

Misc B 72/

49

Prof. Dott. PAOLO ALBANESE

La morbilità dentale e paradentale nel nostro esercito

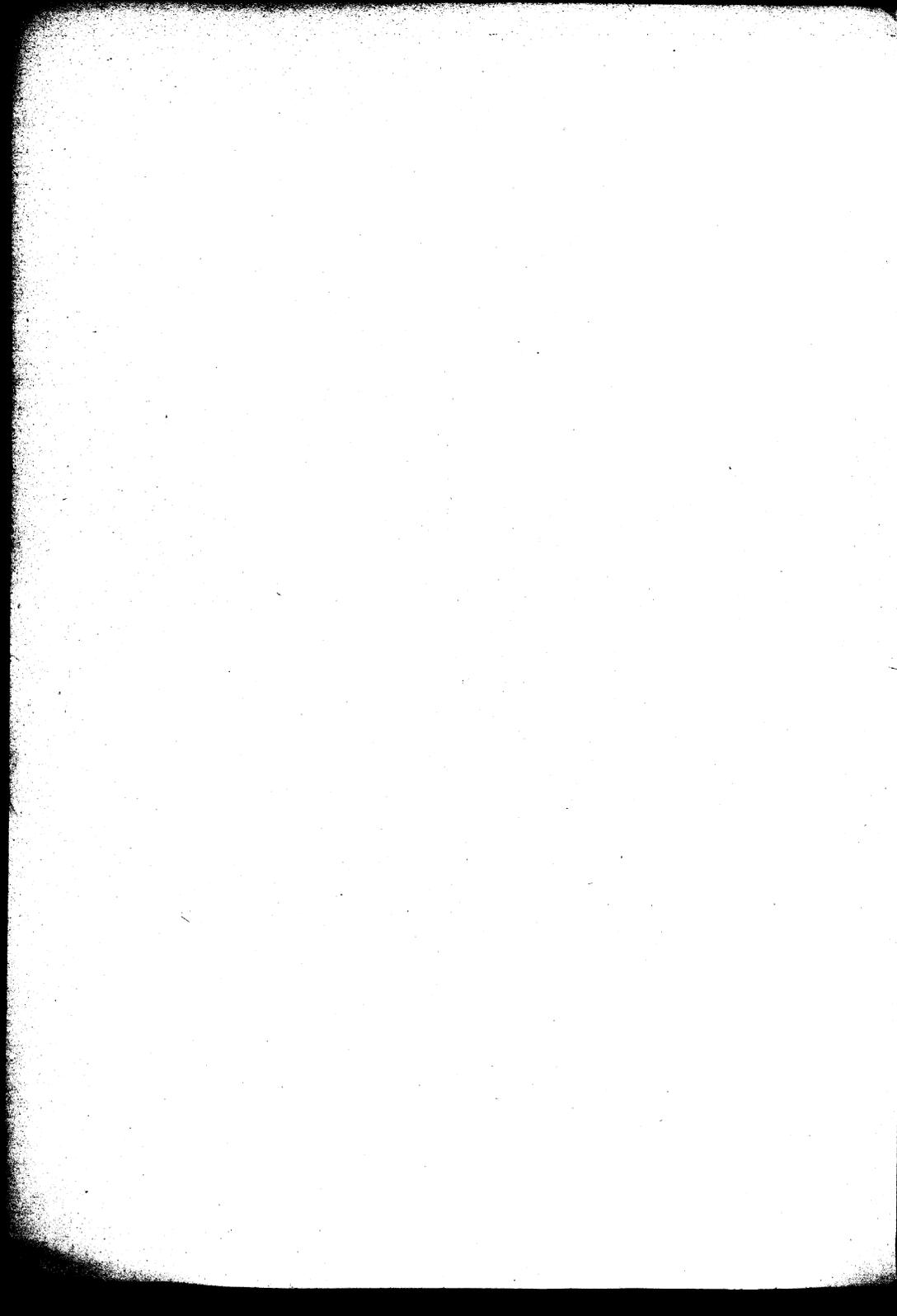
Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1942-XXI

NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA

VIA ADDA 129-A



AMBULATORIO ODONTOIATRICO DI ARMATA N. I

LA MORBILITÀ DENTALE E PARADENTALE NEL NOSTRO ESERCITO

PROF. DOTT. PAOLO ALBANESE

Capitano Medico Dirigente

Nell'agosto del decorso anno, per ordine delle superiori autorità militari fui distaccato dalla direzione di un ospedale da campo per svolgere un nuovo compito in un organismo di nuova formazione, l'ambulatorio odontoiatrico di Armata.

