



ISTITUTO SUPERIORE DI ODONTOIATRIA

"GEORGE EASTMAN,"

RELAZIONE

SUL NUMERO DEI BAMBINI CURATI E SULLE CURE FATTE

NEI VARI REPARTI

DAL 31 GENNAIO 1934-XII AL 31 GENNAIO 1935-XIII



Estratto dal N. 3 della Rivista ANNALI
DI CLINICA ODONTOIATRICA e dello
ISTITUTO SUPERIORE "G. EASTMAN,"



ISTITUTO SUPERIORE DI ODONTOIATRIA

“GEORGE EASTMAN,„

RELAZIONE

SUL NUMERO DEI BAMBINI CURATI E SULLE CURE FATTE

NEI VARI REPARTI

DAL 31 GENNAIO 1934-XII AL 31 GENNAIO 1935-XIII



Estratto dal N. 3 della Rivista ANNALI
DI CLINICA ODONTOIATRICA e dello
ISTITUTO SUPERIORE “G. EASTMAN,„



Istituto Superiore di Odontoiatria "G. Eastman,,

RELAZIONE

sul numero dei bambini curati e sulle cure fatte nei vari reparti

dal 31 gennaio 1934-XII al 31 gennaio 1935-XIII

L'Istituto, in base agli accordi presi col R. Provveditore agli studi di Roma, conte Salimei, svolge la sua attività su una popolazione scolastica di circa centomila bambini. Questi figli del popolo che vanno dai due ai sedici anni sono distribuiti in un gran numero di asili infantili, di scuole primarie, di scuole medie.

Provenienza dei bambini in questo periodo di funzionamento dell'Istituto

1. Scuola Suore del Preziosissimo Sangue	N. 58	32. Scuola XX Settembre	" 96
2. Scuola Elena Bettinia	" 342	33. " Principessa Mafalda	" 48
3. " Asilo Infantile	" 254	34. " Conservatorio Pontificio	" 184
4. " Nostra Signora di Be- tlemme	" 98	35. Scuola Suore Nostra Sig.ra di Lourdes	" 93
5. Scuola Sorelle dei poveri di S. Caterina da Siena	" 80	36. Scuola Suore del SS. Sacra- mento	" 82
6. Scuola Vittorio Polacco	" 630	37. Scuola Suore Nostra Sig.ra di Mamur	" 84
7. " Suore Immacolata	" 95	38. Scuola Missionarie del Sacro Cuore	" 30
8. " Suore Dorotee	" 337	39. Scuola Suore di Nevers	" 128
9. " Antonio M. Giannelli Suore Missionarie di Malta	" 92	40. " Michele Braschi	" 40
11. Scuola Suore della Carità	" 44	41. " Pontificia S. Giovanni	" 868
12. " Suore Pallottine	" 497	42. " Angelo Braschi	" 868
13. " di G.	" 60	43. " Suore di S. Giuseppe	" 114
14. " Figlie del Sacro Cuore di Gesù	" 166	44. " Nostra Signora della Compassione	" 130
15. Scuola Suore del Preziosissimo Sangue	" 206	45. Scuola Pontificia Mastai	" 858
16. Scuola Suore della Provvidenza	" 165	46. " di G.	" 153
17. Scuola Figlie di Nostro Signore al Monte Calvario	" 424	47. " della Provvidenza	" 238
18. Scuola Suore S. Fran. di Sales	" 302	48. " Sordomuti	" 590
19. Scuola Suore del Salvatore	" 34	49. " Orfanatrofio S. Sisto	" 164
20. " Suore Missionarie del Sacro Cuore	" 43	50. " Tata Giovanni	" 652
21. Scuola Figlie della Divina Provvidenza	" 93	51. Scuole Suore Francescane Missionarie di Maria	" 299
22. Scuola Suore SS. Sacramento	" 458	52. Scuola Suore Orsoline	" 256
23. Scuola Suore Immacolata Concezione	" 65	53. " Fratelli della Miseri- cordia	" 504
24. Scuola Figlie della Carità	" 92	54. Scuola dell'Immacolata	" 312
25. " Suore Miss. d'Egitto	" 160	55. Scuola Nostra S.ra di Lourdes	" 277
26. " Maestre Pie Filippine	" 59	56. " Nemorense	" 297
27. " Figlie della Sapienza	" 2705	57. " Pio X	" 757
28. " Suore Calasanziane	" 97	58. " Pio XI	" 419
29. Istituto S. Michele	" 161		
30. " Suore di S. Teresa di Gesù	" 208		
31. Scuola Italo Sandro Mus- solini	" 81		
	" 93		
			N. 16840
		Bambini venuti liberamente	" 9532
		Adulti venuti liberamente per apprestamenti d'urgenza e sole estrazioni	" 870
			Totale N. 27242

STATISTICA DELLE CURE PRATICATE

	Feb. 1934	Mar.	Apr.	Mag.	Giug.	Lug.	Ag.*	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.	Gen. 1935
Cura dei denti	1680	2399	985	2425	2748	2828	1220	3232	2730	1822	1873	1984
Cura delle radici	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cura delle gengive	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trattamenti col nitrato di argento	571	989	206	841	765	791	301	754	388	426	470	370
Trattamenti ortodontici	50	52	52	57	63	66	66	75	88	89	92	102
» profilattici	3260	2588	1042	161	128	81	54	117	1851	2756	3281	2062
» di accessi	9	3	6	—	—	13	12	16	4	5	5	8
Otturazioni di canali ra- dicolari	32	90	38	78	130	131	87	165	224	155	145	213
Otturazioni con amalgama	150	304	161	316	378	438	194	441	528	247	219	262
» con cemento	172	276	120	200	268	323	123	321	435	255	199	233
» con sintetico	24	38	3	18	42	43	28	74	95	49	38	35
» con guttaperca	762	783	494	1048	1295	1233	574	1642	1284	845	947	1084
Radiografie	69	130	70	83	75	71	97	113	105	143	108	104
Estrazioni di radici	79	73	62	61	72	143	87	140	111	48	160	58
» di denti	525	567	605	587	774	796	699	968	714	538	382	496
» con novocaina	472	444	478	447	579	700	639	796	561	325	280	181
» con cloruro di etile	51	117	46	76	171	117	73	85	191	125	59	228
Numero visite	11674	10228	6683	5059	5151	5254	3497	6078	8329	7292	6931	5690
Polpe devitalizzate	38	60	18	83	127	114	21	107	71	68	60	180
» compresse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» incappucciate	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Medicazioni	10	28	4	42	48	37	15	31	10	9	9	8
Ponti	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dentiere	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dimessi	77	136	79	123	151	218	67	130	227	115	86	116
Numero pazienti	4119	3286	1971	825	923	1083	569	1096	2886	3634	4092	2758
No. pazienti a pagamento	345	292	397	330	502	464	205	460	420	291	307	251
Conferenze nelle scuole	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tonsille-adenoidi	—	8	4	39	115	20	—	12	9	13	11	—
Operazioni e piccoli inter- venti	37	22	10	1	—	22	5	16	10	15	13	10
Carie di I° e II° grado	140	310	191	233	304	306	95	307	202	305	201	230
» di III° grado	58	73	20	76	140	128	15	99	60	53	47	195

Totale delle visite eseguite dal 31 Gennaio 1934 al 31 Gennaio 1935 N. 81866
Numero pazienti „ 27242
Totale degli adenoidi operati dal 31 Gennaio 1934 al 31 Gennaio 1935 „ 231
Operazioni - Piccoli interventi „ 161

TRATTAMENTI ESEGUITI NEI VARI REPARTI

Reparti	Trattamenti	Febb. 1934	Marz.	Apr.	Mag.	Giug.	Lugl.	Ag.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.	Genn. 1935
Conservativa	Cura dei denti . .	1060	2399	985	2435	2748	2828	1220	3232	2730	1823	1873	1984
	Trattamento con nitrato d'argento	571	989	206	841	765	791	301	754	388	426	470	370
	Otturazione dei canali radicolari . .	32	90	38	78	130	131	87	165	224	155	145	213
	Otturazione con amalgama	150	304	161	316	378	438	194	441	528	247	219	262
	Otturazione con cemento	172	276	120	200	268	323	123	321	435	255	199	233
	Otturazione con sintetico	24	38	3	18	42	43	28	74	95	49	38	35
	Otturazione con guttaperca	762	783	494	1048	1295	1233	574	1642	1284	845	947	1084
	Carie di I e II grado	140	310	191	233	304	306	95	307	202	306	201	230
	Carie di III grado.	58	73	20	76	140	128	15	99	60	53	47	195
	Polpe devitalizzate	38	60	18	83	127	114	26	107	81	68	60	180
	Proflassi	3260	2588	1042	161	128	81	54	117	1851	2756	3281	2062
Estrazioni bambini	Estrazioni radici . .	44	51	46	61	58	82	20	86	72	15	138	56
	" denti	399	370	529	587	575	609	419	620	514	403	310	386
	" con no- vocaina	336	351	396	447	401	539	363	476	381	214	218	75
	Estrazioni con cloro- d'etile	45	112	40	76	143	56	16	23	175	120	57	228
	Ascessi	3	1	4	—	—	8	—	3	4	2	3	8
	Medicazioni	5	26	4	33	30	33	6	19	4	8	9	3
Radiografia	Radiografie	69	130	70	82	75	71	97	113	105	143	108	104
Chirurgia orale	Tonsille-adenoidi . Operazioni-ascessi gingivali - piccoli interventi-adenoflemmone - emorragie alveolo-dentarie	—	8	4	39	115	20	—	12	9	13	11	—
		37	22	10	1	—	22	5	16	10	15	13	10
Ortodontia	Ortodontia	50	52	52	57	63	66	66	75	88	89	92	102
Estrazioni (adulti)	Estrazioni radici . .	2	35	22	16	36	24	61	67	54	39	33	22
	" denti	110	126	97	76	144	199	187	280	348	200	135	78
	" con no- vocaina	106	136	93	82	120	178	161	270	320	180	111	62
	Estrazioni con cloro- d'etile	—	6	5	6	9	29	61	57	62	16	5	2
	Ascessi	6	2	2	—	—	—	12	13	—	3	2	—
	Medicazioni	5	3	2	—	9	18	4	9	12	6	1	—

Reperti	Trattamenti	Febb. 1934	Marz.	Apr.	Mag.	Giug.	Lug.	Ag.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.	Gen. 1935
Accertamenti di chimica cli- nica, di istolo- gia, di batte- riologia.	Ricerca tempo e- morragia e coa- gulazione	12	20	20	77	61	7	—	47	131	48	56	3
	Ricerca del valore globulare	2	2	2	3	—	4	5	2	1	6	4	2
	Tasso emoglobini- nico	1	1	1	2	1	2	—	4	2	1	6	4
	Formula leucocita- ria	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Esami latte di don- na	3	1	1	2	1	3	1	—	2	1	—	1
	Esami complete u- rine	8	10	10	104	78	59	27	74	166	61	6	23
	Esami parziali u- rine	16	20	20	42	12	18	20	14	2	3	4	1
	Ricerche istologi- che	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ricerche batterio- logiche	8	4	4	6	9	11	4	8	12	7	7	—
	Ricerche microsco- piche e culturali.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Esami vari	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
	Esami feci	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
	Numero com- plessivo di pa- zienti.	Numero visite . . .	11675	10228	6683	5059	5151	5254	3497	6078	8329	7292	6931
„ „ pazienti . . .		4119	3286	1971	825	923	1085	569	1091	2881	3634	4092	2758
„ „ pazienti a pagamento		345	292	397	330	502	464	205	460	420	291	307	251

CONSIDERAZIONI SUI DATI STATISTICI

Dalla statistica delle visite eseguite dal 31 Gennaio 1934 al 31 Gennaio 1935 risulta:

- 1) che i giorni di lavoro, detratti i giorni festivi, sono stati 280;
- 2) che le visite complessive fatte nei 280 giorni di lavoro sono state 81866, che pertanto in ogni giorno si sono fatte visite (81866 : 280) 293;
- 3) che ogni medico, dato che i medici sono 30, ha fatto per ogni giorno visite (293 : 30) 9 3/4;
- 4) che ogni medico, dato che le ore giornaliere di lavoro per ognuno dei 30 medici sono state 4, ha fatto per ogni ora (9 3/4 : 4) visite 2,44.

Con calcolo diverso egualmente risulta:

- 1) che i 30 medici, dato che ogni medico lavora 4 ore giornaliere han dato complessivamente e per ogni giorno ore di lavoro N. 120, sufficienti al fabbisogno attuale della Clinica;
- 2) visto che si sono fatte 293 visite al giorno, si ha, per ogni ora di lavoro e per ogni medico, visite 2,44;
- 3) che in un'ora di lavoro di tutti i medici si sono fatte visite N. 73.20.

REPARTO CHIRURGIA

In questo reparto nel corso dell'anno sono stati operati sette casi di cisti paradentaria, dei quali cinque a carico del mascellare superiore e due di quello inferiore.

Nessuna di tali cisti ha superato il volume di una grossa noce. Nessuna, all'esame anatomico-patologico ha presentato più di una cavità (fig. n. 1).

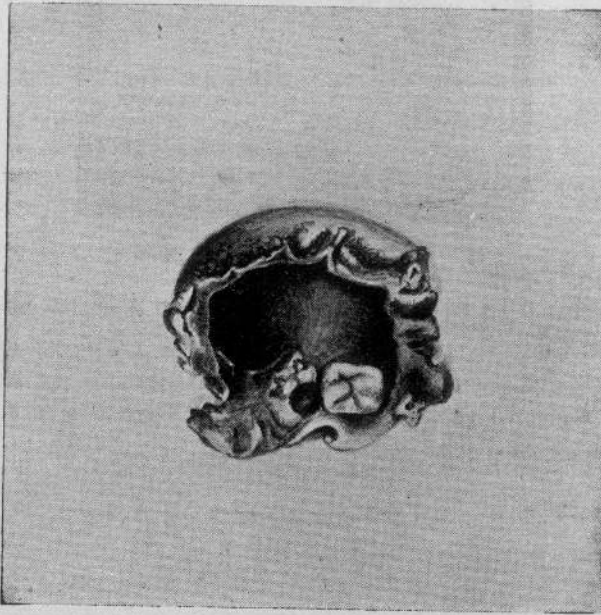


Fig. 1

Le due cisti a carico del mascellare inferiore si sono sviluppate nel centro dell'osso, allontanando l'uno dall'altro i due tavolati esterno ed interno, facendo sporgenza notevolissima soprattutto vestibolarmente.

