prematură la un copil de 3 ani a incisivilor superiori drepti de dimensiuni anormale au determinat accidente osteomieliice. Acești dinți prea strânși în maxilar au determinat o congestie și inflamație asemănătoare aceleia pe care o dă la adult dintele de minte. Cazurile amintite sunt citate de diverși autori, cari susțin ca foarte frecvent acest mod de producere a osteomieliitelor. la sugaci pe cale sanghină, infecția pornind dintr'un punct oarecare a organismului și localizându-se la nivelul maxilarelor, mai frecvent celui superior care e comparabil cu zona juxtă epifizară a oaselor lungi. Ar fi vorba deci de o stare septicemică anterioară cu punct de plecare sau mai bine zis poartă de intrare la nivelul unei eroziuni, excoziații superficiale, tăieturi, ombilic, etc. și de multe ori greu de găsit.

*Simptomatologia* osteomieliitelor infecțioase la sugaci.

Debutul brusc cu semne de reacție generală: plâns, agitație, turburări digestive, oprirea creșterii în greutate, temperatura 37,5—38°.

Apar semnele locale: un edem al feții de partea bolnavă, dispariția șanțului nazo-facial, uneori edem palpebral, ochiul e închis și prezintă o reacție conjunctivală în caz de osteomieliită a maxilarului superior.

*In osteomieliita maxilarului inferior:* edem al feții de partea bolnavă, trismus, turburări de deglutiție, sialoree. In ambele cazuri avem și o tumefacție a gingiilor regiunii bolnave.

În o zi, două, fenomenele generale iau o alură mai gravă, temperatura urcă la 39,5—40° și mai mult, rareori rămâne la 38—38,5, bolnavul e agitat, prezintă uneori convulsii și o stare generală alterată.

Local edemul e pronunțat deformează jumătatea feței, se extinde în sus sau în jos în jurul buzelor, la aripa nasului, în regiunea parotidiană, ochiul sau gura nu se mai pot deschide, pielea e caldă, roșie și dureroasă la presiune. Turburări de masticatie, de glutiție, bolnavul se alimentează greu sau alimentația e aproape imposibilă din cauza trismusului.

În osteomielița maxilarului superior, destul de adeseori partea internă a regiunii suborbitare, prezintă o reacție inflamatorie mai marcată, pielea ia o culoare roșie-violacee și țesutul celular subcutanat e infiltrat de un edem dur.

La examenul intern al gurii se constată pe arcada alveolară superioară sau inferioară, o tumefacție inflamatorie care proemină în cavitatea bucală nedepășind palatul osos înapoi, sau linia mediană a acestuia când e interesat maxilul superior.

Urmează perioada de supurație în care puroiul care de altfel se produce foarte rapid, dacă nu se intervine chirurgical, se scurge fie prin alveole, fie că tinde să formeze un abces către mucoasa bucală sau pielea. În osteomielița maxilarului superior fistulizarea se face de regulă pe rebordul alveolar la nivelul implantării primului premolar sau caninului viitor. În exterior fistulizarea se poate produce în unghiul intern al ochiului, înăuntru găurei suborbitare sau la nivelul osului plan. O scurgere purulentă se observă mai întotdeauna și prin narina corespunzătoare, uneori apărând dela început, alteori după celelalte, dar care dispăre cea din urmă.

În osteomielița maxilarului inferior fistulizarea se produce fie la nivelul rebordului alveolar, fie la nivelul unghiului mandibular în interior sau în exterior, sau în conductul auditiv extern ori tocmai la distanță deasupra claviculei.

În acest stadiu explorarea cavității bucale pune în evidență o porțiune osoasă denudată.

*Evoluția:* rezorbția procesului inflamator numai cu totul excepțional se observă. Vindecarea poate surveni rapid, după eliminarea spontană sau chirurgicală a sechestrelor, dar obișnuit se vindecă încet, necesitând intervenții repetate pentru desfundarea fistulelor și extragerea sechestrelor formate.

*Complicații:* sunt imediate și tardive.

Imediate: alterarea profundă a stării generale în urma supurației persistente care-l face susceptibil pe micul bolnav la alte infecții sau complicații. Prin scurgerea puroiului în gură se pot produce broncho-pneumonii; prin difuzarea agenților patogeni în sânge se produc: septicemii, osteomielite metastatice în alte oase, pleurezii, pneumonii, endocardite, infarctrenal, nefrite, tromboflebite, localizări cerebrale. Se poate observa fractura spontană a maxilarului inferior sau prin continuitate la articulația temporo-maxilară infecția poate da artrită seroasă, uscată, purulentă, fistulizare și anchiloză consecutivă. Prin propagare la mușchiul maseter și sterno-cleido-mastoidian, dă miosite cu un prognostic grav.

*Complicații tardive:* lipsa dinților în urma expulzării foliculilor dentari sau alte deformații importante.

*Prognostic:* la sugaci osteomielita are un prognostic destul de serios, putând da mortalitate de 30—50%. Chiar dacă bolnavul se vindecă trebuie să fim rezervați asupra viitorului copilului mai ales în ce privește viitoarea lui dentiție care, după cum am văzut mai sus, ar putea să nu mai apară în regiunea bolnavă.

*Anatomie patologică:* leziunile obișnuite în aceste osteomielite consistă în decolarea periostului, formațiunea de sechestre osoase, cari întrețin apoi o supurație, ori o foliculită consecutivă procesului infecțios.

*Tratament:* profilactic: Va trebui să observăm o strictă igienă a mamei în ceea ce privește mama, făcând o tualetă riguroasă a mamelonului înainte de fiecare alăptare. În caz de afecțiuni ale unui sân de orice natură ar fi ele vom suspenda alăptarea prin sânul respectiv. Aceași igienă riguroasă o vom observa în timpul nașterii, la fel în ceea ce privește igiena gurii copilului.

