



Istituto di Clinica Chirurgica generale della R. Università di Bologna  
diretto dal Prof. GIUSEPPE RUGGI

## Contributo allo studio delle cisti delle ossa mascellari

OSSERVAZIONI ISTOLOGICHE E CLINICHE

per il

DOtt. FRANCESCO NASSETTI - ASSISTENTE

SULLE ossa mascellari si sviluppano con speciale frequenza varie specie di tumori. Fra questi, le diverse neoplasie cistiche, da quelle piccole che si trovano talvolta aderenti all'estremità delle radici dei denti a quelle grandi uni e pluriloculari, traggono origine da un'attiva proliferazione di quei gruppi cellulari, residui della dentizione, che Malassez (1) chiamò *resti epiteliali paradentali* e che nell'adulto si trovano nello spessore del legamento alveolo-dentario più specialmente in vicinanza della radice. Questa teoria patogenetica è oggi definitivamente accettata da tutti per i vari tipi di queste cisti, le cui forme diverse si legano a variazioni nella sede dei resti epiteliali, nei punti di partenza della neoformazione e nella più o meno grande attività epiteliale.

Dei caratteri anatomico-patologici quello che merita da parte nostra maggiore attenzione è la struttura intima della parete cistica. Invero quasi tutti gli osservatori descrivono in essa la presenza di uno strato epiteliale che tappezza la superficie interna e che talora si continua in certi infossamenti, i quali si spingono nello spessore dello strato esterno connettivo. Tale rivestimento presenta ordinariamente vari strati, di cui i più profondi sono formati da cellule analoghe a quelle della rete di Malpighi, i superficiali, cioè quelli più interni, da cellule appiattite parallelamente alla superficie.

Se il tumore è policistico in mezzo ad uno stroma fibroso poco abbondante sono racchiuse produzioni epiteliali sotto forma di cordoni, di masse irregolari compatte o cistiche. Questi epiteli

(1) MALASSEZ. *Débris épithéliaux paradentaires et leur rôle.* "Arch. de physiologie," 1885.



mlk.  
B  
64  
20

si riferiscono a due varietà secondo che le cellule da cui sono formati presentano il tipo pavimentoso o il tipo adamantino, nel quale ultimo le cellule stellate caratteristiche, a prolungamenti anastomizzati fra loro, rassomigliano alle cellule dello smalto. Lo studio di questo strato epiteliale interno che già Duval (1812) (1) aveva intravisto, Broca (2) e Magitot (1872) (3) descritto, divenne il punto di partenza della teoria di Malassez (1885) che fu detta appunto epiteliale.

Sui rapporti di connessione esistenti fra le cisti dei mascelari ed il sistema dentario, mi limiterò a dire che in quelle chiamate radicolari la parete si inserisce su di una radice generalmente senza ricoprirla, in quelle uniloculari semplici il dente non ha rapporti colla cavità, rimanendone separato da uno strato più o meno spesso di tessuti, nelle uniloculari dentifere si trovano invece o nella loro parete o nella loro cavità un dente oppure delle piccole concrezioni dure o dei grani di avorio e di smalto.

Riassunti e messi così in rilievo questi interessanti ricordi, vengo a descrivere un caso occorsomi di cisti della mandibola, che, per le particolarità anatomo-patologiche che presentava, mi è parso degno di studio.

**Anamnesi.** — C. U. di anni 19, di S. Antonio (Bologna), colono, entra in clinica il 12 novembre 1906. Racconta che circa un mese prima, nel periodo di una settimana, si era formata una tumefazione in corrispondenza del mento, la quale gli procurava un senso di molestia nello spezzare i cibi cogli incisivi. Fino dall'anno precedente afferma che sulla parte antero-inferiore della sinfisi mentale si era accorto della presenza di un tumore del volume e forma di un grano di caffè, duro, indolente, aderente all'osso. Non ha mai sofferto di denti, mai traumi sulla regione. Nei precedenti non risultano affezioni veneree, nè altre malattie infettive. Nessuno dei parenti fu od è affetto da processi bacillari.

**Stato presente.** — Si osserva in corrispondenza della regione mentoniera e della parte superiore della regione soprajoidea una tumefazione, che abbraccia nel suo insieme la porzione

(1) DUVAL. " Journ. de méd., de chir. et de pharm. " di Sédillot, 1812

(2) BROCA. *Kystes dentaires.* " Traité des tumeurs. " Paris, 1860.

