

msc B72/ 39

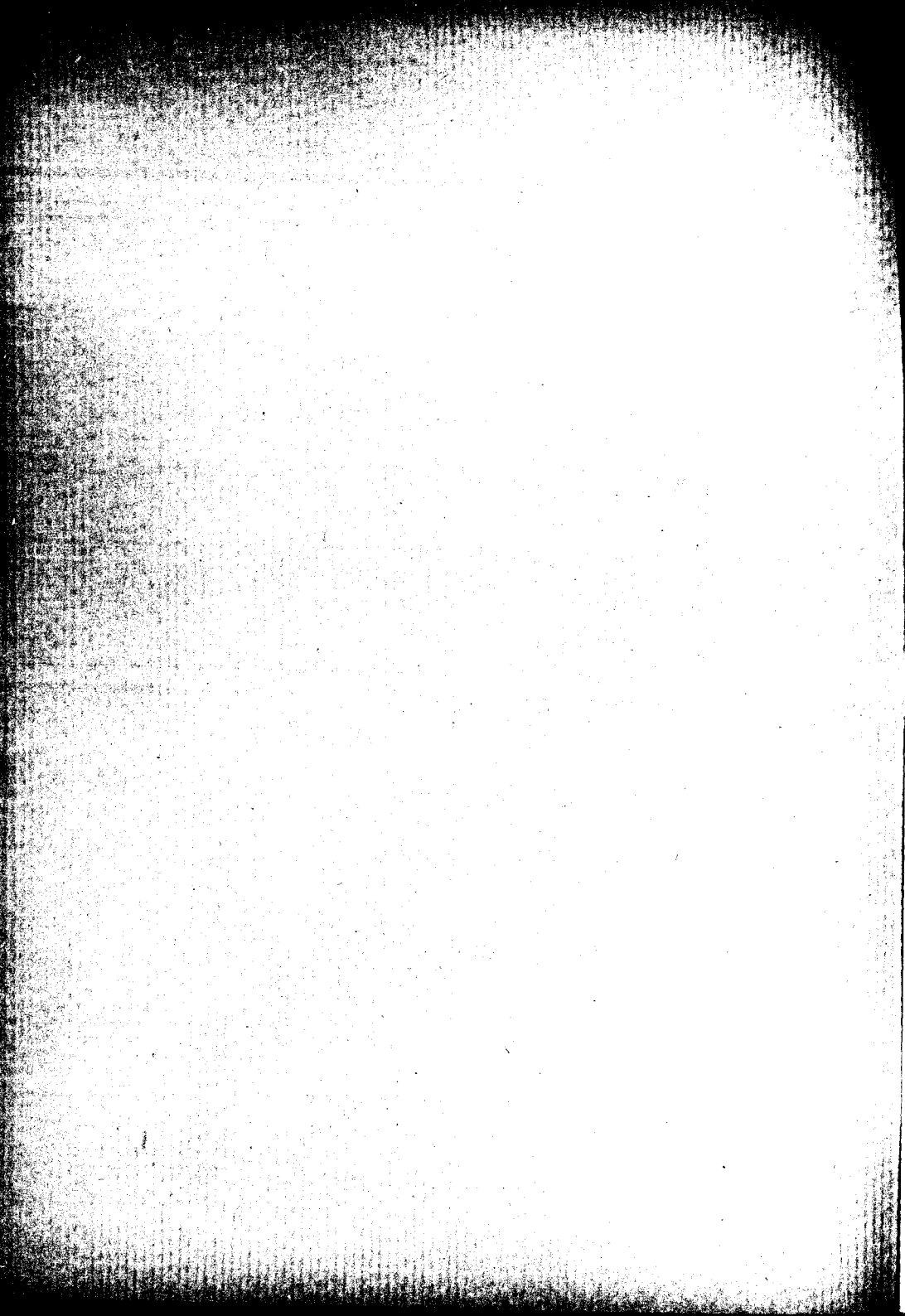
Dott. FRANCO SCAGLIONE

Trattamento immediato e secondario agli stomatolosi di guerra

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA"



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



ISTITUTO SUPERIORE DI ODONTOIATRIA DI ROMA - REPARTO CHIRURGICO

DIRETTORE: SEN. PROF. A. PERNA

TRATTAMENTO IMMEDIATO E SECONDARIO
AGLI STOMATOLESII DI GUERRA

(Relazione alla riunione della A. N. C. F. S. O. in Roma il 4-5-1941-XIX)

DOTT. FRANCO SCAGLIONE

Il trattamento delle fratture dei mascellari da arma da fuoco è un argomento di attualità e da moltissimi e valenti studiosi già descritto. Con questa breve nota mi riferisco specialmente alle cure immediate sulle quali non tutti gli autori sono d'accordo.

Noi nel nostro Istituto abbiamo ricoverato fino ad oggi 89 stomatolesi e fra questi circa 40 ci sono pervenuti direttamente dal fronte greco-albanese entro i primi quindici giorni, per via aerea fino a Bari, e da quel centro a Roma per mezzo dei treni ospedalieri.

Veramente ammirevole la rapidità dei mezzi e il trattamento medico, per cui anche nei casi gravissimi non si è verificato nessun decesso. Presento solo 20 fotografie di stomatolesi così come ci sono pervenuti, riservandomi in una prossima nota di descrivere i trattamenti susseguenti, gli interventi chirurgici eseguiti, i vari tempi delle operazioni di plastica e di innesto e gli esiti, sia di questi come degli altri casi.

