

Min B 76/49

79-49

24-

ANNALI
DI
CLINICA ODONTOIATRICA
E DELLO
ISTITUTO SUPERIORE "GEORGE EASTMAN,,
(già CULTURA STOMATOLOGICA)

Estratto

[Handwritten signature]

Dott. ERMANDO GATTO

**Flemmoni della faccia e del collo secondari
a flogosi bucco dentarie**



DIREZIONE: Via Nazionale, 87 - ROMA

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sommacampagna, 9

PUBBLICAZIONE MENSILE



ISTITUTO SUPERIORE D'ODONTOIATRIA "GEORGE EASTMAN" DI ROMA

ANNALI

DI

CLINICA ODONTOIATRICA

E DELLO

ISTITUTO SUPERIORE "GEORGE EASTMAN",

(già CULTURA STOMATOLOGICA)

DIRETTORE : **On. Prof. AMEDEO PERNA**

Direttore della Clinica Odontoiatrica della R. Univ. di Roma e dell'Istituto Sup. "George Eastman",

COLLABORATORI : Prof. **G. Amantea** (Roma) — Prof. **F. Auriti** (Roma) — Prof. **A. Azzi** (Torino) — Prof. **S. Baglioni** (Roma) — Prof. **Bilancioni** (Roma) — Prof. **A. Bonanno** (Roma) — Prof. **A. Busi** (Roma) — Prof. **C. Cavina** (Padova-Bologna) — Prof. **C. Della Valle** (Roma) — Prof. **Fasoli** (Milano) — Dr. **Guerini** (D. D. S. honoris causa) (Napoli) — Prof. **Manicardi** (Modena) — Prof. **U. Nuvoli** (Roma) — Prof. **G. Perez** (Roma) — Prof. **Puntoni** (Roma) — Prof. **Spolverini** (Roma) — Prof. **Vernoni** (Roma) — Prof. **Versari** (Roma) — Dott. **Web** (D. D. S.) (Roma).

REDATTORE CAPO : **Prof. BENIAMINO DE VECCHIS**

Primo Aiuto della R. Clinica Odontoiatrica di Roma

COMITATO DI REDAZIONE : Prof. Dott. **Acquaviva** (Napoli) — Prof. Dott. **Armenio** (Bari) — Prof. Dott. **Babini** (Ravenna) — Dott. **Blasi** (Roma) — Prof. Dott. **Briasco** (Genova) — Dott. **Brachetti** (Milano) — Dott. **Bezzi** (D. D. S.) — Prof. Dott. **Casotti** (Torino) — Dott. **Catania** (Roma) — Dott. **G. De Vecchis** (D. D. S.) (Napoli) — Dott. **Di Leo** (Udine) — Dott. **Duca** (Roma) — **Durando**, Odont. (Genova) — Prof. Dott. **Forster** (Milano) — Dott. **Foschi** (Roma) — Prof. Dott. **Gasparini** (Roma) — Dott. **Gaudiosi** (Napoli) — Prof. Dott. **Giorelli** (Torino) — **Goia**, Odont. (Torino) — Prof. Dott. **Lippo** (Napoli) — Dott. **Lopardi** (Aquila) — **Pavarino** Odont. (Torino) — Prof. Dott. **Quintarelli** (Venezia) — Dott. **Ingarrica** (Roma) — Prof. Dott. **Massenti** (Roma) — Prof. Dott. **Mela** (Torino) — Dott. **Meneghello** (Venezia) — **Mingoli**, Odont. (Roma) — Dott. **Morammarco** (Roma) — Prof. Dott. **R. Mori** (Firenze) — Dott. **Mori** (Berlino) — Dott. **Montuschi** (Londra) — Dott. **Nasi** (Torino) — Dott. **Natta** (Imperia) — Prof. Dott. **Ottolenghi** (Torino) — Prof. Dott. **Palazzi** (Pavia-Milano) — Dott. **Peyrone** (Torino) — Prof. Dott. **Roccia** (Torino) — Dott. **Ribolla** (Roma) — Dott. **Sosso** (Torino) — **Spina**, Odont. (Napoli) — Dott. **Tedeschi** (Roma) — Dott. **Urbani** (Napoli) — Dott. **Zagari** (Milano) — Dott. **Zepponi** (Roma).

Direzione : Via Nazionale, 87 - Redaz. e Amministr.: Via Sommacampagna, 9 - Roma

Flemmoni della faccia e del collo secondari a flogosi bucco-dentarie

DOTT. ERMANDO GATTO

CENNI GENERALI

Le infezioni suppurative che riconoscono una causa di origine nel sistema bucco-dentario sono comuni nella pratica quotidiana.

Nella cavità orale queste infezioni possono restare localizzate o estendersi ed invadere le regioni peribuccali. Talora, quando è in giuoco una esaltazione di virulenza o di tossicità dei microbi, sia per diminuita resistenza del terreno, o per coesistenza di questi due fattori si può avere il diffondersi a tutto l'organismo determinandosi setticemie acute, o subacute, o forme di intossicazioni lente, attenuate, spesso benigne, pericolose per le conseguenze fatali che talora determinano.

Questo studio perciò ha interesse per varie ragioni:

La prima, per una migliore conoscenza di queste infezioni che assumono sindromi varie in rapporto con la localizzazione, sindromi che rivestono talora un carattere di gravità da minacciare la vita; la seconda, per ragioni morali: queste infezioni sono quasi in linea generale superficialmente o per niente conosciute dagli odontoiatri, poichè tali malati per consuetudine affluiscono al chirurgo generico.

Bisogna dunque, adesso che la odontoiatria in Italia è uscita dal campo pratico per assumere quella serietà scientifica che le compete, riscattare al chirurgo generico quelle mansioni che sono di schietta competenza degli odontoiatri e che da questi possono essere praticate correntemente e con tutte le volute sfumature e accortezze.

Terza ragione, la più efficiente, è per il nuovo orientamento che ha fatto assumere l'infezione di origine buccale nel campo etiopatogenetico e clinico.

Il complesso buccale con il sistema dentario e linfoghiandolare giuoca un ruolo di gran lunga più importante di quello che sino ad ieri gli si attribuiva. Basti pensare alle svariate sindromi che foci infettivi buccali e peribuccali (rappresentati da piccole raccolte di pus apicali o periapicali, da adeniti di ripercussione dentale) possono determinare, da quelle reumatiche, alle endocarditiche, alle nefritiche, allora solo potremo intendere quale è il valore della posta e quali e quante cose la patologia dentaria ci farà vedere da un punto di vista nuovo e patogenetico e clinico e terapeutico.

Per una trattazione piana, completa, esauriente di tutte le affezioni suppurative di origine dentaria, con tutte le loro possibili ripercussioni e migrazioni è indispensabile innanzi tutto lo studio anatomico delle regioni, che ci potrà far ricavare un quadro anatomo-patologico e clinico esauriente, in modo da completare lo studio ed evitare la confusione che tutt'ora esiste in questo campo, specie nella trattazione delle affezioni del pavimento della bocca.

CAPITOLO PRIMO

ANATOMIA DESCRITTIVA

Regioni superficiali della faccia

Regione Masseterina. — Comprende la branca del mascellare inferiore e le parti molli che la ricoprono in fuori. Ha per limiti: in alto, l'arcata zigomatica che fa comunicare la fossa temporale con la regione geniena e zigomatica, in basso, il bordo inferiore della mandibola, indietro, il bordo posteriore della branca mandibolare, in avanti, il margine anteriore del m. massetere.

I piani costitutivi di questa regione sono rappresentati dalla pelle, con alcune fibre di pellicciaio, dal tessuto cellulare sottocutaneo che nella parte media contiene disposti orizzontalmente, l'arteria trasversa della faccia, situata ad un centimetro al di sotto dell'arcata zigomatica, le ramificazioni divergenti del n. facciale, il canale di Stenone accompagnato dal prolungamento anteriore della parotide. Sotto questo strato si mette allo scoperto una fascia aponeurotica, che inserendosi in alto all'arcata zigomatica, in basso sul bordo inferiore mandibolare, indietro sul bordo posteriore della branca, in avanti, dopo aver contornato il margine anteriore del massetere, sull'apofisi coronoide e sul margine anteriore della branca, forma la loggia masseterina che racchiude il m. massetere.

Regione geniena. — E' delimitata in alto dal bordo inferiore dell'orbita, in basso dal bordo inferiore della mandibola, in fuori dal margine anteriore del massetere, in dentro dal solco naso-genieno e in basso da una verticale che partendo dal margine inferiore mandibolare passa sul detto solco. Questa regione confina con la regione palpebrale, con la regione sopraioidea, con la masseterina e con la labiale.

I piani di questa regione sono rappresentati:

1°) dalla pelle;
2°) dal tessuto cellulare sottocutaneo con la zona grassosa di BICHAT, che riempie lo spazio compreso tra il buccinatore ed il massetere, e comunica da una parte con la fossa temporale, e dall'altra con la fossa zigomatica, spiegando la possibilità del propagarsi dei processi infiammatori;

3°) dallo strato muscolare costituito: dall'elevatore comune dell'ala del naso e del labbro superiore, dal canino, dal piccolo e grande zigomatico, dal risorio, e da vari fasci del platisma;

4°) più profondamente, al di sotto di tutti questi muscoli che abbiamo enumerati, si trova il m. buccinatore sul quale passa il canale di STENONE che perforando successivamente muscolo e mucosa si apre nella bocca, lateralmente al colletto del secondo molare superiore.

Il buccinatore è un muscolo appiattito, largo, teso a riempire lo spazio tra la mascella e la mandibola. Indietro piglia inserzione sul processo alveolare del mascellare, sul margine alveolare della mandibola, sull'apice dell'ala laterale del processo pterigoideo e sul rafe pterigo-mandibolare. Da questi punti di inserzione tutti i fasci del buccinatore si portano in avanti, verso la commissura labiale, per finire in parte sulla cute ed in parte sulla mucosa. La faccia esterna del buccinatore è ricoperta da una fascia detta buccinatoria, molto spessa è resistente indietro, sottile ed incompleta presso le commissure.

La faccia profonda del buccinatore è tappezzata dalla mucosa orale che seguendo le inserzioni superiori ed inferiori del muscolo, riveste in alto ed in basso il margine alveolare della mascella e della mandibola.

Al di sotto di questo muscolo, sulla porzione mandibolare, è frequente osservare la migrazione in avanti di raccolte purulente originatesi dal terzo molare inferiore.

Interessante risulta in questa regione, per il nostro lavoro, lo studio del sistema vasale, per la propagazione di processi infiammatori che per esso avvengono.

L'arteria facciale entra in questa regione passando sul bordo inferiore della mandibola, all'altezza del margine anteriore del massetere, si dirige di poi verso le labbra dove da le due coronarie labiali, e quindi verso il solco naso-genieno per giungere all'angolo mediale dell'occhio con la denominazione di arteria angolare dove si anastomizza con l'arteria dorsale del naso, ramo dell'oftalmica. L'arteria è accompagnata dalla vena che è situata in fuori ed indietro. Alla sua porzione iniziale, cioè nell'angolo interno dell'occhio, la vena facciale si anastomizza con la vena oftalmica. Ciò spiega la propagazione di una flebite della vena facciale alla oftalmica e di là al seno cavernoso, alle meningi.

Regione nasale. — E' limitata alla sporgenza nasale e profondamente si estende sino alle fosse nasali.

Regione labiale. — Comprende le parti molli che chiudono in avanti la cavità orale. Sui lati le due labbra si riuniscono per formare le commissure. Si distingue in ciascun labbro una faccia anteriore e una posteriore, un margine aderente e uno libero.

Dalla superficie verso la profondità i piani che costituiscono le labbra sono formati:

- 1) dalla pelle e dalla mucosa;
- 2) dal tessuto cellulare sottocutaneo;
- 3) dallo strato muscolare;
- 4) dallo strato ghiandolare;
- 5) dalla mucosa con le sue pieghe mediane formanti il frenulo del

labbro superiore e quello inferiore.

Le arterie sono rappresentate dalle coronarie che formano un cerchio attorno alle labbra stesse.

Regioni profonde della faccia

Regione della fossa zigomatica e della fossa pterigo-mascellare. — Questa regione che occupa la parte laterale della faccia, di per se stessa, non ha grande importanza perchè raramente è punto di partenza di affezioni chirurgiche. Non ha nessun organo che le sia proprio, ma sono tutti di transito, e costituisce un crocevia al quale conducono tutte le regioni vicine. Ecco, quindi, l'importanza di questa regione. E' delimitata in alto dall'arcata zigomatica e dalla faccia sottotemporale della grande ala dello sfenoide, in basso da un piano orizzontale passante sotto alla branca della mandibola, lateralmente dalla faccia interna della stessa branca, medialmente dalla apofisi pterigoide e dalla faringe, in avanti dalla tuberosità della mascella, indietro dalla faccia anteriore della parotide.

La fossa zigomatica presenta quattro pareti, una base ed un vertice.

La parete esterna è formata dalla branca del mascellare, dall'apofisi coronoid e dalla corrispondente faccia dell'osso malare, la parete interna è costituita progressivamente dall'avanti all'indietro, dall'ingresso della fossa pterigo-mascellare, dalla apofisi pterigoidea e dalla fossa pterigoidea, dalla porzione laterale della faringe.

La parete anteriore è formata in alto dalla tuberosità del mascellare superiore, in basso dai due mascellari, dall'inserzione del muscolo buccinatore e dalla porzione iniziale del muscolo costrittore superiore della fa-

ringe, la parete posteriore è costituita dalla regione parotidea. La base è formata dall'arcata zigomatica e dai piani sottotemporali della grande ala dello sfenoide.

Nella fossa zigomatica, ripiena di un abbondante strato di grasso, si trovano i due muscoli pterigoidei, l'arteria mascellare interna con i suoi rami, le vene satelliti, il nervo mascellare inferiore e i vasi linfatici.

La fossa zigomatica, per la sua posizione strategica di crocevia, ha quindi un vero interesse per il chirurgo nella propagazione dei processi infiammatori. Infatti, essa in alto è in comunicazione con la fossa temporale, ed è per questo che gli ascessi sotto-aponeurotici della tempia vengono a sporgere nella fossa zigomatica. In basso ed all'infuori è in rapporto con la guancia e con la cavità orale. Quindi è possibile l'esplorazione e l'intervento per il fornice gengivo-genieno. La regione della fossa pterigo-mascellare è veramente una dipendenza della fossa zigomatica stessa, della quale costituisce la parte posteriore, ed ha per limiti in avanti la tuberosità del mascellare, in dietro la faccia anteriore della apofisi pterigoidea, in basso l'angolo di unione delle due pareti anteriore e posteriore, in alto la grande ala dello sfenoide, in dentro il palato, in fuori l'apertura che la continua con la fossa zigomatica. Questa fossa contiene del tessuto cellulare grassoso che proviene dalla fossa zigomatica e dalla guancia e quì si continua con quello dell'occhio.

In mezzo a questo tessuto celluloso-grassoso sono contenute la porzione terminale dell'arteria mascellare interna, le vene, il nervo mascellare superiore, le ghiandole sfeno-palatine.

Queste due regioni, che per brevità ho accumulato, descrivendole insieme, assumono molteplici comunicazioni con le regioni vicine comunicando:

- 1) per la fessura sfeno-mascellare con l'orbita e quindi probabili propagazioni di processi infiammatori a questo organo;
- 2) per la fessura sfenoidale con la cavità cranica;
- 3) per il foro sfeno-palatino, nella fossa pterigo-mascellare, con la fossa nasale;
- 4) per l'intermediario di una sottile lamella ossea, che può facilmente essere distrutta da processi infettivi o da malcauti interventi, con il seno mascellare.

All'indietro assume rapporti con la regione parotidea, dalla quale gli accessi facilmente invadono la fossa.

Regioni della bocca

Regione vestibolare. — Allorchè le arcate dentarie superiore ed inferiore sono a diretto contatto, tra queste e la guancia e le labbra si circoscrive uno spazio detto vestibolo della bocca (fig. N. 1).

Il vestibolo presenta allo studio due pareti: una all'indietro costituita dalle pareti alveolari superiori ed inferiori, rivestite di mucosa, ed una all'infuori formata dalla guancia lateralmente e dalle labbra anteriormente. Queste due pareti, esterna ed interna, sono unite al limite superiore ed inferiore dallo strato mucoso, che passa direttamente da una parete all'altra, costituendo due fornici o cul di sacco, uno superiore ed uno inferiore.

Sulla faccia interna della guancia sbocca il canale di STENONE, precisamente di contro al colletto del primo grosso molare superiore, posto a quattro millimetri al disotto del fondo cieco della mucosa gengivo-orale ed a trentatré millimetri all'indietro della commissura.

Regione gengivo-dentaria. — E' costituita da quella porzione del margine libero dei mascellari sulla quale si impiantano i denti, e dai contorni

alveolari. Queste regioni sono ammantate dalla mucosa gengivale che penetra nell'interstizio dei denti e sui mascellari si confonde intimamente con il periostio.

Sulla linea mediana mandibolare e mascellare la mucosa è così fortemente accollata al periostio che difficilmente si lascia scollare. Infatti, le raccolte purulente che si fanno strada anteriormente, giunte sulla regione mediana si arrestano non potendo infiltrarsi al disotto della mucosa.

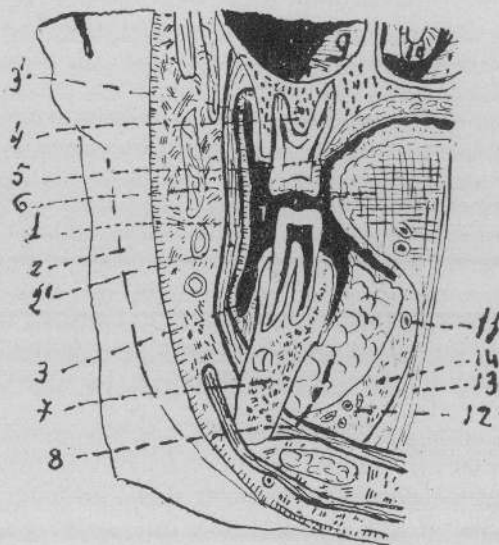


Fig. 1

Sezione frontale passante per il II premolare — 1) vestibolo della bocca; 2) guancia; 2') m. buccinatore; 3) solco vestibolare superiore; 3') solco vestibolare inferiore; 4) processo alveolare della mascella; 5) cavità orale; 6) lingua; 7) mandibola; 8) ghiandola sublinguale; 9) seno.

Regione palatina. — E' costituita per i due terzi anteriori dalla volta palatina e per il terzo posteriore dal velopendolo, formando un tramezzo tra la cavità orale e la cavità delle fosse nasali. Sulla linea mediana presenta un rafe fibroso. In avanti e lateralmente si continua con la regione gengivo-dentaria superiore e con la regione tonsillare, posteriormente con il margine libero del velopendolo.

Risulta tappezzata da una membrana mucosa, che talora è così intimamente aderente al periostio da costituire con esso una sola membrana, alla quale si dà il nome di fibromucosa.

Nello spessore di questa fibromucosa oltre ad i nervi, decorrono le arterie palatine anteriori, medie e posteriori che assumono grande importanza nella patologia della regione. Infatti, si sa che le arterie palatine forniscono i materiali nutritizi allo scheletro della volta ed una lesione (ascesso) quindi, capace di scollare la mucosa palatina potrà determinare una necrosi dell'osso. E' così, che in genere la necrosi della volta non riconosce altra causa.

Dal punto di vista della costituzione anatomica, procedendo dalla bocca verso le fosse nasali, risulta costituita dai seguenti strati:

1°) strato mucoso inferiore, che in corrispondenza del processo alveolare mascellare si continua sulle gengive;

2°) strato ghiandolare, costituito dalle ghiandole palatine disposte da una parte e dall'altra della linea mediana;

3°) dal velopendolo, con i suoi cinque strati: mucoso, ghiandolare aponeurotico, muscolare, mucoso.

Pavimento della bocca. — Il pavimento della bocca è delimitato lateralmente dall'osso mandibolare e presenta allo studio due regioni, una corrispondente alla parte posteriore della lingua, posta dietro la V linguale, detta porzione linguale, ed una anteriormente propriamente detta pavimento della bocca, sottostante alla parte libera. La porzione linguale comprende tanto la lingua quanto i vasi e i nervi che ad essa si distribuiscono. La lingua è una massa carnosa costituita da fibre muscolari intrinseche, che s'intrecciano con altre fibre provenienti da muscoli detti estrinseci, formando una fitta rete intrecciata. Gli spazi interstiziali delle fibre della lingua posseggono solo traccie di tessuto connettivo e di grasso, per cui si spiega come questo organo vada pochissimo soggetto o niente alle infiammazioni flemmonose.

I muscoli del pavimento pigliano inserzione sulla concavità mandibolare e sulla convessità dell'osso ioide.

L'arco mandibolare circonda l'arco ioide, in modo tale che quando la testa è in posizione di riposo i due archi risultano sullo stesso piano orizzontale e l'arco mandibolare nasconde l'arco ioide. Allorchè la testa si solleva, l'arco mandibolare scopre l'ioide e lo spazio che li separa si ingrandisce.

L'arco ioide è collegato con il cranio per i legamenti stiloioidei e dà inserzioni a due muscoli del pavimento buccale: il miloioideo, il genioioideo ed alla maggior parte dei muscoli della lingua. Il miloioideo dall'inserzione ioidea va ad unirsi sulla linea miloioidea e di quà si porta ad un rafe mediano, costituito da tessuto cellulo-adiposo, che l'unisce all'omonimo del lato opposto.

Il pavimento della bocca propriamente detto si divide in due piani: uno al di sopra del miloioideo, denominato spazio sublinguale, l'altro al disotto del miloioideo detto spazio sopra-ioideo, o sotto-miloioideo.

Tale divisione contrasta con la divisione classica che vuole delimitato il pavimento al miloioideo. Poche regioni del corpo, infatti, sono state oggetto di pareri discordi come il pavimento della bocca, nonostante la perfetta delimitazione di questa regione che contiene un numero limitato e ben conosciuto di organi.

In realtà però, una demarcazione tra lo spazio sublinguale e lo spazio sopra-ioideo esiste anteriormente per mezzo del piano muscolare miloioideo, sebbene sia questo un muscolo piccolo e facilmente dissociabile, con guaina aponeurotica sottilissima, ma posteriormente, nella regione della base della lingua non c'è limite anatomico tra le due regioni, dimodochè la ghiandola sottomascellare che appartiene alla regione sopraioidea sporge nello spazio alveolo-linguale, ed il canale di WARTON, i vasi ed i nervi traversano dall'una all'altra di queste regioni.

Lo spazio sublinguale o piano superiore del pavimento della bocca descritto nei suoi strati è costituito: dalla mucosa orale che ricopre una cavità, la loggia sublinguale. Sulla superficie di questa mucosa sboccano gli orifici dei condotti escretori della ghiandola sottolinguale ed i canali di WARTON, escretori della sottomascellare.

La loggia sublinguale è costituita da quattro pareti: l'antero-laterale, formata dalla parete interna della mandibola, la postero-mediante, formata dal muscolo ioglossa, la superiore dalla mucosa orale, la inferiore dal muscolo miloioideo. Queste quattro pareti scompaiono sulla linea mediana e la loggia in questa regione, a causa della inserzione alla spina del men-

to del muscolo genioglosso, risulta di solo tre pareti, costituite: dalla sinfisi mentale in avanti, dal genioglosso indietro ed in basso e dalla mucosa orale in alto.

Posteriormente, in corrispondenza del margine posteriore del miloioideo, la loggia sublinguale ha larga continuità con lo spazio sottomascellare.

La loggia sublinguale contiene:

1°) la ghiandola sublinguale che con la sua faccia laterale è addossata al corpo mandibolare, con la mediale riposa sui muscoli della lingua, colla superiore sporge al disotto della mucosa buccale. Da questa ghiandola si partono due prolungamenti, l'anteriore che si porta sino alla sinfisi mentale e giunge in contatto con il prolungamento ghiandolare omonimo del lato opposto, ed il posteriore che corrisponde al prolungamento sublinguale della ghiandola sottomascellare;

2°) il prolungamento della ghiandola sottomascellare che penetra nella loggia tra gli interstizi del muscolo miloioideo e raggiunge l'estremità posteriore della ghiandola sottolinguale;

3°) il dotto di WARTON che passa addossato alla faccia mediale della ghiandola sottolinguale avendo l'aspetto di una vena vuota;

4°) vasi e nervi: la arteria, vene sublinguali e nervo linguale, che decorrono assieme al dotto di WARTON sulla faccia della ghiandola;

5°) tessuto adiposo che avvolge tutti gli organi della loggia.

Riepilogando, nel procedere dall'alto al basso, lo strato superiore del pavimento della bocca risulta così costituito:

1° La mucosa con il fremulo e con gli sbocchi escretori delle ghiandole sublinguali e sottomascellari;

2° La ghiandola sublinguale colle vene e le arterie ranine;

3° Il canale di WARTON, il nervo linguale, il plesso sublinguale, la vena linguale;

4° Uno strato di tessuto connettivo;

5° I muscoli genioglossi;

6° I muscoli geniioioidei;

7° Il miloioideo che divide in due piani, superiore ed inferiore, il pavimento della bocca.

La regione sopraiodea, o piano inferiore del pavimento della bocca, ha la forma di un largo triangolo a base sull'osso ioide ed il vertice sulla sinfisi del mento. Questa regione è delimitata in alto dal bordo inferiore della mandibola, in basso dal corpo e dalle grandi corna dell'osso ioide, in fuori dai due muscoli sterno-cleido-mastoidei, profondamente si continua con il piano superiore del pavimento della bocca che stà al di sopra del miloioideo.

I vari piani che vengono a costituire questa regione sono rappresentati:

a) superficialmente dalla pelle, mobilissima;

b) dal tessuto cellulo-adiposo, più o meno spesso, che comunica con quello delle regioni vicine. Si spiega così il rapido diffondersi delle infezioni a distanza. Questo tessuto adiposo si sdoppia in due strati accogliendo il muscolo platisma;

c) dal m. platisma, adagiato nello sdoppiamento cellulo-adiposo.

Cosicchè, questo muscolo con la sua faccia superficiale, coperta dallo strato esterno del tessuto cellulo-adiposo, corrisponde alla pelle, e con la faccia profonda, rivestita dal foglietto interno cellulo-adiposo, corrisponde alla aponeurosi cervicale superficiale, sulla quale, grazie all'intermediario adiposo, può compiere facili scorrimenti.

In questo piano scorrono anche l'arteria sottomentale di scarso interesse, le vene, i nervi.

d) Dalla fascia o aponeurosi cervicale superficialis, che in alto va ad inserirsi al margine superiore della mandibola, in basso al corpo ed alle grandi corna dell'osso ioide, dove dopo essersi fissata si continua al disotto di questa regione, nella regione sottoioidea, assumendo il nome di fascia sottoioidea.

La fascia superficialis ai lati, in corrispondenza del muscolo sterno-cleido-mastoideo, si sdoppia per accogliere il detto muscolo e formargli la guaina e più lateralmente, presso l'angolo della mandibola, costituisce tra la ghiandola sottomascellare e la parotide, la parete divisoria, detta parete interglandolare. Nello stesso tempo che la fascia superficialis passa sulla faccia esterna della ghiandola sottomascellare, al livello dell'osso ioide, manda un prolungamento che passando dietro alla ghiandola sottomascellare, forma la parete interna di questa loggia, riveste i due muscoli miloioideo e ioglosso e si inserisce alla linea miloioidea. Altri prolungamenti che si distaccano dalla faccia profonda di questa fascia inguainano i muscoli sottostanti e cioè il digastrico, lo stilo-ioideo.

Il digastrico, costituito da due ventri muscolari, uno anteriore e l'altro posteriore, riuniti da un tendine intermedio, si porta dall'inserzione mastoidea del temporale verso l'osso ioide, al quale aderisce con una espansione fibrosa. Di qua si parte il ventre anteriore che finisce alla fossetta digastrica della mandibola. I due ventri anteriori, che in alto alla fossetta digastrica, dove si inseriscono, sono contigui, man mano che giungono in basso verso l'osso ioide si allontanano fra di loro e così delimitano un triangolo che ha la base sull'osso ioide. Questo triangolo non è altro che la regione sopraioidea mediana, cioè il piano inferiore del pavimento della bocca, corrisponde al muscolo miloioideo. E' da notare, che tra i due ventri anteriori dei digastrici si stende una lamina aponeurotica che giunge in basso attaccandosi all'osso ioide.

Collocato alquanto in avanti al ventre posteriore del digastrico, entra nella regione il muscolo stiloioideo che va ad inserirsi all'osso ioide.

e) Dietro questa lamina aponeurotica, tesa tra i due ventri anteriori dei digastrici, si trova il piano costituito dal muscolo miloioideo, che posteriormente si continua con il muscolo ioglosso, che dall'ioide si innalza verso la base della lingua, facendo distinguere le proprie fibre per la direzione quasi verticale.

