

NO. 463

TULBURĂRI OCULARE DE ORIGINĂ DENTARĂ

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
IN ZIUA DE 20 Iunie 1929.

DE
FELICIA G. MATEESCU





★ 4 4 0 0 0 3 1 6 9 ★

Biblioteca UMFST

No. 462.

TULBURĂRI OCULARE DE ORIGINĂ DENTARĂ

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
IN ZIUA DE 20 Iunie 1929.

DE
FELICIA G. MATEESCU



23 MAY 2005

13936

Decan : D-nul Prof. Dr. TĂTARU CORIOLAN

PROFESORI :

Clinica dermato-venerică	D-I. Dr. Tătaru C.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guțart I.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftamologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minea I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igienă și igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I.
Farmacie chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică }	" " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.) }	" " Botez A. M.
Patologia generală și experimentală	" " Thomas P.
Chimia biologică	" " Urechia C.
Clinica psihiatrică	" " Vasiliu Titu
Anatomia patologică	" " Teșosu E.
Clinica urologică	" " Teșosu E.

Juriul de promoțiune

PREȘEDINTE: D-I Prof. Dr. Michail
MEMBRII : { " " " Predescu-Rion
" " " Papilian
" " " Niteșcu
" " " Iacobovici
SUPLEANT: Docent Dr. Aleman

ISTORIC

Tulburările oculare de origină dentară, au fost observate din cele mai vechi vremuri. Exista într'un timp concepțiunea, că nu este lipsit de oarecare pericol pentru ochi extracțiunea anumitor dinți și în special a caninului superior; care a și fost numit dintele ochiului (Ambroise Paré). Cu toate acestea a trebuit să ajungem la începutul secolului trecut, pentru a avea primele documente serioase asupra acestei probleme.

Travers să pare că este primul autor care a publicat un caz de amauroză vindecată prin extracțiunea unui dinte bolnav. Tot acest autor împreună cu *Frick* semnalează pe la 1826 că dențiția poate să se însoțească de tulburări ale mușchilor ochiului și în special de strabism. Cam în acelaș timp *Galezowsky* relatează cazul unui bolnav atins de fistulă orbitară și de amauroză, care se vindecă prin extracțiunea unui dinte cariat. Cazul lui *Caffé* extrem de interesant a venit să demonstreze aproape în mod experimental influența afecțiunilor dentare asupra organului vederii, întru cât în acest caz era vorba de un individ, care devenea amaurotic de un ochiu ori de câte ori o parcelă alimentară intra în cavitatea unei carii și a cărui vedere revenea îndată ce aceasta era curățită.

Prima lucrare de ansamblu asupra tulburărilor oculare de origină dentară aparține lui *Teirlinck*, care în Ianuarie 1848 publică în: *Annales d'oculistiques*, studiul său intitulat: „*Essai sur les rapport pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel.*”

Cu descoperirea oftalmoscopului diagnosticul tulburărilor oculare de origină dentară face un însemnat pas înainte, oculiștii descoperind cauzele a numeroase amauroze, a căror explicațiune până aci le scăpase cu desăvârșire. Astfel *Gaine*

(1865) constată existența unei atrofii aptice la un bolnav, care prezintă un abces alveolar, iar *De Wecker* raportează un caz foarte interesant de nevralgie facială dublă foarte violentă cu pierderea vederii la dreapta. Extracția a 5 dinți cariati a dus la revenirea rapidă a vederii. În 1886 chestiunea tulburărilor oculare de origină dentară este discutată pentru prima oară în societatea franceză de oftalmologie. *Redard* semnalează că glaucomul poate fi cauzat de o carie dentară și citează în sprijinul afirmațiunii sale un bolnav a lui *Abadie*, căruia i-se fac fără nici un succes două sclerotomii și care se vindecă totuși prin extracția unui colț duros, *Courtaix* în teza sa asupra relațiilor patologice dintre ochi și dinți strânge 96 de observațiuni pe cari le divide în două clase distincte: unele se raportă la un proces inflamator transmis de la dinți la ochi prin continuitatea țesuturilor, altele se dezvoltă prin intermediarul sistemului nervos (accidente nervoase). Ulterior publicațiile încep să se înmulțească și problema complicațiilor oculare de origină dentară este inserată ca un capitol aparte în mai toate tratatele de patologie oculară (*Berger, Terson, Laglyze, etc.*).

Începând din 1911 problema tulburărilor oculare de origină dentară este orientată cu totul pe o altă cale. Dela aceasta dată atențiunea oculiștilor este îndreptată nu numai asupra focarelor ascunse, necunoscute, până la utilizarea radiografiei. Pe de altă parte, cercetările bacteriologice făcute în focarele infecțioase și în sângele bolnavilor stabilesc, că focarele dentare pot fi sursa septicemiei încă necunoscută și făcând parte din septicemiile criptogenice ale lui *Lenhartz* și *Landraf*. Grație razelor X și descoperirilor microbiologice chestiunea se prezintă actualmente cu totul sub un alt aspect. Americanii insistă asupra focarelor periapexiene latente și invizibile, *William Hunter* fiind primul care a atras atențiunea asupra acestor focare. El declară că aceste leziuni infecțioase sunt cu deosebire frecvente în jurul dinților îngrijiți pentru o carie penetrantă, și în jurul rădăcinilor care servesc ca suport lucrărilor celor mai frumoase ale dentisteriei americane.

