

Dott. L. FRONGIA

Manic B72/ 32
93

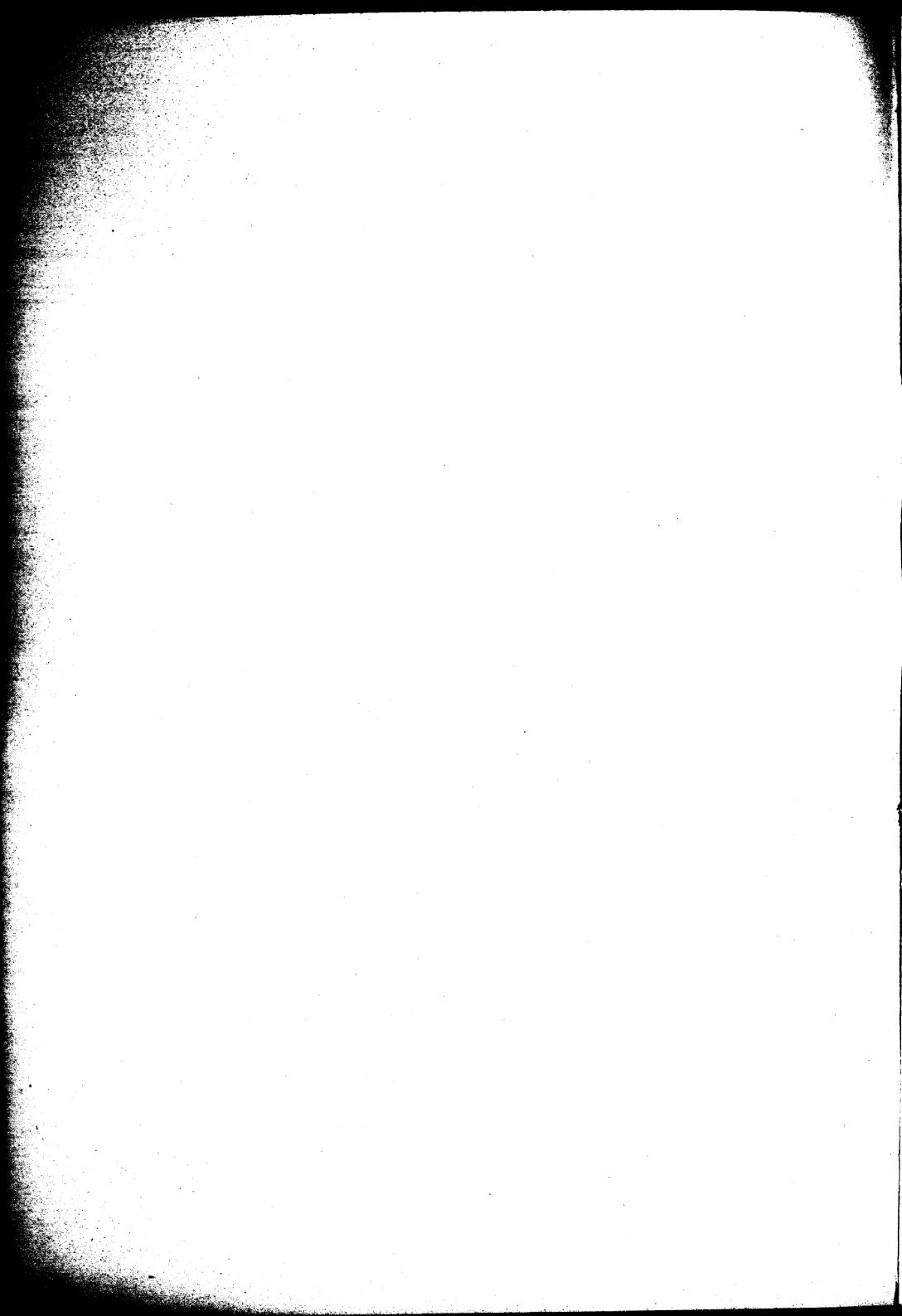
IL TAMPONAMENTO AL BERGAMON IN ODONTOIATRIA