Tra il bordo posteriore del miloioideo e l'ioglosso si trova un interstizio determinato dall'allontanarsi dei due muscoli in direzioni diverse, dopo essersi staccati dalla comune inserzione all'osso ioide. Attraverso questo interstizio, che fa comunicare ampiamente lo spazio sottomascellare con il sublinguale, come si è detto, passano il prolungamento anteriore della ghiandola sottomascellare, il canale di WARTON, la vena linguale, il nervo ipoglosso che si portano nello spazio sottolinguale.

La ghiandola sottomascellare si trova immediatamente al disotto della fascia superficialis, nella loggia sottomascellare, contornata dal tessuto connettivo in mezzo al quale stanno anche delle linfoghiandole.

La loggia sottomascellare risulta costituita per la parete laterale dalla faccia interna della mandibola, che in dietro mette la ghiandola in rapporto con il muscolo pterigoideo-interno, nel punto dove esso si inserisce all'angolo mandibolare, in basso e lateralmente dalla fascia superficialis, in alto e medialmente dal muscolo ioglosso e miloioideo.

La estremità posteriore è divisa dalla loggia parotidea solo dal setto fibroso sottomascello-parotideo, in contatto immediato con l'arteria facciale, con il tronco venoso tiro-linguo-facciale, mentre l'estremità anteriore, accompagnata dal dotto di WARTON, penetra nello spazio che intercede tra il miloioideo e l'ioglosso. Detto spazio, come si è detto, mette in comunicazione la loggia sublinguale con quella sottomascellare.

CAPITOLO SECONDO

Regioni superficiali del collo

Regione sottoioidea. — Occupa la parte inferiore ed anteriore del collo che ha per limiti in alto una linea passante sull'osso ioide, in basso l'incisura giugulare dello sterno che la fa confinare con lo sterno e con il mediastino anteriore, sui lati con le due regioni sterno-cleido-mastoidee, profondamente con la regione tiroidea e con il condotto laringo-tracheale.

I piani di questa regione sono costituiti:

a) dalla pelle;

b) dal tessuto cellulare sottocutaneo, che contiene le arterie ed i nervi detti superficiali e solamente nella parte alta della regione una piccola porzione di muscolo platisma;

c) dall'aponeurosi cervicale superficiale, che come si è detto, è una continuazione della fascia superficialis, la quale dopo essersi inserita lateralmente all'osso ioide, si continua in basso nella regione sottoioidea, assumendo più propriamente la denominazione di fascia sottoioidea.

Detta fascia, giunta in corrispondenza del muscolo sterno-cleido-mastoideo, così come superiormente la fascia superficialis, si sdoppia anche essa in due foglietti per accogliere detto muscolo. Questi due foglietti poi vanno ad inserirsi al margine superiore dello sterno, l'anteriore sul labbro anteriore, il posteriore sul labbro posteriore, formando così, a causa di queste inserzioni, uno spazio detto soprasternale, o di GRUBER, chiuso da ogni parte, ripieno di tessuto adiposo e di qualche ganglio linfatico.

E' da notare, che i due muscoli sterno-cleido-ioidei essendo convergenti in lato, e i due muscoli sterno-ioidei essendo convergenti in basso, risultano separati sulla linea mediana da uno spazio losangico. In questo spazio losangico il condotto laringo-tracheale è separato dalla pelle solo dalla interposizione di una lamina aponeurotica, risultante dalla fusione delle due aponeurosi cervicale superficiali e media.

Questo spazio losangico di colore biancastro viene chiamato linea bianca sottoioidea.

d) dallo strato muscolare costituito dai muscoli sottoioidei: sterno-cleido-ioideo, omo-ioideo, sterno-tiroideo, tiroioideo, ai quali è annessa la fascia cervicale media, tesa trasversalmente tra i due omoioidei. Detta fascia, in alto si inserisce all'osso ioide, in basso sopra tutti i punti ossei e fibrosi dell'apertura superiore del torace e cioè allo sterno, alla clavicola, alla prima costola, al fascio del muscolo succlavio.

Dall'inserzione toraciche questa fascia invia due espansioni, una alla vena anonima sinistra e vena tiroidea, la quale circonda tali vasi e li mantiene sempre beanti, e l'altra alla vena succlavia.

e) strato retro-muscolare. Dietro lo strato muscolare inguainato, come si è detto, dalla fascia cervicale media, si trova il piano laringo-tracheale costituito dall'alto al basso: dall'osso ioide, dalla membrana tiroioidea, dalla cartilagine tiroide, dalla membrana crico-tiroidea, dalla cartilagine cricoide e dai primi otto anelli tracheali, in parte nascosti dalla ghiandola tiroide.

Al di dietro di questo piano laringo-tracheale si trova la parte inferiore della faringe e l'esofago.

Fasce o aponeurosi del collo. — Per completare lo studio anatomico-topografico del collo, e per una maggiore e più chiara visione delle vie migratorie delle raccolte suppurative di questa regione, è bene, anche in forma schematica, trattare particolarmente delle fasce aponeurotiche.

Esse sono in numero di tre: aponeurosi o fascia cervicale superficialis, media, profonda o prevertebrale.

Le prime due vengono anche insieme comprese con il nome di fascia colli (fig. N. 2).

La *fascia superficialis*, circonda come un cilindro il collo nella sua totalità e presenta due faccie, la esterna a contatto col connettivo sottocutaneo e quindi la cute, la interna a contatto con il sottostante piano muscolare.

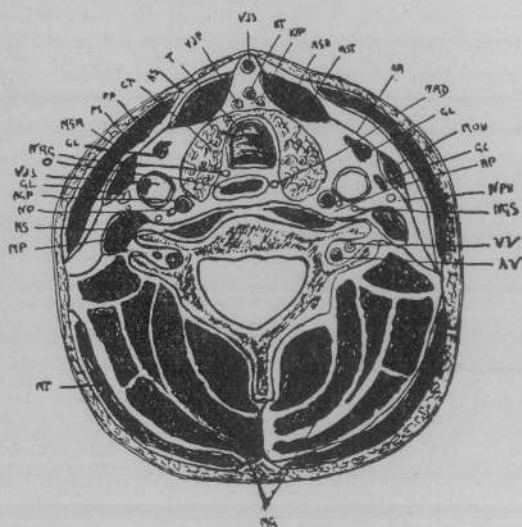


Fig. 2

Taglio orizzontale del collo passante in corrispondenza del corpo della 6ª vertebra cervicale inferiore.

ACP. Arteria carotide primitiva; AM. Aponeurosi cervicale media; AP. Aponeurosi prevertebrale; AS. Aponeurosi cervicale superficialis; AT. Arteria tiroidea; AV. Arteria vertebrale; CT. Corpo tiroide; FP. Foglietto posteriore dell'aponeurosi cervicale superficiale che passa dietro il m. sterno-cleido-mastoideo; FS. Foglietto superficiale della superficialis che copre la faccia esterna del m. sterno-cleido-mastoideo; GL. Ganglio linfatico; MG. Muscolo della regione posteriore del collo; MOH. m. omoplata-ioideo; MP. m. prevertebrali; MS. m. scaleno anteriore; MSH. m. sterno-ioideo; MSM. m. sterno-cleido-mastoideo; MST. m. sterno-tiroideo; MT. m. trapezio; MGS. Nervo grande simpatico; NP. Nervo pneumogastrico; NPH. Nervo frenico; NDR. Nervo ricorrente destro; NGR. Nervo ricorrente sinistro; O. Esofago; T. Trachea; VIJ. Vena giugulare interna; VJP. Vena giugulare anteriore profonda; VJS. Vena giugulare anteriore superficiale; VV. Vena vertebrale.

Questa fascia nella regione sopraioidea, dopo coperta la parte mediana, si stende lateralmente portandosi sulla faccia esterna della ghiandola sottomascellare, che copre completamente.

Però, prima di giungere sulla faccia esterna della ghiandola sottomascellare, a livello dell'osso ioide manda un prolungamento, detto foglietto profondo, il quale passando posteriormente alla ghiandola sottomascellare, in modo da formargli la parete interna, va ad inserirsi alla linea miloioidea della mandibola.

D'altro canto, continuandosi posteriormente alla ghiandola si riunisce al foglietto dal quale si era prima distaccata al livello dell'osso ioide.

Lo spazio sottomascellare così risulta perfettamente costituito dopo la fusione dei due foglietti, posteriormente alla ghiandola sottomascellare.

Di quà i due foglietti fusi in uno si portano presso l'angolo della mandibola dove si uniscono. Dall'inserzione mandibolare la fascia superficialis portandosi in alto assume il nome di aponeurosi parotideo-masseterina.

Nel contempo che la fascia si porta, come abbiamo seguito, lateralmente, si estende anche in basso nella regione sottoioidea, passando al davanti dell'osso ioide senza aderirgli, dimodochè i flemmoni della regione sopraioidea, che stanno al disopra di questa fascia, possono con facilità migrare nella regione sottoioidea e viceversa.

Sulla parte mediana, mancando il pellicciaio, la fascia è direttamente a contatto con il sottocutaneo e dall'altra con la porzione dei muscoli miloioidei situata fra i ventri anteriori dei digastrici.

Sulla linea mediana nella regione sottoioidea la fascia superficialis si fonde con la fascia cervicale media, formando la linea alba del collo che va dall'osso ioide allo sterno.

Distaccatasi da questa linea, la fascia superficialis raggiunto il bordo anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo si sdoppia in due foglietti, che dopo inguainato il detto muscolo, sul bordo posteriore si ricompongono in un solo foglietto che va ad inserirsi al processo mastoideo dell'osso temporale ed alla protuberanza occipitale.

In basso, la fascia superficialis prima di inserirsi allo sterno si sdoppia in due foglietti, uno anteriore e l'altro posteriore, i quali inserendosi rispettivamente sul labbro anteriore dello sterno e sul posteriore delimitano uno spazio triangolare ripieno di tessuto adiposo, detto spazio di GRUBER.

In corrispondenza del margine posteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo la suddetta fascia è percorsa dalla branca superficiale del plesso nervoso cervicale, e poco al di sopra della clavicola, dalla vena giugulare esterna; sul margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo inoltre è perforata dalla giugulare anteriore.

Le raccolte purulente che si formano sulla faccia esterna di questa fascia, sia nel tessuto cellulare che internamente ed esternamente riveste il platisma, sia in qualche linfoghiandola superficiale, non potranno mai filtrare nel mediastino, o al disotto della clavicola, poichè lo vieta l'inserzione della fascia superficialis alla clavicola.

Aponeurosi cervicale media. — E' tesa trasversalmente tra i due muscoli omoioidei che inguaina e longitudinalmente tra l'osso ioide ed il manubrio dello sterno, la clavicola, la prima costola, la fascia del m. succlavio. E' quindi una fascia della regione sottoioidea, poichè terminando all'osso ioide la regione sopraioidea ne resta priva di questo secondo rivestimento fasciale. La sua faccia anteriore corrisponde alla fascia cervicale superficiale, alla quale, come si è detto, in parte si unisce in modo da formare un rafe mediano a forma losangica che va dall'osso ioide allo sterno, denominato linea alba del collo o losanga della tracheotomia.

In tale regione infatti, il condotto laringo-tracheale è separato dalla pelle solo dalla fascia, risultante dalla fusione della cervicale superficiale e media.

In corrispondenza dell'inserzione toraciche la fascia manda delle espansioni che avvolgono le grosse vene del collo (vene anonime, tiroidee, ecc.) in modo da mantenerle sempre beanti.

Sulle parti laterali, dopo staccatasi dalla linea alba, successivamente inguaina il muscolo sterno-cleido-ioideo, sterno-tiroideo con i tiro-ioidei, e finalmente i muscoli omoioidei dove si termina inguainandoli.

E' interessante ricordare che la fascia cervicale, con la faccia esterna,

passando dietro il muscolo sterno-cleido-ioideo, aderisce al foglietto profondo della cervicale superficiale che inguaina il detto muscolo; con la faccia interna in corrispondenza del fascio giugulo-carotideo si immedesima con la prevertebrale.

La cervicale media ha dunque, limitatamente alla regione sottoioidea, costituito un secondo rivestimento del collo. Tra questo secondo rivestimento ed il primo, costituito dalla fascia superficialis, viene circoscritto quindi uno spazio, che mentre è ristretto in alto dove i due foglietti si toccano, in basso ha uno spessore variabile di un centimetro circa. E' appunto in questo spazio che si sviluppano la maggior parte degli accessi del collo, iniziandosi di solito l'infiammazione in corrispondenza delle linfoghiandole sottomascolari e lungo la faccia interna del muscolo sterno-cleido-mastoideo, in corrispondenza delle linfoghiandole cervicali profonde. In genere, l'infiammazione rimane localizzata alla regione laterale del collo, ma può pure propagarsi sino in basso alle inserzioni toraciche.

Quando tutto questo spazio è colpito in blocco dalla infiammazione si ha allora il flemmone largo di DUPUYTREN, nel quale la raccolta riposa sul foglietto medio, che in genere resiste, contrariamente alla fascia superficialis che di regola cede.

Fascia prevertebrale o cervicale profonda. — E' tesa al davanti dei muscoli prevertebrali del collo, inserendosi in alto alla parte basilare dell'occipitale, lateralmente alle apofisi trasverse delle vertebre cervicali, inferiormente si sperde nel tessuto connettivo lasso del mediastino posteriore.

Nella regione dorsale del collo questa fascia s'incontra e si salda con la fascia superficialis, costituendo così due cilindri fasciali contenuti uno nell'altro, di cui uno avvolge i muscoli prevertebrali e l'altro, molto più ampio, avvolge tutti gli organi e le formazioni vascolo-nervose situate nella porzione ventrale del collo.

Fra questi due cilindri, nella regione ventrale, limitatamente alla sola porzione sottoioidea, si interpone la fascia cervicale media. La fascia prevertebrale, lungo la faccia ventrale delle apofisi trasverse, concorre alla formazione della guaina connettivale del fascio giugulo-carotideo, e come si è detto per la cervicale media, si immedesima con questa, precisamente in quel punto nel quale passando dietro il muscolo sterno-cleido-mastoideo aderisce al foglietto di sdoppiamento della fascia superficialis.

Analoghe considerazioni che abbiamo fatto per le altre due fascie, ci fanno rilevare anche quà, che tra la fascia prevertebrale o profonda e la media intercede un terzo spazio, il quale è più largo di tutti e racchiude per dire i più essenziali: il canale laringo-tracheale, l'esofago, il fascio vascolo-nervoso del collo, le vene giugulari, l'arteria succlavia, e infine del tessuto cellulare molle, per il quale sono possibili i movimenti di scorrimento del canale laringo-tracheale e dell'esofago.

Questo spazio ha comunicazioni in basso con la cavità toracica ed anche con l'ascella. Quindi, si comprenderà come le raccolte purulente sviluppatasi in questo spazio, o in esso pervenute in seguito a perforazioni del foglietto medio, possono migrare nel mediastino o verso il cavo ascellare.

Regione carotidea o regione sterno-cleido-mastoidea. — E' limitata anteriormente dal bordo anteriore e in dietro dal bordo posteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, in alto dall'apofisi mastoide, in basso dalla clavicola e dalla forchetta sternale, profondamente la regione arriva sino alla colonna cervicale.

I piani sono costituiti:

a) dalla pelle, dal cellulare sottocutaneo, dai vasi e nervi superficiali;

b) dalla aponeurosi superficiale;

c) dallo strato sotto-aponeurotico costituito dal muscolo sterno-cleido-mastoideo, dal fascio sterno-mastoideo, dal fascio cleido-occipitale e cleido-mastoideo.

b) dal foglietto aponeurotico sottomuscolare, al di sotto del quale si trovano tre piani costituiti dallo strato muscolo aponeurotico, con il ventre posteriore dell'omoioideo, dallo sterno-cleido-ioideo e dallo strato celulo-ganglionare;

c) dal fascio vascolo-nervoso del collo.

Regione parotidea. — Occupa la parte superiore e laterale del collo ed ha per limiti anteriormente il bordo posteriore mandibolare, posteriormente l'apofisi mastoide ed il margine anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, in alto il condotto uditivo esterno e la parete posteriore dell'arcata zigomatica, in basso una linea orizzontale che va dall'angolo del mascellare al margine anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo. In profondità arriva sino all'apofisi stiloide e sino alle parti laterali della faringe.

I vari strati in questa regione sono costituiti:

1°) Dalla pelle e tessuto cellulare sottocutaneo con qualche lobuleto di adipe e qualche fibra di pellicciaio;

2°) Dall'aponeurosi superficiale, dipendenza della cervicale superficiale, fortemente aderente con la sua faccia interna agli acini della ghiandola;

3°) Dalla ghiandola parotide con arterie, vene, nervi e linfatici annessi;

4°) Dall'aponeurosi parotidea profonda, che copre la loggia parotidea. Detta aponeurosi, dipendenza della superficiale, distaccandosi da questa in corrispondenza del muscolo sterno-cleido-mastoideo, portandosi in dentro si dirige verso la faringe, dove giunta si inflette in avanti ed infuori, guadagna il bordo posteriore del mascellare e si fonde con la aponeurosi superficiale. Al di sotto di questa aponeurosi si trovano nella loggia la parotide, la carotide esterna, la temporale superficiale, la mascellare interna, la giugulare esterna, alcuni gangli linfatici, i due nervi facciali, l'auricolo temporale.

Regioni profonde del collo

Regioni tonsillare o amigdalica. — E' situata indietro e sulle parti laterali della cavità buccale, all'indietro della fossa zigomatica e dello spazio mandibolo-faringeo. Anteriormente è delimitata dalla lingua e dal bordo libero del velopendolo.

La loggia di forma triangolare presenta tre pareti ed un vertice. La parete anteriore è costituita dal pilastro anteriore (muscolo glosso-stafilino) rivestito dalla mucosa, la parete posteriore dal pilastro posteriore del velo (muscolo faringo-stafilino) che si vede debordare, a bocca aperta, all'indietro del pilastro anteriore, la parete esterna, o profonda è costituita dai muscoli amigdaloglosso, dall'aponeurosi faringea e dal costrittore superiore della faringe. Quest'ultimo muscolo, con il costrittore faringeo medio all'interno, il miloioideo e la mandibola in avanti ed all'esterno (SCHER) delimitano un piccolo triangolo senza muscoli, detto « zona priva di muscoli », attraverso il quale possono avvenire le propagazioni infiammatorie e le migrazioni al collo di raccolte purulente provenienti dalla mandibola e segnatamente dall'8 inferiore.

Il vertice della loggia tonsillare corrispondente all'unione dei due pi-

lastri è detto anche fossetta sopra-tonsillare e contiene del tessuto adenoidico, la base si continua senza demarcazione alcuna con la parete laterale della faringe.

Nella loggia descritta si alloga l'amigdala palatina che ha la forma di una grossa mandorla.

Regione faringea. — Si estende dalle fosse nasali e dalla base del cranio sino al bordo inferiore della cartilagine cricoide in avanti, al corpo della 6ª vertebra cervicale indietro, che viene a distare da 13 a 15 centimetri dalla arcata dentaria. Superiormente, per mezzo di inserzioni è fissata alla base del cranio, anteriormente alle masse facciali e all'apparecchio laringo-tracheale.

I rapporti che la faringe assume con gli organi vicini avvengono per mezzo di una guaina cellulosa, detta strato connettivo perifaringeo. Questa guaina cellulosa che ammantava indietro e sui lati la faringe è abbastanza resistente sulla parte laterale, mentre indietro è molto lassa e forma un vero spazio, lo spazio retro-faringeo, un abbozzo di sierosa che si continua con lo spazio prevertebrale, destinato a permettere lo scorrimento della faringe sulla faccia anteriore della colonna vertebrale. Una così fatta disposizione spiega del come raccolte purulente che qui si sviluppano o giungono, possono migrare verso il mediastino.

Sulla parte superiore di questo spazio si trovano i gangli retro-faringei e pre-latero-vertebrali di GILLETTE, che sono il punto di partenza dei flemmoni retrofaringei.

La faccia posteriore della faringe dall'alto in basso corrisponde con la base del cranio, con la colonna cervicale sino alle 6 prime vertebre cervicali, ricoperta dai muscoli prevertebrali. Sulla faccia laterale, diviso per una migliore esposizione la faringe in due porzioni una cefalica, e l'altra cervicale.

La porzione cefalica, situata all'indietro della branca montante della mandibola è separata da questa da uno spazio, detto spazio mandibolo-vertebro-faringeo, che all'indietro corrisponde alla parete laterale della faringe, al di fuori alla branca montante della mandibola coperta da due muscoli pterigoidei, all'indietro la colonna vertebrale ed all'aponeurosi prevertebrale. Questo spazio è diviso dal processo stiloideo e dai muscoli che da qui si dipartono in due porzioni, una esterna o loggia parotidea che accoglie la ghiandola omonima, e una interna posta tra la parotide e la faringe, detta spazio ghiandolare di SEBILEAU, separata dalla loggia parotidea dall'aponeurosi parotidea profonda.

E' proprio nella parte posteriore di questo spazio che la porzione cefalica della faringe entra in contatto rispettivamente con la carotide interna, la vena giugulare interna, il gran simpatico, il pneumogastroico, lo spinale, il glosso-faringeo e con alcune linfoghiandole che stanno addossate alla giugulare ed alla carotide interna. Accenno per incidenza che queste ghiandole sono punto di partenza dei flemmoni latero-faringei, che analogamente ai retrofaringei, possono farsi strada nella cavità faringea spingendo, però questi, il fascio carotideo all'indietro e verso il cavo orale. Questi flemmoni contrariamente a quelli retrofaringei, per il pericolo di ledere il fascio carotideo, si debbono aggredire dalla via cutanea, come le raccolte a freddo del morbo di POT, localizzate in questa regione.

Al davanti dello spazio ghiandolare di SEBILEAU la faringe entra in rapporto con i muscoli peristafilino interno ed esterno, con l'arteria mascellare interna, con il nervo auricolo-temporale, con il dentario inferiore e con il linguale.

La porzione cervicale della faringe si trova a contatto con il fascio

vascolo-nervoso del collo, con i lobi della ghiandola tiroidea e con i muscoli sterno-cleido-mastoideo.

Configurazione interna della faringe:

Bisogna distinguere in essa tre porzioni: la nasale, la boccale e la faringea.

La parte nasale presenta sulla parete anteriore le coane, nella parete laterale numerosi follicoli linfatici, l'orificio faringeo della tromba di Eustachio, la fossetta di Roemmüller posta dietro l'orificio tubarico; nella parete superiore, a forma di volta con curvatura variabile, una massa di tessuto linfoide: l'amigdala di LUSCHKA.

La porzione buccale va da dietro la volta palatina sino ad un piano orizzontale passante per l'osso ioide.

La porzione laringea fa seguito alla precedente e termina all'estremità superiore dell'esofago.

Le arterie della regione sono la faringea inferiore, la palatina inferiore e la tiroidea inferiore.

Regione laringea. — E' situata al davanti della faringe con la quale comunica, sulla linea mediana della parte anteriore del collo, al disotto della lingua e dell'osso ioide al quale è collegata con muscoli e legamenti.

Risulta costituita da 9 cartilagini: 3 impari, la cricoide, la tiroide, l'epiglottide; 6 pari, le aritenoidi, le tiroidi e cricoidi.

Internamente è tappezzata dalla mucosa laringea che contiene nel suo spessore numerose ghiandole.

Vista esternamente ha la forma di una piramide triangolare capovolta, che presenta due faccie antero-laterali, rispondenti alle parti molli sottoioidee in avanti, al fascio vascolo-nervoso-carotideo indietro, una faccia posteriore ed una base che sporgono ambedue nella faringe, una sommità che si confonde con la trachea.

Le arterie delle regioni sono: le laringee superiori, inferiori, posteriori; i nervi: il laringeo superiore e l'inferiore o ricorrente.

Trachea cervicale. — Fa seguito alla laringe e finisce all'origine dei bronchi. Ha una lunghezza di dodici centimetri, si inizia al disopra della cricoide, comprende i primi sei, sette anelli. La trachea è contornata da uno strato di tessuto cellulare lasso costantemente privo di grasso. Si continua in basso con il tessuto cellulare del mediastino e della ascella. In avanti corrisponde all'istmo del corpo tiroideo che ne copre i primi anelli, in dietro all'esofago, sui lati ai lobi tiroidei superiormente, inferiormente alla carotide primitiva, alla giugulare interna, al pnemogastrico, alle arterie tiroidee inferiori e vertebrale.

Esofago cervicale. — E' situato dietro la trachea, immediatamente al davanti della regione prevertebrale, sulla quale scorre, separato dall'aponeurosi prevertebrale da uno strato di tessuto cellulare lasso. Si inizia all'altezza della cartilagine cricoide e giunge sino al bordo superiore dello sterno deviando dalla linea mediana verso sinistra. E' contornato da uno strato cellulare lasso che da un lato si continua con il tessuto celluloso retro-faringeo, e dall'altro con il tessuto cellulare del mediastino. Questi tessuti giocano un ruolo importante nella migrazione delle raccolte suppurative, specie di quelle originatesi ai gangli di GILLETTE. Lateralmente corrisponde al simpatico ed all'arteria tiroidea inferiore, alla carotide primitiva ed alla giugulare interna, alla parte posteriore dei lobi tiroidei, al ricorrente, ai diversi piani muscolo-aponeurotici della regione carotidea.

Regione prevertebrale. — Ha la forma di un quadrilatero più alto che largo. E' limitata in alto dall'apofisi basilare, in basso dalla prima dorsale, sui lati dalle sporgenze delle apofisi trasverse.

Procedendo verso la colonna vertebrale incontriamo:

I) l'aponeurosi prevertebrale, che in alto dopo aver preso inserzioni all'apofisi basilare, si attacca sui lati alle apofisi traverse e finisce in basso confondendosi con il tessuto cellulare del mediastino;

II) i muscoli prevertebrali.

Le arterie sono date dalla vertebrale, i nervi, dal gran simpatico.

CAPITOLO TERZO

Sistema linfoghiandolare

Cenni. — Dallo studio anatomo-topografico esposto, ho volutamente tralasciato quello delle vie linfatiche e delle stazioni linfoghiandolari, vere barriere contro l'invasione dei microrganismi, per farne una descrizione a parte che meglio può, data l'importanza del sistema linfoghiandolare

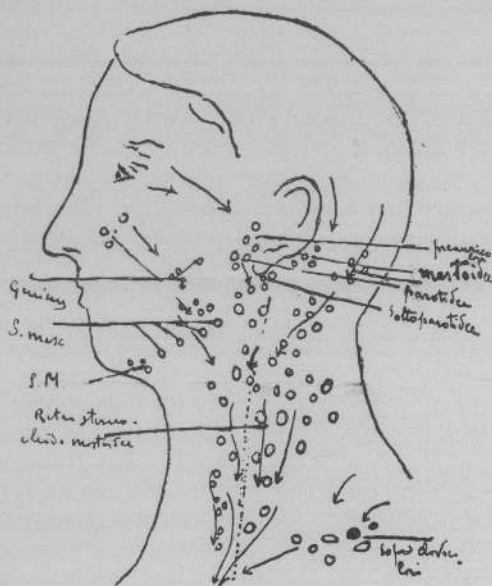


Fig. 3

Disposizione delle stazioni linfoghiandolari.

1) lg. geniene; 2) lg. sottomascellari; 3) lg. sottomentali; 4) lg. retro-sterno-mastoidee; 5) lg. preauricolari; 6) lg. mastoidee; 7) lg. parotidee; 8) lg. sotto-parotidee; 9) lg. sopraclavicolari.

come vettore di infiammazione, completare il nostro studio. La conoscenza perfetta della anatomia normale delle vie linfatiche è cosa utilissima per la ricerca della porta d'entrata dell'infezione. Premetto che nel complesso del sistema ghiandolare, dislocato tra la faccia ed il collo, vi sono alcune stazioni linfoghiandolari che per la loro patologia, completamente legata a quella del sistema bucco-dentario, interessano più di ogni altro lo stomatologo (figura N. 3).

Il sistema linfatico buccale si snoda in una rete di capillari linfatici che immettono a tronchi collaterali, i quali poi vanno a finire ai gangli corrispondenti. Infatti, nella zona limite fra la testa ed il collo si trova una serie di linfoghiandole disposte ad anello. A queste linfoghiandole

che assumono il nome della regione che occupano, si scaricano i linfatici che provengono dalle varie regioni della testa, costituendo così le stazioni linfoghiandolari sottomentali, sottomascellari, geniene, parotidiche, auricolari, sottoccipitali, retrofaringee, carotidiche.

Da questo anello si dipartono quattro catene di linfoghiandole: due superficiali o soprafasciali, rappresentate dalle linfoghiandole cervicali superficiali disposte lungo la vena giugulare esterna, e dalle linfoghiandole cervicali superficiali anteriori corrispondenti alle vene giugulari anteriori, e due catene profonde che formano, una, le linfoghiandole cervicali anteriori profonde addossate al muscolo laringo-tracheale e l'altra, le linfoghiandole cervicali profonde, dislocate lungo il fascio vascolo-nervoso del collo al disotto del muscolo sterno-cleido-mastoideo.