Microbiii plecați din focarele dentare au fost acuzați de determinarea leziunilor cele mai variate ca: reumatism, endocardite, miocardite, pericardite, ulcere gastro-intestinale, peritonite, nefrite, etc. Tulburările oculare de origină dentară

sunt multiple. În afară de acelea datorită anomaliilor congenitale, dentiției, trebuie reținute tulburările, datorită cariei dentare și complicațiunilor sale, precum și focarelor latente periapexiene (granulome, chiste radiculare, etc.).

Hausset la congresul de la Rouen din 1921 în raportul său asupra „infecțiunilor periapicale și relațiunile lor cu starea generală a bolnavilor”, a făcut o expunere admirabilă asupra acestei chestiuni, însoțind lucrarea sa, cu numeroase și excelente radiografii. În rândul oculiștilor problema începe să fie mai serios studiată numai de prin 1917, de când *Louis Dor* atrage în mod perzistent atențiunea confrăților săi asupra faptului, că cea mai mare parte din nevritele retrobulbare și dintre irite sunt de origină dentară.

În 1924 *Fromaget* face un remarcabil raport la societatea franceză de oftalmologie asupra acestei chestiuni; iar de atunci s'au publicat încă numeroase cazuri interesante în special de către autori italieni. În literatura românească *Aleman și Saru* într'o lucrare recentă, citează cazurile de complicații oculare observate în clinica oftalmologică din Cluj, la care adaugă încă o observațiune proprie.

În cele ce urmează voi descrie în capitole distincte:

1. *Rapoartele anatomice și fiziologice între ochi și dinți.*
2. *Descripția tulburărilor oculare de origină dentară.*
3. *Etiologia tulburărilor oculare.*
4. *Diagnostical.*
5. *Patogenia.*
6. *Observațiuni personale.*
7. *Concluziuni.*

Înainte însă de a face acest lucru țin să aduc mulțumirile mele *D-lui Profesor Mihail* pentru amabilitatea cu care m'a primit în serviciul D-sale asigurându-l de toată stima mea, și șefului de lucrări docentului *Vancea* pentru îndrumările prețioase. Profesorilor mei toată recunoștința, iar juriului de promoție omagii respectuoase.



CAP. I.

Câteva considerațiuni asupra rapoartelor anatomice și fiziologice dintre ochi și dinți.

Ochiul și dinții prezintă rapoarte anatomice și fiziologice destul de strânse, pe care țin să le amintesc în treacăt înainte de a studia tulburările organului vizual, datorită alterațiilor dentare.

Aceste rapoarte sunt: 1. *osoase*, 2. *vasculare* și 3. *nervoase*.

1. *Rapoartele osoase*: Maxilarul inferior vine în contact cu craniul prin articulația temporo-maxilară și aceasta depărtare de orbită explică îndeajuns de ce inflamațiunile dentare și paradentare ale acestui os nu pot provoca complicațiuni de vecinătate.

Din contra, maxilarul superior prin faptul că marginea sa inferioară este găurită de alveolele dentare, iar marginea sa superioară contribuie la formarea peretelui inferior al orbitei, constituie un conducător natural de primul ordin, care ar putea transmite pe cale osoasă la orbită infecțiunile plecate din regiunea dentară.

2. *Rapoartele vasculare*: Vasele sanghine și limfatice ale dinților și ochilor joacă un rol considerabil în patogenia complicațiilor pe cari le studiem. De aceea se cade să ne ocupăm ceva mai detaliat cu aceste vase. Să știe că pulpa dentară care este partea vitală a dintelui, este bogată în vase și nervi, al căror rol în viața și moartea acestui organ este de cea mai mare importanță. Din rețeaua capilalelor sanghine și limfatice ale pulpei dentare, bacteriile pot fi lansate în circulația generală cu posibilitatea de a se localiza în orga-

ncle cele mai diverse. Sângele la dinți este adus după cum se știe prin 3 artere, toate ramuri ale maxilarei interne. Aceste artere sunt: 1. artera dentară inf. pentru toți dinții maxilarului inf. 2. arterele dentare posterioare și 3. artera dentară anterioară pentru dinții max. superior.

Aceste artere ajungând la nivelul rădăcinei dinților, trimite fiecare din ele o ramură descendentă pentru dinții de sus, o ramură ascendentă pentru dinții de jos. Aceste ramuri constituie artera pulposă, care se rezolvă în pulpă într'o rețea foarte fină până la periferia camerei pulpare dedesubtul stratului odontoblastic.

În afară de aceste ramuri, maxilara internă mai dă și câteva ramuri colaterale, între altele palatinală sup. care dă câteva ramuri gingivale și alveolare pentru incisivi.

Venele dentare: urmează traectul invers al arterelor. După ce ies din rețeaua capilarelor pulpei, se aruncă în venele alveolare suborbitare și dentare inf. Primele două ajung la plexul alveolar, de unde pleacă vena alveolară, iar dentarele inferioare la plexul pterigoidian. Ambele plexe, alveolar și pterigoidian comunică larg între ele și dau naștere venei maxilare interne.

Plexul pterigoidian care joacă un mare rol în infecțiunile flebitice, se găsește în comunicare prin anastomose importante cu sinusul cavernos și cu venele oftalmice.

Vasele limfatice dentare: multă vreme puse la îndoială, astăzi se cunosc grație lucrărilor lui *Schwetzer*, care a arătat în mod precis traectul și distribuția lor. După acest autor, limfaticele dentare ar pleca dela pulpa coroanei, descind în rădăcină și ies la nivelul apexului.