Dati i nuovi sistemi bellici e gli enormi progressi dell'armamento specie dell'artiglieria e dell'arma aerea, le forze lesive sono aumentate e gravissime sono per lo più divenute le conseguenze. Oggi le lesioni mutilanti dovute a proiettili da fucili sono più rare che nella guerra passata, mentre sono più frequenti le fratture comminute dovute a schegge di bombe esplosive e dirompenti, a schegge di granata o a proiettili di mitragliatrici pesanti. Si verificano delle lesioni orribili con estese devastazioni delle parti molli e delle ossa anche con numerose schegge e talvolta inquinate da frammenti rimbalzanti dal suolo o per penetrazione di parti di vestiario.

Le lesioni mascellari sono di un'importanza capitale date le funzioni della bocca nell'economia individuale sia per la nutrizione sia per la vita di relazione specie per la fonazione.

Queste lesioni oltre che localmente ove si sono prodotte incidono quindi sull'integrità fisica e morale dell'individuo.

Una classifica precisa delle varie forme di frattura c'è quasi impossibile di fare sia per il polimorfismo delle stesse lesioni che per la molteplicità dei proiettili.

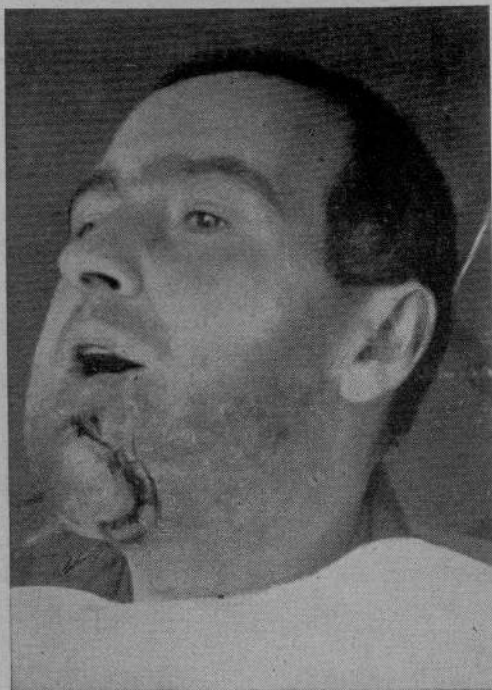
Vi sono fratture accompagnate da ferite da considerarsi sempre infette, altre possono essere fratture esposte e multiple. Alcune presentano mobilità dei frammenti con dislocazioni varie. In genere poi le parti molli sono sempre cointeresate.

Poi vi sono quelle che presentano lesioni concomitanti dei denti o dei vasi o dei nervi vicini. L'andamento e la varietà delle ferite dipendono dal calibro, forma, materia, velocità, fase di traiettoria, specie d'urto e numero dei giri del proiettile.

Una grande responsabilità grava su chi appresta il primo soccorso perché da questo dipende la più o meno buona guarigione della lesione ed eventualmente la vita stessa del ferito.

Oltre che di preoccuparsi della lesione specifica, non si deve dimenticare lo scopo finale che domina tutto il servizio sanitario chirurgico di guerra e cioè il dover sottrarre alla morte il più grande numero di feriti. Perciò come prima cosa è urgente il trasporto di questi dal luogo dove essi caddero fino al posto che offre una maggiore sicurezza e migliore libertà di movimento, per potere iniziare la cura e per i feriti intrasportabili la necessità di ospedalizzarli sul posto dove possono essere apprestati gli interventi necessari dai vari specialisti.

Ogni frattura guarisce quando si è ristabilita saldamente la continuità dell'osso, per lo che è necessario porre i frammenti nella loro posizione normale e mantenerveli per tutto il tempo necessario per lo sviluppo e la consolidazione del callo.



Ricoverato letto 39 - R. G., cap. magg.

Colpito il 18 febbraio 1941-XIX in combattimento sul fronte greco-albanese da scheggia di granata. Ampia ferita lacero-contusa interessante la regione mentoniera e la sopraioidea. Frattura comminuta diretta del corpo della mandibola alla sinfisi e frattura indiretta parangolare a s. in corrispondenza della faccia distale dell'ultimo molare.

Se questo per altro è compito relativamente facile allorché la frattura è semplice o comminutiva con frammenti non troppo scostati, non altrettanto si è per le mutilazioni i cui frammenti per la perdita intercorsa di sostanza sono sempre più o meno distanti fra loro e mobili in senso disordinato per le varie forze muscolari che più non agiscono secondo la direzione normale.

I primi soccorsi si devono limitare all'emostasi, alla riposizione o rimozione di qualche frammento e ad assicurarsi che la respirazione si possa compiere.

Tutto ciò può essere eseguito da qualunque medico nei posti di medicazione, nelle sezioni di sanità, negli ospedali da campo e in questi ultimi sarebbe bene aggregare un odontoiatra.

Ma per iniziare la cura definitiva bisogna in genere attendere che il turgore delle parti molli sia dominato, le ferite siano meno dolenti, insomma fino a che il ferito sia in grado di tollerare tutte le manovre e tutte le operazioni da farsi nella bocca. Allora solo si

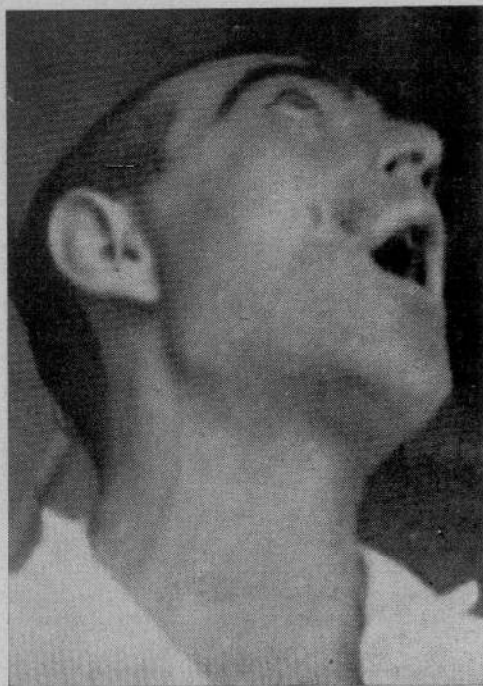
può intervenire illuminatamente e quindi c'è tutto il tempo possibile perché il ferito possa essere trasportato negli ospedali di competenza.