(3) MAGITOT. *Kystes des mâchoires.* " Archives gen. de med., " 1872-73.

mediana inferiore della mandibola. Ha circa il volume di un uovo di gallina. Palpando si sente che il tumore è fisso sulla regione mentoniera, ha superficie liscia, consistenza teso-elastica e che la pelle soprastante è scorrevole su di esso. Rilevasi ovunque un senso spiccato di fluttuazione. Lateralmente sul bordo della mandibola è limitato da una specie di cercine, posteriormente da una barriera consistente, irregolare, situata circa un centimetro sopra l'osso joide. Abbassando il labbro inferiore, osservasi una sporgenza del volume e della forma di un grano di caffè, posta verticalmente tra il solco gengivo-labiale e l'impiantazione del canino sinistro, la quale manca nel punto simmetrico opposto. Essa ha consistenza ossea, fa corpo col mascellare e, compressa, risveglia dolore. Portando l'attenzione sui denti si vedono in numero normale, regolarmente impiantati, perfettamente sani; il canino sinistro risalta sugli altri per un certo colore bianco azzurrognolo. Nella regione sublinguale nulla degno di nota. I gangli sottomascellari non sono ingorgati.

**Diagnosi.** — I pochi dati, che ho brevemente riassunto, mi parvero fin dal primo esame più che sufficienti a stabilire l'esistenza di una lesione primitiva della mandibola a livello del mento. Il problema diagnostico però non poteva risolversi con altrettanta facilità e sicurezza giacchè i dati anamnestici dimostravano trattarsi di un processo sviluppatosi piuttosto acutamente nello spazio di pochi giorni, mentre che i dati obbiettivi stavano in favore di una lesione svoltasi lentamente senza fenomeni flogistici acuti. In simile contraddizione di fatti era dunque necessario attenersi specialmente allo stato obbiettivo. Il semplice sintoma della fluttuazione in questo nostro caso era già sufficiente a farci escludere alcuni tumori solidi dei mascellari quali l'odontoma, il fibroma, il condroma, il sarcoma. Di questi ultimi però bisognava prendere in considerazione quelli cosiddetti sarcomi mieloidi o centrali, che per una particolare degenerazione e consecutivo rammollimento che avviene nel loro interno possono allora mentire i caratteri di una cisti. Nel nostro giovane nè la mancanza assoluta di ingorgo ghiandolare, nè la uniformità della consistenza teso-elastica, nè la fluttuazione spiccata potevano in alcun modo eliminare questa supposizione; la sola puntura esplorativa e l'esame del liquido ricavato ci avrebbero potuto illuminare a questo riguardo. Il mixoma, il

lipoma che pure danno fluttuazione si potevano escludere per l'estrema rarità nei mascellari, specie nell'inferiore. Restringendo il problema a quelle lesioni che conducono lentamente a raccolte liquide, argomenti validi in favore di un ascesso freddo, di un neoplasma degenerato, di un'actinomicosi pure degenerata, nè l'anamnesi nè lo stato obiettivo ce li potevano fornire. Tenendo conto di tutto ciò il campo diagnostico si andava circoscrivendo alle sole cisti. Esistevano invero nel nostro caso certe particolarità che ci parlavano in favore di tali neoformazioni, quali la delimitazione distinta che la tumefazione presentava tutt'attorno, specialmente dal lato posteriore, l'assenza completa di gangli ingorgati, la mancanza di dolori spontanei. Però la considerazione di alcuni fatti non ci permetteva di formulare con assoluta certezza tale diagnosi; invero molte note anamnestiche come pure l'esame dei denti facevano poco propendere per essa. Così dalla storia clinica nulla si ricavava che accennasse a dolori dentari, che generalmente sono il primo annunzio del manifestarsi di queste cisti; dall'esame dei denti niente carie, nessuna mancanza di essi nella mandibola. Neppure si poteva invocare la pregressa esistenza di un trauma sulla regione. La rapidità di sviluppo della tumefazione che in poco più di sette giorni raggiunse il volume di un ovo di gallina, non era punto conforme a quel che succede per le cisti dei mascellari, che decorrono per lo più con estrema lentezza. L'anamnesi però ci faceva conoscere un particolare di una certa importanza: cioè l'infermo, l'anno prima, aveva avvertito sulla parte inferiore della sinfisi mentoniera un tumoretto che raggiunse il volume d'un grano di caffè e che rimase pressochè stazionario senza provocare mai alcun dolore. Quali cause lo avessero fatto insorgere, di che natura esso fosse era difficile a dirsi: ma per la durezza e per l'aderenza all'osso, che esso presentava, si poteva stabilire essere una dipendenza del periostio o dell'osso. Orbene, era lecito supporre che il tumore attuale si fosse svolto per un'acutizzazione di un processo latente insediato in questa parte della mandibola. Inoltre è da ricordare come le formazioni cistiche della mandibola risiedono per lo più nello spessore delle arcate alveolari e di preferenza nella regione occupata dai molari; nel caso nostro avevamo invece un tumore che sorto probabilmente a livello della parte inferiore della sinfisi mentale,

