

Ms. B77/124 49

Dr. MARIO PEJRONE

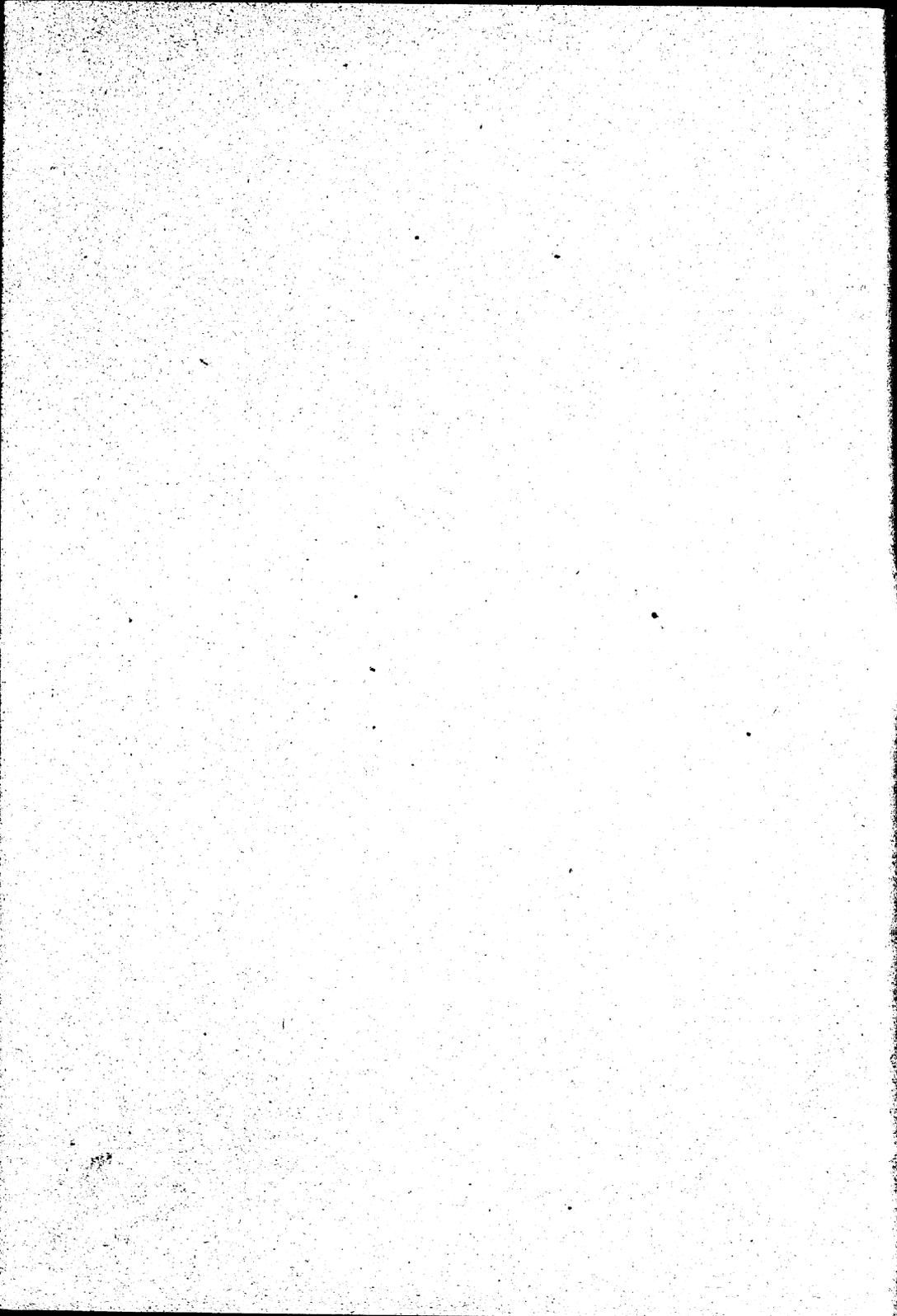
60

La vaccinoterapia nella piorrea alveolare

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA"



1942-XX
NUOVE GRAFICHE S.A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
 DIRETTA DAL SEN. PROF. ANEDEO PERNA

LA VACCINOTERAPIA NELLA PIORREA ALVEOLARE

DR. MARIO PEJRONE

Diagnosi della piorrea alveolare

La diagnosi di piorrea alveolare è giustificata soltanto quando dalle profonde saccoccie periradicolarì, in fase ulcerativa, fuoriesca spontaneamente, e tanto più sotto la pressione digitale, una quantità di pus più o meno abbondante. La semplice presenza delle saccoccie non conferma e sostanzia la diagnosi perchè le saccoccie sia pure nei recessi in vicinanza dell'apice radicolare, se rivestite da epitelio intatto non danno suppurazione. Nè d'altra parte, come sostiene KRONFELD, la sola presenza del pus, attorno al cemento o nelle zone cervicali dei denti giustifica la diagnosi clinica di piorrea alveolare, potendosi in tal caso la suppurazione presentarsi senza le saccoccie.