În perioada de dentiție vom fi cu o deosebită atențiune cu privire la copil supraveghindu-l pentru a nu introduce obiecte murdare mai mult sau mai puțin infectate și cu cari se poate eventual răni. În timpul ieșirii dinților de lapte vom observa congestia gingiilor și dacă va fi nevoie vom face o incizie a gingiilor cu bisturiul pentru a ușura eșirea dinților.

Îndrumarea spre regulile igienice ale gurii făcută în copilărie devine o obișnuință naturală pentru mai târziu, de aici importanța pe care trebuie să i-o dăm.

Tratamentul curativ i-l voi expune deodată cu cel al osteomielitelor la adult fiind asemănător.

## OSTEOMIELITA INFECȚIOASĂ LA ADOLESCENT ȘI ADULT.

*Etiopatogenie.* Spuneam că un fapt comun și dominant în patologia maxilarelor sunt dinții implantați în oasele maxilare, dela cari și prin cari adeseori infecția pătrunde în oase.

Agenții patogeni cari se înmulțesc în gură și la nivelul cariilor dentare, pătrund prin aceste cari până la nivelul pulpei dentare prin intermediul căreia și al conexiunilor dintelui cu maxilarul, invadează substanța însăși a corpului osului producând osteomielita maxilarului corespunzător.

Aceasta ar fi o cauză locală așa zisă exogenă de producere a osteomielitei maxilarelor, fiind cea mai frecventă și cea mai benignă în general și mai ușor de evitat; e osteomielita legată de patologia dinților cu o evoluție terminată. Infecția se explică fie printr'o virulență crescută agenților patogeni, fie prin condițiuni de retenție septică în urma unei insuficiențe a desinfecției a cavităților dentare sau în urma plombajelor, coroanelor, etc. La nivelul pulpei dentare infecția rămâne latentă atâta timp cât drenajul pulpei se face bine; dar când calea ei se astupă cu alimente sau dentină cariată agenții patogeni reținuți în cavitatea închisă își exaltează virulența și produc accidente de îndată ce pot învinge barajul leucocitar. Traumatismele accidentale printr'o fractură deschisă sau chirurgicale printr'o extracție incorectă, care ar produce o ruptură a marginii alveolare sau uneori prin traumatisme dentare cu totul neînsemnate, încât pot fi ignorate de bolnav sunt suficiente a produce mortificarea pulpei; pulpa mortificată devine un teren de cultură excelent pentru microbi.

Incluziunea molarilor consecutivă incomplectelor dezvoltări poate da accidente. Căderea tardivă a molarilor de lapte, cari împiedică dinții permanenți în evoluția lor, fac din acești dinți niște dinți incluși. Uneori chistele paradentare cari aproape în mod constant coexistă cu cariile dentare pot fi puncte de plecare a osteomielitelor maxilarelor.

În urma necrozelor produse prin intoxicații cu fosfor sau în urma intoxicațiilor cu mercur încă se pot produce osteomielite prin suprainfecții ca de altfel în mai toate ulcerațiile gingiilor sau mucoasei bucale, nomă, scorbut, stomatita ulcero-membranoasă, etc., toate aceste osteomielite fiind secundare la fel cu cele se pot surveni prin tumori suprainfectate și asupra cărora nu voi

insista mai mult, dar amintesc numai că pe lângă agentul infecțios aici intervin și turburările trofice cari sunt o cauză a afecțiunii primare a maxilarului respectiv.

Aceste infecții osteomielitice expuse până aici s'ar produce mai mult prin continuitate având la bază o cauză locală. Osteomielita maxilarelor mai rar se poate produce totuși și pe cale sanghină, e așa zisă osteomielită hematogenă a maxilarelor în care intervine mai frecvent ca agent patogen stafilococul cu varietățile lui, aureus mai des.

Între cauzele endogene când infecția maxilarelor se face pe cale sanghină trebuie să enumerăm furuncul, erizipelul, oreillonul, febrele eruptive și în general determinările supurative ce le pot da infecțiile generale.

Cauzele favorizante și determinante au mai fost amintite în capitolele anterioare încât nu voi mai reveni asupra lor dar țiu să reamintesc totuși ca importante, evoluția măselei de minte și creșterea maxilarelor care cum spuneam se face până la o vârstă mai înaintată ceea ce explică de altfel și frecvența mai mare a osteomielitelor până la 25 de ani, moment ce cam corespunde cu terminarea acestor evoluții.

Ar fi poate important înainte de a trece mai departe să dau după Dobkine următoarele date statistice obținute în Clinica Stomatologică din Moscova, pe 742 cazuri de osteomielită tratate între anii 1929—1933. Din acestea cazuri 47% au fost muncitori, 22% au fost funcționari, 9% au fost țărani, 23% diferite alte categorii sociale.

În raport cu sexul 49% bărbați, 36% femei, 15% tineri până la vârsta de 15 ani. După aceeași statistică osteomielita e mai rară până la 5 ani, ceva mai frecventă între 5 și 7 ani și mai frecventă între 7 și 10 ani, apoi devine rară între 10 și 15 ani.

În ceea ce privește localizarea osteomielita maxilarului inferior e de 5 ori mai frecventă ca a celui superior. Tot după Dobkine cauzele osteomielitelor sunt următoarele: 1 cauze dentare 86,5%; 2 cauze traumatice 6,6%; 3 cauze hematogene 4,4%; 4 cauze sifilitice 0,5%.

Dintre cele 742 cazuri de osteomielită 33% erau de origine gripală, dintre cari 18 nu prezentau nici o leziune dentară; ca localizare 29 interesau maxilarul inferior și 4 maxilarul superior.

