

~~148~~
UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 403

8719.
Tratamentul piorheei alveolare

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA 11. V. 1928

DE
TRIANDAFILIDI IOAN

CLUJ
INSTITUT DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928

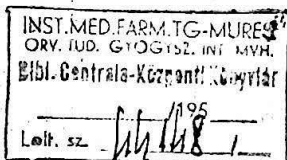
Tratamentul piorheei alveolare



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA

DE
TRIANDAFILIDI IOAN

24 MAY 2005



CLUJ
INSTITUT DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FAÇULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori

Patologia generală și experimentală	D-l Dr. <i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Gușart I.</i>
Clinica Medicală	" " <i>Hașegan I.</i>
Clinica chirurgicală	" " <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și Igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nișescu I. I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică Clinica stomatologică	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasiliiu Titu</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte:	D-l Profesor Dr. <i>Predescu-Rion Ion</i>
Membrii:	" " " <i>Vasiliiu Titu</i>
	" " " <i>Botez Mihail</i>
	" " " <i>Moldovan Iuliu</i>
	" " " <i>Iacobovici Iacob</i>
Supleant:	" Docent " <i>Aleman Ioan</i>

*Profundă recunoștință și dragoste
iubiților mei părinți.*

*Părintelui meu sufletesc, Ștefan
Lambra, pentru sfaturile nepre-
suite și îndemnul la muncă, întreaga
mea grațitudine.*



*Fostilor mei profesori si juriului
de promotie tot respectul ce se
cuvine*



Prefață.

Importanța deosebită a acestei maladii, cu al cărei tratament mă ocup în lucrarea de față, m'a determinat să aleg subiectul acesta dificil chiar pentru un specialist. D-l Docent Dr. Aleman, cu adevărată pasiune, cu multă competență ocupându-se ani de-a rândul cu studiul acestei maladii a făcut să apară anul trecut o lucrare completă, desăvârșită. Ceiace am încercat eu într'un timp relativ scurt mi-a cerut mult curaj. Tratamentul ideal al acestei maladii ca să fie atins, va fi nevoie de încă multe inovații, de multe transformări.

În această modestă lucrare am căutat să redau în mod succint, metodele de tratament uzate în ultimul timp de specialiști, care din ele se preferă până în prezent, conținând totdeodată statistica care arată frecvența cazurilor, numărul cazurilor prezentate la consultațiile Clinicii stomatologice și rezultatele diferitelor tratamente, ce se aplică în clinică. D-lui Profesor Rion, pentru excepționala amabilitate, pentru răbdarea părintească cu care m'a ascultat, răspunzând și dându-și autoritatea D-sale părere asupra unor chestiuni în legătură cu teza, îi exprim respectuoasele și viile mele mulțumiri. Domnului Docent Dr. Aleman, pentru generozitatea înăscută, pentru felul aproape colegial cu care m'a tratat, dându-mi cu cea mai mare bunăvoință, toate explicațiile, indicându-mi și punându-mi la dispoziție tratatele din biblioteca clinicei, îi păstrez o adâncă recunoștință.

Deasemenea Domnului Asistent Dr. Băbuțiu, pentru lămuririle date, atrăgându-mi atenția asupra multor erori

inerente unui începător, pentru întreg concursul ce mi-a dat la înlocuirea acestei lucrări, îi voi păstra o plăcută și neștearsă amintire.

Șefilor mei D-l General Dr. G. Bădescu și D-l Colonel Medic Dr. S. Stănculescu respectul și supunerea ce o datorez. Tot aici e locul să mulțumesc Onor. Ministerului de Războiu pentru sprijinul material, ce mi-a dat până la sfârșirea carierei.



Tratamentul piorheei alveolare.

INTRODUCERE.

Piorheea alveolară este o afecțiune care a preocupat și preocupă din ce în ce mai mult pe stomatologi. Numărul publicațiilor în acest domeniu a crescut în mod simțitor, îmbogățind astfel literatura medicală.

Descrișă pentru întâia oară de Fauchard, în 1773, ca un fel de scorbut, care atacă gingia, alveolele și dinții a căpătat o serie întregă de numiri dela diferiții autori, cari s'au ocupat cu această afecțiune : maladia Fauchard, carie alveolară specifică, gingivită expulsivă, poli-artrită alveolo-dentară, periodontită marginală cronică, paradentită marginală etc. etc. Dar cea mai cunoscută și folosită este numirea de piorhee alveolară sau alveo-dentară.

Pe baza numeroaselor teorii referitoare la etiologia ei, au fost preconizate tratamente multiple. Se pare însă, că nici unul din aceste procedee terapeutice, n'a dat până acum rezultate definitive.

Pentru a înțelege, motivele, cari au dus la inaugurarea diferitelor procedee de tratament, credem, că e util, să reamintim câteva noțiuni sumare despre etiologia, patogenia și condițiunile generale de evoluție a acestei afecțiuni.

DEFINIȚIE.

Cei mai mulți autori admit definiția clasică a lui Tellier, propusă la congresul de stomatologie din 1911 : „stările piorheice sunt stări patologice cronice a regiunii gingivo-dentare, caracterizate prin destrucția progresivă a țesuturilor de fixație a dinților, ligamentul alveolo-dentar, alveola dintelui și părți din procesul alveolar inter-

dentar, apariția aproape constantă a supurațiunii, și care sunt datorite cauzelor locale sau constituționale, slăbind rezistența țesuturilor și favorizând infecția locală. Ele duc la expulsiunea dinților și pot fi însoțite sau urmate de complicațiuni locale și septicemii cronice“.

Häupl și Lang, într'o monografie documentată, publicată anul trecut, arată, că așa-numita piorhee alveolară, nu e decât o formă înaintată, exudativă, purulentă a gingivitei marginale.

ETIOLOGIA ȘI PATOGENIA.

Blessing în 1911 a putut număra 350 teorii referitoare la cauzele și modul cum se dezvoltă piorheea. Arköry, împarte partizanii acestor teorii în 3 grupe : 1. Localiști, 2. Constituționaliști și 3. Fuzioniști.

Teoria localistă acuză drept cauze : tartrul dentar, turburări articulare în sensul unei supra sau subîncărcări a dinților, o infecție specifică.

După constituționaliști afecțiunile generale constituționale cum e rachitismul, diabetul, guta, tabesul, etc. ar da naștere la piorhee, prin depozitarea de urați în ligamentul alveolo-dentar sau prin decalcifierea țesuturilor și atrofia consecutivă a pereților alveolari.

Teoria fuzionistă înșiră momente de iritație locală (tartru, corpi străini, aparate protetice, plombe defectuoase, descompunerea resturilor alimentare, retenționate, fumatul, etc.) și factori constituționali.

Pe baza concepțiilor moderne se disting :

I. FACTORI PREDISPOZANȚI.

a) externi : favorizează sau ușurează depunerea materiilor, cari vor produce infecția țesutului paradentar.

b) interni : diferite stări individuale și puterea lor de reacțiune față de agenții patogeni.

II. Factori direcți, cauzali, cari produc inflamația : pot fi mecanici, termici, chimici, toxici și infecțioși. Cei mai importanți factori ar fi tartrul, turburarea echilibrului normal al articulației dentare și microorganismele.

Se distinge un tartru salivar sau supra-gingival, rezultat din precipitarea sărurilor din salivă și un tartru seric sau subgingival de origină sanguină. După o concepție mai nouă, ultimul rezultă din precipitarea sărurilor de calciu secretate de mucoasa inflamată.

Este mai aderent de dinte și se îndepărtează deci mult mai greu decât tartrul salivar.

Turburarea echilibrului normal al articulației dentare, se va produce în cazul, când forța dinamică, care acționează asupra dinților, va avea o direcție anormală și o mărime mai mare sau mai mică ca normal ; în acest caz vom avea deci o supraîncărcare sau subîncărcare a dinților. Aceasta atrage după sine o iritare a ligamentului alveolo-dentar, o mobilizare a dintelui, turburări circulatorii și nutritive ; în fine se distruge ligamentul, formându-se un spațiu între dinte și țesutul paradentar, în care pătrund microorganisme și resturi alimentare, dând naștere la infecție și supurație.

Microorganisme se găsesc în număr mare în cavitatea bucală, datorită contactului cu lumea externă, din care cauză nici când nu putem vorbi de o sterilitate perfectă a gurei. S'au putut cultiva vreo 20 specii, de amoebe, spirocheți și diferite forme bacteriene.

Multe din aceste microorganisme au fost considerate, ca agenți specifici ai acestei afecțiuni. În ultimul timp Kelle, Kritschensky, Seguin, Cavalié, Mandone și alții au căutat să dovedească specificitatea unor spirocheți, găsiți în plicele gingivale ale piorheicilor. Unii din ei susțin, că piorhea ar fi produsă, ca și angina lui Vincent, de o asociație fuzo-spirilară, deci n'ar fi decât o spirochetoză. În puroiul piorheic se mai găsește în cele mai multe cazuri un streptococ scurt, apoi, mai rar stafilococi, pneumococi,

bacili difterici, enterococi, etc.: Probabil însă, că microorganismele nu sunt agenții cauzali ai piorheei, ei au rol numai în provocarea și menținerea supurației.

În rezumat am putea spune, că în dezvoltarea piorheei joacă rol o stare generală piorheigenă a organismului și o iritație locală, care deslănțue sindromul piorheic.

FRECVENȚA.

La consultațiile clinice stomatologice din Cluj, începând din anul 1921 până la data de 28 IV. 928, s'au prezentat 845 bolnavi cu piorhee alveolară. După sex distribuția cazurilor este următoarea :

Bărbați: 443	Femei: 402	Total: 845
--------------	------------	------------

După vârstă:

Sub 30 ani	Între 30—40 ani	Între 40—50 ani	De la 50 în sus
57	243	318	227

În statistica adunată de mine, am căutat să văd, dacă ocupațiunea sau sexul prezintă vreo importanță ca factori predispozanți în producerea acestei afecțiuni dentare. După cum au stabilit și cercetătorii specialiști de până acum, reiese în mod evident, din statistica ce am întreprins, că nici profesia, nici sexul nu pot fi implicate în producerea paradentitei.

Sintomatologia și evoluția. Piorhea alveolară e o maladie cronică cu o evoluție lentă, care se localizează mai întâi la nivelul unui singur dinte sau unui singur grup de dinți.

De cele mai multe ori, specialiști buni nu pot preciza

de unde pornește aceasta afecțiune dentară. Necunoscută la copii, întâlnită foarte rar la tinerii dela 20 ani în sus, este observată însă destul de frecvent la indivizii între 30—50 ani.

Majoritatea autorilor au descris în evoluția ei 3 perioade. Prima perioadă e caracterizată prin o serie de semne mici, cari trebuiesc observate cu atenție și interpretate cu justețe.

Bolnavul simte întâi o senzație de furnicătură la nivelul dinților afectați, apoi o senzație de tensiune asociată de mâncărime, ce îl obligă să întrebuițeze diferite obiecte nesterile cu care își traumatizează gingia, producându-și de multe ori abcese sau diferite infecțiuni. Alteori bolnavul se plânge de dureri, cu un caracter vag, periodic. Nu trebuie să uităm, că durerea rămâne un simpton suplimentar al piorheei. Faptul acesta are urmări dezastruoase, deoarece bolnavii își ignorează boala, nu se tratează și nu vin la consultații, decât într'o perioadă înaintată greu de tratat.

Datorită hipereimii arteriale se observă din punct de vedere obiectiv, că gingia devine puțin roșie și se tumefiază, fibro-mucoasa gingivală începe să se decoleze.

Dinții par a fi alungiți și foarte rar în acest prim stadiu constatăm mobilitate. Totuși se citează cazuri, când dela început dinții afectați efectuau mișcări de rotațiune în jurul axului lor, deviind înăuntrul sau înafara arcadei.

Alți autori au descris la examenul local un mic lizeu pe gingie la nivelul colului dentar, care se poate dețasa cu ușurință depe dinte, permițând astfel introducerea unui mic stilet în spațiul liber dintre gingie și dinte.

Lipsa supurației și profunzimea anormală a pungii gingivale, prin măsurarea acesteia caracterizează această perioadă. Incisivii sau molarii inferiori sunt atinși cei dintâiu.