Dobbiamo assolutamente evitare di chiudere intempestivamente la ferita. Ancora oggi qualche volta non appena arriva un ferito la prima preoccupazione di chi presta il pronto soccorso è di suturare completamente.

E' un grave errore il chiudere e l'avvicinare i lembi della ferita, senza essere sicuri di dovere in un secondo tempo riaprire, sia per la presenza di schegge che per segmenti già necrotici.

Parecchi feriti ci sono pervenuti dopo anche un mese dalla data del trauma e in alcuni casi abbiamo dovuto subito aprire e sbrigliare riportando il più possibile la ferita come nel suo stadio iniziale.

Nelle fratture multiple e comminute poi è ancora più necessario l'astenersi dal suturare o dal provocare una chiusura affrettata, occorre sempre drenare e da questo può dipendere la guarigione. Non bisogna peraltro dimenticare di riguardare le ossa, il riavvicinamento dei monconi e asportare le scheg-



Ricoverato letto 5 - D. M. P., soldato.

Colpito in combattimento da pallottola di mitraglia il 13 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese. Ferita lacero-contusa che interessa a tutto spessore la guancia destra. Frattura comminuta del mascellare superiore d.



Ricoverato letto 46 - M. G., alpino.

Ferito in combattimento da scheggia di granata il 10 marzo 1941-XIX sul fronte greco-albanese (Monastero). Ampia e profonda ferita lacero-contusa con mutilazione della branca orizzontale d. della mandibola. Lesione della lingua e del pavimento della bocca.

ge e i segmenti necrotici per i quali ce n'è l'indicazione.

E' necessario però il rispettare i segmenti vitali e quelli dubbi che potranno servire direttamente o indirettamente alla formazione del callo e al consolidamento definitivo delle fratture.

Il nostro primo compito come abbiamo già accennato è di salvaguardare l'esistenza del ferito che nel nostro campo può essere minacciato da emorragia. In questo caso è importante il precisare la sede dell'emorragia per poter agire sulla stessa. Questa può essere dovuta a lacerazione dell'arteria dentale inferiore, della facciale o della linguale.

Rara è l'emorragia dovuta alla mascellare interna e alla carotide esterna. Noi negli 89 casi sin'ora trattati abbiamo riscontrato solo due casi di emorragia della linguale e in tutti e due i casi è occorsa la legatura.

Il ferito cosciente o no che presenta emorragia di tali arterie è in pericolo di vita e il sanitario deve provvedere con ogni mezzo ad allontanare tale pericolo facilitando la cessazione dell'emorragia e la formazione del coagulo. Se non c'è la possibilità di fare delle

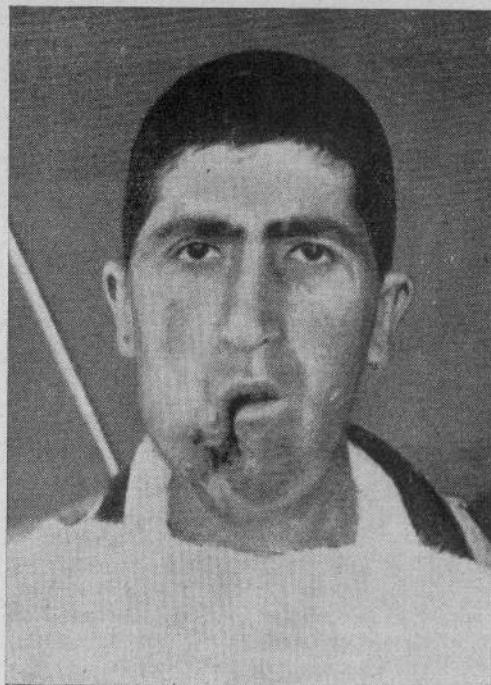
legature si dovrà ricorrere almeno alla forcipessura permanente, segnalando nel cartellino personale di smistamento il pericolo di emorragia durante il trasporto del ferito. In altri casi basterà la fasciatura e la compressione.

Somministreremo inoltre al malato cloruro di calcio per os, gelatina per os, siero di cavallo fresco per iniezioni ipodermiche cc. 20-30, o endovenosa cc. 10-20 pro die. Altri preparati che si possono adoperare sono il Sangostop, lo Zimema, il Coaguleno, lo Emostop ed altri.

Così si può ricorrere all'emoterapia.

Riguardo alla trasfusione, poi, questa è un mezzo di altissimo valore terapeutico e oggidì universalmente riconosciuto, così tutti gli eserciti, il nostro compreso, si servono largamente di questo prezioso sussidio terapeutico.

La trasfusione può essere fatta per via diretta che è oggi presso che abbandonata o per via indiretta con sangue conservato, al quale metodo si dà la preferenza. In America il sangue viene preparato anche in pol-



Ricoverato letto 22 - F. G., gran. 3° regg.

Ferito sul fronte greco-albanese da scheggia di mortaio il 10 gennaio 1941-XIX. Ampia soluzione di continuo alla regione mentoniera con notevole perdita di sostanza, sia a carico dei tessuti molli che sono asportati in massa dalla rima orale a tutta la regione sopraioidea con mutilazione di quasi tutto il corpo della mandibola. La lingua per la mancanza di sostegno è ptotica e atonica.



Ricoverato letto 7 - S. M.