Lo scolo di pus, infatti, come sostiene anche A. PERNA « non è esclusivo della piorrea alveolare, ma appartiene ad altre malattie del sistema dentario che da essa si differenziano per la genesi e la sindrome fenomenica ».

La diagnosi dunque di piorrea alveolare si basa su due elementi essenziali: sulla presenza delle saccoccie e sulla ulcerazione di queste.

Con l'attuale contributo che non vuole essere una rivista sintetica di quanto si è scritto sulla piorrea alveolare, che partendo dal punto di vista istopatologico la scuola di GOTTLIEB chiama paradentite profonda suppurativa, non intendo esporre tutti i contrasti di opinione esistenti sulla etiologia e la terapia di tale affezione, ma procedere chiaramente verso il concetto informatore principale dell'argomento basantesi sui risultati terapeutici, ottenuti con la vaccinoterapia.

Per comprendere tali risultati non è possibile fare a meno delle conoscenze fondamentali etiologiche della piorrea alveolare.

Etiologia della piorrea alveolare

Le cause dell'affezione sono predisponenti e determinanti. Le prime si possono dividere in locali e generali.

Fra le cause locali bisogna ricordare tutte le sostanze che irritano, ledono o traumatizzano i tessuti molli e che relativamente accelerano il distacco del ligamento alveolodentario dal colletto dei denti. Fra le sostanze e i traumi che irritano i tessuti ricordo le otturazioni debordanti, i margini delle capsule metalliche aperti e taglienti, i cementi ossifosfatici eccedenti o spinti sotto le papille, gli steccadenti, i crini rigidi degli spazzolini, la presenza dei detriti alimentari, i traumi occlusivi che trasferiscono le forze della pressione non assaiamente all'apice della radice, ma lateralmente, l'uso disaccurato delle ligature metalliche, i depositi calcarei sul limbo gengivale.

Non è soltanto la composizione chimica di tali depositi che favorisce l'infezione, ma anche la costante irritazione meccanica della incrostazione dura e la pressione determinata dell'accumulo dei diversi strati che si portano sempre più profondamente in modo da disturbare la circolazione e la nutrizione cellulare e da diminuire la resistenza locale. Si favorisce così l'atrofia che per un periodo di tempo può essere anche libera da infezione.

Fra tutte le cause, i calcoli salivari costituiscono una decisa predisposizione nella etiologia della piorrea alveolare per cui la loro rimozione s'impone sempre. Vi sono tuttavia dei casi nei quali, malgrado che una abbondanza di calcolo si porti da un lungo periodo di tempo, non si stabilisce la piorrea. Non vi è dubbio che la resistenza della gengiva giuoca una notevole parte nello sviluppo dell'affezione, come del resto avviene non solamente per la gengiva, ma per tutti i tessuti dell'organismo. È stato sufficientemente dimostrato che il carattere dei tessuti è ereditario: si constata infatti nella grande maggioranza dei casi che la piorrea si riscontra più o meno nei membri della stessa famiglia perchè i genitori possono trasmettere una debolezza congenita di alcuni tessuti. Anche i tipi individuali hanno una certa importanza: si è dimostrato che alcune razze, come l'inglese ed i tipi longilinei vi sono

maggiormente predisposti. Sulle lesioni ad ogni modo comunque stabilite è facile l'attecchimento batterico. Tra le cause predisponenti della piorrea possiamo inoltre annoverare tutte quelle malattie che producono un metabolismo anormale siano esse diatesiche o infettive e che abbassano l'indice opsonico.

La malnutrizione, l'anemia, l'artrite, la sifilide, la tubercolosi, il diabete, la malaria, la stessa senilità « senilitas ipsa morbus », tutte le malattie costituzionali deprimono la resistenza organica ed aprono le barriere tissurali alle invasioni batteriche.

Qualora le cause locali si sommano a queste generali, la piorrea assume un decorso più grave ed ecco la spiegazione non solo del decorso, ma della stessa modalità della insorgenza dell'affezione. In alcuni casi i calcoli salivari premono fortemente sulla gengiva; rimossi questi, si osserva che la gengiva è rossa, infiammata ed in preda ad un leggero essudato purulento superficiale. Ebbene, tolto il tartaro, in pochi giorni si ha la guarigione completa. In questi casi la naturale resistenza dei tessuti costituisce una insormontabile barriera contro l'invasione batterica che tutto al più attecchisce esclusivamente agli strati superficiali. In altri individui invece l'infezione, iniziata leggermente, si diffonde con molta rapidità a tutti i tessuti che circondano la radice, il pus si raccoglie profondamente e le tasche arrivano fino agli apici dei denti. La causa di tale differenza, per la diffusione della infezione, va ricercata, come facilmente si intuisce, nell'abbinamento delle cause generali con quelle locali.