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1941-XIX

NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A

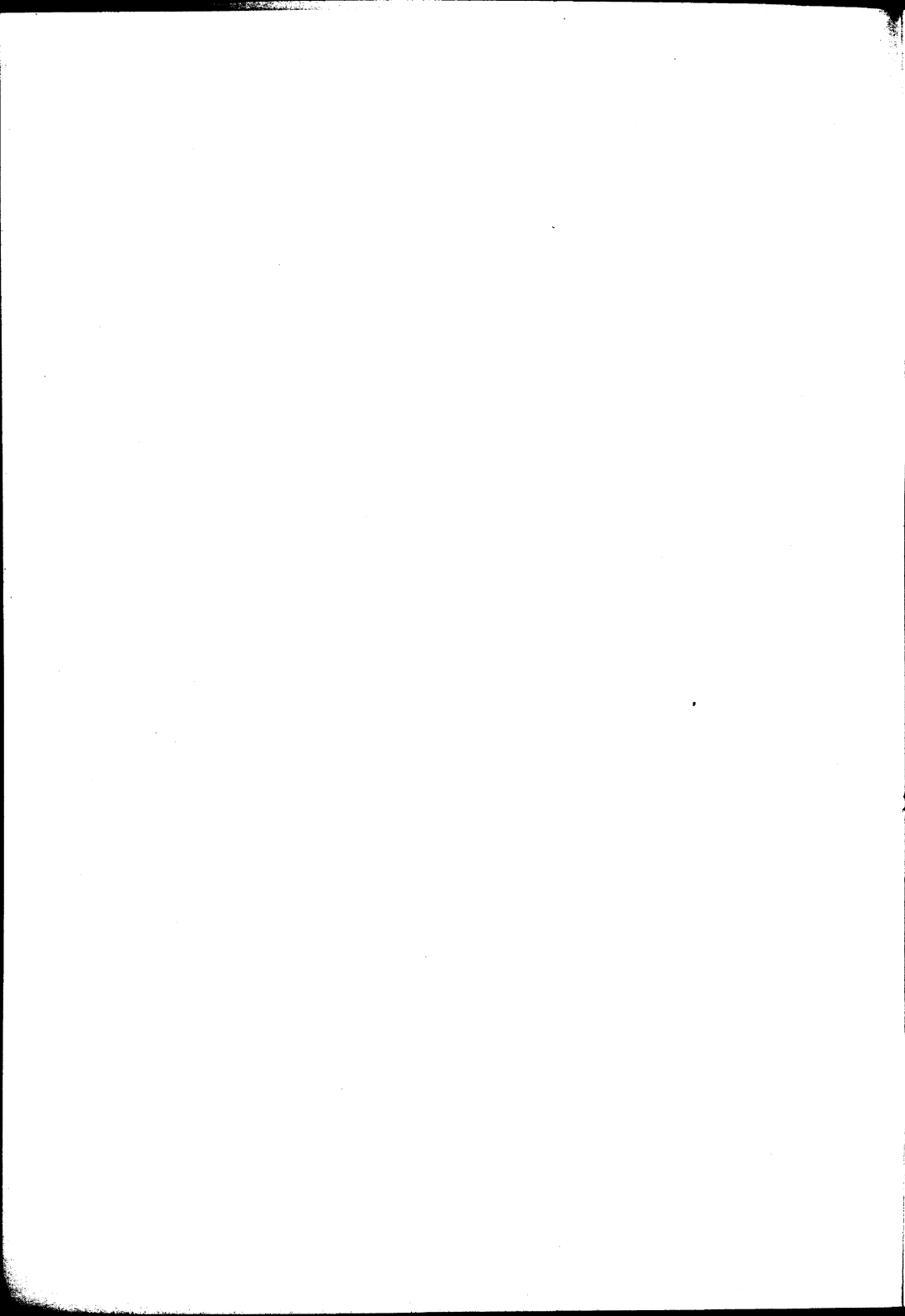


Dott. L. FRONGIA

IL TAMPONAMENTO AL BERGAMON IN ODONTOIATRIA

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"