Pentru maxilarul superior ele merg câțva timp în grosimea maxilarului, apoi ies din os prin gaura suborbitară și printr'un oarecare număr de orificii mai mici, trec în țesutul celular subcutanat ducându-se în jos și în urmă pentru a se termina în glanda submaxilară și cervicală profundă.

Limfaticele maxilarului inf. după ce au părăsit apexul, cad în canalul dentar inf. pe care îl parcurg de jos în sus, și se termină în glanda submaxilară și glanda cervicală profundă.

Cunoscând vasele dentare se vedem acum și vasele organului vizual.

Se știe că arterele globului ocular sunt ramuri din oftalmică.

Ele cuprind :

1. Artera centrală a retinei.
2. Arterele ciliare scurte posterioare.
3. Arterele ciliare lungi posterioare.
4. Arterele ciliare anterioare.

Venele oculare sunt reprezentate prin 4 vene vorticinoase, vena centrală a retinei în urmă și venele ciliare anterioare înainte.

Cele două vene vorticinoase superioare se varsă în vena oftalmică superioară, cele două vene vorticinoase inferioare în vena oftalmică inferioară.

Venele vorticinoase pentru a ieși din glob trebuie să traverseze succesiv stratul supracoroidian, apoi oblic sclerotic și spațiul lui Tenon, pentru a întâlni oftalmicele. Venele oftalmice și faciale sunt reunite prin comunicațiuni frontale palpebrale, și orbitare bine cunoscute.

3. *Rapoarte nervoase.* Rapoartele nervoase dintre dinți și ochi sunt asigurate prin 2 nervi: trigemenul și simpaticul.

N. Trigemen ține sub dependența sa sensibilitatea întregei fețe, aceia a ochiului și a dinților. Această comunitate de inervațiune ne explică relațiunile care se manifestă din partea acestor două organe.

Rădăcina sa sensitivă atinge ganglionul lui Gasser, din care pleacă cele trei ramuri terminale și anume: oftalmicul, max. sup. și max. inf. Fiecare din aceste ramuri prezintă pe traiectul său un ganglion: oftalmicul, sfenopalatinul, și otic. Sensibilitatea dinților depinde de nervul maxilar superior și nervul max. inferior. Max. sup. după ce a dat ramuri gl. sfenopalatin, dă mai întâi nervii dentari post., cari se defășează la nivelul despicăturei sfenoidale, se angajează cu arterele dentare posterioare în canalele săpate în os și merg să furnizeze firișoare rădăcinilor celor 3 molari și celui de al doilea premolar. Apoi maxilarul sup. intră în canalul suborbitar, unde dă nervul dentar anterior, care descinde în grosimea osului și se distribuie rădăcinilor incisivilor, caninului și primului premolar.

Nervi dentari anteriori și posteriori inervează deci în mod egal dinții max. sup. Nervii ajunși în vecinătatea dinți-

lor, se împart în atâtea ramuri câte rădăcini sunt și se duc către pulpă, prin canalul săpat în rădăcină. Ajunși în pulpă ramurile nervoase se anastomozează în așa fel, că formează un plex foarte bogat, plexul lui *Raschkow*, ale cărui ochiuri ocupă suprafața masei pulpare.

Nervul oftalmic înainte de a pătrunde în orbită primește firisoare simpatice din sinusul cavernos, atinge despăcătura sfenoidală și se divide în trei trunchiuri terminale: lacrimal, nazal, și frontal, destinate întregului conținut al orbitei și vecinătății.



CAP. II.

Descripția tulburărilor oculare de origină dentară

1. Tulburările oculare datorite complicațiilor de vecinătate.

Aceste complicațiuni pot să se manifeste fie de partea aparatului lacrimal, fie de partea orbitei. Ele au fost bine studiate de către *Rollet, Terson, De Lapersonne*, iar recent de tot într'un mod cu totul complet de către *Lemaître*, la Societatea Franceză de oto-rino-laringologie (1921). În afară de cazurile de dacrio-adenite semnalate de către *Galezowsky*, care s'au vindecat după ablațiunea mai multor molari superiori cariați, nu se găsește în literatură decât complicații cu punct de plecare din căile lacrimale sau regiunea prelacrimală. Se observă toată gama complicațiunilor dela simpla lăcrimare până la focarele de osteo-periostită, ducând la formarea abceselor prelacrimală, sau paralacrimală, ce se deschid în unghiul intern al ochiului, la nivelul sacului lacrimal sau chiar în pleoapa superioară și cari nu rareori se complică și de sinusită maxilară ori dacriocistită ascendentă.

Aceste complicațiuni lacrimale sunt aproape exclusiv apanajul incisivilor și caninilor și în general sunt benigne.

Explorarea căilor lacrimale arată perfecta lor permeabilitate și cateterismul permite de a urma traectul fistulei în corpul însăși al osului, până la apexul dintelui bolnav.

Complicațiunile orbitare și oculare cu mult mai numeroase sunt și mai grave, ele punând în joc nu numai vederea bolnavului, dar și viața sa.

Cauzele acestor accidente foarte diferite sunt astăzi în mare parte cunoscute. Un focar de periodontită se complică de o sinusită maxilară, care la rândul ei poate duce la formarea unui abces subperiostal și apoi orbital, prin propagarea inflamațiunii, care traversează lama osoasă foarte subțire ce formează planșeul orbitei.

