

Mia B 70/21.

21-

PROF. SILVIO PALAZZI

---



Quali elementi dentari con le loro  
alterazioni patologiche, costituiscono  
causa di infezione focale

---

*ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. V, 1943*

---

Esemplare fuori commercio per  
la distribuzione agli effetti di  
legge.

PROF. SILVIO PALAZZI

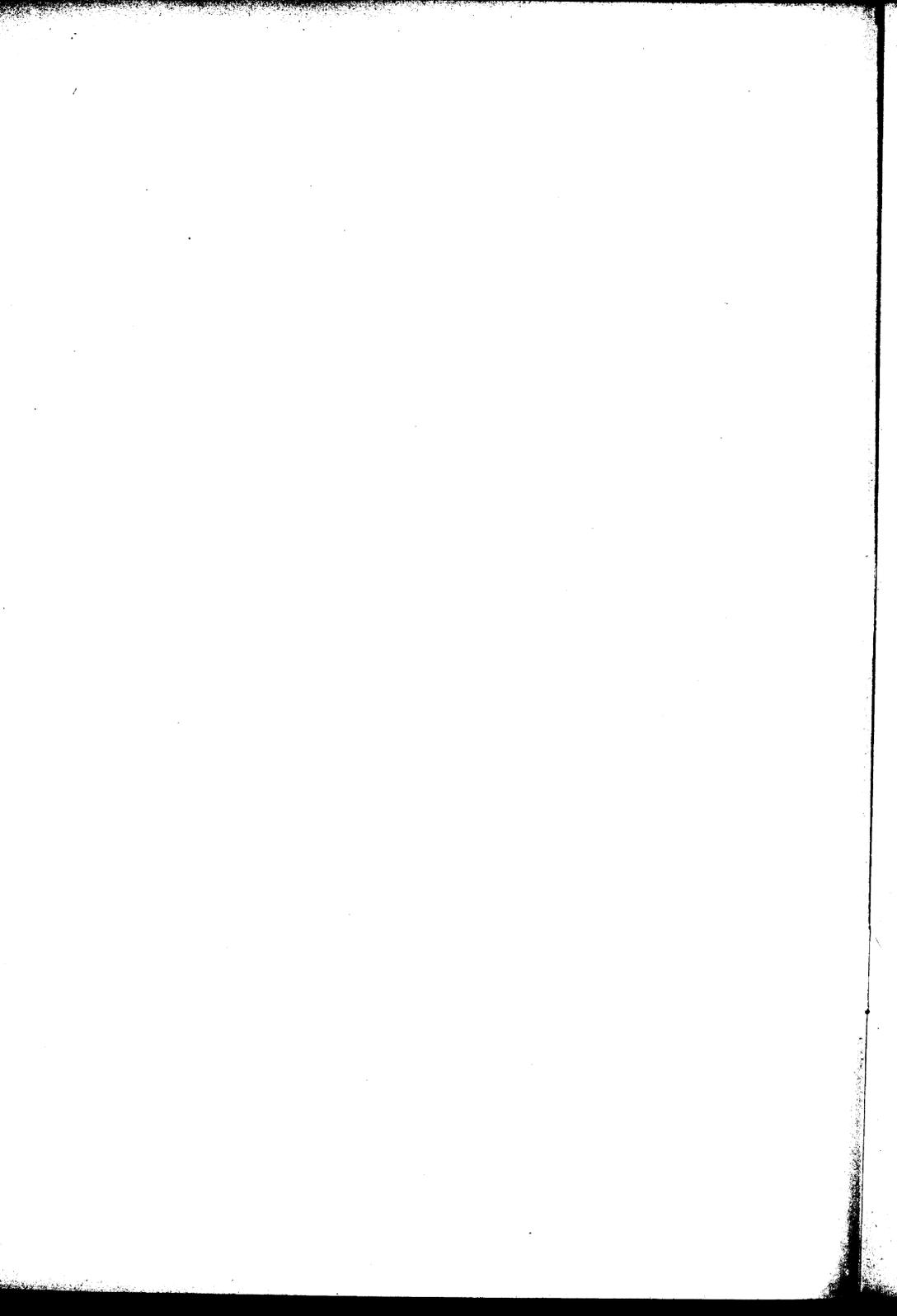
---

Quali elementi dentari con le loro  
alterazioni patologiche, costituiscono  
causa di infezione focale