1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



ISTITUTO DI ANATOMIA CHIRURGICA E CORSO DI OPERAZIONI DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

DIRETTORE INCARICATO: PROF. A. CARDIA

IL TAMPONAMENTO AL BERGAMON IN ODONTOIATRIA

DOTT. L. FRONGIA

Assistente volontario

Il tamponamento di alveoli dopo estrazione dentaria, o di cavità ascessuali o cistiche, comunicanti con il cavo orale, ha l'inconveniente che il più delle volte non raggiunge lo scopo di drenare e di tenere asettica la cavità stessa, e questo per l'ovvia ragione che l'abbondante flora batterica della bocca viene con la saliva portata, per capillarità attraverso il materiale di drenaggio, nella cavità stessa, nuocendo alla granulazione dei tessuti che devono colmare il vuoto esistente. Ecco perchè una ferita da estrazione dentaria che si è dovuta tamponare per emorragia guarisce più tardi di una ferita non tamponata; ed è osservazione comune che a parità di condizioni, una cavità cistica dei mascellari o della mandibola guarisce e si colma molto più tardi che in altre parti del corpo.

In genere il tamponamento nella cavità buccale si pratica con garza imbevuta in liquidi disinfettanti tipo Dakin o con garza iodoformica.

Io da tre anni nella mia pratica uso imbevare lo zaffo in Bergamon alfa puro, e posso assicurare di essermi molto giovato di questo trattamento nei confronti dei metodi che usavo prima; i casi da me trattati in tale periodo sono oltre un centinaio e sempre con ottimo esito.

Riferisco ora le storie di 11 malati di un certo interesse, in cui l'uso del bergamon nei tamponi ha contribuito alla guarigione in modo molto evidente.

1° CASO - Maggiore Pilota S. A. di anni 31. Storia clinica N. 1384. — Si presenta alla mia osservazione il giorno 2 ottobre 1938. Riferisce che da tempo soffre di flemmoni ed ascessi da disodontiasi di — 8. Anche al momento della prima visita presenta infiltrazione flemmonosa della regione sottomascellare di sinistra, trisma, febbre a 38,8. Consiglio un trattamento attendente, ed eseguisco una radiografia intraorale, che dimostra — 8 disusceso, con infiltrazione periradicolare (fig. n. 1). Dopo 15 giorni, passati i fatti infiammatori acuti, si procede alla avul-

sione di — 8 in anestesia tronculare novocainica senza adrenalina al 4 % (2 cc.). L'anestesia è completa, però l'estrazione è molto laboriosa e si deve eseguire lo scalpellamento delle pareti esterna alveolare. In un primo tempo si ritiene superfluo zaffare. Il paziente dopo circa 8 ore dall'intervento ha brividi di freddo e temperatura a 40, dolori violenti in loco. Consiglio, oltre impacchi caldo-umidi all'esterno e lavaggi con Bergamon alfa diluito, due flale da 5 cc. di un preparato sulfamidico, e tampono con zaffo di garza imbevuto in Bergamon la cavità residua alla estrazione, che è molto dolente.



FIG. 1.

Dopo 3 giorni di trattamento la febbre scompare; persiste solo modico dolore e scarsa reazione ghiandolare. Pratico per 10 giorni il tamponamento al Bergamon e dopo 15 giorni la guarigione è completa.

2° CASO - Sottotenente D. A., di anni 23. Storia clinica N. 1468. — Si presenta la prima volta il 2 novembre 1939. Un anno fa circa, in perfetto benessere, ha cominciato a notare tumefazione alla regione sottomentoniera, con modico dolore, senza febbre. Ha ricorso ad un sanitario, che gli ha detto trattarsi di un ingorgo ghiandolare e gli ha prescritto preparati iodici per via ipodermica. La tumefazione, lentamente, in 2-3 mesi è andata aumentando e la cute s'è assottigliata fino a che spontaneamente si è ulcerata, dando esito a un liquame purisimile. Da allora il paziente dice di avere sempre sotto il mento una fistola, da cui geme sempre qualche goccia di pus. Un sanitario consultato ultimamente gli ha diagnosticato una periostite tubercolare della mandibola, e gli ha consigliato elioterapia, calcio e iodio. Esaminando l'ammalato si osserva 2 cm. circa sotto la sinfisi del mento, un bottone carnoso, di colore rosso violaceo, da cui con la pressione geme qualche goccia di liquido giallastro fluido, che esaminato al microscopio si dimostra essere ricco di germi

rotondeggianti, disposti in mucchietti, presumibilmente stafilococchi. Specillando il tragitto fistoloso si osserva che lo specillo penetra in una cavità corrispondente alla sinfisi mentoniera, all'altezza degli

