

M. B. 42/123 57

Dott. GIOVANNI UVA

CONSIDERAZIONI SU DI UN CASO DI STOMATITE MERCURIALE

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



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

CONSIDERAZIONI SU DI UN CASO DI STOMATITE MERCURIALE

DOTT. GIOVANNI UVA

Ex Direttore Inc. dell'ambulatorio degli Ospedali di Venezia

Nel quadro generale delle stomatiti, sia come malattia professionale sia come intossicazione acuta o cronica, figura la stomatite mercuriale che non ha destato forse nella letteratura medica quell'interesse che si merita, tanto che alcuni scrittori si sono limitati, nei loro trattati, a farne un semplice cenno, mentre altri l'hanno descritta solo incompletamente.

Un tempo tale malattia era frequente, sia per la scarsa igiene orale di coloro che per ragioni di lavoro erano a continuo contatto con il mercurio nelle sue varie composizioni, sia quale esito di una cura antiluetica; ed anzi, a questo proposito, talora molti sifilologi aumentavano le dosi di mercurio fino alla comparsa di una stomatite, e non si curavano di esaminare o di far esaminare la bocca prima di iniziare il trattamento! E' noto come la frequenza e la gravità delle stomatiti siano in rapporto con la mancanza di cure preventive da farsi al cavo orale piuttosto che alla quantità di mercurio somministrato.

Oggi è piuttosto rara e ancor più di rado è vista da noi stomatologi, vuoi per le misure profilattiche ed igieniche consigliate e praticate dai lavoratori, vuoi perchè attualmente si combatte la lue con farmaci ad azione più efficace e meno dannosa per i tessuti orali e per l'organismo in genere; pur tuttavia sono stati osservati anche recentemente:

un caso di grave stomatite mercuriale (BOZO e MESNARD) in una bambina quattrenne cui era stato somministrato (senza l'indispensabile continua sorveglianza del cavo orale) un preparato di protocloruro mercurico per una forma di enterite cronica. La lesione portò alla formazione di un sequestro di parte del mascellare superiore, sequestro contenente i follicoli dei premolari, e alla necrosi di tutti i setti interalveolari dei denti decidui, sia del mascellare che della mandibola;

e due casi di stomatite grave in donne cinquantenni entrambe luetiche trattate con preparati mercuriali iniettati endomuscolo (THIBAUT e MARIE): nella prima paziente si notavano lesioni gangrenose, limitate, ma profonde del pavimento della bocca a ridos-

so della mandibola con formazione di un grosso sequestro e frattura patologica mandibolare; nella seconda le lesioni necrotiche diffuse alla lingua, al pavimento e all'arcata inferiore, completamente denudata, causarono la morte della malata, deceduta per l'infezione orale più che per l'intossicazione mercuriale. Da notare come in questi due casi, malgrado la gravità e l'estensione dei processi necrotici all'arcata inferiore, nessuna lesione esistesse a carico dei tessuti molli e duri dei mascellari superiori.

Sulla etiologia e sulla sintomatologia di questa malattia, ormai bene conosciuta, tutti gli Autori sono d'accordo, mentre disparate sono le opinioni che interessano la patogenesi.

Si pensa infatti che tutto il processo sia dovuto ad una corrosione chimica diretta (SCHMANN), mentre LYDSTROM attribuisce la facile deposizione dei sali mercuriali nei tessuti della mandibola alla peculiare parentela esistente fra le carotidi esterne e le arterie dentali inferiori, le cui arterie e vene capillari si congestionano per l'ostruzione effettuata da questi infimi globuli di mercurio. Il BESSESEN ci parla di una combinazione chimica del mercurio col sangue, il cui composto si deposita nelle cellule capillari endoteliali riducendo ulteriormente la vitalità dei tessuti già colpiti. L'ulteriore evoluzione del processo infiammatorio è affidata alla flora microbica della bocca.

BUCHARD e JUGLIS a difesa della stessa teoria citano l'esperienza di HARTZELL ed HENRICH sui gatti, a cui fu dato il mercurio fino allo sviluppo di una stomatite. Essi quindi isolarono gli streptococchi dalla bocca e dalle ghiandole linfatiche cervicali dimostrando come l'azione di essi diminuisca la resistenza dei tessuti orali.

Quale conclusione di questa breve rassegna di teorie mi pare si possa affermare che il processo sia dovuto ai seguenti fattori: eliminazione dei sali mercuriali attraverso la saliva, infiltrazione di tali sali nelle gengive con conseguente gengivite mantenuta ed aggravata dal moltiplicarsi e dall'esaltarsi della flora microbica orale, spirilli e fusiformi in particolare.

Sull'esito della stomatite mercuriale tutti gli studiosi sono d'accordo (DECHAUME, PALAZZI, PERNA, ecc.): raro l'exitus, costante una necrosi parcellare dell'osso, dovuta all'azione tossica del mercurio, il quale produce un ispessimento notevole delle pareti arteriose, specie dei piccoli vasi, con conseguente restringimento del lume vasale per endoarterite. Il diminuito o lo scomparso afflusso sanguigno provoca l'insufficiente nutrimento dei tessuti o la loro morte e l'inf-



Fig. 1.

zione orale ha modo di peggiorare la situazione; quindi: arterite obliterante per quanto riguarda i sequestri, capillarite per quanto riguarda la necrosi dei tessuti molli.