Colpito in combattimento il 16 febbraio 1941-XIX sul fronte greco-albanese da scheggia. Ferita lacerata alla guancia d. con particolare interessamento delle regioni zigomatica e masseterina. Vasta soluzione di continuo del processo palatino. Non si riscontra il forame di uscita del proiettile. L'esame radiografico ha fatto apprezzare oltre l'opacamento del seno mascellare d. un processo osteitico a carico della parete anteriore del seno stesso.

vere. Il sangue viene iniettato subito o dopo la raccolta o con intervallo di tempo che può giungere fino a tre o quattro settimane. Perchè il sangue non coaguli vi si aggiunge il citrato di sodio tribasico al 3,8 % fino al 4 %. In Italia oggi si tende a sostituirlo col Novotrans del Prof. CORELLI, che non è altro che iposolfito di sodio. Occorre fare sempre una piccola trasfusione di 5 fino a 20 centimetri cubi, ed attendere due minuti, se non si rileva nulla nel ricevente, si trasfondono altri 30 fino a 50 centimetri cubi, e dopo aver atteso altri due minuti, se non si verifica nulla di inquietante si può completare la trasfusione.

Altra tecnica è di lasciare cadere una goccia di sangue del donatore in una grossa goccia di siero del ricevente, se la goccia resta rossa uniformemente non si ha incompatibilità. Secondo certi autori è più vantaggioso il ricorrere nel primo soccorso alla trasfusione con siero fisiologico.

Soffocazione. — Questa può essere provocata dalla retroflessione della lingua specialmente nelle fratture della zona del mento.

La soffocazione può essere causata anche da invasione od occlusione della cavità orale da parte di corpi estranei come fango, terriccio etc. Altra causa può essere la formazione di coaguli. Cercheremo in un primo momento di liberar la bocca da qualsiasi sostanza ingombrante cercando in seguito di legare la lingua con un mezzo di fortuna e se a nostra disposizione con un filo di seta. Nel caso che tutti questi mezzi fallissero e il pericolo di asfissia permanesse si deve fare la tracheotomia che è a portata di tutti anche dei meno esperti. Si sostiene infatti che quest'ultima richiede meno abilità dell'intubazione. E' ovvio ricordare che si devono il più precocemente possibile praticare le iniezioni antitetanica e anticangrenosa.

Riduzione e contenzione. — Non tutti gli autori sono d'accordo su questo punto cioè se la riduzione e la contenzione dei frammenti devono essere fatte al posto di pri-



Ricoverato letto 28 - T. C., soldato.

Colpito sul fronte greco-albanese il 1° marzo 1941-XIX. Ampia ferita lacero-contusa alla guancia d. dall'angolo della mandibola alla commessura labiale. Focolaio di frattura comminuta settica dell'angolo della mandibola d. La ferita fu suturata erroneamente in primo tempo. Lussazione dell'8° dello stesso lato. I frammenti sono spostabili.



Ricoverato letto 61 - C. G., fante.

Colpito in combattimento da presumibile proiettile di fucile alla fine della sua traiettoria. Ferita a stampo del 3° superiore della regione masseterina con lesione del facciale alla sua fuoriuscita dalla loggia parotidea. Paralisi del facciale. Si è presentato con bloccaggio delle arcate mascellari. Rimosso il bloccaggio domina la sindrome clinica della paralisi del facciale.

mo soccorso, oppure se nel posto suddetto si deve applicare solo la medicazione e una fasciatura protettiva e contentiva, praticando la riduzione e contenzione negli ospedali specializzati oltre le prime linee. Si può già fare qualche cosa in prima linea badando che la riduzione sia fatta senza esagerare in manovre cruente che possano portare forti dolori o provocare incresciose emorragie.

Per la rimozione di qualche frammento bisogna limitarsi al puro indispensabile senza esagerare perchè potremmo asportare qualche pezzo che in prosieguo di cura e con i mezzi a disposizione negli ospedali specializzati si sarebbe potuto conservare essendo in definitiva utile al consolidamento di un focolaio di frattura.

I principi generali sulla precocità della riduzione e contenzione nelle fratture mascellari si basano sui criteri clinico terapeutici, comuni alle fratture in genere. In ogni frattura occorre innanzi tutto ridurre e poi immobilizzare per le seguenti ragioni:

a) l'immobilizzazione solleva il ferito perchè i frammenti in mal posizione provocano dolore.

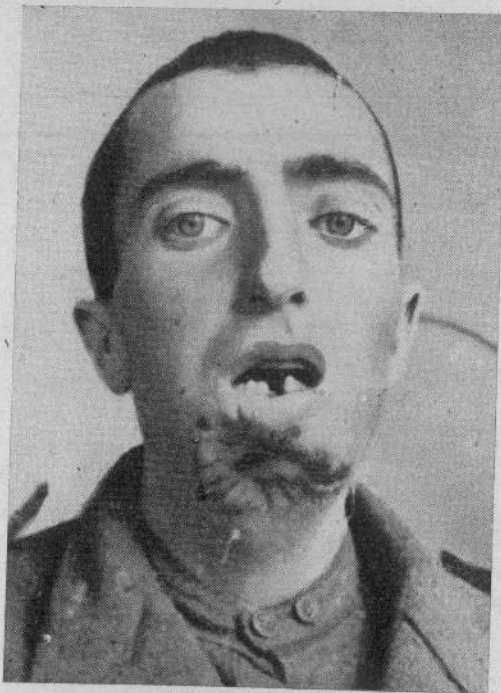
b) l'immobilizzazione eliminando lo stiramento dei vasi facilita l'emostasi e con il ristabilimento della forma si eviteranno le emorragie secondarie e le lesioni dei nervi provocate da spostamento dei monconi.

c) la immobilizzazione evita il pericolo di rendere completa una frattura incompleta e di rendere esposta una frattura sottocutanea.

d) la immobilizzazione evita il pericolo dell'embolia gassosa.