aveva invaso la parte media e inferiore del corpo della mandibola. Dopo simili considerazioni la diagnosi della cisti paradentale rimaneva sempre la più probabile; essa invero venne pienamente confermata all'atto operativo, che fu eseguito dal prof. Ruggi.

**Operazione.** — Previa cloronarcosi si praticò un'incisione trasversale sul bordo inferiore della mandibola e si penetrò col bisturi in una cavità da cui uscì uno zampillo di liquido sieroso giallo-rossastro.

Divaricando i margini della ferita apparve uno spazio del volume di circa un piccolo ovo di gallina. Si poté sentire che esso era rivestito da una membrana uniformemente liscia e che si trovava come scavato nella parte media ed inferiore della mandibola tra i due tavolati ossei, che erano stati completamente usurati. Per impedire una possibile recidiva si praticò la più completa estirpazione della parete, che non riuscì molto facile per le intime aderenze col resto del mascellare e per i rapporti coi muscoli che vi si inserivano.

Mentre si escidevano le punte e le sporgenze della breccia ossea si rinvenne racchiuso dal lato sinistro, entro una nicchia propria, un dente canino con radice perfettamente sviluppata e avente tutti i caratteri di un dente permanente. Enucleata completamente la sacca cistica e procurata l'emostasi, fu posto un drenaggio assai profondo nel punto più declive e venne chiusa la ferita.

**Esame anatomo-patologico.** — I.° *Esame del contenuto cistico.* Il liquido aspirato durante l'atto operativo con siringa Tursini sterilizzata presentava un colore giallo rossastro, era limpido, sieroso. Previa centrifugazione, feci vari preparati a secco e a fresco colorati col Giemsa; negativa la ricerca batterioscopica di germi; numerosi globuli rossi deformati e detriti amorfi. Gli esami culturali tanto aerobicamente in brodo glucosato, quanto anaerobicamente pure in brodo glucosato e in tubi di agar alla Veillon-Zuber anche dopo 15 giorni non diedero alcun risultato positivo. — II.° *Esame della parete cistica.* Riunendo i diversi frammenti della parete cistica portati via con gli strumenti chirurgici, si vede che la membrana ha in genere uno spessore di circa 3-4 mm. Alcuni di questi pezzi li fissai in formalina, altri in alcool, quindi feci i convenienti passaggi