Alcune stazioni di linfoghiandole come le nucali, le occipitali, le auricolari sono di scarso interesse per lo stomatologo e quindi non mi fermo a descriverle.

Linfoghiandole geniene. — Sulla faccia esterna dei masseteri inferiori, all'altezza della guancia si trovano i gangli geniени, che veramente sono dei gangli di collegamento, essendo i gangli terminali quelli della regione sottomascellare, sottoangolo-mascellare e carotideo.

I gangli geniени a seconda della loro sede si dividono in tre gruppi:

a) uno inferiore o masseterico comprende due, tre gangli situati sulla superficie esterna della mandibola, al davanti del massetere, tra la vena e l'arteria facciale. Sul bordo mandibolare esiste un ganglio, l'inframasseterico, che talora li collega con i gangli sottomascellari;

b) un gruppo medio o buccinatorio posto sulla superficie esterna del buccinatore che comprende:

- 1) un gruppo retrocommessurale anteriore o prevascolare;
- 2) un gruppo medio o intervascolare;
- 3) un gruppo posteriore o retrovascolare;
- 4) un gruppo superiore o molare incostante.

Alle linfoghiandole del gruppo superiore e medio affluiscono i linfatici provenienti dal naso, dal labbro superiore, dalla tempia, dalle palpebre, dalla guancia, dal margine alveolare superiore e dai denti annessi, dalla amigdala e dai pilastri del velo, dalla parotide; a quelle del gruppo inferiore affluiscono oltre i linfatici provenienti dalle regioni summenzionate, quelli provenienti dal labbro inferiore.

Per alcuni, al gruppo inferiore giungono anche i linfatici provenienti dalla regione mucosa del terzo molare inferiore.

Linfoghiandole parotidiche. — Ricevono i linfatici provenienti dalla mucosa della guancia e talora qualche linfatico proveniente dai denti inferiori.

Linfoghiandole sottomentali. — Sono in numero da due a quattro, dislocate nella regione sopraioidea mediana, nel triangolo limitato dai due ventri anteriori dei muscoli digastrici e dall'osso ioide. Costituiscono due piccoli aggruppamenti avvicinati sulla linea mediana e disposti in direzione trasversale, uno, presso l'osso ioide, l'altro, presso la mandibola.

Vi affluiscono i linfatici provenienti dalla pelle del mento, dalla parte mediana del labbro inferiore, dalle corrispondenti gengive e dalla polpa dentaria degli incisivi centrali e laterali inferiori, dall'apice della lingua e dalla parte mediale del pavimento buccale.

Gli efferenti si portano alle linfoghiandole sottomascellari e alle cervicali profonde situate sulla faccia anteriore della ghiandola giugulare interna.

Linfoghiandole sottomascellari. — Sono situate nella loggia omoni-

ma, nella regione sopraioidea laterale, a contatto con le ghiandole sotto-mascellari. Variabili di numero, da tre a sei, costituiscono una catena lungo la base della mandibola che va dall'angolo sino alla inserzione anteriore del muscolo digastrico.

A seconda della sede vengono denominate in anteriori, mediali e posteriori. Le anteriori sono situate al disotto del ventre anteriore del digastrico, le medie nel punto dove i vasi facciali incrociano il bordo della mandibola, le posteriori un poco in avanti dell'angolo mandibolare. Nel gruppo medio si trova il ganglio più voluminoso.

Vie linfatiche afferenti: dalla guancia, dal naso, dal labbro superiore dalla porzione laterale del labbro inferiore, dal terzo anteriore dei margini laterali della lingua, dalla regione gengivo-dentaria superiore e inferiore, salvo per l'inferiore la regione incisiva.

Gli efferenti vanno a scaricarsi alle linfoghiandole cervicali profonde, specie in quelle situate presso la biforcazione della carotide primitiva.

Gli efferenti stabiliscono anche delle comunicazioni con le linfoghiandole sottomentali e parotidiche.

Linfoghiandole retrofaringee. — Sono in numero di 2 per lato, alla altezza delle masse laterali dell'atlante, situate una sopra l'altra nel punto dove la faccia faringea posteriore si unisce con le faccie laterali. La loro proiezione nella cavità buccale cade un poco all'indietro alla sede della amigdala.

A queste linfoghiandole affluiscono i linfatici provenienti dalle fosse nasali e dalle cavità accessorie, dalla parte nasale della faringe, dalla tromba uditiva e dal cavo del timpano.

Gli efferenti vanno alle linfoghiandole cervicali profonde superiori.

Linfoghiandole cervicali profonde. — In numero vario da 15 a 30, sono disposte in larga striscia al disotto del muscolo sterno-cleido-mastoideo e al di dietro di detto muscolo nella regione sopraclavicolare.

Si dividono in due gruppi, le sottosterno-mastoidee e le sopraclavicolari.

Le sottosterno-mastoidee, coperte dal muscolo sterno-cleido-mastoideo, dal processo mastoideo si portano sino alla confluenza della vena giugulare interna e della succlavia.

Le sopraclavicolari, in continuazione alle precedenti, occupano la regione sopraclavicolare. Nella regione dell'angolo mandibolare si trovano i gangli cosiddetti sotto-angolo-mascellari di CHASSAIGNAC.

Vie linfatiche afferenti: alle linfoghiandole sottosterno-mastoidee si portano i linfatici delle stazioni sottooccipitali, auricolari, parotidiche, sotto-mascellari, sottomentali, retrofaringee e direttamente linfatici provenienti da alcuni denti dell'arcata inferiore dopo il loro decorso nel canale dentale inferiore, dal palato (nel palato i canali di scarico mascellari che provengono dalla regione incisiva e premolare formano una vasta rete che portandosi indietro verso il palato duro e poi molle, si uniscono con quelli provenienti dalla regione molare, in corrispondenza della parte laterale dell'istmo delle fauci, per sboccare assieme nelle linfoghiandole cervicali profonde), dalla lingua e quasi al completo i linfatici della faringe salvo la parte nasale, dal laringe, dalla regione cervicale dell'esofago e dalla trachea, dalla tiroide, dalle linfoghiandole cervicali superficiali e da taluni gruppi posti nella parte anteriore del collo.

Alle linfoghiandole sopraclavicolari affluiscono i linfatici provenienti dal cuoio capelluto, dalle regioni nuchali, dalla superficie anteriore del torace, dalle ascelle.

I linfatici efferenti dei due gruppi unendosi inferiormente formano il tronco giugulare.

Linfoghiandole cervicali superficiali. — In numero di 4-5, sono situate sulla faccia esterna del muscolo sterno-cleido-mastoideo. Ricevono i linfatici dell'orecchio e della parotide.

Gli efferenti vanno alle linfoghiandole cervicali profonde.

Linfoghiandole cervicali anteriori. — Si dividono in superficiali e profonde. Le superficiali piccole ed incostanti sono dislocate lungo la vena giugulare anteriore, le profonde al davanti del condotto laringo-tracheale, nel solco tra la trachea e l'esofago.

Comprendono le linfoghiandole:

a) infraioidee, poste al davanti e al disotto dell'osso ioide che ricevono i linfatici dell'epiglottide e delle parti prossime della laringe;

b) le linfoghiandole prelarinee, in numero di 1-2, incostanti, che ricevono i linfatici della parte media del laringe;

c) le linfoghiandole pretracheali, di numero variabile che ricevono i linfatici delle regioni prelarinee e della tiroide.

d) le linfoghiandole paratracheali, di numero vario sino a 11, disposte a catena lungo il nervo ricorrente tra l'esofago e la trachea che ricevono i linfatici della laringe e trachea.

Tutti i linfatici efferenti vanno alle linfoghiandole cervicali profonde.

PARTE SECONDA

Patogenesi generale

Etiologia delle infezioni bucco-dentarie. — La cavità buccale con tutto il complesso fisio-patologico dentario al quale si aggiunge la ubicazione speciale che la mette facilmente e rapidamente a contatto immediato con organi di vitale interesse, e la speciale conformazione anatomica del cranio con la molteplicità di piccole cavità atte a facilitare grandemente la propagazione di processi infiammatori, giuoca nella patologia delle suppurazioni un ruolo importante.

Nella regione buccale processi infiammatori possono giungere dalla via circolatoria. Dirò a priori che essi per tale via sono rarissimi.

L'origine abituale delle infiammazioni riconosce quasi sempre una causa locale che può riportarsi ad una eruzione viziosa del terzo molare inferiore, ad una piorrea, ad una carie penetrante che ha messo cioè allo scoperto la polpa dentaria, ad una necrosi polpare, a una gengivite interstiziale, ad una estrazione di un dente per la quale porta sono entrati i germi, ad una otturazione di un dente cariato male eseguita, sia per insufficienza di disinfezioni che di pulizia, o proveniente da canali radicali otturati con particelle alimentari, o da trasporto di materiali settici al di fuori dell'apice radicolare durante la cura dei canali.

Le infezioni di origine dentaria sono prodotte da vari ceppi di germi ed il più delle volte si ha associazione di più microbi.

Nella bocca, allo stato normale, pullula una miriade di germi, siano essi aerobi, anaerobi, o facoltativi, cioè che possono comportarsi a seconda della evenienza tanto come aerobi, che come anaerobi.

Questi germi vivono allo stato saprofitico e per cause ancora mal conosciute a seguito di fatti traumatici, di incontri microbici mal definiti, di arresto della secrezione salivare acquistano la patogenità determinando lesioni.

Abitatori abituali della bocca sono tutti gli aerobi, cioè tutti quei germi che vivono nell'aria: il cocco dell'aria, il *b. subtilis*, il *mesenterius vulgatus*, l'*amylolacter*, lo streptococco, il *leptotrix buccalis*, il *b. ramosus*, l'enterococco, lo stafilococco piogeno che da con predilezione lesio-

ni ossee, il pneumococco, il pneumo-bacillo, meno frequente il proteus vulgaris, il tetragenio, il coli-bacillo. Oltre ai predetti, allo stato normale nella bocca vivono dei microbi anaerobi obbligati i quali hanno grande importanza nella etiologia delle suppurazioni buccali. Così il bacillo perfringens, il fragilis, il serpens, il b. di VINCENT, alcune specie di spirilli, il ramosus, il micrococo fetidus, il putrilucus coli, ed infine anaerobi facoltativi, tra i quali il più importante è lo strepto-enterococco.

Tutti questi microbi divenuti patogeni agiscono oltre per la loro presenza meccanica, per le tossine che contengono e per quelle che secernono.

Le complicazioni infettive acute di origine dentaria riconoscono tre cause originarie, che si possono così riassumere:

- I) complicazioni peridentarie della carie;
- II) fenomeni infiammatori da disodontiasi;
- III) piorrea o infezioni di origine gengivale.

Per il primo gruppo la complicazione basale, madre è il propagarsi della infezione intradentaria al legamento alveolo-dentale, cioè a quel tessuto che riveste la funzione di fissatore del dente, che sta tra il cemento radicolare ed i processi alveolari.

Nel secondo gruppo si annoverano le complicazioni di eruzione dentaria, particolarmente quelle del terzo molare inferiore, per le quali la causa prima è una pericoronarite suppurativa, cioè la presenza di una goccia di pus attorno alla corona di un dente incappucciato.

Nel terzo gruppo entrano in giuoco le complicazioni infettive della piorrea, o le infezioni di origine gengivale. Quando piccole raccolte di pus si son formate sulla gengiva, dal margine gengivale possono, scollando ed infiltrando il legamento alveolo-dentale dall'alto in basso, raggiungere l'apice radicolare.

L'infezione pervenuta per una delle cause sopra enumerate, in corrispondenza dell'apice radicolare, produce una reazione infiammatoria che giunge sino alla formazione di materiali purulenti, costituiti tanto da piccoli ascessolini circoscritti sul legamento, che da una suppurazione totale che fa nuotare il dente nel pus.

Parimenti, bisogna aggiungere che fatti suppurativi possano trarre origine da una pericementite allo stato cronico, o in via di riattivazione, da un granuloma apicale, o da una cisti apicale suppurata.

Qualunque sia il movente, stabilitasi una pericementite apicale acuta, se non interviene una estrazione liberatrice, l'infezione può raggiungere l'osso, i tessuti cellulari che stanno attorno ai mascellari, la via circolatoria, le vie linfatiche, la mucosa.

Osteoperiostite mascellare, mandibolare. Vie di diffusione, complicate, esiti. — Un'infezione impiantatasi e sviluppata in corrispondenza di un apice radicolare può rimanere localizzata per un tempo più o meno lungo, o può propagarsi per via diversa, con un andamento sintomatologico che rispecchia la sede e la gravità delle complicate.

Tali complicate a seconda della via di diffusione battuta, possono interessare il tessuto osseo, il tessuto cellulare, ghiandolare, tanto singolarmente che in blocco.

L'esito di tale propagazione sarà rispettivamente la formazione di un osteoflemmone, di un flemmone, di un adenosflemmone, o di un tipo misto che io denominerei cellulite ipersettica diffusa (appunto perchè interessa diverse specie di tessuto cellulare), la quale unendo i vari caratteri assume un andamento rapido, grave per virulenza ed estensione, quasi sempre letale.

Tale classificazione bandirebbe ogni discussione tra la vecchia distinzione e quella di SEBILLEAU, il quale sostiene essere tutte le raccolte sup-

purative perimascellari degli osteoflemmoni, compresi anche gli adenoflemmoni, poichè, egli dice, ogni focolaio flemmonoso comunica sempre con la cavità alveolare e l'adenoflemmone è in comunicazione con il focolaio dentario originario.

La diffusione dell'infezione può avvenire per quattro vie diverse:

a) la ematica; b) la nervosa; c) la linfatica; d) la ossea.

a) Via ematica o circolatoria.

Può diffondere l'infezione in un punto qualsiasi dell'organismo, senza eccezione per alcun organo e può culminare con un quadro settico-piémico. Infatti, una settico-piémia può originarsi per la immissione in circolo di germi a seguito di una infezione dentale, o peridontaria.

b) Via nervosa.

Una propagazione di prodotti settici può avvenire attraverso la terza branca del trigemino, così come ha segnalato il PALAZZI, essendosi propagata l'infezione per via del perinervio del mandibolare. Infatti, nel canale mandibolare si trovò un icore purulento ed una degenerazione suppurativa del perinervio del mandibolare, terza branca del quinto che presentava segni di infezione sino al forame ovale.

E' facile spiegarsi il modo di infezione del canale mandibolare, data la contiguità del canale con le radici. Però non è da esagerare l'importanza della partecipazione del canale, anche perchè questo nel 60% dei casi è ben distinto.

c) Via linfatica.

La diffusione per questa via è la più frequente e si può dire la via abituale di trasporto delle infezioni bucco-dentarie.

Le ripercussioni linfoghiandolari sono quasi proprie delle lesioni mucose, facendo seguito ad ulcerazioni della mucosa gengivale, ad infezioni della mucosa complicanti una eruzione viziosa del dente della saggezza inferiore, e per una percentuale minore fanno seguito a carie penetranti, necrosi della bocca, pericementite apicale acuta, avulsioni dentali anche ben fatte con tutte le regole dell'arte, che hanno creato una porta di entrata per l'infezione ganglionare.

Alcuni AA., tra i quali RUSSEAU-DECELLE parlano di setticemia linfatica, ma io credo che questo termine non è il più adatto, poichè setticemia sta ad indicare una infezione del sangue, e seppure si vorrebbe a forza applicare tale terminologia impropria alla circolazione linfatica, tale termine sta ad indicare una infezione non di una sola o di un gruppo di vie linfatichie regionali, ma l'infezione generale di tutto il circolo linfatico.

Quindi niente setticemia linfatica. L'infezione per questa via guadagna rapidamente i tronchi linfatici producendo una linfangite, cioè una infiammazione della rete linfatica e attraverso questa giunge alle linfoghiandole dove genera intumescenze.

In tal caso, si osserva un cordone linfatico che collega il punto di partenza dell'infezione alla regione ghiandolare.

A differenza di quanto succede nell'osteflemmone, quindi, quà si può parlare di una metastasi suppurativa, infatti i tessuti che intercedono tra il dente e la stazione linfoghiandolare colpita, al pari dell'osso con la sua copertura periosteica, sono integri, costituendo quella zona cosiddetta di silenzio dai francesi.

L'infezione al ganglio si inizia in corrispondenza della guaina connettivale perighiandolare, poi si propaga al ganglio stesso e finisce per aprire la sua cavità nella raccolta che lo contorna, costituendo la adenite suppurata.

L'infiammazione ganglionare passa per tre fasi: indurimento, rammolimento, suppurazione che può guadagnare, come in genere avviene i tessuti cellulari perighiandolari dando luogo ad un adeno-flemmone lo-

calizzato, diffuso, ad una vera cellulite, talora di gravità estrema come nell'angina di LUDWIG.

La diffusione o meno dell'infezione è legata intimamente alla virulenza del germe infettivo ed al fattore terreno sul quale si svolge.

In caso di infezione a virulenza elevata, o di tare difensive la suppurazione varca la calotta ganglionare, guadagna i tessuti circostanti, procedendo dalla ghiandola verso l'osso, con un procedimento inverso a quanto avviene negli osteoflemmoni, dove la suppurazione procede dall'osso ai tessuti circostanti. Talora invece, i germi essendo passati attraverso la parete di una linfoghiandola in preda a semplici fatti infiammatori senza presenza di suppurazione, si osserva il formarsi di un flemmone perighiandolare.

Gli adenoflemmoni di origine bucco-dentaria più frequenti sono quelli della regione sottomascellare, carotidi, sottomentali, sotto-angolo-mascellari.

In genere, bisogna dire, l'infezione rimane circoscritta al dente, tutt'al più ai tessuti peridentali, grazie alle difese organiche, quando queste si esplicano in modo regolare e sufficiente.

La prova di questa sufficienza e normalità di difesa organica, si palesa a noi nel fatto della elevazione termica effimera ed in quella della formazione del pus. Ma, allorchè, ragioni peculiari connesse ad un'elevata virulenza dei germi, o ad una minorazione di natura transitoria, di natura organica (convalescenza, affaticamento, gravidanza), o di natura cronica (diabete, nefrite, ipertensione, tubercolosi, alcoolismo ecc.), od alla coesistenza di questi fattori, il tessuto linfoide non è più capace di soddisfare al suo ruolo difensivo, con il meccanico della fagocitosi e dell'immunità, allora avviene la diffusione del processo infiammatorio al sistema ghiandolare della regione, generando degli adenoflemmoni.

L'impiantarsi ed il diffondersi dell'infezione varia a seconda della coesistenza o meno di tare organiche difensive.

In soggetti a difese integre una infezione di virulenza non elevata rimane subito circoscritta, mentre invece, se è a virulenza elevata, dopo uno, due giorni di andamento normale, assume un carattere di gravità diffondendosi. Invece, se una infezione di virulenza non esaltata si impianta su un terreno dove le difese naturali sono compromesse, dopo un primissimo periodo iniziale in cui l'andamento dell'infiammazione sembra seguire le tappe ordinarie, rimanendo il flemmone circoscritto, di colpo annientata ogni barriera, si diffonde guadagnando vaste zone di tessuto cellulare che tosto cascano in necrosi, giungendo persino ad interessare ai fatti suppurativi intere regioni. In questi soggetti tarati una infezione a virulenza alta, annulla ogni inizio tranquillo e sommerge ogni parvenza di difesa.

d) Via ossea o di contiguità.

I prodotti suppurativi formati in corrispondenza di un apice radicolare hanno varie possibilità circa il modo di diffondersi e di esteriorizzarsi.

Queste possibilità si possono così enumerare:

I) Diffusione all'osso interessandolo per tratti più o meno estesi; II) Svuotamento per via intradentaria; III) Svuotamento lungo la parete tra il legamento ed il cemento; IV) Guadagnando in un punto qualunque la parete alveolare.

1) Diffusione ossea. — L'infezione può avere una diffusione varia nell'osso, potendo comprendere solo uno o due alveoli, senza dar luogo a formazione di sequestri importanti, o può estendersi coinvolgendo una zona più o meno vasta della mandibola.

Nel caso di lesione limitata si parla di osteite, mentre si tratta di una

vera osteomielite, quando il focolo è diffuso e si accompagna a necrosi di osso.

Alla mandibola, data la costituzione solida e compatta dell'osso, esiste un terreno più favorevole al propagarsi dell'infezione di quello del mascellare.

In genere, la pericementite apicale acuta conduce all'osteoflemmone, ma allorchè si associano più condizioni, quali una esaltazione di virulenza, o cattive condizioni di terreno legate a cause di carattere locale o generale, allora si ha il diffondersi, per zone più o meno estese, dell'infezione all'osso.

E' interessante notare agli effetti pratici, che una esaltazione di virulenza si può effettuare a seguito di una otturazione di un canale radicolare infetto, o infettato, venendo a costituirsi allora una cavità chiusa, dove l'esaltazione di virulenza è la regola.

Alla mandibola le complicanze ossee hanno sede in corrispondenza della porzione orizzontale della branca, precisamente tra il canino ed il premolare, data la rarità delle lesioni infiammatorie a carico del blocco degli incisivi e dei canini.

Una vasta diffusione mandibolare può determinare la formazione di voluminosi sequestri e complicarsi persino a frattura.

All'inizio della diffusione all'osso è difficile poter stabilire se il processo evolverà verso la formazione osteoflemmonosa, o piuttosto verso una vera e propria osteomielite.

I sintomi sono i comuni, solo una sproporzione tra i fatti generali in rapporto ai locali, può più indirizzare verso una diffusione ossea. La radiografia in tal caso ci dà una immagine di osteite rarefacente.

Accanto a queste forme ad andamento acuto esistono forme subacute e croniche.

II) Svuotamento per via intradentaria. — I materiali suppurativi, quando l'infezione segue alla carie penetrante, o questa è presente nel dente, possono svuotarsi per via intradentaria attraverso i canali radicolari e sgorgare dal centro del dente cariato, funzionando il dente in tal caso da tubo di drenaggio. Però, molto spesso lo svuotamento è reso difficile attraverso la camera polpare perchè ostruita da detriti gangrenosi, o perchè insufficiente.

III) Svuotamento lungo la parete tra il legamento ed il cemento. —

La raccolta purulenta può svuotarsi e gemere, facendosi strada lungo le radici fra il legamento ed il cemento, distruggendo una parte delle fibre del legamento e non scollandole come comunemente si crede, in corrispondenza del colletto del dente al di sotto della gengiva.

Talune rare volte la gengiva stessa diviene sede di una raccolta sopraparierostea, formando allora un ascesso gengivale. In tal caso, il pus riposa sopra il periostio ed è coperto solamente dalla mucosa.

Questa via però non è la più comune, per la difficoltà che trova il pus a scollare il legamento alveolo-dentale.

IV) Svuotamento attraverso la parete alveolare. — Esito più comune è invece, che il pus si faccia strada guadagnando la parete alveolare in un punto esterno, interno, o inferiore per i denti dell'arco mandibolare, in un punto superiore per quelli dell'arco mascellare, interessando il tessuto osseo. Tale interessamento comporta una evoluzione ed una sintomatologia pressochè conforme, fino al punto in cui il pus guadagna il periostio.

Il materiale settico periradicolare ben presto guadagna il tessuto osseo nel quale si scava un vero e proprio tunnel. Di qua si dirige verso il tavolato esterno che oppone minore resistenza al progredire del pus e spunta sotto il periostio, che tappezza esattamente l'osso, scollandolo, di-

staccandolo, rendendolo tumido, in modo da aderire all'osso come un cuscinello elastico.

E' già costituito così l'ascesso alveolo-dentale sottoperiosteale, o cosiddetto ascesso a bottone di camicia di VELPEAU.

La palpazione risveglia dolore, specie se si determina pressione apicale, o se tale pressione viene praticata nella regione corrispondente alla radice.

In questo stadio nel fornice gengivo-labiale si trova una fluttuazione più distinta in corrispondenza del dente affetto. Il dolore vivo, lancinante, pulsativo del periodo iniziale, che impedisce il sonno e si irradia all'orecchio, quando il pus è pervenuto al di sotto del periostio subisce una attenuazione connessa con la decompressione che si viene a verificare nel focolo purulento. Contemporaneamente, segni che denunciano una estrinsecazione sottoperiosteale della raccolta purulenta sono l'edema della guancia, della regione oculare e palpebrale, che può giungere sino alla chiusura completa della rima palpebrale quando è in giuoco un dente dell'arcata superiore; se è in giuoco un dente dell'arcata inferiore, l'edema rimane localizzato attorno alla mandibola.

Se è in causa uno dei grossi molari, particolarmente il terzo, si ha trisma, sintomo comune a tutte le osteoperiostiti mandibolari posteriori, cioè che interessano la porzione della mandibola compresa tra il primo premolare ed il terzo molare. Questo trisma è dovuto dapprima a contrazione riflessa, poi all'interessamento diretto alla infiammazione del muscolo massetere.

Per lo più si accompagna febbre che può essere alta, a seconda della intensità dell'infezione, preceduta o no da brividi di freddo. Coesiste pure reazione dolorosa delle ghiandole sottomascellari e talora nevralgie nel corrispondente ramo del trigemino. Sono rari i disturbi sensoriali, uditivi, visivi.

In questo stadio, dunque, la raccolta purulenta separata dall'esterno dalla mucosa e dal periostio, viene a diffondersi al di sotto di questo sul tavolato osseo esterno, cercando di usurare la copertura periosteale.

TRUFFERT, descrive tutto il complesso patologico in questo momento come una successione di piccoli ascessi localizzati nelle loggette midollari, formanti una catena continua dall'alveolo al tessuto periosteale. In caso di resistenza della copertura periosteale a lasciarsi usurare, si può determinare uno scollamento periosteale più o meno esteso, con conseguente necrosi di corrispondenti zone di mascellare o mandibolari, presiedendo il periostio alla nutrizione dell'osso.

In genere però, o l'intervento chirurgico giunge provvidenziale e svuota la raccolta purulenta, o per l'avvenuta usura del foglietto periosteale la raccolta si versa nei tessuti circostanti, diviene sottomucosa, costituendo così un ascesso alveolo-dentale sottomucoso, detto anche osteoflemmone della faccia esterna, o ascesso dentale banale.

I dolori, per la ulteriore decompressione, dovuta al riversarsi della raccolta al di sotto della mucosa, si attenuano ancora di più pur senza cessare completamente, mentre invece, nel fornice la tumefazione naturalmente si accentua di più e distende la mucosa che finisce per lacerarsi e per l'usura determinatasi dall'interessamento di essa alla suppurazione e per la distensione meccanica alla quale talora è sottoposta.

Con lo svuotamento della raccolta purulenta la febbre decresce rapidamente e ogni dolore scompare.

Specillando in queste condizioni la cavità della raccolta lo specillo batte sull'osso scoperto.

Se il dente generatore dell'infezione non è stato estratto, o convenien-

temente curato, la cavità non si chiude definitivamente, ma si ha lo stabilirsi di una fistola.

Quanto finora si è descritto costituisce l'esito più comune e più banale delle complicazioni dentarie.

Tutti gli osteoflemmoni o ascessi alveoli-dentari sottomucosi, oltre ai caratteri comuni, che abbiamo via via sin qua enumerati, presentano inoltre dei sintomi peculiari connessi con la sede.

E' naturale che quanto più l'apice radicolare, dal quale si parte l'infezione, è situato profondamente ed è circondato da osso compatto, tanto più difficoltoso è reso il progredire e vario l'esteriorizzarsi della raccolta, che in tal caso, oltre ad avere un decorso più lungo è anche accompagnata da una fenomenologia dolorosa di intensità maggiore.

Quindi, la disposizione radicolare, oltre a regolare la durata e l'intensità del dolore, indirizza più verso un punto o verso un altro l'esteriorizzarsi della raccolta.

In genere, l'apertura della raccolta avviene nel vestibolo buccale se la radice non sorpassa il soleo vestibolare, o alla pelle delle regioni contigue, quando la radice del dente è tanto lunga da sorpassare l'altezza del cul di sacco del fornice gengivo-genieno.

Talora il pus invece di portarsi verso l'esterno, come abbiamo visto, con le stesse tappe può guadagnare il lato buccale, determinando di conseguenza al mascellare raccolte sulla volta palatina ed alla mandibola raccolte sul pavimento della bocca.

Infine, altre due vie la raccolta purulenta può seguire: al mascellare, se originata dai premolari e molari, propagandosi in alto, verso la parete superiore alveolare, dopo distrutta tale parete che talora è sottilissima si riversa nell'antro di HIGMORE, o se originata dal blocco degli incisivi si esteriorizza al pavimento delle fosse nasali; alla mandibola, l'infezione guadagnata la parete alveolare inferiore si diffonde nell'osso perpendicolarmente e si estrinseca in corrispondenza del bordo inferiore, costituendo l'osteoflemmone del bordo basale o inferiore.