A differenza della bennota autoambulanza odontoiatrica, di cui è provvisto il Corpo di Armata, questo reparto assumeva carattere di una certa stabilità, avendo bisogno per il suo funzionamento, di un locale a sede fissa. Riservandomi di esporre più diffusamente in altro mio scritto la funzione ed il rendimento, traccio nella presente nota su basi statistiche, il quadro della morbidità dentale e paradentale del nostro soldato, che, esaminato in zona di operazioni, dovrebbe rappresentare già un elemento selezionato. Per tale motivo le cifre che balzano dai dati statistici risultano veramente impressionanti e giustificano in pieno la istituzione di questi nuovi reparti odontoiatrici che sono per l'Esercito di vitale necessità. Il presente studio oltre che mettere in rilievo questo lato della Sanità militare, mi ha dato modo di confrontarlo con un altro da me condotto qualche anno addietro sui tubercolotici polmonari (vedi «Studio stomatologico su 500 casi di tuber-

colosi polmonare», Riv. It. di Stom., n. 7-8, 1937).

Il confronto è risultato ricco di deduzioni e porta un nuovo contributo allo studio sulla patogenesi della carie dentaria e delle paradenziopatie.

I casi esaminati sono stati 300, dei quali 130 venuti spontaneamente all'ambulatorio per cura, gli altri 170 non chiedenti visita. In rapporto all'età vanno dai 20 ai 40 anni. Circa la provenienza il numero maggiore è dato dal Distretto di Perugia, dovuto alla presenza di una Divisione di detto centro di mobilitazione, seguito da quello di Frosinone, di Roma, di Orvieto per un totale di 85 casi; per il resto tutte le regioni d'Italia sono rappresentate.

Carie dentaria. — Per simile affezione si è esaminato attentamente ciascun dente, seguendo un criterio già adottato nello studio sui tubercolotici polmonari, e cioè tenendo conto dei denti già perduti o spontaneamente o da estrazione per l'affezione stessa, ed escludendo invece quelle forme molto superficiali, che senza avere ancora intaccato lo spessore smalteo si presentano con l'aspetto di macchie. Ed eccone i risultati:

		A R C A T A S U P E R I O R E																	
Formula dell'arcata dentaria		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
Denti mancanti per carie	. . . . .	12	26	68	42	38	9	5	6	7	8	5	52	47	86	22	13	Totale	446
Denti cariati	. . . . .	9	18	29	17	12	2	7	11	10	8	6	20	14	23	16	8	"	210
Somma dei denti mancanti e cariati	. . . . .	21	44	97	59	50	11	12	17	17	16	11	72	61	109	38	21	"	656
		A R C A T A I N F E R I O R E																	
Formula dell'arcata dentaria		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
Denti mancanti per carie	. . . . .	6	23	79	21	5	0	0	0	1	0	3	8	22	89	23	12	"	292
Denti cariati	. . . . .	15	20	25	9	2	0	0	0	2	1	2	7	9	28	21	23	"	164
Somma dei denti mancanti e cariati	. . . . .	21	43	104	30	7	0	0	0	3	1	5	15	31	117	44	35	"	456
Somma dei denti mancanti e cariati dell'arcata superiore ed inferiore	. . . . .	42	87	201	89	57	11	12	17	20	17	16	87	92	226	82	56	Totale	1112

Come si vede, i denti maggiormente colpiti dalla carie sono i 4 primi molari; simile concordanza si nota anche a carico dei secondi molari, pur essendo preceduti per ordine di frequenza dal primo e secondo premolare superiore di sinistra e secondo e primo premolare superiore di destra, dal secondo premolare inferiore sinistro e destro.

Completamente immuni risultano l'incisivo centrale destro inferiore, l'incisivo laterale destro inferiore, il canino destro. Sui 300 militari esaminati, 38 risultarono immuni dal processo carioso. Si avrebbe perciò una percentuale di immunità del 12,66 e per conseguenza di morbilità dell'87,34!

Similmente al criterio seguito nello studio della carie dentaria sui tubercolotici polmonari, i 300 soggetti in esame si sono divisi in 4 gruppi:

I gruppo. Dentatura sana con qualche carie superficiale.

II gruppo. Qualche carie superficiale con una sola carie penetrante.

III gruppo. Qualche carie superficiale e carie penetranti fino a 3 denti.

IV gruppo. Carie penetranti in più di 3 denti.

