

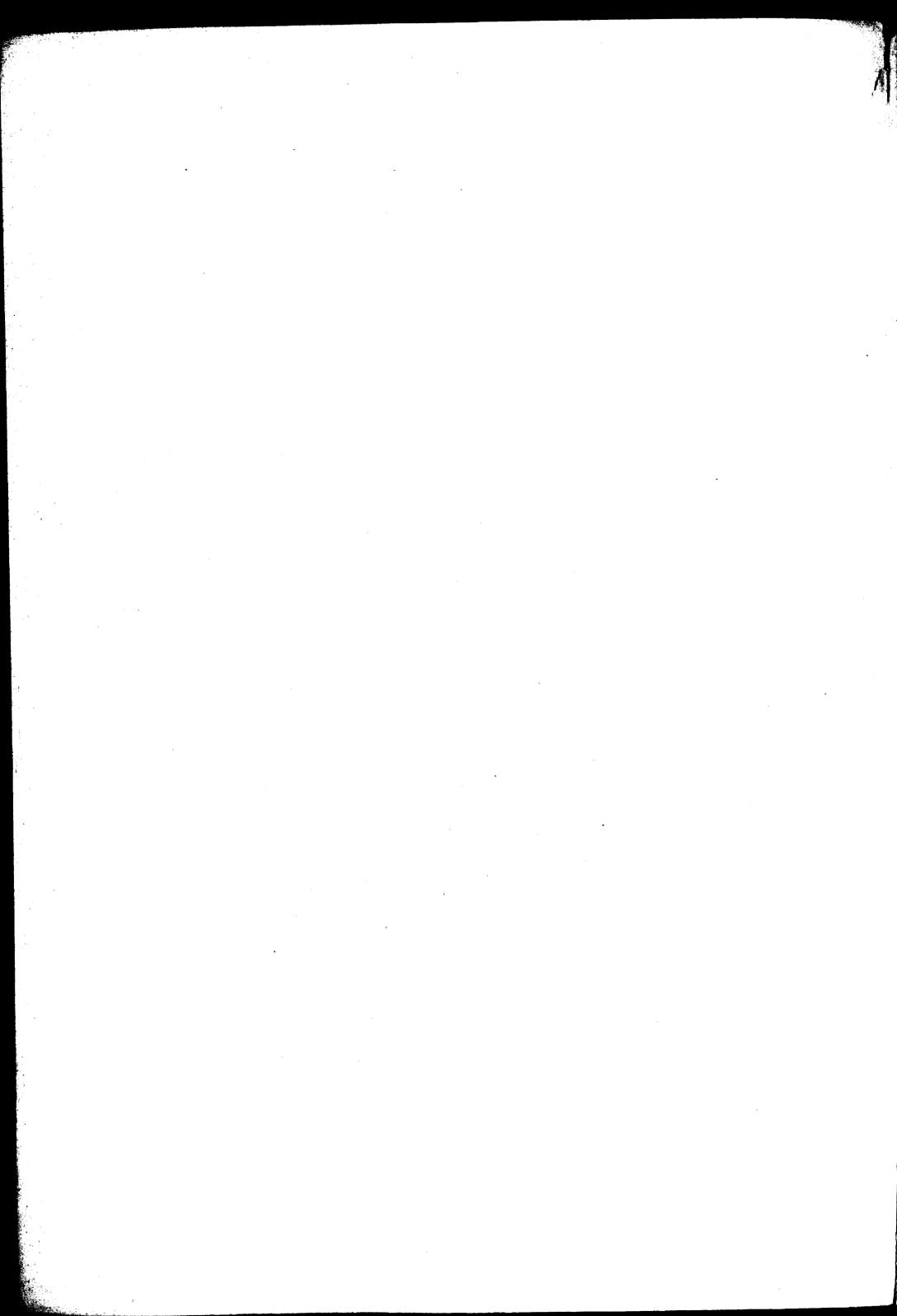
Dr. FRANCO SCAGLIONE

M. B. 72 / 60
M. B. 72 / 60

Sulla frequente localizzazione della perio- dontite apicale acuta negli incisivi inferiori

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"





CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

DIRETTORE: SEN. PROF. AMEDEO PERNA

Sulla frequente localizzazione della periodontite apicale acuta negli incisivi inferiori

Dott. FRANCO SCAGLIONE

Fino ad oggi si è creduto che tutti i denti possano andare ugualmente soggetti a periodontite senza che alcuni gruppi siano più o meno colpiti.

Solo nelle statistiche di FRITSCH e in quella di PERTHES risultano più frequentemente colpiti i primi molari inferiori e superiori che vanno pure più spesso soggetti a carie.

Noi invece abbiamo anche potuto osservare una localizzazione frequente negli incisivi inferiori con predilezione nei giovani.

Per solito i denti colpiti sono tutti e quattro gli incisivi, meno frequentemente solo due, raramente uno solo.