Al mascellare inferiore, invece, la tumefazione si è riscontrata sempre meno appariscente, pur raggiungendo di per sé stessa la tumefazione cistica un volume maggiore.

Tale risultanza va connessa al fatto che la ciste a localizzazione nel mascellare superiore, prima di divenire sporgente, sulla faccia esterna dell'osso, si estende respingendo la parete del seno mascellare.

Nei casi osservati, mai si è riscontrato apertura nel seno della ciste, mantenendo l'uno e l'altra la propria parete.

Dal lato sintomatologico nulla di speciale fu dato osservare. Lo sviluppo è stato sempre lento, insidioso. L'attenzione è stata richiamata solamente per la tumefazione che dava deformazione del mascellare su cui si impiantava.

In un caso (fig. n. 2) la parete cistica era vestibolarmente in rapporto diretto con la mucosa gengivale, avendo la formazione cistica distrutto il tessuto osseo che la ricopriva per un processo di osteite rarefacente. La palpazione metteva in evidenza un senso di fluttuazione.

L'intervento venne praticato sempre sotto anestesia locale, salvo in un caso, in cui si fu costretti a ricorrere alla anestesia generale con etere. La preferenza all'anestesia locale venne data per molteplici ragioni, tra le quali, in primo, la semplicità e la innocuità assoluta della anestesia, in secondo ad evitare compli-

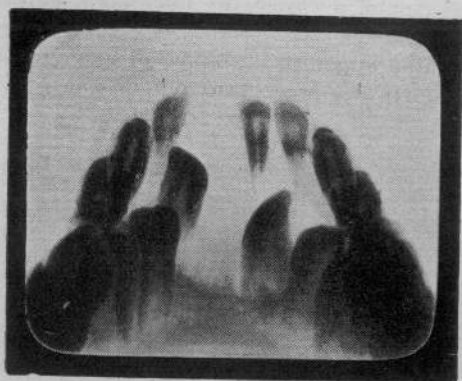


Fig. 2

canze bronco-polmonari, che sono più facili sopraggiungere negli operati della bocca con anestesia generale.

Il decorso post-operatorio è stato regolare. La guarigione costante. Nessuna recidiva.

L'esame radiografico fu eseguito in ogni caso. Riportiamo alcuni reperti:

il primo reperto, figura n. 2, mette in evidenza una ciste del mascellare inferiore localizzata nella regione della sinfisi. La sacca cistica si estende dal monocuspidato inferiore di sinistra all'omonimo di destra. Dal pavimento della cavità cistica sono visibili le corone già formate dei denti di sostituzione.



Fig. 3

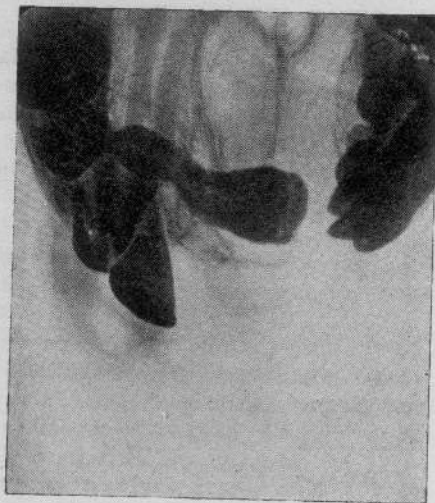


Fig. 4

La radiografia, figura n. 3, mostra una ciste del mascellare superiore che si estende dall'incisivo centrale di sinistra fino al secondo bicuspidato dello stesso lato. Non ha denti inclusi.

La figura n. 4 fa vedere una ciste del mascellare superiore che occupa la regione intermaxillare. In essa è contenuto l'incisivo mediano di destra, che è situato in posizione nettamente trasversale.

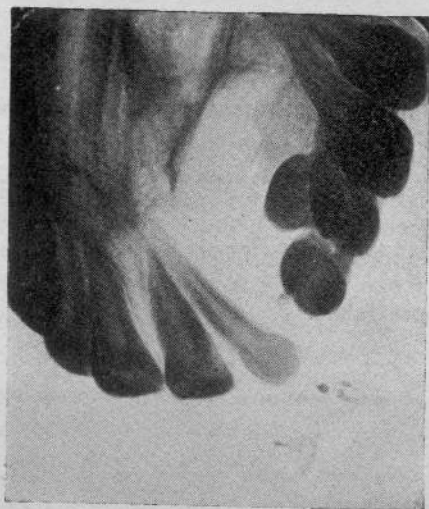


Fig. 5

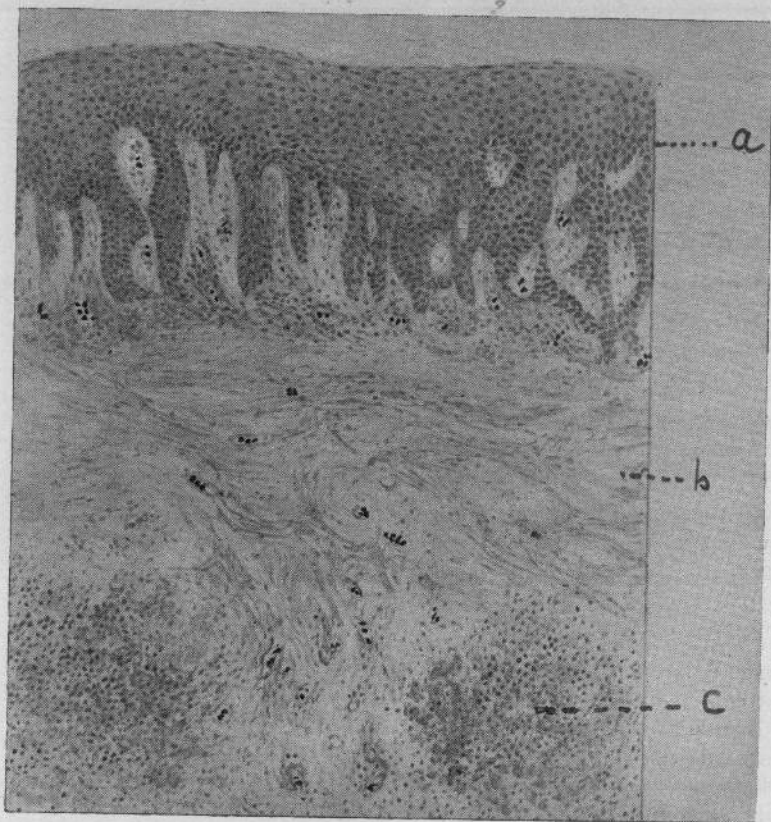


Fig. 6

La figura n. 5 mostra una ciste del mascellare superiore a sinistra, i cui contorni sono netti. Essa si estende dall'incisivo centrale superiore sinistro al secondo bicuspidato dello stesso lato. Si vede incluso il monocuspidato.

Nella figura n. 6 si tratta di una parete cistica del mascellare superiore, co-

stituita da epitelio pavimentoso stratificato e da un sottostante stroma connettivo-vascolare nel quale si osservano infiltrati flogistici.

Vari sono stati gli interventi per epulidi.

I casi nostri erano tutti a carico del mascellare inferiore ed hanno confermato la regola che la sede più frequente è nella vicinanza del monocuspido, con estrinsecazione del tumore sulla faccia vestibolare dell'arcata inferiore. La grandezza non è andata mai al di là di una ciliegia e la sintomatologia è stata sempre scarsamente apprezzabile.

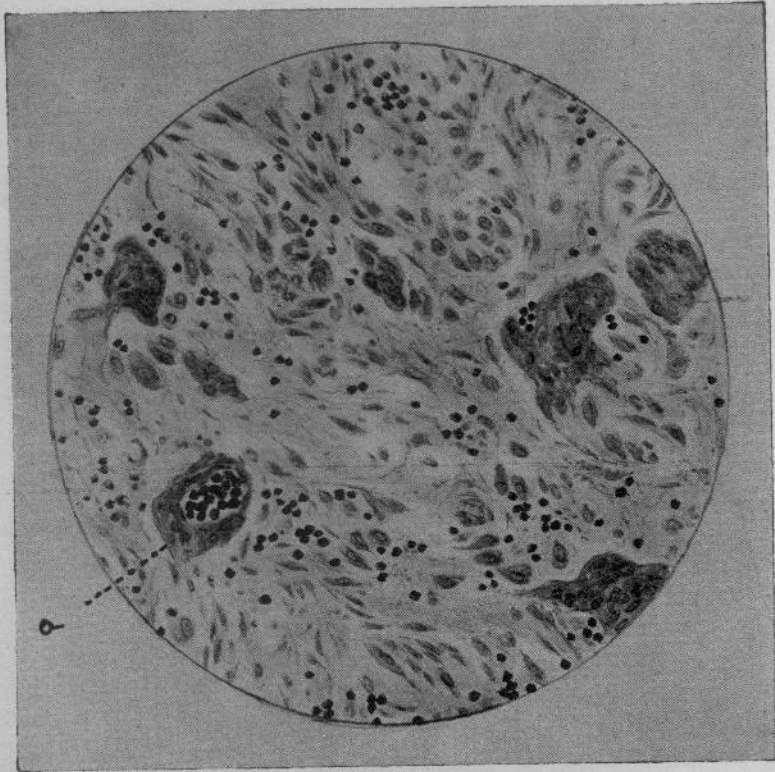


Fig. 7

L'esame istopatologico confermò trattarsi quasi sempre di epulidi con reperto istologico a struttura sarcomatosa.

La figura n. 7 mostra, infatti, un tale reperto di sarcoma a mieloplassi del mascellare inferiore. Si osservano numerose cellule giganti sparse in mezzo ad elementi connettivali giovani. In *a*) si vede una cellula gigante che sembra derivare da un capillare sanguigno.

Numerosi casi di stomatiti vennero alla nostra osservazione. Alcune di queste forme riconoscevano una etiologia puramente locale, altre erano connesse ad uno stato discrasico generale.

La figura n. 8 fa vedere un reperto batteriologico di una stomatite in soggetto affetto da diabete insipido. Si riscontrano: diplococchi, spirilli e forme fusiche, catenelle di streptococchi, bacilli simili al difterico ed altri simili al bacillo di Koch.

Interessanti sono le deduzioni terapeutiche che si possono fare da questi casi. Nelle forme di origine locale, banale, la comune terapia topica, (causticazione con termocauterio, nitrato di argento, tintura di iodio, soluzioni antisettiche, ecc.) ha avuto sempre ragione della infezione. Non così, si può dire, per le sto-

matiti legate ad uno stato discrasico. In queste forme la terapia locale diede risultati scarsi e quasi nulli, mentre, invece, è stato rilevato che l'andamento della disfunzione ormonica, della tossicosi o delle condizioni generali si rispecchia sistematicamente sulla gengivo-stomatite, alternando periodi di miglierie a peggioramenti locali, a seconda che lo stato discrasico generale peggiori o migliori.

Si curò una frattura multipla comminuta della mandibola, in una bambina di 11 anni, con brillante risultato.

Nel reparto vennero inoltre praticati oltre 300 piccoli interventi di chirurgia per ascessi, flemmoni, osteo-flemmoni, adeno-flemmoni, emorragia alveolo-dentaria postestrattiva.

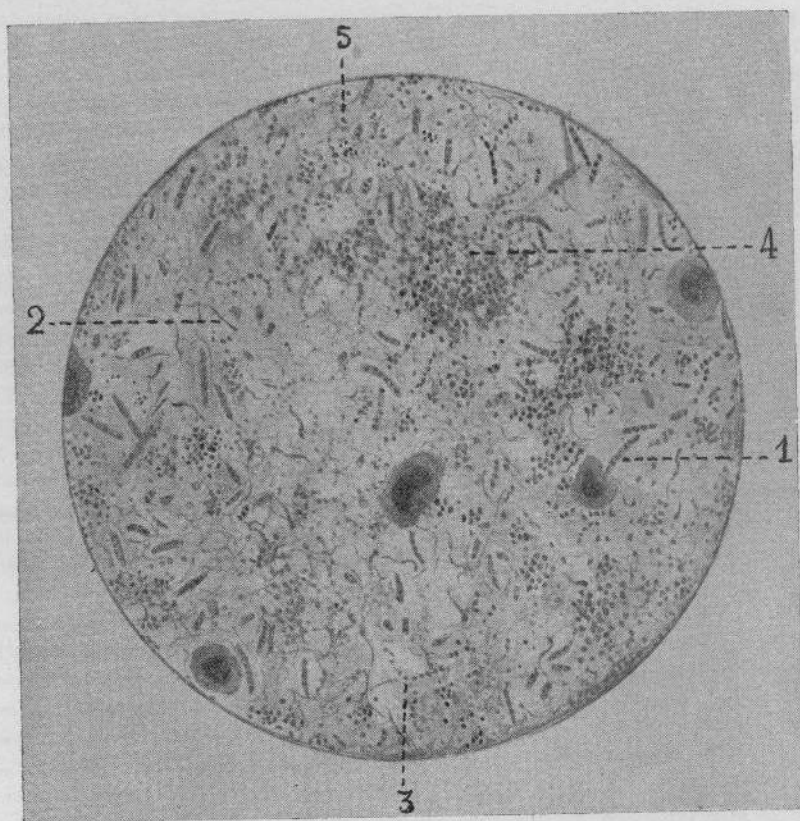


Fig. 8

Nella terapia delle flogosi acute, bisogna dire che sempre si è tenuto buon conto delle ragioni estetiche, intervenendo in tutti casi per via buccale, salvo in quei casi in cui l'andamento ipervirulento della infezione o lo stato delle condizioni generali abbia imposto di dare la preferenza alla via esterna, cutanea.