e ne eseguii numerose sezioni colorandole col micro-carminio, coll'ematosilina ed orange, coll'eosina, coll'emallume, col metodo di Von Gieson. Queste sezioni praticate in svariati punti della parete hanno dato a vedere quasi costantemente lo stesso insieme strutturale istologico che ora mi accingo a riassumere brevemente. Esaminando tutta questa parete con debole ingrandimento (*fig. 1*) si nota che essa risulta schematicamente di quattro strati, che procedendo dall'interno verso l'esterno sono: *a*) un primo strato connettivale; *b*) una listerella irregolare di tessuto omogeneo; *c*) un secondo strato connettivale; *d*) uno strato esterno muscolare. Passando a studiarli a forte ingrandimento (*fig. 2*) si osserva che quello interno limitante la cavità cistica è costituito da uno stroma connettivale che piuttosto compatto verso la parte interna diviene gradatamente più lasso verso la parte esterna. Fra le maglie di questo stroma notansi numerosissime cellule connettivali con nuclei fusiformi ben colorabili; ma ciò che colpisce subito l'osservatore è la presenza in questo strato di cristalli di pigmento ematico che riempiono gli spazi connettivali formando nel loro insieme una zona ben distinta, più o meno ampia nelle varie sezioni, che appare molto opaca nelle due microfotografie, specialmente in quella a piccolo ingrandimento (*obb. 2, oc. 1*). Questo pigmento come ho detto si presenta sotto forma di cristalli di varia grandezza, di varia forma, rotondegianti, poligonali, con margini rifrangenti, di colore giallo-rosastro, aggruppati e addensati in alcuni punti, sparsi qua e là in altri. In questo strato si notano ancora delle lacune vascolari limitate da solo endotelio, che in alcune appare nitidissimo, le quali sono ripiene di emazie deformate, poichè si presentano come piccole cellule poligonali incastrate le une nelle altre in modo da formare un mosaico. Fra queste risaltano altre cellule più grosse, scarse, nucleate, con tutti i caratteri dei globuli bianchi. La superficie interna di questo strato connettivale è regolare, pressochè liscia; solo in alcuni preparati si osservano per brevi tratti degli elementi cellulari appiattiti, con nucleo fusiforme ben colorabile, con protoplasma scarso, disposti col loro massimo diametro secondo la superficie della parete e sovrapposti in parecchi strati in modo da ricordare lontanamente uno strato cellulare pavimentoso. Queste zone cellulari stratificate non sono nettamente distinte, ma vi è un passaggio gra-





FIG. 1.

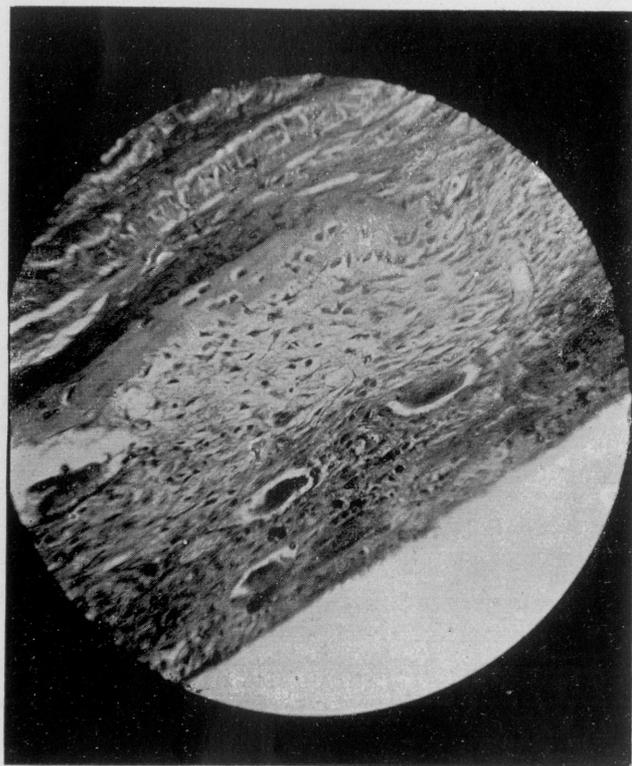
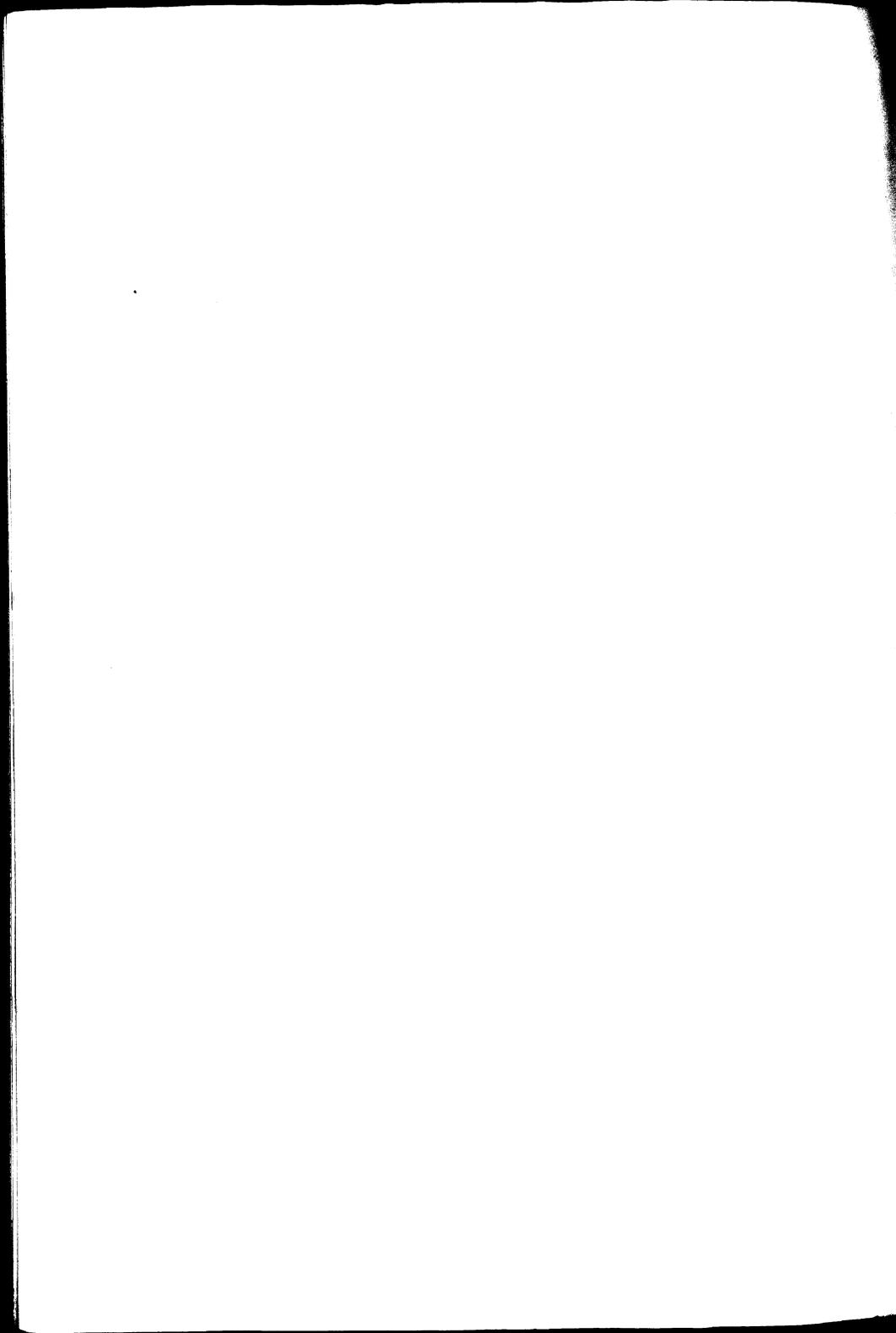