Prima di venire a trattare particolareggiatamente delle varie forme di periodontiti localizzate in corrispondenza dei su ricordati incisivi parleremo brevemente sulla costituzione del paradenzio. Secondo il WESKI e ciò in accordo con la nostra scuola per paradenzio s'intende l'insieme di tre tessuti che hanno fra loro rapporti di continuità e comune l'origine nonostante diversa ne sia la struttura. Tali sono il legamento alveolo dentario che predomina sugli altri due per ampiezza e importanza fisiopatologica, il cemento radicolare e la parete alveolare, per la parte di essa che è formata durante lo sviluppo dal sacco o follicolo dentale. Secondo DE VECCHIS per paradenzio s'intende il tessuto di involucri del dente composto dalla gengiva, periodonto cemento e alveolo. Alcuni autori nella trattazione delle forme di parodontiti e parodontosi ne fanno un solo capitolo; mentre oramai è ben dimostrato che parodontiti stanno ad indicare un processo infiammatorio acuto che cronico mentre il termine parodontosi sta ad indicare forme di origine distrofica (PERNA).

L'evoluzione del quadro clinico di queste parodontiti non sempre in pratica permette di riscontrare le varie forme sopra ricordate in maniera separata l'una dall'altra. Infatti come lo stesso WESKI scrive il passaggio dall'una all'altra forma avviene talvolta in mo-

do così graduale che anche sotto il più accurato controllo istologico è impossibile cogliere il momento in cui una delle forme evolve nell'altra.

Lo stesso autore ricorda inoltre come tutte le affezioni del periodonto apicale specie se prodotte per via pulpogena rimangono circoscritte ai veri e propri elementi istogeni solo per brevissimo tempo, poichè le tossine dannose al tessuto, vengono immediatamente portate al midollo osseo mediante la guaina linfatica perivascolare e vi determinano una osteomielite. Quindi ogni periodontite acuta che proceda nella sua evoluzione diviene una periodonto-osteomielite e procedendo oltre si può arrivare alla osteomielite purulenta per diffusione del processo allo spazio periapicale con necrosi concomitante ossea.

Questa forma di periodontite acuta insorge di solito bruscamente in forma primitiva con una sintomatologia imponente ed intensa che può portare in breve tempo a complicazioni abbastanza gravi sia locali che generali. Qualche volta insorge secondariamente sul terreno di una preesistente flogosi cronica; questa è a tipo ricorrente con una scarsa sintomatologia rappresentata da lieve dolore che si manifesta ogni tanto e che si accentua al caldo, alla masticazione ecc. e che dopo poco durata passa. Come abbiamo già detto la caratteristica di questa forma è che predilige una certa età (non escludendo nei casi rari tutte le età) in genere preferisce la puberale e postpuberale, colpendo ugualmente il sesso maschile che femminile. Insorge poi in persone nelle quali non si riscontra nella anamnesi patologica della bocca nessuna alterazione della polpa o del bordo gengivale per dove i microorganismi sarebbero passati fino al periodonizio apicale dove la flogosi in definitiva si insedia. Un'altra caratteristica è la costante localizzazione del processo flogistico nella regione degli incisivi in-

feriori dei quali possono essere colpiti uno due oppure tutti e quattro i denti.

Etiologia. — Circa l'etiologia nulla sappiamo ancora di preciso. Noi pensiamo che il *primum movens* tutt'ora sconosciuto che agisce in un primo tempo sul periodonzio, ottimo terreno di sviluppo per i germi patogeni, in seguito attenua la resistenza di quest'ultimo tessuto rendendolo facilmente attaccabile ai microrganismi. In generale possiamo affermare che tutte le cause che diminuiscono la resistenza del periodonzio favoriscono l'attecchimento dei batteri. Un esempio tipico in questo senso ci dà il KANTOROVITZ il quale osservò in alcune donne che avevano partorito una periodontite in seguito alla contropressione dei denti nell'atto del premere durante il periodo di travaglio, cioè per indebolimento del periodonto stesso in seguito alla continua pressione sul legamento alveolodentario sempre nella stessa direzione.

Abbiamo pensato in un primo tempo alle disgnazie come fattore etiologico o predisponente di questa affezione. Ma con un attento esame dei vari soggetti abbiamo dovuto scartare tale ipotesi. Nel 1° caso abbiamo osservato descesa ostasia superiore e anteriore con endotraslocazione e rotazione del canino superiore di destra e data questa anomalia abbiamo pensato di mettere in causa il sovraccarico. Nel quarto caso abbiamo osservato che i denti anteriori superiori e inferiori non erano in contatto e perciò non erano usati, così abbiamo ritenuto essere la causa anche il mancato uso dei denti. Nel secondo caso abbiamo incolpato una attratta ostasia superiore anteriore, cioè un sovraccarico. Però nei casi 3, 5 e 6 abbiamo trovato articolati normali. Questi reperti differenti ci lasciano perplessi e certo non ci inducono a volere stabilire come causa etiologica una disgnazia. Non possiamo escludere quali cause occasionali le piccole emorragie causate da traumatismi o durante la masticazione, le chiusure brusche delle arcate dentarie, il digrignare notturno dei denti, l'eccessivo tartaro dentario, le gengiviti e le stomatiti. Non bisogna tralasciare di pensare alla speciale conformazione anatomica in alcuni soggetti degli incisivi inferiori, il cui smalto non arrivando ad accollarsi al cemento lascia una parte di tessuto dentinale scoperta dove i canalicoli dentali vengono a sboccare direttamente all'esterno. Questa svantaggiosa situazione anatomica fa-