---

*ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. V, 1943*

---



SILVIO PALAZZI

QUALI ELEMENTI DENTARI CON LE LORO  
ALTERAZIONI PATOLOGICHE, COSTITUI-  
SCONO CAUSA DI INFEZIONE FOCALE

**P**ER quanto l'Odontoiatria, come materia di esame nel corso per la laurea in medicina e chirurgia sia insegnata in tutte le Università del Regno, è osservazione comune durante esami di Stato, che le cognizioni specialistiche odontologiche nel campo della medicina ed i riflessi che l'Odontoiatria ha nella medicina stessa non sono ben chiaramente conosciuti dai medici generici. Bisogna riconoscere che la nostra specialità non incide largamente nella cultura dei medici pratici e si capisce per varie ragioni: l'Odontoiatria è per i tre quarti a contenuto tecnico operativo, si stacca dall'ordine degli studi medici generici e, d'altra parte, la modesta attrezzatura dell'insegnamento nelle Università fa sì che le cognizioni dell'Odontoiatria nei laureati non possano essere profonde. Si può concludere che a questa mancata cultura odontoiatrica, debbansi attribuire errori di diagnosi, a proposito di infezioni focali di origine odontogena, espresse da medici generici. Molti odontoiatri hanno osservato che pazienti a loro inviati da medici generici, anche distinti, per giudizi sulla presenza di eventuali focolai di sepsi stomatogena, non presentavano nè all'esame radiologico nè all'esame semeiotico e clinico elementi positivi. Ricordo di avere visti considerati come elementi settici stomatogeni semplici fatti gengivali che si svolgevano del tutto in superficie, fatti cariosi di denti con cavità vaste e dal contenuto putrido, ma che non toc-

cavano la polpa e per conseguenza completamente al di fuori dalla circolazione, processi morbosi paradenziali, assolutamente privi di funzione focale ecc. È un fatto che anche nei trattati di medicina non vi è solitamente una larga trattazione dell'infezione focale con particolari specialistici interessanti l'Odontoiatria; tutti questi elementi negativi incidono sulla cultura dei medici generici. Generalmente poi, la diagnosi del medico nei riguardi del focolaio dentario è manchevole dal punto di vista radiologico: d'altronde si capisce che il medico generico non possa eseguire tutte le indagini che sono possibili allo specialista ed è noto che un *focus* dentario può essere rivelato talvolta solo dal radiogramma. Daremo pertanto in questa breve pubblicazione alcuni dati sugli elementi dentari che dal punto di vista diagnostico odontoiatrico possono considerarsi foci. Diremo innanzi tutto che esistono delle affezioni dentarie che non potranno e non possono essere mai foci, queste sono le lesioni dei tessuti duri e le lesioni superficiali del paradenzio. Tutti gli altri processi che determinano alterazioni patologiche dei tessuti molli, polpa e periodonto, e tutte quelle lesioni che determinano l'approfondirsi di un processo settico in corrispondenza dei tessuti paradenziali, queste possono essere lesioni da considerarsi *foci*; quindi dobbiamo concludere che non è l'elemento dentario in sé il quale costituisce un *focus*, ma sono i tessuti con esso confinanti i quali possono, andando incontro a particolari alterazioni patologiche, diventare cause di sepsi focale stomatogena. Daremo innanzi tutto qualche nozione sull'*odontone*. Generalmente si classificano i *denti* come causa di infezione focale: la dizione non è esatta; bisogna dire che l'*odontone* o più *odontoni* possono essere causa di infezione focale, poichè il dente è una entità anatomica (costituita solo da una parte dura che racchiude un tessuto molle: la polpa) in rapporto con l'osso per un complesso di fibre, ma l'*odontone* è l'elemento « dente » più tutti quei tessuti che legati intimamente al dente ed all'osso mascellare, per un complesso di vie nervose e nutritizie, costituiscono i punti in corrispondenza dei quali si formano le alterazioni che possono diventare causa di infezione focale. Così nell'*odontone* si distingue il « dente » propriamente detto ed il suo « paradenzio »: ambedue questi elementi costituiscono l'*odontone*. Il paradenzio va incontro ad un com-