Ho creduto opportuno riportare questo caso di stomatite mercuriale, non già per riferire i sintomi bene conosciuti di questa malattia, ma per illustrarne la non comune origine e la gravità dell'esito.

Si tratta di un certo F. Bruno, di anni 28; gondoliere di professione, ricoverato d'urgenza in una Divisione Medica del nostro Ospedale per intossicazione acuta da mercurio. Nella storia clinica è scritto che la malattia ebbe inizio dieci giorni or sono. Il paziente infatti, infestato dal pediculus pubis, dopo aver fatto un bagno freddo, si è frizionato tutto il torace e tutto l'addome con unguento mercuriale, consumandone circa trenta grammi. Due ore dopo il paziente ha incominciato ad avvertire intensi brividi di freddo, dolori spastici all'addome seguiti da diarrea; poco dopo si è avuto un innalzamento della temperatura con dispnea. A questa sintomatologia acuta sono seguiti due giorni dopo: oliguria, stitichezza, scialorrea, con intensi bruciori in bocca. Da allora il suo stato è andato sempre peggiorando sì da costringere il paziente a farsi ricoverare d'urgenza.

E' da cinque mesi ch'egli porta con sè il pediculus pubis senza aver mai consultato uno specialista che lo liberasse da quella

tortura! Un anno fa egli fu infestato egualmente da tali agenti per parecchio tempo.

Il padre è morto di tifo, la madre vive e gode ottima salute. Ha due sorelle viventi e sane. Nulla di notevole da ricordare per quanto riguarda l'anamnesi del paziente, il quale, avendo sempre fatto il gondoliere, non ebbe a manipolare per ragione alcuna il mercurio o i suoi sali.

L'esame obbiettivo nulla fa rilevare di patologico a carico dell'apparato scheletrico, di quello respiratorio, cardiaco, dell'addome e dell'apparato locomotore, se si escludono quelle alterazioni dovute allo stato tossico del paziente. Degna di rilievo per il caso in esame è la cute: essa infatti si presenta copersa di una forma eczematosa in corrispondenza dei peli, i quali vanno cadendo in gran quantità e per tutto il corpo vi sono piccole lesioni da grattamento. A carico della mucosa orale la cartella clinica parla di una stomatite con copiose emorragie gengivali e perdita di alcuni denti.

Cessato lo stato grave del paziente, veniamo chiamati nella Divisione allo scopo di curare la stomatite che persiste, nonostante le condizioni generali siano migliorate, e per sollevare l'ammalato dai dolori che lo tormentano in quasi tutte le regioni dentarie.

Il paziente presenta modica adenopatia sottomandibolare bilaterale ed alito fetido; all'esame del cavo orale si riscontra una intensa iperemia della mucosa delle guancie e del palato; le gengive sono anche esse iperemiche e tumide in toto; particolarmente sanguinante e fortemente scollata la gengiva che ricopre i processi alveolari della regione in-

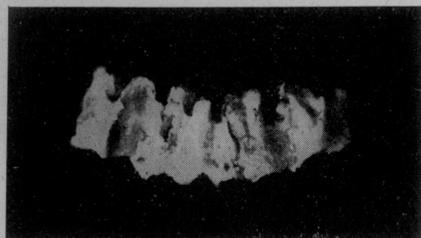


Fig. 2.

cisiva inferiore, processi che in buona parte sono messi a nudo. In una fase un po' meno acuta, ma ugualmente grave si presentano le gengive ricoprenti gli alveoli del +5, +6, +7. A carico dei denti si nota l'assenza del -2, -1, 1-, 2-, e una spiccata mobilità del -3.

Il paziente racconta che i denti mancanti sono stati tolti da lui stesso, con tutta facilità, data la loro estrema mobilità.

L'aspetto degli alveoli conferma infatti la caduta recente dei denti, senza traccia di traumi o di frattura.

Raschio accuratamente gli alveoli, estraendo da essi masse putrefatte di cibo, e zaffo le cavità così deterse; pulisco minuziosamente le gengive, le medico con acqua ossigenata e con soluzione di bleu di metilene.

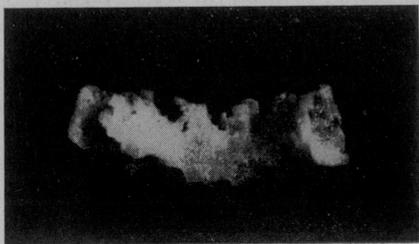


Fig. 3.

Rivedo il paziente il giorno dopo e trovo le gengive alquanto migliorate per quanto riguarda lo stato infiammatorio. Il malato però continua a lamentarsi di una forte arsuratura e di un vivo dolore a carico del —3 vacillante. Estraggo il —3, procedo a rinnovare la medicazione con il bleu di metilene e prescribo sciacqui di borato di sodio ripetuti durante la giornata. Alcuni giorni più tardi sono costretto ad estrarre il +6, +7, +5 perchè completamente scollati dagli alveoli e tentennanti; invito quindi il paziente a venire nell'ambulatorio per la continuazione della cura.