Si è ritenuto per il passato che la presenza dei calcoli fosse indispensabile per l'inizio della piorrea; ciò non è esatto perchè i calcoli si formano con maggiore facilità lungo la recessione della gengiva su una impalcatura organica o spirochetica come si è recentemente dimostrato.

Se la piorrea dipendesse, e qualche volta dipende realmente ed allora è meno allarmante, da condizioni esclusivamente locali: malocclusioni, sporozia, tartaro, corone metalliche alte, lunghe e non calzanti, basterebbero allora le misure profilattiche e qualche intervento locale per determinarne la guarigione, ma in realtà nella maggioranza dei casi non è così. Una infinità di ricerche scientifiche, tra le quali ricordo quelle del Calarèse, hanno dimostrato che la causa determinante è data dagli streptococchi, che negli organismi debilitati da leucemia, diabete, nefrite, artrite, sifilide, tubercolosi, e nei quali l'indice opsonico è abbassato, hanno l'opportunità di attecchire e svilupparsi rapidamente.

Il progredire dell'affezione dipende da un gran numero di condizioni:

1) La virulenza del microorganismo. Gli streptococchi, che hanno perduto la loro attività, provocando appena una leggera congestione, se invece sono di un'altra virulenza, i tessuti diventano intensamente congestionati ed emorragici, si ha necrosi ossea e notevole quantità di pus.

2) La immunità naturale individuale ha una grande influenza sulla infezione.

Gli individui con alta resistenza hanno i processi fagocitari molto attivi.

Al processo della immunità contribuisce in sommo grado la chemiotassi: generalmente più il processo infiammatorio è acuto e più i leucociti polimorfonucleari sono attratti nella sede della infezione mentre nel processo infiammatorio cronico sono pochi i polimorfonucleari ed abbondanti i mononucleari. Diventa in tal modo evidente che nelle infezioni croniche gli apparati che producono l'immunità debbono essere stimolati, essendo in questi casi i processi immunitari naturali deboli sia nel prevenire che nello spegnere una infezione. In tal condizioni sono indicati i vaccini che stimolano il potere opsonico del sangue ed aumentano la fagocitosi. Si è d'altronde già clinicamente dimostrato che qualora un sufficiente numero di batteri previamente sterilizzati è introdotto in sospensione sottocutaneamente, il potere immunitario del sangue s'innalza; si producono più opsonine tropine, batteriolisine, agglutinine, antitossine, precipitine, ed aumenta la fagocitosi.

La vaccinoterapia

Il termine vaccino fu usato per la prima volta per il virus bovino impiegato contro il vaiuolo: si inoculava nell'organismo il virus più o meno attenuato per aumentare le forze di difesa contro il vaiuolo. Odiernamente per vaccino s'intende una sospensione di batteri uccisi, previamente sterilizzati in adatto liquido come la soluzione normale salina. Sotto questa forma noi consideriamo i vaccini.

I vaccini, somministrati in dosi opportune ed adatte ai singoli infermi, che non soffrono di cachessia, di scompenso cardiaco, di insufficienza renale od epatica, stimolano i processi di difesa umorale e cellulare, che diventano così capaci di distruggere i germi patogeni. Essi provocano la crisi emoclasica che si manifesta con febbre, con leucopenia in primo tempo e successivamente con leucocitosi.

I vaccini utilizzati sono :

1) i vaccini autogeni che provengono dal focolaio d'infezione del malato che si intende curare;

2) i vaccini eterogeni preparati con germi provenienti da culture di laboratorio;

3) i vaccini monovalenti che sono quelli fatti con un solo germe;

4) i vaccini polivalenti ottenuti da due o tre germi della stessa specie (*streptococcus viridans*);

5) i vaccini misti, quando contengono germi di diverse specie;

6) gli stock-vaccini costituiti da germi della stessa specie prelevati da malati diversi e da lesioni varie.

Per il loro modo di preparazione i vaccini si dividono in :

a) vaccini uccisi, ricavati da culture selezionate e giovani, emulsionate, in soluzione fisiologica e sterilizzate al calore, portando ogni 24 ore a 60 gradi C. a bagnomaria per due o tre volte o mediante l'aggiunte di antisettici (formolo, etere);

b) vaccini lisati che sono costituiti da corpi batterici sciolti mediante disintegrazione biologica dei germi;

c) vaccini vivi sensibilizzati, formati da germi che vengono impregnati col siero corrispondente a poi lavati ripetutamente.

Le iniezioni vanno fatte sottocutaneamente nelle regioni brachiali, glutee, toraciche, scapolari.

Prima delle iniezioni le fiale vanno agitate.

Le clinica medica generale ammette ormai che la vaccinoterapia dà buoni risultati nella febbre miltare, nel tifo, nelle complicazioni gonococciche, nel reumatismo articolare acuto, risultati discutibili nelle polmoniti, negativi nelle endocarditi settiche.