Mettiamo ora a confronto i 4 gruppi dei 300 militari presi in esame con quelli di 250 tubercolotici di sesso maschile.

CARIE DENTALI DEI MILITARI

I. gruppo n. 51 con massima frequenza a 21 anni	
II. " " 46 " " " 27 "	
III. " " 70 " " " 25 "	
IV. " " 133 " " " 28 "	

CARIE DENTALI DEI TUBERCOLOTICI

I. gruppo n. 48 con massima frequenza a 25 anni	
II. " " 43 " " " 25 "	
III. " " 58 " " " 24 "	
IV. " " 101 " " " 30 "	

Dal confronto si può dedurre che l'andamento del processo carioso sia nei militari che nei tubercolotici è presso che uguale. Sia negli uni che negli altri il gruppo più numeroso è dato dal quarto, cioè dove la carie si presenta più grave e diffusa. Anche la massima frequenza rispetto all'età si aggira intorno ai 30 anni nel quarto gruppo, mentre negli altri oscilla ad età inferiori. Il che induce ad ammettere che indipendentemente da una eventuale tubercolosi polmonare, il processo carioso si va sviluppando man mano che si avvanza con l'età fino ai 30

anni: valida tesi per sostenere maggiormente ciò che avevo già affermato, essere cioè il processo carioso non influenzabile dalla infezione tubercolare. Con ciò cade l'ipotesi sulla decalcificazione dentaria nella tubercolosi come fattore predisponente al processo carioso. Già non è stato possibile dimostrare categoricamente che il processo carioso presupponga di necessità una decalcificazione e si è solo ipotizzato, per via puramente induttiva, che essendo i tessuti duri del dente molto ricchi di sali di calcio ed essendo noto che in detti tessuti un ricambio minerale esiste, potesse un metabolismo deficitario portare ad una diminuita capacità di resistenza, ipotesi pura e semplice, non suffragata da positivi dati sperimentali, mentre tutto fa supporre che il meccanismo immunitario dei tessuti duri del dente, pur essendo diverso da quello di altri tessuti, debba essere, al pari di tutti gli altri, molto complesso e perciò molto oscuro. A me è sembrato nei miei studi sulla encefalite epidemica e sulla ulcera gastrica, dove si può presentare quella sindrome da me definita odontomalacica, secondo cui si assiste ad un quadro morboso che s'inizia con una macchia bianca del colletto e termina colla perdita dell'intera corona dentaria a volte in breve volgere di tempo fino alla perdita dell'intera dentatura, che non fosse estraneo il sistema nervoso centrale nell'alterare il metabolismo dentario, portando di conseguenza un depauperamento calcico e con ciò una diminuita capacità di resistenza di fronte ai comuni germi della bocca, che dallo stato saprofitario passerebbero a quello parassitario. E' certo che la dottrina parassitaria o la chimico-parassitaria ha fatto il suo tempo, quando si consideri che non si è riuscito mai a dimostrare sperimentalmente la specificità d'un determinato agente microbico. Ma vi sono dei fatti clinici nel processo carioso che superano di gran lunga qualunque dato sperimentale e fanno vedere chiaramente come è nell'intimo dell'organismo e non nel mondo esterno che va ricercato il complesso e quanto mai oscuro meccanismo patogenetico, e come quello da me indicato, il nervoso, al quale si allaccia per il meraviglioso concatenarsi dei fenomeni in Natura, l'endocrino, il vitaminico, l'attinico (vedi la «Teoria neurotrofica patogenetica della carie dentaria» La Stom. N. 3, 4, 5, 1928), non possa che rappresentare soltanto il filo conduttore.

Simili fatti clinici ubbidiscono alle seguenti leggi:

1) *La sistematicità della carie dentaria.* Noi abbiamo veduto nella statistica dei 300

casì presi in esame come i primi molari siano i più colpiti e per la sistematicità del fenomeno anche i premolari e secondi molari.

2) *La simmetricità della carie dentaria*, fenomeno anche questo già noto come il primo. Nei nostri 300 casi ho potuto osservare la carie simmetrica in ben 140, ossia circa nella metà dei casi.

3) *La periodicità della carie dentaria*. Confrontando l'andamento del processo carioso nei militari e nei tubercolotici, ossia in individui sani e malati, abbiamo veduto come esso segua approssimativamente lo stesso sviluppo, raggiungendo il massimo della gravità e della frequenza verso i 30 anni. Ciò dimostra che indipendentemente da una malattia infettiva grave, come la tubercolare, che è quella più chiamata in causa come malattia decalcificante e quindi favorevole allo sviluppo della carie il processo carioso segue il suo corso, direi quasi fatale, sviluppandosi nell'età giovanile e toccando il suo vertice verso i 30 anni.