Dintre dinți primul molar intervine mai des apoi molarul al III-lea, în producerea osteomielitei.



*Simptomatologia:* debutul osteomielitei se face cu o durere vie a maxilarului bolnav și tumefacția gingiilor.

*Semne generale:* temperatura 37,5—38, puls frecvent, turburări digestive, agitații, insomnii. Cu accentuarea procesului inflamator genomenele generale se accentuează și ele, temperatura 39—39,5—40, bolnavul e agitat, delirant. Starea generală se altează.

*Semne locale: maxilarul superior bolnav:* un edem al feței de partea bolnavă, dispariția șanțului nazo-facial, edem palpebral, ochiul e închis sau avem o exoftalmie produsă de edem și prezintă o reacție conjunctivală, pielea e caldă, roșie și dureroasă la presiune.

*Maxilarul inferior bolnav:* edem de partea bolnavă cuprinzând regiunea submaxilară, iar în osteomielite ramurei ascendente cuprinzând regiunea partotidiană: durerile sunt surde, continui, cu senzație de tensiune într'un punct al maxilarului, sau alteori sub formă de junghiuri. Trismusul, jena în deglutiție, fonație, masticatie și în mișcarea articulației temporo-mandibulare sunt fenomene frecvente.

La examenul intern al cavității bucale se constată: o haleină fetidă, salivatie abundentă, gingii congestionate în zona dureroasă, vestibulul împăstă și o îngroșare considerabilă a maxilarului inferior, sau o tumefacție care bombează în cavitatea bucală așezată pe bolta palatină la maxilarul superior.

În osteomielite *hematogenă*, debutul se face brusc după o fază septicemică premergătoare uneori foarte gravă care durează 4—8 zile, în care poate surveni moartea și în care diagnosticul e îndoelnic, pentru natura infecției trebuind a recurge la hemo-culturi. În aceste osteomielite hematogene bolnavul la originea boalei nu acuză dureri dentare și examenul danturii rămâne complet negativ. Durerile devin lancinante mai mari decât în celelalte osteomielite maxilare. De aici încolo manifestările și evoluția celor două feluri de osteomielite sunt aceleași.

Urmează *perioada de stare sau supurație* în care puroiul care uneori se produce foarte repede, dacă nu se intervine chirurgical, tinde să se elibereze. Dinții uneori se mișcă, coletele lor sunt scăldate în puroi, se formează fistule fie în cavitatea bucală la nivelul rebordului alveolar sau bolta palatină, fie exterioare în imediata vecinătate în șanțul nazo-genian, în fosa canină, sau alt punct al obrazului, dacă e vorba de maxilarul superior sau la ni-

velul unghiului mandibulei, în conductul auditiv extern sau la o distanță mai mare când e vorba de maxilarul inferior.

Fistulele pot să fie unice sau multiple și prin ele se scurge un puroi destul de abundent cu miros fetid și aspect grunzos. La explorarea fistulelor cu stiletul dăm de sechestre cari dau un sunet sec.

Până aici procesul patologic avea o alură acută în sânge avem o *leucocitoză*.

Urmează o lungă perioadă de osteomielită prelungită, cronică, în timpul căreia sechestrile sunt eliminate treptat și pe încetul și osul începe a se reface. Această perioadă poate dura ani de zile, în care bolnavul e expus la septicemii, la metastaze, și peste tot la recidive. În această perioadă în sânge avem o *leucopenie*.

*Perioada de regenerare*: temperatura scade în decurs de câteva luni treptat, treptat la normal, supurația diminuează, apoi încetează, fenomenele generale și locale se șterg, dinții rămași își reiau fixitatea de mai înainte.

Pentru a satisface anumite tendințe de schematizare voi înșira câteva forme clinice neinsistând asupra lor întrucât simptomatologia și decursul obișnuit al osteomielitei maxilarelor rămâne tot cel expus mai sus. Am avea următoarele forme clinice:

1. O formă supraacută, fudroiantă cu fenomene generale exagerate de septicemie, fenomenele locale stând pe al II-lea plan. Această formă în regulă generală e fatală.

2. Forma acută, care a servit de descriere.

3. Forma prelungită, cu o supurație continuă de lungă durată.

4. Osteomielita cronică, hipertrofică, descrisă de Axhausen.

5. Forma cronică exudativă.

6. Osteomielita productivă.

7. Osteomielita ocultă (cariile osoase).

8. Osteomielita nevralgică cu dureri rebele la tratament, putând surveni fără supurație, în regulă generală însă prezentând un sechestrul profund.

*Diagnostic radiologic*. Obișnuit aspectul radiologic al osului la început nu e modificat: la nivelul alveolei dentare în jurul rădăcinilor dintelui, pot apărea puncte mici în cari structura osului e ștearsă și micile zone au un aspect neomogen. Uneori se observă o rarefiere osoasă dela început destul de însemnată. Mai târziu se observă o rarefacție osoasă difuză și intensă, dând osu-

lui un aspect turbure, floconos, cu sechestre vizibile. Către perioada de refacere apare o hiperostoză care se traduce printr'o bandă îngustă, mai puțin opacă decât osul vechiu și care se întinde și dealungul osului sănătos putând să-l cuprindă în întregime. Acest strat crește în grosime proliferază repede și devine mai opac.

La nivelul punctului de fistulizare se observă neregularități ale bandei de hiperostoză și o umbră ștearsă pe traectul fistulos care se întinde în jurul osului pe o suprafață cât aceia a abcesului exteriorizat.

În osteomiелita cronică radiologic maxilarul e opac fără aspectul structural normal și cu neregularități de contur.