Procesul întâi limitat se întinde cu încetul la ceilalți dinți. Perioada a doua de stare e marcată prin exagerarea semnelor precedente și apariția mobilității dinților afec-

tați. Gingia ia aspectul caracteristic. De culoare roșie sau albăstrue, se tumefiază și sângerează foarte ușor la atingere sau în timpul masticației, dar mai ales la periarea dinților. Presiunea digitală face să apară puroiu în cantitate mai mare sau mai mică. Sunt rare cazurile, când supurația poate să lipsească. Aceste semne sunt însoțite de semne subiective: dureri la masticație, gust acru, astringent, și foetor ex ore, eventual tumefierea ganglionilor regionali. În perioada finală mobilitatea dinților se exagerează din cauza adâncirii sacului gingival și a rezorbției peretelui alveolar. Neumann, distinge trei grade de mobilitate a dinților.

Când o treime din procesul alveolar este rezorbit, vorbim de o mobilitate de gradul I, când 2/3 sunt rezorbite avem gradul II, când putem constata mișcări în sens anteroposter. Când dinții pot să se miște în toate direcțiile, chiar în sens vertical, alveola fiind dispărută în întregime.

În urma rezorbției alveolare dinții se exteriorizează, vorbim de o mobilitate de gradul III ieșind la iveală o parte sau întreaga rădăcina, care devine sensibilă la acțiunea agenților externi. Supurația e foarte abundentă, de culoare galbenă. Procesul patologic progresând face ca punga gingivală împreună cu periodontul să se transforme în țesut granular-spongios, care fapt explică desele sângerări. Totdeodată, se poate observa în marea majoritate a cazurilor tartru dentar aderent, de culoare neagră, la nivelul coletului sau rădăcinei dentare.

Această perioadă constituie faza complicațiilor bucale sau digestive; bolnavii prin deglutiție continuă de puroiu, deveniți piofagi se intoxică (după Lebedinsky).

În această ultimă perioadă, dinții își pierd raporturile lor normale cu alveolele; când ajunge să se distrugă și ligamentul circular, procesul infecțios ajungând până la apex, ultimele aderente fibroase sunt distruse și ele, astfel încât cel mai mic traumatism asupra lor poate produce

căderea. Imediat după aceasta gingia se retractă, cicatrizându-se repede. Orice urmă de pyorhee dispăre. Mersul afecțiunii e f. variabil, uneori evoluția rapidă duce la o cădere precoce a dinților; altădată, dimpotrivă, evoluiază mai încet și e întrerupt de remisiuni mai scurte sau mai lungi. Maladia poate să dureze 5—10 ani, uneori și mai mult.

Tratamentul.

În lupta contra pyorheei alveolare s'a utilizat până acum un arsenal întreg de procedee terapeutice. Incepând dela simpla badijonare conservativă până la metode chirurgicale complicate, dela razele ultraviolete până la Röntgen, dela serul polivalent până la autovaccin toate s'au încercat cu rezultate variate fără ca vreunul să ajungă a fi specific. Până la inaugurarea unui tratament etiologic, eficient, nu poate fi încă vorba de o vindecare absolută.

Va trebui în primul rând, să eliminăm pe cât posibil, cauzele iritației, adică a inflamației locale și apoi să îndepărtăm toate condițiunile, cari favorizează acțiunea acestor cauze. Sub primele cauze înțelegem factorii patogeni propriu zisi și în al doilea rând trebuiesc luate în considerare momentele predispozante.

În ceiace privește șansele tratamentului, putem afirma cu aproximație, că în cazurile incipiente sunt rezultate bune în cele mai înaintate în general rezultatele, șansele de vindecare sunt slabe, aceasta depinzând și de observația continuă a bolnavului.

Avantajos ar fi atât pentru bolnav, cât și pentru medicul curant faptul, că afecțiunea să poată fi recunoscută într'un stadiu incipient.

Nefavorabile tratamentului sunt multe din cauzele patogene, cari acționează în mod permanent și după tratament, precum și faptul, că prin inflamațiunea, dar și prin anumite metode terapeutice se creiază lezarea țesu-

turilor, cari constituie prin ele însăși momente predispozante.

Stărea fiziologică primitivă, nu se poate obține prin nici un tratament. Diferitele procedee terapeutice au avantaje și desavantaje, așa încât nu se poate stabili o schemă hotărâtă de tratament; alegerea depinde de cazul dat și de individualitatea medicului.

După orice tratament, se poate să ne așteptăm la recidive, dacă îngrijirea gurei pacientului nu se face în mod corespunzător; se impune deci un control mai des.

Aceste recidive nu iau naștere numai dintr'un țesut de granulatie sau dintr'un țesut patologic, rămas eventual pe loc după operație, ci pot proveni și după o vindecare clinică provizorie.

În aceste cazuri, trebuie să ne gândim și la o stare individuală, constituțională, cum ar fi diabetul, artritisul etc:

O vindecare completă a piorheei în sensul istologic, nefiind realizabilă în condițiile actuale, scopul nostru va fi o vindecare clinică, constând în obținerea unei gingii clinic sănătoase, lipită pe cât posibil de suprafața dintelui și un dinte fix; apoi trebuie să urmărim menținerea acestei stări.

Vom considera pe rând tratamentul local conservativ și medicamentos, procedeele chirurgicale, tratamentul protetic; măsurile adjuvante (masajul gingiei, igiena gurei) și medicația antimicrobiană.

TRATAMENTUL LOCAL CONSERVATIV ȘI MEDICAMENTOS.

Procedeul conservativ constă în îndepărtarea factorilor, cari favorizează cauzele inflamației și acțiunea lor. În primul rând stă îndepărtarea minuțioasă a tuturilor depozitelor și a tartrului metoda Jounger Sachs. Este indicată în cazurile: 1. când profunzimea sacului gingival

e sub 3 mm. 2. Când din motive estetice sau igienice se recere câteodată conservarea gingiei.

Ablațiunea tartrului, cauza iritațiunii mecanice; elementul septic al cavității bucale, mediu prielnic de dezvoltare a microbilor, se practică de altfel înaintea oricărei intervențiuni chirurgicale asupra gurei.

O îndepărtare absolută a tartrului până la cele mai mici resturi e de multe ori greu de realizat.

Îndeosebi e greu să înlăturăm depozitele mici mai închise din interiorul plicelor gingivale.

Trebuie executată în mod sistematic, curățind separat fiecare dinte; până la cele mai mici depozite, aceasta ar constitui depurația.

O lezare a gingiei nu se poate evita în caz de detartraj minuțios. E o greșală de a cruța prea mult țesuturile cu riscul de a lăsa pe loc resturi de tartru. O iritație continuă e un dezavantaj, un pericol permanent mai mare decât o lezare trecătoare a țesuturilor. La pacienții sensibili e indicată câteodată anestezia cu cristale de cocaină sau injecția unei soluții de cocaină 2%.

Pentru îndepărtarea tartrului s'au construit o serie de instrumente numite scalere de către Jounger, Black, Witzel, Lenn etc. În 1914, Abraham a construit un aparat cu o suprafață dințată, care se aplică la turul unei freze și care în loc de mișcări de rotație, are mișcări dinainte înapoi. Instrumentele se prind pe cât posibil cu pumnul întreg. Detartrajul se face: 1. prin împingerea cu scalerul lui Darby, către fundul sacului înspre vârful rădăcinei. 2. prin mișcări de tracțiune dealungul axei dintelui înspre coroană cu scalerul Harlan-Withe. E bine de a înlătura mai întâi tartrul abundent de deasupra gingiei atât pe fața linguală cât și pe cea bucală. După întrebuințarea acestor instrumente cu cârlig, e necesar să frecăm suprafața dinților cu pile. În acelaș timp se vor trata eventualele lucrări dentistice defectuoase din gură, cari ar

prezenta locuri de retenție pentru materiile piogene, sau ar lezã direct în mod mecanic gingia sau ar favoriza o acțiune nocivã în timpul masticației.

Plombele se lustruiesc, marginile sau cuspisurile proeminente se tocesc cu pile, caria eventualã se trateazã. După îndepãrtarea tartrului cât mai bine posibil, tratarea cariei și repararea lucrãrilor dentistice, se lustruiesc dinții cu „strips“ fin, apoi se netezesc cu piatrã ponce (Bimsstein) fin pulverizată, îmbibată în apă oxigenată 3% iar în urmă se spalã bine cu apă.

Dupã aceastã detartrare, (metoda Jounger) Sachs recomandã cu multã insistență extirparea granulațiilor superficiale din plicele gingivale prin curetaj. Se executã cu cârlige mici sau cu alte instrumente tăetoare, cu care se racleazã întâi suprafața dentarã, apoi se trece la peretele moale al sacului gingival. Distrugerea granulațiilor de pe pãreții și fundul plicelor e raționalã mai ales în cazuri de plice profunde și durată îndelungată a afecțiunii. Tesuturile respective sunt f. alterate în urma acțiunii continue a diferiților agenți mecanici și toxiinfecțioși și nu prezintă decãt o slabã tendință la proliferare. Singurul inconvenient al acestui procedeu e persistența plicelor gingivale.

Tratamentul medicamentos local nu e decãt un adjuvant și nu prezintă nici o valoare, dacã nu se îndepãrteazã toate depozitele de pe dinți.

Numãrul cel mare al medicamentelor preconizate are de scop, pe deoparte disolvarea resturilor mici de tartru, rămase dupã curățirea mecanică, pe de altã parte pregătirea tartrului, mobilizând prin dizolvare în bucãți mari, aceasta pentru a ușura îndepãrtarea mecanică ulterioarã.

S'a încercat sã se obție cu substanțe chimice acțiuni caustice asupra tesuturilor de granulație.

S'au mai folosit substanțe desinfectante, medicamente

cari ajutau procesele rezorbtive, ce survin cu ocazia inflamației, ducând astfel la o vindecare mai rapidă.

Boyer în 1818 a prescris medicamente preparate cu esență de cochlearia și combinate în proporții convenabile cu acid clorhidric.

Intern recomandă sucuri antiscorbutice.

Pons preconizează spălături cu spirt; apoi face cauterizări cu nitrat de argint și badijonări cu tanină. Intern prescrie iodură de potasiu.

Vidal propune aplicarea locală de perclorură de fer, tot la 6—8 zile.

Magitot aplică un tratament mecanic: curățire, consolidarea dinților mobili, spălături cu antiseptice slabe. Adaugă la aceasta un tratament general de antisepsie intestinală și un tratament local de dușuri sulfuroase. Tot el introduce în 1867 acidul cronic.

Galippe indică folosirea sublimatului corosiv 3—4% în cazurile obișnuite.

Intr'un timp s'a întrebuințat într'o largă măsură acidul sulfuric al lui Nordhausen, preconizat de Robin. Este apoi abandonat în favoarea acidului lactic introdus de Jounger, fiindcă „acidul sulfuric are inconvenientul de a descompune fosfatul de calciu, pe când acidul lactic are avantajul, că dizolvă direct sărurile calcare fără a le descompune chimicește; apoi este germinicid activ și contribuie la dispariția țesutului desorganizat; ajută la denudarea suprafețelor neatînse prin instrumente și favorizează obliterarea orificiilor canaliculelor (Kirk și Jounger). Acidul lactic se întrebuințează pe o scară întinsă în concentrație de 60%. În clinica noastră se folosește în concentrație de 5%. Ca și toate celelalte medicamente se aplică și acidul lactic numai după curățirea mecanică și curetaj. Dinții respectivi se usucă cu vată. Se introduce un bețișor de lemn înfășurat la capăt cu puțină vată în soluția de acid lactic și apoi se cauterizează pereții picelor. Se mai poate umple sacul gingival cu acid lactic cu ajutorul unei seringi, prevăzută cu

un ac bont, care se introduce până aproape de fundul sacului — sau cu ajutorul unei pipete. Se lasă acidul pe loc să acționeze cam 1/2 de minut, apoi se spală bine cu apă caldă.

În orice caz, acidul lactic cauterizând pereții sacului, provoacă procese de proliferare a țesuturilor. Pe lângă acestea s'au mai preconizat și alte caustice: acidul clorhidric, acidul azotic, ac. formic, ac. tricloracetic, etc.

Foarte răspândit e amonumbifloridul sub numele de Tartar Solvent sau Tartarsol (Head).