Dal riferimento di alcune storie cliniche si deduce come anche nella piorea alveolare grave la vaccinoterapia dia buoni risultati specialmente quando le cure locali non hanno corrisposto. D'altronde molti autori sono favorevoli a tale cura ed anche coloro che sono avversari ad essa come HELD di Ginevra non hanno potuto non ammettere i successi ottenuti. Scrive infatti HELD: « nei casi di piorea con abbondante suppurazione, abbiamo vista questa suppurazione regredire in forti proporzioni ed anche sparire per un certo tempo, usando vaccini preparati da emoculture... ».

S'intende che in una malattia così complessa i pazienti non vanno abbandonati e che vanno visitati almeno una volta all'anno.

CASISTICA

Caso 1° - Uomo di 37 anni. Contrasse la lue a 16 anni e fu energeticamente curato con salvarsan, bismuto e mercurio per cinque anni. Si sposò a 22 anni, non ha avuto dalla moglie figliuoli. Cute di colorito bruno-pallido. Mucose pallide. Pannicolo adiposo scarso. Muscoli ipotonici. Presentava una grave piorea con parecchie fistole lungo le gengive. La terapia esclusivamente locale non diede buoni risultati. Furono rimossi alcuni denti morti che erano causa di alcune fistole. Restarono tre fistole di origine paradentale. I denti che vi corrispondevano non erano molto mobili ed erano vivi. Dal materiale settico ottenuto da una delle fistole si preparò un auto-vaccino. La cultura mostrò la presenza dello streptococco viridante.

Dopo quattro iniezioni, una alla settimana, il paziente crebbe di due chilogrammi, mentre le condizioni delle gengive erano notevolmente migliorate. Si fecero ancora altre sei iniezioni. Dopo tale cura le fistole si chiusero interamente, le gengive si rinsaldarono, i margini cervicali si ridussero a zero, il pus scomparve interamente, la formazione del tartaro molle cessò, la cute si schiarì.

Caso 2° - Donna di 34 anni. Moglie del precedente malato. Soffriva di piorea meno grave ed estesa di quella del marito. Il peso corporeo era normale. Era però oltremodo nevrastenica e di nulla contenta. Si lamentava d'insonnia. Presentava acne al viso. Dal pus ottenuto dal fondo delle sacche si mise in evidenza lo streptococco emolitico e lo stafilococco aureo. Si preparò del vaccino misto. Alla ottava iniezione la piorea era guarita, l'acne scomparso e la nevrasenia cessata.

Caso 3° - Signora L. T., di anni 61. Negli ultimi mesi curata di piorea alveolare. I colletti dei denti sono stati raschiati, le tasche asportate ed i margini delle gengive causticati con termocauterico. Il miglioramento durava alcuni mesi. Intanto nell'arcata superiore ha perduto tutti i molari e nella inferiore i quattro incisivi ed i due primi premolari.

I denti residuati erano mobili, dolenti, le tasche in alcuni denti profonde pochi millimetri, in altri arrivavano fino all'apice radicolare. Alla pressione digitale fuorusciva una notevole quantità di pus. I denti più gravemente compromessi furono estratti e si credette opportuno salvare gli altri per usarli come elementi di ancoraggio per ponti o dentiere parziali. La donna era sofferente di una lieve forma di diabete.

Le prime dosi iniettate furono di 250 milioni di germi (vaccino streptococcico curativo dell'istituto sieroterapico milanese) e si salì fino a 750 milioni di germi. Si fecero 10 iniezioni nello spazio di circa tre mesi. Soltanto alla prima iniezione si ebbe cefalea, brividi di freddo e lieve rialzo termico (38). Al termine delle iniezioni le gengive erano normalmente colorate e sane, sebbene presentanti quasi tutte l'attacco al cemento al disotto dei colletti. Furono applicati degli apparecchi protesici. Rivista dopo un anno dalla cura, la guarigione continuava. Si rimosse allora soltanto un po' di tartaro.

Caso 4° - I. R. Uomo di cinquantacinque anni. Soffrì da circa 8 anni di piorea alveolare. Contrasse la lue a 21 anni e si curò per circa 7 anni con mer-

ario e salvarsan. Ammogliato a 28 anni. La moglie non ebbe aborti. Quattro figli viventi e sani.

Le diverse cure locali per la piorrea dettero un miglioramento temporaneo. Nel marzo 1939 dal pus piorreico si ottennero in brodo glicerinato molte cellule streptococciche. Cuore debole. La cura con la accinoterapia specifica fu iniziata col metodo a dosi subentranti di Petragiani prima nel derma indi nel sottocutaneo e nei muscoli. La reattività dello individuo fu saggiata con 1/4 di una fiala di vaccino reptococcico curativo dell'Istituto Sieroterapico Minnese. L'iniezione fu fatta alle ore 9 del mattino. Alle ore 15 se ne fece un'altra di mezza fiala. La reazione locale, la reazione di focolaio e quella generale furono appena marcate.