In molti casi la avulsione del dente causale infetto fu sufficiente ad assicurare rapidamente la guarigione, dando esito per questa breccia ai prodotti della suppurazione.

Parecchi casi di emorragia alveolo-dentaria consecutiva ad estrazione si giovarono della nostra opera.

In alcuni casi l'emorragia era insorta parecchi giorni dopo l'estrazione, il più spesso la notte successiva all'intervento. La causa etiologica è risultata essere varia, ed era collegata ora a flogosi dei tessuti gengivali, del periostio, o alla natura dell'anestetico adoperato, o ad una frattura alveolare o a schegge ossee residue in cavità. Mai si è riscontrata emorragia legata a stato emofilico.

In alcuni casi è bastata la revisione della cavità alveolare sanguinante con un cucchiaino ed il conseguente curettage ad arrestare l'emorragia.

In genere l'applicazione del galvano-cauterio a punta di quarzo, il tamponamento alveolare stipato con garza imbevuta di coaguleno, zimena ecc. o la inoculazione di questi preparati per via endomuscolare hanno sempre frenato l'emorragia.

REPARTO CONSERVATIVA

Il Reparto di Conservativa, per essere quello al quale affluiscono per la prima visita tutti i piccoli pazienti bisognosi di cure, consente, più di qualsiasi altro reparto, di trarre conclusioni di notevole interesse da uno sguardo d'insieme sull'attività dell'Istituto.

I bambini e i giovanetti che giornalmente frequentano l'Istituto si possono dividere in due grandi gruppi: il primo comprende tutti quelli delle comunità scolastiche, degli asili, degli Istituti di Beneficenza, ecc. che vengono sistematicamente sottoposti a visita ispettiva profilattica; il secondo invece tutti i piccoli pazienti che spontaneamente affluiscono all'Istituto per trovare sollievo alle loro sofferenze.

La valutazione comparativa del numero complessivo dei due gruppi dimostra che i bambini, i quali richiedono spontaneamente le prestazioni dell'Istituto, raggiungono una cifra che si avvicina di molto a quella dei bambini i quali vengono sistematicamente sottoposti a visita ispettiva profilattica. Se poi si tiene conto anche del fatto che molti di questi ultimi bambini ritornano dopo isolatamente per la cura sistematica delle lesioni dentarie riscontrate, non si può non constatare che attorno all'Istituto si va sempre più delineando un movimento di vasta comprensione dell'opera che esso è chiamato ad assolvere. Degno di rilievo è il fatto che ad accentuare questo movimento di larga comprensione e valorizzazione dell'opera dell'Istituto, la classe dei medici specializzati e degli odontoiatri liberi esercenti della città e della Provincia di Roma, concorre in maniera non indifferente. Ragguardevole è il numero di bambini che affluiscono all'Istituto inviati od accompagnati personalmente da odontoiatri liberi professionisti, i quali spesso restano sorpresi di vedere i piccoli pazienti sottoporsi docilmente alle cure dei medici dell'Istituto.

La grandiosità dell'ambiente, ma soprattutto il fatto di vedere altri bambini che tranquillamente si lasciano curare, agiscono sull'animo dei piccoli pazienti in modo più suadente di qualsiasi parola o promessa allettatrice. Succede così che il piccolo sofferente, il quale giunge spesso all'Istituto recalcitrante e ritroso, ne riesce sorridente e tranquillo.

Un dato degno di particolare rilievo — a dimostrazione dell'influenza innegabile che una sana alimentazione può esercitare sullo sviluppo e la calcificazione dei denti nei giovani soggetti — è rappresentato dalla constatazione non infrequente di un'alta percentuale di denti sani e ben calcificati in bambini di comunità religiose e di istituti di beneficenza nei quali il regime alimentare è oggetto di cure speciali, sia per la qualità che per la quantità e variazioni dei cibi.

Il numero notevole di bambini di tutte le classi sociali sottoposti a visita ispettiva in questo primo biennio di attività svolta dall'Istituto, consente di poter formulare un giudizio molto vicino alla realtà sullo stato della dentatura nell'infanzia della città di Roma. La percentuale di lesioni dentarie è indubbiamente nelle classi sociali più povere di molto maggiore che non nelle classi più elevate per ragioni che non sono soltanto costituzionali, ma anche ambientali ed alimentari.

La correlazione tra ipoplasie dentarie e malattie esantematiche o infettive dell'infanzia, si è potuta rilevare in non pochi casi, pur essendosi nel complesso le ipoplasie rivelate non molto frequenti. L'ipoplasia colpisce più volentieri i denti frontali, ma in una percentuale piuttosto elevata anche i primi molari permanenti.

La conferma dell'interdipendenza tra insufficienze ormoniche e lesioni cariose è risultata in maniera indubbia in casi di ipofunzione tiroidea. I bambini affetti da questa particolare disfunzione endocrina presentano un quadro classico e costante di lesioni dentarie. Il processo carioso si localizza al colletto del dente, dove, in un primo momento, compare come un cerchio di colorito nerastro o giallo verdastro. In uno stadio ulteriore nella zona predetta si forma un vero e proprio solco carioso che, approfondendosi sempre più, finisce per determinare la frattura della corona. Succede così che in questi piccoli pazienti i denti decidui frontali e talvolta anche quelli posteriori sono rappresentati da radici le quali sporgono appena dal margine alveolare e sono causa di seni fistolosi dovuti all'istituirsi di ascessi cronici apicali. La terapia ormonica, per quanto ben poco possa influire sulla dentizione decidua ormai definitivamente compromessa, va tuttavia praticata non solo per modificare lo stato generale, ma anche per evitare l'istituirsi di lesioni più o meno gravi nello sviluppo e nella calcificazione dei denti permanenti.

Indipendentemente dalla esistenza di insufficienze ormoniche non è raro osservare, in bambini apparentemente sani, una estensione tale del processo carioso per cui tutti o quasi i denti decidui delle due arcate alveolo dentali appaiono colpiti. Soprattutto la corona dei molari decidui appare trasformata in una vasta cavità cariosa. Il permanere in questa di detriti alimentari favorisce lo sviluppo di una ricca flora batterica putrida che conferisce all'alito di questi piccoli pazienti un odore intensamente fetido e che favorisce anche l'istituirsi di lesioni di gengivite od addirittura di stomatite.

Degno di rilievo è il fatto che in tutte queste gengiviti o stomatiti, anche quando non rivestano i caratteri clinici della forma ulcero membranosa di Vincent, riesce sempre agevole la dimostrazione di un'associazione fuso spirillare.

La localizzazione della stomatite ulcero membranosa di Vincent in corrispondenza della guancia, favorita dalla esistenza di vaste lesioni cariose soprattutto dei molari decidui inferiori, può simulare in alcuni casi il noma. Peraltro l'ulteriore decorso clinico, l'assenza di lesioni ossee, e soprattutto il rapido de-tergersi della lesione ulcerosa dopo i primi giorni di un appropriato trattamento, rendono agevole la differenziazione dei due processi.

La maggior predisposizione dei primi molari permanenti ad ammalare di carie va rilevata, anche perchè non sempre questi denti appaiono colpiti insieme con altri della dentizione decidua o permanente. Quasi giornalmente si offre la possibilità di osservare casi nei quali solo i primi molari permanenti delle due arcate appaiono più o meno profondamente cariati se non addirittura distrutti dal processo carioso.

Relativamente alla dentizione decidua è da rilevare la maggiore frequenza della carie interstiziale su quella della superficie masticatoria. Sono soprattutto le superfici interstiziali dei molari di latte che in un'alta percentuale dei casi appaiono colpiti dal processo carioso. Il permanere nell'intestizio di detriti alimentari agevola l'approfondirsi del processo carioso che rapidamente, ove non s'intervenga tempestivamente, guadagna la polpa dentale e porta all'insorgenza di processi suppurativi apicali acuti e cronici. Il trattamento di questi processi cariosi interstiziali richiede molta perizia e pazienza e viene dai medici dell'Istituto sistematicamente praticato, tutte le volte che la estensione e la gravità del processo lo rendono possibile, soprattutto allo scopo di evitare quelle malformazioni derivanti da una precoce estrazione dei molari decidui.

Il criterio dell'utilità dei denti decidui per l'ulteriore sviluppo e conformazione delle arcate alveolo dentali del bambino viene costantemente tenuto presente e scrupolosamente applicato nei limiti del possibile.

ANNOTAZIONI CLINICHE

REPARTO ADENOIDEO

Nel reparto faringologico (adenoidei), dal 1 febbraio 1934 al 31 gennaio 1935 sono stati visitati a gruppi provenienti da varie comunità scolastiche N. 7.730 bambini. Di questi, n. 1011 sono stati riscontrati affetti da ipertrofia dell'anello di Waldeyer (vegetazione adenoide e tonsille palatine). La percentuale totale degli adenoidei è dunque del 13,0789%.

È interessante notare la percentuale degli adenoidei fra i sordomuti del Regio Istituto dei Sordomuti. Di questi furono visitati 51 maschi riscontrandone 5 affetti da adenoidismo (9,80%) e 32 femmine delle quali solo 1 era adenoidea (2,56%).

Fra gli israeliti, di cui vennero visitati N. 547 bambini tra la popolazione dell'asilo infantile, della Scuola Elementare V. Polacco e dell'Orfanotrofo, vennero trovati 88 adenoidei, con una percentuale del 16,98%.

Provenienti direttamente dalle famiglie, ed isolatamente, nello stesso periodo di tempo ne furono visitati N. 1202. Si presentarono soggetti affetti da svariate sindromi otorino-laringologiche, e furono stabiliti i seguenti accertamenti diagnostici:

Malattie del rinofaringe:		Ipertrofia tonsille palatine	22
Vegetazioni adenoidi	329	Tonsillite criptica cronica	1
Vegetazione adenoidi ed ipertrofia delle tonsille palatine	380	Faringite cronica	1
Adenoidite acuta	2	Angina di Vincent	1
Borsite del Thornwald	1	Paralisi postdifterica del Velo pendolo	2
Rinofaringite catarrale acuta	18	Papilloma dell'ugola	1
Rinofaringite catarrale cronica	1	Perforazione del palato molle post-difterica	1
Malattie del naso		Malattie della bocca	
Vestibolite	5	Ipertrofia gengivale	1
Deviazione del setto	30	Stomatite ulcero-membranosa	1
Spina del setto	2	Ascesso alveolo-dentale	1
Varici del setto	16	Adenoflemmone sottomascellare	1
Rinite catarrale acuta	14	Cisti paradentarie	2
Rinite mucopurulenta	20	Epulidi	2
Difterite nasale	1	Malattie della laringe	
Ascesso della cavità nasale	1	Laringite catarrale acuta	1
Rinite catarrale cronica	8	Laringite catarrale cronica	1
Rinite ipertrofica	7	Paresilaringea	1
Rinite atrofica non ozenotosa	12	Stenosi ipoglottica	1
Ozena	18	Laringismo stridulo	1
Riniti vasomotorie	6	Malattie dell'orecchio	
Etmoidite	3	Corpo estraneo del condotto uditivo esterno	2
Etmoidite deformante in oggetto leucico	1	Tampone di cerume nel condotto uditivo esterno	8
Poliposi nasale	1	Eczema del condotto uditivo esterno	4
Esiti di frattura delle ossa nasali	1	Foruncolosi del condotto uditivo esterno	8
Stenosi nasale cicatriziale	1	Otalgia da carie dentaria	1
Malattie della faringe		Stenosi tubarica acuta	4
Faringite acuta	7		
Faringolaringite catarrale acuta	4		
Difterite faringea	1		
Tonsillite follicolare acuta	12		

Otite media purulenta acuta	52	Esiti cicatriziali di otite media	
Mastoidite	8	purulenta cronica	2
Otite media purulenta cronica	33		

Sono stati anche osservati i seguenti casi :

Eczema del labbro superiore	1	Cisti branchiale del collo	1
Parotite	2	Cisti infraioidea da persistenza del	
Gazzo	2	dotto tireo-glossa di His	1
Tirodite acuta	1	Stato linfatico	5

L'esame obbiettivo è stato completamente negativo in 47 casi.

Furono eseguiti i seguenti interventi operatori :

Adenoidectomie e tonsillotomie	231	Altri piccoli interventi di ambulatorio	161
--	-----	---	-----

REPARTO ORTODONTIA

SEZIONE PRIMA

Si sono osservati sistematicamente nella sezione prima, diretta dal Prof. De Vecchis, tutti i bambini che venivano dalle scuole di Roma e si è constatata che le malocclusioni sono diffuse in bassa percentuale.

Le malocclusioni più frequenti sono la 1^a e 2^a classe di Angle, divisione prima.

Per quanto riguarda la scelta degli apparecchi, ci siamo serviti degli archi di Merchon a sistema lobato, con molle a dito od a braccio per le espansioni dei premolari ed incisivi, nei bambini fino al periodo della pubertà, quando cioè i processi alveolari sono in via di costruzione e non ancora profondamente calcificati.

Dopo tale età ricorriamo agli archi esterni o agli archi doppi, vestibolari e linguali, essendo i movimenti difficoltati dalla maggior consistenza dei processi alveolari e delle basi apicali.

Non ricorriamo sistematicamente ad alcuna saldatura di mezzi sussidiari sull'arco principale, preferiamo le flessioni dell'arco per la confezione di uncini ed anse. Tutto ciò per evitare le fratture degli archi che fanno perdere molto tempo ed esplicitare moltissima pazienza.