S'a dovedit, că un dinte acoperit de tartru, se poate elibera de acest depozit, câteva ore după aplicarea acestui lichid prin periaj.

Deci substanța aceasta dizolvă tartrul respectiv, îl face friabil și moale; o acțiune asupra smalțului, cementului și dentinei nu s'a putut constata. În mod analog acționează și Lithosolvenul (Sachs), care constă în cea mai mare parte din fluorat acid de aluminiu. După o aplicare de 5 minute, tartrul se înmoaie. Prin introducerea de bicarbonat de Na și apă oxigenată se poate neutraliza această substanță.

Soluțiile de NO_2Ag , ClZn (până la 25%), clorfenol, H_2O_2 , și alte substanțe, cari se utilizează în tratamentul pioreeii, au o acțiune caustică asupra granulațiilor din pli-cele gingivale, cari sunt lezate și atonice în urma acțiunii îndelungate a iritațiilor termogene. Aceste substanțe iritând țesuturile vor da naștere la proliferațiuni noi sănătoase.

Ca mijloc specific se consideră salvarsanul (vezi tratamentul antimicrobian) și soluția lui Elander, constând din chinină, antipirină și apă distilată; ultima are o acțiune dezinfectantă în deosebi asupra amoebelor, cari se găsesc frecvent la pioreici. În timpul din urmă se întrebuintează și soluția de iod a lui Pregel (presoioid). Aceasta poate fi introdusă direct în sacul gingival, ca acidul lactic sau poate fi injectată în gingie. Pentru scopul din urmă o găsim într-o soluție concentrată în ampule speciale. Presoioidul are o acțiune desinfectantă prin degajare de iod liber, în general

însă ajută procesele de rezorbție, cari duc la vindecare. Tot aici mai amintim procedeul lui Dunlop elaborat în laboratorul lui Gottlieb din Viena înainte cu câteva luni. El injectează în sacul gingival o masă de parafină, a cărei compoziție e ținută deocamdată în secret, prin care introduce oxigen cu o presiune de 4 atmosfere. El pleacă delă faptul, că în multe cazuri de piorhee, gingia prezintă o colorație lividă ceiace denotă o circulație sanguină insuficientă. Dunlop face deci așazicând o respirație artificială în paradentiu și într'adevăr a obținut rezultate frumoase în unele cazuri remitente față de alte tratamente. Acest procedeu are perspective frumoase în viitor, cu atât mai mult cu cât tocmai acele cazuri la care gingia prezintă o colorație lividă exprimată, se numără printre cazurile maligne și reținute față de tratamentul obișnuit.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Principiul tratamentului chirurgical, practicat mai mult în Germania, rezidă în îndepărtarea granulațiilor, a țesutului periodontal afectat sau a osului bolnav. Înainte de a cunoaște operațiunile radicale, s'a aplicat mult *procedeul de cauterizare* al lui Römer și Oestmann.

După Römer se extirpă țesuturile bolnave prin cauterizare până la os chiar. Ședințele se repetă până ce nu mai găsim nici urme de granulații.

Desavantajul acestei metode este, că lucrăm cu termocauterul în profunzimea țesuturilor fără a vedea extinderea granulațiilor.

Gingivectomy are de scop, îndepărtarea țesutului moale paradentar, care e deslipit depe suprafața dintelui, deci aceea porțiune care constituie plica sau sacul gingival.

Extirparea se face până la fundul sacului respectiv, până la țesutul conjunctiv supraalveolar păstrat sau neoformat și care e strâns lipit de cimentul dintelui. Fundul plicei se recunoaște deobicei după rezistența opusă unui in-

strument bont, introdus în plică ; de multe ori se observă pe fund și țesut moale de granulație.

Indicațiuni : 1. În general la o profunzime a plicei peste 3 mm. Dacă se obține prin această intervenție, mai ales la nivelul incisivilor superiori, un rezultat nefavorabil din punct de vedere estetic, atunci se aplică metoda lui Jounger-Sachs sau eventual extragem dintele.

O altă posibilitate e de a extirpa numai o parte din marginea mobilă a gingiei și de a ne mulțumi numai cu o micșorare a plicei. Și în regiunea molarilor s'ar putea să existe condițiuni nefavorabile gingivectomiei.

Dacă prin extirparea marginelor gingivale nu se pot crea spații libere interdentare, cari să facă o curățire ușor posibilă, atunci se va aplica procedeul Jounger-Sachs, sau se va extirpa și o parte din țesutul conjunctiv supraalveolar fixat, pentru a forma un spațiu interdentar mai mare, mai accesibil pentru curățire. Gingivectomia e indicată, dacă marginea gingiei e f. lezată în urma acțiunii îndelungate a inflamațiunii și e transformată într'un țesut de granulație atonic, având puțină tendința spre vindecare.

În fine, o mai aplicăm în cazurile, unde nu avem o nișă osoasă și în cazurile de recidivă după operațiuni radicale. Procedeul a fost imaginat prima dată de Cruet în 1899: „Cea mai bună metodă este cea mai rapidă, spune el, aceasta e exciziunea continuă cu cauterizare energetică. Eu i-am dat numele de procedeu chirurgical, fiind că e vorba aci de o adevărată operație“.

Technica gingivectomiei e simplă : Întâi e indicată îndepărtarea bucăților mai mari de tartru. După anestezia locală a gingiei se extirpă partea gingivală deslipită până la țesutul conjunctiv supraalveolar fixat de dinte. Prin aceasta dispăre plica, tartrul și depozitele astfel evidențiate pot fi ușor îndepărtate. E bine să procedăm sistematic, extirpând mai întâi gingia depe 2—3 dinți, îndepărtând în urmă depozitele. Tăiem gingia cu un cuțit sau o foarfecă până la țesutul conjunctiv sănătos. În partea bucală folo-

sim. un bisturiu obișnuit, drept în spațiul interdentar, unul subțire, iar în partea lingvală sau palatinală un bisturiu încurbat. După aceasta îndepărtăm granulațiile și tartrul subgingival, lustruim apoi suprafața dintelui cu „strips“ netezim cu piatra ponce, în fine spălături prin gargare. Într-o ședință se pot trata 6—8 dinți.

Durerile postoperatorii sunt în general minimale și plăgile rezultate nu jenează prea mult pe bolnav. Ca tratament postoperator, se recomandă bolnavului gargare abundente, după fiecare mâncare cu H_2O_2 3%; o soluție astringentă, bună e combinația de tinctură myrrhae + *tr. rathaniae* ââââ, 20 picături la un pahar de apă. În caz de hemoragii postoperatorii, cari însă sunt rare, e indicată cauterizarea plăgii sângerânde cu acid cromic cristalizat. Se poate aplica și o sutură sau un tampon de gaze. În caz de hemoragii mai abundente se aplică metodele generale (injecție de gelatină, diferite seruri, calciu lactic, etc.). În general, epitelizarea plăgii după gingivectomie se face în decurs de 5—8 zile. O granulație excesivă, hipertrofică se termocauterizează sau cauterizăm cu NO_3Ag . Dureri tardive din cauza descoperirii porțiunilor de rădăcină sunt deosebit de rare. În regiunea molarilor posteriori se tratează locurile aceste prin metoda reducerii cu argint a lui Howe cu rezultate bune; un alt mijloc eficace e soluția saturată de bicarbonat de Na în glicerină.

După 4—5 zile pacientul începe să întrebuinteze peria de dinți. Periajul se face dela gingie spre dinte și nu invers; se periază și gingia și dinții. Spațiile interdentare se țin curate cu ajutorul scobitorilor de dinți. Neumann recomandă după operație cauterizarea zilnică a plăgii cu NO_3Ag 5% sau $ClZn$ 8%.

Un tratament astfel executat duce la o vindecare clinică a paradentiului moale.

Chiar și acțiunile îndepărtate, cari însoțesc procesele inflamatorii din gingie, vor fi influențate în mod favorabil.

De exemplu un dinte ușor mobil se va fixa după tratament.

Prin extirparea gingiei deslipite, adică a sacului, se exclude retenția materiilor piogene, în deosebi a bacteriilor în plăcă. În același timp se evidențiază tartrul și depozitele, cari se vor putea îndepărta fără dificultate.

Gingivectomia dă în general rezultate satisfăcătoare. Un dezavantaj al ei este, că spațiile interdentare sunt deschise și pot forma în consecință locuri de retenție pentru materii patogene, când nu sunt destul de mari, pentru a putea fi bine curățite.

Un alt dezavantaj mai mare e, că prin denudarea suprafețelor rădăcinii, în regiunea dinților frontali, în special la cei superiori, se creiază un aspect neestetic al danturii.

Pacientul se controlează la fiecare 3—6 luni.

PROCEDURELE CHIRURGICALE RADICALE.

Se înțelege în general, acele metode de tratament cari pun în evidență granulații și osul paradentar. Sunt indicate în cazurile:

1. Când tot țesutul supraalveolar e înlocuit de țesut lax de granulație și când nu se poate evidenția un fund de sac.
2. Când există nișe osoase.
3. Când există caverne.
4. Când în regiunea molarilor s'a distrus septul interdicular.
5. Când s'au format sechestre.

Procedeele radicale sunt contraindicate:

1. În toate cazurile, la cari se poate constata un țesut supraalveolar bine conservat, din punct de vedere clinic.
2. În cazurile unde rezultatul ar fi nefavorabil din punct de vedere estetic. În aceste cazuri se aplică întâi metode mai puțin radicale, sau se extrage dintele.

3. În caz de paralentită profundă cu deviații foarte exprimate.

Nișele osoase și cavernele se pot pune în evidență prin Röntgen; survin de altfel foarte rar.

Procedeele radicale au fost studiate cu multă competență de Cieszynski, Widmann, Neumann, Müller și Hylin. Vom descrie pe scurt procedeul lui Widmann-Neumann, care se aplică mai ales pentru a îndepărta nișele osoase profunde, cavernele și sechestrile. Înainte de intervenție îndepărtăm tartrul sau alte depozite, dăm gargare cu apă oxigenată caldă, extragem rădăcinile defectuoase, scoatem coroanele și punțile rău construite; unii autori recomandă fixarea dinților mobili cu șine înainte de operație, alții contraindică șinele. Uneori se poate aplica o simplă șarmă cu bune rezultate.

E bine și prudent de a administra pacientului cu o oră înaintea operației analgezice: veramon, alonal. Urmează apoi pregătirea câmpului operator. Badijonăm gingia cu tinctură de iod, după aceea injectăm o soluție de novocaină-adrenalină 2%, cam 3—4 cm, după ce am aplicat prealabil în locul injectiei o soluție de cocaină 10%.

În general nu intervenim asupra maxilarului întreg, ci mai întâi numai asupra unui grup de 6 dinți. Aceasta are ca consecință o cicatrizare mai rapidă, operația fiind mai ușoară. Operația propriuzisă se execută în modul următor: După îndepărtarea buzelor cu ecartorul lui Middeldorf sau al lui Neumann se incizează (după Neumann) gingia în două locuri, mergând dela marginea gingională în direcția vârfulilor rădăcinilor; incizia trebuie făcută paralel cu axa dintelui, în așa mod încât să nu treacă prin mijlocul papilelor interdentare. Apoi se unesc aceste 2 incizii longitudinale prin una transversală, care să intereseze țesutul moale paradentar dela margine până la os. Separăm mai întâi mucoasa de periost și os, apoi ridicăm cu ajutorul unui raspator mucoasa și periostul până ce evidențiem complet întregul țesut patologic. Inciziile după

Widmann diferă, prin faptul, că se fac cam dela vârful rădăcinii până la porțiunea patologică a gingiei, apoi se unesc prin o incizie dințată paralelă cu marginea gingiei mucoasa se disecă dela regiunea apicală spre marginea gingiei.

După deslipirea mucoasei și periostului se curăță granulatiile din spațiile interdentare și depe mucoasă cu ajutorul diferitelor instrumente (freză, scalpele de diferite forme etc.).