Nu rare ori osteo-periostitele, osteo-mielitele și sinuzitele merg mână în mână și tulburările pe care le produc alarmează în cel în mai înalt grad pe bolnav și pe cei din jurul său. De altfel complicațiile care se produc sunt foarte grave și dintre ele cele mai alarmante sunt fără îndoială flebita venei oftalmice și a sinusului cavernos.

Flebitele provocate prin infecția dentară pot urma 2 căi diferite: calea anterioară, sau calea posterioară. În primul caz este vorba de flebite primitive, centripetă, descendentă în care inflamațiunea plecată de la periferia venei, urcă în lungul oftalmiceii către sinusul cavernos. Se produce atunci când bolnavul nu sucombă, o tromboză a celui alt sinus, și odată cu ea o tromboflebită oftalmică de partea opusă. Când flebita se produce pe calea posterioară, infecțiunea ajunge la sinusul cavernos prin vena gaurei ovale; ea invadează cele două sinusuri și ajunge la orbită, este flebita secundară pe cale ascendentă recurentă, datorită unei propagări retrograde. (Propagare à rebours Lemaître.)

În flebita anterioară descendentă vederea se păstrează multă vreme, pentru că circulația venelor vorticinoase și a venei centrale a retinei nu este întreruptă decât atunci, când tromboza ajunge în partea profundă a orbitei.

În flebita posterioară ascendentă, vederea este abolită de la începutul apariției semnelor orbitare, căci tromboza sinusului cavernos duce la o oprire imediată a circulației de întoarcere în vena centrală a retinei și a venelor vorticinoase.

Accidentele flebitice se pot observa fie în cursul unei inflamațiuni de alură banală, fie în formele flegmonoase grave.

Cum se produc aceste accidente este ușor de bănuît. Infecțiunea plecată din dinte sau din alveolă ajunge la globul ocular prin „extensiune progresivă și ascendentă a focarului infecțios”. Această extensiune, această propagare se face prin continuitate și contiguitate. De la marginea alveolară infec-

țiunea imprumutând una din căile următoare: 1. calea osteoperiostică, 2. calea celulară, 3. calea venoasă; ajunge la planseul orbitei și de aci în orbită și la globul ocular, dând complicațiuni pe care le-am enumerat.

2. Tulburări oculare datorite complicațiunilor la distanță.

Aceste tulburări sunt cele mai interesante, patogenia și interpretarea lor dând de lucru celor care s'au ocupat cu această problemă. Complicațiunile la distanță sunt foarte numeroase și ele se pot produce fie la nivelul anexelor, fie în globul ocular însăși. Evident complicațiile oculare sunt cele mai importante. Ele pot fi localizate: la nivelul conjunctivei (conj. exematoase, flictenulare); la nivelul sclerotice și corneei (sclerite și cheratite diverse până la tipul neuroparalitic) la nivelul uvei: (uveite multiple complicate adese și de glaucom), la nivelul nervului optic și al retinei: (nevrite și nevroretinite, deslipiri retiniene) etc. Complicațiile anexelor pot să se localizeze pe nervi sensitivi, pe nervi motori; pe aparatul lacrimal etc.

Toate aceste ultime complicațiuni produc o serie de tulburări care în mod schematic se pot grupa astfel:

1. Tulburări senzitive,
2. Tulburări motorii,
3. Tulburări vasomotorii,
4. Tulburări oftalmotonice,
5. Tulburări secretorii,
6. Tulburări trofice,
7. Tulburări sensoriale.

Tulburări sensitive:

Iritațiunile firișoarelor terminale ale trigemenului în focarele dentare determină foarte adeseori nevralgii, cari în loc să rămână limitate la maxilar se propagă prin iradiațiuni în nervul oftalmic, producând nevralgii faciale intense. Foarte adeseori focarele dentare determină hiperestezie în regiunea oftalmică: simplă durere perioculară, retrobulbară exagerată prin mișcările globului, care cedează imediat ce se tratează cauza provocatoare.

Aceste cauze sunt fie o carie dentară și complicațiile sale, fie o obturare defectuoasă, fie un aparat dentar rău plasat.

Tulburările motorii :

Pot afecta : 1. orbicularul pleoapelor.

2. Mușchii motori ai globului și ridicătorul pl.

3. Mușchii netezi intraoculari.

De partea orbicularului s'au notat blefarospasme de forme foarte variabile. Ele se însoțesc sau nu de fotofobie, miozis și câte odată chiar de crize de nevralgie. În literatură se găsesc menționate numai câteva cazuri izolate de ptôzis. Cu mult mai des notate sunt deviațiunile globului ocular, deviațiuni care au și fost puse de către observatorii din secolul trecut în legătură cu o dentiție dificilă. Actualmente se discută dacă deviațiunile oculare sunt datorite unor paralizii musculare sau numai unor contracturi. Chestiunea contracturei se pune în special în cazurile în care deviațiile oculare apar în urma unei extracțiuni sau a aplicării unui aparat dentar pe rădăcini senzibile. Aceste deviațiuni spasmodice, datorite excitațiunei reflexe a n. motori par să fie mai frecvente decât acelea datorite paraliziiilor.

Tulburările musculaturii interne au fost deseori semnalate. Ele se manifestă prin miozis sau midriază și prin paralizia sau contractura acomodației.