*Evoluția și prognostic.* În formele supraacute moartea poate să survină curând chiar înainte de supurație. Unii autori dau o mortalitate de 25%. Extrem de rar se produce la început o rezorbție a procesului patologic. Aproape întotdeauna decursul e acela descris mai sus boala în evoluția ei trecând prin toate fazele descrise.

Prognosticul în formele supraacute, e în general intunecat. În formele obișnuite în cecece privește viața bolnavului prognosticul e relativ bun, dar în cecece privește dentiția, foniația, deglutiția și estetica, prognosticul trebuie să fie rezervat.

*Complicațiile* au fost expuse la capitolul osteomiелitei infectioase la sugaci încât nu voi mai insista asupra lor.

## OSTEOMIELITA MAXILARELOR CONSECUTIVĂ FEBRELOR ERUPTIVE.

S'au grupat sub acest nume osteomiелitele cauzate de febrele eruptive descrise de Salter la 1859 sub numele de „Necroza exantematică“.

Survin la copii la vârsta de 4—6 ani în convalescența febrei eruptive. În ordinea frecvenței aceste osteomiелite sunt cauzate de: scarlatină, rușeolă, febră tifoidă, variolă, difterie, gripă.

În ce privește patogenia lor sunt considerate complicații ale febrei eruptive și ar fi nevoie de un factor primar, un accident dentar și un factor secundar febra eruptivă, care e o cauză ocazională.

Agentul patogen incriminat ca cel mai obișnuit și mai frecvent e streptococul.

Simptomatologia și evoluția lor e asemănătoare aceleia descrise deja.

*Diagnostic clinic.* Se face din antecedentele bolnavului, antecedentele lui dentare și semnele descrise mai sus.

*Diagnosticul de laborator.* Căutăm să punem în evidență specia microbiană recoltând puroiul steril, dacă e posibil prin puncția gingiilor. E necesar acest diagnostic întrucât odată agentul patogen stabilit avem posibilitatea de a aplica o vaccino-terapie specifică.

*Diagnostic diferențial.* În osteomiелita maxilarului inferior se face cu:

1. Adeno-flegmonul submaxilar în care tumefacția e dedesubtul osului și durerea se produce după tumefiere.

2. Celulita secundară erupției măselei de minte sau celulita difuză sub și supramylohyoidiană.

3. Parotidita sau submaxilita.

Acest diagnostic se face pentru stabilirea leziunii osoase după care urmează diagnosticul diferențial cu:

1. Osteomiелita bacilară, care apare insidios, tumefacția osoasă se dezvoltă încet în decurs de 3—6 luni fără dureri vii, fără trismus chiar când leziunea e localizată la unghiul. Fistulele multiple, cu marginile violacee totdeauna umede, lasă să se scurgă puroi grunjos puțin abundent. Survine la bacilar vechiu și durează ani de zile. Examenul bacteriologic al puroiului pune în evidență bacilul Koch și inocularea puroiului la cobai dă o tuberculoză.

2. Osteomiелita sifilitică: leziunile sifilitice sunt circumscrise și difuze. Cele circumscrise nu se aseamănă. Sifilisul difuz în faza de ramoliment, sechestrație și fistulizare sau supurație prin infecții secundare, dă tabloul osteomiелitei cronice. Antecedentele, stigmatele de lues, lipsa durerii, evoluția lentă, reacția Bordet-Wassermann în sânge, proba terapeutică vor vorbi pentru sifilis. Osteomiелita la un sifilitic produce îndeosebi sechestre voluminoase de aceea în prezența sechestrului voluminos la adult să căutăm întotdeauna prin toate mijloacele sifilisul (Rodier).

3. Cu o tumoră osoasă, actinomicozică, chist supurat, osteosarcom, toate sunt afecțiuni cu simptome speciale și cu o altă evoluție încât nu se pot confunda.

*Diagnostic diferențial în osteomiелita maxilarului superior.* Se face cu:

1. oftalmia: Un examen minuțios descoperă un edem mai accentuat al pleoapei inferioare când e interesat maxilarul și osul la presiune e dureros.

2. dacriocistita: avem inflamația sacului lacrimal și obstrucția căilor lacrimale, lipsesc fenomenele din partea maxilarului.

3. erizipelul în vecinătatea aripei nasului: extensiunea rapidă, regiunea roșie indurată și buretelul limitatî sunt caracteristice erizipelului.

4. Boala lui Barlow. Scorbutul infantil cu tumefacția maxilarului și cu febră a fost luat uneori drept osteomielită. În scorbut avem o paloare a tegumentelor, echimoze multiple și în antecedente găsim defecte de alimentație.

5. sinusita, scurgerea nazală purulentă cele mai adeseori a fost confundată cu osteomielita. Durerea suborbitară, umflătura, roșeața obrazului, și obscuritatea sinului la diaphanoscopie pledează pentru sinuzită.

6. tuberculoza și sifilisul ca mai sus.

*Anatomia patologică*, osteomielita se caracterizează prin asociația fenomenelor de distrucție osoasă și regenerare osoasă. Osteomielita maxilarului are ca consecință necroza lui. Această necroză e mai frecventă la maxilarul inferior decât la cel superior și atinge rebordul alveolar, unghiul și ramura ascendentă a maxilarului inferior. Procesul patologic poate atinge o parte mai mică sau mai mare a osului sau chiar maxilarul în întregime.

Inflamația începe aproape întotdeauna pe marginea alveolară fie la nivelul molarilor mari, fie în fosa canină și de acolo se poate întinde la apofiza palatină, sau în regiunea orbitară. Sinul poate fi respectat sau în el se colectează puroiul din părțile vecine (empiem al sinului). La sugaci sinul e întotdeauna interesat.