rebbe sì che i vari agenti morbigeni aggrediscono più facilmente questi denti. Ma queste possibili cause che si verificherebbero con frequenza non giustificano l'insorgere di tale affezione che in genere si manifesta raramente. Bisogna pure pensare a una speciale predisposizione sia generale che locale e non è pertanto da escludere che nell'etiologia di questa forma di periodontite possano avere influenza ghiandole endocrine specialmente se pensiamo che tale malattia si verifica in un'epoca della vita, quando tutti gli organi risentono grandemente l'influenza delle modificazioni ormoniche. La ghiandola che ci sembra più debba essere in causa pare sia la paratiroide, cioè la regolatrice del ricambio del calcio. Nel caso quinto sono stati eseguiti i dosaggi degli elettroliti nel sangue. Un risultato netto troviamo nel valore della calcemia del soggetto in esame; difatti la percentuale in milligrammi di ione calcio raggiunge la cifra elevata di mgr. 16 %, mentre normalmente il valore medio varia da 9 a 11. Da questo si arguisce una iperfunzione delle paratiroidi come riprova il controllo radiologico che dimostra una rarefazione del tessuto trabecolare osseo periapicale. L'alterato metabolismo del calcio turba tutto l'equilibrio ionicò come dimostrano i dosaggi del K, del P, dei Cloruri e del Na, che, pur dando valori che non si discostano molto dalla norma, non rientrano nei limiti fisiologici: K = mgr. 20,40 % (normali 21-23), Cloruri = gr. 5,20 per mille (normali 6), P. = mgr. 3,10 (normali 3½-4), Na = mgr. 310 % (norm. 325-360).

I dosaggi eseguiti anche nel secondo caso degli elettroliti nel sangue globalmente rispecchiano quelli del caso precedente:

Ca.	= mgr.	13	%
P.	= mgr.	3	%
K.	= mgr.	21	%
Na.	= mgr.	318	%
Cloruri	= gr.	5,90	‰

I dosaggi eseguiti nel primo caso sono i seguenti:

Ca.	= mgr.	10,60	%
P.	= mgr.	3,50	%
K.	—		
Cloruri	—		

In complesso in queste tre ricerche il valore medio del tasso ematico del calcio risulta essere 13,20 %, cifra notevolmente su-

periore ai valori medi normali della calcemia.

La calcemia pur non raggiungendo valori estremi denota sempre una nettissima iperfunzione paratiroidea.

Il voler però trarre delle conclusioni dai dati desunti dall'esame del biochimismo di tre soli soggetti sarebbe troppo azzardato, mi riservo di portare a conoscenza al più presto altri dati e ricerche su altri casi che permettano di convalidare le mie ipotesi e cioè essere la base della sindrome da me osservata un particolare stato costituzionale imputabile a una iperfunzione delle paratiroidi.

Anche secondo i concetti di molti autori come di EENHEIM, LOOS, LOEVI, ROS, NÖTHMANN, FINZI, DELATEZ, COHEN, BOSSI, BERGAMINI, LE NCRICJ, SANDERS ecc. nelle malattie del periodonzio il fattore endocrino avrebbe una grande importanza, però è difficile potere scindere date le correlazioni interormoniche la parte predominante assunta da una data ghiandola.

Tuttavia le osservazioni di THOMA, BORG, ALBRIGHT, AUB e BAUER, BAER e BULGER fatte nelle sindromi di ipoparatiroidismo ed i rapporti sperimentali ottenuti mediante la somministrazione di estratti paratiroidi da SCHANZ e HAM, SCHOUZ, TWEEDJ e Mc JUNKIN sulle ossa alveolari permettono di concludere che l'iperparatiroidismo sembra richiamare il quadro istopatologico delle malattie del periodonzio. Comunque si vogliono interpretare i rapporti etiopatogenetici tra iperparatiroidismo e periodonziopatie non si può escludere che un'esagerata azione degli ormoni paratiroidi per azione decalcificante che essi svolgono come in tutte le altre ossa anche nelle ossa alveolari porti alla precoce perdita dei denti. Anche GATTO ammette l'influenza delle paratiroidi sulle forme periodontiche, ma questi afferma che sia l'ipo che l'iperparatiroidismo agiscono ugualmente in modo sfavorevole sui processi patologici del periodonzio.

Sintomatologia. — Di solito uno o più denti apparentemente sani, diventano dolenti sia spontaneamente che alla pressione verticale. I pazienti non arrivano alla nostra osservazione quasi mai nel periodo iniziale della malattia; in primo tempo cercano con cure sintomatiche (analgesici, impacchi caldi umidi ecc.) di calmare il dolore. In seguito il più piccolo urto esercitato sul dente in direzione verticale risveglia una brusca

sensazione dolorosa; il dente non può essere toccato, il paziente lo sente allungato e se lo tocchiamo col dito o con uno strumento provochiamo un vivo dolore. Il freddo di solito attenua il dolore che viene esattamente localizzato dal paziente nel dente malato. In seguito cioè in rapporto al trasformarsi dello stadio infiltrativo a suppurativo, quando il processo si diffonde ai tessuti limfotrofi, la sintomatologia va aumentando di intensità. Il dolore è più forte, continuo e permane spontaneamente. Il dolore non è più localizzato al dente ammalato ma si irradia dal lato ammalato a tutto il mascellare e qualche volta anche ai tessuti vicini. Il dolore in questo stadio assume un carattere pulsante. Qualsiasi urto contro il dente esacerba il dolore, cosicchè la masticazione diventa impossibile, così pure in questo stadio anche il caldo intensifica il dolore. Ad un tratto il paziente osserva che il dente comincia a non essere più saldo nell'alveolo diventando sempre più mobile. Spesso i pazienti ci arrivano con un gonfiore localizzato nella zona del labbro inferiore e del mento, causato da una vasta infiltrazione dei tessuti vicini al processo infiammatorio. Le infogghiandole regionali sono tumefatte e spesso dolenti. Non sono rari i casi febbrili con elevazioni termiche fino a 40°, assumendo un carattere nettamente suppurativo, preceduti da brividi di freddo.