Anche le molle secondarie vengono fissate sull'arco di sostegno mediante diversi avvolgimenti. Per evitare lo scivolamento si angolarizza l'arco, in modo che la torsione batta contro lo spigolo dell'arco. Le figure 1, 2, 3, 4 illustrano alcuni nuovi tipi di archi.

I casi presi in cura dalla sezione dal 1° febbraio 1934 al 31 gennaio 1935 sono stati 43, i pazienti già in cura precedentemente erano 29; si sono avuti in totale perciò 72 casi di trattamento.

Le cure condotte a termine durante l'anno sono state 18.

Ne illustriamo alcune.

CASO A. 14. — A. L. anni denunciati 17.

Esame obbiettivo. — Guardando di faccia, e meglio ancora di profilo, la paziente, si scorge subito una protrusione accentuata del labbro superiore con rima labiale costantemente molto aperta tanto da lasciar vedere i denti superiori anteriori che sporgono fuori. L'esame del combaciamento delle arcate fa rilevare con più esattezza quello che l'ispezione esterna già indicava (Vedere le figure annesse).

I denti superiori anteriori e tutta la zona dell'osso interincisivo sono in una grave protrazione tanto che la paziente, invitata, non riesce a far combaciare

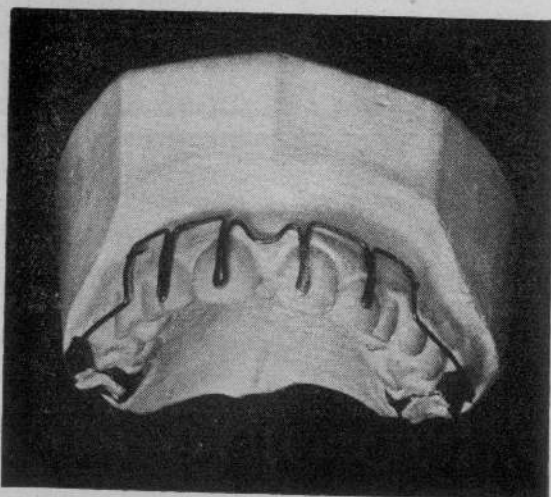


Fig. 1

Arco di retrazione con barrette di spinta non saldate

(De Vecchis)

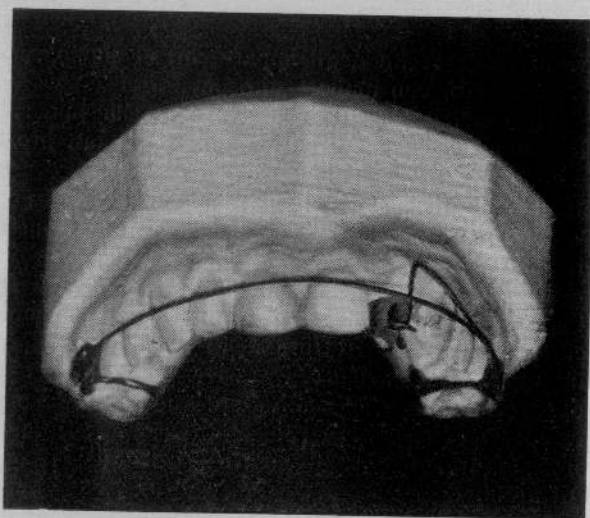


Fig. 2

Arco vestibolare con molla alta per la vestibolarizzazione del laterale sinistro

(De Vecchis)

a martello gli incisivi superiori con quelli inferiori. Anche il combaciamento dei denti laterali è alterato: a destra mancano i premolari ed il primo molare inferiore per cui i corrispondenti denti superiori non hanno alcun combaciamento e sono alquanto allungati; a sinistra, inferiormente manca il secondo premolare e superiormente manca il secondo molare. Il combaciamento delle due arcate perciò è limitato soltanto ai primi molari, per il resto è assolutamente nullo.

L'incisivo mediano superiore destro ha la corona segata e sostituita con una dente a perno.

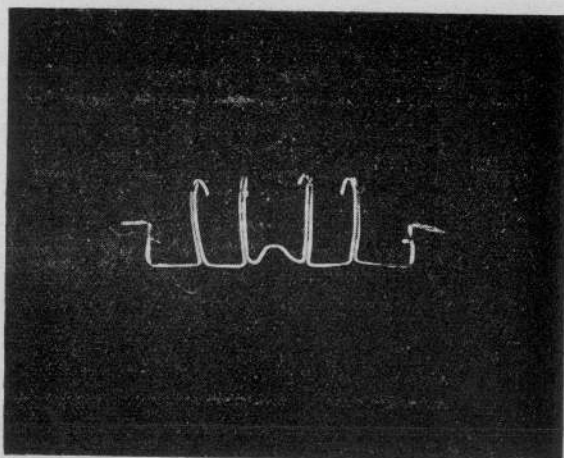


Fig. 3

Arco depressivo con uncini non saldati

(De Vecchis)

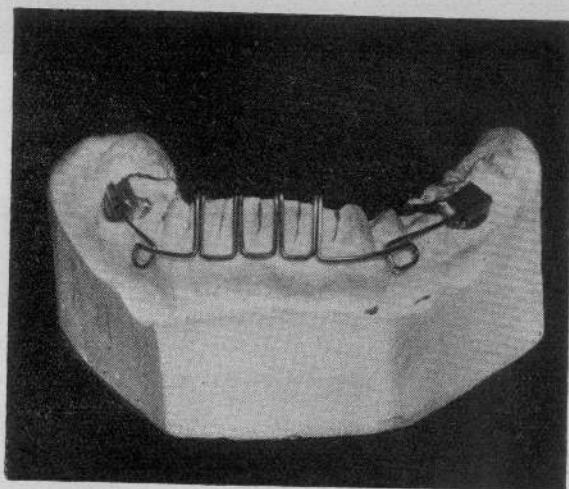


Fig. 4

Arco depressivo in sito con anse lobate laterali per l'espansione
e vestibolarizzazione degli incisivi

(De Vecchis)

Concomitanti a questo stato delle arcate, vi sono tutte le note che accompagnano la respirazione boccale (stato di secchezza della mucosa faringea, voce nasale, deviazione del setto, ecc.).

Ricerche etiologiche. — Nel padre si riscontra un'inclinazione labiale dei denti superiori, perciò nel determinismo dell'anomalia ha contribuito in parte un fattore ereditario; a questo si è aggiunto lo stato di malferma salute della bimba nei primi anni, che ha avuto un'indubbia ripercussione nel ritardare la completa calcificazione del mascellare superiore, il quale ha risentito quindi l'influenza delle trazioni dei muscoli masticatori ed è stato costretto lateralmente e protruso in avanti.

Diagnosi. — Protrusione grave superiore. Lieve retrusione inferiore.



Fig. 5

Caso A. 14 — Fotografia del profilo della paziente prima del trattamento.



Fig. 6

Caso A. 14₂ — Fotografia del profilo dopo il trattamento

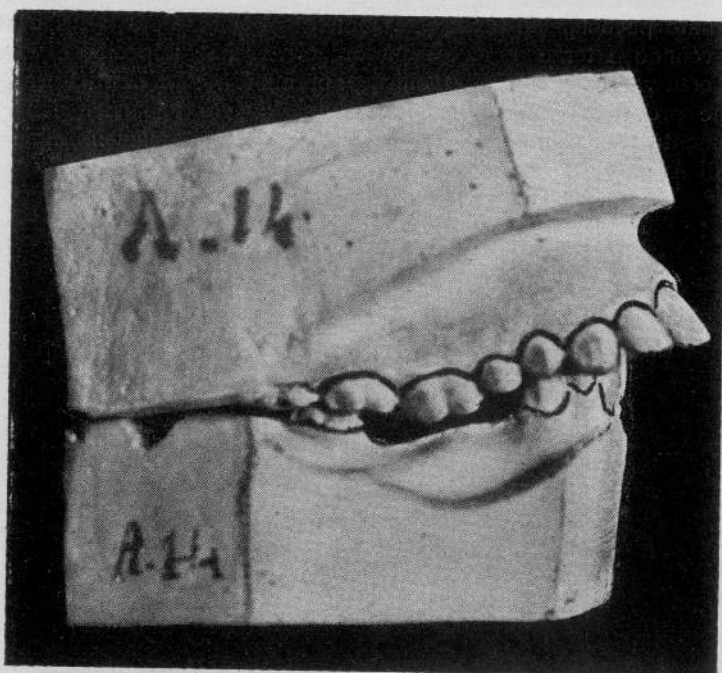


Fig. 7

Caso A. 14 — Modelli in articolazione prima della cura

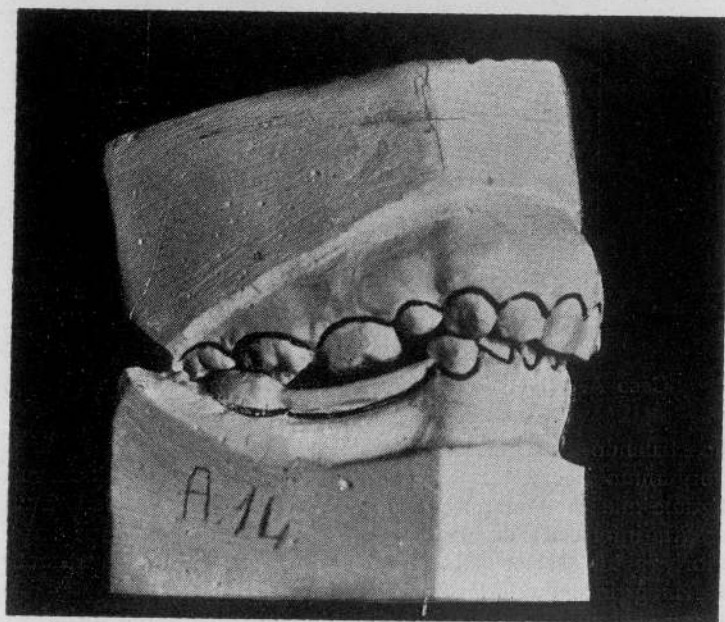


Fig. 8

Caso A. 14 — Modelli in articolazione dopo la cura
(L'impronta inferiore è presa con l'ancoraggio rinforzato inf. destro ancora in sito)

Piano di cura. — Abolendo i lievissimi diastemi anteriori-superiori avremmo guadagnato poco spazio nel raccorciamento dell'arcata; d'altra parte la presenza del secondo e terzo molare superiore ci avrebbe impedito di spostare indietro consecutivamente i primi molari, i premolari ed i denti anteriori; nella ricostruzione preventiva, pertanto, dell'arcata dovevamo partire dalla posizione in quel momento, dei primi molari, i quali articolavano quasi normalmente (prima classe di Angle).

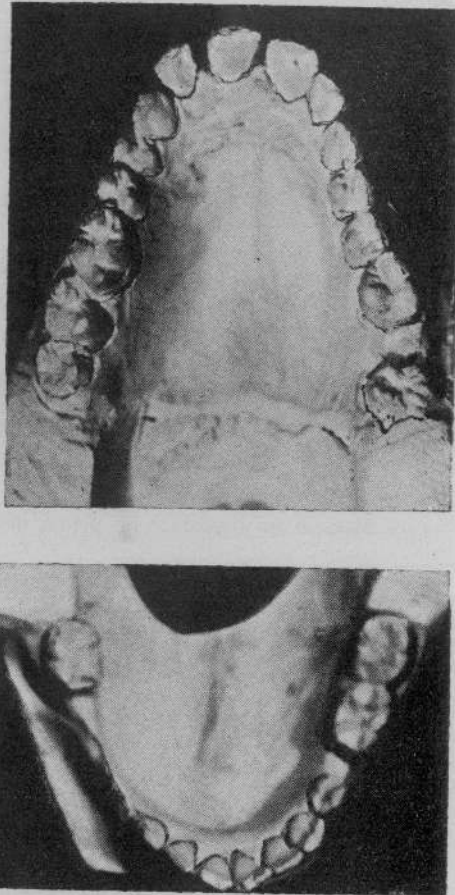


Fig. 9

Caso A. 14 — Modelli non articolati prima della cura

Ora ricostruendo l'arcata coi sistemi conosciuti, partendo dai primi molari, ci accorgemmo che soltanto eliminando dalla curva elettica superiore un segmento uguale alla larghezza dei due premolari, questa corrispondeva a quella data dall'arcata inferiore; diversamente eliminando soltanto gli spazi dei diastemi superiori, la lunghezza della curva dell'arcata mascellare rimaneva sempre enormemente maggiore dell'inferiore.

Decidemmo perciò di estrarre dall'arcata superiore i due primi premolari e di spostare distalmente i canini e quindi gli incisivi.

Apparecchi usati. — Ancoraggio superiore: è dato da due anelli fissati ai primi molari che portano due tubi orizzontali vestibolarmente. Ancoraggio inferiore: a destra è dato da due anelli situati sul secondo molare e sul canino, legati da due barre rigide a guisa di ponte, l'anello del secondo molare porta ve-

stibolarmente un uncino rivolto indietro ed in basso; a sinistra v'è un ancoraggio rinforzato simile al precedente fissato sul primo premolare e sul primo molare.

Sui canini superiori si fissarono ancora due anelli con un uncino sulla faccia vestibolare in modo da permettere una trazione distale con elastici. Un arco vestibolare superiore, ancorato sui primi molari, e scorrevole nei tubi orizzontali dell'ancoraggio completò l'applicazione.