In un certo numero di casi, in presenza di infezioni attenuate, può verificarsi l'evenienza del regredire di tutti i fatti infiammatori senza lasciare alcuna minima conseguenza, o come in linea generale avviene si ha lo stabilirsi di una pericementite apicale cronica.

Bisogna poi considerare il caso nel quale la suppurazione può restare limitata al bordo alveolare.

Prima di passare alla esposizione sistematica delle varie possibilità di evoluzione delle raccolte suppurative, sia che esse traggono origine da denti impiantati sull'arcata inferiore o superiore, riporterò un quadro sintetico di FREY e RUPPE, nel quale si enumerano le varie conseguenze della propagazione della pericementite apicale.

Questi Autori dividono le conseguenze in due gruppi:

A) Complicazioni osteo-alveolari.

- I) Osteoflemmoni;
- II) Osteomieliti;
- III) Sinusite Mascellare;
- IV) Fistola dentaria;
- V) Cisti radicolari

B) Complicazioni del tessuto cellulare per-mascellare.

- I) Cellulite semplice;
- II) Cellulite cronica a ripetizione;
- III) Flemmone ligneo;
- IV) Ascesso localizzato o migrante;

V) Cellulite diffusa di LUDWIG, di SENATOR, di LEMAITRE e RUPPE.

Da questo quadro possiamo ricavarne la deduzione che per tutte le infiammazioni locali, siano esse di origine polpare o alveolare, non è altro che questione di sede e di virulenza, entrando sempre in giuoco l'esteriorizzarsi di una suppurazione alveolare che viene poi a coinvolgere l'osso, accompagnandosi con un interessamento più o meno diffuso dei tessuti circostanti.

Osteomielite di origine dentaria. — La pericementite apicale acuta può generare, specie quando sono in giuoco fattori di ipervirulenza di germi, o tare organiche che menomano le resistenze, diffusioni dell'infezioni al tessuto osseo adiacente. Se questa diffusione rimane limitata, circoscritta, si ha l'osteoperiostite, che contrasta con la forma osteomielitica, contraddistinta dalla natura diffusa dell'infezione al tessuto osseo e periosteo.

L'osteomielite con predilezione si localizza alla mandibola piuttosto che al mascellare, e ciò in rapporto alla compattezza che ha il tessuto osseo.

La suppurazione si diffonde nelle maglie del tessuto osseo, guadagnando in primo luogo alla suppurazione il tessuto connettivo intraosseo.

Questo tessuto connettivo intraosseo reagisce alla infezione in tre modi:

I) se l'infezione è dovuta a germi ipervirulenti, si ha il costituirsi di un flemmone intraosseo;

II) si trasforma in tessuto granulomatoso, se è in atto una infezione meno virulenta;

III) si trasforma in tessuto fibroso, se l'infiammazione è la risultante di una infezione attenuata, mite.

D'altro canto è di conseguenza che queste alterazioni del tessuto connettivo intraosseo generino disturbi vascolari di intensità varia, che caratterizzano le varie forme. Se ne distinguono tre forme:

a) forma ad andamento acuto, suppurativo e sequestrante;

b) forma subacuta a tipo di osteite rarefacente;

c) forma cronica, iperostotante.

a) forma acuta suppurativa e sequestrante. — Una interruzione brusca della vascolarizzazione in un determinato settore, produce la morte del tessuto osseo, cioè la formazione di un sequestro.

E' questa la forma più grave contrassegnata dalla necrosi di un tratto più o meno estesa del mascellare, che talora può persino comprendere metà od anche la mandibola intera.

Il sequestro può aver sede tanto in corrispondenza del bordo alveolare, cosa più comune, che del bordo basilare, o dell'angolo della mandibola.

Alla mandibola la zona più colpita sta sul corpo, tra la regione del canino e quella dei molari, sviluppandosi di preferenza a carico del tavolo esterno dell'osso.

Al mascellare i sequestri raramente interessano vasti strati di tessuto osseo.

Il sequestro si presenta con una faccia liscia ed una scabrosa, con i margini dentellati, secco, di colorito giallastro fintantochè rimane incluso, nerastro, allorchè la cavità che lo contiene ha comunicazioni con la flora buccale.

La suppurazione tende ad espellere il sequestro. Nello stesso tempo accanto ai processi distruttivi si ha formazione di tessuto osseo nuovo, che finisce per includere l'osso morto, costituendo la cosiddetta cassa da morto.

Se la porzione ossea necrosata è a carico del bordo alveolare si ha mobilità dei denti in un primo tempo, caduta poi.

Durante la evoluzione dell'osteomielite sono facili e frequenti le fratture, producendosi per lo più all'altezza del dente che ha causato l'infezione.

b) forma subacuta a tipo di osteite rarefacente. — Un disturbo circolatorio che importa congestione conduce alla scomparsa del tessuto osseo, da cioè un'osteite rarefacente, tanto con un processo di osteolisi che di osteoclasia.

c) forma cronica, iperostosante. — Una congestione prolungata, esponente di una forma ad andamento cronico, genera una osteite ipertrofica, manifestazione di una osteomielite che ha un lungo decorso.

Questa forma è caratterizzata da una neoformazione ossea periferica, mentre alla parte centrale si svolge un processo di necrosi progressiva, senza formazione di sequestri.

Sintomatologia. — I prodromi sono costituiti dai sintomi comuni della pericementite apicale acuta. L'inizio è brusco con un dolore vivo; si ha risentimento dello stato generale. Nei bambini sono frequenti i fatti convulsivi, delirio; nei lattanti la suzione è persino impossibilitata.

Il trisma è più evidente e più marcato nei soggetti adulti. Si ha sciallorrea.

Un gonfiore diffuso occupa la guancia. All'esame obiettivo si riscontra una tumefazione del tavolato esterno o interno della mandibola e una mobilità dei denti corrispondenti al tratto osseo interessato.

Se l'infezione è originata dal terzo molare inferiore, l'angolo della mandibola è doloroso.

VINCENT, ha richiamato l'attenzione sui fatti anestetici che si riscontrano in corrispondenza del labbro inferiore e del mento, dovuti alla distruzione, alla compressione, od alla infezione del nervo dentario inferiore nel canale dentario.

I materiali suppurativi se si riversano nel fornice gengivo-giugale, finiscono per aprirsi alla mucosa nel vestibolo, o alla pelle residuando una fistola. Specillando questo tramite si giunge sull'osso che risulta denudato ed alla percussione dà un uono chiaro e secco.

I sequestri che interessano il bordo alveolare generano fistole mucose e si eliminano spesso per via buccale; quelli localizzati verso la porzione basilare, danno fistole cutanee ed inducono suppurazioni prolungate, per il fatto stesso che i sequestri non possono essere eliminati spontaneamente.

Durante la evoluzione di un processo osteomielitico si può complicare costrizione dei mascellari. La costrizione dei mascellari in principio, quando si stabilisce, è di natura riflessa, in seguito può divenire permanente per l'interessamento all'infezione del muscolo massetere e pterigoideo interno, o per fatti di miosite, o di artrite temporo-mascellare di natura suppurativa o anchilosante.

Le complicanze che possono verificarsi sono rappresentate dai flemmoni del pavimento della bocca, della fossa pterigo-mascellare, da sinusiti, da trombo-flebiti, da interessamento all'infezione dei seni craniali, da paralisi dei muscoli del globo oculare, ambliopia, paralisi facciale, metastasi ossee, fratture patologiche, ecc.

Come esiti, oltre alla artrite temporo-mascellare, può residuare perdita di un certo numero di denti, deformazione della mandibola.

Cura. — Il modo più sicuro di profilassare l'osteomielite del mascellare e della mandibola è l'allontanamento di tutti quei fattori che possono costituire la causa originaria, lo spunto cioè di una tale infezione. Si cu-

reranno tutte le lesioni dentarie, gengivali e si osserverà la pulizia della bocca.

Nei bambini si cureranno scrupolosamente tutte le lesioni della carie dentaria, anche se impiantata sopra i denti da latte. Ad infezione in atto, allo stato iniziale, talora sarà sufficiente l'asportazione del dente incriminato, procedendo dopo qualche giorno, se il caso, al raschiamento osseo attraverso l'alveolo. Se dopo questo trattamento non si ha regressione rapida dell'infezione, bisogna pensare allora ad una infezione più seria e di una certa gravità.

In tal caso bisogna procedere alla asportazione per via alveolare, a mezzo di cucchiaino, del tessuto osseo infetto, badando a non traumatizzare o ad infettare con manovre inadatte l'osso sano.

I denti o le radici che hanno comunicazioni con il focolaio infettivo saranno asportati.

Quando la lesione è localizzata profondamente nel corpo dell'osso, o alla mandibola occupa la regione dell'angolo, dopo asportati i denti incriminati si inciderà per via endobuccale largamente e si aprirà una breccia attraverso il tavolato osseo esterno, in modo da cadere sul focolaio infettivo. L'incisione sarà cutanea e non endobuccale, solo nel caso della impossibilità di pervenire sul focolaio purulento osseo per via buccale.

Allorchè il sequestro è formato bisognerà attendere per l'asportazione che questo si sia mobilizzato, cioè che una netta separazione si sia stabilita tra tessuto vivo e morto. La sensazione di una mobilità del sequestro alla specillazione, la intensità della suppurazione, la radiografia aiuteranno in questo senso. Il *curettage* seguirà l'asportazione del sequestro. Questo *curettage* bisogna che sia fatto in modo tale da rispettare l'osteoperiostite, condizione *sine qua non* alla rigenerazione delle perdite di sostanza ossea,

« La asportazione del sequestro deve essere sempre fatta con un senso molto conservatore ». (LECÈNE).

Sarà giovevole accomunare nella cura anche un trattamento vaccinico.

PARTE TERZA

QUADRI CLINICI E TERAPIA

CAPITOLO PRIMO

A) Infezioni al mascellare

Osteoflemmone del mascellare. — Da una monoapicite apicale acuta di un dente dell'arcata superiore, così come si è descritto nella esposizione dei caratteri comuni, indipendentemente dalla sede per tutti gli osteoflemmoni, l'infezione guadagna il tessuto osseo e periosteo e a seconda del dente che è in giuoco ha tre vie possibili da seguire: la via vestibolare, la via palatina, e una terza via che si dirige in alto, per i denti anteriori verso le fosse nasali, per i denti posteriori verso la regione del seno.

I) Se l'infezione ha interessato la parete esterna dell'alveolo, la raccolta purulenta si apre verso la gengiva nel vestibolo di contro alla guancia, determinando il cosiddetto ascesso od osteoflemmone vestibolare.

E' questa la evenienza più comune perchè il tavolato osseo esterno è meno spesso del corrispondente tavolato del mascellare inferiore.

In tal caso in corrispondenza del cul di sacco gengivale si ha la comparsa di una tumefazione di volume vario, da quello di una nocciuola a

quello di una piccola noce, che sporge dalla gengiva annullando il cul di sacco gengivo-genieno.

La tumefazione ha colore rosso scuro, di consistenza duro elastica, dolorosa alla palpazione.

Lasciata a se questa piccola raccolta, dopo un tempo vario, diviene più oscura, acquista una vera fluttuazione depressibile al centro, nel quale punto si apre direttamente sulla mucosa, oppure dopo averla scollata viene ad aprirsi in corrispondenza del colletto del dente.

Questi osteoflemmoni od ascessi gengivali, data la forte aderenza che la mucosa costituisce con il periostio sulla linea mediana del mascellare, restano strettamente unilaterali e non si diffondono al versante opposto.

II) Se l'infezione ha guadagnato la parete interna dell'alveolo e l'ha perforata, la raccolta purulenta diviene palatare costituendo il cosiddetto ascesso od osteoflemmone palatino. La sede della raccolta è laterale almeno inizialmente, mai mediana, è situata immediatamente al di dentro del margine alveolare. Ha il volume di una piccola nocciola di forma rotonda od ovolare, coperta da una mucosa edematosa di colore rosa violacea ed aderente agli strati profondi, di consistenza duro elastica; non presenta analogamente alle raccolte vestibolari vera fluttuazione. La tumefazione all'inizio è profonda e fa corpo con l'osso. Scarsamente dolorosa dà poco fastidio; lasciata a se l'apertura spontanea avviene general-

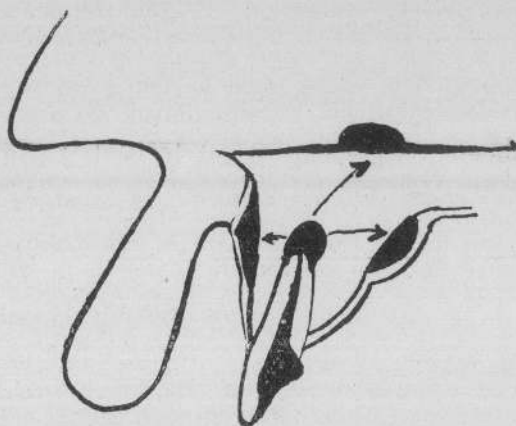


Fig. 4

Taglio all'altezza dell'incisivo laterale superiore dimostrante la propagazione periapicale in direzione del vestibolo, del palato, delle fosse nasali.

(da FREY e RUPPE)

mente dopo un tempo lungo, abitualmente dopo una diecina di giorni, a causa della resistenza che la raccolta incontra a perforare lo strato spesso della fibromucosa della volta. Dirò subito, che le vie che seguono le raccolte purulente avvengono quasi sempre in modo costante per ciascun dente, e che al mascellare l'evoluzione di una infezione è alquanto diversa da quella della mandibola, data la presenza al mascellare di un osso più spongioso e più sottile. Della via di propagazione in alto, verso il seno e le fosse nasali tratterò dettagliatamente a proposito della esposizione dei singoli denti.

Raccolte suppurative degli incisivi superiori. — Data la disposizione relativamente superficiale degli apici radicolari, che sono separati dalla volta palatina da uno strato osseo più spesso che anteriormente, le rac-

colte purulente che da essi si originano si incanalano più verso il lato vestibolare servendosi della guida del muscolo mirtoforme.

Questo muscolo risulta costituito dal muscolo depressore del setto e dalla parte alare del muscolo nasale. I fasci muscolari del depressore del setto, decorrendo medialmente a quelli della parte alare del muscolo nasale, vanno dalla sporgenza alveolare del centrale sino al setto mobile del naso; quelli della parte alare del muscolo nasale, originandosi dalla sporgenza alveolare del laterale, si portano sul margine inferiore e laterale dell'ala del naso. (Figura N. 4).

Ecco, quindi, il perchè gli ascessi provenienti dal centrale vengono ad aprirsi in corrispondenza del tavolato, mentre quelli del laterale finiscono per esteriorizzarsi in corrispondenza dell'ala del naso, presso la parete esterna delle fosse nasali.

Generalmente, dopo lo svuotamento non residua fistola, e se tale evenienza accade essa ha sede presso l'ala del naso.

Talora, invece, assistiamo all'estrinsecarsi della raccolta purulenta nelle fosse nasali determinando un ascesso a carico del pavimento.

In tal caso, all'ispezione si svela un sollevarsi a forma di cupola. Questo fatto normalmente è difficile a verificarsi perchè intercede tra il margine alveolare ed il pavimento delle fosse nasali uno spessore di osso di due centimetri circa, e la radice degli incisivi si insinua in questo strato per soli tredici millimetri, distando così l'apice radicolare dal pavimento delle fosse nasali circa sette millimetri. E' più frequente, quando questo spazio risulta minimo, o perchè la radice è particolarmente più lunga, o perchè il pavimento è più basso del normale.

Talune volte, dopo lo svuotamento della raccolta residua una fistola nasale.

Prima di chiudere l'argomento sugli incisivi, bisogna ricordare che le raccolte dei laterali con una certa frequenza si estrinsecano anche palatarmente.

La varietà di tali esiti è connessa con le condizioni anatomiche della mucosa. Così, mentre dal lato vestibolare il pus si fa strada rapidamente, sulla volta palatina le cose procedono in modo diverso e difficoltoso, data la resistenza che la mucosa oppone a lasciarsi slanciare.

Infatti, quà si assiste all'appiarsi lento delle rughe della mucosa palatina e talora, per i rapporti di adesione così tenace tra mucosa e periostio, la raccolta purulenta non potendo raccogliersi sotto la mucosa resta sottoperiosteale. Date queste difficoltà la raccolta nel contempo può guadagnare il vestibolo dove avviene lo svuotamento. In tali casi, però, la guarigione non è completa perchè nelle raccolte palatine profonde si verifica sempre una certa ritenzione di materiale purulento che tende a riempire la sacca palatina, nonostante che i pazienti con la lingua comprimano e cerchino di svuotare la piccola raccolta ascessuale.

Per tale fatto, nella terapia bisogna ricordarsi che in queste raccolte palatari talora la sola incisione non è sufficiente a dare la guarigione stabilmente, ma è necessario asportare un pezzo di mucosa in modo da scuolare la sacca, facendo sì che la guarigione avvenga lentamente dal profondo. Nonostante tale accortezza non è frequente il caso di recidive.

La raccolta palatina ha sede laterale, mai mediana, salvo in presenza di un ascesso cronico.

La tumefazione assume una forma ovolare allungata nel senso antero-posteriore.

Per l'aderenza intima tra mucosa e periostio questi due strati risultano si può dire fusi, dimodochè l'osso che stà al disotto riceve gli elementi nutritivi da questa membrana muco-periosteale. Ora si comprenderà come una raccolta purulenta del palato che persista per un certo tempo e che ha scollato per una certa estensione questo strato muco-periosteale

che presiede alla nutrizione dell'osso sottostante, venga a produrre con questo meccanismo semplice e diretto una necrosi che induce una perforazione della volta.

Raccolte suppurative dei canini superiori. — La disposizione anatomica dei canini spiega benissimo le varie estrinsecazioni delle raccolte che da essi pigliano origine. Le raccolte si estrinsecano sempre sulla faccia anteriore dell'osso, data la eseguità dello strato osseo che separa la radice del periostio. Talora la radice è scoperta, mancando persino la copertura alveolare.

Le radici di questi denti sono robuste ed hanno una lunghezza di 18 millimetri, per cui si portano abbastanza in alto.

Questa lunghezza spiega la sede alta delle raccolte che da questo dente pigliano spunto.

La raccolta purulenta che si forma attorno all'apice radicolare, invade con rapidità enorme la branca montante del mascellare superiore e seguendo il letto muscolare, costituito dai fasci muscolari del canino e del piccolo zigomatico per il lato superiore-posteriore ed esterno, e dal capo angolare del quadrato del labbro superiore per il lato anteriore, si esteriorizza sul tavolo esterno.

Questa esteriorizzazione avviene presso l'angolo interno dell'occhio, precisamente attraverso il piccolo triangolo costituito superiormente dal muscolo orbicolare e nella parte anteriore e posteriore rispettivamente dal capo angolare e capo orbitale del muscolo quadrato del labbro superiore. Tale sede di esteriorizzazione simula una dacriocistite suppurata che però facilmente verrà scartata e per la sede stessa dell'apertura della dacriocistite che mai avviene in corrispondenza del margine orbitale superiore, e per il segreto vitreo della dacriocistite, salvo la coesistenza di fatti suppurativi. In casi dubbi, l'esame del tramite fistoloso, o l'esame radiografico che metterà in evidenza una lesione apicale faranno imporre la giusta diagnosi.

Il dolore in tale infiammazione è lieve e spesso è assente. La palpebra inferiore partecipa spesso all'infiammazione tumefacendosi, per cui dai profani il canino è chiamato dente dell'occhio.

Raccolte suppurative del primo premolare. — La infezione in linea generale evolve verso il vestibolo, salvo i casi in cui è in giuoco una infezione a carico della radice palatina, che essendo allora divaricata all'indietro resta vicina al periostio che copre il palato ed il pus con più facilità guadagna la volta palatina che non il vestibolo. Se il processo infettivo si svolge a carico di una radice vestibolare particolarmente lunga, si può avere la eventualità della formazione di ascessi presso l'angolo dell'occhio, che dopo lo svuotamento fanno residuare se non è stato curato il dente causale un tramite fistoloso.

Raccolte suppurative del secondo premolare. — Il secondo premolare generalmente a radice unica, origina raccolte purulente che si fanno strada, o verso il vestibolo, o verso l'antro; in caso di esistenza della radice palatina si hanno estrinsecazioni palatari o antrali. Sul palato, contrariamente a quanto avviene per gli incisivi, le raccolte assumono una disposizione ovolare, allungate trasversalmente, cosa dovuta alla mucosa palatina molto resistente che si lascia scollare lentamente.

Le infezioni antrali fanno seguito specialmente a forme infiammatorie ad andamento subacuto. Per il dieci per cento riconoscono una origine dentale, essendo favorite dai rapporti anatomici esistenti tra seno mascellare da un lato e denti dall'altro.

Questi rapporti sono variabilissimi, per di più potendo il pavimento antrale corrispondere ai due premolari, o estendersi sino alla zona corri-

spondente ai tre molari superiori, o essere limitato solamente a questi ultimi.

Generalmente tra i premolari e la cavità del seno intercede un discreto strato di tessuto osseo compatto, mentre invece i molari e segnatamente il primo, assumono stretti rapporti con l'antro, tanto da ridurre la parete divisoria ad una sottilissima lamina ossea, cribrosa, spesso papiracea, dallo spessore di uno, due millimetri. In questo caso le radici vengono a fare prominenza nel seno, facendo assumere un aspetto mammellonato al pavimento stesso.

Altre volte la parete divisoria è costituita solamente dallo strato mucoso.

Questi rapporti spiegano chiaramente del perchè talora il primo a cedere è il fondo della parete alveolare (specie se in giuoco il primo molare superiore) meno resistente delle altre pareti e quindi il determinarsi di sinusiti.

Alcune volte contemporaneamente alla apertura antrale si stabilisce una apertura vestibolare o palatina, e fintantochè non viene eliminata convenientemente la causa dentale originaria si ha il persistere o all'antro, o al vestibolo, o al palato di una fistola.

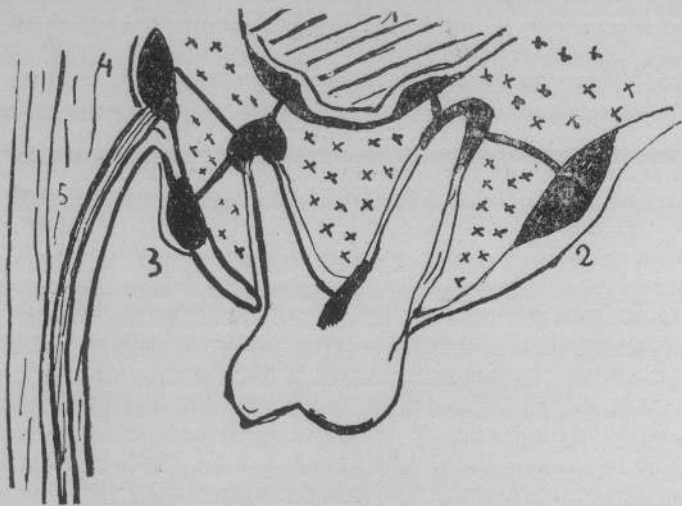


Fig. 5

Sezione in corrispondenza del 1° grosso molare superiore dimostrante la propagazione periapicale in direzione: 1) seno; 2) palato; 3) vestibolo; 4) guancia; 5) M. buccinatore.

(da FREY e RAPPE)

Raccolte suppurative del primo molare superiore. — Ha tre radici e a seconda che l'infezione si origina dalla palatina o dalle vestibolari si verificano ascessi a carico del palato o vestibolari e questi ultimi possono avere estrinsecazione cutanea, allorchè la radice del dente che ha dato origine all'infezione va più in alto del limite del cul di sacco gengivo-gienio (figura n. 5).

Per i noti rapporti che tale dente assume con il seno mascellare è facile il determinarsi di una sinusite.

Raccolte suppurative del secondo molare superiore. — Oltre alle comuni ripercussioni vestibolari, palatari, antrali si può verificare la eve-

nienza che il pus facendosi strada sulla faccia esterna del bordo alveolare si propaghi verso la fossa temporale.

Raccolte suppurative del terzo molare superiore. — Talora può dare diffusione del pus lungo la superficie posteriore del tubercolo mascellare sino alle coane.

Terapia delle raccolte purulente al mascellare superiore. — Se la raccolta purulenta ha sede nella regione della volta palatina bisogna aprire la sacca al più presto possibile per agevolare il ricolamento della mucosa e prevenire la necrosi che potrebbe verificarsi quando la fibromucosa resta per un periodo più o meno lungo scollata, privando della nutrizione la porzione di osso sottostante.

L'incisione sarà diretta dall'avanti all'indietro e precisamente lungo il diametro maggiore, nel punto più sporgente.

Poichè nella regione palatina la breccia praticata, spontaneamente tende a chiudersi e viene a rendere difficoltoso o ad impedire l'ulteriore scolo purulento, è indicato dopo l'incisione di assicurare un drenaggio non stipato, o di passare sull'incisione con il galvano-cauterio allo scopo di mantenere aperta e larga l'incisione, o infine di scupulare la raccolta asportando parte di mucosa.

Se la raccolta è vestibolare, incidere nel punto più culminante della tumefazione con un'incisione orizzontale largamente ampia, praticata il più lontano possibile dal colletto del dente e si favorirà lo svuotamento della sacca premendo sui margini alveolari.

Nei giorni che seguono si praticheranno abbondanti lavaggi antisettici tanto che la raccolta era palatare che vestibolare.

Rispondono bene i lavaggi con acqua ossigenata diluita; contemporaneamente sarà praticata la terapia appropriata al dente causale dell'infezione.

Per le raccolte vestibolari l'incisione cutanea dovrà essere assolutamente bandita, poichè l'incisione larga nel solco gengivale, con le regole sopra indicate e l'avulsione dentale avranno generalmente ragione del progredire dell'infezione verso la pelle.

Lo svuotamento delle raccolte alla pelle, sebbene possibile, è raro.

In tal caso bisogna, almeno in principio, che l'incisione sia fatta piccola ed orizzontale per evitare di sezionare i rami nervosi del nervo facciale.

Ricorderò un dato importante di grande valore, data la posta nella estetica che giuoca il volto e la regione del collo. Generalmente da profani, medici e specialisti, vengono consigliati e praticati abbondantemente, sia allo stato iniziale, che a suppurazione decisa, cataplasmi caldi o compresse antisettiche umide sulla guancia o sul collo. Bisogna assolutamente bandire tali pratiche irrazionali, poichè tendono a superficializzare ed a far aprire alla pelle una raccolta profonda, o separata dalla pelle da un discreto strato di tessuti, che altrimenti mai ed in nessun caso si sarebbe svuotata per via cutanea.

Cataplasmi caldi, o compresse umide antisettiche saranno solo applicate a raccolta aperta spontaneamente per la pelle, o ad incisione avvenuta, solo per favorire il raccogliersi del pus ed accelerare l'evoluzione dell'infezione.

CAPITOLO SECONDO

B) Infezioni della mandibola

Osteoflemmone della faccia esterna. — E' il più comune rappresentando la forma classica della osteoperiostite mandibolare.

Una tumefazione di volume vario, dura all'inizio, fluttuante in se-

guito, aderente all'osso, ricoperta da una mucosa di colorito rosso-vinoso, edematosa, sporge nel vestibolo sollevando i tessuti della guancia.

I tessuti della guancia pigliano parte al processo infiammatorio, si tumefanno, assumono un'aspetto succulento, una consistenza più dura del normale e mostrano la fovea alla pressione digitale.

La pelle è normale, ma in seguito anch'essa interessata dai fatti infiammatori sottostanti diviene rossa, tesa, lucente. Se questi fatti infiammatori hanno luogo nella regione dei muscoli masticatori, cioè all'altezza dei molari, si ha di conseguenza il blocco del mascellare.

I gangli sottomascolari sono dolorosi. Il massimo della tumefazione è nettamente facciale, ma nello stesso tempo sporge nella regione sottomascolare.

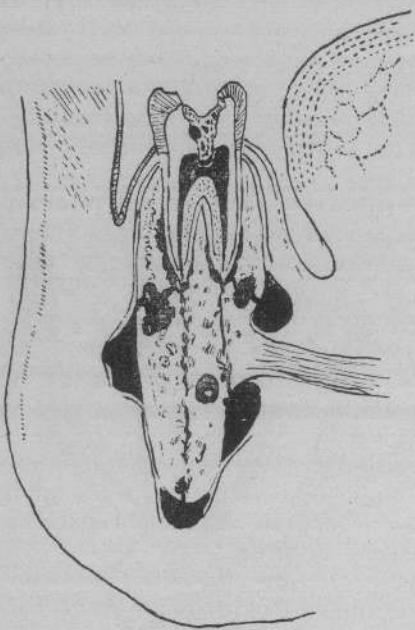


Fig. 6

Vie di diffusione della pericementite apicale acuta e sue varie localizzazioni attorno alla mandibola. 1) al pavimento della bocca al di sopra del piano del miloioideo; 2) al di sotto nello spazio sottomiloioideo; 3) al margine inferiore della mandibola.