Periostul cedează, părțile moi sunt invadate, se formează colecții cari se fistulizează în regiunea orbitară, palatină, vestibulară sau la față. Osul e denudat, rugos, pe cale de necroză sau deja mort. Osul mortificat se separă de osul viu și în felul acesta se separă sechestrile cari se elimină prin fistule. Uneori osul deși denudat de periost poate rămânea viu iar alteori în mod excepțional de rar inflamația poate ceda mai ales în urma tratamentului.

Sechestrile sunt lamelare cele mai deseori, mici formate din pereți alveolari mai ales pereți alveolari externi. Pereții lamei interne pot fi respectați și dinții se pot consolida în partea alveolei carele-a rămas. Fragmente cu totul mici ca lentilele sunt uneori eliminate în număr variabil. Intreg maxilarul e necrozat în masă sau fragmentar. Sechestrul poate cuprinde o parte a antrului, apofizei palatine, ramurei verticale, apofiza zigomatică, osul intermaxilar, marginea orbitară. Dinții pot fi eliminați cu sechestrile.

Inflamația se atenuază și determină proliferarea mugurilor

cărnoși cari formează o demarcație la limita osului mortificat care se învada progresiv de vasele neo-formate. Țesutul de granulație care s-a proliferat împrejurul abcesului periostal, dă naștere la un țesut conjunctiv tânăr care se calcifică și prin acest proces se reface osul pe măsură ce sechestrile se elimină. Straturile osoase neoformate datorită activității periostului care se decolează foarte ușor pe maxilarul inferior, rămân aderente de osul vechiu sub formă de lame osoase rarefiate.

Maxilarul inferior se repară prin osificație periostală (Ollier și Broca). Dacă necroza atacă bordul alveolar, osul nou e constituit de 2 lame, reunite în jos printr'o margine îngroșată; acestea delimitează un șanț profund și care este datorit faptului că bandele periostice intraalveolare au fost distruse de supurație, iar lamele anterioară și posterioară rămân pe loc, se retractă și formează un jghiab deschis în sus asupra căruia se modelează osul periostic. Din cauza acestei refracții maxilarul nou are o înălțime mai mică decât maxilarul vechi. Curbura maxilarului inferior nou format încă poate să fie mai puțin pronunțată ca a celui vechiu din cauza tracțiunii pe care o exercită asupra lui tinzând a-i redresa arcul, mușchii, genioglos geniohioidian și digastric cari sunt inserați pe mulajul periostic. In caz de necroză a corpului maxilarului eliminarea sechestrilor durează mult, se face greu el găsindu-se într'o teacă osoasă formată de periostul celor două suprafețe ale osului și fistulele cutanate nu se închid decât după eliminarea prealabilă, fie spontană, fie chirurgicală a sechestrului.

La maxilarul superior necroza e rareori totală și contrar de ceea ce se petrece la maxilarul inferior, aici nu se produce un proces de osteită restitutivă, afară de copil. Uneori apofiza palatină care are un periost mai gros s'ar putea repara mai dificil însă.

În sfârșit osul cronic infectat reacționează printr'un proces de osteită condensantă, care poate umplea maxilarul și să astupe sinusul, sau rămâne o disimetrie facială.

În general când periostul este alterat, nu se face regenerarea osului.

## TRATAMENT.

Tratamentul osteomielitei maxilarelor ar putea fi de două feluri:

1. *Tratament profilactic*, care ar consta într'o igienă riguroasă a cavității bucale și într'o supraveghere continuă a erupției dinților, în perioada de trecere dela dinții de lapte la dinții definitivi,

intervenind chirurgical ori de câte ori ar fi nevoie. O supraveghere continuă necesită de altfel și dantura adultului, dentistul fiind acela care e chemat să trateze conservativ sau radical toate afecțiunile dinților. În felul acesta desigur că se pot evita numai osteomielitele cu punct de plecare local rămânând ca cele hematogene ținând la o afecțiune generală să fie prevenite prin tratamentul care se aplică afecțiunii cauzatoare.

## 2. *Tratamentul curativ*, constă din două metode:

a) *Metoda conservatoare*, e posibilă ori de câte ori leziunile nu sunt prea întinse și simptomele prea alarmante. Scopul pe care-l urmărim prin această metodă e ca să oprim infecția și pentru aceasta uzăm de: 1. rezecția apexului după trepanarea alveolei la nivelul său, urmată de antisepsia cavității; 2. extracția și lustruirea dintelui (a ambelor lui porțiuni, intus și extra) apoi opturația și reimplantarea; 3. creierea unui canal larg care să permită drenajul puroiului și desinfecția. E un procedeu mai greu pentru dinții multi-radiculari din cauza curburei canalelor și a calibrului lor mic, în afară de asta e și insuficient.

b) *Metoda radicală* prin care se face extracția dintelui și dacă e nevoie se completează cu o incizie, a dat uneori accidente fatale (embolie septică). Deacea e preferabil a inciza întâi colecția, a răci infecția cu ajutorul băilor de gură calde și antiseptice (ceai de mușețel, apă oxigenată, apă iodată, Neol, soluție de permanganat de K. Rivanol, soluție 1/100, etc.) și apoi terminăm cu extracția dintelui.

Tratamentul osteomielitei propriu zisă. În regulă generală trebuie acționat repede, după stabilirea diagnosticului pentru a evita dacă e posibil necroza, a limita distrucțiile și a preveni abcesele sau fistulizările externe. Din nenorocire medicul e consultat prea târziu. Trebuie evacuat și drenat puroiul întotdeauna prin punct decliv.

Calea de intervenție ori de câte ori va fi posibilă va fi calea bucală, câmpul operator fiind destul de întins, asigură o scurgere perfectă a puroiului și nu compromite estetica bolnavului. Dacă colecția e în regiunea palpebrală și nu putea inciza pe cale vestibulară incizăm pe cale externă și numai atunci extern când abcesul aproape de a perfora tegumentele.