Tulburările vaso-motorii durabile se manifestă prin congestia conjunctivei și episclerei, prin o congestie uveală și retiniana de origină simpatică, nervii vaso-motori cari regulează calibrul vaselor emanând din simpatic. Simpaticul intervine și în regularea tonusului ocular, grație tocmai proprietății sale, de a regula circulațiunea vasculară. Vazo constricția determină totdeauna o scoborîre a tensiunei oculare; în timp ce vazo dilatația produce o mărire a tensiunei. *Fromaget* a arătat, că injectarea unei soluțiuni de adrenalină retrobulbar, scoboară în câteva minute într'un mod apreciabil tensiunea oculară și câte odată ipotonează chiar globi hipertensivi. În urma unei atari injecții se produce o vazo-constricție puternică a arterelor ciliare posterioare — cu repercuțiuni asupra circulației coroidiene, al cărei rol în regularea oftalmotonusului apare astfel evident. *Magitot și Baillart* au arătat de altfel, că acțiunea vazo constrictoare a simpaticului — se execută asupra vaselor coroidiene, — iar cercetările experimen-

tale întreprinse de autori diferiți au dus la aceleași concluziuni. Trigemenul nu acționează asupra tensiunii oculare decât prin firele sale de împrumut. Existența accidentelor glaucomatoase în legătură cu excitația trigemenului sunt cunoscute de multă vreme. Nu avem decât să amintim cazurile frecvente de ipotonie oculare consecutive luxațiunilor cristaliene pentru a demonstra acest lucru.

Bailliar a prezentat nu de mult la soc. franceză de oft. un bolnav cu cristalinul luxat în camera anterioară care făcea accese de ipertonie oculară ori de câteori cristalinul venea în atingere cu fața anterioară a membranei iriene, și cari dispăreau imediat ce cristalinul revenea la locul său normal. Nu mai insist asupra cercetărilor experimentale de o importanță considerabilă ale lui *Magitot*, *Weckers*, *Mawas*, cari au demonstrat, că iritațiunea irisului se însoțește de augmentarea imediată a tonusului ocular.

Aceste modificări tensionale se produc în urma excitațiilor cele mai curate și asupra tuturor ramurilor trigemenului. Cunoscând rapoartele dintre dinți și trigemen este ușor de înțeles influența alterației dentare asupra Sistemului nervos al sferei oculare.

Tulburările secretorii sunt sub dependența parasimpaticului cranian. Se știe că excitația acestui sistem se însoțește de ipersecreție, lăcrimare și miozis; iar paralizia sa, de ipersecreție, uscarea ochiului și midriază ușoară. Dar nici rolul simpaticului nu este mai mic, pentru că secreția lacrimală este în funcție de starea de plinitate sau de vacuitate a vaselor, care după cum se știe se găsesc sub influența sistemului simpatic.

Cu mult mai evident apare rolul simpaticului în tulburările trofice. Simpaticul se știe joacă un rol preponderant în nutriția celulelor.

Tulburările trofice ale ochiului trebuiesc puse pe seama unei alterațiuni a simpaticului, care prin fibrile sale vasomotorii ține sub dependența sa metabolismul celular.

Tulburările senzoriale și vizuale pot proveni fie din leziuni ale mediilor transparente, fie din leziuni ale membranelor profunde sau ale nervului optic. Ne vom ocupa aici numai de aceste ultime. Buna funcționare a n. optic și a retinei este condiționat de o circulație normală. Circulația modifi-

cată prin fenomene de iperemie sau ischemie poate da naștere unor alterațiuni vizuale imediate, uneori foarte importante. Aceste fenomene modificatoare rezultate fie din excitația, fie din paralizia simpaticului, nu au fost până azi bine studiate, spre deosebire de tulburările orificiului pupilar care au fost studiate cu precizie.

Nimeni spre exemplu nu a studiat care este starea vaselor în miozis sau midriază, deși asemenea studii ar fi foarte indicate pentru a putea compara faptele clinice cu faptele experimentale.



CAP. III.

Etiologia tulburărilor oculare

Cauzele dentare susceptibile de a determina tulburările oculare sunt multiple. Ele pot fi aranjate în următoarele 3 grupe :

1. *Anomalii congenitale*

2. *Dentiția*

3. *Boalele dinților și alveolelor.*

1. *Anomaliile congenitale. Ectopiile dentare.*

Dinți maxil. sup. sunt incluși la față în planseul orbitei. Germenii din care ei derivă descind progresiv pentru a se deschide pe marginea alveolară. În anumite cazuri însă în urma unui viciu de conformație congenitală — acești germeni merg către orbită și determină acolo prin prezența lor tulburări mecanice și chiar inflamatorii, rezultând din evoluția dinților plasași în această situație cu totul anormală.

De Lapersonne împreună cu *Vetter și Prelat* au comunicat Academiei de medicină din Paris un caz extrem de interesant al unei fete, la care dinții supra-numerari invadând orbita, au dat naștere unor tulburări considerabile, caracterizate prin exoftalmie, paralizia n. motori, nistagmus, etc; și care din cauza intensității lor progresive au necesitat o intervențiune chirurgicală.

2. *Dentiția.*

Galezowski și elevii săi au atras atențiunea asupra afecțiunilor oculare consecutive celei a 2-a dentiții.

El semnaleză rolul preponderant pe care ea îl joacă în cherato conj. flictenulară și cheratită parenchimatoasă. Erupțiile dentare pot să se însoțească de umflarea pleoapelor, roșirea conjunctivei, blefarospasm, lacrimare și fotofobie etc.