Odată făcută această manoperă se extirpă țesutul alleurat, sechestrile, netezim bine cu o freză toate neregularitățile osului paradentar (nișe, osoase, caverne, margini ascuțite) astfel ca marginea superioară a osului să aibă o direcție orizontală. Lamboul mușos îl scurtăm apoi cu o foarfecă curbă așa încât să acopere precis osul după sutură fără să rămână un sac gingival. Controlăm, dacă toate granulatiile și neregularitățile au fost îndepărtate și suturăm în fine cu ață neagră sau cu mătase albă obișnuită după ce mai întâi badijonăm cu tr. de iod.

Goldstein și Bashrach mobilizează din vecinătate periostul sănătos, capabil de regenerare, cu care acopere alveola denudată, prin aceasta caută să obțină o contopire între periost și alveolă, și consecutiv o fixare fiziologică a dinților.

După operație administrăm anodine, recomandăm comprese calde, cataplasme sau termofor, prescriem o dietă numai cu lichide timp de 3—4 zile; local gargare repetate cu apă oxigenată. După 4—5 zile se scot firele cu precauție, având grije să nu rămână locuri de retenție. Aceste intervențiuni radicale dau rezultate f. bune în ce privește obținerea unei gingii sănătoase din punct de vedere igienic, rezultatul estetic însă lasă de dorit.

TRATAMENTUL PROTETIC.

În practica stomatologică de astăzi se cunosc 2 feluri de proteze: proteza mobilă și proteza fixă.

Proteza mobilă (de cauciuc) a fost încercată fără rezultate în tratamentul piorheei alveolare, cari au crezut căva timp, că această maladie are o etiologie pur mecanică. Astăzi nu se mai utilizează cu scop terapeutic în piorhee, ci numai ca proteză de întregire în caz de lipsă a dinților. Față de aceasta proteza fixă e de preferat, ea constituie un tratament adjuvant al piorheei alveolare, după operația radicală Neumann-Widmann sau se asociază altor tratamente.

Principiul imobilizării, ca paliativ al efectelor distructive priorcheice e cunoscut încă de mult timp. Fauchard chiar preconiza imobilizarea și recomandă ligatura dinților mobili cu un fir de aur. Guébey (1880) întrebuița firul de Florența.

Tot cu tratamentul protetic s'au mai ocupat Amoëdo, Courchet, Biahny, Château, Franck, Honston, Béliard, Maurice Roy. etc. cu toții contribuind la perfecționarea tehnicii și modului de aplicare la care s'a ajuns astăzi.

Fixarea dinților se poate obține cu ajutorul firelor sau șinelor metalice.

Se cunoaște o fixare a dinților provizorie, cum ar fi cazurile, cari reclamă o imobilizare înaintea unei intervenții, și una permanentă. Un fir metalic de oțel platinat, bronz sau aluminiu se trece în jurul dinților în formă de 8, până ce spațiile interdentare vor fi umplute.

Prin fixare tindem să unim între ei dinții atinși de o mobilitate anormală, să-i consolidăm prin solidarizare, adică să le prelungim existența. Mobilitatea mai mare sau mai mică a dinților nu ne poate indica felul fixării.

Proteza fixă urmărește 2 scopuri: un scop fixator, purtând în sine principiul imobilizării prin solidarizarea dinților cari îi servesc ca stâlpi și un altul de a înlocui eventualele lipsuri de dinți.

Indicația protezei trebuie făcută în cazuri bine motivate, dar mai ales trebuie aplicată cu multă grije, fiind

că de multe ori procesul patologic al piorheei alveolare poate fi agravat, în loc să fie ameliorat prin ea.

Așadar, proteza fixă se aplică cu scopul de a imobiliza dinții și a întregi eventualele lipsuri. Prin imobilizare se menține mai sigur gradul de vindecare, la care am reușit să ajungem printr-un tratament aplicat prealabil. Pentru ca proteza fixă să-și poată îndeplini această chemare, trebuie să satisfacă anumite condițiuni: 1. Ea singură să nu cauzeze o iritație a gingiilor. 2. Să fie în așa mod confecționată încât igiena gurei să nu sufere. 3. Trebuie să restabilească funcțiunea masticatorie, respectându-se estetica.

Acest rezultat terapeutic se va obține prin ajutorul unui aparat rigid, care să aibe punctul de sprijin pe dinții pioreici. Dinții pioreici fiind mobili, s'ar părea paradoxal la început a vorbi de o imobilizare cu un aparat, care să aibă punctul de sprijin pe dinții pioreici. Este știut însă și confirmat experimental, că un „bridge de contențiune“, aplicat de ex. : pe dinții molari, canini și incisivi mobili, capătă o imobilitate. În literatura stomatologică sunt descrise o serie întreagă de șine pentru fixație. Nu vom intra aici în detaliile tehnice a construcției și aplicării acestor șine. Vom aminti numai câteva varietăți de proteze fixe: șinele cu plăci (la maxilarul inferior) șinele cu inlayuri ale lui Mamlack, coroanele cu piyou sau cuie, coroanele escavate și foarte rar semicoroanele lui Carmichael de aur platinat. Inlayurile se aplică în deosebi la maxilarul superior; pe fața palatinală a dinților se pregătesc în țesutul dentar, cavități pentru primirea inlayurilor.

Apoi preparăm canalul radicular, în care introducem un cui de aur platinat sau aur paladiu. Sudăm cuiele cu inlayuri, apoi le unim pe aceste din urmă între ele. Dinții se mai pot fixa și cu ajutorul unor inele cari se fac pentru fiecare dinte în parte după care se sudează.

Introducerea lor e foarte dificilă și uneori dîntele tre-

buc tocit în spațiile interdentare. D-l Docent Dr. Aleman are construit un aparat propriu pentru fixarea dinților, care constă din 2 inele sau coroane și cari se aplică pe 2 dinți în direcție opusă, vecini cu cei cari sunt afectați.

Aceste inele sunt unite pe partea lor posterioară prin intermediul unei plăci de metal. Mai întâi se pregătesc inelele după mulaj; de cele mai multe ori dintește nici nu trebuie pregătit cel mult tocit pe fața proximală distală. După confecționarea inelelor, le încercăm și dacă sunt potrivite luăm mulaj din nou de pe partea lingual-palatinală; astfel obținem curbura corespunzătoare arcadei. După acest mulaj pregătim placa pe care o sudăm cu inele și corespunzător spațiilor interdentare facem unul sau două orificii mici prin care trecem o sârmă fină. Cele două capete opuse le legăm înconjurând dintește, fixându-l în felul acesta. Avantajul acestui aparat e că nu expunem dintește prin construirea inlayurilor și cuielelor la destrucții mari, cum ar fi uneori chiar ruperea întregii coroane.

Este mai bun decât inelele, fiindcă curățirea dinților se poate face ușor dinții neavând nevoie de o pregătire specială și în plus confecționarea e mai ușoară. În caz de mobilizarea dinților, însoțită de deviații, când unii din ei par a fi împinși în afara arcului dentar se impune ca aceștia să fie readuși la locul lor normal cu ajutorul unor ligaturi de mătase sau cu aparate simple de regulare; numai după aceia se aplică șinele. Când nu e posibilă readucerea la loc normal, atunci recurgem la extracție. Șinele sunt construite în așa fel, încât să nu prezinte nici un recessus (nici un fel de asperitate), unde s'ar putea stabili retențiuni alimentare, ținându-se seama, ca curățirea cu peria să se poată face în cele mai bune condițiuni. Huguenet rezumă avantajele șinei de fixație prin următoarele:

1. Șina e un aparat pur mecanic aplicat pe coroanele

dentare. Deci nu împiedică deloc aplicarea tratamentelor locale.

2. Șina înlocuște dinții dispăruți prin suprafețe metalice și asigură conservarea dinților curabili.

3. Ea restabilește funcțiunea masticatorie punând față în față, suprafețe bine echilibrate și perfect articulate.

4. Favorizează dispariția simptomelor inflamatorii locale, determinând oprirea supurației, elementul autointoxicației.

Trebue să reținem, că podurile fixe, fiind construite din metale nobile (aur, platină) nu pot beneficia de ele, decât clasele privilegiate, fiind costisitoare. Tot aici, trebue să menționez deosebirea ce trebue făcută între fixarea dinților și tratamentul protetic propriu zis al paradentitei, care se folosește în cazuri de supraîncărcare sau subîngreunare a dinților, în cazuri de turburări articulare, de ocluzie sau pentru refacerea articulației normale. Se poate prin așa-numitele poduri și proteze de susținere sau de ușurare bine construite, să înlăturăm pierderea dinților înainte de vreme. Toate regulile asepsiei și antisepsiei trebuesc riguros respectate în toate aceste mici manopere.

EXTRACȚIA DINȚILOR ÎN PYORRHEE.

Prin îndepărtarea dintelui se vindecă orice proces de paradentită în timpul cel mai scurt. Secreția de puroiu dispare de obicei imediat, locul extracției se umple cu sânge și în scurt timp se epitelizează defectul. Vindecarea rapidă după extracție se explică prin faptul, că pedeoparte s'a îndepărtat sacul gingival (adică locul de retenție), pe de altă parte dispare și inserția țesutului moale depe dinte care e atât de expus alterațiilor supurative constituind poarta pentru agenți patogeni. E indicată în cazuri f. înaintate de piorhee.

1. Cazuri cu plice, în care fundul de sac e în apropierea vârfului rădăcinii. O intervenție chirurgicală dă rezultate nefavorabile din punct de vedere estetic.

2. Dinți deviați la cari nu e posibilă readucerea în poziția lor normală.

3. Dinții foarte mobili, cari nu sunt apți pentru o re-fixare.

4. Dinții premolari și molari, mai ales cei superiori la cari s'a distrus mai mult sau mai puțin septul interradicular.

5. În cazuri, în cari sunt indicate șine de fixație sau punți, se recomandă de multe ori, a se extrage unii dinți, fiindcă numai atunci suntem în stare de a crea condițiunii igienice pentru dinții vecini și în special pentru punte.

MASAJUL GINGIEI.

După un tratament rațional, bine condus după metoda Younger-Sachs, alteori și după procedeele chirurgicale se poate aplica un masaj, pentru ajutorarea procesului de vindecare. Prin aceasta se favorizează circulația și stările de hiperemie consecutivă se activează schimburile nutritive, procesele de rezorbție, producerea de anticorpi și formarea de țesuturi noi.

Un aparat bun pentru masajul gingiei e așa-numitul atomizor de acid carbonic „Atmos“.

O metodă simplă după Partoch: Pacientul își înfășoară degetul indicator cu un strat de vată îmbibată în apă oxigenată 3% și își masează gingia în direcția plicei mucoasei bucale spre coroana dentară. Acest masaj poate fi executat dimineața și seara câte 1'—2'. Mai există o serie de aparate pentru acest scop. Hiperemia cu acțiunea ei favorabilă mai poate fi obținută și prin D'Arsonvalizare, tratament cu curenți de înaltă frecvență. Aceștia pe lângă că produc o hiperemie, mai au și o acțiune bactericidă. Iradiații cu Röntgen și Quarz se aplică deasemenea, rezultatele însă nu sunt prea satisfăcătoare.

IGIENA GUREI. Este foarte important să se păstreze în permanență curățenia gurei.

Este foarte important, să educăm bolnavul în sensul ca el să-și facă toaleta gurei, foarte riguros, chiar în mod exagerat, pentru că de aceasta depinde în mare măsură reușita tratamentului propriu-zis.

Bolnavul să evite alimente moi, lipicioase, fiindcă iau naștere ușor depozite moi, în cari adeseori se produc procese de descompunere.

Mâncările solide, purifică dinții, produc o corneificare a celulelor epiteliale superficiale prin funcțiunea activă și consecutiv o rezistență mai mare față de agenții patogeni. În fine dă naștere la o secreție abundentă de salivă.

Curățirea dinților se face prin perii, scobitori, fire de mătase și paste sau prafuri de dinți.

După Charter peria se duce dela gingie spre dinte și nu invers. Se freacă gingia și dinții atât pe partea linguală, cât și pe cea bucală.

TRATAMENTUL ANTIMICROBIAN.