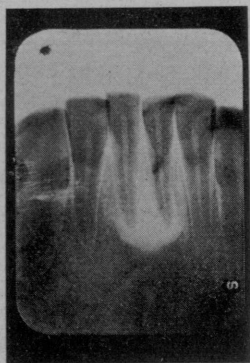


FIG. 2.

apici dei due incisivi centrali. Si eseguisce una radiografia, (fig. n. 2). Si fa diagnosi di cisti granulomata suppurata della mandibola e si propone l'intervento radicale, cioè il raschiamento della parete cistica, previo trattamento radicolare di 1-1 che pe-

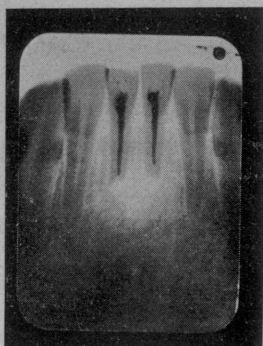


FIG. 3.

scano con gli apici nella cavità cistica, e che verranno durante l'intervento apicetomizzati. Dopo alcuni giorni nella solita anestesia locale si incide al fornice gengivo-labiale, per circa 3 cm., si scalpella l'osso fino a che si penetra nella cavità cistica che si vuota del contenuto puruloide. Apicectomia di 1-1, che prima sono stati trattati col solito metodo di cura radicolare. Si raschia la parete cistica che viene tamponata con garza al Bergamon. Non si ha alcuna reazione locale né generale. Si cambia il tampone ogni giorno nei primi 10 giorni e a giorni alterni per altre due settimane. Guarigione della ferita chirurgica dopo due mesi dall'intervento. Ancora dopo un anno non è completamente colmata la cavità di tessuto osseo (fig. n. 3).

3° CASO - L. L. casalinga di anni 27. Storia clinica N. 1379. — Mi viene mandata da un chirurgo il 25 giugno 1939. Riferisce la paziente che da circa sei mesi ha cominciato a notare che 5.4.3 — vacillano, e si tumefanno le gengive in corrispondenza di detti denti. Clinicamente i denti sono molto mobili, dolenti alla percussione e circondati da un tessuto

rosso-bluastro. La regione del mento corrispondente e il fornice gengivo-labiale sono lievemente ingrossati in confronto della parte simmetrica. Si eseguisce una radiografia, che dimostra rarefazione ossea in corrispondenza di 2.1 — (fig. n. 4). Si fa diagnosi di cisti odontogena del mascellare inferiore, e si interviene per via boccale il 26 giugno 1939 in anestesia locale novocainica. Estrazione di 2.1 —, incisione della mucosa al fornice gengivale corrispondente per circa 3 cm.: si cade su un tessuto di consistenza lardacea, di colore roseo variegato di macchie gialle, poco vascularizzato, che si addentra nel sottostante osso della mandibola.

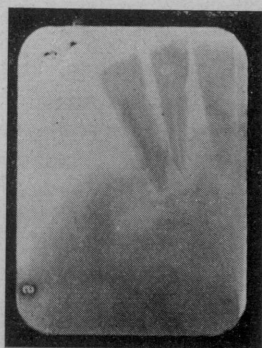


FIG. 4.

Si nota così durante l'intervento che non si tratta di una cisti, ma di un tumore solido che ha distrutto l'osso, onde si è avuta l'immagine radiografica già detta. Si pensa al sarcoma e perciò si demolisce quanto più è possibile, e si zaffa con garza imbevuta in Bergamon, in attesa dell'esame istologico. Da questo si viene a conoscere che si tratta di una epulide giganto-cellulare, quindi di una epulide interna o enulide, come vorrebbe qualche autore. Si continua il trattamento iniziato di zaffi medicati al Bergamon, e una volta chiusa la ferita si fanno quattro applicazioni di Roentgenterapia. Anche a distanza di due anni non si osserva recidiva.