Chi guarda a questi fatti clinici con occhio adusato alla critica, non può assegnare che scarso valore all'eziologismo esterno microbico, dove, come abbiamo già detto, non si è potuto nemmeno individuare l'ipotetico germe, o a qualunque altra causa esogena che potesse compiere il miracolo di colpire i denti sistematicamente, simmetricamente, periodicamente.

Da quanto siamo venuti esponendo si deve dedurre che il complesso patogenetico va ricercato nello stesso organismo.

Abbiamo già fatto cenno al valore da attribuire al sistema nervoso, come, attraverso la osservazione clinica di due malattie, l'encefalite epidermica e l'ulcera gastrica, mi è parso di evidenziare. Con tale riconoscimento, con l'ammettere cioè il sistema nervoso come sovrano regolatore di molte funzioni organiche, fra le quali la trofica a carattere direi quasi universale, noi mettiamo l'organo dentario in intima armonia col restante organismo, svalORIZZANDO in tal guisa quell'autonomia cellulare, che già ebbe il suo periodo aureo nel campo dell'anatomia patologica. Di guisa che nel nostro caso concreto del processo carioso noi vediamo non solo una diminuita capacità di resistenza cellulare, uno stato cioè meiofragico locale, ma vediamo anche come simile stato debba mettersi in rapporto con lesioni o anche con semplici disfunzioni del sistema nervoso. Con la partecipazione del sistema nervoso al trofismo dentario noi possiamo spiegare la simmetricità della carie; per la sistematicità della carie debbono agire dei fattori complessi a noi

ignoti, per quanto il sistema nervoso dovrebbe costituire sempre il filo conduttore per i legami che lo uniscono a quell'altro meraviglioso sistema che è l'endocrino. Come il sistema nervoso è quello che regola l'universale trofismo organico, così l'endocrino è il supremo regolatore dello sviluppo: le ghiandole endocrine ci fanno crescere, maturare, invecchiare. Come non ammettere la loro influenza, anche se ce ne sfugge completamente l'intimo meccanismo, nel determinismo della sistematicità della carie, quando ben si conosce una precisa cronologia di sviluppo del sistema dentario? Possono i premolari e molari essere più suscettibili a cariarsi perchè quel determinato periodo dello sviluppo dei rispettivi germi dentarii può coincidere con una fase critica dei rapporti interormonici. E lo stesso dicasi della periodicità della carie. E' un fenomeno meraviglioso anche questo, di assistere al maggiore sviluppo della carie verso i 30 anni. Abbiamo già veduto come il fenomeno corra parallelo nei sani e nei tubercolotici. Questo fatto scaturitomi dal confronto nello studio dei due gruppi, dà una spiegazione ad un fenomeno che mi sembrava paradossale, essere cioè, come riferivo nel citato mio studio sui 500 casi di tubercolosi polmonare, la tubercolosi polmonare e la carie dentaria inversamente proporzionali in rapporto allo stato di gravità. E' che il periodo della maggiore gravità nella tubercolosi polmonare, secondo la mia statistica del già citato studio, è al di sotto dei 23 anni, mentre quello della carie è intorno ai 30. Nella stessa tubercolosi polmonare, ove non vi è sorta di dubbio sul suo eziologismo microbico specifico, il terreno organico, di fronte ai fatti clinici che la sola batteriologia era incapace di interpretare nel loro giusto valore, ha attirato sempre di più l'attenzione degli studiosi, dando quasi l'impressione di un cammino a ritroso, mentre in realtà non si fa che avanzare sempre più profondamente nell'indagine, fino ad invertire il concetto secondo cui la malattia infettiva non è tanto sostenuta dalla virulenza del germe quanto dalla recettività dell'organo. E superato ancora il concetto di localizzazione, in quanto non vi è cellula dell'organismo che possa vantare autonomia assoluta, siamo costretti a portare la nostra indagine sull'intero organismo. Di qui la dottrina costituzionale, fondata da Ippocrate, padre della Medicina, e riorita specie in virtù di clinici italiani. Lo studio sulla costituzione porta con sè inevitabilmente quello sulla eredità, con tutti i suoi gravi e ancora insoluti problemi; onde appare ben misera cosa la nostra opera,