Chimioterapie. În urma lucrărilor lui Gerber, Chompret, Kolle, Kritschewski, Seguin, etc. a fost atrasă atențiunea asupra importanței ce prezintă spirochetul sau asociația fuzospirilară în producerea sau menținerea pyorheei. Cavalier și Mandone afirmă că ar fi găsit în mod constant o spirochetă în țesutul alveolar profund, numind-o spirochaeta perforans. Pe baza acestor lescoperiri se preconizează injecții intravenoase și aplicațiuni locale cu salvarsan sau neosalvarsan. Béal experimentează cel dintâi cu bismoxil, introdus de Levaditi și Nicolau. Punându-l în contact cu extract hepatic îl transformă într'un produs spirilicid foarte activ în vitro; in vivo însă n'a dat rezultate satisfăcătoare. Din această cauză, îl abandonează trecând la aplicarea stovarsolului, cu care obține succese remarcabile. Stovarsolul preparat de Fournneau și Trifoneli e un

acid acetiloxiamino fenilarsenic. Luat per os exercită o acțiune profilactică asupra spirochetei sifilisului la animale și la om; mai are apoi o acțiune terapeutică deosebită în anumite parazitoze, spiriloze intestinale. Considerând ca factori etiologici ai piorheei predispoziția organică și agentul infecțios, stovarsolul prin proprietățile lui spirilicide și datorită faptului, că conține arsenic acționează simultan asupra ambelor cauze. Introducerea arsenicului modificată terenului în mod favorabil și mărește puterea defensivă naturală a țesuturilor alveolare și perialveolare. Pe de altă parte, prin proprietatea lui microbicidă determină o distrugere progresivă a spirililor.

Avantajiiile stovarsolului față de arsenobenzoli:

1. E aplicabil pe cale bucală și nu dă accidente neplăcute.

2. E un produs stabil.

3. Administrat per os pare a suferi în tubul digestiv modificări, care-l transformă într'un compus ușor absorbil și tot atât de ușor de eliminat. Grație acestei difuzibilități (mai mare ca a bismutului) e capabil să pătrundă cât mai profund în țesuturi, când se va aplica direct pe punțile pyorheice. Béal îl administrează în modul următor: După un examen microscopic, dă în I-a zi o tabletă, în a II-a două tablete, a III-a zi 3, a IV-a 4, în ziua V-a două și în ziua VI-a o tabletă; pauză timp de 10 zile, după care se reîncepe acelaș procedeu terapeutic. In caz de intoleranță se diminuează dozele. La acest tratament intern se asociază o cură locală: instilații de stovarsol în plicele gingivale. Ca vehicul se întrebunțează glicerină 10 gr. la 1 gr. de stovarsol. Béal citează cazuri, la cari secreția purulentă a dispărut, dinții s'au fixat din nou și fenomenele locale au dispărut numai în urma tratamentului cu stovarsol. Majoritatea autorilor însă nu acceptă indicația tratamentului arsenical, specificitatea treponemei în piorhee nefind încă demonstrată, cu atât mai mult cu cât s'au înregistrat multe rezultate negative.

Vaccinoterapia. Are ca scop de a pune organismul într-o stare comparabilă cu aceea, în care se află, când a fost vindecat după o contractare spontană a afecțiunii respective (Bordet).

Această imunizare se obține introducând în organism microbi omorâți sau cu o virulență atenuată. Englezii și americanii s'au ocupat mult în timpul din urmă cu studiul vaccinărilor locale în piorhee.

Dificultatea pentru a realiza o vaccinare locală rezidă în faptul, că nu se poate injecta în gingie o doză utilă de vaccin de volum considerabil. Goldenberg în Franța a înălțurat acest obstacol, imaginând un vaccin poligenic, poli-valent, concentrat sub numele „Inava“. Excipientul obișnuit neutru a fost înlocuit prin un excipient activ.

Vehiculul întrebuintat e de fapt o soluțiune a microorganismelor, cari sunt întrebuintate pentru prepararea vaccinului pyoreic. Pentru fabricarea vaccinului, Goldenberg a făcut culturi din diferiți microbi proaspăt izolați din puroiul pyorheic. Toți microbii din acest puroiu sunt conținuți în acest vaccin, afară de spirocheții, cari nu s'au putut cultiva până acum în stare pură.

Microbii sunt omorâți prin căldură și formolizare; astfel ei își păstrează puterea lor antigenă; acțiunea lor patogenă fiind paralizată, distrusă. Fiecare picătură de vaccin astfel concentrat, conține aproape un miliard de germeni. Se injectează doze minime; ne servim de o seringă gradată în picături și de un ac fin și scurt. După sterilizare se introduce în seringă vaccinul după agitarea ampulei. Se badijonează gingia cu tinctura de iod, apoi se usucă printr'un curent de aer, care provoacă apariția plicelor la nivelul gingiei. Atunci e ușor de a introduce vaccinul foarte superficial.

Lebedinsky a propus o mică modificare: el preferă în cazuri rebele, să injecteze vaccinul în plină articulație alveolo-dentară. În orice caz, prima ședință o începem cu o picătură. Așteptăm 4 zile pentru a vedea, dacă bolnavul nu

prezintă reacțiuni particulare. În ședința II-a, 2 picături. Apoi tot la două zile o nouă injecție, măbind în fiecare dată cu o picătură, până la maximum 6 gutte.

Un tratament complet cuprinde 10 injecțiuni dintre cari 5 în cantități progresive și restul de 5 cu 6 picături. Acest mod de administrare trebuie respectat cu strictețe, dacă voim să obținem rezultatul dorit.

În afară de reacțiuni febrile, nu s-au semnalat turburări mai serioase datorite injecției vaccinului. Goldenberg susține de a fi obținut rezultate excelente cu vaccinul, în schimb alți autori (Holland, Aleman etc.) referență despre rezultate negative. Dl Docent Aleman folosește un auto-vaccin de o concentrație mare pe care-l aplică sub formă de injecții locale. Autovaccinul e preparat la Institutul de Igienă din Cluj, în modul următor: Se șterge gingia afectată cu apă oxigenată, apoi se apasă cu degetul dela rădăcină spre coroană, până ce iese puroiul pe care-l recoltăm cu o ansă de platină. Întindem apoi puroiul pe un mediu cu agar și ser, pe care o punem 24 ore la termostat. Luăm cu o ansă din culturile izolate de streptococi scurți și însămânțăm pe bulion glucozat și bulion ascită. Le punem din nou 24 ore la termostat. După acest timp se spală culturile obținute prin centrifugare cu ser fiziologic, ca să nu rămână nici urmă de bulion. Apoi se emulsionează în ser fiziologic, se adaugă 0.5 gr. fenol și se expune la temperatura de 60° timp de 1 oră, pentru inactivare. De obicei se concentrează atât încât 1 cm³ să conțină 5 miliarde de germeni, 1 picătură = 250 mil. în seria I a injecțiilor. În seria II-a 1 cm³ = 10 miliarde, 1 picătură 500 mil. pe 1 cm³. Injecțiile le face tot în trei serii și Dl Dr. Aleman, de câte 10—12 ședințe. Incepe cu o picătură după 2—3 zile de observație, dacă bolnavul nu reacționează continuă tot la 2 zile, progresând cu câte o picătură la fiecare dată până la maximum 10—12 gutte.

După o serie urmează o pauză de 10—14 zile. A obținut în mai multe cazuri dispariția puroiului. Vaccinoteră-

pie nu poate fi considerată, ca o terapie specifică, curativă, deoarece microbul pioreei nu e descoperit încă. Constitue însă un mijloc adjuvant foarte important pe lângă celelalte metode de tratament, mărind leucocitoza și anticorpii din organism, acționând în mod favorabil asupra supurației și prevenind complicațiile, ce ar putea surveni în urma piofagiei cu o singură condiție să fie aplicată la timp.

Observațiile clinice.

Obs. 1. 30 V. 1925. L. C. 45 ani. În antecedente nimic important afară de reacția Wassermann intens pozitivă.

La nivelul dinților frontali superiori gingia este hipertrofiată, plică gingivală patologică, cu tartru foarte abundent și granulații. Din plicile gingivale se scurge o secreție seroasă, atrofia procesului alveolar nu se poate evidenția. Incisivul lateral drept prezintă mobilitate de gradul I. Diagnosticul: pyorhee de murdărie. Deodată cu îndepărtarea tartrului și badijonarea cu acid lactic, se raclează suprafața dentară și mucoasă plicei, apoi masăm 4 zile consecutiv. I se recomandă pacientului un tratament antisifilitic pe care bolnavul îl refuză. Părăsește serviciul nostru și în decursul timpului nu face alt tratament de cât o igienă regulată a gurei, făcând spălături cu clorură de zinc, și apă oxigenată. I se prescrie masarea gingiei. Revăzut după 4 luni toate simptomele sunt dispărute. În cazul de față se vede, că a fost vorba de o pyorhee de murdărie, care se vindecă în câteva zile de obicei.

Obs. 2. La 20. I. 1925. S. L. 30 ani, casnică. Antecedente personale la 20 ani catar pulmonar. Boala actuală datează de 4 luni. Semne subiective: pacienta simte o tensiune continuă, uneori dureri de scurtă durată în regiunea dinților frontali superiori. Semnele clinice se manifestă prin inflamația gingiilor, masse granulare abundente, sângereare, supurație, mobilitatea dinților de gradul I mai ales la incisivii centrali și premolarul stg. super.

ionează cu acid lactic de 10%, raclarea granulațiilor, mai târziu badijonări cu clorură de zinc 25%. La 16. III. revederea bolnavului, când simptomele persistă și se institue un tratament cu autovaccin concentrația de un miliard. Se administrează după metoda preconizată în clinică. I-se face 3 serii de câte zece picături, fără ca rezultatul să fie satisfăcător. La 12 Mai se începe un tratament cu pansamente, cari durează 3 săptămâni. Nici cu acest tratament nu s'a putut obține rezultat. Se decide la intervenție operatorie ce se face la 10 Iulie 1926. Operator Dr. Aleman, Ajutor Dr. Gidrai. La 27. VII. 1926 părăsește clinica ameliorată. Revăzută bolnava la 20 XII. 1926, se constată o mică atrofia a gingiei și complectă consolidare a dinților și dispariția complectă a puroiului. Dinții erau atât de fixi încât a fost posibilă aplicarea unei proteze inamovibile având la bază dinți supuși operației.

Obs. 3. La 13 III. 1924. Ch. S. 48 ani funcționar. Se prezintă la clinică pentru o secreție cu miros neplăcut și pentru mobilitatea dinților. Simptome clinice. Gingia tumefiată la presiune se obține puroiu, mai cu seamă din partea centrală sup. dinții toți sunt mobili. Înainte cu zece ani bolnavul a suferit o infecție sifilitică, ultimul tratament făcut în 1910. De atunci R. W. negativă. La 1. IV. 1924 depurație. In 5. IV. 1924 operația Neumann—Widmann.

In ziua de 6. VI. bolnavul acuză mici dureri, inflamația gingiei și supurația dispărute. In 10 Aprilie se îndepărtează suturile, bolnavul părăsește serviciul cu starea satisfăcătoare.

Obs. 4. la 20. IV. Cap. D. G. 23 ani. Bolnavul acuză de 2 ani inflamația gingiei, sângerare și simte continuu un gust neplăcut. Simptome clinice: Pe lângă inflamația gingiei în regiunea incisivului central superior, găsim niște formațiuni pedunculare, cari au mărimea unui bob de linte și cari îl face să se prezinte la clinică. Dinții acoperiți de tartru și mobili, prin presiune obținem un lichid seros.

La 26 Ian. 1926 se face depurația dinților și se badi-

Făcând biopsie din aceste formațiuni din examenul microscopic, rezultă că sunt formate din țesut granular de origină inflamatorie. La examenul microscopic al puroiului se găsește stafilococi, bacilul fuziform, spirocheți, polinucleare. După îndepărtarea tartrului și dezinfectia gurei 2 zile, în 2 Maiu se aplică metoda rar chirurgicală. Operator: Dr. Kopar și Ajutor Dr. Aleman. Bolnavul se simte bine după operație, simptomele clinice dispar.

Obs. 5. La 25. I. 925. I. P. 44 ani casnică. Examen stomatologic. Gura neîngrijită, pe toți dinții tartru dentar și subgingival, în urma căruia gingia este hipertrofiată și decolată. Nu lipsește nici un dinte din arcadă. Gingia deculoare roz-violacee, mai pronunțată în regiunea dinților 8-7-6-5-4 ș. dr. Din punguile gingivale la presiune se scurge puroiu. Radiologic se constată o atrofie difuză. La măsurarea sacului gingival găsim o adâncime de 4—6 mm. Articulația normală. Examenul sanghin: Hemoglobină 72%, leucocite 5200, normocite 5.595.000. Polinucleare 17.5; Limfocite 11.3; Monocite 9.0; Leucocite acidofile 1.1; Leucocite bazofile 1.1.