Di solito l'estrinsecazione degli ascessi apicali avviene attraverso la mucosa del fornice. In altri casi da noi osservati la raccolta ascessuale attraversava i tessuti molli del viso, facendosi strada fino al cellulare sottocutaneo per aprirsi all'esterno della cute. Questa si lascia gradatamente distendere dalla sottostante raccolta purulenta divenendo tesa arrossata si assottiglia e quindi si rompe in un punto dando esito ad una quantità più o meno rilevante di pus. L'estrinsecazione del pus avviene di solito nella regione mentoniera in corrispondenza del margine inferiore ed anche nella parte antero superiore del collo dove permangono se non si interviene fistole.

Anatomia patologica. — Studiando i nostri casi vediamo che anch'essi come le comuni periodontiti apicali acute passano attraverso i seguenti stadi: stadio di iperemia, caratterizzato microscopicamente da intensa vaso dilatazione accompagnata da turgescenza dei vasi periapicali ripieni di globuli rossi e che clinicamente viene diagnosticata con

la sensazione subbiettiva di lieve allungamento e di dolenzia più o meno spiccata alla chiusura ed alla percussione del dente. Stadio di infiltrazione: questo è caratterizzato da un rallentamento della corrente sanguigna nei suddetti vasi che si fanno permeabili e vengono attraversati oltre che dalla parte plasmatica del sangue da elementi emoleucoclinfoplasmodocellulari. Tale essudazione filtra e distende il connettivo periodontale. Il passaggio dal primo stadio a quest'ultimo e da questo alla suppurazione avviene così rapidamente che è difficile fare una distinzione tra i vari stadi. In questo periodo microscopicamente si osservano i fasci connettivali che hanno assunto un'aspetto più o meno grossolamente trabecolare o reticolare in cui gli spazi delimitati dalle fibrille connettivali diastatate e distese sono ripieni di essudato sieroso e dai suddetti elementi figurati del sangue. Stadio della suppurazione: gli elementi emolinfatici in questo stadio attraversano più numerosi i vasi sanguigni ed infiltrano diffusamente il periodonzio formando piccoli ascessolini in un primo tempo separati e che successivamente confluiscono dando luogo ad un solo ascesso ben circoscritto all'apice radicolare. La trabecolatura ossea in corrispondenza non presenta più la sua normale compattezza e per tale motivo si presenta notevolmente radiotrasparente. Per i sintomi obiettivi: all'ispezione troviamo la cute visibilmente arrossata lucida e distesa. Mentre alla palpazione si nota un aumento del termotatto in rapporto alle regioni viciniori.

Nello stadio infiltrativo la tumefazione si presenta di una consistenza molle elastica e la pressione digitale non lascia segno di depressione. Nello stadio suppurativo notiamo invece che la depressione esercitata dalla palpazione spesso appare presente. Talora con le normali manovre manuali si mette in evidenza una netta fluttuazione fino a potersi apprezzare una netta onda di rimbalzo.

Cura. — Non conoscendo la causa di questa forma periodontale ci troviamo nell'impossibilità di agire direttamente contro l'agente etiologico, come si usa fare nelle periodontiti di origine pulpare e in quelle che partono dal bordo gengivale provocate da agenti chimici, meccanici ecc. Secondo il KRANZ nello stadio infiltrativo e in quello suppurativo cioè quando il processo infiammatorio

non ha oltrepassato la regione apicale si può tentare con successo di trapanare e di drenare l'ascesso apicale attraverso il canale radicolare stesso e in ultima ratio estrarre il dente. Se invece il processo è lasciato ad evolvere e quando il dente incomincia anche a muoversi e i dolori diventano insopportabili con sintomi generali gravi risentiti da tutto l'organismo ciò che significa una compartecipazione dell'osso alveolare e del periostio stesso, non è più sufficiente l'estrazione del dente essendo il processo infiammatorio già estradentario e allora mediante anestesia superficiale con cloruro d'etile si pratica una incisione nella regione apicale fino all'osso e si drena. Spesso avviene la guarigione per svuotamento spontaneo dell'ascesso. Se il dente deve essere trattato conservativamente o estratto dopo che il processo si è spento dipende dalla fissità e dall'usura conseguente al processo. Nel caso che il dente si può conservare allora occorre trattare la polpa previa apicectomia per evitare il formarsi di un seno fistoloso.

Nei molti casi da me trattati ha dovuto sempre orizzontarmi verso una terapia demolitiva, estraendo i denti incriminati date le considerevoli e in certi casi grandi rarefazioni ossee.