FIG. 2.



FIG. 3.



duale agli elementi connettivali sopradescritti. Sparse qua e là in questo primo strato e in scarso numero spiccano subito fra gli altri elementi, anche a piccolo ingrandimento, enormi cellule a forma fusata, con il loro asse maggiore parallelo alla superficie interna, contenenti numerosi nuclei, talora fino a 20, in alcuni dei quali è ben evidente il nucleolo e con scarso protoplasma granuloso.

Procedendo verso l'esterno trovasi una listerella di tessuto omogeneo, notevolmente frastagliata ed irregolare, specie sulla superficie interna, a decorso tortuoso, ora piuttosto spessa ora ridotta ad uno straterello esilissimo, alle volte continua per lunghi tratti, alle volte interrotta in più punti sì da formare delle piccole zolle isolate in mezzo al tessuto connettivo.

In mezzo a questo tessuto omogeneo si osservano numerose lacune a forma irregolare, stellate, fusiformi, ramificate, con entro cellule pure di forma irregolare, con protoplasma scarso, nucleo poco colorabile, che alle volte riempiono completamente queste lacune inviando ancora nelle ramificazioni che queste presentano delle espansioni protoplasmatiche; altre volte invece rimane tra la superficie di queste cellule e la parete lacunare un certo spazio vuoto. Sulla superficie interna di questo tessuto, in mezzo al connettivo circostante e specie nelle anfrattuosità che vi si trovano, risaltano subito all'osservazione numerose cellule giganti di varia forma, con molti nuclei. Sparse in mezzo a queste si trovano delle cellule piccole, mononucleate, piuttosto scarse. Il protoplasma di queste due specie di cellule è un po' granuloso; i nuclei sono rotondi, fusiformi, ben colorabili; in alcuni di essi si vedono evidenti grossi nucleoli.