quando man mano che si sale per l'erto sentiero dell'indagine scientifica, vediamo l'orizzonte allargarsi smisuratamente. E non è affatto vero che la patologia dentaria possa presentare quesiti più semplici della patologia di qualunque altro organo, perchè ogni cellula, ogni tessuto, ogni organo, ogni sistema ubbidisce alle medesime leggi che governano la vita dell'intero organismo. Per quanto concerne la carie dentaria, l'osservazione dei fenomeni soggetti alle tre leggi già ricordate della sistematicità, simmetricità e periodicità, ci porterebbe inevitabilmente ad affrontare problemi gravissimi sulla costituzione e sulla eredità, e cioè molto lontano, il che non è nel programma del presente studio. Ma oso appena accennare ad un quesito che sorge alla mia mente: ammesso cioè che la carie dentaria, come del resto è opinione di qualche studioso, sia malattia ereditaria, si potrebbe ammettere anche che l'ereditarietà non si manifesti come semplice predisposizione, ma come lesione stabile, irreversibile. E se l'ipotesi corrispondesse al vero sarebbe un gravissimo segno involutivo, in virtù della legge biologica secondo cui un organo che non risponde più alla propria funzione è destinato prima a degenerare e poi a perire. Nè l'ipotesi è eccessivamente arida quando appena si rifletta che l'umanità attraverso i millenni e con il vivere non più secondo le esigenze della vita primitiva ha limitato sempre di più la funzione masticante del sistema dentario. Altro che ricercare le condizioni causali della carie, o di un ipotetico germe specifico, o nella trascuratezza igienica della bocca, o in deficienze vitaminiche, oppure ormoniche, oppure nervose! Se la carie dentaria rappresentasse realmente un fatto involutivo, irreversibile, ereditabile, ogni profilassi individuale sarebbe vana ed unico rimedio non per l'uomo singolo, ma per l'intera umanità, sarebbe quello di restituire al sistema dentario la sua funzione ed attendere... dei millenni. Simili considerazioni, se possono apparire fantastiche da un lato, ci portano ad una conseguenza pratica d'ordine immediato e cioè: la migliore cura di conservare i nostri denti è di masticare, masticare, masticare, magari 33 volte per ogni boccone, come consiglia la medicina joga. La masticazione oltre che mantenere lo stimolo fisiologico trasmettendolo ai centri nervosi, e conferendo a detti centri il tono indispensabile per conservare la funzione trofica, attua una naturale pulizia della bocca, liberandola dai detriti alimentari, che costituiscono il terreno più favorevole allo sviluppo dei germi. La pulizia della

bocca deve essere completata dallo spazzolamento dei denti.

Di misure profilattiche, oltre le due già citate, che per le ragioni anzidette non possono conferire l'immunità assoluta alla carie, se ne suggeriscono delle altre, come la somministrazione di sali di calcio, di prodotti ormonici e vitaminici; ma per le medesime ragioni non possiamo attenderci nulla di nettamente favorevole, come purtroppo l'esperienza dimostra. Molto, anzi moltissimo possiamo attenderci invece dalla cura conservativa, mediante l'otturazione della cavità cariosa. L'otturazione, fatta s'intende *lege artis*, impedisce alla flora microbica di trovare nella cavità del dente l'ambiente ideale per il suo sviluppo e di passare quindi dallo stato saprofitario a quello parassitario, dando modo e tempo sufficiente ai restanti tessuti sani di difendersi ulteriormente dall'attacco dei germi. La difesa naturale va diminuendo man mano che dai tessuti più duri e calcificati dello smalto, si passa a quelli dentalini, ed infine alla polpa. A questa il processo carioso non dovrebbe mai arrivare per il tempestivo intervento riparatore. Ma purtroppo non è così. Si sono già riportate le eloquenti cifre dei denti mancanti per carie o cariati. Si è potuto constatare anche nei nostri soldati che pochissime erano le bocche curate: sui 300 presi in esame, soltanto 29, ossia circa il 10%, presentavano segni di cura conservativa con denti otturati, qualche capsula e qualche raro apparecchio di protesi! Il che dimostra che nella massa del nostro popolo ancora non si è formata una coscienza odontoiatrica tendente alla conservazione della salute: perchè ritengo e sostengo che molto noi possiamo contribuire pel benessere fisico dell'intero organismo, e tanto più salutare sarà la nostra opera quanto più precocemente potremo intervenire, ad evitare che i comuni germi saprofiti della bocca, una volta vinte le barriere costituite dai tessuti duri del dente ed invaso l'organo pulpare, proseguano indisturbati il loro cammino oltre il forame apicale, stabilendo quei focolai settici, che ormai non solo attraverso l'indagine clinica e radiologica si sono dimostrati numerosi, ma anche tutt'altro che innocui, come ancora qualche retrogrado potrebbe superficialmente ammettere. Onde si deve ritenere che la nuova istituzione di questi ambulatorii di Armata è tra le più sagge e benefiche.