Caso 1° - Vangeli Giuseppe di anni 19 (figg. 1-2), insegnante elementare. — Quattro anni fa ebbe i primi disturbi consistenti prima in leggero dolore in

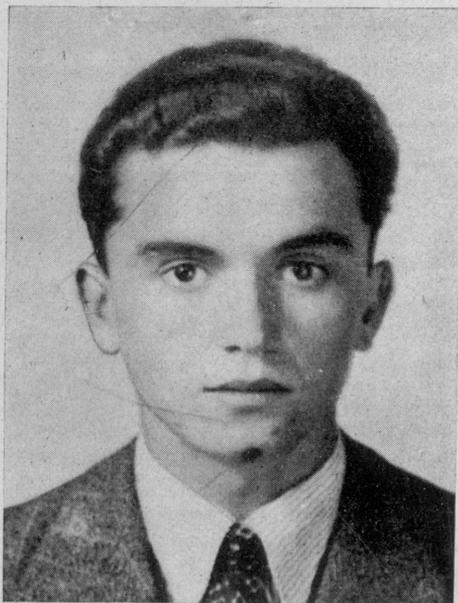


FIG. 1.

corrispondenza degli incisivi inferiori poi gonfiore al mento e dolori più forti. Dopo pochi giorni scomparve sia il gonfiore che il dolore e stette bene fino a cinque mesi fa. epoca nella quale con disturbi eguali a quelli descritti si arrivò fino alla formazione di un vero e proprio ascesso in corrispondenza del mento, che si aprì spontaneamente e in seguito re-



FIG. 2.

grediti tutti i fatti infiammatori rimase una fistola al mento sulla linea mediana con gemizio di pus continuo ma in quantità modica. Otto giorni fa si è presentato nel nostro istituto per farsi curare. Dall'a-

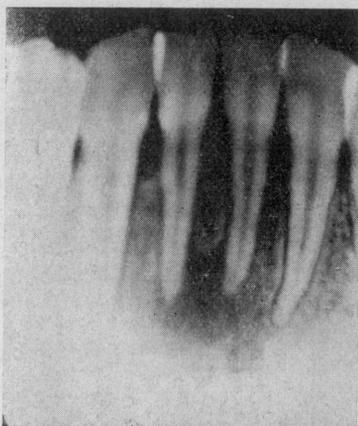


FIG. 3.

namnesi non risulta alcun trauma, nè malattie pregresse degne di nota. All'esame radiografico (fig. 3): vasta area di rarefazione in corrispondenza degli apici dei due incisivi centrali inferiori e linee di

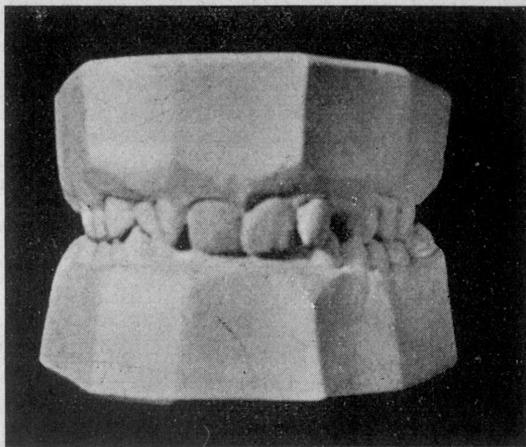


FIG. 4.

demarcazione evidenti tra i laterali e i setti alveolari interdentali verso i centrali. Ho estratto i due centrali drenando con garza iodiformio e ho praticato poi raschiamento del seno fistoloso al mento che ho pure drenato. Così per quattro giorni, ma non avendo ottenuto alcuna migliorìa ho dovuto estrarre anche i laterali. Drenaggio ancora degli alveoli ed esternamente della fistola. Guarigione dopo dieci giorni. Mod. in gesso (fig. 4): descesa ostasia superiore e anteriore con endotraslocazione e rotazione del canino sup. di destra.

Caso 2° - Lunari Cesare (figg. 5-6), apprendista meccanico tranviere. — Non ha sofferto mai coi denti. Carie non penetrante al 6° sup. destro. Un mese fa ebbe dolori al mento indi gonfiore, notò allora mobilità di tutti e quattro gli incisivi, dopo due giorni



FIG. 5.



FIG. 6.

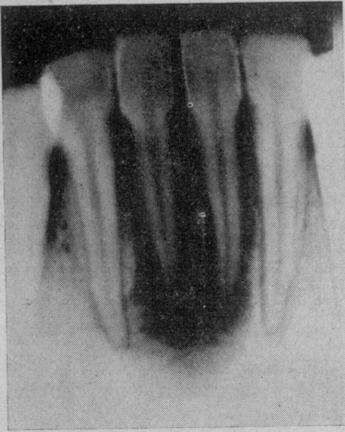


FIG. 7.

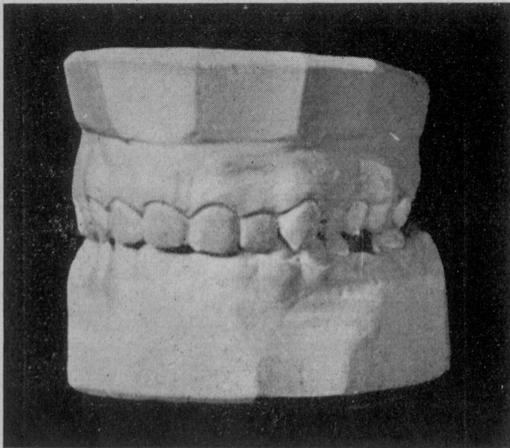


FIG. 8.

cessato il dolore diminuì il gonfiore e i denti ritornarono allo stato normale. A. P.: Da sei giorni soffre dolore in corrispondenza degli incisivi inferiori in seguito al quale si è verificato gonfiore accentuato nel mento. Si presenta alla nostra osservazione con un ascesso alla regione mentoniera. Es. Rad.: vasta area di rarefazione in corrispondenza degli apici dei due centrali inferiori che si estende e interessa i due collaterali. Cura: estrazione prima dei due centrali, dopo due giorni dei laterali, drenaggio per sei giorni consecutivi. Guarigione. Mod. in gesso (fig. 8): attracta ostasia superiore anteriore.