Tre giorni dopo si praticò una iniezione sottocutanea di 250 milioni di germi. L'ultima iniezione fu di 4 milioni di germi.

Al termine della cura non si osservò più secrezione purulenta dalle gengive. Contemporaneamente alle iniezioni vacciniche si praticarono le cure locali in modo che la profondità dell'attacco periodontale fu portata a zero. Le anormali pressioni occlusali furono corrette con apparecchi protesici.

Il paziente, che ha avuto molta cura per i suoi denti, esaminato da poco tempo, sta perfettamente bene.

L'attacco della gengiva sui denti è a zero, non vi è più nessuna presenza iniziale di tasche.

Caso 5° - S. P. Uomo di 49 anni. Vacillano i denti

87421	12 4 678
87 21	12 78

Dagli alveoli fuoriesce molta secrezione purulenta. I denti sono isolati in culture lo streptococco putrido e enterico.

Due cavie inoculate sotto cute sono morte l'una in quinta, l'altra in ottava giornata.

Il trattamento fu iniziato con dosi subentranti. Si iniziò con una iniezione di 2/10 di cc. nello spessore del derma. Non s'ebbe notevole reazione teretica né forte arrossamento locale. Dopo sei ore si iniettò mezzo centimetro cubico di vaccino ed il giorno dopo 1 cc.

Si fecero in tutto 10 iniezioni.

Due anni dopo la cura non si osservava più secrezione purulenta.

Caso 6° - Signora A. C. E' stata curata localmente piorrea per undici anni. Quando osservai questo caso per la prima volta, tre anni fa, trovai che tutti i denti erano rilasciati; non vi era nessuna infiammazione alle gengive e ciò in seguito al sistematico trattamento locale che essa aveva ricevuto. La secrezione purulenta era scarsa, perchè era stata costantemente rimossa. La paziente durante il tempo che fu affetta da piorrea aveva costante disturbo agli occhi, e fu curata per questi disturbi. Durante il medesimo spazio di tempo, non ottenne altro che un lieve momentaneo. Cinque mesi fa fu deciso di curare il vaccino per la piorrea. Si era formato un cesso sulla radice del secondo molare dal lato linale. Quest'accesso fu inciso. Una parte del pus fu raccolta ed il vaccino preparato da un batteriologo. Furono fatte due iniezioni di 70.000.000, una per settimana. La prima iniezione diede una reazione in forma di febbre intermittente, la seconda fu seguita da fuoriuscita di pus dalle congiuntive oculari. Seguì un'altra iniezione da 100.000.000. La secrezione purulenta delle congiuntive cessò. Una cura degli occhi, eseguita dallo specialista, li riportò in ottime condizioni e permise alla paziente di lasciare gli oc-

chiali. I denti sono attualmente in buone condizioni, sempre un po' oscillanti, ma non si è più notata formazione di pus.

Che vi era intima associazione fra la piorrea e i disturbi agli occhi è ovvio. Tuttavia si solleva la questione: quale dei due processi morbosi fu causa dell'altro? Fu l'infezione agli occhi che causò la piorrea o viceversa? Probabilmente fu la piorrea che decorreva già da molto tempo quando si manifestò la congiuntivite purulenta.

Caso 7° - F. P. Uomo di 47 anni. Curato di nevralgia trigeminale per un anno. Mi fu mandato dal suo medico curante circa cinque mesi fa. Un esame mostrò che era sofferente di piorrea. Vi era una costante secrezione purulenta dalle gengive. Si lamentava di sensazioni dolorose lungo gli alveoli, nelle regioni innervate dal trigemino e nelle palpebre. La masticazione accentuava tanto il dolore da essere impossibile. I denti furono accuratamente puliti e dal pus che li circondava si ottenne un vaccino autogeno. Fu fatta un'iniezione di 200.000.000 di germi. Una reazione seguì la prima iniezione. Dopo 48 ore le sensazioni dolorose cessarono e non ritornarono più. Una settimana dopo fu somministrata un'altra dose di 400.000.000 di germi. Anche questa fu seguita da una reazione che non fu così grave come la prima e non durò così a lungo. Seguì una marcata fuoriuscita di pus. Il paziente poté usare i suoi denti per masticare senza alcun dolore. L'infiammazione delle gengive diminuì lievemente in seguito alla prima iniezione, ritornando al normale dopo la seconda iniezione di 200.000.000, fatta una settimana dopo. In seguito a queste iniezioni, la fuoriuscita di pus cessò completamente. La cura fu continuata ogni sette giorni variando la dose da 200 a 400 milioni secondo le condizioni del paziente.