4° CASO - M. B. da Sardinia (Cagliari) di anni 31. Casalinga. Storia clinica N. 1364. — Si presenta alla mia osservazione il 15 giugno 1939 per dolori in corrispondenza di 4+, che è stato incapsulato per una protesi fissa (falso ponte). Clinicamente non si presenta alcuna alterazione, per cui consiglio una radiografia, che ci mostra la presenza di una cisti odontogena del mascellare superiore destro (figura N. 5).



FIG. 5.

Si consiglia l'intervento che viene eseguito in anestesia locale (cc. 4 di novocaina al 2 % senza adrenalina), il giorno 24 settembre 1939. Si incide al fornice gengivale per circa 2 cm. fra 5+ e 3+, e con lo staccaperiostio si abbatte la sottile parete ossea che ricopre la cisti. Si asporta la parete della cisti

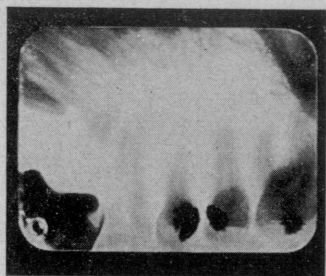


FIG. 6.

e un premolare in essa contenuto. Si zaffa la cavità con garza imbevuta in Bergamon alfa puro. Si medica allo stesso modo tutti i giorni per 10 giorni e poi una volta ogni due giorni fino al 12 ottobre 1939.

L'epitelizzazione avviene normalmente e la radiografia a distanza di oltre un anno dimostra la perfetta restituzione ad integrum dei tessuti (fig. n. 6).

5° CASO - Dottor S. P. di anni 29 da Cagliari. Storia clinica N. 1724). — Questo collega mi viene inviato per un parere dal patologo chirurgo, che ha fatto diagnosi clinica e radiologica (fig. n. 7) di osteomielite del mascellare superiore sinistro, e vor-



FIG. 7.

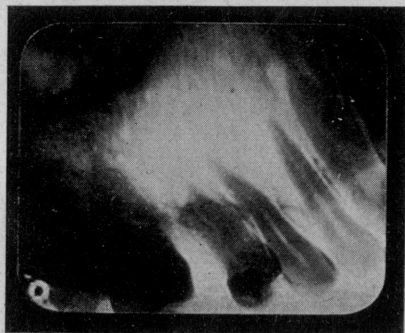


FIG. 8.

rebbe demolire tutti i premolari e molari dello stesso lato, prima di intervenire sull'osso. Io sono propenso per una terapia meno demolitiva. Infatti basta incidere in anestesia locale il giorno 2 maggio 1940 per circa 3 cm. al fornice gengivale tra +3 e +7. Con la sgorbia si raschia il periostio e l'osso fino a trovare tessuto sano, e poi si zaffa con garza al Bergamon per 15 giorni. Si fanno poi quattro applicazioni di Roentgenterapia e si ottiene la guarigione perfetta senza l'estrazione di alcun dente (fig. n. 8).

6° CASO - Capitano di Corvetta Z. L. di anni 47 da Genova. Storia clinica N. 1923. — Si presenta alla mia osservazione il giorno 7 maggio 1940 per una fistola in corrispondenza del fornice gengivale di +3, che è pilastro di un ponte, e che non vorrebbe fare estrarre. Faccio una radiografia (fig. n. 9), che dimostra estesa rarefazione del mascellare superiore destro, in corrispondenza di +3. Faccio diagnosi di cisti granulomatosa, e consiglio l'intervento che eseguisco in anestesia locale novocainica il 12 dello



FIG. 9.

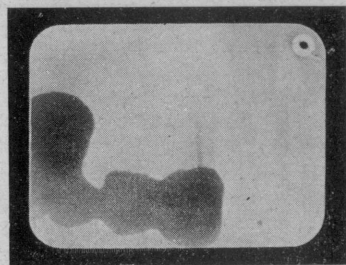


FIG. 10.

stesso mese. Taglio orizzontalmente tra +2 e +4, al fornice gengivale, scollamento delle parti molli, apertura con la sgorbia della parete cistica, apicectomia di +3, asportazione di tutta la parete della cisti, indi zaffamento con garza imbevuta di Bergamon alfa puro. Continuo le medicazioni per 15 giorni. Si ha la guarigione completa dopo 36 giorni. A distanza di un anno una radiografia di controllo (fig. n. 10) ci dimostra che l'osso è quasi completamente ricostruito dove prima era completamente rarefatto.