FIG. 9.



FIG. 10.

CASO 3° - A. S. di anni 18 (figg. 9-10), dattilografa. — Nell'anamnesi familiare e individuale remota nulla di patologico. Denti sani eccetto il 6° sup. d. con piccola carie mesiale di 2° grado. A. P.: Da cinque giorni vivo dolore in corrispondenza degli incisivi centrali inferiori, gonfiore al mento febbre da un minimo di 37,2 a un massimo di 38,6 durante le 24 ore. All'esame obb. riscontriamo mobilità degli incisivi

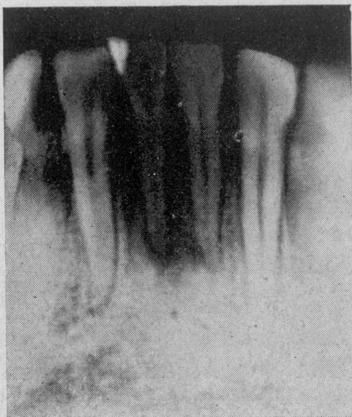


FIG. 11.

inferiori, gemizio di pus dal colletto dei medesimi, gonfiore al mento. Es. Rad.: Rarefazione della regione periapicale del 1° inf. di d. con tendenza ad estendersi verso il 1° di sinistra. Rarefazione cospicua di tutti i setti interalveolari degli incisivi inferiori (fig. 11). Cura: estrazione dei due centrali. Drenaggio per 5 giorni. Mod. in gesso (fig. 12): articolazione normale.

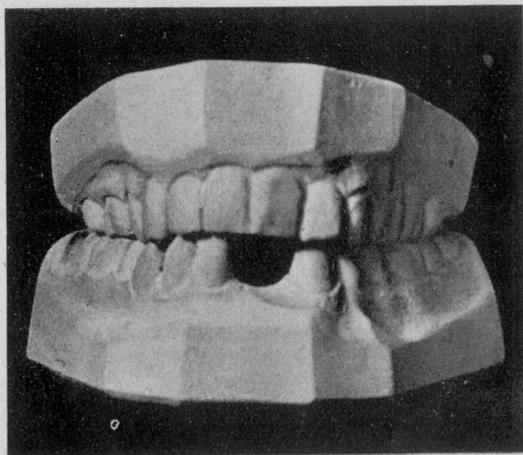


FIG. 12.

gione periapicale del 2° che si estende parzialmente anche al primo. Notevole assorbimento degli apici radicolari di entrambi gli incisivi. Anche assorbi-



FIG. 13.



FIG. 14.

CASO 4° - P. G. di anni 24 (figg. 13-14), impiegato. — Ha goduto sempre ottima salute. Denti tutti sani. Da una settimana gonfiore al mento e dolori in corrispondenza del 1° e 2° inferiori di sinistra. Es. rad. (fig. 15): area di rarefazione ossea a carico della re-

mento dei setti ossei interalveolari degli altri incisivi. Estratti il 1° e 2° inferiori di sinistra e drenati con garza iodoformio, guarigione in quinta giornata. Mod. in gesso: i denti anteriori superiori e inferiori non sono in contatto (repulsa ostasia) (fig. 16).



FIG. 15.



FIG. 18.

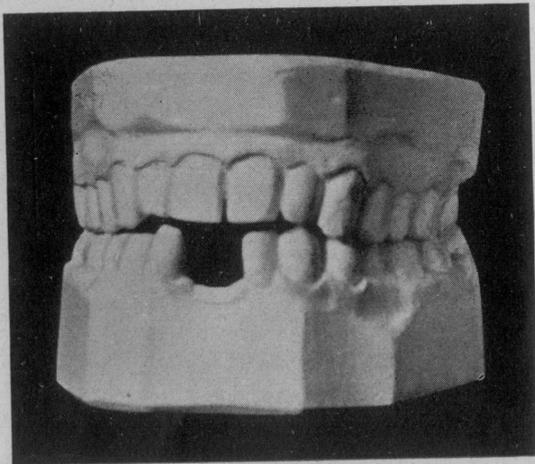


FIG. 16.

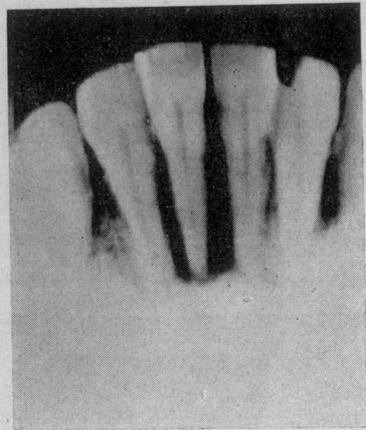


FIG. 19.



FIG. 17.