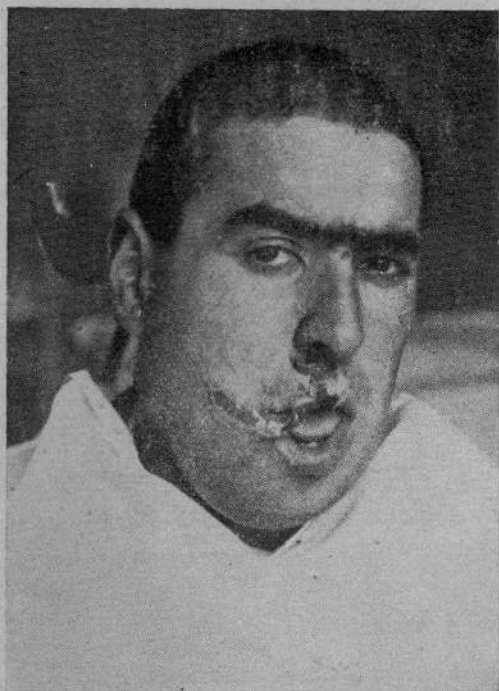
Come dicemmo l'immobilizzazione delle ferite mascellari ha una grande importanza evitando complicanze generali e locali.

Dove è possibile e cioè dove i fenomeni locali lo permettono e dove cioè c'è lo specialista, mezzi efficaci di contenzione possono essere quelli di HAUMMOND, GANER, SCHROEDER, HAUPTMAJER, ARLOTTA, DUCHANGE, ecc.



Ricoverato letto 50 - P. M., c. n.

Colpito in combattimento sul fronte greco-albanese il 18 marzo 1941-XIX da scheggia di granata. Ferita lacero-contusa della regione mentoniera con mutilazione del tratto anteriore della mandibola con eliminazione, per sopravvenuto processo settico purulento, di molti frammenti. Spostamento sulla linea sagittale e in basso dei due grandi frammenti laterali da dare la caratteristica figura del mascellare inferiore di serpente.



Ricoverato letto 4 - M. L., cap. magg. 77° regg. fant.

Colpito il 13 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese da scheggia di granata. Ferita lacero-contusa interessante la commessura boccale d., il labbro superiore e il pavimento della bocca. Foro di uscita nella porzione alta laterale del collo. Frattura comminuta con mutilazione della branca orizzontale d. Il grande frammento di s. è spostato in basso e verso d.

PALAZZI in Africa potè farlo, con ottimi risultati, durante la conquista dell'Impero.

Ho dovuto richiamare l'attenzione su questi punti perchè per quanto oggi il servizio sanitario sia diventato mirabile nello sgombero e nella cura, pure ci sono pervenuti dei feriti, anche dopo quaranta giorni e più con frammenti ancora fissati nei posti di pronto soccorso e anche di prima linea con mezzi più o meno di fortuna e quindi dannosi che abbiamo dovuto rimuovere immediatamente per evitare gravi complicanze non appena i suddetti sono pervenuti nel nostro Istituto dopo avere trascorso parecchi giorni di degenza nei vari luoghi di cura non specializzati.

Ripetiamo che insistendo sul drenaggio si evita che i lembi cutanei in preda a granulazione combacino, si saldino e cicatrizzino in modo irregolare e quasi sempre deformante.

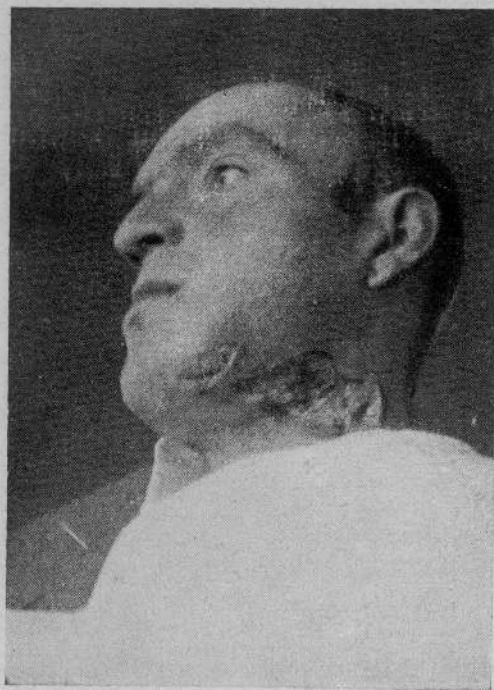
In secondo luogo, poi, chiudendosi soffocano ma non spengono i focolai settici delle fratture provocando formazioni ascessuali

nelle immediate vicinanze o a distanza o facendo sì che un frammento mobile e facilmente asportabile diventi un sequestro fonte di secrezione purulenta di difficile eliminazione sia spontanea che provocata.

Se si tratta di labbra, poi, è inutile tentare la sutura sia subito sia in un tempo ulteriore e cioè fino a che nelle vicinanze permangono focolai settici come per esempio nelle distruzioni del palato duro con comunicazione con le coane con secrezioni saniose miste di pus e muco nasale.

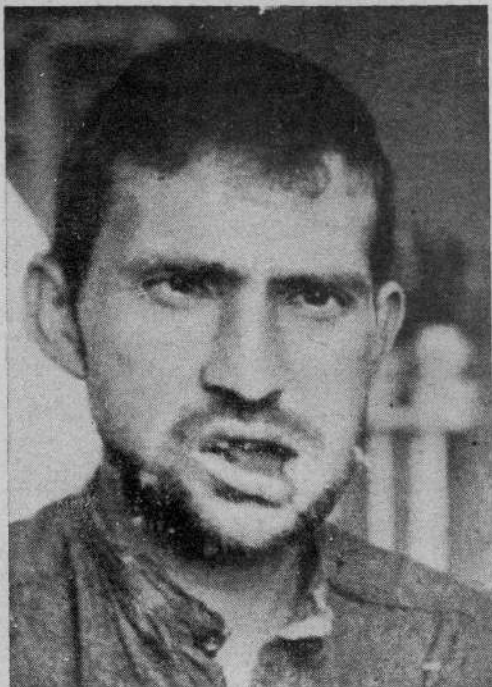
Le schegge metalliche vanno rimosse tutte quando è possibile giacchè esse danno quasi sempre reazione purulenta. Ma questi interventi talvolta sono di estrema difficoltà; purtroppo non sempre si riesce ad asportarle e allora è bene desistere o ritardare l'intervento.