plesso di fenomeni biologici ed evolutivi contemporaneamente e parallelamente al dente; esso diventa adulto con l'organismo ed invecchia con lui; così del pari come invecchia il dente, invecchia anche il paradenzio, pertanto dente e paradenzio già legati dal punto di vista embriologico, biologico, patologico e terapeutico, vivono una vita reciproca, si evolvono e si involgono parallelamente fino alla caduta del dente. Con questo fatto, anche il paradenzio si elimina e per conseguenza si può dire che il paradenzio segue il destino del dente corrispondente e viceversa. Il dente è stato considerato per molto tempo come un elemento soggetto ad un complesso di fenomeni morbosi facilmente schematizzabili: la carie era altra volta il fatto morboso che comprendeva tutto lo scibile patologico riguardante il dente assieme a quell'altro complesso di fenomeni morbosi che si chiamavano «*piorrea alveolare*». Le cognizioni odierne però hanno messo in evidenza fenomeni morbosi vari dal punto di vista diagnostico-sintomatologico e dal punto di vista anatomo-istologico; nozioni che hanno interesse per le infezioni focali e delle quali daremo una rapida rassegna indicando ed illustrando particolarmente quei processi morbosi che possono essere riguardati come frequenti focolai primari per un'infezione focale. Daremo anche qualche cognizione su quelle alterazioni patologiche che solitamente non possono essere causa di infezione focale.

**PULPOPATIE.** — Il tessuto pulpare, costituito da una trama connettivale stromatica nella quale sono posti vasi, nervi e cellule, è contenuto nella teca smalteodentinale del dente, e può presentare processi acuti, subacuti e cronici che, con varia sintomatologia e con vario aspetto istopatologico, si devono considerare come elementi di studio della sepsi focale. Si può affermare che generalmente le pulpopatie non sono fenomeni morbosi determinanti sepsi focale; sono stati fatti studi accurati in proposito, questi non sono però ancora decisivi ed anche gli studi della Scuola di Frugoni, che hanno contribuito a portare molta luce sull'argomento dell'infezione stomatogena e nemmeno le indagini americane, hanno potuto offrire elementi decisivi per affermare che una pulpopatia possa essere il punto di partenza di infezioni focali. Sarebbe inte-

ressante eseguire una serie d'indagini, specialmente nelle forme così dette gangrenose, nelle quali esistono fenomeni putrefattivi di maggiore o minore gravità che si svolgono dentro la cavità del dente. Tuttavia noi consideriamo questi processi indipendenti da qualunque processo paradenziopatico o periodontopatico; per conseguenza, noi riteniamo, che le pulpopatie non possono essere secondo gli studi eseguiti fino ad oggi, considerate come elemento di infezione focale. Per quanto riguarda il diagnostico delle pulpopatie rimandiamo ai trattati di odontoiatria ed anche ai manuali.