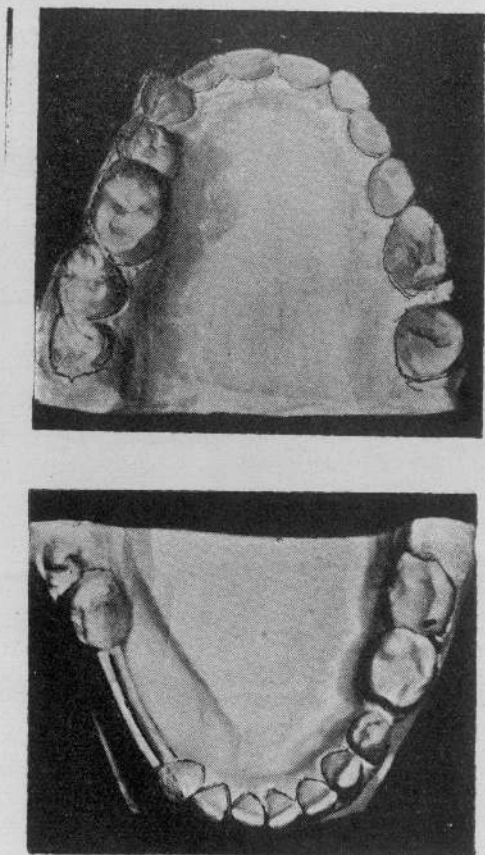


Fig. 10

Caso A. 14 — Modelli non articolati dopo la cura.

Appena procedutosi all'estrazione dei primi premolari superiori, con una coppia di elastici fissati da una parte all'estremità distale dell'arco superiore dietro il tupo di ancoraggio e dall'altra all'uncino degli anelli posti sui canini, spostammo questi ultimi distalmente fino a collocarli avanti ai secondi premolari. In un secondo tempo con elastici fissati da una parte agli uncini degli ancoraggi dell'arcata inferiore e dall'altra a due uncini saldati sull'arco all'altezza dei canini, con trazioni intermasscellari, traslocammo dietro tutti il massiccio dell'osso e dei denti incisivi, ottenendo nello stesso tempo un lieve spostamento anteriore di tutta l'arcata inferiore.

Interessante è la constatazione che si riuscì a distalizzare anche il dente a perno senza che questo ne risentisse alcun danno, sicchè ora a parecchi mesi di distanza dalla fine della cura la corona protettiva è perfettamente mantenuta.

Un arco vestibolare semplice di contenzione che lasciammo ancora in sito completò il trattamento.

La cura fu iniziata il 17-11-1933; il 18-5-1934 si poneva l'arco di conten-
zione che lasceremo a posto ancora per un trimestre. Da notare, la radice mor-
ta che portava una corona Richmond, s'è spostata di un centimetro senza al-
cun disturbo.

CASO A. 36. — C. M. anni 10.

Esame obbiettivo. — Nulla a carico dell'arcata inferiore. Nell'arcata supe-
riore gli incisivi centrali di destra, e più ancora quelli di sinistra sono traslo-
cati labialmente insieme con l'incisivo laterale destro, che è anche ruotato sul
suo asse maggiore di circa 80 gradi. Dietro gli incisivi si scorge la presenza di

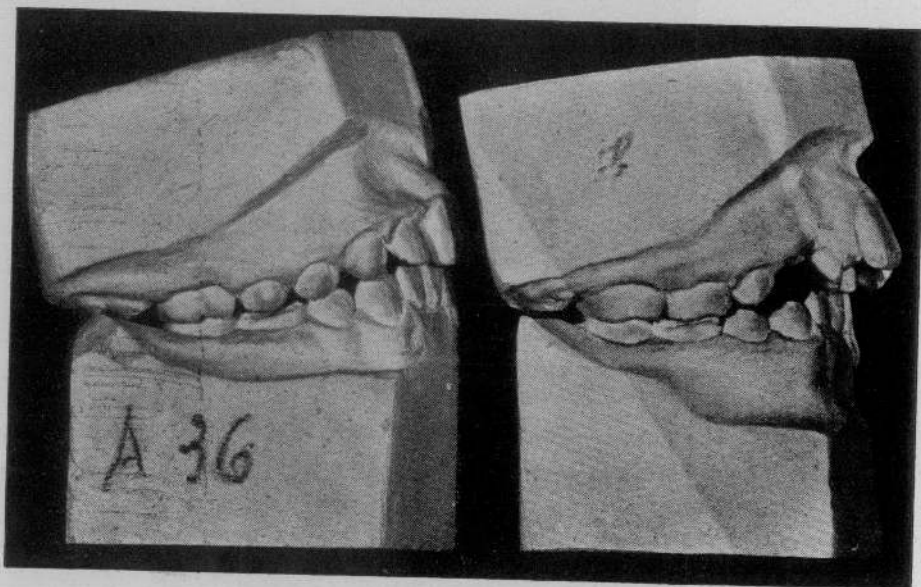


Fig. 11

Caso A. 36 — Modelli in articolazione dopo e prima del trattamento

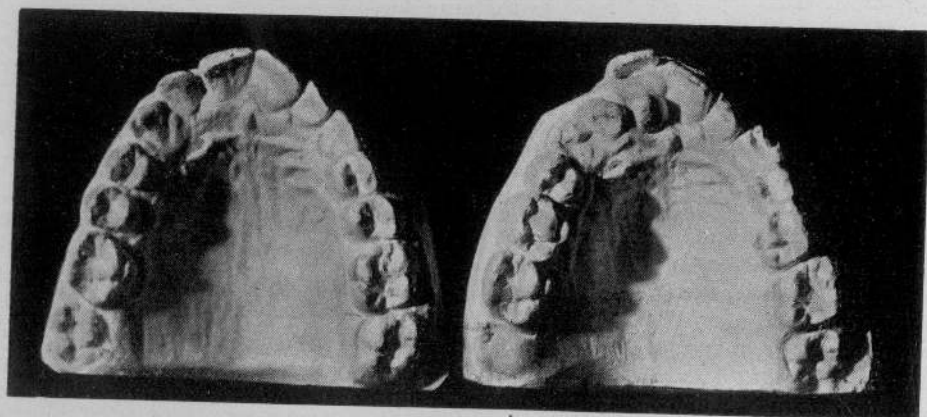


Fig. 12

Caso A. 36 — Modelli superiori non articolati dopo e prima della cura



Fig. 13

Caso A. 36 — Profilo Radiografico - Prima del trattamento



Fig. 14

Caso A. 36 — Profilo Radiografico - Dopo il trattamento
(è in sito l'arco di contenzione)

un dente conoide supranumerario, che nell'articolazione dell'arcata occlude vestibolarmente ai denti anteriori-inferiori. Tutta la zona del processo alveolare e del mascellare risulta in protrusione deforme ed irregolare, si da conferire al profilo del paziente una disarmonia assai evidente, rilevabile ancor meglio dall'esame radiografico (vedi figure annesse).

Etiologia. — In questo caso è stata indubbiamente la presenza del dente supernumerario a mantenere la deformità. E' interessante notare che esso spuntò quando ancora non erano caduti i denti decidui e produsse quindi uno spostamento labiale degli alveoli nel periodo della loro formazione intorno agli incisivi permanenti, solo più tardi fuoriusciti.

Trattamento. — Dopo l'estrazione del dente conoide abbiamo costruito un arco vestibolare in acciaio inossidabile ancorato sui primi molari e recante in corrispondenza dell'incisivo laterale ruotato una piccola ansa che potesse servirci per il fissaggio di una legatura. Dall'arco principale si staccava a sinistra una molletta che esercitava una leggera pressione vestibolo-linguale sull'incisivo centrale destro solamente, in un primo tempo, e su ambedue gli incisivi più tardi, quando il destro ed il sinistro furono allo stesso livello. Sull'incisivo laterale ruotato venne fissato un anello con un uncino dietro l'angolo mesiale; tra questo uncino e l'ansa formata in tale zona dall'arco vestibolare venne disteso un elastico la cui larghezza ed il cui spessore erano tali da esplicare una forza molto lieve.

Una volta messo l'apparecchio così come l'abbiamo descritto, esso ha funzionato senza il bisogno di essere più toccato sino alla fine della cura. Nelle visite successive noi ci limitammo soltanto a cambiare l'elastico tra l'arco e l'incisivo laterale ruotato. Ottenuti gli spostamenti desiderati in circa tre mesi lo stesso apparecchio fu lasciato in sito come arco di contenzione dopo aver eliminata opportunamente la tensione della molletta ausiliare.

La cura fu iniziata il 12-4-1934, il 19-12 dello stesso anno le applicazioni furono tolte.

CASO A. 35: C. F. Anni.

Anamnesi: Riferiamo qualche dato anamnestico di questo caso perchè ha una notevole importanza nelle ricerche etiologiche. Il bimbo ha avuto un'infanzia molto travagliata; ha presentato tutti i sintomi di una diatesi essudativa; ha avuto vegetazioni adenoidi, operate a 4 anni; ha presentato otite doppia a quattro anni; tutti i primi atti della sua vita si compirono con notevole ritardo. Le

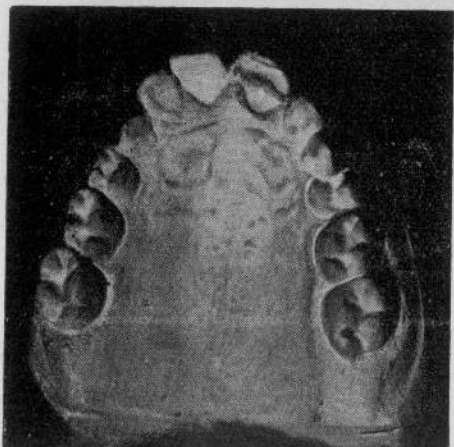


Fig. 17

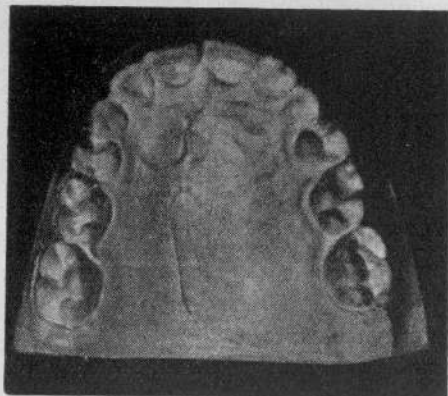


Fig. 18

Caso A. 35 — Modelli dell'arcata superiore, prima e dopo la cura.



Fig. 15

Caso A. 35 — Teleradiografia - Prima della cura



Fig. 16

Caso A. 35 — Teleradiografia - Dopo la cura

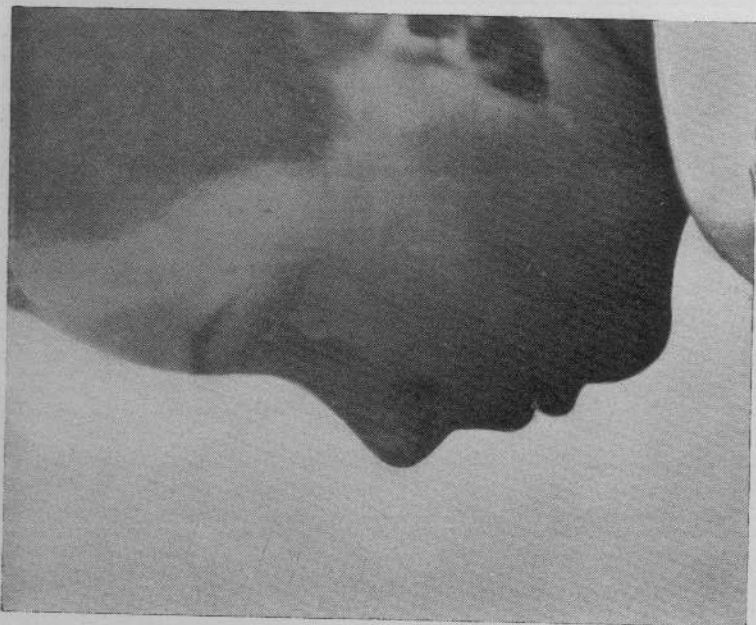


Fig. 20



Fig. 19

Caso A. 35 — Fotografia del profilo prima e dopo il trattamento

prime parole furono pronunciate a 4 anni, e i primi passi furono iniziati a 3 anni.
Ha sempre avuto l'abitudine di tenere in bocca il biberon oppure il dito pollice.

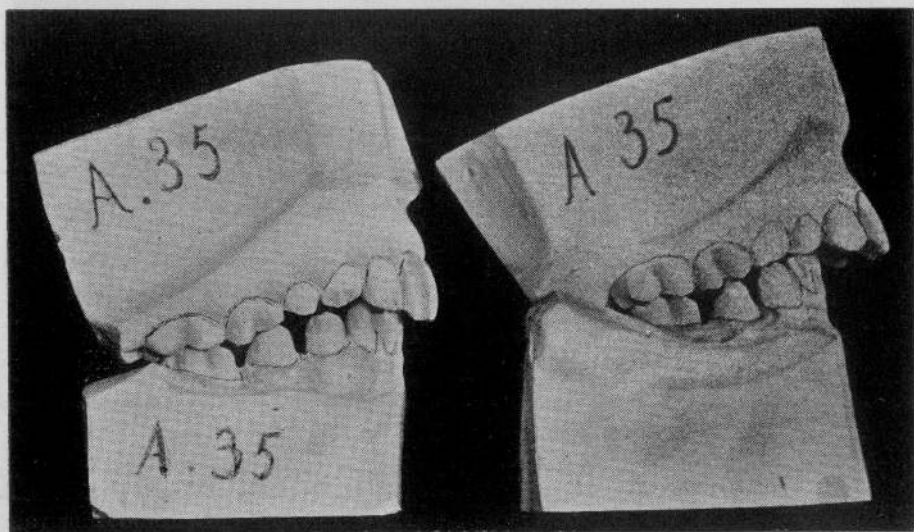


Fig. 21

Caso A. 35 — Modelli delle arcate in articolazione: dopo e prima del trattamento.