Caso 8° - Signorina A. F., di anni 40. In questo caso si notava una imponente fuoriuscita di pus. I denti inferiori erano mobilissimi e le gengive infiammate, iperplastiche, facilmente sanguinanti. I denti mandibolari non erano molto mobili. Le culture mostrarono un'infezione da stafilococco albo. Fu ottenuto un vaccino autogeno e iniezioni di 200 milioni, 300 milioni, 200 milioni e 400 milioni furono fatte ad intervalli di una settimana. Una reazione febbrile seguì alla prima iniezione e la secrezione purulenta cessò. L'infiammazione scomparì dopo la terza iniezione. Questa paziente aveva costantemente freddo, poco appetito e le sue condizioni generali erano scadenti. Essa ebbe intenso brivido alla prima iniezione e tale brivido sparì già alla seconda iniezione. Come risultato della cura il suo appetito è ritornato veramente ottimo.

Le parole della paziente dopo la cura: «Io sono un'altra persona» esprimono nel miglior modo possibile il risultato ottenuto.

Allestimento delle culture

Nella raccolta del materiale settico sia per l'allestimento delle culture che per la preparazione dei vaccini bisogna escludere i batteri che sono estranei alla infezione e che vivono come commensali. I batteri principali o pionieri sono sempre situati profondamente infra le maglie della stessa membrana piogenica. Se la zona infetta si trova attorno all'apice di un dente depolpato con il canale radicolare otturato, è bene ottenere sempre

la cultura attraverso la via canale. Si trapano nel canale con una fresa sterile fino ad arrivare all'apice. Il canale viene sterilizzato con fenolo, asciugato con cotone ed indi con aria calda. Fatto ciò, il dente viene circondato con garza sterile per impedire la penetrazione di altri germi e si introduce nel canale una sonda sterile che si spinge fino all'apice. L'estremità di questa sonda viene portata in agar sangue in modo ordinario.

Se invece la zona infetta si trova in vicinanza di un dente non depolpato si usa il seguente metodo: la mucosa al di sopra della zona infetta indurita viene coainizzata per pochi minuti con soluzione di novocaina al 10 per cento: una sottile punta di termocauterio si spinge in profondità fino all'osso. Si drena questa piccola ferita con garza sterile. Si rimanda il paziente al giorno dopo. Al ritorno si toglie il drenaggio, si passa in cavità del fenolo e si asciuga con aria calda. Al fondo di questa cavità, si introduce la punta di un ago sterile da siringa e si succhia qualche goccia di liquido che viene trasferito in agar-sangue. E' facile supporre che i germi raccolti in questo modo siano i più attivi.

Vi è ancora un altro metodo. Il colletto del dente viene accuratamente lavato con alcool a 95 per rimuovere il più che sia possibile i batteri dagli strati più esterni. Il dente viene isolato con rotoli di cotone sterile ed un piccolo specillo di platino a punta sottile viene riscaldato al calor rosso e spinto al fondo della tasca. Con un tal procedimento non si raccoglie soltanto del pus, ma anche un po' di sangue dal fondo della tasca. Si ritiene che la punta di platino riscaldata uccida tutta la flora estranea, mentre la punta, raffreddata trasporta sull'agar-sangue soltanto i germi direttamente responsabili dell'infezione. Non bisogna dimenticare che qualche volta il pus è sterile, mentre la vera causa dell'infezione si nasconde nella parete dell'ascesso, dalla quale si ottiene il materiale per l'esame dei ceppi batterici e per l'allestimento dei vaccini.

Considerazioni cliniche

I vaccini ottenuti da queste culture contenevano tutti i germi riscontrati ad eccezione degli sporigeni e degli anaerobi. D'altronde il ruolo che questi germi giocano nella infezione deve essere secondario come viene dimostrato dalla terapia vaccinica. Per ogni centimetro cubico di vaccino erano contenuti 300 milioni di streptococchi. Gli stafilococchi, i difteroidi, i pneumococchi, i micrococchi catarrali, i bacilli dell'influenza ed i batteri non classificati erano 500 milioni per ogni

centimetro cubico. Nei casi ordinari di piorrea cronica (sovente i focolai cronici si accutizzano anche durante la terapia vaccinica) la dose iniziale è di 75 milioni di streptococchi stafilococchi e di 12 milioni delle altre forme batteriche e la dose è sufficientemente aumentata a seconda della reazione al sito della inoculazione e della risposta generale dell'organismo.

Se il paziente mostra una eccezionale fragilità o se l'infiammazione fu eccezionalmente acuta, la dose iniziale si riduce a 37 milioni di streptococchi ed a 6 milioni di altri batteri. Le iniezioni si fanno settimanalmente nel braccio e nei pazienti scarni nelle regioni sovrascapolari.

Generalmente non si usa l'indice opsonico nella piorrea. I sintomi clinici sono più che sufficienti come guida. Una interessante osservazione è data dalla occasionale persistenza dell'indurimento che si forma al punto della iniezione. Ciò è dovuto alla mancanza di digestione e di assorbimento dei corpi batterici. Fintanto che persiste l'indurimento si ha una indicazione che le potenzialità della iniezione vaccinica non sono ancora esaurite. Possono perciò ulteriormente essere fatte altre iniezioni a piccole dosi, mentre la sede dell'indurimento viene stimolata col massaggio. Questo metodo dà eccellenti risultati e tende a diminuire i danni causati dalle eccessive reazioni. Se ad ogni modo la reazione generale persiste al di là delle ventiquattro ore, è consigliabile di aumentare gli intervalli fra le varie iniezioni e somministrare piccole dosi specialmente se queste sono giovevoli.