După îndepărtarea minuțioasă a tartrului și dezinfectare, se face la 2. II. intervenția chirurgicală la incisivi și canini, adică la grupul prim, la dinții frontali sup. În 28. II. se intervine asupra grupului al doilea.

La 25 III se operează grupul al III-lea. Pacienta părăsește serviciul la 4 IV. 1926 ameliorată. Revăzută la 24 aceiaș lună se constată o ușoară retractare a gingiilor pe întreg maxilarul. Supurația perzistă puțin, dinții consolidați. Pacienta cere să i-se facă intervenție și pentru maxilarul inferior.

Obs. 6. La 17 Maiu 1925 M. A. 30 ani, casnică. Boala actuală de 1 $\frac{1}{2}$ an. Mobilitate la incisivi și can. super. Diagn. py. alv.

Operația Neumann—Widmann. Operator Dr. Aleman, Ajutor Dr. Iancuțovici. 8 zile consecutive i-se face spălături cu antiseptice, după care pacienta părăsește serviciul. Pu-

țină atrofie gingivală și mobilitatea redusă. Revăzută bolnava la 3 luni, prezintă o atrofie asemănătoare unei atrofii presenile. Dinții consolidați afară de inc. cent. drept care este puțin mobil.

Obs. 7. La 17 I. 1925 N. T. 29 ani, casnică Diagn. pyor. alveol.

Py																
×																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
×			Py										×			

Operația: Neumann—Widmann la dinții frontali super. data 20. V. 1925 Operator Dr. Aleman. Ajutor Dr. Babuțiu. După operație masarea gingiei. După 8 zile pacienta părăsește serviciul cu o atrofie gingivală pronunțată și cu mobilitatea dinților redusă. Se prezintă din nou în serviciu la 7. IV. 1927, când se constată, rezultatul bun al operației făcută cu 2 ani înainte. Gingia atrofiată supurația lipsă și dinții foarte bine consolidați. Granulații și tartru dentar nu se găsește. Bolnava accentuează că și-a îngrijit bine gura. Pacienta pretinde să i-se facă intervenție și la dinții inferiori, cari prezintă o mobilitate pronunțată. La 14. IV. se supune operației Neumann—W. construindu-i-se înainte șina de fixație. Operator Dr. Aleman, ajutor Dr. Fessler și Dr. Simon—Vancea.

Dezinfectarea cu apă oxigenată și masarea gingiei la 16—16—18. IV iar la 26. IV se îndepărtează șina.

Dinții f. bine consolidați, supurația dispărută.

La 15. V. bolnava revăzută, este supusă unui examen radiologic, care confirmă transformarea atrofiei verticale într-o atrofie orizontală.

Obs. 8. La 10. V. 1925. E. P. 32 ani casnică. În antecedente nimic deosebit. Examen de laborator. R. W. negativă, în urină glicozurie trecătoare, alimentară. Boala actuală

datează de 1 $\frac{1}{2}$ an și se manifestă prin o tumefiere a gingiilor cari sângerază la cea mai mică atingere. De 3 luni observă mobilitatea incisivilor centrali super. și incisivilor laterali, unde mobilitatea este mai puțin pronunțată.

Se găsește tartru subgingival, granulații abundente, atrofia difuză a procesului alveolar. După îndepărtarea tartrului și desinfectarea gurii, se aplică operația radical, chirurgicală Neumann—Widmann. Pacienta părăsește serviciul la 20. XII. 1925 ameliorată. Peste 2 luni. revăzută se constată rezultatul operator f. satisfăcător. De atunci a fost în observație la intervale de 2 luni, îndepărtându-i-se tartrul și curățindu-i-se dinții. Până în prezent nu s'a produs nici o recidivă.

Obs. 9. La 15. V. 1925. A. L. 33 ani. servitor. Boala actuală a început în 1919. Prezintă tartru dentar în cantități mari, depozitat mai ales pe incisivii și caninii infer. după îndepărtarea tartrului se introduce filamente cu acid lactic 10% în plicele gingivale (metoda Jounger—Sachs).

După 6 ședințe de badionare cu aceeași soluție de acid lactic, bolnavul părăsește serviciul cu ameliorarea supurației. În Iunie 1926 se prezintă însă cu o recidivă de data aceasta i-se institue operația Neumann—Widmann, care a dat rezultate mulțumitoare.

Obs. 10 în 1925 Sch. C. de 35 ani, funcționar. Înainte cu 5 ani observă, că incisivul centr. infer. stg. e mobil. Gingia s'a retractat, se observă depozitare mare de tartru. De atunci a urmat tot timpul tratament stomatologic, făcându-i-se depurație și tocirea dintelui mobil. Semne subiective afară de jena provenită din cauza mobilității dintelui, n'a simțit dureri sau altă senzație neplăcută. Se prezintă la consultațiile clinicii la 16. VI. 1926, când se constată o mobilitate f. pronunțată a incisivului central infer. stg. gingia de culoare roșie violacee, retractată mai mult la dintele amintit.

La presiune asupra gingiei corespunzătoare dinților uniradiculari din maxilarul infer. se evacuează puroi în

cantități mari. Tartru salivar și seric nu aflăm, numai mici granulații. Se face dezinfectarea gurei se prepară o șină de fixație, iar la 9. VI. 1926 se intervine cu operația Neumann—Widmann. După operație se aplică șina, fixându-se pe premolarii II din ambele părți și se protejează dinții intermediari, cari se fixează cu sârmă de placa șinei. Se fac spălături profunde odată pe zi cu apă oxigenată, recomandându-i-se peste zi spălături cu apă sărată.

După 10 zile părăsește clinica ameliorată. Revenind după 6 luni se constată rezultat satisfăcător.

Obs. 11. La 20. III. 1926. V. R. 30 ani casnică. Boala actuală datează de un an, când bolnava a simțit dureri în regiunea dinților frontali inferiori, cari se accentuau la masticăție în acelaș timp a observat, că dinții incisivi centrali și laterali devin mobili. Examenul local: incisivii centrali și laterali foarte mobili, gingia de culoare roșie închisă, la presiune se scurge un lichid murdar purulent, se prezintă o mobilitate mai accentuată la incisivii centrali, pe cari îi putem mișca în direcție antero-poster. La percuție dureri accentuate, între incisivul central infer. stg. și cel lateral de aceeaș parte, se remarcă o distanță destul de mare, cauzată de dislocarea dinților respectivi. Examenul radiologic.

Atrofia limburilor alveolare, spațiul dintre alveolă și rădăcina incisivului central stg. mărit, limbul alveolar la ceilalți dinți din regiune colțurați. Diagn. Pyor. alv. cu mobilitatea incisivilor centrali și later. infer. stâng. Tră-tăment preoperator: Depurație. badijonarea gingiei cu clo-rură de zinc, desinfecte.

La 24. III. 1926 operația Neumann—Widmann. Ope-rător: Dr. Aleman. Ajutor Dr. Gidrai. După operație se introduce șina construită de mai înainte. Timp de 5 zile se fac spălături profunde cu apă oxigenată, tot atunci se în-depărtează suturile. După 14 zile îndepărtându-se șina, bolnava părăsește serviciul vindecată.

Obs. 12. La 9 I. 1926. D. N. 28 ani, student. Inainte

cu un an observă inflamația gingiilor în regiunea incisivilor super. câteodată și dureri. Mai târziu observă și scurgere de puroiu și puțină mobilitate a dinților Și dinții incis. infer. asemenea prezintă mobilitatea, uneori simte o mâncărime și tensiune a gingiei.

La examenul clinic: gingia de culoare roșie-vioacee tumefiată, din articulațiile dentare la presiune asupra incis. centrali super. și caninilor se scurge puroiu de culoare alb-gălbue. Lipsa tartrului dentar.

Radiologic: Procesul alv. atrofiat $\frac{1}{3}$, nișe osoase mai pronunțate la inc. centr. dr. Diagnostic. Pyor. alveol. cu mobilitate de gradul III. La 18. I. 1926. intervenție chirurgicală Neumann—Widmann. Operator: Dr. Aleman. Ajut. Dr. Băbuțiu.

La 2 Febr. 1926 bolnavul părăsește serviciul ameliorat. Revăzut la 6. IV. 1926 se constată: gingia puțin retractată; supurație nu există, dinții consolidați. La 7. II. 1927 rezultatul același.

Obs. 13. La 25. V. 1926. M. I. 41 ani servitor de birou. Boala a trecut neobservată de pacient, deoarece nu i-a cauzat dureri. Se prezintă la clinică pentru o pulpită a molarului II infer. stâng. La examenul gurei constatăm lipsa totală de îngrijire a dinților. Tartrul dentar acopere atât dinții maxilarului superior cât și ai maxi. infer. (labial-bucal) (lingual-palatinal) supurație, plicile alveolare au o profunzime de 4—5 mm. mobilitatea mai mare la incisivii centrali și laterali superior dreți. La examenul de laborator nimic deosebit. Radiologic se constată și atrofie difuză a proceselor alveolare.

Diagn. Pyorhee alveol. cu mobilitate de gradul III. Operația 5. VI. 1926. Se intervine asupra dinților frontali super. Operator Dr. Aleman, Ajut. Dr. Zeckler. După operație se aplică șina de fixație, care se lasă timp de 3 săpt. În acest timp pacientul este văzut la intervale de două zile, făcându-i se spălături profunde cu apă oxigenată. La 28. VI. se îndepărtează șina pacientul părăsind serviciul ame-

liorat. La 14 II 1927 revăzut din nou se constată o atrofie minimală a gingiilor, dinții neprezentând nici un fel de mobilitate. Nu se observă nici supurație, nici tartru dentar.

Obs. 14. La 20. III. 1927 F. H. de 50 ani, casnică. Boala actuală datează de un an. A început cu mobilitatea incisivului central drept și incisivului lateral stâng inferior. Semne subiective. Uneori dureri spontane și turburări la masticatie în urma mobilității dinților. La examenul gurei se găsește tartru supra- și sub-gingival, depus mai ales pe dinții frontali inferiori. Gingia e relaxată, hipertrofică și sângerează. La examenul sacului gingival cu sonda se găsește mult aprofundat. După simptomele clinice avem pyarhee alveol. mai ales la dinții:

4 3 2 1 | 1 2 3 4

Prin introducerea conurilor de gutapercha la radiografie plicile gingivale patologice corespunzătoare incisivilor și caninilor prezintă o profunzime aproximativ de 4 mm, deci o atrofie difuză a limbului alveolar și nișe osoase la incisivul central drept. După îndepărtarea tartrului, dezinfectare cu apă oxigenată și badijonări cu clorură de zinc 25% la 1. IV. se face operația Neumann—Widmann. După anestezia locală se intervine asupra dinților grupului prim. Se face incizie verticală pe ambii premolari primi. După ridicarea lamboului gingival se pune în evidență un câmp plin cu granulații și cantități mari de tartru seric. Se îndepărtează tartrul, tăiem granulațiile și nivelăm nișele osoase, transformând atrofia verticală într-una orizontală. Se repune lamboul și se face suturi, prima oară la inciziile verticale, după care suturăm în fiecare spațiu interdentar.

După operație bolnava se supune unui examen radiologic, care confirmă transformarea atrofiei verticale într-una orizontală. Nișele sunt dispărute. Bolnava rămâne în observație timp de zece zile, după care părăsește serviciul, cu stare ameliorată. Revăzută bolnava după 2 luni se

constată clinic: gingia normală, puțin atrofiată și consolidarea dinților.

Obs. 15. La 4. XI. 1926. V. M. 46 ani, casnică. Înainte cu 16 ani a observat, că gingia îi sângerează și dinții incisivi inferiori încep să devie mobili. După câțiva ani a observat că mobilitatea trece și la dinții frontali super.

În 1916 a stat sub tratamentul Clinicii Stomatologice din Budapesta, unde i-s'a făcut mai multe plombe și coroane atrăgându-i-se atenția asupra inflamației gingivale. Ca tratament i-s'a prescris badijonări cu tinct. de iod.