Paradenzioptie. — Seguendo la terminologia moderna le paradenzioptie abbracciano tutte le manifestazioni, sia a carattere infiammatorio che distrofico del paradenzio, che

è quel complesso anatomico-funzionale costituito dalla gengiva, dal periodonto, dall'alveolo.

Come prima impressione s'è potuto constatare che il paradenzio del nostro soldato generalmente si presenta sano. Ho voluto altresì, anche per simili affezioni, fare il confronto coi tubercolotici e dividere le paradentiopatie nei 4 gruppi:

- 1) Paradenzio sano.
- 2) Gengivite marginale con tartaro.
- 3) Gengivite marginale senza tartaro.
- 4) Segni evidenti di parodontite o parodontosi.

Mettiamo ora a confronto il paradenzio dei soldati con quello dei tubercolotici:

	N.	Età, da a	Frequenza Massima
I. Gruppo - Paradenzio sano			
Militari	264	20 - 40	21 - 26
Tubercolotici	86	10 - 54	23
II. Gruppo - Gengivite con tartaro			
Militari	12	21 - 38	24 - 26
Tubercolotici	70	19 - 49	25
III. Gruppo - Gengivite senza tartaro			
Militari	3	27 - 28	28
Tubercolotici	38	18 - 50	25 - 27
IV. Gruppo - Parodontite e parodontosi			
Militari	21	24 - 40	35 - 40
Tubercolotici	56	24 - 61	40

Quali dati si possono trarre dalle suesposte cifre? Innanzi tutto si osserva che sia nei militari che nei tubercolotici il gruppo più numeroso è dato dal primo e cioè dal paradenzio sano. Vi è però una superiorità netta nei militari, ove su 300 ve ne sono ben 264, mentre nei tubercolotici su 250 ve ne sono 86 con paradenzio sano. Vero è che l'età limite massima nei tubercolotici si spinge oltre i 60 anni e si sa come le affezioni del paradenzio si fanno più numerose man mano che si passa dalla gioventù, alla maturità, alla vecchiaia, mentre nei militari si spinge solo fino a 40 anni, ma ciò viene compensato dal limite minimo che mentre nei tubercolotici scende fino a 10 anni, nei militari invece si ferma ai 20. Inoltre vi è da considerare che la maggior parte dei tubercolotici sono giovani. La netta superiorità del numero del I. gruppo nei militari va naturalmente a scapito degli altri tre, ma specie del II., e ancora di più del III., ove si notano appena 3 casi, mentre nel IV. è più numeroso, ma sempre molto inferiore al corrispondente gruppo dei tubercolotici. Per concludere, volendo

tradurre le cifre, potremmo esprimerci così: nei militari il paradenzio si presenta sano nella quasi totalità dei casi, pochi i casi di gengivite da tartaro, pochissimi di gengivite non da tartaro, qualche caso di parodontite e parodontite; nei tubercolotici il paradenzio sano forma il gruppo più numeroso; anche gli altri gruppi però sono bene rappresentati. Da quanto esposto si deve ammettere che il *paradenzio nella tubercolosi presenta una maggiore morbilità che nell'organismo sano* e in simile morbilità non deve rimanere estraneo il bacillo di Koch. Ma quale il meccanismo patogenetico, quando pur si constata una percentuale altissima di gengiva sana nell'organismo tubercoloso e nell'età giovanile? Nel mio già citato studio sulla tubercolosi polmonare così concludevo: « Giacchè fattori di esclusiva origine esterna non possono ammettersi, perchè abbiamo veduto, ad esempio, come siano numerose le gengiviti senza tartaro negli ammalati di tubercolosi, devono agire fattori endogeni anche qui molto complessi, nei quali se il bacillo di Koch ha la sua influenza si potrebbe ammetterla con un meccanismo di azione tossinica elettiva verso il paradenzio, considerato questo come organo emuntorio. In altri termini le sindromi parodontarie nell'organismo tubercoloso non sarebbero che l'espressione patologica di uno stato tossinico generale, per cui i tessuti gengivali avrebbero perduto lo stato immunitario naturale che essi ordinariamente hanno per poter funzionare da organo emuntorio ».