Se vi era tendenza alla formazione d'un deposito di tartaro cremoso sui denti prima della cura vaccinica, appena si formano gli anticorpi e le gengive mostrano segni di guarigione tale tendenza scompare, il tartaro si deposita in minor quantità, è più solido, più facilmente removibile e non si insinua sotto i margini gengivali. Questa modificazione del tartaro può essere ben considerata come un reale miglioramento delle condizioni generali e locali degli ammalati.

Allorchè una tasca piorroica mostra improvvisamente i segni d'una infiammazione durante la cura, è sempre prudente aprirla chirurgicamente o con una fresa lungo la radice per essere sicuri che, non essendovi pressione di pus, gli anticorpi abbiano l'opportunità di entrare nella sede della infezione allo scopo di coadiuvare la cura.

Per tutto ciò che si è sovraesposto, è evidente che la terapia vaccinica può dare buoni successi soltanto quando è accompagnata da razionali interventi locali, chirurgici, far-

macologici. Ciò si applica del resto a tutti i foci apicali o gengivali.

E' necessario che anche il medico di famiglia coadiuvi, curando le possibili malattie organiche che minano la salute dell'infermo.

Si raccomanda di somministrare al giorno dell'acido citrico per via interna allo scopo di ridurre il potere agglutinante del sangue ed ammorbidire i vasi linfatici. Al posto dell'acido citrico si possono dare al giorno trenta grammi di succo di limone.

Se un paziente si deve sottoporre ad un intervento laparotomico o comunque grave, la cura per la piorrea va fatta per lo meno un mese prima. E' buona pratica di non intraprendere la cura qualche giorno prima dello intervento.

I vaccini batterici, se propriamente usati, hanno un vasto campo di applicazione.

Bisogna ad ogni modo ricordare che i lavaggi antisettici non giovano molto: è la pulizia meccanica dei denti piuttosto che la distruzione dei batteri causati dai medicinali che favorisce il miglioramento.

I batteri della piorrea non sono distrutti dagli antisettici che ledono poi gravemente le mucose. Si raccomanda l'uso di una siringa a pistone con un piccolo ago per pulire sotto una discreta pressione mediante un liquido lievemente antisettico, gli spazi interdentali, specialmente quando il setto gengivale è stato distrutto. Questo mezzo di pulizia va usato in unione con gli spazzolini, i fili di seta e gli steccadenti.

L'uso dell'acqua ossigenata in due volumi di acqua tiepida dà buoni risultati insieme al massaggio gengivale ed alla masticazione lenta e completa che promuove la nutrizione delle gengive.

I buoni successi ottenuti con la vaccinoterapia nella piorrea alveolare portano alla ribalta tutte le questioni finora agitate se cioè la piorrea sia una vera e propria infezione o una condizione allergica. Abbiamo precedentemente chiarito il concetto che senza ulcerazione della mucosa non v'è piorrea, ma che senza le cause predisponenti che indeboliscono il paradenzio non v'è attecchimento batterico. Quindi nella piorrea v'è una allergia cellulare ed una infezione contemporaneamente. L'allergia è determinata dalla pre-

senza delle saccoche e quindi dei denti: basta infatti estrarre i denti perchè guarisca. Che la piorrea sia inoltre una infezione è anche fuori di dubbio: le culture da esse ottenute mostrano la costante presenza di streptococchi e talvolta di stafilococchi.

Ed ecco la spiegazione dei nostri risultati.

La cura dei vaccini nella piorrea non è stata finora molto considerata nella letteratura; ciò è imputabile al fatto che l'odontoiatria è rimasta più che tutto confinata nella sfera ambulatoriale. Se essa non diventa disciplina clinica, se essa non ha le sue cliniche con le degenze dei pazienti nelle infermerie e le assistenze e gli esami eseguiti con mentalità medica, non potrà mai mettersi al livello delle altre specialità mediche. Finchè l'odontoiatria esamina e cura soltanto il dente, le molocclusioni ed il paradenzio, senza considerare l'intero organismo, non potrà sperare di raggiungere nuova dignità e più ampia considerazione. L'Italia in questo settore è oggi all'avanguardia e i giovani cultori della clinica odontoiatrica intendono lavorare seriamente per concretare un maggiore e più sostanzioso progresso nel campo clinico della nostra specialità.