Semne subiective: Dureri continue la nivelul incisivilor caninilor și premolarilor infer. Reacțiunile umorale negative. La inspecție: prezintă o hiperemie a gingiei care sângerează la cea mai mică atingere, precum și o hipertrofie mai pronunțată a gingiilor în regiunea dinților frontali infer. gingia de o culoare violacee, deslipită de coletul dentar, formând plici gingivale profunde. Se prezintă o mobilitate accentuată a incisivilor centrali și laterali. La presiune se elimină un puroiu abundent, fetid. Toate aceste caractere le prezintă și incisivul central sup. stg. care s'a tocit în rădăcină are introdus un cui cu placă de aur, pentru aplicarea unui pod. Tartrul supra și sub gingival depozitat mai mult pe dinții amintiți.

Examenul gurei.

Pod aur.

× ag		ag cor		cor		Py				aur ag		×			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
c	c	×		ag		Py	Py	Py	Py		Py			×	

Examenul radiologic din 9. XI. 1926 confirmă diagnosticul de pyorhee alveolo-dentară în regiunea dinților

frontali infer. Diagn. Pyorhee alveol. gr. II. Trat. preoper. Depurație minuțioasă badijonări cu acid lactic și clorură de zinc.

La 5—8 Nov. 1926 i-se face depurație. La 9 Noembrie s'a recoltat puroiu dela nivelul incisivilor pentru pregătirea autovaccinului. La 12 XI. i-s'a administrat prima serie de injecții în maxil. infer. vaccinul are concentrația de 5 mil. pe cm^3 . Se începe cu o picătură, urmându-se tot a doua zi cu doză crescândă, cu câte o picătură până la 10.

Seria se termină la 22 Noem. fără ca bolnava să simtă vreo schimbare în starea generală, local însă i-au dispărut durerile dela nivelul inc. caninilor și premolarilor. După o pauză de o săpt. i-se face o nouă depurație și desinfectare, iar după cinci zile, i-s'a preparat un nou vaccin de o concentrație de 10 miliarde pe cm^3 .

La terminarea acestei serii se constată scăderea cantitativă a puroiului, dinții prezentând o tendință la consolidare. Seria III după 3 săpt. La presiune abia se poate obține puroiul necesar însămânțării.

La 15 Ian. se începe a III-a serie cu un vaccin de o concentr. 15 miliarde pe cm^3 . Această serie i-se face în maxilarul super. La 25. II. 1927 părăsește serviciul ameliorată.

Revăzută după 2 luni se constată gingia puțin retrătată, lipită de coletul dentar, culoare normală, la presiune nu se poate obține puroiu din nici o parte a arcadei. Mobilitatea dinților puțin mai pronunțată decât normal.

Obs. 16. B. S. de 40 ani, comerciant. Bolnavul în clinica medicală cu diagn. de astm. bronchial. La serviciul Cliniceii noastre se prezintă în ziua de 18 Ian. 1924. La examenul stomatologic se observă următorul tablou dentar:

×	c	Pyo		c		Pyo	Pyo	Pyo	×		×		c	c	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		Pyo	×		c		Pyo	Pyo		Pyo			×	×	

Se pune diagnosticul de pyorhee alveol. generalizată. Bolnavul spune că boala actuală a început înainte cu 2 ani cu mobilitatea dinților. După depărtarea tartrului și dezinfectarea plicilor gingivale, cu clorură de zinc și acid lactic la 18 Dec. se institue un tratament cu vaccinul poli-valent Goldenberg, introdus local submucos. La I. injecție bolnavul reacționează cu un frison puternic și tempr. 40° .

Reacția se prezintă la 4 ore după injecție și durează cam 3 ore. Din aceasta cauză se suspendă tratamentul până la 22. XII, când se injectează 2 picături. Reacția mai atenuată, fără frison, temp. $38^{\circ}5$. La 27. XII. 3 picături temp. $38^{\circ}5$ fără frison. La 2. I. 1925 doza IV cu frison puternic temper. 40° . La 7. I. injecția 5-a se repetă doza cu 4 picături fără frison, temp. 38° . 11. VI. injecția 6 cu 5 picături fără frison. Temper. $37^{\circ}5$, 15. I. a treia injecție cu 6 picături. Reacția cu frison, temp. $38^{\circ}5$. 20. I se repetă doza fără frison, temper. $37^{\circ}5$. Tratamentul se întrerupe la 25. I părăsește serviciul fără să se poată constata vreo ameliorare. Bolnavul revine după 8 săptăm. când se constată absența supurației și consolidarea dinților maxilarului infer. Se institue acelaș tratament și în maxilarul super. Bolnavul suportă tratamentul fără nici o reacție.

După o lună dela terminarea tratamentului revine la clinică, constatându-se dispariția supurației și consolidarea dinților.

Rezultatul frumos ce s'a obținut s'ar putea datori și auto-vaccinului contra astmului bronșial, ce i-s'a administ. în clinica medicală.

Obs. 17 la 24 Iulie 1924. V. B. profesor. Inainte cu 2 ani observă la dinții frontali inferiori puțină mobilitate și supurație a gingiilor în această regiune. Consultă un specialist, care îi curăță tartrul dentar și distruge granulațiile cu termo-cauterul.

Simțindu-se mai bine, nu urmează nici un tratament timp de un an, în care timp boala progresează la dinții vecini. Prof. Bilașcu îi aplică o șină de fixație Mamlok, mo-

bilitatea dispare întru câtva, supurația persistă. Se face atunci un tratament cu autovaccin cu o concentrație de 1 miliard pe cm.

Injecția primă se face cu o cantitate de $\frac{1}{2}$ cm³ intramuscular. După injecție febră la 38°2. insomnie. După 6 zile se introduce aceeași cantitate, pacientul o suportă bine. Supurația este micșorată, urmată de o ușoară consolidare a dinților. A 3-a injecție după 6 zile cu aceeași cantitate și concentrație, dă pacientului o febră de 40°, inapetență și insomnie. Tratamentul se suspendă. După 6 luni se începe un tratament local cu autovaccin, introdus submucos în aceleași condițiuni ca mai sus. Bolnavul suportă bine toate trei seriile, cu rezultat satisfăcător.

Obs. 18. 15. XII. 1925. S. G. de 49 de ani, profesor, prezintă gingia puțin atrofiată și deslipită de bordul alveolar, culoare violacee; la presiune mai ales în regiunea dinților incisivi și premolari inferiori se obține o cantitate mică de puroi. Dinții respectivi mobili și decolați. Boala a început înainte cu zece ani, prin mobilitatea puțin pronunțată a dinților frontali. În decursul timpului mobilitatea s'a accentuat. I-se face prima injecție cu autovaccin 2 picături. Nu prezintă durere, temp. normală, are puțină mâncărime la baza m. 2 inf. stg. După 6 zile i-se face altă injecție cu 5 picături. La 4 Ian. a 5-a injecție cu 6 picături. La 9 Ianuarie a 6-a injecție cu 7 picături. În 15 Ian. a 7-a cu 8 picături. La 18 Ian. cu 9 picături, iar la 19 Ian. ultima injecție cu 10 picături. Pyorheea s'a ameliorat. Nu s'a mai putut urmări.

Obs. 19. E. B. 48 ani profesoară. Pacienta a suferit de febră recurentă, litiază renală. Boala actuală apare acum 15 ani. Înainte cu un an simțind mobilitatea premolarului prin super. stg. consultă pe prof. Bilașcu, care-l fixează cu sârmă, i-se extrage după un an împreună cu molarul III din dreapta, observă totdeodată mobilitatea și deplasarea altor dinți. La strângerea dinților acuză o senzație neplăcută. La examenul local incisivii superiori și infer. deviați.

În regiunea incisivilor infer. gingia este decolată și hipertrofiată de culoare roșie închisă, iar dinții sunt mobili. La presiune se scurge un puroi galben închis, are dureri, incisivii superiori sunt dislocați și cu diastemă. Examenul radiologic. Spațiul interdentar foarte lărgit, limbul alveolar atrofiat cam $\frac{2}{3}$. Diagn. Pyorhee alveolară, atrofie osoasă de gradul II; cu o mobilitate de gradul al III-lea. Se propune pacientei o intervenție chirurgicală, pe care o refuză. Tratamentul cu autovaccin a dat rezultat negativ.

Obs. 20. la 18. I. 1926. B. S. 42 ani, comerciant. Bolnavul prezintă mobilitatea tuturor dinților, aceasta a observat-o și acum 3 ani din care cauza s'a prezentat în Decembrie, 1924 la serviciul nostru. A urmat tratament timp de 4 săpt. a plecat ameliorat. La examenul local se constată culoarea gingiilor roș, aprins, puțin tumefiată.

La presiune apare puțin puroi pe colul dinților superiori. Acuză dureri la percuția primului molar super. drept și molarul II infer. dr. Toți dinții sunt mobili, mai ales incisivii super.

Diagn. Pyorhee alv. În 21. I. 1926 se face extracția mol. I sup. dr. iar în 22. I. extracția mol. II. inf. dr. Tot la 22 I. se injectează 2 picături cu autovaccin în gingia maxilarului superior. La 23. I. se urcă la 5 picături. La 29. I. 6 picături. Bolnavul are temp. 39°. care începe la orele 9 seara și ține până dimineața la 8. La 1. II. 6 picături, în ziua de 3 s'a făcut a 8-a injecție cu 8 picături autovaccin. Prezintă o recidivă la arcada inferioară. Scurgerea de puroi e mai pronunțată la premolarii din ambele părți, mobilitate însă nu prezintă.

Obs. 21. în 10. I. 1926. A. T. 38 ani, subvizor școlar. În regiunea incisivilor infer. gingia este atrofiată, decolată și de culoare violacee. La presiune prezintă f. puțin puroi. Dign. Pyorhee alv.

Boala a început acum 8 ani, prin mobilitatea uniformă, care nu se mai accentuează după afirmarea bolnavului. Dureri nu a prezentat. Mobilitate la incisivul central

și lateral infer. Tratamentul pre-operator. S'a făcut depurația tartrului dentar. La 15 Ian. i-s'a făcut prima inj. cu autovaccin 2 picături. După o pauză de o zi, neprezentând nimic i-se administrează 3 picături de autovaccin. Nu reacționează. În 18. I i-se face o a 3-a injecție cu 4 picături, după care prezintă cefalee fără temper. La 19 i-se face a 4-a injecție cu 5 picături. I-s'a făcut mai departe zilnic, injecții crescânde până s'a ajuns la 10 picături. Bolnava părăsește serviciul cu stare ameliorată. Revăzut la 26 Decembrie, 1926 se constată o pulpită. Dinții consolidați, mobilitatea complet dispărută.

Obs. 22. Dna O. L. de 45 ani se prezintă la Clinică pentru dureri ușoare la nivelul incisivului central drept infer. Local se constata mobilitatea dintelui și o atrofie a gingiei. Dintele ușor alungit, la presiune dureros, se obține o cantitate mică de puroi. Dintele bolnav decolorat puțin. Radiologic: Atrofia procesului alveolar la nivelul incisivilor infer. și în special a inc. c. dr. al cărui spațiu periodontal este lărgit cu partea super. având forma unui cornet.

Se face depurație, badijonări cu clorură de zinc 25%, spălături profunde cu apă oxigenată. La 1 Noembrie, 1924 se începe tratamentul cu vaccin polivalent Goldenberg, I. și II. a câte o picătură mai mult până la 6, când se continuă cu aceasta cantitate până la întregirea seriei de 10 sedințe.

Nu s'a observat nici o ameliorare. La 12 Martie, 1925 începe seria II tot cu acelaș vaccin, fără rezultat. La 6 Iulie, 1925 începe seria III-a tot fără rezultat. În Martie 1926, profesorul Bilașcu încearcă tratamentul cu autovaccin (intra-muscular).

După injecția a 3-a din cauza intoleranței, pacienta, prezentând frisoane și pareza antebrațului, a fost nevoită să întrerupă tratamentul. La 19 Noembrie 1926 se începe tratamentul cu autovaccin (injecții submucoasă); concentrație de miliarde microbi pe 1 cm³ se administrează cu câte o picătură mai mult până la 10. După ședința a 3-a durerile

încetează, puroiul dispăre cu totul, menționându-se o ușoară mobilitate. Revăzută la 17. V. 1926 dintele consolidat și fără supurație.