3. Boalele dinților și alveolelor.

A) *Caria dentară*. Dintele atins de carie penetrantă este invadat de microbi aerobi și anaerobi — și în cele din urmă omorât prin necroza pulpei sale. Infecțiunea dintelui urmând canalele dentare atinge apexul și alveola determinând complicațiuni de vecinătate, care pot da naștere tulburărilor oculare. Este suficient să amintim periodontitele diverse, complicate de abcese, fistule, osteo periostite, sinusite etc. pentru a ne da seama de gravitatea acestei afecțiuni.

B) *Pyorea alveolară* în anume împrejurări poate da naștere unor afecțiuni oculare f. grave. *Howde* (1922) a publicat cazul unei femei de 40 de ani prezentând un scotom central, fără cauză cunoscută. La examenul stomatologic se constată o pyoree gravă. Bolnava a cărei vedere era scăzută s'a vindecat complet, după extracția dinților bolnavi.

C) *Extracția dinților complicați* de infecție septică: este capabilă să dea o serie de complicațiuni unele mai grave decât altele, cum sunt osteo-periostitele, osteomielitele, flegmoane, diodeno-flegmoane, flebite oftalmice etc. . . și dentistului îi revine sarcina de a împiedeca izbucnirea unor asemenea complicațiuni, punând toată grija în tratarea pacienților săi.

D) *Infecțiunile latente periapexiene* asupra cărora s'a scris atât de mult în timpul din urmă, cu deosebire în țările de limbă engleză, se pare că joacă un rol foarte important în geneza complicațiunii oculare de origină dentară.

Aceste focare periapexiene caracterizate prin granulome, abcese, chiste radiculare, sunt absolut liniștite și trec neobservate. Ele nu pot fi diagnosticate decât prin radiografie. Examenul clinic obișnuit făcut prin simpla palpație a dinților și gingiilor, nu ne poate permite să afirmăm integritatea aparatului dentar. Pentru acest lucru este absolut necesar un examen radiografic. În literatură se cunosc numeroase cazuri de afecțiuni oculare datorite infecțiunilor periapexiene, cari s'au vindecat imediat ce s'au descoperit și tratat aceste infecțiuni periapexiene.

Todd a publicat cazul unui bolnav de 62 ani atins de o uveită acută și la care nu s'a găsit nici sifilis, nici tbc., nici blenoragie. Examenul dinților de asemenea negativ. Orice tratament rămâne ineficace.

Descoperindu-se în sfârșit un abces la rădăcina unui

dinte, se deschide și după curetaj și drenaj, afecțiunea oculară se vindecă în câteva zile.

De *Schweinitz* raportează de asemenea un caz tot atât de interesant, acela al unui bolnav atins de coroidită acută cu infiltrația vitrosului, cheratită punctată și fenomene glaucomatoase. Afecțiunea durează de mai multe luni, când un examen foarte atent duce la descoperirea unei mici exostoze și a unui mic buzunar de puroi către rădăcina primului molar drept superior. Extracția dintelui și desinfecția cavității a dus la vindecarea unei afecțiuni care dura de mai bine de 2 ani.



CAP. IV.

Diagnosticul

Pentru a afirma etiologia dentară a unei afecțiuni oculare, nu este suficient a constata că bolnavul posedă o rea stare dentară. Trebuie făcute toate examinările și numai în cazul când rezultatele sunt constant pozitive se poate afirma etiologia dentară. Când spre ex. acelaș agent patogen va fi găsit în sânge, în focarele periapexiene și mai ales în canalele radiculare, se poate concluda la quasi certitudine a unei relațiuni de la cauză la efect. În acelaș timp în infecțiunile hemosplice, hemocultura practică cu perseverență va fi singură capabilă de a da certitudinea. Pentru a afirma existența unei hemosporii dentare trebuie obținute rezultate pozitive.

În cursul cercetărilor etiologice nu trebuie uitat încă o explorare completă a sinusului maxilar, etmoidului și sfenoidalei. După ce s'a eliminat etiologia sinuzeană, nu ne vom depărta de origina dentară după simplul examen superficial al dinților. Vor trebui căutate focarele latente din jurul rădăcinelor și singurul mijloc de a depista toate focarele dentare și periapexiene consistă în examenul radiografic.

CAP. V.

Patogenia

Faptele de observație clinică de care ne ocupăm, publicate până azi se pot clasa în 2 categorii: În prima, focarul dentar rămâne izolat de restul organismului fără comunicare cu circulația sanghină. Acest focar acționează local iritând și infectând terminațiunile trigemenului și ale simpaticului cu care sunt în contact. Microbii însă nu pot părăsi cuibul lor și deci nu pot pătrunde în ochi.

Tulburările oculare produse în acest mod poartă numele de tulburări reflexe.

În cea a 2-a categorie, microbii au părăsit bariera focarului dentar, ei sunt transportați prin circulație în globul ocular, unde determină tulburări mai mult sau mai puțin grave — care poartă numele de tulburări infecțioase.

Ambele aceste forme deși în aparență distincte, în realitate posedă o legătură comună, care le reunește și anume focarul infecțios care se întâlnește și într'un caz și într'altul.

Nu voi intra în descoperirea tuturor bacteriilor întâlnite în focarele dentare, ci voi nota numai după *Besson*, că se observă constant alături de specii nepatogene streptococ, stafilococ pyogen, leptotrix bucalis, enterococ, bacilul fusiform al lui Vincent, numeroase specii de spirili și de spirocheți, proteus vulgaris, pneumococ, pneumobacil, micrococcus tetragen, și microbi anaerobi, ca bacilul perfringens și fragilis, streptococi anaerobi, etc . . .