L'esame della cavità orale mostra che il fornice vestibolare inferiore è scomparso ed al suo posto si trova una tumefazione fluttuante che lo riempie nella sua maggior lunghezza; il fornice superiore è completamente libero.

Tutta la mucosa buccale è presa da una stomatite generalizzata.

La pressione nel vestibolo buccale, applicata sulla faccia esterna della mandibola e a maggior ragione sulla regione alveolare del dente infetto, sveglia un vivo dolore.

L'apertura della raccolta, che generalmente avviene nel vestibolo, è regolata dalla disposizione radicolare in rapporto alle inserzioni del muscolo buccinatore alla mandibola.

Se la radice è più corta del fornice il pus si svuoterà al di qua delle inserzioni del muscolo buccinatore e avrà estrinsecazione nel vestibolo, se invece è più lunga, la suppurazione non imbrigliata più dalle fibre del

buccinatore, si diffonderà ai tessuti circostanti tendendo ad aprirsi alla pelle.

Con lo svuotamento del pus la febbre cessa e tutto rientra al normale nello spazio di pochi giorni.

Se non è stato allontanato il dente causale dell'infezione può reliquare una fistola.

Nelle raccolte che si esteriorizzano sulla faccia esterna della mandibola, bisogna distinguere l'ascesso gengivale semplice, cioè quella raccolta sottomucosa che si forma allorché il pus raccolto all'apice di una radice, facendosi strada tra la radice ed il cemento, si riversa in corrispondenza del colletto del dente al disotto della mucosa. In tal caso la raccolta riposa sul piano periosteo integro, con il quale al contrario dell'osteoflemmone non ha aderenza alcuna, ed è ricoperta dalla sola mucosa gengivale (figura n. 6).

Osteoflemmone del bordo basale o inferiore. — L'infezione guadagnato il fondo alveolare si propaga perpendicolarmente rompendo la barriera periostea in corrispondenza del margine inferiore della mandibola e si esteriorizza, formando una raccolta purulenta sottomascellare, nella parte alta del collo. Ben presto se non si interviene si apre alla pelle, o tende a diffondersi nella regione cervicale facendosi strada al disopra della *fascia superficialis*.

Tali raccolte si aprono sempre alla pelle e mai verso il fornice vestibolare inferiore, dove nè la palpazione, nè la pressione esercitata nella faccia esterna del mandibola destano dolore.

La sede di esteriorizzazione di questa raccolta quando avviene nella regione della ghiandola sottomascellare, o più indietro verso l'angolo della mandibola, impone la diagnosi differenziale con l'adenoflemmone sottomascellare o con quello sottoangolo-mascellare. Gli autori classici hanno confuso questa forma con l'adenoflemmone.

Il trisma, ottimo segno diagnostico degli osteoflemmoni, in questo caso è poco di aiuto essendo presente anche nelle affezioni della ghiandola sottomascellare e sottoangolo-mascellare.

In genere però, è più intenso nei fatti osteoflemmonosi.

L'importanza diagnostica della sede talvolta e l'accortezza di un esame obiettivo che farà constatare nell'osteoflemmone una tumefazione che fa corpo con l'osso, formando un'aderenza tra il tessuto infiammato, la raccolta purulenta ed il tessuto osseo, senza che esista alcun spazio tra questo e la raccolta suppurativa, indirizza sulla giusta diagnosi.

Nell'osteoflemmone la tumefazione avanza dall'osso verso i tessuti circostanti, nell'adenoflemmone procede dalla ghiandola all'osso.

Ma poi, quando a tali dati si aggiungono quelli etiologici, la diagnosi è di molto facilitata.

L'adenoflemmone riconosce più frequente come punto di partenza dell'infezione una lesione gengivale, una ulcerazione del tratto gengivale che sta tra il colletto del terzo molare inferiore e l'apofisi coronoidale, un'ulcerazione della lingua, delle tonsille; invece, l'osteoflemmone sottoangolo-mascellare riconosce una pulpoartrite o una eruzione viziosa del terzo molare superiore.

Osteoflemmone della faccia interna. — Le raccolte suppurative che si aprono sul versante interno della mandibola vengono ad interessare il pavimento della bocca, o la regione sottomascellare a seconda che si sviluppano al di sopra o al di sotto del miloioideo.

Tratterò a parte dettagliatamente, dopo descritte le varie possibilità di suppurazione a carico di ciascun dente dell'arcata inferiore, di tutti i

processi infiammatori che interessano e coinvolgono il pavimento della bocca.

Raccolte suppurative degli incisivi inferiori. — Le raccolte purulente che si originano dagli incisivi, in linea di massima si estrinsecano vestibolarmente nel fornice gengivo-labiale, o meno spesso guadagnando le parti molli si esteriorizzano al mento (figura n. 7).

Tale diffusione è regolata dalle inserzioni del muscolo del fiocco mentoniero che dal bordo alveolare, dove in alto si inserisce, si dirige obliquamente in basso ed in avanti per disperdersi nella pelle del mento.

Con questa disposizione le raccolte che hanno punto di partenza più in alto dell'inserzione del m. del fiocco mentoniero scivolano su questo e si estrinsecano nel solco gengivo-labiale, quelle ad origine più bassa scendono lungo il periostio nella regione del mento, dove aprendosi lasciano residuare fistole dette mentoniere. Raramente si indirizzano verso il lato linguale, dato lo spessore e la resistenza che l'osso presenta.

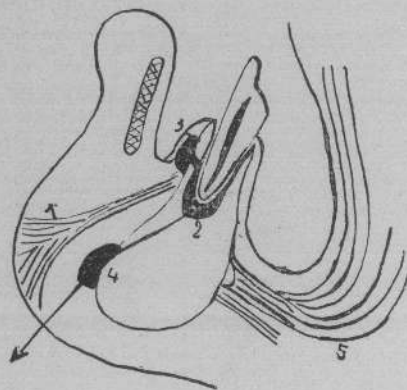


Fig. 7

Taglio in corrispondenza di un incisivo centrale inferiore. 1) m. del fiocco; 2) Pericementite apicale acuta suppurativa dell'incisivo centrale; 3) Raccolta vestibolare; Raccolta mentoniera che ha determinato una fistola cutanea.

(da FREY e RUPPE)

In queste raccolte suppurative talora l'origine sembra oscura; bisogna por mente che fatti di pericementite apicale acuta si possono sviluppare negli incisivi inferiori senza che sia in atto una carie evidente, potendo giungere l'infezione all'apice radicolare attraverso fini canalicoli radicolari esistenti in questi denti. In tali casi il dente ha un colore grigio o bluastro che svela una necrosi pulpare.

Raccolte suppurative dei canini inferiori. — Le raccolte provenienti da questi denti si svuotano con più frequenza dal lato vestibolare. Per tale ragione è interessante conoscere a questa altezza della mandibola le disposizioni anatomiche. Al contrario di quanto avviene nella regione del mento con il fiocco mentoniero che forma da tettoia, qua i muscoli rappresentati dal triangolare e dal quadrato del mento sorgono rispettivamente dal terzo laterale e mediale della linea obliqua esterna della mandibola e portandosi obliquamente all'esterno ed in alto si perdono tra i tegumenti, il primo sotto la mucosa, il secondo formando una doccia occupata da tessuto cellulare.

In mezzo a questo tessuto cellulare si trova il fiocco nervoso terminale che va ad innervare la cute del mento e la mucosa del labbro inferiore.

All'esame obiettivo la raccolta riposante nel fornice inferiore palesa

i comuni caratteri, presentandosi allungata nel senso antero-posteriore, di consistenza duro-elastica in principio, poi fluttuante.

La mucosa che ricopre tale tumefazione è di colorito rosso vinoso. I tessuti esterni della guancia appaiono sollevati da questa tumefazione, dimostrano una succulenza ed alla palpazione un aumento di consistenza. Il trisma è poco intenso. Talora si può assistere ad una estrinsecazione della raccolta verso il lato linguale, nel pavimento della bocca, al di sopra del piano del miloioideo.

Raccolte suppurative dei molari inferiori, I° e II°. — Le raccolte originarie da questi denti possono farsi luce tanto vestibolarmente, che all'interno della mandibola.

Questo vario estrinsecarsi è, in certo qual modo, regolato dallo strato osseo e periosteo che fa da copertura alle radici dei molari, tanto sul versante interno che esterno. Infatti, sul versante interno della mandibola la copertura ossea e periostea che copre le radici diviene sempre più sottile man mano che dal secondo premolare si porta al terzo molare. Sul versante esterno lo strato osseo che copre le radici si ispessisce tanto, quanto è più posteriore la radice.

Date queste condizioni anatomiche si comprende il verificarsi di raccolte sul versante mandibolare interno, con più facilità, quanto più il molare è posteriore.

Dopo che l'estrinsecazione della raccolta ha ubbidito alle influenze ossee sopradette, tanto sul versante interno che esterno, in seguito è sottoposta ad altre influenze, questa volta di natura muscolare. Esternamente, sulla linea obliqua esterna della mandibola, si inserisce il m. buccinatore, internamente, sulla linea obliqua interna, il m. miloioideo.

Se la raccolta all'esterno si fa luce al di sopra delle inserzioni del buccinatore, avrà estrinsecazione vestibolare, se al disotto, nei tessuti della guancia; così all'interno, al di sopra della linea obliqua interna e quindi del miloioideo, la raccolta interesserà il pavimento della bocca, al di sotto, la loggia sottomascellare, porta aperta verso il collo.

Ora si comprenderà, date queste condizioni, come raccolte del secondo e del terzo molare inferiore, le cui radici in genere si portano al di sotto della inserzione obliqua, interessino la loggia sottomascellare.

Tra i molari, l'ultimo, il cosiddetto dente del giudizio, giuoca un ruolo speciale nella patologia dentale, tale da costituire un capitolo a parte.

Raccolte suppurative del terzo molare inferiore. — Le infezioni originarie dal dente della saggezza sono più frequenti a sinistra che a destra, connesse alle minori dimensioni della metà sinistra del corpo mandibolare, che può rendere più difficile l'eruzione e quindi più facili le probabilità di infezioni.

Bisogna distinguere due origini di infezioni per questo dente: infezioni che si verificano durante l'eruzione del dente e infezioni prodotte da carie, così come può avvenire a seguito di una carie penetrante infetta.

Tralascio la discussione dibattuta del modo con il quale l'infezione può impiantarsi. Agli effetti mi basta che fatti infiammatorii possono originarsi da una carie durante l'eruzione del terzo molare inferiore.

Questi fatti infiammatorii possono interessare:

I) la mucosa buccale;

II) il tessuto cellulare;

III) le vie linfatiche e quindi le linfoghiandole;

IV) il tessuto osseo.

D) — Le complicanze mucose si traducono localmente, in stomatiti più o meno intense, a distanza, in fatti infiammatorii a carico dell'amig-

dala, fatti anginosi semplici che possono arrivare sino ad una Angina di Vincent.

II) — L'interessamento del tessuto cellulare, prodotto da lesione di vicinanza, genera quadri che vanno dalle semplici infiammazioni, o linfocelluliti interessanti la regione vestibolare, della guancia, dell'angolo della mandibola, sotto-angolo mandibolare, sino alla formazione di ascessi, flemmoni, adeno-flemmoni, celluliti ipersettiche diffuse, tra le quali la più frequente interessa il pavimento buccale, denominata Angina di Ludwig.

III) — Le vie linfatiche sono sempre vie di elezione per il convogliamento dell'infezione. Infatti, esse sono quasi sempre cointeressate e direi quasi che stanno a rappresentare un sintomo costante e pressochè obbligatorio delle infiammazioni mucose, cellulari e ossee.

Non è detto che l'interessamento ganglionare debba arrivare alla suppurazione ed all'adeno-flemmone; molte volte si hanno solo fatti infiammatori semplici, adeniti semplici che possono anche regredire. In tal caso sono in giuoco infezioni poco virulente, che passando allo stato cronico finiscono per dare delle adeniti croniche.

I gruppi ganglionari che possono venire infettati da un trasporto di germi partiti dal terzo molare inferiore sono con più frequenza quelli situati in corrispondenza della loggia sottomascellare, a contatto immediato con la ghiandola sottomascellare; con minor frequenza, quelli sotto-angolo-mascellari, il ganglio di collocamento con la sottomascellare, che sta al davanti del margine inferiore del massetere, sul bordo mandibolare, in quel punto dove l'arteria e la vena facciale incrociano detto bordo.

IV) — Complicanze ossee.

In genere, fanno seguito alla pericementite apicale acuta, alla gangrena della polpa, ad una pericoronarite suppurativa.

Per CHOMPRET e LHIRONDEL la pericementite apicale acuta del dente della saggezza inferiore è rarissima. D'altro canto, la pericoronarite suppurativa è messa in dubbio da molti AA., al contrario di altri che sostengono che il pus accumulatosi sotto il cappuccio mucoso, incanalandosi negli spazi sottomucosi, infetta l'osso e quindi il legamento alveolo-dentale.

Altri ancora, invocano nelle suppurazioni dell'osso la teoria del bulbo di OMBREDANNE, secondo il quale, il germe dentale incluso, germe in via di sviluppo, rappresenta un punto fisiologicamente congestionato dove l'infezione si fisserà.

Alla mandibola le infezioni ossee sono delle vere lesioni osteo-mielitiche.

Queste lesioni possono presentarsi sotto tre forme:

1) — Forma suppurativa che raramente interessa l'angolo mandibolare, la cui estensione è facilitata dalla presenza del canale del nervo mandibolare, che può portare l'infezione alla Spina di SPIX e propagarla attorno al fornice.

2) — Forma necrotica che interessa di preferenza l'angolo, dando sequestri di forma triangolari in corrispondenza della faccia interna dell'osso. La propagazione dell'infezione verso l'angolo mandibolare si spiega con la posizione obliqua in basso ed indietro del terzo molare inferiore incluso.

3) — Forma ipertrofica a tipo di osteite iperplastica.

Sintomatologia. — Le complicazione ossee, in via di massima, si verificano durante il corso di una infezione a virulenza piuttosto alta, e di preferenza i prodotti della suppurazione si riversano sul versante interno, essendo lo strato osseo che copre la radice più sottile di quello esterno.

Molto frequente, così come CURTOLLIER ha segnalato, si ha la formazione di un sequestro a carico del tavolato interno.

L'andamento clinico è grave, la febbre è alta e le elevazioni si accompagnano a frequenti brividi di freddo e senso di orripilazione. Dolori acutissimi e talora otalgie tormentano il paziente, al quale è reso impossibile il sonno.

La deglutizione è dolorosa e per giunta un trisma intenso blocca i mascellari.

Obiettivamente si riscontra ora una tumefazione flemmonosa della guancia, dolorosa alla palpazione, specie in corrispondenza dell'angolo mascellare, ora una tumefazione sul tavolato interno della mandibola, tumefazione che fa scomparire la doccia che normalmente esiste nella regione sotto-retro-angolo-mascellare.

Fie di diffusione dell'infezione. — Ho tracciato così a grandi linee il campo patologico del terzo molare inferiore e rientrando nel particolare, per completare lo studio dirò che la raccolta suppurativa originatasi in corrispondenza del terzo molare inferiore può estrinsecarsi secondo vie preformate: all'esterno, all'interno, in alto, in dietro.

All'interno: Il versamento all'interno, al di sopra del miloioideo, costituisce il flemmone del pavimento della bocca, al disotto, quello della loggia sotto-mascellare.

All'esterno: Se il versamento avviene al disotto dell'inserzione del muscolo buccinatore, la raccolta si esteriorizza alla guancia con la comune sintomatologia e con il trisma, dovuto all'interessamento dei muscoli masticatori, specie del massetere, più raramente all'interessamento del fascio posteriore del temporale che può inserirsi alla regione del trigone, un poco più all'indietro. Se invece, è la evenienza ordinaria, la raccolta si fa luce al disopra delle inserzioni del buccinatore alla linea obliqua esterna, si viene a versare in un spazio, situato indietro tra il massetere e la doccia buccinato-mascellare, che CHOMPRET e LHIRONDEL chiamano lo scariatoio. Questa localizzazione, descritta dai predetti AA., va sotto il nome di ascesso buccinato-mascellare, o migrante.

La migrazione in avanti di questa raccolta che giunge sino alla regione premolare è determinata dalle condizioni anatomiche. Lo scorrimento viene effettuato in uno spazio esternamente arginato dal muscolo buccinatore e internamente dal tavolato esterno dell'osso ricoperto dal suo periostio.

Questo spazio si fa tanto più alto quanto più diviene anteriore, essendo delimitato in basso dal buccinatore che si inserisce sulla linea obliqua esterna, che diventa sempre più bassa man mano che si porta in avanti, e finisce nel tessuto cellulare della guancia, in corrispondenza della regione premolare, tra il margine anteriore del buccinatore, il muscolo triangolare ed il quadrato del mento.

Obiettivamente, se la raccolta si è sviluppata in dentro ed in dietro, posteriormente all'angolo mandibolare, l'ascesso buccinato-mascellare risiede nella parte medio-laterale della branca orizzontale dove solleva i tessuti della guancia.

Il mento e l'angolo mandibolare sono normali. Se invece si è sviluppata anteriormente, allora nel vestibolo si ha una tumefazione allungata in senso antero-posteriore, che giunge di fronte ai premolari e fa credere ad una raccolta originatasi da questi denti.

Questo ascesso ha di caratteristico di non essere situato esattamente nella regione del dente della saggezza, ma più in avanti, dimodochè offre talora alla diagnosi difficoltà notevoli.

Dal punto di vista patognomonico CHOMPRET e LHIRONDEL in questa affezione hanno rilevato un sintomo di gran valore: allorchè si preme sul

vestibolo buccale in piena tumefazione, si vedrà uscire del pus a livello del dente della saggezza.

Abbandonata a se questa raccolta si apre, a secondo delle due varietà anteriore o posteriore, nel vestibolo, o alla cute.

La recidiva è un fatto frequente, finendo per costituire una forma cronica che a periodi si riacutizza riformando la raccolta e reliquando a seconda dell'apertura fistole mucose, o cutanee.

La diagnosi differenziale va fatta con le raccolte di origine ossea del terzo molare inferiore, con l'osteoperiostite buccale dei premolari e molari, con la suppurazione delle linfoghiandole-geniene.

All'indietro: La propagazione dell'infezione posteriormente può avvenire, essendo ricoperto indietro il dente della saggezza da una mucosa molle, mobile che si continua con quella del pilastro anteriore del velo.

Queste raccolte hanno sede tra il pilastro anteriore e la branca montante della mandibola, all'intorno dell'amigdala, senza però aver nulla a che fare con questa.

PORTMANN, ha descritto un caso in una donna che periodicamente andava soggetta ad ascessi peritonsillari, ascessi che avevano sede sulla base e sulla parte esterna del pilastro anteriore, senza alcun rapporto con l'amigdala.

Un'enueclazione totale, perfetta non ebbe ragione del rinnovarsi di tali ascessi, mentre invece l'estrazione del terzo molare inferiore, tenuto in sospetto, troncò la ricorrenza ascessuale. Ciò venne a provare la diretta colleganza tra ascesso e dente della saggezza.

In alto: La propagazione in alto, in pieno tessuto velare, sebbene poco frequente è possibile.

Questi piccoli flemmoni possono essere localizzati in un punto qualsiasi del velo, senza mai essere mediani.

Hanno forma rotondeggiante, di consistenza inizialmente dura, che poi in ultimo diviene fluttuante; la mucosa che li ricopre è di color rosso-vinoso.

Sono estremamente dolorosi e recano fastidio alla deglutizione e alla fonazione; la voce assume un tono nasale.

Una piccola incisione da esito al pus e tutto rapidamente rientra nel normale.

Terapia delle raccolte purulente alla mandibola. — Per la ragione che altrove a proposito delle raccolte della guancia ho esposto, bisogna anche qua bandire i cataplasmi caldi e le compresse antisettiche umide sulla guancia, perchè queste favoriscono da un canto la migrazione del pus verso la pelle e dall'altra costituiscono con la temperatura elevata un terreno ideale di sviluppo per i germi.

Se la raccolta tende a svuotarsi sulla pelle bisogna immediatamente **estrarre il dente**. Molte volte si ha la regressione, anche quando la pelle era stata di già interessata.

Non bisogna frapporre indugio per la estrazione del dente, nè per questo sono giustificati i timori infondati degli astensionisti, circa una conseguente esaltazione di virulenza, contentandosi di intervenire quindi solo sulla raccolta.

Una cosa è certa, che se non si interviene con l'estrazione dentale non si avrà mai il sopravvento sulla infezione. Quando, come regola, nei casi di una certa gravità nei quali vi è interessamento dello stato generale, l'estrazione del dente sarà costantemente il primo atto, apportando sempre un miglioramento.

SERILEAU, brevemente riassume queste condizioni stabilendo che l'estrazione dentale precoce arresta e previene la formazione flemmonosa,

in un secondo tempo a flemmone costituito ne tronca il suo decorso ed in un terzo tempo, rappresentando l'apertura, ne è l'indicazione precisa. Si aiuterà la fuoriuscita del pus attraverso l'alveolo, premendo a piena mano sulla raccolta, tanto dal lato buccale che dal lato esterno. Questa è la tecnica di SEBILEAU; anzi, egli aggiunge nei casi in cui il pus non sgorga, o sgorgi poco, il *curettage* attraverso l'alveolo, portato tanto in corrispondenza del tavolato esterno che interno, ed anche inferiormente verso il bordo mandibolare, cercando di dar esito al pus con l'aprire e spazzare maggiormente la raccolta. Dopo questa manovra, si applicherà la compressione con la solita tecnica; quando nemmeno così si riuscirà a dar esito al pus, allora bisognerà incidere la raccolta vestibolarmente. A questa tecnica alcuni si son mostrati contrari adducendo che il *curettage* oltre ad essere inutile è dannoso, perchè fatto alla cieca rischia di aprire ed infettare il tessuto osseo sano, o se fatto con forza, da mano poco esperta, rischia di sfondare la parete periosteale ed infettare i tessuti circostanti. A tal uopo, quando il pus non sgorga attraverso l'alveolo, o tale esito è assolutamente insufficiente, si consiglia di praticare una larga incisione vestibolare, in piena tumefazione, nel punto dove la raccolta è maggiormente fluttuante e dolorosa. Si consiglia costantemente, allo scopo di non perdersi nella massa dei tessuti edematosi, o di produrre false vie di tenersi sempre sulla guida dell'osso, giungendo così con sicurezza sulla raccolta, poichè bisogna ricordare che la raccolta è di origine ossea.

Per le raccolte nel fornice, originate dai premolari, dopo incisa la mucosa si procederà a sbrigliare con la sonda per evitare di sezionare il maz-zetto del nervo dentale, lesione che in tal caso genererebbe una insensibilità del labbro inferiore e del mento.

L'apertura per via esterna è eccezionale; sarà fatta in caso di grave risentimento generale, in cui le condizioni estetiche contano poco agli effetti prognostici.

Dopo svuotato il materiale purulento si applicherà drenaggi con stuel-li di garza iodoformica e saranno prescritti nel corso della giornata frequenti colluttori con acqua ossigenata.

In caso di osteoperiostite dei mascellari si porterà l'attenzione sul focolaio dentale originario e poi si interverrà sulla porzione ossea interessata. La raccolta purulenta sarà aperta dalla bocca ampiamente, evitando l'aggressione per via cutanea.

In caso di sequestro bisogna portare l'intervento quando questo si sarà mobilitato; a tal uopo la radiografia ci aiuterà a stabilire la avvenuta mobilitazione. Se questa tarda a verificarsi si eseguirà, dopo avere ingrandito l'apertura gengivale, un raschiamento limitatamente alla porzione ossea colpita. Sopravvenendo una frattura, bisognerà immobilizzare i frammenti in buona posizione.

In caso di interessamento della parte basilare della mandibola, bisogna sacrificare senza esitare tutti i denti della regione che presentano la polpa morta.

CAPITOLO SECONDO

Complicazioni del tessuto cellulare perimascellare

Cenni. — Talora nel mascellare l'infezione non si limita a quanto sin quà è stato detto, ma per ragioni che possono risiedere nella gravità della infezione che ha determinato un vasto processo di osteite diffusa, o per condizioni peculiari del terreno sul quale si svolge l'infezione, si può avere una estesa partecipazione alla infezione dei tessuti circostanti, co-

sicchè si vengono a formare ascessi della guancia, della regione temporale, delle fosse profonde della faccia, dell'orbita, del cranio. (figura n. 8).

Lo stato generale è direttamente interessato e la febbre è in diretto rapporto con la gravità della infezione. Complicanze renali, cardiache si possono rapidamente stabilire.

Nel caso di diffusione dell'infezione all'orbita, al seno, al cervello lo stato generale rispecchia l'andamento dell'infezione e si manifestano sintomi peculiari alle singole localizzazioni.

Ascessi della guancia. — Questi ascessi assumono i comuni caratteri ed hanno di speciale un decorso lungo ed una cronicità esasperante. Sono favoriti, tanto nel propagarsi che nel tenersi sempre attivi, dal bolo grassoso di BICHAT, che altro non è che un tessuto di riempimento, disposto a tramezzi, che si continua con il tessuto cellulare della fossa zigomatica, della regione temporale, e con quello situato nel fondo della loggia parotidea.

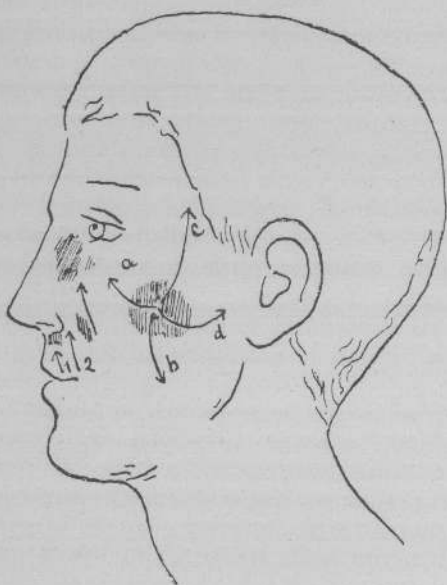


Fig. 8

Sede delle celluliti. 1) proveniente dell'incisivo centrale; 2) proveniente dall'incisivo laterale superiore; 3) dal canino; 4) dai premolari e molari con possibili propagazioni: a) alla regione sottorbitaria; b) alla guancia; c) alla regione temporale; d) alla regione profonda e posteriore, pterigo-mascellare.

In genere le infiammazioni della guancia fanno seguito a processi originatisi nella cavità buccale per propagazione dal mascellare o dalla mandibola, così come può avvenire in una periostite da carie dentaria, o a seguito di suppurazioni delle linfoghiandole geniene.

La raccolta suppurativa può aver luogo tanto al di fuori quanto all'interno dell'aponeurosi buccinatrice. Se all'esterno, si esteriorizza verso la pelle, dove si apre formando una specie di bisaccia; se all'interno, la raccolta fa sporgenza verso la bocca e si apre sulla mucosa.

In qualche caso può avvenire che la suppurazione propagandosi al disotto del massetere si porta in alto sino al muscolo temporale. Tale varietà va sotto il nome di flemmone profondo sottomaseterino di GOSSELIN. Talora, la suppurazione avviene per propagazione da una flemmone della

fossa pterigo-palatina, che dopo guadagnato lentamente la fossa temporale passa sotto l'arco zigomatico e si superficializza alla guancia.

Il quadro clinico di tale forma somiglia a quello dei tumori maligni.

Dopo l'apertura della raccolta avvenuta alla pelle, o alla mucosa, se non è stata eliminata la causa che ha originato l'ascesso, si impianterà una fistola che permarrà sino a quando non sarà eliminata la causa infettiva iniziale.

Tal'altra, si ha secondariamente lo stabilirsi di una fistola salivare essendo stato leso nel periodo acuto il canale di STENONE. I flemmoni della guancia possono complicarsi a trombo-flebite della vena facciale, con le sue gravi conseguenze.

Terapia. — Si ricorderà, come prima cosa, di bandire sulla parte le applicazioni calde sotto forma di cataplasmi, o di complesse antisettiche umide, poichè queste favoriscono l'estrinsecarsi alla pelle della raccolta, non solo, ma d'altra parte favoriscono il moltiplicarsi dei germi poichè il caldo è un terreno favorevole al rigoglio.

Le raccolte purulente della guancia a sede sottorbitaria vengono incise per via vestibolare con una incisione lunga 2, 4 centimetri, lungo il fornice gengivo-geniene, sulla tumefazione che viene ad occupare e ad annullare il fornice stesso.

Dopo lo svuotamento della raccolta, assicurare il drenaggio attraverso l'incisione facendo fuoriuscire nel vestibolo.

Nei giorni seguenti verranno praticati abbondanti lavaggi antisettici.