Dacă avem deja o fistulă introducem o sondă pe traectul fistulei și cu ajutorul bisturiului condus de sondă incizăm atât cât e nevoie. Dacă s'a produs necroza trebuie să favorizăm eliminarea sechestrelor. Facem o incizie dealungul gingiilor, trepanăm osul și cu cureta căutăm să debarasăm cavitățile de toate fungozitățile. Dinții compromiși sunt scoși și alveolele curetate.

Cavitatea odată curățată trebuie desinfectată cu apă oxigenată și cauterizată cu soluție de clorură de zinc 1/10. Se vor face lavagii antiseptice ale gurii, ale nasului, fistulelor intercomunicante pentru a ajuta la eliminarea puroiului și a resturilor sfacelate.

Hemoragiile eventuale din timpul operației cedează ușor la tamponări. Drenajul se face cu o meșă de tifon, la copil se lasă 24 de ore pentru a preveni hemoragiile dar nu se mai reîncoiește.

În general meșa se schimbă tot la 24—48 ore până ce plaga se încheie pentru că altfel supurația se prelungește sechestrile neputându-se elimina bine.

Trebuie să insist ca uneori e necesar să fim cât mai conservativi și prin urmare să așteptăm să se delimiteze bine necroza de osul viu, sechestrile putându-se elimina destul de bine fără curetaj. În felul acesta evităm a distruge eventual periostul care poate să manifeste deja o tendință de regenerare a osului. Nu vom extrage nici dinții care se mișcă pentru că ulterior se pot consolida chiar și numai într'o marginii a alveolelor.

Tot acest tratament e un tratament imediat și adeseori va trebui însoțit de un tratament protetic preoperator. Tratamentul protetic preoperator e intrabucal și constă în șine de fixație uneori provăzute cu planuri înelinate sau călăreți (Reitter) cum sunt aparatele date de Sauermann, Schröder și alții.

Azi în Clinica Stomatologică din Cluj se folosește mai mult fixația cu fire metalice de oțel platinat cunoscut sub numirea de „Wipla” cari dau rezultate satisfăcătoare.

*Tratamentul general*, constă în regim fortificant mai ales la copil, administrându-i injecții de calciu, calciu iradiat, și vitamine în deosebi vitamina D și C.

În cazuri grave de complicații septicemice recurgem la vaccino-terapie (stok-vaccin, auto-vaccin) seroterapie, abces de fixație, metale coloidale septicemină, pioformină, prontosil ori rubiazol în injecții și pe cale bucală.

În sfârșit bolnavului vindecat îi vom face un tratament așa zis tardiv: îi remediem absența dinților cu ajutorul aparatelor. Perforația palatină va fi tratată prin uranorafie sau prin aparate de cauciu mole. Cicatricele vicioase le vom corecta prin chirurgie estetică.

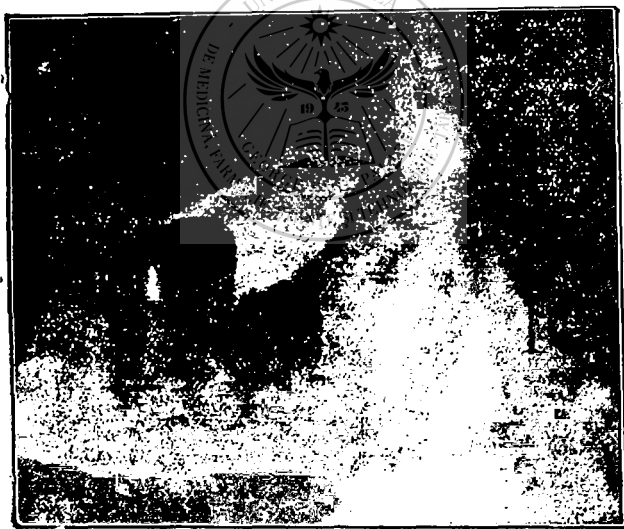


## OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Obs. I. — A. V. 12 ani, elev. Intră la 24/XII. 1938.

Antecedente ereditare și colaterale: fără importanță.

Antecedente personale la vârsta de 6 luni a suferit de pneumonie; la 3 ani otită medie bilaterală; la 5 ani pojar; la 11 ani a avut o scarlatină.



Obs. I. — Dintele molar I. cu obturație de fosfat pe pulpa dentară.

Boala actuală: bolnavul a fost în tratamentul conservativ al unei Doamne Dr. dentistă. I s'a pus o plombă la molarul I, inferior. stâng. La 2 zile după punerea plombei a prezentat dureri la nivelul acestui molar. Durerile erau continui și mai accentuate ziua. După 3 zile observă că i se tumefiează fața la acest nivel, iar durerile au dispărut complet. Cu aceste fenomene se prezintă la Clinica Stomatologică.

Examenul bolnavului. Semne subiective: dureri în regiunea mandibulară la nivelul molarului I inferior stâng. Semne obiective: temperatura 38,6 puls 112. Ganglionii submaxilari stângi măriți și sensibili. În rest aspectul bolnavului obișnuit.



Obs. I. — Distrucția osoasă la 20 de zile după extracția dintelui și incizia exterioră.

Examen local: La examenul local se constată tumefacția de consistență semi-dură a obrazului stâng, în partea inferioară întinzându-se sub maxilarul inferior, iar în partea superioară până la arcade zigomatică, sensibilă la presiune.

Examen radiologic: în jurul ambelor rădăcini ale molarului I inferior stâng se observă câte o zonă de rezorbție de formă semi-lunară, de mărimea unui bob de grâu.

Examenul urinei: albumina intens pozitiv, în sediment multe hematii colorate și decolorate și câteva leucocite.

Diagnostic: Osteomiелita maxilarului inferior stâng.