În ce privește tulburările reflexe ele nu pot fi puse la îndoială. Rolul lor ni se pare preponderant și atunci când sunt asociate infecțiuni microbiene, cât și în caz contrar.



Observațiuni personale.

Observațiunea I. Irită acută OS de origină dentară. Tratament. Vindecare.

Bolnavul I. I. mecanic la C. F. R. este internat în cursul lunii Octombrie 1928. în clinica oftalm. din Cluj, pentru o irită la OS. Boala debutase cu câteva săptămâni mai înainte prin dureri oculare, fotofobie, lacrimare, și scăderea vederii la OS. La intrarea în Clinică se constată în afară de semnele subiective notate, o congestie conjunctivală și pericheratică, foarte intensă, edem al pleoapelor, cornea ușor tulbure, camera anterioară plină de exudate, irisul f. congestionat, de culoare murdară brună — OD complet normal. Examenul de laborator negativ. (R. B—W. puncția lombară, urina.) Pulmonar nu se constată nimic deosebit. Ex. oto-rino-laringologic negativ. Fenomenele iriene accentuându-se și rezistând oricărui tratament, se trimite bolnavul clinicii stomatologice pentru a i se face un ex. buco-dentar cu atât mai mult, cu cât prezenta o dantură nu tocmai perfectă.

La examenul stomatologic i-se constată o sensibilitate a premolarului întâi sup. stg. care era acoperit de o coroană de randolf. Ancheta stomatologică făcută cu aceasta ocaziune, evidențiază faptul, că acel dinte fusese tratat de către un tehnician pentru o carie penetrantă, plombându-l și îmbrăcându-l cu o coroană de randolf. La câteva săptămâni după fixarea coroanei, dintele a început să-l doară, durere care însă a cedat în urma badijonărilor cu Tra de iod. La vreo 2 luni, atunci când fenomenele dureroase dispăruseră cu desăvârșire, bolnavul observă, că din narina lui stg. se scurge o secreție mucopurulentă, fetidă, căreia nu-i dă însă o prea

mare importanță, atribuindu-o unui guturai. La un moment dat însă, izbucnesc fenomenele oculare și se internează în Cl. oft. din Cluj, unde față de rezistență la tratament a afecțiunii sale iriene și față de negativitatea reacțiilor de laborator, se face o legătură de cauză la efect între afecțiunea sa oculară și cea dentară și se cere clinicei stomatologice să intervină. Se extrage premolarul prim sup. stg., se face un curetaj alveolar și câteva spălături cu apă oxigenată, după care fenomenele oculare merg să se amelioreze progresiv, pentru ase vindeca complet.

În acest caz este deci vorba de o irită plastică, care nu cedează la tratamentele obișnuite ale iritei, dar care se ameliorează prompt după extracția unui premolar bolnav situat de aceiaș parte cu afecțiunea iriană. Cazul este foarte interesant, mai întâi prin raritatea sa. În întreaga literatură oftalmologică se cunosc de abia vre-o 4 cazuri, de irite consecutive unor alterațiuni dentare. Cel mai caracteristic dintre ele este cazul publicat de Fromaget în raportul său de la soc. de oft. și în care era vorba de o irită consecutivă unei sinuzite maxilare acute de origină dentară, f. rezistentă la tratamentul obișnuit al iritei, cedând însă rapid în urma tratamentului stomatologic.

În al 2-lea rând cazul nostru este interesant prin succesul imediat al tratamentului stomatologic. Deși etiologia dentară în acest caz nu a fost evidențiată prin nici un examen de laborator, totuși rezultatul terapeutic a dovedit că această etiologie era singură vinovată în acest caz; ameliorarea simptomelor oculare după trat. stomatologic demonstrând admirabil acest lucru.

Observațiunea II. Diplopie homonimă dr. de origină dentară. Tratament. Vindecare.

N. B. se prezintă la consultațiunile particulare ale Dlui Prof. Michail pentru o diplopie homonimă dr., care îl stăjenea în ocupațiunile sale. Cum în aceasta epocă existau în Cluj câteva cazuri sporadice de encef. epidemică, se cere avizul unui neurolog, care însă este negativ. Ex. oto-rino-laringologic de asemenea negativ. Reacțiile de laborator la fel. Se examinează atunci bolnavul din p. d. v. stomatologic, cu care

ocaziune se constată o ușoară sensibilitate la percuția I. premolar sup. drept. care, era plombat cu ciment. Se scoate cimentul și se curăță bine canalele radiculare de o magină infecțioasă, după care practicându-se spălăturile curente, se recomandă pacientului să revină la tratament peste 2 zile. În acest timp diplopia dispăru-se complet. Aci este deci vorba de o diplopie homonimă dreaptă datorită unei iritații plecate de la o plombă a I. premolar sup. drept și care a cedat imediat ce plomba a fost scoasă. Evident acest caz face parte dintre tulburările reflexe de origină dentară, care din p. d. v. practic este tot atât de serios ca și tulb. produse prin continuitate sau contiguitate.





Concluziuni.

1. Studiul tulburărilor oculare de origină dentară a făcut mari progrese în ultimii ani, grație cercetărilor oftalmoscopice, radiografice și bacteriologice.