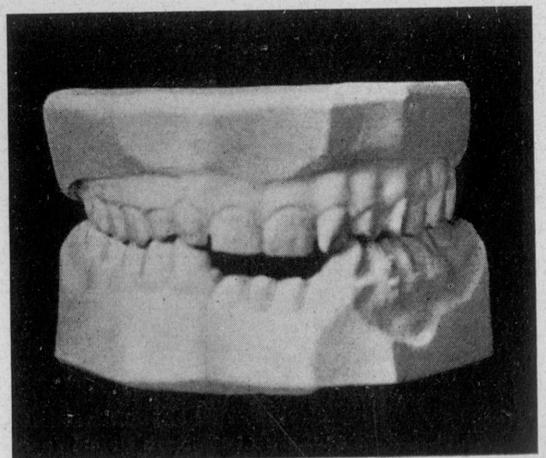


FIG. 20.

CASO 5° - Di M. C., anni 17, studente (fig. 17-18). — Sempre sano, nessun dente cariato. Da sei giorni gonfiore al mento e forti dolori in corrispondenza degli incisivi inferiori. Es. rad. (fig. 19): zona di rarefazione ossea comprendente tutta la zona periradicolare del 1° inf. s. con totale distruzione dei setti degli altri incisivi inferiori. Cura: estrazione di tutti e quattro gli incisivi, drenaggio garza odorifera per sei giorni. Guarigione. Mod. in gesso (fig. 20): articolazione normale.

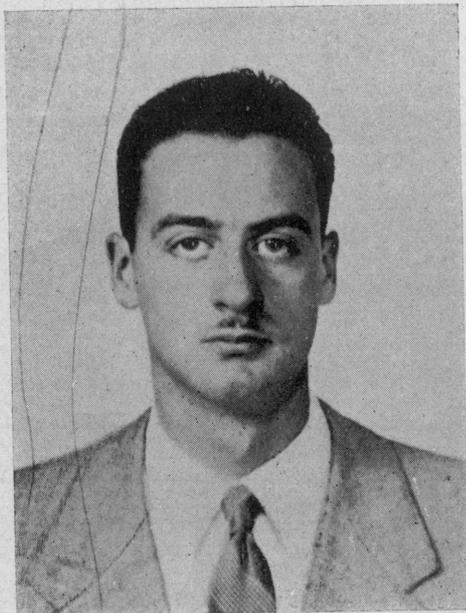


FIG. 21.



FIG. 22.

CASO 6° - P. G., di anni 24 (figg. 21-22). — Sempre sano, nessun dente cariato. Da dieci giorni gonfiore al mento e dolore in corrispondenza del 1° inferiore di destra. Es. rad. (fig. 23): rarefazione ossea circoscritta nella regione periapicale del 1° inferiore di destra della grandezza e forma di un pisello. Re-

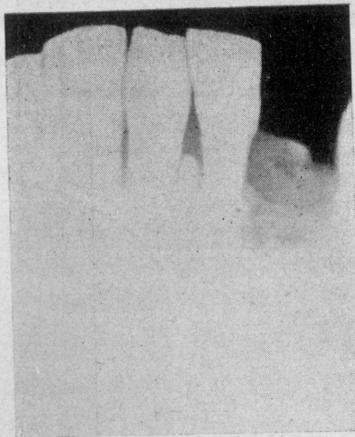


FIG. 23.

trazione considerevole dei setti ossei interalveolari. Cura: estrazione del 1° inf. di d., drenaggio per due giorni, trascorsi i quali non avendosi nessun miglioramento si procede anche all'estrazione del 2° inf. d. Guarigione in quinta giornata. Mod. in gesso (fig. 24): articolazione normale; leggera rotazione dell'incisivo laterale superiore di destra.

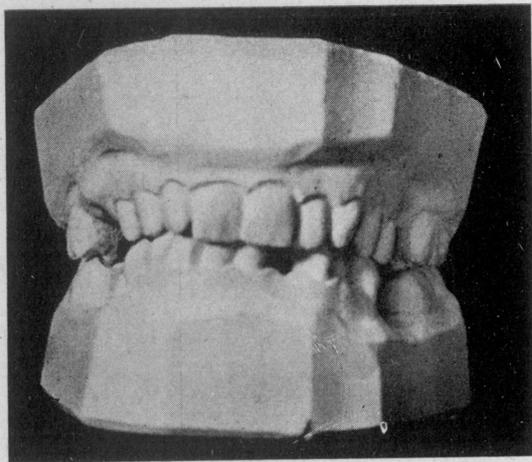


FIG. 24.

CASO 7° - A. M., di anni 24, di professione maestra. — Sempre di buona salute con denti sani. Da quattro giorni lieve gonfiore al mento con dolore in corrispondenza del 1° e 2° inferiori di sinistra. Es. rad. (fig. 25): area di rarefazione ossea non ben circo-

scritta nella regione periapicale del 1° inf. di s. della grandezza e forma di un pisello. Cura: estrazione del 1° e 2° inf. di s. Raschiamento drenaggio. Guarigione in sesta giornata.

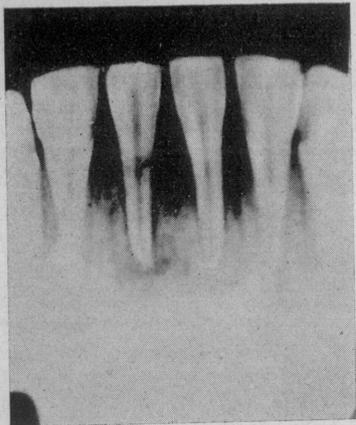


FIG. 25.

distruzione mano mano che si procede verso la linea cervicale degli incisivi inferiori. Cura: estrazione di tutti e quattro gli incisivi inferiori, drenaggio garza iodoformio delle quattro cavità alveolari. Guarigione in settima giornata.