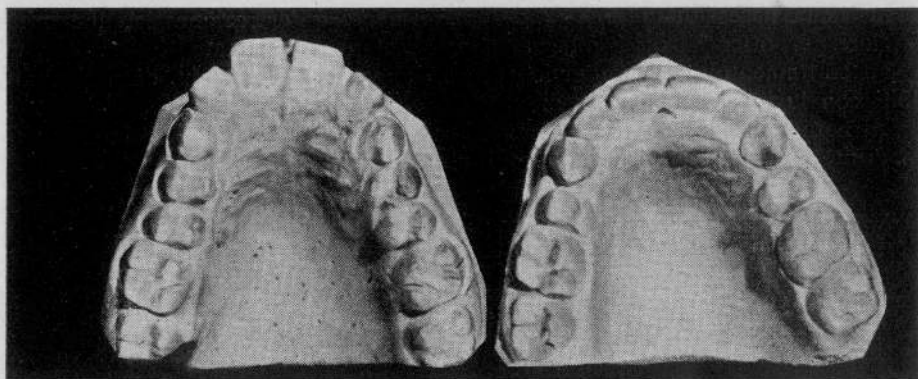


Fig. 22

Caso A. 30 — Modelli dell'arcata superiore prima e dopo il trattamento.

Ricerche Etiologiche. — Non è possibile riscontrare nessun fattore ereditario. La presenza di vegetazione adenoidi, la diatesi essudativa e le note del rachitismo, che ancora è possibile riscontrare, hanno permesso ai muscoli masticatori di comprimere e proiettare in fuori l'arcata superiore; la lunga permanenza del biberon o delle dita fra le labbra ha indubbiamente favorito la genesi della anomalia.

Esame obiettivo e diagnosi. — La teleradiografia del profilo, la fotografia dei modelli delle arcate in articolazione mostrano la presenza di una protrusione superiore ben marcata.

Trattamento. — Arco vestibolare superiore e inferiore ancorato sui primi molari; trazione intermascellare con elastici.

La cura fu iniziata il giorno 13-3-34; il giorno 1-7-34 la protrusione era ridotta e fu messo l'arco di contenzione che è ancora insito.

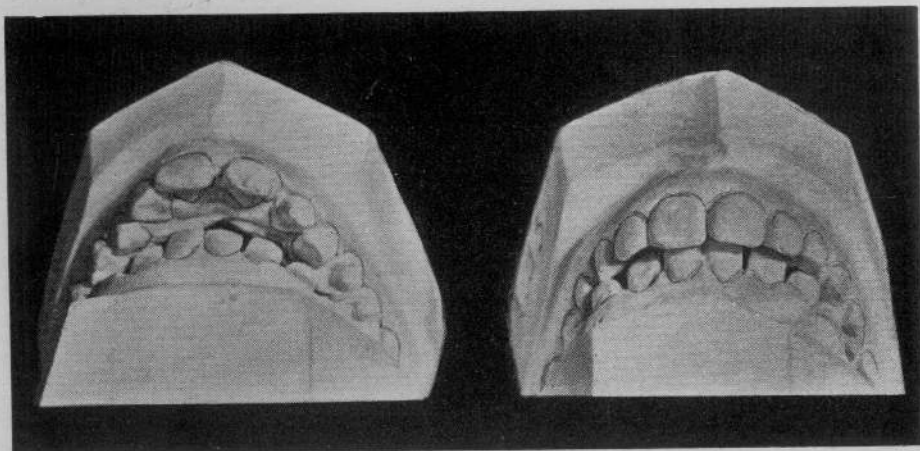


Fig. 23

Caso A. 35 — Modelli in articolazione prima e dopo la cura

CASO A. 10. — M. A. M. età N.

Esame obbiettivo e diagnosi. -- Anche in questo caso le fotografie della paziente e quelle dei modelli insieme alla teleradiografia del profilo mostrano che v'è un'anomalia combinata: protrazione superiore e retrazione inferiore. La retrazione inferiore è più accentuata perchè manca dall'arcata l'incisivo laterale destro.

Piano di cura e trattamento. — La ricostruzione preventiva dell'arcata ci ha convinti della necessità di procedere superiormente all'estrazione dei due primi premolari per ottenere un combaciamento regolare delle arcate.

Un trattamento simile a quello operato nel caso N. 14 ci ha dato risultati, visibili con le illustrazioni annesse.

Da notarsi la modificazione notevole della linea del profilo dopo la cura della paziente, che ha acquistato un'euritmia veramente brillante.

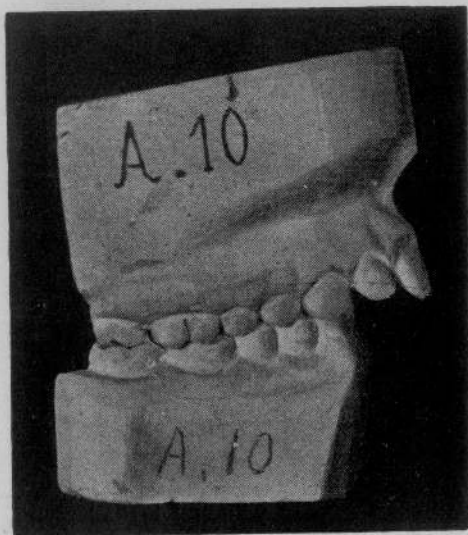


Fig. 24

Caso A. 10 — Modello in articolazione prima del trattamento.

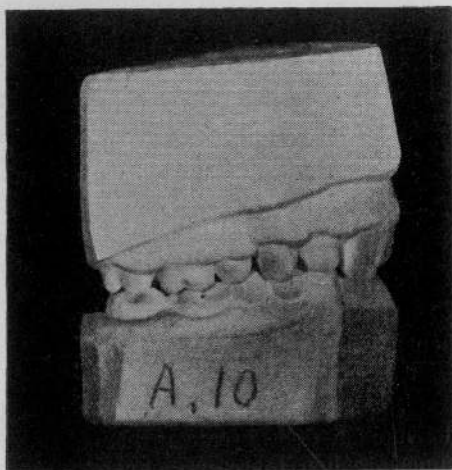


Fig. 25

Casa A. 10 — Modello in articolazione dopo la cura.

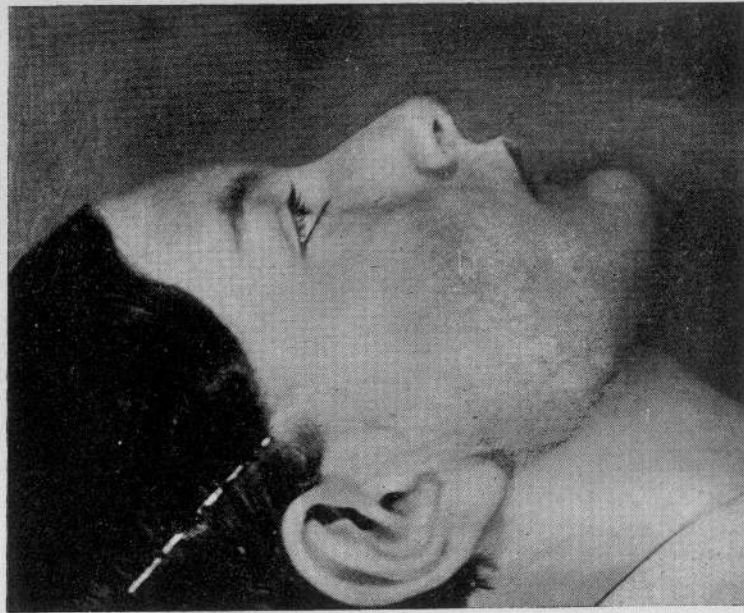


Fig. 26

Caso A. 10 — Fotografia del profilo prima della cura



Fig. 27

Caso A. 10 — Fotografia dopo la cura



Fig. 28

Caso A. 10 — Radiografia del profilo · Prima del trattamento



Fig. 29

Caso A. 10 — Radiografia del profilo - Dopo la cura

SEZIONE SECONDA

Il biennio 1933-34 di attività nella sezione ortodontica Muzj ha consentito di fare utili osservazioni e di trarre conclusioni specialmente nel campo della terapia.

Le anomalie dell'apparato masticatorio si sono presentate nei bambini soggetti alle visite ispettive nel 60% dei casi all'incirca. La maggior parte di esse, la metà cioè, è rappresentata da « Endotraslocazioni » dei denti frontali superiori limitate ad uno o due, oppure estese a tutti, ed accompagnate o no da esotraslocazioni dei denti frontali inferiori. Seguono per frequenza le « Sintostasie » o raggruppamenti dentali senza che la faccia sia interessata dalla deformazione, sia « micrognatiche » che « macrodontiche » oppure « prometastodontiche superiori »; quindi le « Protracta-ostaprosopie superiori, anteriori e totali », ed infine le altre.

Il primo gruppo o delle « Endotraslocazioni » ha dato modo, in grazia all'alta percentualità, di applicare a titolo di prova un nuovo sistema di cura, indicato dalla scuola tedesca ed usato largamente in molte nazioni, il quale sareb-

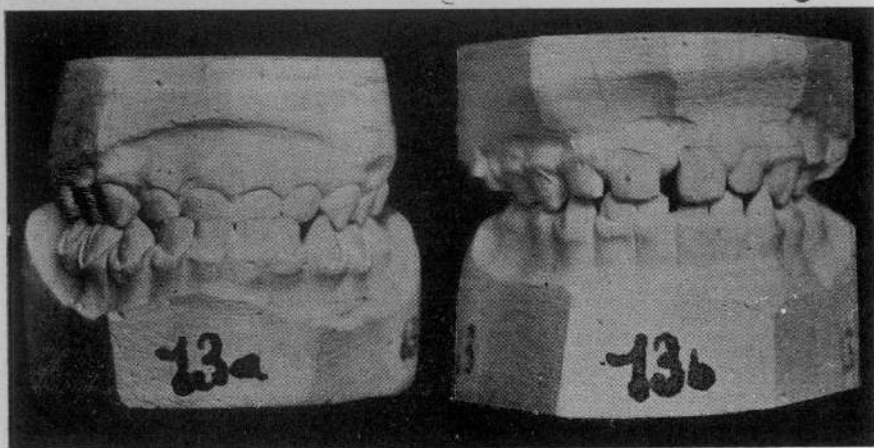


Fig. 1

Fig. 2

be particolarmente indicato nei grandi ambulatori, come mezzo preventivo e curativo, per favorire la guarigione spontanea. Si tratta di restituire al mascellare superiore o meglio all'intermascellare la facoltà di accrescimento, inibito dall'ostacolo meccanico rappresentato dai denti inferiori posti al davanti dei denti superiori, abolendo questo ostacolo, e senza intervenire con alcuna azione attiva svolta da apparecchi. A ciò basta elevare la linea di combaciamento per mezzo di doccie onde portare fuori di contatto le serie dei denti anteriori.

Il metodo è stato applicato in più casi ed i risultati sono i seguenti: immediatamente dopo l'applicazione delle doccie si ha un evidente spostamento verso l'avanti dei detti denti. Tale trasformazione, che impressiona subito favorevolmente l'osservatore, si arresta ben presto per dare luogo ad esiti differenti. Talvolta subentra una fase di trasformazione lentissima che fa duopo seguire pazientemente per lungo tempo e costringe magari, al rinnovamento delle doccie abbassatesi sotto la pressione masticatoria. L'esito è spesso favorevole, ma non tale da permettere la generalizzazione del metodo. Altre volte, invece, si ha un arresto del movimento spontaneo dei denti superiori verso l'avanti decisamente definitivo, ed è necessario intervenire con mezzi attivi per ottenere la correzione. Interessante è osservare che questo fatto si nota indipendentemente dall'età del

soggetto, ed in proposito ci sembra utile riportare il caso di una bambina di tre anni:

1) Giorgi A'. — Affetta da « endotraslocazione » di tutti i denti frontali superiori, canini compresi, concomitante a esotraslocazione dei denti corrispettivi inferiori. Sulla faccia si notano chiaramente le deformazioni che a questa anomalia generalmente corrispondono cioè: depressione della linea del profilo a livello del labbro superiore ed avanzamento della parte sottostante costituita dal labbro inferiore e dal mento (Fig. 1).

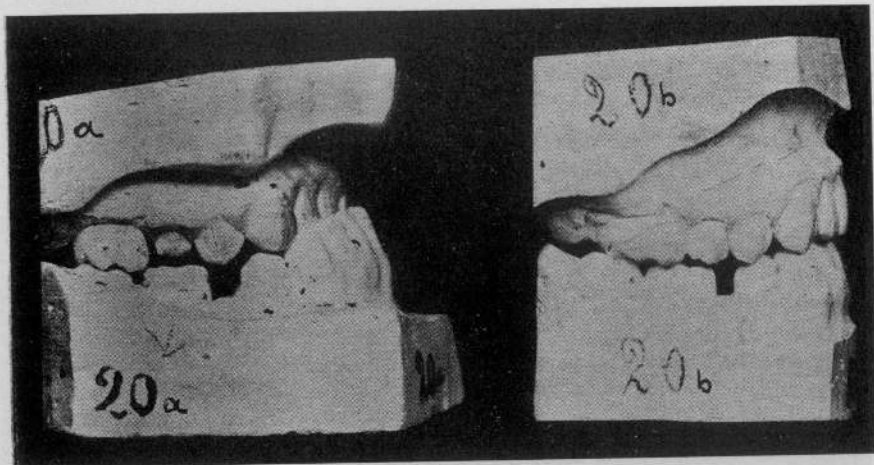


Fig. 3

Fig. 4

feriori. Sulla faccia si notano chiaramente le deformazioni che a questa anomalia generalmente corrispondono cioè: depressione della linea del profilo a livello del labbro superiore ed avanzamento della parte sottostante costituita dal labbro inferiore e dal mento (Fig. 1).