Nella forzata indicazione di un'apertura attraverso la pelle, cosa che potrà essere rappresentata dal fatto che la raccolta si è superficializzata alla pelle e già in qualche punto l'ha usurata, s'interverrà con una piccola incisione praticata orizzontalmente, allo scopo di non sezionare i filetti nervosi del facciale e a non ledere il canale di STENONE.

Il dente generatore dell'infezione verrà curato, o asportato a seconda della convenienza.

Ascessi temporali. — Sono generalmente degli ascessi migranti e si estrinsecano con una tumefazione nella regione temporale.

Essi possono originare, come si è detto, per contiguità da fatti infiammatori delle guancie, estendendosi l'infezione a mezzo del tessuto grassoso di BICHAT alla parte più bassa della fossa temporale e di qua comunicare l'infezione alla mucosa che riveste i fasci sfeno-alveolari.

Può pure originarsi da fatti infiammatori che evolvono medialmente alla branca montante della mandibola, o dallo spazio parafaringeo, e di qua guadagnando la base del cranio, possono immettersi nella regione temporale, per la fossa infratemporale, scorrendo fra i due foglietti della fascia temporale. La raccolta in tal caso, contorna il tendine di inserzione del muscolo temporale e occupa lo spazio che intercede fra il foglietto superficiale e quello profondo dell'aponeurosi temporale.

La propagazione della raccolta fra il muscolo temporale e le ossa del cranio non si verifica, perchè l'inserzione robusta del muscolo la impedisce.

Terapia. — Queste raccolte verranno incise per via cutanea, praticando una incisione di tre centimetri circa di lunghezza nel punto più sporgente della raccolta, al disopra dell'arcata zigomatica e un poco in avanti della temporale superficiale. Detta incisione sarà fatta in senso verticale per evitare di sezionare le fibre del temporale.

Praticato lo svuotamento bisogna assicurare bene il tubo di drenaggio, che data la direzione delle fibre muscolari del temporale tende ad essere schiacciato rendendo difficoltoso, con le successive conseguenze, il defluire all'esterno del pus.

Raccolte purulente della fossa pterigo-mascellare. — Le raccolte purulente della fossa pterigo-mascellare sono rare.

Questa fossa è veramente una dipendenza della fossa zigomatica della quale costituisce la parte posteriore ed ha per limiti, in avanti, la tuberosità del mascellare superiore, in dietro, la faccia anteriore dell'apofisi pterigoidea, in basso, l'angolo di unione delle due pareti anteriore e posteriore, in alto, la grande ala dello sfenoide, in dentro, il palato, in fuori, l'apertura che la fa comunicare con la fossa zigomatica.

Questa fossa, per mezzo della fessura sfenomassellare, si mette in comunicazione con la regione orbitale, dalla quale è separata da una membrana fibrosa che funziona da parete divisoria che lascia passare nella parte mediale la seconda branca del trigemino, l'arteria sotto orbitaria e la vena oftalmica inferiore.

Questa membrana poco resistente spiega come infezioni della fossa pterigo-mascellare si propaghino all'orbita e viceversa.

In dentro, si parte il foro sfeno-palatino che la fa comunicare con le fosse nasali, indietro, il grande foro rotondo che la fa comunicare con la cavità cranica ed il canale pterigoideo, in basso, il condotto pterigo-palatino, attraverso il quale passano il nervo e l'arteria pterigo-palatina.

Questa fossa contiene del tessuto cellulare grassoso che ha continuazione, separato come abbiamo visto da una debole membrana, con il tessuto grassoso dell'orbita, della fossa zigomatica, e specie con la pallottola adiposa di BICHAT alla guancia.

In mezzo a questo tessuto cellulo-grassoso si adagiano la porzione terminale dell'arteria massellare interna, le vene, il nervo massellare superiore, le ghiandole sfeno-palatine.

Le raccolte purulente traversano la fessura pterigo-palatina tra la tuberosità ed il borbante anteriore del pterigoideo, per finire nello sfondo posteriore pterigo-mascellare.

Abbiamo visto, come raccolte purulente della fossa pterigo-mascellare possono portarsi in avanti verso la fossa temporale e nell'orbita, indietro nello sfondo posteriore pterigo-mascellare.

Le raccolte più gravi di tutte sono quelle pterigo-mascellare profonde. Generalmente le raccolte della fossa riconoscono una origine dentale, essendo giunta in essa l'infezione, o per contiguità, o per via della terza branca del trigemino che traversando la fossa pterigo-mascellare adagiata nel tessuto adiposo che riempie la fossa stessa, si porta al foro ovale e si assume l'ingrato compito di vettrice di materiali settici.

Dal PALAZZI è segnalato un caso d'infezione della fossa avvenuto per la via del perinervio del dentario inferiore, palesata per la presenza di un icore purulento nel canale mandibolare, e per la degenerazione suppurativa del perinervio del ramo mandibolare del quinto, interessato dal processo fino al forame ovale.

Talora queste infezioni sono consecutive ad erronee punture del seno, essendo il tre quarti andato al di là della parete posteriore.

Accenno solo, esorbitando ciò dal mio compito, alle complicanze oculari, e specie a quelle del plesso pterigoideo che può determinare una tromboflebite del seno cavernoso.

Terapia. — Lo svuotamento di queste raccolte sarà fatto per via vestibolare, praticando nel fornice gengivo-genieno, in corrispondenza della tuberosità massellare una incisione, assicurando poi il drenaggio.

Ascessi dell'orbita. — Complicazioni a carico dell'occhio e dei suoi annessi si possono originare nel corso di processi infiammatori di origine dentale che hanno di già guadagnato i tessuti circostanti.

Il sistema bucco-dentario è connesso all'occhi per tre vie: ossea,

vascolare, nervosa e può dare a carico dell'occhio due specie di complicanze: complicanze di carattere riflesso e di carattere infiammatorio.

Di sfuggita dirò, esorbitando questo dal mio lavoro, che le complicanze di carattere riflesso consistono in turbe sensitive (nevralgie oftalmiche), sensoriali (ambliopia, amaurosi), motrici (miosi, midriasi, paralisi e spasmi del terzo, quarto, sesto paio, strabismo, blefarospasmo), vasomotorie (iperemia), trofiche (erpete corneale, ulcus, cheratite neurofica), secretorie (lacrimazione unilaterale).

Le complicanze di carattere infiammatorio possono giungere all'orbita o per via di contiguità, o per via circolatoria, detta in tal caso complicazioni a distanza.

La teoria che oggi è la più accettata per spiegare le complicanze a distanza, ammette che « i batteri localizzati nella polpa o nell'alveolo, per via linfatica, o per le vene dentarie si immettono nel circolo generale e vengono trasportati per via arteriosa nell'occhio o in tutte le altre parti dell'organismo ».

L'infezione per contiguità è la più comune e la più facile a riscontrarsi nell'infezione dell'orbita, perchè essa è favorita e sostenuta dal substrato anatomico, data la disposizione del tessuto del capo.

Per contiguità una infezione peridentaria del mascellare superiore per propagarsi alla regione orbitale può seguire quattro vie:

1°) la periosteale. Il pus propagandosi al disotto del periostio si porta sino al margine superiore dell'orbita producendo ascessi a carico della palpebra inferiore, a carico della regione del sacco lacrimale, o del sacco stesso, generando ascessi pre-lagrimali o para-lagrimali.

Questi ascessi si palesano con una tumefazione di grossezza variabile da un pisello ad una nocciuola, situata nella regione naso-geniena, al disotto della commissura interna dell'occhio.

2°) La via ossea. La propagazione per questa via avviene in modo massivo.

Secondo LEMAITRE la osteite che riconosce una causa dentale è contrassegnata da un andamento rapido che guadagna il tessuto osseo vicino e dalla molteplicità dei suoi ascessi. Per SEBILÉAU, il flemmone dell'orbita da causa dentaria s'impianta sempre a seguito di un fatto di osteite diffusa. Altri chiamano in causa una infezione che originatasi in corrispondenza degli incisivi e canini superiori si propaga alla regione orbitale per via intraossea, passando per i piccoli canali di PARNAUD. Alcuni negano la esistenza di questi canali.

3°) La via sinusale, propagandosi l'infezione all'orbita attraverso il pavimento orbitale.

4°) La via venosa. Un'infezione che ha avuto origine dal sistema bucco-dentario per tromboflebite di una vena facciale può arrivare all'orbita. Infatti, basti che noi pensiamo alla disposizione anatomica del sistema venoso facciale, che con le sue anastomosi tra la vena mascellare e la angolare che comunica con la oftalmica, conduce materiali settici al seno cavernoso, alla disposizione del plesso-pterigoideo ed alla sua comunicazione con il seno cavernoso, a quella del plesso venoso carotideo interno che fa comunicare il seno cavernoso con la vena giugulare interna, per renderci esattamente conto come una trombo-flebite delle vene facciali, determinata da lesioni infiammatorie di origine dentale, possa determinare trombosi dei seni, ascessi del cervello, meningo-encefaliti accompagnate da exoftalmia doppia per trombo-flebite dei seni cavernosi e della vena oftalmica.

Ricordo pure un'altra via, dalla quale si è detto a proposito dell'infezioni della fossa pterigo-mascellare, la via pterigo-palatina che può divenire vettrice di materiali settici per tramite del plesso nervoso.

Comunque la propagazione avvenga, la complicazione principale è il verificarsi di un flemmone dell'orbita caratterizzato dall'edema della palpebra inferiore, dall'edema congiuntivale, da exoftalmo, da febbre, da dolori intensi pulsanti.

Terapia. — Gli ascessi orbitali saranno incisi largamente per via cutanea. Bisogna incidere tempestivamente senza attendere che la raccolta del pus si apra spontaneamente alla pelle delle palpebre e ciò per evitare per quanto è possibile eventuali partecipazioni dell'occhio, poichè un tale interessamento deporrebbe per la enucleazione.

L'incisione verrà praticata nella metà esterna del margine inferiore orbitario, o alla palpebra superiore a seconda del modo con cui fu spostato dalla raccolta il bulbo oculare. Dopo l'incisione si drena.

Il dente causale dell'infezione verrà tempestivamente asportato. Impiantatisi ascessi dei seni e del cervello, rientrano questi nella competenza dell'alta chirurgia.

Adeno-flemmone delle linfoghiandole geniene. — Le affezioni infiammatorie di questa stazione linfoghiandolare, nella più parte dei casi, hanno una etiologia gengivo-dentaria. Questi adenoflemmoni, con frequenza vengono scambiati con affezioni localizzate alla guancia, in corrispondenza del bolo grassoso di BICHAT, o viceversa. I germi pervenuti in questi gangli, a seconda della loro virulenza, possono generare fatti infiammatori semplici, quindi sole adeniti, o fatti che culminano in un adenoflemmone.

La infiammazione ghiandolare è quasi sempre preceduta da una linfoflegma tronculare che facilmente alla palpazione si mette in evidenza.

A secondo dello sviluppo dell'infiammazioni dei vari aggruppamenti ghiandolari che compongono questa stazione si distingue: l'adenoflemmone buccinato-commissurale ed il sopra mascellare.

L'adenoflemmone buccinato commissurale si sviluppa a carico del gruppo buccinato-commissurale, situato posteriormente alla commissura labiale e riconosce un'infezione originatasi dai denti dell'arcata superiore.

Nel periodo iniziale, cioè infiammatorio semplice, o adenitico, si riscontra una tumefazione resistente, dura, di forma rotonda, sfuggente sotto le dita, coperta da pelle normale che si accompagna a leggero dolore ed impaccio funzionale. E' questo lo stadio di adenite semplice che può anche regredire quando viene eliminata a tempo la causa infettiva originale, o quando si è in presenza di una infezione a mite virulenza.

Ma, se si lascia correre, o la virulenza è elevata, o il paziente, come avviene in genere, consulta lo specialista troppo tardi, si ha il progredire dell'infezione costituendosi un adenoflemmone. In questo periodo i dolori sono più vivi, la bocca è semiaperta, la guancia è occupata da una tumefazione lucente e tesa, posta dietro la commissura labiale che si estende in basso sino alla mandibola, in alto sino all'occhio. La pelle è rossa, lucente e tesa. La masticazione ed i movimenti mandibolari risvegliano i dolori; la palpazione bigitale della massa svela la durezza in principio, i segni della fluttuazione in fine. Lo stato generale è poco compromesso. Abbandonato a se stesso l'adenoflemmone si apre alla pelle, residuando una cicatrice ombelicata e stellata, non aderente all'osso, sulla quale si impianta una fistola se la causa originaria della suppurazione non è stata eliminata.

Talora, persistendo la causa, si ha lo stabilirsi di una adenite cronica, soggetta di tanto in tanto a riacutizzazioni tumultuarie, che persisterà fino a che non si asporterà il focolaio infettivo originario.

Adeno-flemmone sopramascellare. — Generalmente fa seguito ad un'infezione partita dai premolari e molari inferiori. L'infiammazione passa per le comuni tappe, potendo regredire, cronicizzarsi, culminare in un adeno-flemmone che si estrinseca in corrispondenza della faccia esterna della mandibola, al davanti della inserzione angolare del massetere, con una tumefazione di grossezza varia da una nocciuola ad una noce.

Cura. — In periodo iniziale, l'asportazione del dente infetto segnerà nella più parte dei casi la regressione dell'infiammazione. A suppurazione decisa si interverrà attuando quanto è stato detto per i flemmoni della guancia, ricordando che bisogna cercare di intervenire per via buccale, senza attendere che la raccolta si sia superficializzata verso l'esterno.

Quando si sono impiantate fistole, il solo allontanamento del focolaio infettivo originario assicura rapidamente la guarigione.

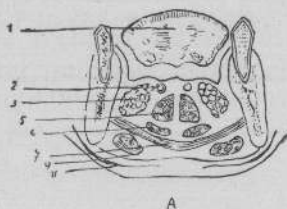


Fig. A.

A livello della parte anteriore.

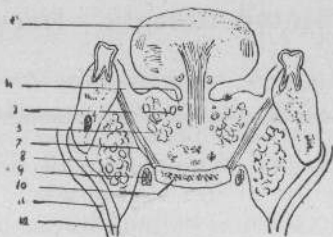


Fig. B.

A livello della parte superiore del miloioideo.

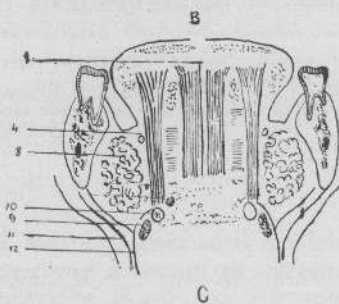


Fig. C.

A livello del m. ioglosso

- 1) lingua
- 2) canale di Warth.
- 3) canale sublinguale.
- 4) nervo linguale.
- 5) m. genioglosso.
- 6) m. genio-ioideo.
- 7) m. miloioideo.
- 8) ghiandola sottomascellare.
- 9) m. digastrico.
- 10) osso ioide.
- 11) pellicciaio.
- 12) aponeurosi cervicale superficiale.

(Da MAUREL)

Fig. 9

Pavimento della bocca. Considerazioni generali. — Alcuni Autori moderni ed in particolare gli stomatologi, criticano apertamente la vecchia concezione dei classici a riguardo delle affezioni infiammatorie del pavimento della bocca, concezioni che, per loro, hanno determinato grande confusione.

I classici hanno descritto nella terminologia « flemmoni del pavimento della bocca » tutte le varie entità, senza discernere se era solamente in giuoco una parte, o tutto il pavimento della bocca. Di quà, a loro dire, la confusione.

Ma discussa bene la questione, e rivedendo le reali condizioni del

pavimento della bocca al tavolo di sezione, non si può dare a loro tutti i torti.

I classici distinguevano una forma flemmonosa circoscritta ed una forma diffusa.

In realtà, però, la loro descrizione complessiva può reggere, poichè le condizioni del pavimento della bocca non sono così nette e distinte come si tende generalmente ad ammettere per ragioni descrittive.

Se si pensa che il miloioideo e l'ioglosso, in effetti non costituiscono per niente solide barriere divisorie, essendo dei sottili muscoli ricoperti da una esile guaina aponeurotica, facilmente dissociabile e che comunicazioni dirette a mezzo di tutti questi interstizi dissociabili, o per mezzo di anastomosi tra vie linfatiche, fanno comunicare i vari spazi del pavimento buccale e che anche il genio-glosso, il solo muscolo solido che ha una certa compattezza, non forma che una barriera incompleta, allora si che realmente bisogna considerare il pavimento della bocca come un'unica entità anatomica completa, per cui a rigore di termine, la vecchia trattazione classica non è del tutto sballata (figura n. 9).

Solamente, allo stato attuale, si può dire che la vecchia e classica trattazione non può soddisfare lo stomatologo, perchè divenuto più raffinato ed esigente, segue e discerne le varie gradazioni del flemmone della bocca collegandole con la sede.

Raccolte suppurative dei vari spazi che costituiscono il pavimento della bocca. Etiologia. Sintomatologia. Decorso. Terapia.

Etiologia. — Le infiammazioni del pavimento della bocca possono far seguito ad una infezione microbica (angina, ecc.), o possono essere lesioni di vicinanza consecutive ad una suppurazione mandibolare di origine dentaria (carie). Il freddo ha un ruolo importante nella etiologia.

Agiscono come cause predisponenti: l'alcoolismo, l'albuminuria, il diabete, la gotta. L'infezione dentaria si propaga al pavimento della bocca per contiguità dopo avere infettato il tessuto osseo. Si può anche propagare per via linfatica, passando l'infezione dalla polpa dentaria direttamente nella rete linfatica sottogengivale o apicale, che ha anastomosi con quella del pavimento buccale.

Secondo la entità dell'infezione si distinguono varie forme:

- I) edema effimero o cellulite semplice;
- II) cellulite subacuta;
- III) flemmone ligneo;
- IV) flemmone circoscritto;
- V) cellulite ipersettica diffusa.

L'andamento di queste forme può essere acuto, subacuto e cronico.

Riportandosi alle considerazioni anatomiche, il pavimento della bocca presenta vari spazi cellulari, entro i quali può impiantarsi, localizzarsi, diffondersi agli spazi contigui una infezione suppurativa.

Al piano superiore del pavimento troviamo:

1) lo spazio sottolinguale, stipato di tessuto cellulare lasso e di linfatici, delimitato dalla mucosa, dall'ioglosso e dal miloioideo. Questo spazio nella parte anteriore è compreso tra il miloioideo ed il genio-ioideo; indietro, la dove termina il miloioideo, si continua con lo spazio sottomascellare, spiegando così il reciproco interessamento nelle affezioni dei due spazi.

Questo spazio nel senso verticale, attraverso le fibre muscolari facilmente dissociabili del miloioideo, comunica con lo spazio sottomiloioideo,

e nel senso trasversale con lo spazio intralinguale, nodo cellulare della lingua e del pavimento della bocca, compreso tra i geni-ioidei ed i genio-glossi.

Tutte le infezioni originatesi dagli incisivi, dal canino, dai premolari e talora anche dal 1° molare, che si estrinsecano verso il tavolato interno della mandibola, si riversano nello spazio sublinguale, cioè al di sopra delle inserzioni del miloioideo, costituendo la forma alta dell'osteoflemmone della faccia interna, in contrapposizione alla forma bassa, sottomiloioidea che evolve generalmente con un andamento grave (fig. n. 10).

In genere, la raccolta purulenta è limitata al connettivo che circonda la ghiandola sublinguale, costituendo un flemmone banale. Non è, come superficialmente si crede, un adeno-flemmone la cui infezione si sia originata dalle linfoghiandole sottomentali, poichè queste linfoghiandole stanno al disotto del miloioideo e qua la raccolta è al di sopra, limitata lateralmente dalla faccia interna della mandibola, superiormente della mucosa del pavimento buccale.

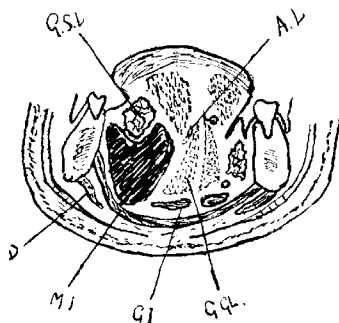


Fig. 10

Flemmone del pavimento della bocca: sede della raccolta. — GSL ghiandola sottolinguale — AL arteria linguale — D digastrico — MI miloioideo — GGL m. genioglossa — GI m. genioioideo.

(da VEAU)

I sintomi sono tutti a carico della regione buccale, dove si rileva una tumefazione a forma di cercine che solleva e respinge indietro la lingua, leggermente gonfia ed edematosa. Nel caso che la suppurazione interessi lo spazio infralinguale, compreso tra il genio-ioideo e i genio-glossi, la lingua sarà maggiormente interessata ed i disturbi ad essa connessi più accentuati.

Dal lato esterno del pavimento della bocca, al disotto e medialmente al margine della mandibola, talora si nota una certa durezza, mentre la regione è edematosa e lievemente arrossata.

La deglutizione e la favella sono ostacolate variamente, a seconda dell'intensità dell'infiammazione, provocando la mobilitazione della lingua dolore.

Esiste un trisma leggero non essendo compromessi i muscoli masticatori. Si ha spesso modica febbre. La raccolta suppurativa sublinguale ha tendenza a rimanere circoscritta, ma quando è in ballo un'infezione di una certa virulenza, per l'intermediario dello spazio infralinguale può guadagnare lo spazio sublinguale del versante opposto, o nella lingua lo

spazio medio-linguale, spazio ripieno di grasso, compreso tra i 2 genio-glossi, o lo spazio linguale, dove scorre l'arteria linguale, delimitato dal genio-glossso e ioglossso, spazio corto, piccolo e difficilmente scollabile.

Attraverso lo spazio medio-linguale le raccolte suppurative possono portarsi nello spazio glosso-tiro-epiglottideo.

2) Spazio sottomiloioideo o sottomentale.

Al piano inferiore del pavimento si trova lo spazio sottomiloioideo, separato dalla pelle della fascia cervicale superficiale, in genere resistente, che solo tardivamente cede ai fatti suppurativi, lasciando attaccare i tegumenti. Le raccolte di questo spazio costituiscono la forma bassa dei flemmoni della bocca, la sottomiloioidea, nella quale la suppurazione può guadagnare tutto il pavimento della bocca ed assumere un decorso grave.

In alto, questo spazio è separato dal sublinguale dalla fragile barriera del miloioideo; ai lati, è limitato dal ventre anteriore del digastrico; indietro, comunica con la regione sottomascellare; in basso, con il collo, dove facilmente le raccolte suppurative possono emigrare, favorite dalla *fascia superficialis* che passa davanti l'osso ioide senza aderirgli.

In questo spazio, sulla faccia anteriore del miloioideo, si trovano le linfo-ghiandole sottomentali in numero di 2 a 4.

L'infezione può giungere in questo spazio sia direttamente da un processo suppurativo del margine della mandibola, così come si può verificare a seguito da una ciste suppurata, o da una raccolta purulenta sublinguale, attraverso le fibre del miloioideo facilmente dissociabili, sia indirettamente per via linfatica, da una infezione dentaria degli incisivi centrali e laterali inferiori, o attraverso le anastomosi linfatiche che si stabiliscono nella parte mediale della parete miloioidea, tra questo spazio e quello sublinguale.

In genere, le infezioni pervenute per via linfatica hanno un'andamento più benigno, e restano localizzate, mentre invece nelle infezioni dirette si ha un decorso più grave, con tendenza delle raccolte suppurative a propagarsi in basso nella regione sottomascellare, qualche volta nella regione carotidea, o nella regione sotto-angolo-mascellare.

La evoluzione di queste raccolte suppurative, sia che inglobano in un bagno di pus le linfoghiandole, sia che ci si trovi in presenza di un adenoflemmone, è la comune. In corrispondenza della regione sottomentale si trova una tumefazione molle e centrale che occupa tutta la regione sopraioidea, delimitata ai lati dai due ventri anteriori dei digastrici. La pelle integra all'inizio, a processo avanzato si presenta di colore rosso vivo, si ha febbre piuttosto modica.

Terapia delle raccolte purulente della bocca

Raccolte purulente dello spazio sottomiloioideo. — L'incisione verrà semplice incisione trasversale, dal lato buccale, in piena tumefazione, perchè tutto volga rapidamente alla guarigione.

Bisogna poi trattare convenientemente il dente causale.

Raccolte purulente dello spazio sottomiloioideo. — L'incisione verrà praticata al di sotto della mandibola, sulla linea mediana, in piena tumefazione.

Sulla linea mediana, mancando il pellicciaio, la *fascia superficialis* ricopre la parete anteriore del miloioideo, inquadrato tra i due ventri anteriori dei digastrici. Quindi, l'incisione della cute, del sottocutaneo, della *fascia superficialis*, porterà sulla raccolta suppurativa.

Dopo svuotata, a seconda dell'entità, si drencherà o no, e si porterà l'attenzione sul dente causale.

Spazio sottomascellare. Flemmoni sottomascellari. — L'infezione di questo spazio può avvenire direttamente per propagazione di un processo suppurativo a carico degli apici del 2° e 3° molare, che sono ricoperti all'interno da uno strato osseo sottile che va sempre più divenendo esile quanto più il dente è posteriore, o per propagazione di una raccolta sublinguale attraverso lo spazio che intercede tra il margine posteriore del

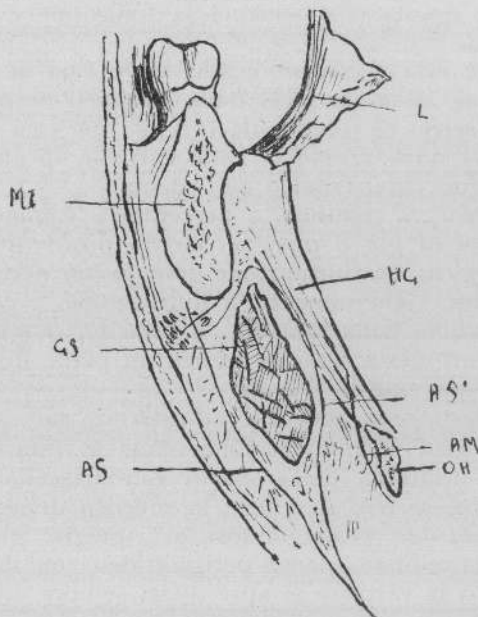


Fig. 11

Sezione verticale della mascella inferiore e della regione sopraioidea praticata in corrispondenza della ghiandola sottomascellare.

L porzione della lingua — AM aponeurosi cervicale media — AS aponeurosi cervicale superficialis — AS' foglietto di sdoppiamento dell'aponeurosi cervicale superficiale che passa nella parte interna della ghiandola sottomascellare — GS ghiandola sottomascellare — GHm ioglosso — MI sezione del mascellare — OH osso ioide.

miloioideo e l'ioglosso, che mette in comunicazione lo spazio sublinguale con il sottomascellare (figura 11).

Indirettamente l'infezione avviene per via linfatica, proveniente dal vasto territorio dentale tributario e interessa le linfoghiandole che stanno in questo spazio, in numero da 3 a 6, disposte a catena, a contatto con la ghiandola sottomascellare, lungo la base della mandibola.

Voglio ricordare, perchè ha importanza dal lato stomatologico, che alcuni AA. (QUENDOT e LEBEDIMSKY) annoverano nella etiologia dell'adeno-flemmone sottomascellare l'infezione inter-radicolare dei grossi molari, con relativa infiammazione dell'articolazione alveolo-dentale, che producendo un ostacolo al fascio vascolo-nervoso del dente in corrispondenza dell'apice, genera una necrosi polpare, senza che il dente presenti carie.

Tutti i fatti infiammatori che s'impiantano in questo spazio tanto che essi siano originari in corrispondenza delle linfoghiandole, o nel tessuto connettivale lasso che riempie detto spazio, hanno una sintomatologia e un andamento uguale.

Quindi basta a comprenderli la sola descrizione dell'adeno-flemmone. Raramente l'inizio è brusco, dolori vaghi, premuntori si hanno nel-

la regione sottomascellare, che si esacerbano alla palpazione o ai movimenti della mandibola. Nello stesso tempo compare una tumefazione dura e mobile che rapidamente in due, tre giorni aumenta di volume, si diffonde, diviene mal delimitata, occupa il posto del solco cervico-mascellare spianandolo ed estendendosi in avanti, fino alla inserzione anteriore del digastrico, indietro, sino al bordo anteriore dello sterno-cleido-mastoideo. I dolori si fanno sempre più vivi, la masticazione è penosa, la salivazione abbondante. Si ha trisma che ostacola la fonazione e rende impossibile l'esame della bocca.

La respirazione non è compromessa, salvo casi in cui vi è propagazione della infezione verso la base della lingua; temperatura 38-39 C°, preceduta o no da senso di freddo, da brividi; nei casi leggeri manca. In corrispondenza della tumefazione la pelle è rossa, lucente e la palpazione lascia la fovea, segno caratteristico dell'edema.