In un periodo successivo i miei studi mi portarono a stabilire che il paradenzio, come organo emuntorio, non soltanto è soggetto a cimentarsi continuamente con sostanze organiche di rifiuto, rappresentate in gran parte da complessi proteici non degradati, come potrebbero essere le tossine tubercolari, ma anche come un germe, ospite abituale della bocca, uno streptococco anemolitico, che ho reperito costantemente nella compagine dei tessuti gengivali. Lo stato immunitario naturale del paradenzio, per l'azione patogena combinata di simili fattori, verrebbe a rompersi, dando luogo ai vari quadri infiammatori, che non possono essere interpretati se non come allergici, per una serie di considerazioni che non è qui il caso di esporre. La conferma a simile concezione è data dal confronto fra sani e tubercolotici. Negli individui sani i fattori esterni, sia chimico-fisici come il tartaro, che batterici come lo streptococco, poco o nulla possono incidere sulla notevole immunità naturale dei tessuti parodontali; difatti noi vediamo che su 300 mili-

tari vi sono appena 12 casi di gengivite da tartaro, mentre su 250 tubercolotici ve ne sono 70, e corrispondentemente 3 soli casi di gengivite senza tartaro rispetto a 38 nei tubercolotici. Ciò vuol dire che l'elemento batterico rappresentato dallo streptococco, può divenire patogeno in determinate circostanze, come nella tubercolosi polmonare, il che, come è noto, ha avuto già la sua conferma sperimentale.

Nei militari, contrariamente a quanto si è constatato per la carie dentaria, le paradenzopatie non possono destare allarme per la minima percentuale. Ma quei rari casi che si presentano all'osservazione, specie se gravi, ossia sotto l'aspetto di piorrea alveolare vera e propria, dovrebbero essere presi in esame con la massima considerazione; perchè il piorroico non presenta una malattia locale, bensì è egli stesso un malato, e come tale esige di essere studiato e curato e se del caso, allontanato dalla vita militare. Non è soltanto la tubercolosi, o per meglio dire non è solo il terreno tubercolare atto allo sviluppo delle paradenzopatie, ma vi sono tante altre malattie o semplici disfunzioni organiche che possono rompere l'equilibrio immunitario paradentale. Ne ho tracciato un elenco in un mio studio dal titolo «Piorrea alveolare ed infezione focale» (vedi «La Stomatologia italiana» n. 6, 1939), ove i tre sistemi più incriminati sono l'intestinale, il renale e le sierose. Quando ci troviamo di fronte ad un militare affetto da una forma grave di piorrea alveolare, abbiamo il dovere di esaminarlo e studiarlo da un punto di vista non strettamente specialistico, ma clinico generale, e procedere agli opportuni provvedimenti del caso.

CONCLUSIONI

1) Su 300 militari esaminati in zona di operazioni dai 20 ai 40 anni provenienti da ogni parte d'Italia, si è potuto osservare che la *carie dentaria raggiunge l'87,34%*. Dei denti i maggiormente colpiti sono i primi e i secondi molari, i premolari superiori ed i secondi premolari inferiori. Completamente immuni risultano l'incisivo centrale, laterale e canino inferiore destro.

2) Confrontando il presente studio con un altro condotto sui tubercolotici polmonari risulta che l'andamento del processo carioso sia nei militari che nei tubercolotici è pressochè eguale, e la *carie più grave diffusa si presenta verso i 30 anni*. Ciò induce ad ammettere che la *carie dentaria non è influenzabile dalla infezione tubercolare*. Verrebbe

pertanto esclusa l'ipotesi che la tubercolosi polmonare porti ad una decalcificazione dentaria.

3) In base a precedenti studi sull'encefalite epidemica e sull'ulcera gastrica, in base anche ai dati statistici del presente lavoro, si mettono in evidenza le tre leggi che governano il processo carioso: 1) *La sistematicità*; 2) *La simmetricità*; 3) *La periodicità della carie dentaria*. Simili dati clinici e statistici inducono ad assegnare scarso valore all'eziolismo esterno microbico, mentre avvalorano maggiormente la teoria neutrofica patogenetica della carie dentaria.

4) In base a considerazioni di ordine biologico sulla costituzione e sull'eredità, che possono avere la loro influenza nel determinismo della carie dentaria, ogni misura profilattica individuale sarebbe insufficiente. Qualche risultato può essere ottenuto dalla funzione masticante eseguita metodicamente, e dallo spazzolamento dentario.