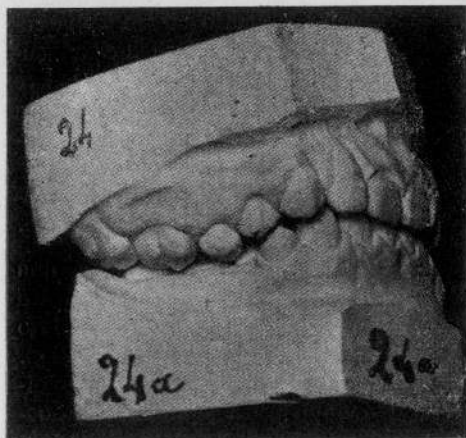


Fig. 5

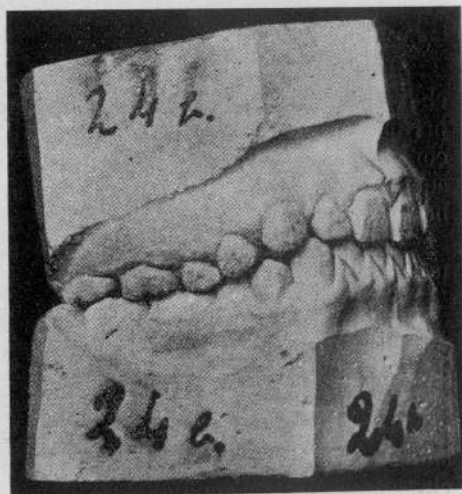


Fig. 6

Viene eseguito il tentativo della correzione spontanea col suddetto metodo applicando soltanto le doccie, e dopo un certo periodo di attesa si ha la convinzione dell'inefficacia del provvedimento. Si decide perciò di intervenire attivamente e perciò viene applicato un apparecchio superiore costituito da anelli con cannule esterne, arco vestibolare (ribbon arch) e legature ai denti da dislocare.

Nello spostamento di questi ultimi si riscontra una resistenza non comune in questo genere di anomalia presso le quali, invece esso è molto facile, e le difficoltà sono superate soltanto in grazia alla straordinaria tolleranza di cui la piccola paziente è dotata. La cura dura vari mesi e conduce alla riduzione perfetta dell'anomalia (Fig. 2).

2) Della stessa categoria di disgnazie è il seguente caso di un soggetto piuttosto adulto: Eraldo Oddone di anni 12, operato di adenoidotomia tre volte, ed affetto da « *Retracta-ostaprosopia superiore* ». Gli incisivi superiori sono endotraslocati e disposti su una linea al di dietro dei canini i quali occupano una giusta posizione; l'arcata dentale inferiore non partecipa alla disformità (Fig. 3). Nella faccia si nota una depressione della linea del profilo nel tratto corrispondente al labbro superiore; la base del naso sembra interessata da essa.

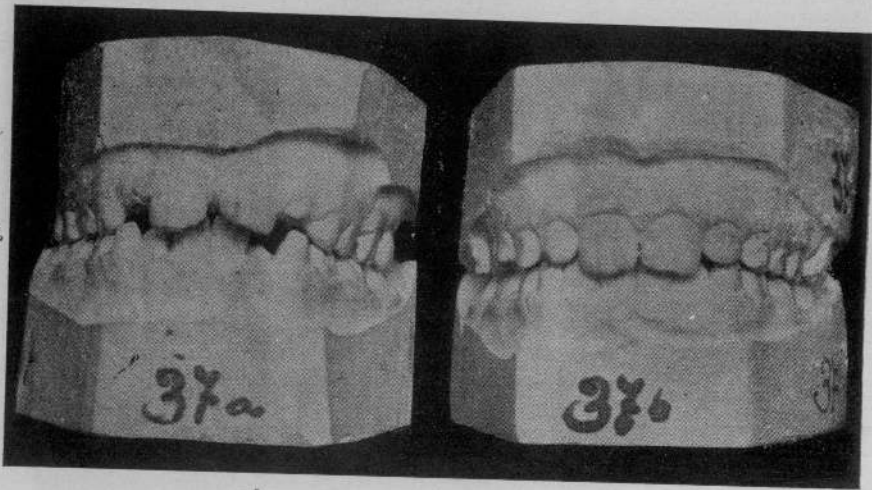


Fig. 7

Fig. 8

Per la cura qui vengono applicate le doccie di innalzamento ed un apparecchio linguale tipo *Merston* a molle anteriori destinate a spingere gli incisivi superiori verso l'avanti. L'irrequietezza del soggetto però non permette procedere con questo sistema e si è costretti, quando già la esodislocazione è avviata a sostituire l'apparecchio interno con uno esterno, rappresentato da un arco vestibolare e legature traenti.

Nonostante la eccessiva irregolarità ed impuntualità del paziente la correzione viene raggiunta (Fig. 4) dopo diverse interruzioni, nello spazio di un anno.

3) Ma il caso più importante della suddetta categoria è costituito da una « *Endotraslocazione* » dei denti latero-posteriori inferiori di un lato. Si tratta di un giovinetto di 13 anni il quale presenta premolari e molari inferiori del lato destro traslocati totalmente internamente ai corrispondenti superiori (Fig. 5).

La cura presenta delle difficoltà come avviene il più delle volte presso dismorfofosi unilaterali. Per innalzare la linea di combaciamento si applica una doccia estesa dal secondo molare di sinistra al canino dello stesso lato, la quale contribuisce a costituire di tutti questi denti un solido blocco, onde la trasformazione interessi soltanto i denti dell'altro lato. L'apparecchio di azione è rappresentato da un arco linguale esteso dall'estremo posteriore della doccia al secondo molare del lato da correggere; in questo stesso lato, all'altezza dell'incisivo laterale, è saldata una molla, la quale si estende posteriormente fino al primo molare. Sia l'arco che la molla sono messi in coazione elastica esterna. Da questo momento la cura si protrae per sei mesi con successive dinamizzazioni, al termine dei quali si ha la completa regolarizzazione (Fig. 6).

4) Il quarto caso è rappresentato da una « Protracta-ostaprosopia superiore anteriore », complicata da contrazione laterale. Si tratta del bambino Terracina Giacomo di anni 8, di sana costituzione fisica, affetto da una deformità dell'apparato masticatorio i cui caratteri sono: esodislocazione degli incisivi centrali superiori con presenza di un vasto diastema, riduzione di distanze trasversali, per cui sia l'arcata superiore che l'inferiore risultano ristrette (Fig. 7).

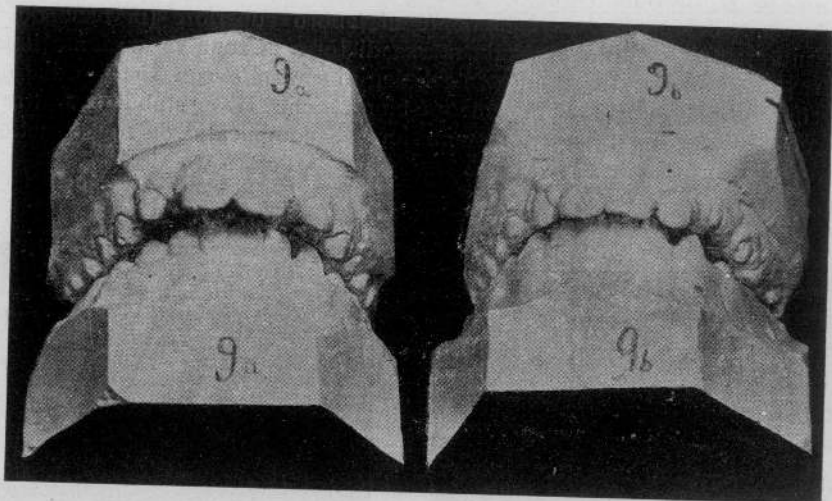


Fig. 9

Fig. 10

Il piano di cura consiste nella espansione laterale dell'arcata e nella endodislocazione degli incisivi superiori, nonché abolizione del diastema centrale; esso viene realizzato per mezzo di un apparecchio linguale tipo Mershon, con molle laterali per quanto riguarda l'espansione dell'arcata, e per mezzo di un arco vestibolare con molle lineari tipo Muzj per quanto riguarda la correzione delle esodislocazioni. I due apparecchi agiscono simultaneamente, e la regolarizzazione viene raggiunta in mesi otto (Fig. 8).

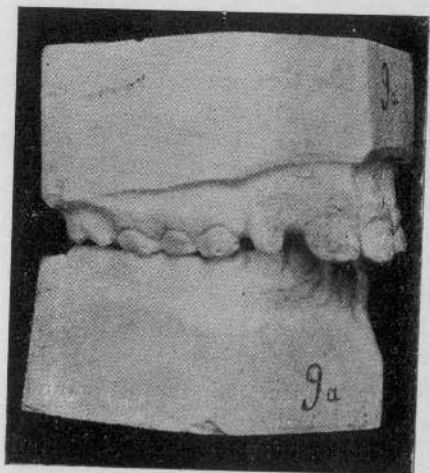


Fig. 11

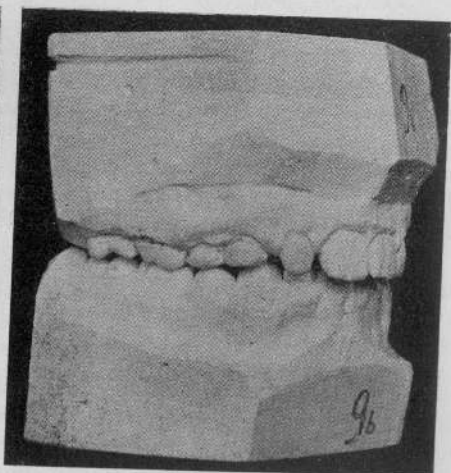


Fig. 12

5) Degno di nota è il caso di una gravissima disgnazia interessante tutto l'apparato masticatorio e del quale diamo una rapida esposizione:

Gualtiero G., di anni 11. All'esame si nota superiormente: denti frontali esodislocati, irraggiati e divisi da diastemi; non contrazione laterale nè altre irregolarità; inferiormente l'arcata dentale si presenta regolare. Il rapporto tra le due arcate però non è normale perchè i denti posteriori inferiori combaciano per una mezza cuspidè verso l'indietro anzichè verso l'avanti (Fig. 9 e 10). Sulla faccia si rilevano caratteri precisi e ben riconoscibili, cioè: avanzamento della zona del profilo corrispondente al labbro superiore (la base del naso non è interessata), depressione sulla stessa di tutta la zona riguardante il labbro inferiore ed il mento. In seguito alle indagini eseguite con sistemi diagnostici vari, comprese le misurazioni antropo-biometriche si è stabilito trattarsi di « Protracta-ostaprosopia superiore anteriore », complicata da « Retracta-ostaprosopia inferiore totale ».



Fig. 13



Fig. 14

La cura è stata diretta verso due scopi: 1) correzione della esodislocazione dei denti frontali superiori, e 2) spostamento verso l'avanti della mandibola. Per il primo fu applicato un arco vestibolare a molle libeari tipo Muzj, per il secondo (ottenuta la suddetta endodislocazione e costituito di tutti i denti superiori un blocco in modo da aumentarne la resistenza) fu applicato un apparecchio a trazione intermascellare tipo Angle-Baker.

In seguito al suddetto trattamento durato 18 mesi l'esito si è rivelato completamente positivo come mostrano le figure 11 e 12.

6) Un caso simile al precedente è quello della figura 13, e curato con lo stesso procedimento (Fig. 14).

I casi di dismorfosi dell'apparato masticatorio accettati durante l'anno 1933 sono stati portati tutti a termine di cura ad eccezione di uno ancora in via di trattamento ed iniziato nel dicembre dello stesso anno; dei casi accertati nel primo semestre del 1934 tredici sono dimessi e cinque ancora in via di cura; dei casi del secondo bimestre del 1934 sei sono stati portati a termine e quattordici sono ancora in cura. Complessivamente i casi curati sono 30, e quelli in cura 25.

E' da segnalare l'ausilio portato al funzionamento della sezione ortodontica dall'introduzione dell'acciaio inossidabile nella costruzione degli apparecchi terapeutici, in grazia al basso prezzo di questo metallo che sostituisce soddisfacentemente l'oro.

REPARTO DI RICERCHE CLINICHE E BACTERIOLOGICHE

Durante l'anno 1934 furono studiati dal lato clinico e batteriologico i seguenti casi:

Stomatite ulcerosa in bambino affetto da diabete insipido. — Il caso fu studiato dal punto di vista clinico generale e nel decorso locale, in rapporto alle variazioni nelle condizioni organiche. La flora batterica fu precisata con ricerche culturali e con inoculazioni in animali. Furono eseguite biopsie dei tessuti gengivali. La cronicità della forma, ribelle ad ogni trattamento, fu messa in relazione con la gravità della malattia discrasica.

L'associazione fuso-spirillare di Vincent fu riscontrata presente durante i periodi di maggior gravità della malattia, mentre costantemente si ebbe positivo il reperto dello streptococco.

Le ricerche eseguite e le conclusioni, in parte furono, ed parti saranno, pubblicate negli Annali di Clinica Odontoiatrica.

Rapporti fra carie dentarie, eliminazione fosforica e calcio ematico. — Furono studiati una cinquantina di casi.

I metodi di indagine praticati sono dettagliatamente descritti nel lavoro che vedrà prossimamente la luce negli « Annali ».

Nei bambini affetti da estesa carie dentaria si dosò sistematicamente il fosforo eliminato con le urine e contemporaneamente il tasso del calcio nel sangue, pervenendo alla conclusione che esiste un rapporto inverso fra eliminazione fosforica e calcioemia.

Stomatite e diabete mellito. — Fu descritto dal punto di vista batteriologico e da quello clinico generale (vedi « Annali di Clinica Odontoiatrica »).

All'aumento della glicemia e della glicosuria corrispondeva un peggioramento nelle condizioni del cavo orale ed un' aumentata virulenza dei germi.