Bisogna essere cauti, saper prendere, togliere, levare a tempo giusto o mantenere. Oggi una scheggia, domani un frammento di radice, altra volta sarà un pezzo di osso che



Ricoverato letto 3 - M. R., alpino 8° regg.

Colpito in combattimento il 12 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese da scheggia di granata. Ampia ferita lacero-contusa che dalla porzione alta laterale s. del collo con decorso obliquo dall'alto in basso lungo la regione sottomascellare decorre fino alla regione sopraioidea. Frattura multipla della branca orizzontale s. il frammento mediano corrispondente ai denti 3°-4°-5°-6° è spostato in basso e rotato verso il pavimento della bocca.



Ricoverato letto 51 - D. G. L., soldato

Colpito l'11 marzo 1941-XIX sul fronte greco-albanese (Monastero) da proiettile di fucile e da scheggia. Ferita transfossa con foro d'entrata alla regione carotidea d. e foro d'uscita in corrispondenza del 3° mediale della branca orizzontale di s. Ferita lacero-contusa verticale a tutto spessore del labbro inferiore. Frattura comminuta della branca orizzontale s. Lesione del pavimento della bocca e della base della lingua che si presenta notevolmente edematosa e protrusa attraverso la rima boccale aperta.

bisognerà trattare. Tutto va fatto a tempo giusto, può essere dannoso l'affrettare il distacco di un pezzo necrotico; saremo sempre a tempo a levarlo, e quindi drenare prima e dopo procedere all'asportazione, finchè il drenaggio sarà sporco e fino a che si vedrà anche la più piccola secrezione, dato che per la precoce chiusura di uno sbocco se ne forma un altro o altri nelle immediate vicinanze come a distanza. Nelle formazioni ascessuali, poi, è ovvio il ricordare che bisogna incidere nelle parti più declivi e ivi drenare. Da tutte le considerazioni precedentemente fatte si può dire che per iniziare la cura definitiva, come già abbiamo detto, bisogna attendere in genere che il turgore delle parti molli sia diminuito, le ferite meno dolenti e che il paziente sia in grado di tollerare tutte le varie manovre e i piccoli interventi da farsi nella bocca.

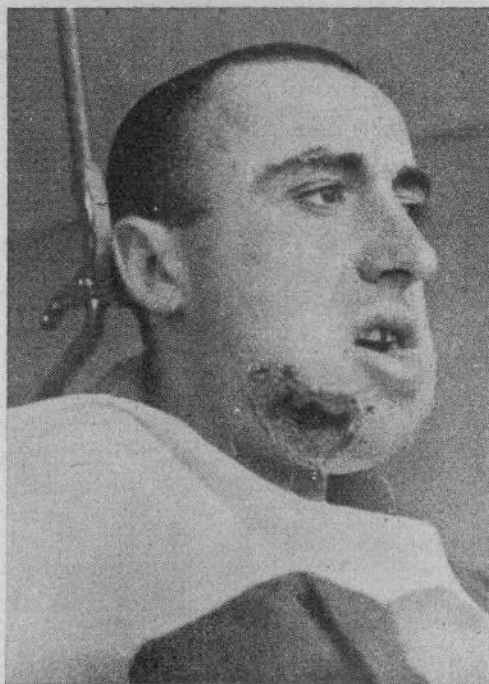
Quindi si può concludere che non occorre

alcuna fretta nel voler cominciare la cura, che c'è tutto il tempo necessario perchè il ferito giunga negli ospedali o nei reparti specializzati.

Come abbiamo ricordato sin dal primo intervento bisogna preparare la bocca e da questa buona prima operazione può dipendere l'esito definitivo della cura. Molti autori preferiscono le irrigazioni abbondanti con soluzione fisiologica o con soluzione alcalina propriamente detta come il borato di sodio e il bicarbonato, invece, di antisettici come l'ipoclorito di sodio che oltre ad essere insufficienti allo scopo riescono talvolta nocivi ai tessuti e quindi ostacolano il processo di riparazione.

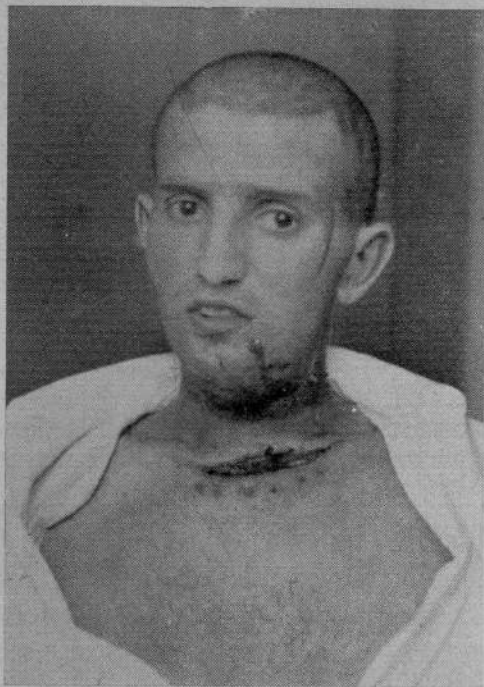
Noi adoperiamo soluzioni di permanganato di potassio alternate a soluzioni di acqua ossigenata come nella passata guerra mondiale ebbe a sperimentare il Prof. PERNA che dirigeva un Centro stomatologico.