7° CASO - Soldato S. E. di anni 27. Storia clinica N. 3000). In seguito all'estrazione incompleta di 8 — ha avuto una osteomielite odontogena della mandibola, per cui il giorno 15 gennaio 1941 si deve intervenire con una incisione all'angolo della mandibola destra per l'asportazione di alcuni sequestri. Dopo l'intervento si zaffa con garza imbevuta in Bergamon, e mediante questo trattamento si ottiene la guarigione completa dopo un mese circa di cura.

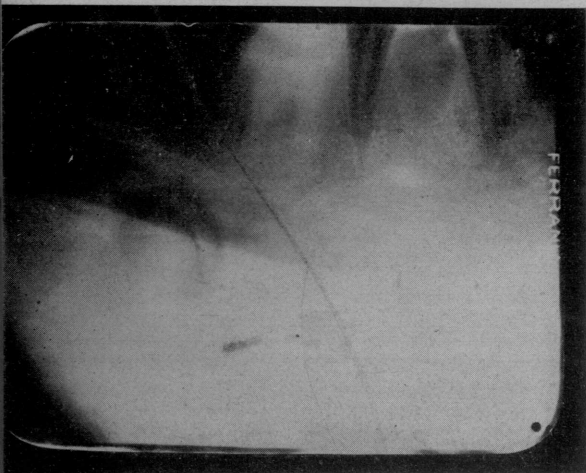


FIG. 11.

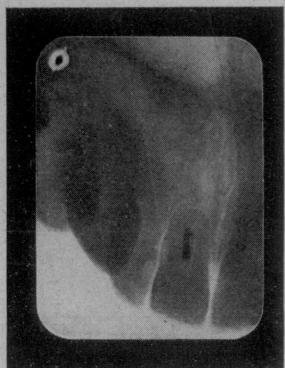


FIG. 12.

8° Caso - Studente A. P. di anni 16 da Cagliari. Storia clinica N. 1070). Il giorno 2 maggio 1940 si presenta alla mia osservazione con tumefazione della regione sottomascellare sinistra e febbre sui 39°. Il primo molare inferiore sinistro ha la corona semidistrutta ed è dolentissimo alla pressione. I fatti infiammatori datano da otto giorni, e la temperatura oscilla fra i 38,5 e i 40, ed è sempre preceduta da brividi. Si fa una radiografia del mascellare inferiore sinistro, che fa notare un ascesso radicolare di — 6, reazione periosteale della branca orizzontale della mandibola (fig. n. 11). Dopo alcuni giorni di impacchi caldo-umidi localmente, ed il trattamento generale sulfamidico si ha fluttuazione e si incide in anestesia al cloruro di etile, il giorno 9 maggio 1940 esternamente un grosso ascesso. Si drena la cavità con garza imbevuta in Bergamon. Si ha la guarigione completa dopo 10 giorni, e si pratica subito la estrazione di — 6.

9° CASO - Signorina C. C., infermiera da Cagliari. Storia clinica N. 1068). — Prima visita il giorno 2 maggio 1938. L'ammalata racconta che sette anni prima ebbe sublussato 1+. Non fece caso allora al fatto e non si fece visitare da alcun dentista. Il dente che subito dopo il trauma era un po' mobile, si fermò dopo un po' di tempo e non diede più noia fino a tre mesi fa, epoca in cui la paziente cominciò ad accusare dolore in corrispondenza del solco labio-genieno, tumefazione. Anche il dente è dolen-

te alla percussione. All'ispezione si nota che 1+ è più oscuro degli altri denti, insensibile al freddo. Tumefazione al solco labio-genieno, dove esiste fluttuazione profonda. Si consiglia la radiografia, che dimostra un ascesso radicolare di 1+. Si consiglia la apicectomia che si eseguisce con la solita tecnica il 12 maggio 1938. Si zaffa la cavità residua con garza imbevuta di Bergamon per 15 giorni. A distanza di due anni una radiografia eseguita (fig. n. 12) dimostra la perfetta guarigione anche dei tessuti ossei.