La stomatite guarì soltanto quando la glicemia fu portata al tasso normale.

Acidosi e stomatiti. — Fu studiato il rapporto fra forme ulcerose della mucosa orale e diatesi lipotossica, pervenendo alla conclusione che l'insufficienza epatica è causa frequente, predisponente alla malattie del cavo orale.

Rapporti fra tetania infantile e carie dentaria. — Furono ricercati i segni della tetania latente in tutti i casi di estesa carie dentaria.

Le indagini semeiologiche e cliniche confermarono i rapporti fra carenza vitaminica (D), disfunzione paratiroidea, tetania e carie dentaria, per concludere relativamente all'importanza di tali ricerche, da parte dello stomatologo, a scopo diagnostico e profilattico.

Il lavoro è in corso di pubblicazione negli « Annali di Clinica Odontoiatrica ».

Ricerche sul tempo di coagulazione e di emorragia; in rapporto allo stato discrasico generale del quale la carie dentaria e le malattie del cavo orale possono essere esponente.

La ricerca, estesa a centinaia di casi, fino ad ora ha dimostrato non esistere un rapporto fra condizioni generali e coagulabilità del sangue.

Il lavoro non è ancora compiuto.

Forme suppurative del cavo orale e reticolo flecmatico ematico. — Si tratta di una ricerca molto delicata e difficile della quale abbiamo, riteniamo con vantaggio, modificata la tecnica di Heiem.

Durante il 1934 furono studiati una decina di casi, troppo pochi per poter formulare un giudizio.

Continuiamo le ricerche, con la speranza che un numero sufficiente di pazienti ci permetta di arrivare sollecitamente ad una conclusione, che potrebbe avere, a nostro avviso, notevole importanza dal punto di vista diagnostico e prognostico.

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO
AMEDEO PERNA

Riassunto della Relazione

sul numero dei bambini curati e sulle cure fatte nei vari reparti

dal 31 gennaio 1934 A. XII al 31 gennaio 1935 A. XIII

L'Istituto in base agli accordi presi all'inizio del suo funzionamento con il R. Provveditore agli Studi di Roma, Conte Salimei, continua a svolgere la sua attività su una vastissima popolazione scolastica. I bambini che sono visitati e curati nell'Istituto vanno dai 2 ai 16 anni e sono distribuiti in moltissimi asili, scuole primarie e secondarie di tutti i quartieri di Roma, nonchè dei suburbi.

In questo secondo periodo di attività e lavoro dell'Istituto, la profilassi e la terapia è stata rivolta a 58 scuole, come risulta dal primo specchio di questa relazione, mentre nel periodo precedente fu rivolto a 46 scuole.

I bambini affluiti da queste scuole sono stati 16.840, mentre nel primo periodo furono 12.379. E i bambini venuti liberamente furono 9.572, mentre quelli del periodo precedente furono 6.084 e così gli adulti sono stati 870, mentre nel periodo precedente furono 1.109.

Il totale delle visite eseguite dal 31 gennaio 1934 al 31 gennaio 1935 è stato di 81.866 su un numero totale di pazienti di 27.242.

Dall'esame del lavoro svolto si osserva che sia il numero dei pazienti che le prestazioni terapeutiche sono in notevole aumento.

Nel reparto di chirurgia si sono operati diversi casi di cisti, di sinusiti, di flemmoni. In questo reparto vennero praticati oltre 300 interventi.

Nel reparto di conservativa si sono osservate un numero più notevole, rispetto al periodo precedente, di carie interstiziali, che richiedono grande pazienza da parte dell'operatore. In questo reparto il criterio della utilità dei denti decisi per l'ulteriore sviluppo e conformazione delle arcate viene costantemente tenuto presente per cui la conservazione dei denti si attua nelle proporzioni maggiori possibili.

Nel reparto adenoideo sono stati visitati 7.730 bambini dei quali 1.011 furono riscontrati affetti da vegetazioni adenoidi.

Nelle due sezioni del reparto di ortodontia sono attualmente in cura 132 pazienti affetti dai più diversi tipi di malocclusioni. I metodi impiegati per la cura delle malocclusioni sono quanto mai eclettici, ma essenzialmente basati sui

metodi biologici dopo aver stabilito con esattezza la diagnosi morfologica e etiopatogenetica dei singoli casi.

Nel reparto di ricerche cliniche sono stati fatti molti esami particolarmente per il tempo di coagulazione del sangue nei bambini da sottoporre a tonsillectomie.

L'Istituto, per le simpatie che gode nel popolo di Roma, per la fiducia in esso riposto dalla classe medica, per il fervore e la coscienza con cui vi presta la sua opera tutto il Corpo Sanitario che ha l'onore di servirvi, va assolvendo con ritmo progressivamente crescente il compito ad esso affidato dal Duce: prevenire e curare le malattie e le malformazioni dei denti, della bocca e degli organi annessi per il miglioramento della razza.

Résumé de la Relation

sur le nombre d'enfants soignés et sur les traitements faits
dans les diverses sections

a partir du 31 - 1 - 1934 XII au 31 - 1 - 1935 XIII

Selon les accords déjà pris dans sa première année d'activité avec le « R. Provveditore agli Studi » de Rome, M.le Comte Salimei, l'Institut continue à développer son activité sur une population scolastique très vaste. Les enfants de l'âge de 2 à 16 ans, sont distribués dans de nombreux asiles et écoles primaires et secondaires de tous les quartiers de Rome ainsi que des faubourgs.

Dans cette seconde période d'activité et de travail de l'Institut, la prophylaxie et la thérapie ont été adressées à 58 écoles, comme il en résulte du premier compte extrait de cette relation, tandis que dans la période précédente elles furent adressées à 46 écoles.

Le nombre d'enfants provenant de ces écoles a été 16.840, tandis que dans la première période ils furent 12.379. Les enfants venus de leur propre chef ont été 9.572, tandis que ceux de la période précédente furent 6.084, aussi comme les adultes ont été 870 tandis que dans la période précédente ils furent 1.109.

Le total de visites effectuées à partir du 31-1-1934 au 31-1-1935 a été 81.866 sur un nombre total de 27.242 malades.

D'après l'examen du travail fait il est à observer que soit le nombre des malades soit les traitements sont en hausse remarquable.

Dans la section de chirurgie plusieurs cas de kystes, de fractures et de phlegmons ont été opérés. Plus de 300 traitements ont été pratiqués par cette section.

Quant à la section de conservative, on a observé un plus grand nombre de caries interstitielles qui demandent beaucoup plus de patience de la part de l'opérateur. Dans cette section le jugement de l'utilité des dents de la première dentition pour le développement ultérieur et la conformation des arcades est constamment envisagé de façon que la conservation est pratiquée autant que possible.

Dans la section adenoïdiens 7.730 enfants ont été examinés, 1.011 desquels furent reconnus affectés de végétations.

Dans les deux sections de l'orthodontie 132 malades affectés de malocclusions sont actuellement traités. Les méthodes employées pour le traitement des malocclusions sont très éclectiques, mais essentiellement basées sur les métho-

des biologiques, après avoir établis exactement le diagnostic morphologique et etiopathogénique de chaque cas.

Dans la section des recherches cliniques beaucoup d'examens ont été faits surtout pour le temps de coagulation du sang chez les enfants à soumettre à la tonsillectomie.

L'Institut, soit pour la sympathie qui lui est donnée par le peuple de Rome et de même pour celle des medecins tous, ainsi que pour l'entraînement qui demontre d'avoir le corp sanitaire qui a l'honneur d'en faire part, continue à ab-soudre d'un rythme toujours croissant, la mission qui lui a été confiée par le Duce : prevenir et soigner les maladies et les malformations des dents, de la bouche et des organes annexes, pour l'amélioration de la race.

Summary of the report

upon the number of cured children and upon the treatments
in the various departments

from January 31st 1934 XII to January 31st 1935 XIII

The Institute, in accordance with the arrangements taken with the Provviditore agli Studi, Count Salimei, at the beginning of its functioning, is continuing to develop its activity upon a large scholastic population. The children who have been visited and cured at the Institute, from two to sixteen years of age, are distributed in many children schools, grammar schools and high schools of all Roman quarters and of the suburbs.

In this second period of the activity and work of the Institute, the prophylaxis and the therapy have been directed towards 58 schools, as it appears from the first table of this report, whilst in the preceeding period it has been directed toward 46 schools.

The children coming from these schools amount to 16.840, whilst in the first period they amounted to 12.379. And the children who came freely to the Institute were 9.572, whilst during the first period they amounted to 6.084 and also the adults were 870 compared with 1.109 during the first period.

The total number of the visits made from January 31st 1934 to January 21st 1935 amounted to 81.866 upon a total number of patients of 27.242.

From the examination of the work it may be noted that both the number of patients and the therapeutic assistances are in considerable increase.

In the surgical department many cases of cystis, sinusites and phlegmons have been operated. In this department 300 surgical operations have been performed.

In the conservative department it has been noted, compared with the preceeding period, a greater number of interstitial caries which are requiring more patience from the part of the operator. In this department the criterium of the utility of the deciduous teeth for the further development and the conformation of the arches has been constantly taken into consideration, so that the treatment of the teeth is carried out as much as possible.

In the adenoids department 7.730 children have been visited of which 1.011 have been found affected with adonoids.

At present, in the two sections of the orthodontical department 132 children, affected with the various types of malocclusions, are being cured. The methods followed for the cure of the malocclusions are eclectic, but essentially based upon

biological methods, after having established with exactness the morphological and ethiopathogenetic diagnosis of the single cases.

In the department of the clinical researches, many examinations have been performed particularly for the time of coagulation of the blood in the children to be submitted to the tonsillectomy.

The Institute, considering the favour it finds among the people of Rome, the confidence placed in it by the medical class, and the fervour and the conscience with which its medical staff are giving their work, is fulfilling with a constant progressing rhythm the task entrusted to it by the Duce: To prevent and cure the sicknesses and the malformations of the teeth, of the mouth and the annexed organs for the amelioration of the race.

Zusammenfassung des Berichtes

über die Zahl der behandelten Kinder und über die ausgeführten Behandlungen in den verschiedenen Abteilungen

Vom 31 Januar 1934 A. XII bis zum 31 Januar 1935 A. XIII

Auf Grund der am Beginn seiner Tätigkeit bestimmten Vereinbarung mit dem R. Provveditore agli Studi in Rom, Conte Salimei, hat das Institut seine Aktivität über eine zahlreiche Schulbevölkerung fortgeführt. Die im Institut behandelten Kinder, im Alter von 2-16 Jahren, sind in viele Kindergärten, Volks- und Mittelschulen aller Stadtviertel und in der Vorstadt Rom eingeteilt.

In dieser zweiten Tätigkeits- und Arbeitsperiode des Instituts wurde die Prophylaxis und Therapie in 58 Schulen ausgeübt, was aus der ersten Übersichtstabelle des Berichtes ersichtlich ist, während in der vorhergehenden Zeit 46 Schulen in Betracht kommen.

Die von obengenannten Schulen zugeströmten Kinder waren 16.840, dagegen in der ersten Periode nur 12.379. Die Zahl der freiwillig gekommenen Kinder betrug 9.572, während in der vorhergehenden Zeit dieselbe auf 6.084 stand; so war die Zahl der Erwachsenen 870, während die der vorhergehenden Periode 1.109 betrug.

Die Gesamtzahl der Visiten vom 31 Januar 1934 bis zum 31 Januar 1935 zählte 81.866 bei einer Gesamtzahl von 27.242 Patienten.

Aus der Nachprüfung der entfalteten Arbeitstätigkeit ergibt sich, dass die Zahl der Patienten, sowie die Zahl der Behandlungen bedeutend zugenommen haben.

In der chirurgischen Abteilung wurden verschiedene Fälle von Zysten, Kieferhöhlenentzündungen, Phlegmonen operiert. In dieser Abteilung wurden über 300 operative Eingriffe ausgeführt.

In der konservierenden Abteilung wurde im Vergleich zur vorhergehenden Periode, eine bedeutendere Anzahl von Approximalkaries vorgefunden, die eine äusserst geduldige Behandlung erforderten. In dieser Abteilung wurde stets das Kriterium der Zweckmässigkeit der Erhaltung der Milchzähne zu Gunsten der Weiterentwicklung und Gestaltung der Kieferbögen gefördert und demgemäss die Erhaltung der Milchzähne aufs Aeusserste gepflegt.

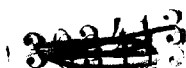
In der Adenoid- Abteilung wurden 7.730 Kinder untersucht, unter denen 1.011 an adenoiden Vegetationen litten.

In beiden Abteilungen der Orthodontik sind gegenwärtig 132 Fälle von

verschiedenartigen Malokklusionen in Behandlung. Die Behandlungsmethode der Falschbisse ist höchst ekleptisch, beruht aber wesentlich auf biologischen Methoden, die nach einer genauen morphologischen und äthiopathogenetischen Diagnose der einzelnen Fälle angewandt werden.

In der Abteilung für klinische Analysen wurden viele Untersuchungen ausgeführt, besonders über die Gerinnungszeit des Blutes in Kindern, die einer Tonsillektomie unterlagen.

Das Institut, das sich der Sympathie der römischen Bevölkerung erfreut und das Vertrauen des ärztlichen Standes erworben hat, dank dem Eifer und der Gewissenhaftigkeit des Sanitätskorps, der die Ehre hat dem Institut zu dienen, strebt danach, die vom Duce auferlegte Aufgabe mit fortschreitend steigenden Rythmus zu erfüllen: Das Vorbeugen und die Behandlung der Krankheiten und Missbildungen der Zähne, des Mundes und der zugehörigen Organen zu Gunsten der Rassenverbesserung.



59684



ZAMPERINI & LORENZINI
ROMA - Via Adda, 129-A
::: Telefono 864312 :::