Dopo 5, 6 giorni, si comincia a percepire il rammollimento della tumefazione, essendosi di già il pus raccolto in profondità.

Dopo 1, o 2 giorni, la fluttuazione diviene più netta per il superficializzarsi della raccolta. Generalmente la fluttuazione, a causa della aponeurosi tesa alla superficie della raccolta, è difficile, o scarsamente percipibile, anche perchè in questa regione manca un piano duro che fornisca un punto di appoggio per questa ricerca.

Il pus tende sempre a sboccare all'esterno; rare volte però, poichè nei tre quarti dei casi la suppurazione tende a restare localizzata, guadagnata la parete profonda dello spazio sottomascellare, può affacciarsi sotto il pavimento della bocca. Allora la mucosa diviene edematosa, sollevata e l'infiammazione propagandosi ai ripieghi glosso-epiglottidei e ariepiglottidei può produrre edema periglottideo con tutti i suoi pericoli.

In genere, però la raccolta si apre quasi sempre alla pelle. Lo studio particolare dei rapporti anatomici dello spazio sottomascellare è di grande interesse per le possibili diffusioni che processi ivi localizzati, o comunque pervenuti, possono effettuare.

Superiormente, detto spazio, è delimitato dalla mucosa orale, inferiormente e anteriormente dal ventre anteriore del muscolo digastrico, posteriormente dal setto interglandolare costituito dalla fascia superficiale tra la ghiandola sottomascellare e la parotide, medialmente, nella porzione anteriore, dal miloioideo prima, poi dall'ioGLOSSO, lateralmente, dalla *fascia superficialis*.

In questo spazio viene accolta la ghiandola sottomascellare avvolta strettamente in una capsula propria di connettivo, che ne facilita la enucleazione. Questa capsula, ripiena della sua ghiandola, posteriormente ed in alto tampona l'ingresso dello spazio parafaringeo.

In caso di mancanza di questa capsula, lo spazio sottomascellare e quello parafaringeo sono liberamente comunicanti tra di loro, e in quei casi in cui essa è piccola l'ingresso allo spazio parafaringeo, non completamente tappato, è ostruito da un tessuto cellulare molto lasso.

Cosicchè, o direttamente, in caso di mancanza della capsula, o per tramite del tessuto cellulare lasso, o per rottura della capsula in corrispondenza dell'ingresso allo spazio parafaringeo si può avere una propagazione della suppurazione a questo spazio, cosa che spesso avviene nei flemmoni del pavimento della bocca, aumentandone la gravità ed i pericoli.

La suppurazione una volta guadagnato lo spazio parafaringeo, ha varie possibilità di propagarsi agli spazi con esso comunicanti.

Così, può coinvolgere lo spazio retro-faringeo, ripieno di tessuto connettivo lasso (terreno favorevole allo sviluppo dei flemmoni), che in basso si sperde nel tessuto cellulare lasso del mediastino posteriore, come, seguendo il decorso dell'arteria linguale e del grande ipoglosso, può guadagnare posteriormente alla ghiandola il fascio vascolo-nervoso e lungo

la carotide esterna prima, e poi la carotide primitiva e la vena giugulare interna, raggiungere il mediastino anteriore. Altre possibilità di propagazione della raccolta suppurativa, attraverso lo spazio parafaringeo, possono aversi allo spazio parotideo, oppure lungo il muscolo pterigoideo interno, che limita esternamente lo spazio parafaringeo, o lungo l'esterno alla fossa temporale e pterigo-palatina, che non sono esattamente divise dallo spazio parafaringeo.

Diagnosi differenziale. — La diagnosi è facile. L'adenoflemmone si può confondere con la sottomascellite acuta, con la distensione della ghiandola sottomascellare, ma soprattutto confusioni può generare una osteoperiostite della mandibola.

La sottomascellite acuta, contornata da tessuto infiammato, è una affezione rara; però la forma e la limitazione permettono di diagnosticare l'adenoflemmone. La distensione della ghiandola dovuta a calcoli ha un carattere transitorio, si verifica al momento del pasto, per scomparire una, o due ore dopo.

Più delicata, invece, può risultare la diagnosi differenziale con la osteoperiostite mandibolare. Bisogna tener presente che talora le due affezioni coesistono e fanno seguito alla stessa causa.

Nell'osteoflemmone, sia esso del tavolato esterno, interno, basilare, cioè dal margine della mandibola, si ha una tumefazione che fa corpo con l'osso, essendo la raccolta suppurativa originaria dall'osso e con esso a contatto.

Questo fatto facile ad osservarsi nell'osteoflemmone esterno è un poco più difficile quando l'osteoflemmone ha sede sulla faccia interna, o nella porzione basilare.

Negli osteoflemmoni della faccia esterna, la tumefazione è sopramandibolare, mentre invece nell'adeno-flemmone è al disotto della mandibola. L'edema giunge sino alle regioni palpebrali; all'esplorazione del fornice posteriore si rileva una tumefazione e si sveglia un vivo dolore, sintomi tutti che sono assenti nell'adenoflemmone.

L'osteoflemmone del tavolato interno non porta confusione. L'osteoflemmone basilare che apporta più di tutti difficoltà diagnostica, per il fatto che talora si viene ad estrarre in corrispondenza della regione della linfoghiandole sottomascellari, inglobando le linfoghiandole stesse.

L'esplorazione del bordo mandibolare sveglierà un dolore osseo netto, ma questo segno non sempre è possibile identificarlo con precisione, inquantochè non sempre è ben delimitabile il bordo; spesso in mezzo alla tumefazione si riesce a percepire uno, due gangli ingorgati.

In più, il trisma nell'osteoflemmone è precoce e più accentuato, cosa che spesso fa difetto nell'adeno-flemmone.

La etiologia stessa, in certo qual modo, ci servirà pure di guida: infezioni dentali si complicano in genere ad osteoflemmoni, infezioni mucose ad adenoflemmoni.

Cura. — Se l'adenoflemmone è nel periodo iniziale dell'adenite con periadenite, senza che ancora sia iniziata la suppurazione, l'intervento consisterà nella estrazione del dente causale, togliendo così il focolaio che sostiene l'infiammazione. Basta per lo più tale intervento, perchè, in gran parte di casi, tutto regredisce. L'antisepsi e l'asepsi post-operatoria faciliteranno la terminazione per risoluzione.

Ottima indicazione avrà in tale periodo l'unguento mercuriale applicato localmente, pratica caduta in disuso.

E' bene, a tal proposito, dire qualche cosa, perchè molte volte nella pratica questo trattamento risponde in pieno e merita di essere sperimentato sistematicamente. L'unguento mercuriale, in piccola quantità, applicato localmente sulla tumefazione e ricoperto poi da uno strato di co-

tone idrofilo, spiega azione antiflogistica facendo regredire la evoluzione del processo infiammatorio.

Era tale pratica vecchia usanza che LUCAS-CHAMPIONNIERE ha cercato di rimettere in onore.

Spesso, dopo tale procedimento si assiste al retrocedere ed alla rapida guarigione, senza incisione, di adenoflemmoni della regione sopraioideea, nei quali l'apertura cutanea sembrava inevitabile. HAYEM, spiega tale fatto concludendo che il mercurialismo acuto rende l'organismo, che generalmente è terreno favorevole ai germi, terreno meno adatto allo sviluppo ed alla moltiplicazione dei germi stessi, aggiungendo che tutto il segreto della terapeutica mercuriale risiede in questo fatto.

Con le stesse modalità risponde l'applicazioni di unguento iodone al 10-20%. Forse anche all'iodio sono riservate analoghe caratteristiche.

Così, come altrove si è detto, verranno proibiti categoricamente i cataplasmi, rimpiazzandoli con vantaggio con applicazioni antisettiche umide caldissime, ricoperte da tessuto impermeabile che esercitano nello stesso tempo azione calmante.

Dopo le applicazioni calde si detergerà la parte con alcool allo scopo di non far macerare la pelle. Alcuni AA. bandiscono anche queste applicazioni umide antisettiche, riservandole solo per quei casi nei quali si è in presenza di una raccolta purulenta nettamente diretta alla pelle e l'apertura su questa sia inevitabile.

L'applicazione del freddo, buon antiflogistico, può essere pure praticata, sebbene sia piuttosto un preventivo che un curativo. La sua applicazione sarà prolungata e l'uso dovrà essere smesso gradatamente allo scopo di evitare la reazione che riesacerberebbe tutti i sintomi. Quando, nonostante tali pratiche, non si ha avuto un miglioramento rapido bisogna intervenire chirurgicamente.

La raccolta suppurativa dovrà essere aggredita dal lato buccale, o dalla via esterna, cutanea?

E' questo un criterio che verrà stabilito volta per volta. Nel campo nostro le considerazioni estetiche fanno legge. Ma, è ovvio che quando è in giuoco un processo suppurativo a virulenza elevata che tende rapidamente ad annullare le difese locali, ripercuotendosi gravemente sullo stato generale, e minacciandone gravi complicanze, o persino la vista stessa, o quando altre ragioni impongono di rapidamente aprire e sbrigliare il focolaio infettivo, sarà data la precedenza alla via esterna, via diretta che permette di svuotare e drenare nel punto più declive la raccolta, assicurando un rapido defluire dei materiali suppurativi non appena essi si siano formati. In questi casi soli, le considerazioni estetiche saranno sacrificate, altrimenti esse verranno rispettate aggredendo la raccolta per via buccale. MORESTEN, ha preconizzato il trattamento delle raccolte dello spazio sottomascellare aggredendole per via buccale, col praticare una incisione a livello della faccia interna della mandibola, all'altezza dei molari, badando a cauterizzare i bordi della ferita che tendono a portarsi in contatto ed a chiudersi.

Aperta la sacca verrà drenata. In questo procedimento è necessario praticare dei lavaggi abbondanti più volte al giorno, allo scopo di dare esito al pus non appena esso si sia riformato.

Altra via di aggressione buccale è quella attraverso il vestibolo. Frequentemente si assiste allo spontaneo svuotarsi di raccolte suppurative della regione sottomascellare per questa via. Quindi, ne viene di considerazione, contrariamente a quanto molti AA. asseriscono che tale via, oltre ad essere possibile, è naturale.

In definitiva, non si tratta che di attuare quello che tante volte spontaneamente si verifica. Si può obiettare che lo svuotamento spontaneo si verifica solo in quei casi, quando la raccolta si è di tanto superficializzata

da superare l'ostacolo di strozzamento che viene a costituire il bordo mandibolare ai tessuti della regione sottostante.

Lo svuotamento, in altri termini, si effettuerebbe quando la raccolta ha sorpassato all'esterno il livello mandibolare, o si trova di infilata, o quasi con il bordo mandibolare stesso.

In tali casi meglio ancora, perchè la via vestibolare è la sola logica e naturale.

Si praticherà una larga incisione lungo il fornice inferiore, interessando la sola mucosa. Lasciato il bisturi, si procederà a farsi strada inferiormente con la sonda, per non ledere l'arteria facciale che incrocia il bordo mandibolare presso il margine anteriore del massetere, precisamente a tre centimetri circa in avanti a partire dall'angolo mandibolare.

Giunti presso il bordo mandibolare si proseguirà a farsi strada con un *clemmer* curvo, lavorando sotto il bordo mandibolare con movimento di va e vieni. In tal modo, ben presto, molto prima di quello che si creda la raccolta sarà aperta.

Quando non si viene a questo scopo, si applicherà un drenaggio con uno stuolo di garza sin dove si è giunti. In genere, il giorno dopo si osserverà il fuoriuscire del pus per questa via.

La medicazione verrà ripetuta ogni giorno praticando abbondanti lavaggi con acqua ossigenata diluita, a mezzo di un trianello. La pulizia della bocca verrà assicurata prescrivendo frequenti gargarismi borici al 4% o con acqua ossigenata diluita. Quando, con tale trattamento non si riesce a dominare l'infezione, allora si ricorrerà ad una incisione esterna.

La via esterna, o cutanea mette rapidamente il chirurgo in condizione di dominare l'infezione. Solo ragioni estetiche fanno scegliere altre vie. L'incisione esterna verrà praticata subito a fluttuazione in atto. Quando tale fluttuazione, o per edema, o per la profondità della raccolta non è possibile percepirla, l'intervento è prudente portarlo non oltre il 5° giorno.

Il chirurgo che interviene sulla regione sottomandibolare e sul collo, è bene che tenga presente le nozioni dettate dal CROLY, indicando per l'intervento delle linee di sicurezza e di pericolo.

Linee di sicurezza sono: rafe mediano del collo, bordo posteriore dello sterno-cleido-mastoideo, bordo inferiore della mandibola.

Linee di pericolo: bordo anteriore dello sterno-cleido-mastoideo e linee che vanno dall'angolo della mandibola al mezzo della clavicola.

Se la raccolta è superficiale verrà eseguita una piccola incisione. Prima di incidere è prudente ricercare l'arteria facciale. Generalmente essa è respinta indietro ed in dentro dalla raccolta.

Non bisogna farsi ingannare dall'edema che sposta i limiti della regione, ma, regolandosi sull'angolo mandibolare, si farà un'incisione parallela al margine mandibolare stesso, nel punto dove più è presente la fluttuazione. Che se questa mancasse, allora si farà cadere l'incisione nel punto più culminante e più duro della tumefazione.

Per avere un concetto dell'incisione non è fuor di luogo ricordare quello che CHASSAIGNAC pensava a tal proposito per le raccolte suppurative di questa regione.

Egli diceva di essere sorpreso dalla grande sproporzione che si ha tra volume, andamento e durata del flemmone da una parte e piccolezza dell'incisione bastevole a dare la guarigione dall'altra, tanto da fargli dire da non sapere fino a qual punto fosse spinto il concetto, che per i flemmoni di minore entità sarebbe stata bastevole la sola puntura.

La lunghezza della incisione una volta deciso l'intervento per la via esterna, tenendo presente quanto si è detto, sarà lasciato a giudizio del chirurgo secondo la necessità. Tale incisione varierà da un centimetro, sino a 6 centimetri al massimo, nel caso che siano interessate più cavità.

Si inciderà i tessuti cutaneo e sottocutaneo, quindi sostituito il bi-

sturi con la sonda, ci si farà strada con questa lacerando prima la *fascia superficialis*, e poi dirigendosi in piena tumefazione fino ad aprire la raccolta suppurativa, la cui breccia, per favorire l'esito del pus, sarà allargata con la sonda stessa con movimento di va e vieni o introducendo nella breccia una Kocher chiusa, che verrà ritirata dopo aperte le branche.

Nella evenienza che, praticata l'incisione nonostante accurate ricerche, non sia avvenuta fuoriuscita di pus bisognerà badare a non far chiudere l'incisione situando sino al fondo di questa un drenaggio con garza. Con tale procedimento, il giorno dopo, tolto il drenaggio, verrà fuori del pus sia perchè questo è stato sollecitato a raccogliersi, sia per l'apertura sulla breccia di una sacca ignorata.

La medicazione verrà praticata giornalmente badando a diminuire gradatamente il drenaggio, che verrà del tutto tolto quando lo scolo del pus sarà cessato.

In capo a tre quattro giorni avviene la cicatrizzazione. E' utile associare nelle infezioni ad andamento piuttosto grave o di una certa entità, in cui reazioni generali sono in atto, un trattamento vaccinico o sieroterapico.

Cellulite ipersettica diffusa. — Allorchè le affezioni infiammatorie, per cause connesse all'altissima virulenza del germe infettivo che paralizza ed annienta ogni difesa organica, o per fattori intrinseci dell'organismo, sieno essi di natura locale, o generale che fiaccano i poteri di difesa, assumono un andamento grave per estensione e per cointeressamento dello stato generale, si ha il quadro della cellulite ipersettica diffusa che riveste una caratteristica speciale, connessa con sintomatologia propria, a seconda della localizzazione.

Al pavimento della bocca le celluliti che si producono nel tessuto sottomucoso della cavità bucco-faringea, se interessano la loggia sublinguale generano l'angina di LUDWIG, se la regione posteriore, extra buccale, faringea, l'angina di SENATOR.

Altre varietà di celluliti sono date da quella così detta alta, a predominanza cefalica e da quella a diffusione bassa, sotto-miloioidea. Dal lato anatomico-patologico tutte le celluliti sono caratterizzate da necrosi estese e rapide a carico dei tessuti cellulari e muscolari. Dal lato clinico si traducono con un andamento più tossico che setticemico; dal lato batteriologico non hanno specificità potendo essere determinate da qualsiasi microorganismo a virulenza alta.

Angina di Ludwig. Etiologia. Sintomatologia. Decorso. Complicanze. Diagnosi. Terapia. — La causa più frequente dell'angina di LUDWIG riconosce un'infezione originatasi in corrispondenza del sistema dentario, con minore frequenza una lesione della mucosa buccale.

La causa dentaria può riconoscere una gangrena della polpa, che ha generato una peristite alveolo-dentaria, una estrazione, una frattura, o una otturazione di un dente infetto, o mal curato, in cui si produce una esaltazione di virulenza connessa con la cavità chiusa.

La causa più frequente dopo la gangrena della polpa è data dalla complicanza dell'eruzione del dente della saggezza inferiore.

Alcune angine hanno una etiologia tonsillare, o piorreica.

La via di propagazione dell'infezione, originatasi per una delle cause sopra enumerate, avviene il più delle volte per contiguità, o propagazione, con minore frequenza per via linfatica, ed infine per via venosa, via da molti ritenuta ancora dubbia.

La via per contiguità fa seguito ad infezioni dentarie. La via linfatica è battuta da infezioni a punto di partenza tonsillare, o mucoso, così come avviene nelle complicanze dell'eruzione del dente della saggezza

inferiore, sia per cause che risiedono nel cappuccio mucoso, che nel sacco pericoronario.

Di contro a queste forme classiche, primarie di angina di LUDWIG esiste una forma detta secondaria, che i classici non descrivono e che differisce dalla prima per i seguenti elementi:

1°) La raccolta di pus sublinguale invece di svilupparsi primariamente nel tessuto cellulare che avvolge la ghiandola sottomascellare, o le linfoghiandole di questa regione, fa seguito ad una adenite anteriore, ad un ascesso del collo. Di conseguenza questa forma dal lato clinico si traduce con un inizio subdolo, preceduto da sintomi di una affezione anteriore.

2°) La diffusione dell'infezione al tessuto cellulare sublinguale avviene attraverso il miloioideo, o attraverso il rafe mediano di questo muscolo, al contrario di quanto avviene nella forma primaria, dove l'infezione si propaga attraverso l'interstizio esistente tra il bordo posteriore del miloioideo e l'oglosso, seguendo il tessuto cellulare lasso che accompagna il prolungamento anteriore della ghiandola sottomascellare.

3°) La raccolta purulenta sublinguale nell'angina secondaria è manifestazione periferica di un ascesso, o di un'adenite cervicale, mentre nella forma primaria è di per sé prodotto originario, centrale.

4°) La formazione di pus al di sopra del miloioideo mentre è la regola nella forma primaria, costituisce l'eccezione nella forma secondaria.

5°) La propagazione al laringe attraverso lo spazio così detto senza muscoli, delimitato dal bordo posteriore del miloioideo e la mandibola all'esterno, dal costrittore faringeo superiore e medio all'interno, è molto più frequente nella forma primaria.

I germi incriminati sono vari.

Molti A.A. hanno tentato invano di dare un germe specifico a questa infezione e di volta in volta l'eredità è toccata allo streptococco, al colibacillo, allo stafilococco, agli anaerobi e specie tra questi lo sporogeno, il perfringens, il bellonensis di DUFOURMENTEL e FRISON, l'istolitico; alcuni hanno anche trovato lo pneumococco.

Allo stato attuale delle cose, si può dire che non esista un germe specifico; qualsiasi microrganismo, purché dotato di alta virulenza, può essere capace di determinare l'angina di LUDWIG, specie in un organismo in cui i poteri di difesa sono menomati per cause locali, o generali. Anzi, oggi comunemente si ammette che il fattore terreno giuochi il ruolo principale.

Sintomatologia. — La malattia in alcuni casi comincia subdolamente sotto l'aspetto di una banale infezione. In altri casi, e specie in soggetti nei quali le difese organiche sono tarate, si ha un inizio brusco.

Nel primo caso, il paziente si lagna di dolori che localizza alla regione sopraioidea, in corrispondenza della quale si impianta una tumefazione circoscritta.

La febbre può essere presente e raggiungere i 38°, 39°, il polso è rapido e valido, lo stato generale non è per nulla compromesso. Sembra di essere in presenza di un comune flemmone, di una complicità semplice senza fatti ipersettici, senonché in seconda, terza giornata la tumefazione rapidamente si diffonde, guadagna i tessuti circostanti e si stabilisce un quadro ipersettico grave.

Nei casi ad esordio brusco i fatti locali passano senz'altro in seconda linea, si è di fronte, si può dire repentinamente, ad una grave compromissione dello stato generale, con tutti i segni di una profonda intossicazione, che contrasta grandemente con i fatti locali scarsi di nessuna importanza quasi.

La temperatura è elevata sin dall'inizio, il polso è piccolo, frequente, irregolare, sproporzionato alla temperatura. Le urine sono scarse già fin

dai primi giorni. Lo stato generale è cattivo, si ha delirio, difficoltà respiratoria.

Localmente in corrispondenza della regione sopraioidea, in un primissimo periodo iniziale, si constata una tumefazione localizzata, in un lato o in un altro del pavimento buccale, tumefazione connessa con l'origine dell'infezione.

In una infezione che ha preso spunto dal dente della saggezza inferiore destro, la tumefazione sarà localizzata alla parte destra del pavimento, mentre la parte restante e massima la sinistra è libera o quasi.

Successivamente questa tumefazione, con rapidità, dalla sede originaria anteriore, laterale, o posteriore, si estende, potendo occupare tutto il pavimento, la parte superiore del collo, giungendo al suo massimo in terza, quarta giornata con l'interessare le regioni vicine.

La caratteristica di questa tumefazione sin dal suo primo apparire è la durezza lignea, di pietra; la pelle che la ricopre è normale.

A seconda che la infezione abbia avuto punto di partenza anteriore, laterale, posteriore si ha presenza precoce o no del trisma.

Un'infezione a punto di partenza anteriore si complicherà a trisma solo secondariamente, quando il flemmone diffuso avrà guadagnato le parti laterali e posteriori del pavimento buccale, interessando i muscoli masticatori.

Le infezioni di origine laterale, o posteriore si accompagnano a trisma precoce, intensamente forte.

Dal lato buccale, nella regione sublinguale, nel periodo di inizio si trova solo uno spianamento della mucosa, a cui subito fa seguito un'edema che si dispone sotto forma di cercine, di consistenza relativamente molle, situato dietro alla mandibola, che respinge la lingua in alto ed indietro, provocando disturbi funzionali spesso minacciosi.

L'esame della bocca, mentre è possibile in un periodo iniziale, in un'angina a punto di partenza anteriore, non è possibile in un periodo secondario, quando l'infezione avrà interessato il pavimento buccale posteriormente o quando si è in presenza di un'angina a punto di partenza posteriore, o laterale.

Il trisma è quindi importante segno che ci può svelare il punto di partenza dell'infezione, ma però bisogna notare che non è in rapporto con la gravità dell'infezione.

Se l'infezione è lasciata a sè, si ha un aumento progressivo di tutti i sintomi locali, per lo estendersi della tumefazione sino alle regioni sopraclavicolari. La respirazione è penosamente impacciata.

Dalla bocca si ha uno scolo abbondante di saliva. La masticazione e la deglutizione sono penosissime, oltrechè quasi impossibili in presenza di trisma. Le urine si fanno sempre più scarse e si ha tendenza al bloccarsi della funzione renale.

In corrispondenza della tumefazione, la pelle incomincia a mostrare delle flittene, delle striature di color livido, in seguito poi delle escare e qua e là segni di crepitazione gassosa. La fine sopravviene in mezzo a tossiemia generale.

Complicanze. — Complicazioni possono verificarsi sia nel corso dell'infezione che durante la convalescenza. Per contiguità si possono avere complicanze a carico dei tessuti molli ed ossei, sia in corrispondenza della porzione orizzontale della mandibola, che sull'angolo, potendo culminare in fratture patologiche. Complicanze a distanza sono rappresentate dalla gangrena polmonare e da infezioni settiche broncopolmonari.

Diagnosi. — Nel periodo iniziale l'angina di Ludwig può generare confusione con il flemmone semplice, diffuso, del pavimento della bocca; però tale confusione non si prolungherà mai oltre il secondo, terzo giorno.

In ogni modo, la durezza caratteristica della tumefazione nell'angina di LUDWIG, la sproporzione netta tra fatti generali che traducono una grave intossicazione e fatti locali circoscritti, i caratteri del polso, piccolo, rapido con qualche intermittenza, non proporzionato con la temperatura, così come è regola nelle affezioni flemmonose semplici, le urine scarse, che si riducono sempre più potendo giungere a 100-200 grammi, fanno imporre la diagnosi di angina di LUDWIG.

Bisogna sempre por mente che un criterio discriminante netto non può mai dettarsi, poichè un flemmone banale che sino ad un dato mo-

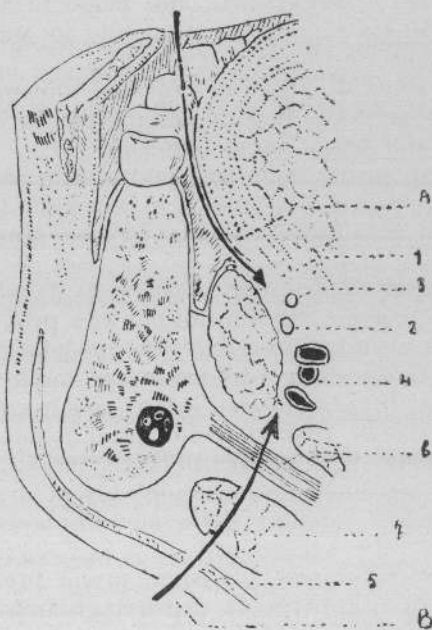


Fig. 12

Vie di aggressione del pavimento della bocca. — 1) ghiandola sottomascellare — 2) canale di Wharton — 3) nervo linguale — 4) arteria sublinguale — 5) tessuto cellulare lasso — 6) m. miloioideo — 7) ventre anteriore del digastrico.

mento ha avuto un corso normale, di colpo può rivestire un andamento ed una tossicità tale da farlo considerare non più affezione flemmonosa banale, ma una vera e propria angina di LUDWIG. La prognosi è gravissima.

Cura. — Bisogna cercare di portare l'intervento il più precocemente possibile, senza attendere che si manifestino i segni della formazione del pus e della raccolta. Come prima cosa si procederà all'estrazione del dente, o dei denti che hanno dato origine all'infezione. Si procederà sotto anestesia locale. L'anestesia generale non è consigliabile, poichè può riuscire dannosa; tutt'al più, se viene praticata, deve avere corta durata e si consiglia l'uso del cloruro d'etile (figura 12).

Si pratica una lunga incisione sulla linea mediana, in senso antero-posteriore e un'altra lateralmente, nella regione sottomascellare, lungo il corpo della mandibola fino al suo angolo, incidendo i piani cutanei, il tessuto cellulare lasso e sezionando il miloioideo. Inciso questo, per maggior sicurezza, essendo vicini ai vasi è meglio farsi strada in mezzo alla massa edematosa con una Kocher, sino a giungere alla mucosa linguale.

MAUREL a questo punto non incide la mucosa buccale, ma con la stes-

sa Kocher, aprendo le branche, la lacera, in modo da ottenere una ferita a margine non netto, allo scopo di ostacolare il più possibile la tendenza a chiudersi della breccia praticata nella mucosa.

Si drena con grossi tubi di gomma della grossezza di un pollice, situandone due per incisura, avendo cura di porre attorno ai tubi delle compresse di garza imbevute con liquido di Labarraque, o Dakin. Nel caso che tutto il pavimento della bocca sia interessato, procedendo con la stessa tecnica si praticherà una terza incisione laterale, dal lato opposto e si drenerà con le solite modalità.

Contemporaneamente verrà attuato un adeguato trattamento sieroterapico, cardiocinetico e sintomatico, allo scopo di sorreggere e stimolare le difese naturali. Si sorveglierà attentamente lo stato renale per la tendenza che ha la malattia a bloccare il rene.

Nei giorni che seguono saranno praticate almeno tre generosi irrigazioni quotidiane con parecchi litri di Dakin, per la durata di dieci minuti circa, irrigando dalla bocca verso l'esterno.

E' buona pratica, prima delle irrigazioni, allo scopo di evitare le erosioni che il Dakin produce alla pelle e ai margini dell'incisione, di spalmare questi margini e la pelle circostante con lanolina, o pasta all'ossido di zinco.