Obs. 23. Dra M. L. de 30 ani, funcționară. Simția tensiune în regiunea dinților frontali super. uneori cu dureri puțin pronunțate la nivelul rădăcinei incisivilor și caninilor super și infer. Boala a fost observată înainte cu 2 ani, prin inflamația gingiilor și la jumătate an observă o scurgere de puroi și mobilitatea dinților mai accentuată la incisivii centrali și la 1 premolar stg. super. La 1. I. 1926 se face depurație; până la 26. I se urmează un tratament medicamentos, alternativ clorură de zinc 25% și acid lactic 10%. La 4. II. se începe un tratament cu auto-vaccin 5.000.000 pe cm^3 . care se continuă, tot la 2 zile progresând cu o picătură până ce se ajuge la 10 picături. Urmează o pauză de 10 zile. In 12. III. se începe un tratament cu pansament, i-se face 5 pansamente, pauză 3 săpt. In 13. IV și până la 5. V se fac 16 pansamente fără se poată constata vreo modificare. La 10. VII¹⁹²⁵ i-se face operația lui Neumann.

In 28. X. examenul radiologic, făcut din nou, constată o întărire a dinților super. precum și transformarea atrofiei verticale în una orizontală. Trat. post. operator: spălături la fiecare 2 zile cu apă oxigenată. In 20 VII. 1926. cu dinți mai fixi, părăsește clinica ameliorat. Revăzut la 25. XI. 1926 se observă dispariția simptomelor clinice.

Obs. 24. La 31, I. 1927. 48 ani pictor. Diagnosticul Clinicei Medicale obezitate, arterio-scleroză, hipertrofia cordului stg., aortită. Stare prediabetică, Wassermann negativ. Zahăr și puroi în urină. Inainte cu 6 ani, observă mobilitatea pronunțată a dinților frontali inferior. Bolnavul acuză un gust neplăcut și un miros fetid al exalației bucale. Uneori dureri în puseuri cari trec dela un dinte la altul. Se constată pyor. alv. și la 6 II. se institue un tratament cu autovaccin la o concentrație 2 miliarde pe cm^3 . Bolnavul tolerând bine autovaccinul i-se face zilnic injecții cu doze progresive până la 10 picături. La 17 II părăsește servi-

cîu fără nici o modificare. Revăzut după 2 luni, în care timp a urmat a 2-a serie nu se constată vreo îmbunătățire. Refuză gingivectomia, părăsind clinica.

Obs. 25 la 2. V. 1927. V. R. 36 ani, comerciant. Bolnavul înainte de a se prezenta la noi cu 2 luni, a observat, că mol. II. infer. stg. prezintă în jurul lui o tumefacție, care după câteva zile abcedează. Dintele fiind mobil i-se extrage de un specialist. După 3 săpt. observă mobilitate la dintele vecin (molarul I) pentru care se prezintă la consultațiile clinice.

La radiografie se constată o atrofie totală a proceselor alveolare în regiunea molarului extras și un început de atrofie de ambele părți ale molarului.

Examenul dentar: Arcada dentară nu prezintă altă lipsă decât mol-extras. Nu găsim tartru sau plici gingivale. Scurgerea de puroi numai la gâtul molarului afectat. Gingia puțin hiperemiată, fără sac gingival patologic. Diagn. Pyorhee alveol. localizată. Recoltându-se puroiul, se pregătește autovaccinul de o conc. 5 miliarde pe cm^3 , cu care se începe tratamentul la 20. V. După injecția a 5-a gingia capătă aspect normal și supurația dispare. La terminarea seriei de 10 picături, toate simptomele au dispărut, menținându-se rezultatul.

Obs. 26. N. N. 31 ani, inginer agronom. În 1917 reumatism poliarticular 1921 nefrită. De atunci a observat și mobilitatea dinților, rămânând tot timpul sub tratament la clinică. I-se face o depurație minuțioasă a tartrului și i-se prescrie spălături cu clorură de zinc diluată. Simptomele au dispărut în mod aparent. Revine în 1925 cu starea agravată. La 2. V. 1925 i-se institue un tratament cu vaccin-polivalent al lui Goldenberg. Seria I nu a dat rezultat. Seria II se termină la 2 Iulie fără a se putea constata vreo ameliorare. În August 1925 a intrat pentru o boală cardiacă la Clinica Medicală. Ținându-se seamă, că e suferind i-se extrage dinții mobili, cari prezentau supurație înlocuindu-i

prin o proteză. Procesul evoluează, odată cu turburările circulatorii. Bolnavul sucombă în Martie 1926.

Obs. 27. G. Gh. 30 ani, șofer. De 4 luni observă mobilitatea la mol. I. sup. drp. Un tehnician îl extrage, procesul trecând și la molarul vecin e extras și acesta. După o lună observă mobilitate la incisivii centrali superiori, câtva timp mai târziu și la cei infer. Semne subiecte. Dureri periodice în regiunea molarilor, mai târziu observă scurgere de puroi de sub gingia incisivilor super și infer. Examenle de laborator negative. Examenul radiologic semne de atrofie osoasă minimală. Se institue tratament cu autovaccin conc. 5 miliarde pe cm^3 . Prima injecție se face la 18. I. 1926. Se repetă la 2 zile cu doze crescând cu câte o picătură. După ședința a 8-a starea nemodificată, pacientul nu se mai prezintă la tratament.

Obs. 28. G. M. 40 ani, 21. IX. 1926. Înainte cu un an a observat mobilitatea inc. c. sup. Mai târziu mobilitate în toată regiunea. La examenul clinic prezintă toate simptomele unei paradentite marginale. La 11. X. 1926 trat. cu autovaccin. După 10 inf. puțină ameliorare. Pauză 10 zile. Durerile dispar, bolnava se simte bine. După seria II-a scurgerea de puroi e minimă. După 14 z. se începe seria 3-a de injecții cu o concentrație de 15 miliarde pe cm^3 . Bolnava suportă bine tratamentul ameliorându-se. Revăzută la 15. V. 1927 se constată lipsa puroiului și a mobilității.

Obs. 29 la 6. II. 1928. S. M. 33 ani profesor, prezintă cu 1 an înainte simptome de piorhee alveol. diagnosticul confirmându-se și radiologic. Din lipsă de timp nu a urmat nici un tratament. Starea lui agravându-se este supus intervenției chirurgicale în ziua de 21. IV. 1928. La operația Neumann operator: Docent Dr. Aleman, ajutor Dr. Gidrai. După operație i-se recomandă o alimentație lichidă, urmând spălături cu hyperol. La o săptămână i-se scoate suturile. De atunci bolnavul se simte bine, lipsa supurației și mobilitatea dispărute. Revăzut în mai multe rânduri, starea bună se menține.

Obs. 30 la 17. II. 1928. S. V. de 49 ani, casnică. Boala actuală datează de 3 a., și a debutat cu simptomele obișnuite pyorhee lipsa durerii a făcut-o să neglijeze boala. Diagnosticul se confirmă radiologiceste. In 20. II. 1928 i-se face operația Neuman—Widmann. Operator: Docent Dr. Aleman, ajutor: Medic Căpitan Tuțuianu.

După tratamentul postoperator obișnuit se simte bine. Revăzută după o lună se constată o mică retractare a gingiilor, dinții perfect consolidați afară de incisivul central stg. care mai prezintă mobilitate dar nu așa de accentuată ca înainte. Depozit de tartru dentar și plici gingivale patologice nu se găsește. Bolnava se concediază ca vindecată.



TABLOU DE REZULTATELE
obținute la cele 30 cazuri tratate în Clinica Stomatologică

Numărul cazurilor	Felul tratamentului	Rezultatul
1 caz	local medicamentos	vindecate
1 caz	Vaccin Goldenberg	fără rezultat
2 cazuri	„ „	vindecare
1 caz	autovaccin	rezultat dubios
4 cazuri	„	rezultat negativ
5 cazuri	„	ameliorare
3 cazuri	operație Neumann	vindecare
13 cazuri	operație Neumann	ameliorare satisfăcătoare



Concluziuni.

1. Fiorheea alveolară sau paradentita e o afecțiune cronică a țesutului paradentar, caracterizată printr'o hiperemie a gingiei, formare de punji gingivale purulente și prin o mobilizare progresivă a dinților, sfârșind cu căderea acestora.

2. Etiologia pyorheei, nu e încă precizată. Ar fi datorită unor factori generali predispozanți și unor momente locale iritante, mecanice, fizice, chimice, pur infecțioase. cari deslănțue sindromul pyorheei.

3. Neavând o etiologie bine stabilită, nici tratamentul nu e încă specific. După felul cazului și individualitatea medicului se preconizează un tratament conservativ mecanic și chimic, un tratament chirurgical sau unul antimicrobian.

4. Primul constă dintr'o îndepărtare minuțioasă a tartrului (ceiace se face de altfel înaintea ori cărei intervențiuni asupra pyorheei), precum și cauterizarea sacului gingival cu diferite substanțe, (acid lactic, clorură de zinc etc).

5. Intervenția chirurgicală poate fi numai o simplă gingivectomie, adică extirparea porțiunii afectate a gingiei sau o operație radicală, evidențiind complet osul alveolar afectat și intervenind asupra nișelor osoase, cavernelor sau proceselor alveolare.

6. Tratamentul antimicrobian ar cuprinde medicația contra agenților presupuși (a spirililor, cu neosalvarsan, stovarsol, etc.) Tot aici se poate grupa vaccinoterapia cu stock sau autovaccin.

7. Rezultatele cele mai satisfăcătoare, le dă intervenția chirurgicală radicală, însoțită eventual de o proteză fixă.

8. In cazurile de pyorhee alveolară înaintată, confirmată printr'un examen radiologic, care ne indică o dis-

trucție a alveolei până la vârfurile rădăcinilor, orice tratament rămâne ineficace.

Atunci este indicată numai extracția. Dacă extracția în aceste cazuri nu se face, dintele cade dela sine, procesul pyorheic încetând după căderea sau extracția dinților.

Văzută și bună de imprimat:

Cluj, 28/IV. 1928.

Președinte:

Decan:

Prof. Dr. Predescu Rion.

Prof. Dr. Mihail A. Botez.



Bibliografia.

1. Aleman I.: Pyorheea alveolară 1927.
2. Bazin: Des syndromes généraux consécutifs à la pyophtagie d'origine dentaire.
3. Béliard: La prothèse de contention, 1925.
4. Béal: Quelques considérations à propos du traitement de la pyorrhée, 1924.
5. Cavalié et Mandone: a) Polyarthrite alveolodentaire expulsive. Etiologie, Simptomatologie: b) Note sur le traitement de la p. a. expulsive par arseno-benzol (Bulet. et Mém. de la Societ. Med. Bordeaux 1922.
6. Choupret: Traitement des supurations bucales par des applications locales de 606 (R. de Stom. 1912 p. 487).
7. G. Delater: Quarantes cas de pyorrhée (Revue de Stomat. 1926 Juillet pag. 385).
8. Über die Wirkung des Ehrlich—Katschen Mittels 606 auf die Mundspirochäten. (Die med. Woch. 1910).
9. Goldenberg. Le traitement de la p. a par la vaccinothérapie gingivale. Théorie pratique. (Revue odontologique 1924).
10. Huguenet: Traitement de la maladie de Fauchard Thèse, Paris, 1925.
11. Häupl—Lang: Marginale Paradentitis, 1927.
12. Kirtschewsky et Séguin: a) Contributions à l'étude histo-bacteriologiques de la p. d. (Rev. de St. 1922), b) Pathogenie et traetem. de la p. a. (Presse Med. 1918, XXVI).
13. Preissverck: Konserv. Zahnheilkunde, 1912.
14. Presse Médicale, 1924.
15. Revue de Stomatologie: 1925, 1926.
16. Roy: Le traitement de la p. a Odontologie 1922 LX, 1923 LXI.
17. Tellier: La p. a ses origines, ses consequences locales et générales. Rapport présenté au 117 congrès français de stomatologie, 1911.
18. Jovanovitch: Le stovarsol, Thèse, Paris, 1924.