

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI
SOCIETA' ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO X

N. 1

GENNAIO 1955

DIRETTORE

UMBERTO SARAVAL

Primario Stomatologo, Osped. Civile
VENEZIA

◊

COMITATO DI REDAZIONE

A. ARLOTTA (Milano)
N. L. CALARESE (Napoli)
L. CASOTTI (Torino)
E. GRANDI (Trieste)
O. HOFFER (Milano)
G. MACCAFERRI (Parma)
L. MARZIANI (Roma)
P. L. MASI (Firenze)
L. RUSCONI (Parma)
F. RUSPA (Torino)
F. VICHI (Firenze)

★

AMMINISTRATORE

UGO ROTELLI

Calle Ballotte 4866 - Telef. 22-928
VENEZIA

In questo numero:

le endoprotesi in ortopedia;
gli impianti endomascellari a sostegno
di protesi;
considerazioni sugli impianti sottoperiosteici;
rilievo dell'impronta nell'impianto sotto-
periosteico;
l'impronta nell'intervento per impianto
sottoperiosteico;
su alcuni casi di impianto sottoperiosteico
in Vitallium;
infibulazione metallica endomascellare;
protesi fisse a mezzo di infibulazioni endo-
mascellari;
dalla pratica e per la pratica;
rassegna della stampa;
congressi, convegni, assemblee;
notiziario;
necrologio;
indice bibliografico.

AMMINISTRAZIONE: U. Rotelli, Venezia, Calle Ballotte 4866

Otto anni di pratica col mio metodo di infibulazione metallica endomascellare **RISULTATI - CONSIDERAZIONI**

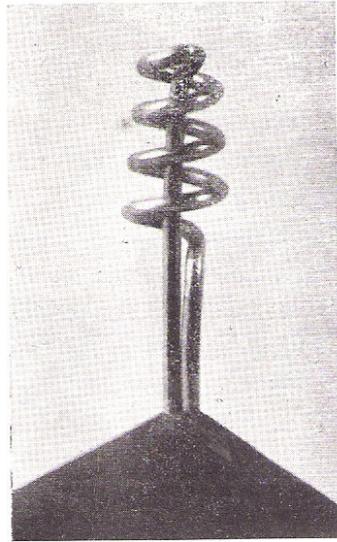
(Comunicazione al 29° Congresso Italiano di Stomatologia, Venezia, Settembre 1954)

Dott. M. S. FORMIGGINI

Con questo mio intervento non ho la pretesa di aggiungere alcunchè di nuovo alle mie precedenti comunicazioni e tanto meno di vantare una statistica di centinaia di casi, bensì di trarre delle semplici conclusioni e degli ammaestramenti dalla esperienza mia e dei colleghi italiani e stranieri. In otto anni ho trattato col mio metodo ventinove casi dei quali venticinque con esito positivo, quattro con esito negativo. I casi seguiti da successo comprendono: due protesi totali in bocche edentule — nove apparecchi parziali a ponte — tredici elementi isolati ed una frattura della mandibola. I negativi si riferiscono a denti isolati: due nel mascellare superiore, due nella mandibola. Questi due ultimi però risalgono al periodo nel quale io stesso e gli altri sperimentatori del mio metodo eravamo convinti che le infibulazioni nella mandibola, per ragioni imprecisabili, non fossero tollerate. Successivamente con opportuni accorgimenti questi interventi si dimostrarono più facili e di successo più sicuro di quelli sul mascellare superiore. I casi più difficili ed interessanti furono, per mio desiderio, controllati radiograficamente dal Prof. Rino Balli di Modena, che ringrazio della preziosa collaborazione.

Per quanto si riferisce alla descrizione del mio metodo ed alla tecnica relativa rimando il lettore alle mie note sull'argomento pubblicate sulla « Rivista Italiana di Stomatologia » e precisamente nei numeri di marzo 1947 e di luglio 1954. Desidero invece precisare ancora una volta le caratteristiche della vite da me ideata: essa è costruita con filo di metallo inalterabile, preferibilmente acciaio inossidabile o tantalio dello spessore medio di 12/10: il filo forma un asse centrale che rappresenta lo scheletro stabilizzatore del sistema,

poi rigirando su sè stesso crea una spirale a spire larghe, spirale che forma il passo della vite che risulta così cava. Le due estremità dell'asse centrale e della spirale, poste a contatto, vengono poi saldate prima dell'applicazione definitiva e costituiscono il pilastro della protesi. Tale vite è dunque leggerissima, cava, lievemente elastica ed inalterabile. Essendo costruita con filo di 12/10 essa ha una superficie minima di contatto con la parete ossea alveolare, perciò minimo