LE PERIODONZIOPATIE. — Queste alterazioni interessano particolarmente quel complesso di fibre che tengono in rapporto il dente all'osso alveolare e che costituiscono una parte del paradenzio. Generalmente tutti sono d'accordo nel riconoscere una notevole importanza a tali affezioni ed anche la Scuola di Frugoni ha richiamato particolare attenzione su di esse. È opportuno però rammentare che nelle periodonziopatie si possono trovare diversi aspetti morbosi i quali presentano varie manifestazioni ben distinguibili dal punto di vista anatomo-patologico ed illustrate in tutti i trattati. Ma quali fra le diverse periodonziopatie possono costituire elemento focale primario e quali al contrario non possono essere considerate tali? Dovremo innanzi tutto fare una divisione fondamentale tra forme acute, forme subacute e forme croniche: in generale la forma acuta è un processo che decorre con una sintomatologia talora imponente e con aspetto talvolta preoccupante per lo stato generale grave. È difficile però che un processo del periodonto a decorso acuto, cronicizzandosi a breve distanza dalle manifestazioni acute possa diventare elemento focale. Può bensì un fenomeno periodontale acuto determinare fatti setticemici, ma qui siamo in un campo diverso da quello della sepsi focale che si può considerare più che una sepsi, una subsepsi. L'infezione focale invece si vede con grande frequenza nelle forme croniche lunghe, nelle quali si osservano numerose manifestazioni sintomatologiche in quanto ci permettono di scoprire un complesso di fatti che, per l'argomento di cui stiamo occupandoci hanno un valore fondamentale. Ricorderemo così le periodonziopatie granulative apicali che sono considerate causa frequente di infezione focale.

Le *periodonziopatie granulative* però non dobbiamo considerarle solo come malattie del periodonto, ma come fenomeni morbosi che dal periodonto si trasmettono all'osso contiguo; abbiamo quindi non solo un processo periodontale ma anche un piccolo processo osteomielitico dell'osso che circonda il dente, processo osteomielitico che con grande frequenza può costituire un elemento focale primario. Negli stati granulativi, essendo distrutta la corticale alveolare, i germi trovano più facile via di diffusione poichè il processo infiammatorio in tali casi si diffonde nel vicino tessuto che non ha netti confini (topograficamente contiguo al tessuto spugnoso) e pertanto rinchiuso nel corpo dell'osso senza alcun drenaggio. Come si vede si verificano in questo caso le migliori condizioni in senso focale per il focolaio settico in comunicazione con la corrente sanguigna.

Oltre a queste periodontopatie granulative, abbiamo le *periodontiti apicali granulomatose o periodontopatie apicali granulomatose*. Il granuloma dentario è un elemento patologico che è stato accuratamente descritto e studiato, ma i granulomi dentari non devono essere considerati tali nel senso anatomopatologico ed istopatologico della parola, ma come manifestazioni della periodontite. Essi sono costituiti da una membrana reattiva con un contenuto generalmente costituito da detriti risultanti dalla lotta dell'organismo contro l'infezione; la periodontite granulomatosa è una affezione da considerarsi di notevole importanza nell'infezione focale. Infatti in numerosi casi che sono stati veramente dimostrati di origine focale stomatogena dal punto di vista radiologico, ci si è trovati di fronte a fenomeni di vero e proprio granuloma dentario. Oltre a queste affezioni periodontopatiche dobbiamo ricordare la *periodontite plastica* che è una forma funzional<sup>e</sup> in quanto è determinata da fatti meccanici; è un elemento patologico che non ha un movente settico e per conseguenza non può essere considerata come elemento focale, tuttavia potrebbe divenirlo in quanto una periodontite plastica potrebbe costituire un *locus resistens minoris* in corrispondenza del quale si possono insediare germi che poi potrebbero dar luogo ad una forma granulativa. Ricorderemo ancora la *periodontite tubercolare* con la tubercolosi dell'apofisi alveolare per le quali si possono verificare localizzazioni in organi

lontani con lo stesso meccanismo della sepsi orale. A lato delle periodontiopatie ricorderemo le *cementopatie*, cioè le alterazioni del cemento, che hanno importanza perchè possono presentare, come fenomeno di notevole interesse patologico, la morte del cemento. Se il cemento muore, il dente ha il suo cortice esterno in rapporto col tessuto vivente in istato tale, da costituire un focolaio necrotico. Si può quindi in questa zona, propagandosi il processo settico all'osso contiguo, formare la base per una sepsi focale.

La *cisti dentaria* (altro processo da considerarsi come fenomeno reattivo e che non dovrebbe costituire elemento focale) è un processo morboso che non interessa fundamentalmente il nostro argomento; a meno che un processo cistico vada incontro a fenomeni suppurativi, che con l'usura della parete possano mettere in comunicazione diretta con l'osso il focolaio settico.