FIG. 27.

Caso 8° - P. M., di anni 20, casalinga. — Sempre sana e in buona salute. Nessun dente cariato. Da dieci giorni lieve gonfiore al mento e dolori in corrispondenza degli incisivi inferiori mobili e dolenti alla pressione. Es. rad. (fig. 26): cospicuo assorbimento dei setti interalveolari degli incisivi inferiori, più marcato nella regione mediana dove le radici dei due primi inferiori rimangono impiantate nell'alveolo appena per metà. Cura: estrazione dei quattro incisivi, drenaggio delle cavità alveolari per sei giorni. Guarigione.

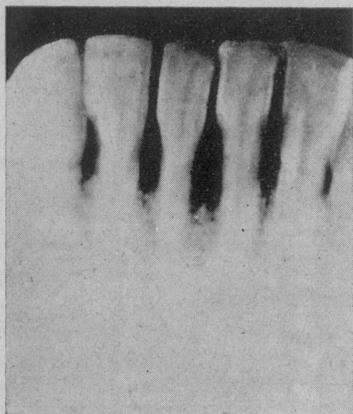


FIG. 26.

Caso 10° - T. L., di anni 18, casalinga. — Non ha avuto mai malattie degne di nota. Ha rotto il filo sempre con i denti. Da due anni si è accorta che dalla gengiva in corrispondenza del 1° e 2° inferiori di destra usciva pus, mai dolore. Da sei mesi circa senso di addormentamento in corrispondenza dei succitati denti. Da otto giorni dolore continuo. L'anno prima per fatti analoghi le furono estratti il 1° e 2° inferiori di sinistra. Es. rad. (fig. 28): riassorbimento delle papille e setti interdentari. Cura: estrazione e drenaggio per otto giorni. Guarigione.

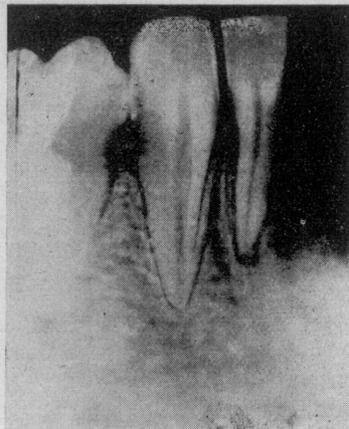


FIG. 28.

Caso 9° - P. S., di anni 18. — Ha goduto ed è in buona salute. Nessun dente cariato. Da un mese circa dolori vaghi in corrispondenza degli incisivi inferiori che si irradiano al mento. Es. rad. (fig. 27): tutto il processo alveolare della regione mentoniera presenta una trabecolatura ossea più rada del normale che si risolve gradualmente in rarefazione e poi

CONSIDERAZIONI

Non possiamo dai dati riferiti dedurre quale sia l'etiologia vera del quadro morboso da noi descritto.

La ipercalcemia non è stata ricercata in

tutti i casi e non ci permette pertanto di fare delle deduzioni; ad ogni modo non ci sembra un dato probativo.

Lo stesso dovremmo dire della influenza della disfunzione endocrina, specialmente della disfunzione paratiroidea in quanto non sapremmo spiegarci come mai tale disfunzione agisca soltanto sul gruppo degli incisivi inferiori. Tuttalpiù dovremmo ritenere questo fattore come predisponente alla malattia che può trovare in concause di natura locale (disgnazie ecc.) la sua estrinsecazione.

RIASSUNTO

L'Autore descrive una speciale forma di periodontite apicale acuta localizzata negli incisivi inferiori che si manifesta nell'età puberale e postpuberale. Riporta 10 casi osservati durante un periodo di tempo di 8 anni.

BIBLIOGRAFIA

- CATANIA: *Periodontiti acute e loro complicazioni*. « Stomatologia », nn. 2, 5 e 6, 1935.
- DE VECCHIS: *Trattato analitico di ortodonzia*. Vol. I^o e 2^o. Roma, 1937.
- GATTO: *Le paratroidi nei rapporti con l'apparato bucco-dento-mascellare*. « La Stomatologia », 1941.
- GASPARI: *Italia Odontoiatrica*, 1936.
- HELD A.: *Quelques considerations sur le parodontose*.
- MUZZI: *Ortodonzia*, 1932-XI.
- PALAZZI: *Trattato di odontologia*. Vallardi, Milano.
- PERNA A.: *Trattato pratico di odontoiatria*. Morano Ed., Napoli, 1938.
- PETER-PAUL KRANZ: *Klinische Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete Lehman*. München, 1934.
- ROCCIA: *Malattie del ricambio e del sistema endocrino nella etiologia delle parodontosi e parodontiti*. Com. alla R. Accad. di Torino, 4 marzo 1938.
- HANS H. REBEL: *Lehrbuch der Konservierenden Zahnheilkunde Lehman*. München, 1937.
- TEMPESTINI: *Endocrinologia e Stomatologia*. L. Salpietra, Palermo, 1940.
- KANTOROWITZ A.: *Handwörterbuch d. ges. Zahnheilk.* 1930.

343930