2. Cauzele cele mai frecvente ale tulburărilor oculare sunt fără îndoială boalele dinților și ale alveolelor; caria cu complicațiunile sale, periodontitele, abcesele, fistulele dentare, pyoreea alveolară, corpii străini etc. . .

3. În afară de acestea în ultimii zece ani autorii americani au atras atențiunea și asupra leziunilor periaxiene invizibile, latente, cari sunt de obicei originea accidentelor septicemice descrise de ei sub numele de „focal infection.“

4. Aceste focare infecțioase nu pot fi recunoscute decât prin radiografie.

5. Tulburările dentare sunt de obicei de aceeași parte cu leziunea dentară și de cele mai multe ori unilaterale.

6. Complicațiunile cari produc tulburări oculare pot fi plasate în două categorii, complicațiuni de vecinătate și complicațiuni la distanță.

7. Mechanismul acestor complicațiuni este bine cunoscut. Infecțiunea se propagă prin continuitate și prin contiguitate.

8. În orbită, germenii ajung pe una din următoarele căi: Calea osteo-periostică, calea celulară și calea venoasă. În globul ocular pătrunderea lor se face pe calea limfatică și vînoase retrogradă.

9. Leziunile oculare consecutive complicațiunilor dentare determină următoarele tulburări de partea aparatului

vizual: tulburări senzitive, motorii, vazomotorii, oftalmotonice, secretorii, trofice și senzoriale.

Toate aceste tulburări la distanță, au ca origine o infecțiune microbiană.

10. Focarul dentar acționează fie local iritând sau infectând terminațiile trigemino-simpatice și determinând tulburările reflexe fără pătrunderea microbilor în ochi, fie ieșind din focarul infecțios și mergând la ochi, unde determină tulburări mai mult sau mai puțin grave.

Văzut și bună de imprimat.

Cluj, la 11 Iunie 1929.

Președintele Tezei :
Prof. **Michail** mp.

Decanul Facultății :
Prof. **D. C. Tătaru** mp.



BIBLIOGRAFIE

1. ABADIE: De la pathogenie du rétrécis du canal nasal, Journ. d'off. p. 191, 1872.
2. ADAMI: Subinfection and focal infection. (Dental Record août 1920).
3. ALLEMAN ȘI SARU: Influența mediului buco-dentar asupra stărei generale.
4. BELL (G—H): Plastic iritis. Archiv. of. Opht.
5. BESSON: Bacteriologie de la bouche 1910.
6. BRUNNER W. E.: Rapport entre les dents et les yeux 1912.
7. CANDIAN: Embolie septique de la rétine à la suite de l'extraction d'une dent carié 1922.
8. CAPDEPONT: Rapport oculo-dentar Rev. d'opht. 1900.
9. DESPAGNET: Pathogenie des accidents de la dents de sagesse. Rev. de stom. 1901.
10. DIMMER: Un cas de choroidite métastatique après l'extraction d'un molaire 1883.
11. DOR: Névrite optique par infection dentaire.
12. DOR: Les troubles oculaires d'origine dentaire. Journ. du ped. de Lyon, 1920.
13. DUNN SOHN: Inflammation oculaire résultant d'infections focales éloignées. Amer S. of. off. 1923.

14. FROMAGET: Iritis et sinusite maxillaire d'origine dentaire. Rev. de oto-rino 1893.
15. FROMAGET ET ULRY; Choroidite et periostite alveolo-dentaire. Soc. Anat. de Bordeaux, 1897.
16. GALEZOWSKY: Affections oculo-dentaires. 1872.
17. GUTMANN: Maladies dentaires et oculaires. 1921.
18. HARTZEL ŞI HENRICI: Bacterologie des pulpe vivantes. Dental Cosmos, 1917.
19. HIRSCH: Des phlegmons de l'orbite, Prag. M. W. 1894.
20. IONNESCO THOMAS: Le sympathic cervico-toracic.
21. HARTMANN: Periostite orbitaire d'origine dentaire. Brit M. W. 1909.
22. LAGRANGE: Des foyers infectieux périapicaux sur l'état general. Rev. de Stom. 1920.
23. LAPERSONNE: Des complication orbitaire et oculaires des sinusites 1902.
24. LAPERSONNE: Dents sur numéraires envahissant l'orbite. Arch. d'off. 1921.
25. LAZARUS: Conj. catar. guérié par l'extraction des racines de 2^e et 3^e grosse molaire. Deutsch. Monatsch 1901.
26. MAGITOT: Sur la tension oculaire et quelques unes de ses modif-experimental 1923.
27. MORAX: Abces periostic d'origine dentaire.
Abces de la région lacrimo-nasal d'origine dentaire 1923.
28. POLLIOT: Le péril dentaire au point de vue oculaire 1922.
29. ROLLER: Dents de sagesse incluse cause de troubles oculaire. 1922.

30. SCHMUTZ : Ley foyers periapexicus. Leurs relations avec les septicemies dit cryptogéniques. Thèse 1923.
31. SCHWEINITZ : Concern focar infections in their relation to certain disorders of the uveal tract. Off. rev. Chicago, 1915.
32. STANCULEANU : Rap. anat. et physiol. entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. Thèse 1902.
33. TERSON : Rapport entre les affections buco-dentaires et les maladies de l'oeil in Traité de Stom. Gaillard 1911.
34. TERSON : Ocular disturbance of bucal original 1921.
35. WRIGHT (G—H) : Influence of. maxillary changes of the eye. Dental cosmos 1912.