Un altro capitolo della patologia dell'odontone è costituito dalle paradenziopatie con i processi che altra volta venivano con una unica denominazione, raggruppati sotto il nome di « piorrea alveolare ». Oggi con una terminologia moderna, da me proposta fin dal 1927, chiamiamo questi processi « paradenziopatie ». Questo capitolo ha una grande importanza, dal punto di vista delle infezioni focali stomatogene. Però anche qui, per mia osservazione diretta, sono stati individuati dei grandi equivoci. Fenomeni molto vari sono stati studiati con grande cura e trovati negativi come elementi focali primari, ma statistiche in argomento non ve ne sono; è però possibile dare un concetto sintetico che proviene dalla nostra esperienza: le paradenziopatie devono essere prese in seria considerazione dal punto di vista dell'infezione focale, ma dobbiamo anche ricordare che vi sono paradenziopatie che non possono dar luogo a fenomeni da sepsi stomatogena. La paradenziopatia infatti, deve essere considerata, dal punto di vista della possibilità di diventare *focus*, come processo di minor valore confrontato col granuloma, in quanto è un processo aperto che versa nel torrente della saliva gran parte degli elementi settici e putridi che lo caratterizzano e quindi in un buon numero di casi deve considerarsi negativo. Piuttosto è da considerarsi sotto l'aspetto della piofagia. Gli stati granulativi al contrario, che si svolgono in una zona chiusa in diretto contatto col torrente sanguigno, costituiscono

elementi settici di maggior valore. Tutti questi concetti non sono specifici tuttavia, ma generici, poichè lo studio accurato dei singoli casi deve poter portare ad un diagnostico esatto circa l'insorgenza di una sepsi focale stomatogena. Nelle forme di paradenziopatia poi, dobbiamo rammentare l'elemento infettivo e l'elemento involutivo-distrofico: si comprende che nei casi di affezioni paradenziopatiche involutive, non avremo elementi primitivi focali se non si aggiungeranno agli elementi involutivo-distrofici dei fenomeni infettivi, il che tuttavia è facile intervenga data la debolezza del tessuto paradenziale ed il *locus resistantia minoris* costituito. Dal punto di vista semeiologico, l'esame delle affezioni morbose che fino a qui abbiamo ricordato, è di stretta natura specialistica. Non è il caso quindi di illustrare tale argomento, poichè solo medici odontoiatri con l'attrezzatura strumentale adatta, possono essere in condizioni di eseguire un appropriato esame per rivelare infezioni focali. Dal punto di vista diagnostico, è attualmente allo studio, anche nella nostra clinica che se ne occupò per prima in Italia, il metodo della provocazione.

Questo metodo viene applicato dopo che si è riscontrato il focolaio dentale sospetto con i comuni mezzi d'indagine radiologica e consiste nell'indurre sul focolaio una eccitazione tale, da provocare segni manifesti della sua presenza determinandone una fase di attività. Il focolaio viene eccitato mediante irradiazioni con onde corte e la sua fase attiva è caratterizzata da un aumento nella velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

Dal punto di vista terapeutico, le cognizioni non sono diverse da quelle della semeiologia: anche qui dobbiamo richiamarci a cognizioni del tutto specialistiche. La terapia è sempre stata indicata sotto l'aspetto della sepsi focale, come demolitiva. Siamo però convinti che talvolta può essere anche attuata una cura conservativa. Si comprende che sacrificare un elemento dentario rappresenta un piccolo danno di fronte al pericolo della sepsi, ma prima di indicare un elemento dentario come responsabile di una sepsi di origine focale e quindi demolirlo, bisogna essere cauti per non sacrificare inutilmente elementi dentari che possono avere notevole importanza per la masticazione e la statica di eventuali apparecchi di protesi. Tanto la terapia demolitrice, come quella conservativa,