5) *La cura conservativa mediante l'otturazione rappresenta una necessità assoluta*, giustificando in pieno la nuova costituzione dell'ambulatorio odontoiatrico d'Armata.

6) *Se si confronta il paradenzio dei militari con quello dei tubercolotici, si nota una maggiore morbilità a carico di questi ultimi*. In ciò non sarebbe estraneo il terreno, nel senso che il paradenzio, come organo emuntorio, subirebbe gli stimoli patogeni delle tossine tubercolari per via endogena da un lato, e di uno streptococco anemolitico per via esogena dall'altro: germe repertato costantemente nella compagine dei tessuti gengivali e, secondo l'autore, fattore allergizzante, che con la sua attività biologica annullerebbe il potere naturale immunitario dei tessuti paradentari.

7) Nei rarissimi casi di paradentosi e paradentiti che possono verificarsi fra i militari, specie se giovani, è imprescindibile compito procedere ad un accurato esame non solo della bocca, ma dell'intero organismo, per scoprire eventuali sofferenze in consensualismo patologico a carico di altri organi, come l'apparato intestinale, il respiratorio, le sierose.

RIASSUNTO

L'Autore, come dirigente di un ambulatorio odontoiatrico di Armata in zona di operazioni, ha voluto studiare la morbilità dentale e paradentale su 300 militari dai 20 ai 40 anni, provenienti da ogni parte d'Italia. Per la carie dentaria è risultata una percentuale dell'87,34%, che giustifica pienamente la nuova istituzione. Confrontando il presente studio con

altro analogo condotto su malati di tubercolosi polmonare ha potuto stabilire che il processo carioso segue presso a poco lo stesso andamento, con un massimo di frequenza e gravità verso i 30 anni, il che induce ad ammettere che l'infezione tubercolare non influisce sul meccanismo patogenetico della carie, da ricercarsi in fattori biologici ed organici complessi, dei quali l'autore indica la trama. Circa le paradentiopatie ne rileva la scarsissima evenienza nei militari in confronto ai tubercolotici, donde trae alcune deduzioni di ordine biopatologico, che dovrebbero indurre ad un accurato esame generale oltre che locale nei casi anche se rari, di forme piorriche gravi in militari giovani

RÉSUMÉ

L'auteur, comme directeur d'une Ambulance dentaire en zone de guerre a étudié la morbidité dentaire et paradentaire chez 300 soldats italiens de 20 à 40 ans.

La carie dentaire a été présente dans 37,34 % justifiant complètement la nouvelle institution.

En comparant ce travail avec un autre analogue déjà étudié chez les tuberculeux a pu confirmer que la carie dentaire tantôt élevée et grave vers 30 ans, a montré des résultats concordants. Pour cela on peut admettre que l'infection tuberculeuse n'influence pas le mécanisme pathogénique de la carie dentaire, dérivante au contraire de facteurs biologiques et organiques bien compliqués que l'auteur décrit.

En ce qui concerne les paradentiopathies a constaté

qu'elles sont par comparaison avec les tuberculeux très rares chez les sujets militaires et après avoir exposé des observations de nature biopathologique, l'auteur conclut, qu'il faut chez tous les jeunes soldats, souffrants de paradentiopathies très rares mais pas légères, pratiquer un examen profond local et général.

ZUSAMMENFASSUNG

In einer Kriegsoperationszone studierte der Verfasser als Leiter einer zahnärztlichen Ambulanz die dentale und paradentale Morbidität von 300 Soldaten. Alle waren Italiener 20-40 Jahre alt. Die Zahnkaries ist im 37,34 % bestanden, was vollkommen die neue Einrichtung rechtfertigt.

Vergleichend die jetzige Arbeit mit einer früheren analogen betreffend die Zahnkaries der Lungenkranken, könnte man konstatieren, dass dieselbe den identischen Gang und mit 30 Jahren die schwersten und häufigsten Formen zeigt. Von der Tuberkulose ist sie in keiner Weise beeinflusst, sondern von anderen biologischen und organischen Faktoren, die der Verfasser nur in kurzen beschreibt.

Was die Paradontopathien betrifft, sagt er dass sie bei den Soldaten im Vergleich mit den Lungenkranken sehr selten sind und nach einigen biopathologischen Bemerkungen empfiehlt bei den seltenen Fällen schwerer Pyorrhoea der jungen Soldaten immer eine gewissenhafte locale und allgemeine Untersuchung ausüben.

348217