Esternamente a questo strato ed in intimo rapporto con esso esiste uno stroma connettivale (2° strato connettivo), piuttosto compatto, ora molto sviluppato ora poco, il quale in corrispondenza delle interruzioni della listerella sopra descritta si unisce e si confonde collo strato connettivale interno. È ricco di cellule connettivali e presenta fra le sue maglie cellule polinucleate che si insinuano nelle anfrattuosità che presenta lo strato precedente.

Finalmente compare l'ultimo strato o muscolare, in alcune sezioni molto sviluppato, in altre meno. È costituito da fascetti muscolari striati che si presentano in alcuni punti sezionati tra-

sversalmente, in altri disposti in modo longitudinale. Il connettivo interfascicolare sembra un po' ipertrofico; in mezzo ad esso sono evidenti parecchi vasi alcuni di piccolo, altri di grosso calibro. In alcune sezioni attorno ai piccoli vasi esistono focolai ben manifesti di infiltrazione parvicellulare.

**Esame radiografico.** — Per completare lo studio di questo tumore cistico e per avere maggiore materiale su cui fondare un giudizio circa il possibile modo di origine e di sviluppo di esso mi feci fare dal prof. Fochessati una radiografia della regione mentoniera allo scopo di mettere in evidenza specialmente lo stato della radice del canino sinistro, che per l'aspetto e pel colore bianco azzurrognolo della corona ci faceva supporre trattarsi di un dente da latte. In essa (*fig. 3*) si vedono tre incisivi, il canino, il premolare. Dei tre primi si osservano in modo evidente le radici intere e compatte, del canino invece la radice sembra usurata ed in via di assorbimento. Ma ciò che è interessante è la presenza di un corpo affusato, quasi conico, molto opaco, leggermente inclinato, situato sotto e un po' all'esterno dell'impiantazione del canino, con l'estremità superiore acuminata che par che sposti la radice dell'incisivo laterale. Questo corpo è circondato da un alone un po' scuro che risalta sulle parti circostanti. Per la forma speciale, per la posizione che occupa e per l'impermeabilità che presenta ai raggi Röntgen ha tutti i caratteri di un dente in via di sviluppo.

\*  
\*\*

Per quante ricerche istologiche io abbia fatto della parete cistica non mi fu mai possibile dimostrare in essa quell'epitelio pavimentoso tipico o quel tessuto adamantino così caratteristico che quasi tutti gli autori descrivono in questi tumori e che Malassez dimostrò aver sempre un'origine dai germi epiteliali paradentari. È uno stroma connettivo più o meno compatto, ricco di cellule, che costituisce per così dire la fisionomia istologica del nostro caso. Orbene è possibile invocare egualmente la teoria del Malassez? Indaghiamo se qualche altra causa o teoria ne spieghi lo sviluppo in modo plausibile.

Per la sede che occupa in corrispondenza del mento può tale cisti interpretarsi come una di quelle dette cisti mentoniere

congenite? Tale supposizione è a vero dire seducentissima, poichè esse si formano per un imperfetto saldamento delle due branche mandibolari, possono rimaner latenti per lungo tempo e talora tutto ad un tratto in seguito a traumi o ad altre cause svilupparsi rapidamente; ma la presenza dei due denti innchiati nel corpo della mandibola ed aventi rapporti di contiguità colla parete cistica ci fa pensare piuttosto ad un processo di origine paradentaria.

E la teoria periosteale del Magitot, che fa derivare questi cisti dal raccogliersi di un essudato sieroso tra il dente e il legamento alveolo dentario, potrebbe spiegarci l'assoluta mancanza dell'elemento epiteliale che si ha nel nostro caso? Basta considerare un fatto solo per convincersi che neppure questa teoria vale per noi e cioè che la cavità cistica rimaneva perfettamente separata dalla superficie dei due denti inclusi in nicchie proprie nell'osso mascellare.