10° Caso - Signorina R. P. di anni 30 da Cagliari. Storia clinica N. 3010). Prima visita il giorno 27 febbraio 1941. Dice la paziente che nello spazio di tre anni ha avuto quattro ascessi della regione mentoniera, una volta con estrinsecazione dalla parte del pavimento della bocca, tre volte con apertura nel vestibolo. Molti anni prima aveva avuto in seguito a caduta sublussazione di 1 —. Tale dente all'ispezione si presenta di colore nerastro, e non reagisce al freddo. Percussoriamente non è dolente. Al fornice gengivale si nota un mammellone rosso blastro, che specillato si dimostra al centro come lo sbocco di un tragitto fistoloso, da cui geme qualche goccia di liquido puruloide. La radiografia eseguita (fig. n. 13) mostra una rarefazione tondeggiante in corrispondenza dell'apice di 1 —. Si fa diagnosi di granuloma cistico, e si consiglia l'apicectomia, che viene eseguita col solito metodo l'1 marzo 1941. Si drena la piccola cavità residua con garza imbevuta in Bergamon e si ha la guarigione completa dopo una ventina di giorni.



FIG. 13.

11° Caso - S. V. di anni 40 contadino. Storia clinica N. 3018. — Si presenta alla mia osservazione il giorno 12 aprile 1941, inviato da un chirurgo che ha

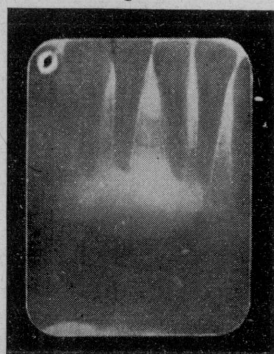


FIG. 14.

fatto già diagnosi radiografica di cisti suppurata della sinfisi mentoniera (fig. n. 14). Due giorni dopo in anestesia locale estraggo i 4 incisivi inferiori che pescano nella cavità e sono mobili. Indi raschio la cavità cistica ed asporto la membrana. La cisti suppurata si era fistolizzata all'esterno sotto la sinfisi. Zaffo la cavità per 20 giorni con garza imbevuta in Bergamon. Si ottiene la guarigione clinica completa, la chiusura della fistola esterna, e attualmente il paziente è in attesa di una protesi per sostituzione dei denti mancanti.

CONSIDERAZIONI

Dall'esposizione dei casi vari di chirurgia orale, in cui ho potuto fare il tamponamento, usando al posto di altri liquidi antisettici il Bergamon alfa puro, si può trarre la conclusione che è consigliabile usare nella pratica stomatologica questo prezioso prodotto, che non irrita i tessuti, non ritarda la cicatrizzazione delle ferite, ma anzi la stimola, evitando ogni reazione infiammatoria. Le ottime doti del Bergamon erano già state così egregiamente sperimentate dal TEMPESTINI, che appunto ne aveva dimostrato oltre che il forte potere battericida, la nessuna azione caustica, e il potere di favorire i processi reattivi e riparativi e di eccitare la difesa fagocitaria e cellulare.

L'azione inoltre fortemente deodorante e antiputrida del Bergamon, già dimostrata dal TEMPESTINI nelle cacosmie buccali, è preziosa nel tamponamento di cavità chirurgiche orali, dove appunto la flora tanto ricca della bocca ha modo altrimenti di svilupparsi tanto da disturbare non poco la riparazione dei tessuti.

Il Bergamon, a mio modo di vedere e per la esperienza pratica già fatta, è preferibile al Dakin e alla garza jodoformica perchè col Bergamon la ferita chiude più rapidamente, perchè è gratamente profumato, perchè è di facile applicazione e perchè è gradito dai pazienti a cui non lascia in bocca sapori e odori talvolta insopportabili.

AUTORIASSUNTO

L'A. ha usato nella sua pratica di chirurgia orale, il tamponamento di cavità ascessuali, cistiche ecc. con garza imbevuta in Bergamon alfa puro, ottenendo sempre ottimi risultati e dall'esposizione di undici casi clinici fra i tanti trattati, trae la considerazione che questo liquido antisettico autarchico deve sostituire altri liquidi consimili prima usati nei drenaggi di cavità chirurgiche.