Tratament: 24/XII. Inj. Omnadin, ședințe de Solux, comprese cu Burow.

25/XII operație. Operator: Prof. Dr. I. Aleman, ajutor: Dr. Baba.

Operație și evoluție: extracție urmată de incizie exterioră la nivelul unghiului.

Tratament post-operator: Inj, cu Prontozil, și alte desinfectante.

Temp. 39. Se continuă tratamentul cu spălături în plagă, se introduce meșă iodoformată, ședințe de Solux, comprese cu Burow. Tumefacția a început să scadă, din plagă se scurge un puroi cu aspect seros, decolorație galben-roșietică. Tratamentul în continuare același.



Obs. I. — Situația osteolizei după 3 luni.

30/XII. 1938, temperatura a scăzut la 36,7, tumefacția a regresat aproape complet, secreția absolut redusă.

1/I. 1939. Părăsește Clinica Stomatologică din Cluj, ameliorat, afebril, menținând drenajul cu meșă.

Revine după 10 zile; plaga în parte închisă, fistula e burjonată. I se administrează roborante, Röntgen-terapie, doze homeopatice, după 3 ședințe pauză. La 2 zile temperatura se urcă și se observă o tumefiere a regiunii ramurei ascendente a maxilarului inferior. La examen palpăm o fluctuație în regiunea unghiului. Se face o nouă incizie externă cu drenaj și în continuare se mai fac 3 ședințe de Röntgen-terapie doze homeopatice.

Toată evoluția acestui caz de osteomielită a maxilarului infe-

rior e caracterizată de lipsa de expluzare a eschilelor osoase. Mai mult, după radiografii repetate se observă un proces de osteoliză (alveoliză) urmat de refacerea osului maxilar începând cu rebordul inferior.

In cazul acesta cu totul recent putem afirma că osteomelita e



Obs. 1. — Refacerea osului maxilar, cu reorganizarea mugurelui dentar și a dinților premolari.

cauzată de o infecție cu punct de plecare local și anume dela nivelul molarului I inferior stâng, a cărei pulpă dentară a fost mortificată de presiunea exercitată asupra ei de materialul obturator (fosfat). Consecutiv acestui fapt căruia se adaugă și acțiunea agenților microbieni din gură, începe iritațiunea asupra maxilarului care ne dă tabloul clinic cu care intră bolnavul în clinică la data de 25/XII. 1938.

1. C. Gr. băiat de 9 ani. Intrat în clinică în 19/X. 1927.

*Diagnosticul:* Osteomielită necrotică a maxilarului inferior drept.

*Boala actuală.* Debut cu dureri la molarul de lapte inferior drept. I se extrage, după 10 zile i se formează cu tumefacția regiunii un flegmon, care se deschide în interiorul gurii și constituie un traect fistulos, deschizându-se la partea inferioară externă a obrazului drept. A fost internat la clinică, unde făcându-i-se tratament, edemul se micșorează fără a dispărea complet, iar fistula se închide.

Examenul bacteriologic: câțiva coci cu așezare stafilococică și câțiva bacili mari Gram pozitivi. Nici o floră microbială bine definită.

2. M. I. Bărbat de 43 ani. Data intrării în serviciu: Decembrie 1926.

*Diagnosticul:* Osteomielită. A început cu frisoane, care au ținut 3 zile apoi dureri foarte mari de dinți în partea stângă, apoi i s'a tumefiat fața și peste 7—8 zile a spart extern.

*Examenul local.* Ganglionii submaxilari stângi prinși de la unghiuri. Extern avem o tumefacție de mărimea unui ou de găseă în centrul căruia se prezintă submaxilar un mic orificiu de mărimea unui 50 de bani. Intern avem mobilitatea dinților, începând de la molarul I până la molarul III. Mucoasa de culoare violacee, la presiunea atât internă cât și externă, se evacuează o cantitate mare de puroi pe lângă molarul II.

După consultația radiologică se depărtează molarul I și II la care este fixat un sechestru de mărimea unei nuci. 23/XII: spălături profunde cu apă oxigenată.

3. F. A. Bărbat de 17 ani. Data intrării în serviciu 18. X. 1929.

*Diagnosticul:* Osteomielita maxilarului superior stâng.

*Boala actuală:* suferă de 7 zile în urma extracției incisivului lateral și molarului I superior stâng. La 2 zile bolnavul are dureri și observă o tumefiere a feței din partea stângă. Prezintă dureri spontane în regiunea maxilarului superior stâng, cari se accentuează la vorbire masticăție și apăsare.

Local: se observă o edemație a maxilarului superior stâng. Bolta palatină și rebordul gingival e deformat pe toată întinderea sa, neregulat, păstos la apăsare, de culoare roșie-violacee. Toți dinții începând de la incisivi centrali superiori stângi până la ultimul molar sunt mobili.

Operația: 25/XI. Docent Dr. Aleman. Depărtarea sechestrelor. Extracția caninului și primului premolar, prin care s'a făcut cale pentru scurgerea liberă a puroiului. În urma acestuia temperatura care a fost 38,5 a scăzut la 37,2. Se fac zilnic spălături cu Rivanol, Ozonogen și Apă oxigenată alternativ.

În ziua de 28/XI bolnavul se simte bine, edemul retrocedează gradat.

4. G. M. Femeie de 20 de ani, casnică, domiciliată în Cluj.

Diagnosticul: Osteomielite maxilarului inferior.

Antecedente: fără importanță.

*Radiografia:* la nivelul unghiului maxilarului inferior drept se constată o zonă de atrofie calcară, sferoidă cu marginile neregulate. În zona aceasta de decalcifiere pronunțată, nu se observă sechestre osoase.