Va fatta poi la pulitura dei denti rimuovendo il tartaro e ottenendo una scrupolosa pulizia di tutte le superfici dei denti. Eviteremo l'infiammazione cronica delle gengive con produzione di pus e alito fetido.



Ricoverato letto 3 - D. R. V., soldato 78° regg. fant.

Colpito in combattimento da proiettile di fucile il 16 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese. Ferita lacero-contusa transfossa alla guancia d. comunicante con la cavità boccale. Frattura comminuta diretta della branca orizzontale d. al 3° medio e frattura paramediana s.



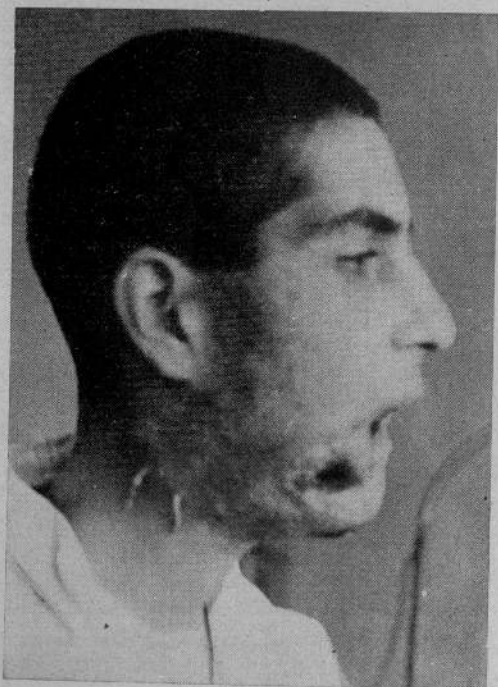
Ricoverato letto 54 - M. L., soldato.

Colpito sul fronte greco-albanese da scheggia di bomba in un attacco aereo il 2 aprile 1941-XIX. Ferita lacero-contusa da scheggia alla guancia s. con frattura comminuta della branca orizzontale di s. con perdita di un grosso tratto osseo e relativi denti dal 2° al 6° compreso. La scheggia dopo avere procurato tale lesione andava a conficcarsi tra la faccia posteriore del manubrio sternale e il margine anteriore della trachea.



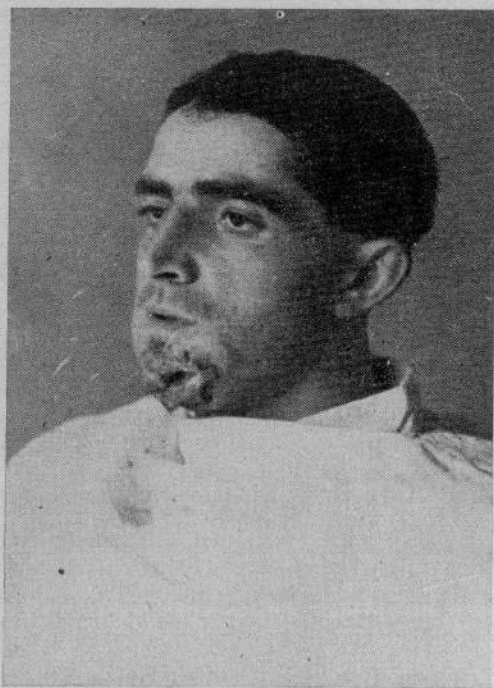
Ricoverato letto 6 - M. G., soldato 78° regg. fant.

Colpito in combattimento sul fronte greco-albanese il 16 gennaio 1941-XIX. Ferita da proiettile di fucile con foro d'entrata alla regione masseterina s. puntiforme a margini netti. Forame d'uscita: grande breccia a margini frastagliati estesa dal 3° medio della regione masseterina alla regione malare di d. Ecchimosi sottocongiuntivale a d. Frattura comminuta del malare di cui alcuni frammenti sono spostati nella fossa pterigo-mascellare. Perdita funzionale dell'occhio d.



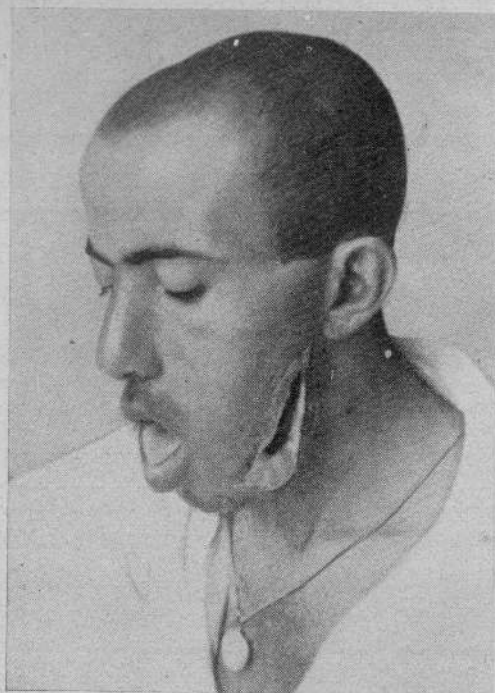
Ricoverato letto 18 - E. M., fante 3° regg.

Colpito in combattimento da scheggia di granata sul fronte greco-albanese il 1° gennaio 1941-XIX. Vasta ferita lacero-contusa alla regione mentoniera con perdita di sostanza delle parti molli e del corpo anteriore della mandibola.



Ricoverato letto 10 - D. A. V., soldato 8° regg. fant.

Colpito il 21 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese da scheggia di granata. Ferita lacero-contusa alla regione mentoniera. Mutilazione del corpo anteriore della mandibola, spostamento sulla linea sagittale dei due grandi frammenti laterali.



Ricoverato letto 53 - L. M. A., bersagliere 1° regg.