BIBLIOGRAFIA

- ANEDDA A.: *Brevi note sulla terapia della scabbia e specialmente sull'uso del Bergamon alfa puro.* «Rassegna Medica Sarda», Anno XLII, 1940-XVIII, n. 3.
- BRACCHETTI G.: *Risultati di Ricerche sperimentali sull'azione dell'essenza di bergamotto.* «La Stomatologia», 1923, pag. 833.
- CAROSSINI G.: *L'essenza di bergamotto ed i suoi derivati nella cura degli accessi freddi.* «La Medicina Internazionale», 1936, n. 6.
- CASANCOVA M. A.: *Il Bergamon nella pratica otorinolaringoiatrica.* «Boll. delle Mal. dell'Orecchio, della Gola, del Naso, ecc.», 1940, n. 12.
- DE NAVA G.: *L'olio essenziale di bergamotto in odontoiatria.* «Ann. di Clinica Odont. e dell'Ist. Sup. G. Eastman», 1934, n. 4.
- *Nuova tecnica per la protezione della polpa scoperta occasionalmente.* «Ann. di Clin. Odont. e dell'Ist. Sup. G. Eastman», 1935, n. 11.
- *L'olio essenziale di bergamotto.* «La Fitoterapia», 1936.
- GATTEPOSSÉ R. M.: *Usi terapeutici dell'essenza di bergamotto.* Roma, 1932.
- MELA B.: *La microbiologia del cavo orale.* Ed. Minerva Medica, Torino 1937-XV.
- NATALE P.: *L'essenza di bergamotto nella pratica ostetrico-ginecologica.* «Rass. di Ost. e Ginecologia», 1933.
- NICORA G.: *Utilità del Bergamon come antisettico, nella pratica ostetrico-ginecologica.* «Il Monitore Ostetrico-Ginecologico», Anno 1941-XIX.
- PEJRONI: *Ricerche sperimentali sull'Indice Batterico Orale.* «La Stomatologia», 1934, n. 12.
- PERNA A.: *Valore della pulizia della bocca.* Ed. Ist. Poligrafico dello Stato, Roma 1937-XV.
- PUGLISI ALLEGRA S.: *L'olio essenziale di bergamotto e di limone in chirurgia.* «Il Policlinico, Sezione pratica», 1935, n. 976.
- PULCHER F.: *Ricerche sull'azione disinfettante dell'essenza di bergamotto in soluzioni saponose.* «L'Igiene Moderna», 1933, pag. 437.
- SANARELLI G.: *L'esalazione polmonare delle sostanze tossiche volatili ecc.* «Annali di Igiene», 1902, pag. 90.
- *Un disinfettante nazionale: Il Bergamon.* «Annali di Igiene», 1936, n. 8.
- *Les cacosmies buccales.* «La Presse Medicale», n. 79, 1 oct. 1938.
- SEGRE G. V.: *Ricerche sperimentali sul potere battericida dell'essenza di bergamotto in emulsioni saponose.* «Boll. della Soc. Piemontese di Ost. e Ginec.», 1934, n. 6.
- SPINELLI A.: *L'essenza di Bergamotto - Nuovo antisettico nella pratica chirurgica.* «Il Policlinico», Sezione Chirurgica, 1932.
- *L'essenza di bergamotto in Chirurgia.* «Atti della Soc. Medico-Chirurgia Calabrese», 1933.
- *L'essenza di bergamotto: nuovo antisettico nella pratica chirurgica in periodo di controazioni economiche.* «Annali di Medicina Navale e Coloniale», 1936, vol. II, fasc. II.
- TEMPESTINI E.: *Gli agrumi in odontoiatria.* «Comunic. al 1° Congresso Internazionale di Stomatologia», Budapest, 1931.
- TEMPESTINI O.: *Il potere battericida della saliva mista umana.* «La Stomatologia», 1933.
- *Ricerche sperimentali sull'azione esercitata dal succo e dall'essenza del limone sui tessuti duri del dente e sulla flora batterica della cavità orale.* «La Stomatologia Italiana», 1939.
- *L'essenza di bergamotto in Stomato-odontoiatria.* «La Stomatologia Italiana», n. 11, 1940.

343923