Se si consulta l'estesa letteratura intorno a quest'importante capitolo di lesioni delle ossa mascellari, ci meraviglia il fatto che di tanti osservatori solo Eve (1), Heath (2) e più recentemente Turner (3) e Hopewell-Smith (4), abbiano negato in alcuni casi l'esistenza di epitelio; anzi debbo ricordare come Malassez a proposito delle osservazioni dei primi inglesi ne dimostrasse l'inverosimiglianza e le attribuisse ad errore di preparazione. Io penso invece che in queste neoplasie cistiche la mancanza dell'epitelio sia sotto forma di uno strato di rivestimento della parete, sia sotto forma di piccole masse irregolari e di cordoni insinuantisi in uno stroma connettivale, non costituisca di per sè un particolare anatomico tale da escludere la teoria paradentaria. In simili casi invero durante lo svolgersi del processo possono talora intervenire speciali condizioni capaci di determinare la scomparsa di quel tessuto. Così una forte pressione esercitata dal contenuto liquido farà sentire la sua azione specialmente sull'epitelio di rivestimento che potrà a lungo andare divenire così sottile e delicato a guisa di endo-

- 
- (1) EVE. *Cystic tumours of the jaws*. "Brit. Jour. of dental science", 1883.  
(2) HEATH. *Thirty five years history of a maxillary tumour*. "Brit. med. Journ.", 1880-1881.  
(3) TURNER. *Journal of Brit. D. Association*. 18:8 Oct.  
(4) HOPEWELL-SMITH. *Patho-Histologie of the teeth*, 1903, London.

telio, da sfuggire ad una osservazione anche minuta o da essere asportato nelle manipolazioni che si praticano per le ricerche istologiche. Anche Hopewell-Smith nella descrizione di un suo caso dice " un leggero strato di cellule epiteliali si crede esista nell'interno della parete cistica e lo rivesta interamente, ma nel particolare preparato, furono probabilmente rimosse dalla manipolazione digitale prima della fissazione „. Oltre a ciò è pure possibile che la parete venga invasa da un'inflammatione a decorso piuttosto acuto che determini lo sfaldamento più o meno completo dell'epitelio. Altro fattore che credo debba tenersi in certa considerazione è rappresentato talora dalla presenza in questi tumori di uno stroma connettivale eccessivamente esuberante e proliferante, che poi retraendosi determina una compressione esagerata, con conseguente sottrazione dei succhi nutritivi, di quegli elementi epiteliali che spesso racchiude entro di sè, i quali necessariamente degenerano e scompaiono per lasciar posto al connettivo invadente.

In base alle cognizioni anamnestiche e alle ricerche istologiche che furono da me praticate, posso ammettere che tutte le condizioni suaccennate furono presenti nel nostro giovane. Lo sviluppo rapido che ebbe a subire la cisti in poco più d'una settimana, conoscendo quanto sia invece tipico un decorso cronico subdolo di questi tumori, ci fa pensare all'intervento di un processo flogistico acuto della parete, accompagnato da emorragie interne, come ce l'attestano i focolai d'infiltrazione parvicellulare degli strati più esterni e la presenza di pigmento ematico nella zona più interna. Riguardo all'esuberanza del tessuto connettivo, cui sopra ho accennato, desidero fermarmi su di una speciale particolarità, che ho rilevato nelle varie sezioni e che traspare da ciò che dissi a proposito dell'esame istologico. Ho visto cioè che il connettivo non riveste solo le qualità di un semplice organo di sostegno ma rappresenta quasi il prodotto di un processo attivo. Altri osservatori fermarono la loro attenzione su questo carattere. Allgayer (1), fu il primo che notò l'importanza che poteva assumere il connettivo in queste neoformazioni dei mascellari e intitolò col nome di " fibroma centrale incistato con sviluppo di epitelio „ un caso in cui lo

(1) ALLGAYER. *Beitrage zur Klinischen chirurg.* Tubingen., 1886.

stroma connettivale costituiva l'elemento predominante. Pure Malassez riporta un caso di fibroma della mandibola in cui trovò resti epiteliali paradentari a scarso sviluppo, mentre la massa prevalente era connettivale. Secondo Haasler (1) i resti paradentari possono dare origine a tumori ora eminentemente epiteliali, ora a tumori di preferenza connettivali, sostenendo anche che si hanno le prime forme in tutti i casi in cui lo sviluppo neoplastico si svolge verso il centro del mascellare, mentre l'altro genere di tumori si riscontrerebbe tutte le volte che si inizia verso la periferia. Ma oltre a questi lavori, degna di nota è l'osservazione di DERNYINSKY (2) in cui le cisti che facevano parte del neoplasma non avevano origine epiteliale, ma invece appartenevano allo stroma connettivale, che era andato incontro alla degenerazione mucosa.