Examenul bacteriologic: În frotiurile colorate cu metoda Ziel-Nilsen nu se găsesse bacili Koch. În cele colorate cu Gram se găsește o floră mixtă.

Nu găsim nimic caracteristic pentru actinomicoză.

Tratament: spălături ale plăgii cu desinfectante, drenaj cu meșe iodoformate.

Temperatura 37.

F. I. Bărbat de 38 ani, plugar. Naționalitatea maghiară, protecția română. Domiciliul Chinteni, jud. Cluj. Intră în clinică în 3 Iulie 1936.

Diagnosticul: Osteomielite maxilarului inferior drept.

Antecedente: tata trăește, mama moartă.

Boala actuală: În 22 Iunie a început să aibă cefalee și dureri la toți linții din maxilarul inferior.

Simptome: durere, febră și un trismus puternic. Temperatura 38,9. Starea generală rea, tegumentele la nivelul maxilarului inferior iperemice.

Operația: 4 Iulie 1936. Prof. I. Aleman. Extracția molarului II-III inferior drept. Operația II-a în ziua de 5 Iulie 1936. Deschiderea regiunii submaxilare drepte, drenaj.

Tratament post-operator, 10 injecții cu septicemină intra-venos.

## CONCLUZIUNI.

1. Osteomiелita infecțioasă a maxilarelor e o afecțiune frecventă și se întâlnește la toate vârstele. E mai frecventă între 6 și 25 de ani.

2. Desvoltarea maxilarelor și evoluția dinților joacă un rol important în mecanismul și localizarea infecției.

3. Osteomiелita maxilarelor la sugaci, e o afecțiune serioasă și e mai frecventă la maxilarul superior decât la cel inferior.

4. Osteomiелita adolescentului și a adultului e mai frecventă la maxilarul inferior decât la cel superior. Ambele sunt mai frecvente la bărbați decât la femei.

5. Punctul de plecare a infecției e local ori hematogen. Osteomiелitele maxilarelor cu punct de plecare local, dentar, sunt cele mai frecvente.

6. Agenții patogeni pot fi oricari din cei obișnuiți, aproape întotdeauna sunt asociați între ei și cu germeni saprofiți din gură. In osteomiелita hematogenă mai frecvent se întâlnește streptococul la copil și stafilococul la adult.

7. Anatomico-patologic se caracterizează prin o asociație de fenomene de distrucție osoasă și neo-formație osoasă.

8. Diagnosticul osteomiелitei maxilarelor se face cu mijloacele obișnuite ce ne stau la îndemână, inclusiv radiologice și bacteriologice.

9. Afecțiunea la copil are un prognostic sombru; la adult prognosticul e relativ bun în cecece privește viața. Prognosticul rămâne rezervat pentru viitorul dentiției și desvoltarea maxilarului.

10. Tratamentul osteomiелitei trebuie să fie unul profilactic și unul curativ.

11. Tratamentul profilactic la sugaci ține la o igienă riguroasă a copilului, a mamei și a mediului în care trăește copilul.

12. Tratamentul profilactic la adult e în primul rând un trata-

ment de ordin stomatologic-dentistic, referindu-se la întreagă patologia dinților.

13. Tratamentul curativ e imediat și tardiv, ambele deopotrivă de importante și trebuie efectuate fie de un chirurg-stomatolog, fie prin colaborare strânsă între medicul dentist și chirurgul specialist.

14. Tratamentul conservativ e de mare importanță și trebuie să-l încercăm întotdeauna.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății de Medicină:  
s. s. Prof. **Dr. I. Drăgoiu.**

Președintele tezei:  
s. s. Prof. **Dr. I. Aleman.**





## BIBLIOGRAFIE.

- E. Forgue*: Précis de Pathologie Externe, vol. I, 7-e. Edition.
- L. Tixier et M. Patel*: Précis de Pathologie Chirurgicale, Tome I. Edit. Masson. Paris.
- Broca A.*: Ostéomyélites graves des maxillaires. Revue de Stomatologie, 1896.
- Bonnet-Roy et Monod*: Ostéomyélite du maxillaire. Le rôle respectif de la carie dentaire et de l'évolution. La Médecine, Oct. 1927, pag. 42.
- Ayrolles*: Ostéomyélite du Nourrisson. Thèse, Montpellier, 1913.
- Atchiam*: Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieure. Thèse, Paris, 1900.
- Ombredanne*: Maladies des mâchoires. Nouveau Traité de Chirurgie, Bailliere, édit. 1909.
- Dufloz*: Des fractures pathologiques dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieure. Thèse, Lyon, 1925.
- Vrasse Daniel, Albert Robert*: De l'ostéomyélite hématogène du maxillaire inférieure. Thèse, Paris, 1932.
- Pouyol Louis*: Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrissoo. Paris, 1933.
- Leblanc, André-Fernand-Gustave*: Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur. Bordeaux, 1924.
- I. Aleman și I. Mureșan*: Rezeciile maxilarului superior. Extras, Cluj, 1935.
- Fraenkel Vladimír- Michel*: Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentairei. Thèse, Paris.
- Romanescu Olga*: Contribuțiuni la studiul osteomielitei maxilarului inferior. Teză, București, 1929.
- Făgărășeanu I.*: Osteomielitea ramurei orizontale a unghiului și a unei părți din ramura montantă a maxilarului inferior drept. Sequestrectomie. Refacerea completă a arcului mandibular. Comunicări la Societatea de cherurgie din București, 1931.
- Staicovici*: Tratamentul proteic în osteomielitele maxilarului inferior. Extras, 1934, Cluj.
- Dobkine*: L'ostéomyélite des maxillaires dans la pratique stomatologique (Sovietkaia Stomatologia No. 4, 1935, p. 29).
- G. Roussy*: Précis d'anatomie pathologique. Masson et Cie. 1933.