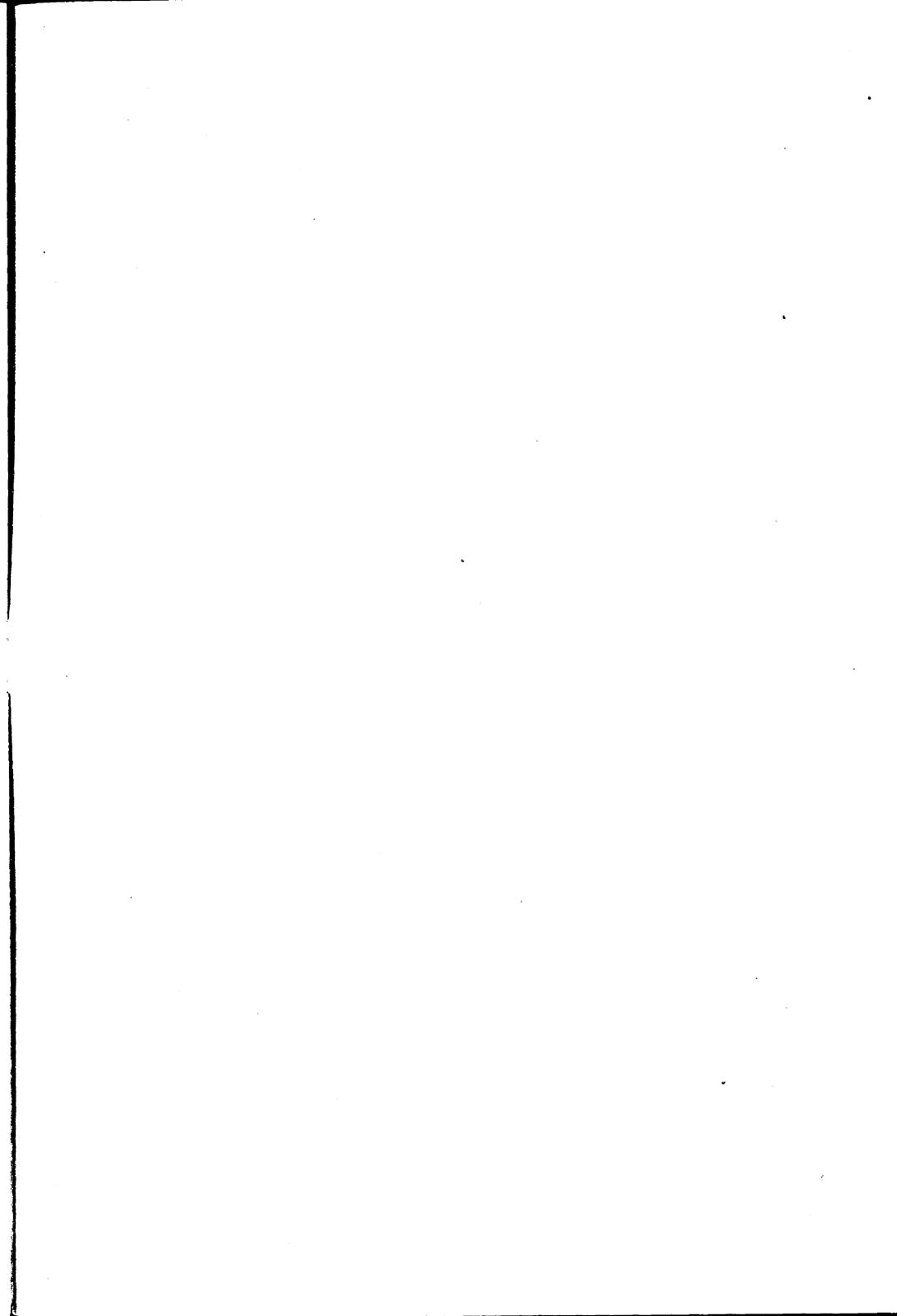
RIASSUNTO

L'A. dopo aver sostenuto che la semplice presenza delle saccoche o della sola suppurazione non sia sufficiente a sostenere la diagnosi di piorrea alveolare, ma che occorrono le due entità fenomeniche insieme per giustificare tale diagnosi, passa ad esaminare l'etiologia dell'affezione. Vengono esaminate le cause predisponenti e determinanti, il grado di virulenza dei microrganismi e l'immunità naturale individuale.

Si passano in rassegna i diversi vaccini utilizzati, le modalità della loro preparazione e del loro uso. L'A. riferisce poi alcune storie cliniche dalle quali si deduce che nei casi gravi, specialmente quando le altre cure non hanno corrisposto, la vaccinoterapia dia buoni risultati.

BIBLIOGRAFIA

- ALBANESE: *Nuova terapia immunitaria della piorrea alveolare*. Marzocci, Firenze, 1939.
 HELD A.: *Les paradentoses et leur traitement*. Masson Ed., Parigi, 1939.
 MESSINI: *Terapia clinica*. Utet, Torino.
 LAYMON: *Vaccine Therapy in Pyorrhea alveolaris*. «Dental Summary», Toledo O., 1914.
 PERNA A.: *Trattato pratico di odontoiatria*. Morano, Napoli, 1939.



11018