Per queste considerazioni io penso che quest'origine paradentaria del nostro tumore sia ammissibile e spiegabile. Essa è poi confermata dalla presenza di due denti innicchiati entro l'osso, fatto che ci illumina anche intorno alle possibili condizioni eziologiche del nostro caso. Una carie penetrante, un trauma sul mascellare, un'alterazione che avvenga nell'evoluzione del follicolo dentario sono invocate spesso dagli autori come le cause più frequenti di tali produzioni cistiche. Nel nostro giovane nulla troviamo di tutto ciò, per cui mi sembra logico ammettere quest'interpretazione: quel dente canino che abbiamo visto possedere tutti i caratteri di dente permanente, non avendo potuto eromperne per sostituire quello di latte, giunto al momento dello sviluppo della radice avrebbe esercitato una certa pressione sul *gubernaculum* e sul ligamento alveolo dentario, dove si trovano numerosi i resti paradentari, i quali, stimolati, avrebbero proliferato sì da condurre alla formazione di una cisti. Lo stesso concetto può estendersi al dente eterotopico soprannumerario, di cui la radiografia ci svelò la presenza. Fu Albarran (1888) (3), il primo che richiamò l'attenzione su questa speciale condizione eziologica di tali cisti. Quando si

---

(1) HAASLER, *Die Histogenese der Kiefergeschwülste*. Arch für klinische Chirurgie, Bd. 53, Heft 4.

(2) DERNYINSKY cit. " *Clinica Chirurgica* ", 1905.

(3) ALBARRAN, *Kystes des mâchoires: anatomie pathologique, pathogénie et quelques points de clinique*. " *Revue de chirurgie* ", 1888.

sviluppa la radice, in quei casi in cui si abbia una deviazione o chiusura dell'*iter dentis* succede, dice egli, che il dente non trovi più una strada formata e faccia quindi pressione sul *gubernaculum*, cagionando così una proliferazione esagerata dei residui della dentizione. Quest'ipotesi che ci conviene assai per spiegare l'insorgenza del tumore nel nostro giovane, trova un certo appoggio sulle cognizioni moderne di patologia generale. Invero secondo eminenti patologi, quali lo Ziegler (1), Gockel (2), pare ormai sufficientemente dimostrato esistere un nesso causale fra l'insorgere di un tumore e certi stimoli meccanici come ad es. una compressione costante. Quanto allo sviluppo successivo della nostra cisti, si comprende come essa si sia scavata tra i due tavolati ossei del mascellare usurandoli e assottigliandoli in modo notevole fino quasi a farli scomparire. Infatti quella listerella di tessuto omogeneo, compresa tra i due strati di connettivo e che ho descritto essere notevolmente frastagliata e talora interrotta, provvista di numerose lacune irregolari, con entro cellule pure di forma irregolare, ci rappresenta tessuto osseo, unico avanzo del mascellare, tessuto osseo che per il riassorbimento che ha subito dei sali calcarei e per il rapporto intimo che con esso hanno numerose cellule giganti, veri e propri osteoclasti, possiamo considerare colpito da un processo di osteite rarefacente.

#### BIBLIOGRAFIA.

- Intorno all'argomento leggi per la storia e bibliografia le monografie di M. FRIZZONI: *Delle cisti paradentali*, 1904 e di A. CHIAVARO: *Cisti paradentali e protesi delle ossa mascellari*, 1905.
- AVANZI R. *Sullo sviluppo embrio-fisiologico della mandibola*. "Stomatologia", N. 2, 1903.
- BERETTA A. *Contributo alla patogenesi delle cisti cosiddette paradentali congenite*. "Stomatologia", N. 12, 1907.
- DUPLAY e RECLUS. *Trattato di chirurgia*, vol. V, parte I.
- FORGUE. *Trattato di patologia chirurgica*, vol. II.
- FERLITO C. *Un caso di cisti del mascellare inferiore*. "Gaz. Osp. e Clin.", N. 3, 1907.
- TOMES. "Dental surgery", 1859.
- VERNEUIL. *Tumeur polikystique du max. inf.* "Bull. de l'Acad. Med.", 1875, Paris.

(1) ZIEGLER. "Münchner med. Woch.", 1895.

(2) GOCKEL. Arch. f. Verdauungskrank., vol. II.

57170