sono di dominio della pratica specialistica, ma è bene che il medico generico si renda conto che la terapia dentaria conservatrice può portare all'eliminazione del focus primitivo. A questo proposito dobbiamo distinguere i denti pluriradicolarati dai denti monoradicolarati. Nei primi, la tecnica, per quanto precisa ed accurata, porta frequentemente all'insuccesso, mentre si può avere fiducia che una tecnica esatta, in un dente monoradicolare, può portare ad un buon risultato. Bisognerà pertanto regolarsi a seconda dei casi. È noto che le indagini batteriologiche eseguite su denti curati *lege artis*, già affetti da lesioni periapicali, presentano solo il 70 % di sterilità; le indagini radiologiche su denti con radici curate già affette da fatti rarefattivi in corrispondenza della regione apicale, nel 50 % de' casi presentano la eliminazione totale completa del granuloma, nell'altra metà lo stato rarefattivo o si riduce o resta inalterato, però bisogna notare che in un 20 % di questi ultimi casi, le indagini batteriologiche dimostrano che essi non sono sterili. Altro metodo terapeutico da ricordarsi è un metodo chirurgico: la resezione apicale, cioè l'asportazione della zona dell'apice in corrispondenza della quale si annidano i germi. Però anche la resezione apicale non è un mezzo assolutamente sicuro, poichè in seguito ai controlli che sono stati eseguiti, si sono osservati degli insuccessi almeno nel 14 % dei casi. Di conseguenza, dal punto di vista della tecnica conservativa, dobbiamo ricordare che i successi, nei casi d'infezione focale, sono legati alle probabilità di guarigione che in sintesi abbiamo ricordato colle statistiche suddette. Per quanto riguarda la profilassi, dovremo ricordare che questa ha un'importanza di ordine fondamentale, perchè può portare alla prevenzione dell'infezione focale. Si trovano infatti in molti soggetti, all'esame radiologico, parecchi foci primari, l'intervento sui quali (sono allo stato potenziale e non allo stato reale ed infettivo con funzione settica), può portare la diminuzione o la scomparsa di essi, per conseguenza la terapia dentaria delle lesioni del paradenzio apicale, è una terapia che in un gran numero di casi può essere considerata diretta alla profilassi dell'infezione focale stomatogena. Queste misure profilattiche mettono l'odontone in condizioni di non andare incontro a modificazioni che possono produrre il *focus* vero. Ciò può realiz-

zarsi con una bonifica generale della bocca dei soggetti che solitamente non vengono alle nostre cure, in questo campo molto può fare una organizzazione che come quella preordinata con recenti decreti promossi dalla Direzione Generale di Sanità, porterà ad avere in tutti gli ospedali un reparto stomatologico ed odontoiatrico. A lato di queste provvidenze, occorre combattere l'improvvisazione degli specialisti in odontoiatria che senza preparazione adeguata esercitano la professione, conoscendo solamente dei rudimenti di essa dal punto di vista tecnico e mancando degli elementi fondamentali patologici.

*QUALI EFF-  
MENTI DENT.I-  
RI ECC.*

#### RIASSUNTO

Dopo avere premesso alcuni concetti sulla scarsa preparazione specialistica odontoiatrica nei medici generici, l'A. dà alcune nozioni sintetiche sui focolai dentarii capaci di determinare sepsi focale. Esamina poi le diverse affezioni morbose dei denti e le analizza sotto il particolare aspetto dell'infezione focale descrivendo quelle che possono indurre infezione focale e quelle che al contrario non possono determinarla.

Date alcune nozioni sulla semeiologia del focolaio settico dentario e sulla sua diagnostica, espone concetti sintetici sulla terapia chirurgica e medicamentosa specialistica.

Conclude affermando che le preordinate provvidenze per i reparti specializzati di stomatologia ed odontologia negli ospedali del regno, potranno dare proficui risultati in questo campo come del pari, nel campo diagnostico; una migliore cultura odontologica dei medici generici perfezionerà i risultati terapeutici in questo settore della medicina.

97941

Esemplare fuori commercio per  
la distribuzione agli effetti di  
legge.

1911