REHN cura l'angina di LUDWIG asportando la ghiandola sottomascellare. Egli si esprime dicendo che l'infezione non proviene dalle linfoghiandole superficiali, ma propriamente dall'interno della capsula nell'involucro della ghiandola sottomascellare, diffondendosi molto profondamente. Per questa ragione e per la gravità dell'intero quadro morboso consiglia di operare di urgenza, anche precocemente, quando ancora nessuna raccolta purulenta si sia formata. Egli pratica un'incisione ad arco che va dal margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo lungo il grande corno dell'osso ioide, fino alla parte mediana della mandibola in corrispondenza del suo margine.

Si incide cute, sottocutaneo, platisma, *fascia superficialis* e si procede nel triangolo digastrico, aprendo la capsula ghiandolare flemmonosa. La ghiandola stessa viene liberata dalla sua loggia e ribattuta in alto. Anzi, REHN raccomanda di non limitarsi a ciò, ma di asportare la ghiandola stessa.

Nel caso di interessamento dell'intero pavimento della bocca, si aprirà anche dall'altro lato, e si inciderà la regione sottomentoniera dal margine della mandibola fino alla parte mediana dell'osso ioide, approfondendo l'incisione perpendicolarmente fino alla massa della lingua stessa.

Se ci si tiene sulla linea mediana, tale incisione non presenta nulla di pericoloso.

Tutte queste incisioni raggiungeranno con più probabilità lo scopo, solamente se esse siano abbastanza profonde e saranno tenute aperte con tamponamento.

Altri AA. consigliano e praticano incisioni trasversali parallele all'osso ioide, che cascano uno o due centimetri in avanti.

Cellulite ipersettica a predominanza cefalica. — L'infezione suppurativa a virulenza elevata, dopo interessato in corrispondenza del pavimento della bocca, il tessuto cellulare sottocutaneo si può diffondere rapidamente in alto, dando il flemmone diffuso a predominanza cefalica che disseca le due faccie della branca montante della mandibola, interessa la fossa temporale ed il cuoio capelluto.

Cellulite ipersettica bassa o sottomiloioidea. — E' una infezione poco conosciuta. I classici la ignorano. E' stata descritta da Lemaitre e Ruppe.

Questo flemmone ha di caratteristico le vie anatomiche che batte. L'infezione si origina in corrispondenza di un molare, di quà, in seguito si

avvia sotto la parete del miloioideo, guadagna lo spazio sottomascellare, il tessuto cellulare della regione sopraioidea, lo spazio sottomascellare del lato opposto, disseca i grossi vasi, necrotizza lo sterno-mastoideo e perviene alla fossa sopraclavicolare.

Questo flemmone ha di caratteristico dal punto di vista clinico una integrità del pavimento buccale, che contrasta con la tumefazione generalmente dura della regione mandibolare. Ha una evoluzione rapidissima tanto da guadagnare il lato opposto nello spazio di poche ore, qualche volta di 4, 5 giorni.

La morte è la fine abituale di questo flemmone e può talora sopraggiungere in solo 48 ore.

Trattamento. — L'intervento deve essere molto precoce e consiste in una incisione che va parallela al bordo inferiore della mandibola, dalla quale se ne fa partire un'altra che parallelamente allo sterno-mastoideo giunge sino in basso.

CAPITOLO TERZO

Raccolte suppurative della faringe, laringe e collo

Cenni. — Tutte le raccolte suppurative del collo hanno numerosi punti di contatto.

Gli accessi del collo si può affermare che sono sempre, o cominciano per essere, degli adenoflemmoni.

La infezione vi giunge attraverso la rete linfatica, dalle vaste regioni tributarie e riconosce in prima linea tre fattori: carie dentale, complicanze di eruzione del dente della saggezza, angina. Il fattore terreno anche per queste infezioni giuoca un ruolo importante.

Flemmone dello spazio glosso-tiro-epiglottideo. — Nello spazio delimitato in alto dalla membrana ioglossa, indietro, dall'epiglottide, in avanti, dalla membrana tiroioidea, si trova una massa adiposa che contiene dei piccoli gangli linfatici ai quali fanno capo le vie linfatiche provenienti dal velo, dal dorso della lingua, dalle gengive, dalla mucosa che tappezza il tavolato interno della mandibola, da quella porzione di mucosa situata dietro il dente della saggezza inferiore, dall'amigdala, dal faringe (fig. 13).

Una infezione proveniente da questo territorio tributario genera, come VALLAS per primo ha sostenuto, l'adenoflemmone glosso-tiro-epiglottideo.

DAIREAUX considera questi adenoflemmoni come retro-linguali. L'infezione inizia subdolamente, con dolore alla deglutizione che si fa sempre più intenso con il progredire della infezione. In seguito appare una tumefazione che si estrinseca al di sopra o al di sotto dell'osso ioide, in corrispondenza della quale alla palpazione si sveglia vivo dolore.

Dal lato buccale si rileva l'integrità del pavimento, della lingua e del faringe. Allorchè la raccolta è formata, il pavimento buccale e la regione retro-linguale si presentano sollevati, respingendo in alto la lingua.

L'esame digitale, verso la porzione faringea della lingua, sempre possibile poichè in questa localizzazione non esiste trisma, fa rilevare una tumefazione di consistenza dura, non fluttuante, accompagnata da un edema della mucosa, delle fossette glosso-epiglottidee.

In questo periodo i fatti generali si fanno sempre più accentuati. La dispnea può giungere ad un grado intenso.

Per i fatti meccanici e per il dolore che si sveglia ai movimenti della lingua è quasi impossibile la fonazione e la deglutizione.

Il pericolo maggiore in questi adeno-flemmoni è la complicità dell'edema glottideo con tutti i suoi pericoli (afonia, dispnea, crisi di soffocazione, asfissia).

In genere, quattro volte su cinque, la raccolta tende a diffondersi verso la regione sublinguale, e talora si può fare strada verso la parete laterale del collo. E' da segnalare che la suppurazione quasi mai si propaga indietro all'epiglottide e in avanti alla regione sottoioidea.

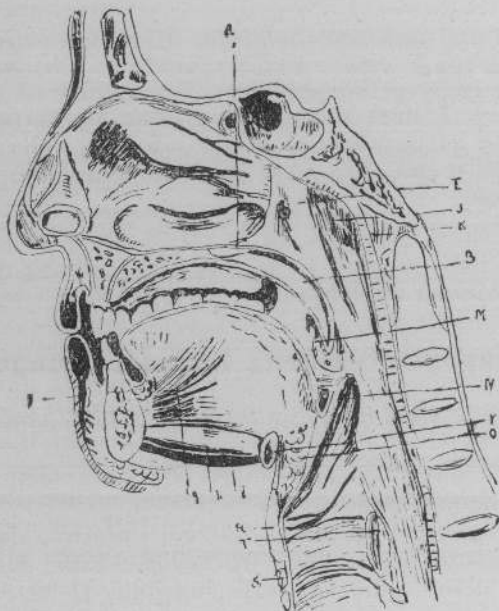


Fig. 13

Sezione mediana e antero-posteriore delle fosse nasali, della bocca, della faringe, della laringe, e della colonna vertebrale. — A volta palatina — B velopendolo — C orificio faringeo della tromba di Eustachio — J fossetta di Rosenmuller — K parete della faringe — M tonsilla — N Epiglottide — O ghiandole epiglottidee — R cartilagine tiroide — S primo anello della trachea — T cartilagine cricoide — Y osso ioide — L ghiandola sublinguale — G m. genio-glosso — HM genio-ioideo — iM miloioideo.

(da TILLAUX)

Diagnosi. — E' importante stabilire la diagnosi perchè tale affezione, sconosciuta, genera seri pericoli.

Si può confondere, quando la suppurazione si è diffusa in avanti allo spazio sublinguale, con l'angina di LUDWIG. In tal caso, però, bisogna notare che il pavimento della bocca è sollevato e la lingua è respinta in alto ed indietro. La sintomatologia iniziale, con la localizzazione della tumefazione e del dolore in una zona paramediana nella regione sopraioidea, con l'integrità del pavimento della bocca aiutano a fare la giusta diagnosi.

Trattamento. — L'intervento cadrà intervenendo per via cutanea con una incisione sopraioidea, sezionando strato per strato sino a raggiungere la raccolta. Talora è necessario di sezionare anche la parte delle inserzioni della lingua all'osso ioide.

Adeno-flemmone latero-faringeo. — La etiologia riconosce una lesione dentaria con stomatite, un'angina. MARCHAND, l'annovera tra le complicanze dell'ottavo inferiore. Si sviluppano nella parte posteriore della re-

gione mascillo-faringea, nel gruppo delle infogghiandole che contornano l'arteria carotide interna e vena giugulare interna, in quella porzione dove il fascio vascolo-nervoso latero-faringeo costeggia la parete laterale del faringe, stabilendo intimi rapporti con queste raccolte, a cui fanno assumere un carattere ed una gravità speciale.

I materiali purulenti si raccolgono in quello spazio angolare, compreso tra la aponeurosi stilo-faringea in fuori ed in avanti e le guaine sagittali della faringe in dentro.

L'infezione si inizia subdolamente con dolore al collo specie nei movimenti e dolore di testa.

Nel periodo di stato si nota una tumefazione in corrispondenza della regione retro-angolo-mascellare che solleva lo sterno-mastoideo.

L'esame della cavità faringea, quando si riesce a far aprire la bocca, fa constatare un'edema del velo ed una tumefazione che proietta la parete laterale della faringe verso la linea mediana e nel contempo spinge la tonsilla verso la bocca.

La fluttuazione è difficile a percepire.

I segni funzionali consistono in dispnea, che negli adulti può mancare essendo la faringe più ampia di quella dei bambini. Esiste disfagia. Con la irritazione dei nervi cranici si spiegano i dolori vivi, il trisma, i vomiti frequenti. La testa è immobile ed inclinata dal lato ammalato.

L'apertura può farsi spontaneamente tanto dal lato esterno, che nella faringe, nella quale evenienza vi è pericolo di asfissia.

La prognosi è riservata a causa di questa possibilità o di eventuale rottura di uno dei vasi latero-faringei immersi nel pus. I vasi che possono andare soggetti a questa complicità sono la carotide interna, un ramo della carotide esterna, la vena giugulare interna. La emorragia può essere fulminante e quindi letale, oppure si può preannunziare con piccole, ripetute emorragie che mettono sull'avviso il chirurgo.

Diagnosi. — Tali raccolte bisogna talora distinguerle dall'ascesso retro-faringeo, dagli ascessi tonsillari e dalle raccolte angolo-mascellari. Dalle raccolte retro-faringee si differenziano per la etiologia nasale in genere che queste affezioni hanno, ma soprattutto è la sede laterale e la proiezione della tumefazione che solleva la tonsilla spingendola verso la bocca che fa differenziarla.

Con le raccolte tonsillari, specie nella varietà posteriore, la diagnosi è più delicata. In tutte e due le forme esiste tumefazione angolo-mascellare e faringea, ma bisogna notare che negli ascessi tonsillari il pilastro posteriore resta in sito e la tonsilla è proiettata in avanti, mentre nel latero-faringeo tutta la parete della faringe è propriettata verso la linea mediana.

Le raccolte sotto-angolo-mascellari si distinguono per il trisma più intenso, per la tumefazione che si prolunga in avanti e per l'assenza di tumefazione dal lato faringeo.

Cura. — Per le pericolose complicanze vasali non bisogna abbandonare a sè queste raccolte, ma non appena si è fatta la diagnosi, bisogna intervenire aggredendo il focolaio suppurativo per via esterna, cutanea, mai faringea.

L'incisione deve essere retro o pre-sterno mastoidea. Meglio pre-sterno mastoidea, incidendo lungo il bordo anteriore di detto muscolo.

La profondità e la grandezza della tumefazione regoleranno la lunghezza della incisione, attenendosi a praticarla il più corto possibile. Si inciderà pelle, sottocutaneo, pinzettando qualche vaso venoso della giugulare esterna che si incontrerà nel campo operatorio. Nel caso che questa vena è sulla strada, verrà sezionata tra due legature. Inciso con cautela il piano aponeurotico superficiale, talora si ha già raggiunto lo scotelo e la raccolta si svuota. Se invece, il focolaio è situato più profonda-

mente, si sostituirà al bisturi una sonda scanalata e con questa si procederà alla ricerca della raccolta, badando a cercarla sul ventre posteriore del digastrico.

Aperta la raccolta, si allargherà la breccia con una Kocher che introdotta chiusa, si ritirerà dopo aperte con dolcezza le brache. Nel punto più declive si drenerà con tubi di gomma, cercando di toglierli al più presto possibile per i pericoli di emorragie. Si applicherà poi una medicazione calda umida; subito dopo l'operazione saranno sorvegliate le condizioni del cuore e specie il polso.

La medicazione sarà praticata ogni giorno. E' indicato un trattamento con vaccino.

Flemmone del laringe. — E' una affezione rara che nel passato fu confusa con gli edemi della glottide.

Come causa occasionale ha influenza il freddo, specie brusco.

L'infezione si inizia bruscamente con un vivo senso di costrizione ed un dolore laringeo leggero che si accentua specialmente nei movimenti di deglutizione. Il paziente ha la sensazione come di un corpo estraneo nel laringe, del quale non può liberarsi nemmeno con ripetuti e forti colpi di tosse o con raschiamento.

Talora il dolore si diffonde alle regioni vicine e specie all'orecchio. Si ha febbre leggera, inappetenza, cefalea, disfonia. Dalla bocca si ha scolo di saliva.

All'esame obiettivo il primo segno ordinariamente è dato da una tumefazione spesso unilaterale, connessa con il lato lesa, di consistenza dura, a limiti non netti, dolorosa alla palpazione.

La pelle soprastante è normale. Questa tumefazione occupa la regione sottomascellare, ma talora è diffusa, immobilizza il collo, al quale fa assumere un aspetto di collo proconsolare.

Dal punto di vista anatomico-patologico l'infezione è caratterizzata dall'infiltrazione di una sierosità biancastra che tende a raccogliersi sotto la mucosa, in uno o più ascessi grossi come un pisello, una fava.

L'esame faringeo, difficoltà, talora reso impossibile dal trisma, praticato con somma prudenza a causa delle crisi di asfissia, fa rilevare nell'ipofaringe o una mucosa di colore rosso edematoso, in cui non è possibile precisare il punto dove verrà fuori l'ascesso, o tal'altra una mucosa coperta da uno strato di liquame sanioso, a riflessi gialli verdastri. Le doccie ari-epiglottidee e glosso-epiglottidee sono scomparse.

Con il progredire dell'affezione il dolore si fa sempre più intenso, si hanno turbe respiratorie, la dispnea è lenta e continua. Della respirazione è ostacolata la inspirazione, durante la quale si ha tiraggio leggero all'inizio della malattia, forte nel periodo di stato o terminale.

Di tanto in tanto si verificano crisi di soffocazione, aggravate dallo spasmo che complica la stenosi, crisi più o meno lunghe ed intense che possono condurre a morte.

La prognosi è per lo più infausta e la morte in mezzo ad un crescendo di tutti i sintomi spesso sopraggiunge verso la quinta giornata.

Accanto a queste forme gravi esistono poi forme miti ad andamento benigno.

Cura. — La tracheotomia precoce può avere ragione dell'infezione e salvare il paziente.

Adeno-flemmone delle ghiandole parotidiche. — L'infiammazione passa per le comuni tappe. Nel periodo iniziale, in corrispondenza della regione parotidea si svelano uno o più gangli duri, rotondi e scorrevoli sotto le dita.

Costituito l'adenoflemmone si riscontra una tumefazione che occupa la

regione parotidea, ricoperta da pelle rossa, lucente e tesa. Si hanno dolori più o meno vivi, diffusi talora all'orecchio. La masticazione ed i movimenti della testa risultano dolorosi; la febbre è modica o manca.

Adenoflemmone sotto-angolo-mascellare. — Questo adenoflemmone ha sede al di sotto ed indietro dell'angolo mandibolare, nella parte più posteriore della regione sopraioidea laterale, un poco in avanti al margine anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, precisamente in quella zona dove la vena facciale posteriore esce dalla ghiandola parotidea e la facciale anteriore dalla sottomascelare. E' quindi un adeno-flemmone del dipartimento giugulo-carotideo. Riconosce come causa etiologica una ulcerazione mucosa della porzione gengivale situata tra la apofisi coronoide ed il colletto dell'ultimo molare, od una disodontiasi di questo dente.

La tumefazione, di volume vario, in profondità comprime i vasi del collo e giunge in avanti sino al bordo inferiore della mandibola, indietro sino al processo mastoideo, spianando il solco retro-mandibolo-cervicale.

I sintomi sono più accentuati di quelli dell'adeno-flemmone sottomascellare, in più si ha un torcicollo stabilitosi sin dall'inizio. Il trisma, precoce ed intenso, è dovuto alla partecipazione al processo infiammatorio dei muscoli massetere e pterigoideo interno che coprono al di fuori ed in dentro l'angolo mascellare.

La fluttuazione sulla raccolta suppurativa compare tardivamente.

Normalmente l'apertura avviene alla pelle, ma può anche evolvere verso il fornice ed allora accentua la gravità.

Talora, si verificano complicazioni gravi consistenti in ulcerazioni dei vasi, trombosi venose, o diffusione della raccolta purulenta allo spazio carotideo.

Cura. — Incisioni cutanee e drenaggi filiformi per avere cicatrici piccole ed estetiche. Se l'infezione è di origine dentaria bisogna estrarre il dente.

Adeno-flemmone carotideo. — Si sviluppa a carico delle linfoghiandole della catena cervicale profonda, che stanno dislocate lungo il fascio vascolo-nervoso del collo, precisamente in fuori, all'indietro di esso e sulla vena giugulare interna. Questa catena di linfoghiandole è disposta a striscia al di sotto del muscolo sterno-mastoideo e si continua in basso con le linfoghiandole sopraclavicolari.

L'etiologia riconosce ora cause anginose, ora lesioni dentarie, ora eruzione difficili del dente della saggezza inferiore, o lesioni del palato, della lingua, delle tonsille, del cuoio capelluto.

L'inizio della infezione è tumultuoso, comincia con un gonfiore duro e doloroso, localizzato in una parte del collo.

Fatti generali intensi già sono presenti; si ha febbre, cefalalgia, inappetenza, dolore intenso sia spontaneamente che alla palpazione nella regione sterno-mastoidea, che si irradia all'orecchio ed in basso sino alla clavicola.

La partecipazione all'infiammazione del muscolo sterno-mastoideo genera torcicollo che rende dolorosi i movimenti della testa. L'abbassamento della mandibola è quasi impossibilitata e la deglutizione fastidiosa a causa della compressione sulla faringe.

Ben presto, la tumefazione aumenta di volume, si allunga e lo sterno-mastoideo che la copre viene sollevato, e non si lascia più riconoscere quando l'infiammazione ha interessato i piani superficiali. L'edema rende i limiti di questa tumefazione poco netti.

La compressione che questa tumefazione può produrre, genera sinto-

mi a carico della respirazione e della fonazione, la cui gravità è connessa al grado di infezione.

La irritazione del gran simpatico, sia perchè compresso, o perchè ne risente dai fatti infiammatorii, provoca turbe pupillari, midriasi o miosi e talora persino paralisi.

Raramente il processo infiammatorio termina con la risoluzione, in genere evolve verso la suppurazione, mentre nel contempo si ha un riaccerbarsi di tutti i sintomi generali. E' da notare che la suppurazione compare molto tardi ed è difficile a svelarla. DUMESTRE consiglia per percepirla di applicare l'estremità delle dita di una mano sul margine anteriore del muscolo sterno-mastoideo e con l'altra mano, sul margine superiore di detto muscolo saggiare la fluttuazione.

L'apertura della raccolta generalmente avviene lungo il margine anteriore, o posteriore dello sterno-mastoideo. Talora, non rispettando le barriere aponeurotiche, fila nella regione laterale del collo, giungendo alla fossa sopraclavicolare, e seguendo il plesso brachiale perviene all'ascella.

Se la raccolta non rispetta la aponeurosi media, cosa rara, si verifica la propagazione nel mediastino.

I rapporti di intimità che queste raccolte purulente assumono con i grossi vasi del collo possono generare complicazioni vascolari.

Queste complicanze vascolari possono andare dalla semplice compressione alla perforazione. Si possono pure verificare fatti di flebite, embolie che possono diffondere l'infezione in tutto l'organismo.

La diagnosi non presenta difficoltà.

Cura. — A causa della vicinanza del fascio vascolo-nervoso si procederà con somma cautela e prudenza.

Queste raccolte si svuoteranno aggredendole con una incisione che va parallela al margine anteriore o posteriore del muscolo sterno-mastoideo, meglio sul margine posteriore, linea di sicurezza. Si praticherà una lunga incisione. Scoperto il margine posteriore del muscolo si sposterà questo in avanti assieme al fascio vascolo-nervoso che scorre al di sotto del margine anteriore. Con questa manovra si mette allo scoperto la sacca ascessuale, che verrà aperta con una incisione lungo la sua parete posteriore ed esterna, procedendo dall'alto al basso, procurando di portare l'incisione in modo da non lasciare nessun cul di sacco, che non potendo essere drenato possa produrre ristagno di pus ed eventuale diffusione dell'infezione. Saranno applicati vari drenaggi.

La medicazione verrà fatta giornalmente. In caso di emorragia, se piccola, basta il tamponamento; se grande, il miglior trattamento è rappresentato dalla legatura a distanza del tronco principale, ed è la cosa più frequente, malgrado le sue conseguenze, la legatura della carotide primitiva.

Flemmone ligneo. — Questa affezione è l'esponente di una infezione a virulenza assai attenuata, caratterizzata da una evoluzione lenta, capricciosa che non turba lo stato generale. Si tratta di una maniera speciale di reagire del tessuto cellulare di fronte all'infezione.

L'infezione fa seguito generalmente a lesioni dentarie, ad estrazioni, meno frequentemente riconosce come causa una angina, una adenite, un foruncolo, una tonsillite che già sono scomparse dalla scena a malattia in atto data la lentezza di sviluppo. E' causata dai comuni microbi abituali piogeni, o che tali possono divenirli. Più predisposti sono i soggetti indeboliti, gli alcoolizzati, i diabetici.

La infiammazione inizia in un modo subdolo, senza che il soggetto accusi alcun disturbo, nè locale, nè generale, tuttavia talora si è notato un inizio brusco, improvviso, nel quale i pazienti hanno accusato una tra-

tittura, un dolore acuto nel punto in cui dopo brevissimo tempo si è manifestata la tumefazione. (FICHTENER). Ha sede sopra uno dei lati del collo, con predilezione in corrispondenza della regione sterno-mastoidea, dove fa notare una tumefazione edematosa, di color rosso vinoso che lentamente nello spazio di settimane ed anche mesi, in modo progressivo invade tutta la regione laterale del collo, estendendosi dalla mandibola alla clavicola. La pressione digitale non lascia sull'edema impronta alcuna.

La temperatura iniziale è normale, o raggiunge gradi pochi elevati, pochi decimi, e declina dopo i primi giorni.

«Il volume della tumefazione cresce senza febbre, quasi senza dolore e senza fenomeni generali apprezzabili. I sintomi cardinali dei flemmoni acuti mancano o sono poco accentuati e se la tumefazione esiste sempre, il rossore vinoso non appare che quando la pelle è divenuta con il progredire del male aderente alla placca indurita, profonda; il calore ed il dolore mancano quasi totalmente. Infine, il tumore di una resistenza singolare che ricorda quella del cancro a corazza, richiede delle lunghe settimane prima di mostrare traccia di suppurazione. Non è che dopo uno, o diversi mesi che l'edema ispessisce la pelle e che le raccolte purulente, piccole e senza pareti distinte, si formano e si succedono nei tessuti malati». (RECLUS).

Bisogna aggiungere che i contorni di questa tumefazione sono sovralevati.

I dolori si esasperano al momento della formazione di qualche nuovo focolaio suppurativo, che ad intervalli caratteristicamente si formano, si svuotano, dando esito ad un poco di pus con qualche grumo.

Il trisma, il torcicollo sono presenti allorchè si è formata una parete esterna e nei tessuti sottostanti esista sclerosi.

In queste condizioni la pelle non si lascia sollevare in pliche.

Per la compressione che questa tumefazione lignea può determinare sui piani sottostanti, si possono verificare fatti di disfagia, dispnea, afonia, congestione, paresi ed anche paralisi degli arti superiori.

Il decorso di questa affezione si svolge nel periodo di parecchi mesi, potendo arrivare sino ad un anno.

Di contro esistono forme leggere con un decorso breve di uno, due mesi e senza suppurazione.

Diagnosi. — Si distingue dall'actinomicosi solo con i mezzi di laboratorio. Ugualmente bisogna differenziarla da una tubercolosi ganglionare fistolizzata, da una sporotricosi, da una peritiroidite lignea.

La causa va cercata esplorando clinicamente e radiologicamente il sistema dentario.

Cura. — Nelle forme gravi verranno praticate incisioni lunghe e raschiamenti. Nelle forme leggere è sufficiente l'apertura della piccola raccolta. E' indicato associare un trattamento vaccinico.

Ascessi alveolari. — La infezione attenuata del tessuto congiuntivo è capace di determinare focolai circoscritti di suppurazione.

In tal caso la tumefazione è localizzata, la pelle rossa, lucida, di consistenza molle. I sintomi sono i comuni.

Flemmone largo del collo o di Dupuytren. — La maggior parte delle volte questa affezione fa seguito ad adeno-flemmoni della regione mastoidea e a fatti suppurativi delle linfoghiandole cervicali profonde. CHAISAIGNAC, l'ha descritto sotto la denominazione di ascesso cervicale profondo, altri lo chiamano flemmone diffuso sottoioideo.

Nella etiologia ha grande importanza il freddo ed il terreno, colpendo tali suppurazioni organismi indeboliti, o meno affaticati. L'origine della

infezione risiede sempre a livello del sistema bucco-faringeo, sia in una causa dentaria che anginosa.

Inizialmente, il paziente avverte mal di gola, rigidezza del collo e dolori che via via si fanno sempre più intensi, pulsanti, lancianti, continui, che si esasperano durante la notte impedendo il sonno.

Su un lato del collo si nota inizialmente una tumefazione dura, ricoperta di pelle di colorito normale.

Rapidamente questa tumefazione di consistenza dura si diffonde, guadagna tutta l'altezza del collo, si estende talora dall'orecchio alla clavicola, dalla nuca sino al laringe.

La diffusione del pus avviene per infiltrazione negli interstizi dei muscoli e nelle maglie del tessuto cellulare. Quando l'infiammazione ha interessato i piani superficiali, la pelle assume una colorazione erisipelatosa.

Lo stato generale è interessato, la febbre è alta sin dall'inizio accompagnata da brividi.

Gli organi del collo raramente sono compressi, la respirazione è libera, non vi è trisma. I movimenti del collo, così la pressione sulla tumefazione sono dolorosi.

Se il paziente resiste alla intensità dei fenomeni infettivi, dopo circa una settimana, la suppurazione si forma, allora la tumefazione si rammolisce in alcuni punti, presenta i segni della fluttuazione, la pelle diviene violacea, si assottiglia, si perfora.

Durante la evoluzione complicanze gravi si possono verificare a carico dei vasi del collo.

La prognosi è grave. La morte, malgrado l'intervento, è la terminazione più frequente.

Ascesso diffuso profondo del collo. — Si sviluppa dietro la fascia cervicale media. Questa raccolta non ha tendenza ad esteriorizzarsi verso la pelle, ma tende a farsi strada verso la base del collo, e a seconda della ubicazione del pus, per il mediastino anteriore, o posteriore, o per il cul di sacco delle pleure, discendendo nel torace, oppure seguendo la via del plesso brachiale portandosi verso le ascelle.

In questa varietà si hanno sintomi di compressione a carico della trachea, dell'esofago, del pneumogastrico, del ricorrente, del gran simpatico, dei grossi vasi, specie della giugulare esterna.

BIBLIOGRAFIA

- BEGUIN, ECC. — Patologia Chirurgica.
 BERGMANN - P. BRUNS - MIKULIEZ — Trattato di Chirurgia.
 BIER BRAUNNKUMMELEL — Chirurgische Operationslehre Vol. II.
 DE VECCHIS — Trattato di Odontoiatria e protesi.
 FALCONE — Anatomia Topografica.
 FREY E RUPPE — Pathologie de la Bouche e de dents.
 GALLARD ET NOGUE — Maladies de la Bouche.
 LEMAITRE - H. KUTTNER — Revue de Stomatologie N. 2 fevrier. 1928.
 LE DENTU E P. DELBET — Traité de Chirurgie.
 MAUREL G. — Chirurgie Maxillo-Faciale.
 PALAZZI — Trattato di Odontoiatria.
 PERNA — Frattura delle ossa mascellari.
 POTMANN — L'amigdolectomia.
 ROUSSEAU - DECELLE - RAISON — Patologia Buccale.
 TESTUT — Anatomia umana.
 TESTUT - JACOB — Anatomia topografica.
 W. P. WAGENEN E COTELLO — Annals of Surgery 5 mai 1928.
 WULLSTEIN - KUTTNER — Trattato di chirurgia.