Il dì seguente ad un esame accurato e in buone condizioni d'illuminazione noto con la palpazione dell'arcata inferiore una mobilità di quel tratto di osso alveolare compreso fra i canini. Affondo fra i lembi gengivali dei denti precedentemente estratti una pinza ossivora e senza alcuno sforzo traggo fuori interamente quel pezzo che si vede qui dalle fotografie riprodotte.

CONSIDERAZIONI

Questo caso, che ho descritto, si presenta molto interessante per alcuni fatti non comuni, che hanno bisogno di una spiegazione anatomo-clinica.

La storia infatti fa rilevare: la strana etiologia, la rapidità evolutiva del processo tossico in rapporto alla quantità del medica-

mento, l'esito non comune della necrosi totale.

Non è frequente infatti trovare individui che si cospargono tutto il torace e tutto l'addome di unguento mercuriale! L'ignoranza in materia medica e l'uso o l'abuso di medicinali impiegati da profani senza criterio e senza il consiglio di sanitari può portare a conseguenze spiacevoli; e questo ne è un caso dimostrativo. Se noi prendiamo un trattato di farmacopea, vi leggiamo che gli unguenti mercuriali presentano il grande inconveniente di non prestarsi ad una esatta dosatura, poichè solo una piccola parte del metallo può essere assorbita; ora trenta grammi di unguento danno costantemente dei fatti tossici acuti così rilevanti, dato lo scarso assorbimento di puro metallo?

Non credo si possa affermarlo, se non si pensa ad una sensibilità particolare di questo soggetto al mercurio.

Però questa mia affermazione va presa come una supposizione, poichè non mi è noto se questo paziente abbia in precedenza fatto uso di questo metallo. A conferma però di questa mia supposizione starebbe anche l'acutezza dei dati clinici.

L'intossicazione mercuriale da medicamento è sempre, in linea generale, una intossicazione cronica, lenta, non mai così rapida. Sono state osservate bensì forme acute, ma questo si verifica soltanto in giovani operai, dopo breve tempo dalla loro assunzione nelle miniere di mercurio o da poco impiegati nella distillazione di esso, o nelle fabbriche di termometri o nella lavorazione del feltro, per il quale si adopera il nitrato mercurioso; tutte circostanze ben differenti da quelle nelle quali è avvenuta l'intossicazione del giovane da me curato.

Ed infine l'esito della necrosi limitata alla arcata inferiore, così come avviene di consueto, pur essendoci nei tessuti molli del mascellare superiore delle lesioni simili, sebbene in minor grado, si spiega sia pensando alla irrorazione sanguigna di questo tratto di osso, irrorazione che è dovuta alle arterie dentali inferiori, le quali sono arterie terminali ed a lume piccolo, (l'arterite obliterante quindi, conseguenza dell'azione tossica del mercurio, ha impedito l'afflusso di sangue e con ciò la nutrizione di questo segmento osseo) sia pensando, nel caso particolare, che siano avvenute nell'infanzia delle turbe trofiche, le quali abbiano maggiormente colpito quelle zone dell'arcata inferiore, nelle quali già normalmente la trabecolatura ossea è meno densa.

A tutto questo si aggiunga la rapidità con

la quale il metallo è entrato in circolo, dieci giorni soltanto, e noi avremo dinanzi tutto il quadro clinico in tutta la sua evoluzione terminale: necrosi di un grande tratto di osso e non parcellare.

BIBLIOGRAFIA

- OATHER KELLY: *Osteonecrosis of the Maxilla: Report of Case* « The Journal of The American Dental Association ». Giugno 1936.
- J. R. Mc. GEORGE, D. D. S.: *Mercurial Stomatitis*, « The Journal of The American Dental Ass. ». Gennaio 1935.
- CORRADI GIOVANNI: *Varietà di necrosi e di carie della mandibola*. « Stomatologia », a. XXVI, n. 2, 1928, pag. 178.
- AMODEO A.: *Stomatite aurica*. « Stomatologia », anno XXVI, n. 9, 1928, pag. 1004.
- BOZO et MESNARD: *Stomatite mercurielle grave*. « Revue de Stomatologie », vol. 40, n. 5, maggio 1938, pag. 327.
- THIBAUT et MARIE: *Deux cas de stomatites graves*. « Revue de Stomatologie », vol. 38, n. 8, agosto 1936, pag. 583.
- ARLOTTA A.: *Sulle osteiti dei mascellari*. « Archivum Chirurgiae Oris », vol. I, Fasc. VI, 1930, pag. 470.
- CAVINA C.: *Necrosi tardiva della mandibola da radium*. « Stomatologia » vol. XXVI, n. 10, 1928, pag. 1175.
- TESTUT: *Anatomia Umana*. « Angiologia ».
- PERNA A.: *Trattato pratico di odontoiatria*.
- PALAZZI SILVIO: *Manuale di Odontologia*.
- La Pratique Stomatologique: *Pathologie dentaire*, volume II.

344494