Ferito in combattimento sul fronte greco-albanese da proiettile di fucile il 23 aprile 1941-XIX. Mantiene la bocca aperta e con fuoriuscita della lingua edematosa e arrossata. Alla guancia s. vasta soluzione di continuo transfossa con foro d'uscita alla stessa regione di d. a decorso quasi orizzontale, con interessamento del pavimento della bocca e della superficie ventrale della lingua. Frattura comminuta parangolare della branca verticale di d. e meno vasta della branca orizzontale di s.

Questo intervento fatto bene certe volte già provoca un miglioramento delle varie lesioni. Bisogna in seguito curare quando è possibile i denti cariati mentre per le estrazioni delle radici è bene limitarsi a quelle vicine o nel focolaio di frattura. Le altre momentaneamente si possono lasciare per non guastar l'armonia delle arcate col creare degli spazi che possono provocare spostamenti dei denti residui quando verranno applicati i vari apparecchi o si avvereranno quelle trazioni mono o intermassellari che sono allora indispensabili per il ristabilimento in posizione giusta dei capi di frattura o dei frammenti. I denti fratturati vanno estratti perchè quasi sempre sono dolenti anche se momentaneamente non lo sono, dato che in seguito possono provocare la rimozione degli apparecchi fissati, con danni evidenti.

Prima di passare alla presa dell'impronta per la costruzione degli apparecchi e la scelta dei denti da adoperare come pilastri con i mezzi di indagine radiografici, fisici, e termici, occorre accertarsi della vitalità dei me-

desimi. Dato che, qualche volta, pure essendo i denti apparentemente sani possono aver subito per il trauma stesso la commozione della polpa, e lo strozzamento del fascio nervoso-vascolare con conseguente necrosi pulpare.

Ultimati tutti i provvedimenti suelencati gli stomatologi potranno applicare tutti quei metodi di cura che la moderna tecnica perfezionata potrà consigliare.

Per il trattamento definitivo dobbiamo mirare ad ottenere un buon combaciamento che una volta raggiunto è molto importante conservare e che a frattura consolidata si mantenga, così il risultato finale funzionale sarà in pieno raggiunto.

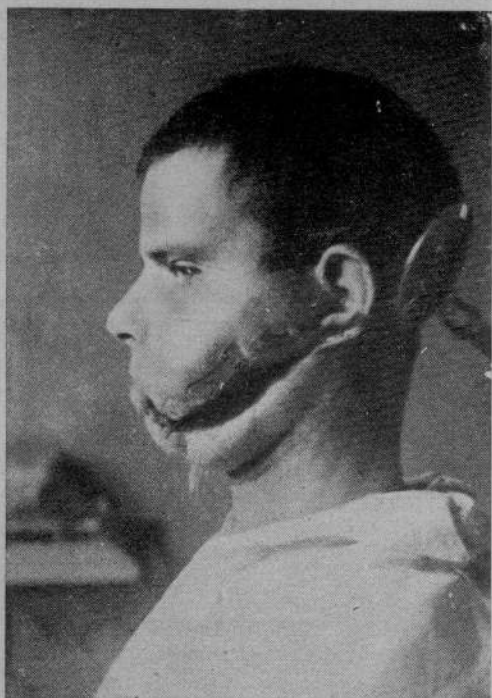
Gli apparecchi di riduzione ci devono servire a questo scopo e una volta ottenuta la riduzione provvederemo a mantenerla mediante gli apparecchi di contenzione. Le fratture che guariscono in buon combaciamento renderanno più facile la costruzione e l'uso degli apparecchi di protesi.

I denti residui, poi, che sono in buon combaciamento hanno una durata maggiore. Certe volte occorre abbassare qualche cuspid e o bisogna devitalizzare qualche dente per ri-



Ricoverato letto 11 - M. A., bersagliere.

Ferito il 21 gennaio 1941-XIX sul fronte greco-albanese da scheggia di bomba durante un'incursione aerea. Gravi lesioni alle parti molli e scheletriche: ferite lacero-contuse della metà s. del labbro superiore e ferite a d. in corrispondenza della fossa canina e della regione malare. Distacco del tratto anteriore del processo alveolare e frattura comminuta del processo palatino nel suo tratto medio lungo la linea sagittale.



Ricoverato letto 36 - P. V., fante 41° regg.

Colpito da scheggia di granata il 13 marzo 1941-XIX sul fronte greco-albanese. Vasta ferita lacero-contusa con notevole perdita di tessuti che interessa la guancia s. (regione masseterina e parotidea). Frattura comminuta e mutilazione della branca orizzontale s. interessante l'angolo corrispondente. Spostamento in basso e a s. del grande frammento inferiore di d., all'interno e in avanti del frammento posteriore s.

durlo cosicchè funzioni nel modo e nella azione voluta.

Concludendo possiamo dire che una cura intelligente potrà aver sempre ragione sulle lesioni anche se i feriti ci sono arrivati in stati deprecabili con orribili mutilazioni. Tutto dipenderà dalla scienza e coscienza

del medico che è chiamato a prestare la sua opera.

RIASSUNTO

L'A. in base all'esperienza acquisita nell'Istituto Eastman dove sono stati finora ricoverati 89 stomatologi di guerra, elenca e discute i principali appuntamenti che occorre fare in questi feriti, non trascurando di indicare quelle prestazioni che sono controindicate.



Ricoverato letto 49 - T. P., fante 140° regg.

Colpito in combattimento il 13 marzo 1941-XIX da scheggia di granata sul fronte greco-albanese. Vasta ferita lacero-contusa e transfossa della regione sotto-orbitaria e malare di s. Frattura comminuta dell'osso malare s. Mutilazione del mascellare corrispondente. La cavità nasale a s. è aperta e beante. Presenta enucleazione dell'occhio s. per panoftalmite seguita da lesione settica della cavità orbitale.

343133

101111