è lo stimolo a possibili reazioni infiammatorie, che in realtà non si sono mai verificate, mentre la parete libera dal contatto col metallo dà luogo al normale processo di obliterazione dell'alveolo incarcerando la vite medesima nelle maglie di un tessuto fibroso, suscettibile di calcificazione o di trasformazione in tessuto osseo. La mia vite viene introdotta con forzato movimento di avvvitamento sia negli alveoli anatomici, sia in quelli chirurgici e, se applicata con dovuta energia, si fissa da sè rendendo superfluo qualsiasi apparecchio di contenzione e possibile l'applicazione immediata della protesi. Anzi io insisto ancora una volta sulla necessità dell'applicazione precoce della protesi allo scopo di fare entrare in funzione al più presto le viti impiantate, onde evitare che esse siano considerate dall'organismo come corpi estranei, dato che, secondo la teoria da me altre volte esposta, il concetto di corpo estraneo è legato più alla funzione che

alla natura del corpo introdotto nell'organismo. Ne è prova evidente la constatazione che denti anatomicamente sani e fisiologicamente efficienti vengono espulsi dall'organismo quando manchino gli antagonisti necessari per la masticazione.

Con ciò si dimostra che elementi biologicamente normali diventano corpi estranei quando viene loro a mancare la funzione.

Da ultimo la leggera elasticità della mia vite contribuirà ad atutare i traumi masticatori che assai spesso compromettono l'esistenza di impianti applicati con altri metodi. Naturalmente si tratta di elasticità di decimi e quasi direi di centesimi di millimetro, affidata non al perno centrale ma alle spire della spirale, che, pur essendo fissate alle estremità conservano in sè stesse un leggero grado di elasticità.

Ciò premesso dirò brevemente quali applicazioni può trovare la mia vite nel campo protesico.

1° - Può sostituire denti isolati e questa è l'applicazione più richiesta per ragioni di indole estetica più che funzionale. Però, dato che questo tipo di applicazione ha la sua ragion d'essere specialmente per la sostituzione di incisivi e canini, il successo verrà facilmente compromesso dalla deplorabile e quasi generalizzata abitudine non solo di incidere ma di strappare gli alimenti coi denti anteriori. Infatti l'impianto sottoposto alla forza di trazione potrà essere reso instabile per la particolare costituzione anatomica degli alveoli incisivi e canini, nei quali si riscontra sempre una parete alveolare anteriore sottilissima e poco resistente.

2° - Più consigliabile e di successo sicuro è invece la protesi parziale, specialmente quando esista un valido pilastro molare o premolare che si renda solidale con la mia vite. Se poi non esistesse l'optimum dei pilastri anatomici converrà crearlo sfruttando due alveoli dello stesso molare praticando l'infibulazione divergente e rad-drizzando succesivamente i perni esposti in modo da renderli paralleli.

3° - Applicazione invece di eccezione, sia perchè rari sono i soggetti che si prestano, sia per la difficoltà dell'intervento stesso è quella della protesi totale in bocche edentule. Questi sono interventi di grande soddisfazione ma richiedono mani abili e soggetti disposti

a subire un intervento snervante. Però, una volta applicata la protesi, che dà al paziente la sensazione di riavere in bocca i propri denti, godrete la sua smisurata gratitudine e proverete voi stessi una soddisfazione che io non ho mai provato nemmeno dopo interventi di alta chirurgia.

4° - Da ultimo la mia vite può trovare un utile impiego nelle fratture traumatiche dei mascellari, specialmente negli edentuli o quando il trauma abbia avulso i denti prossimi al focolaio di frattura. L'introduzione delle mie viti negli alveoli beanti o in quelli creati chirurgicamente negli edentuli, seguita da legatura delle estremità libere e completata da bendaggi ben applicati, faciliterà la riduzione, talvolta difficile, di fratture dei mascellari.

Controindicazioni sono:

1° - L'età avanzata quando sia evidente una scarsa attitudine ai processi di riparazione per disturbi di nutrizione.

2° - Il diabete, sebbene l'insulinoterapia renda quasi sempre operabili anche questi infermi.

3° - La sifilide e la tubercolosi.

4° - La gravidanza e tutte quelle forme morbose che provocano una decalcificazione ossea.

(Si proiettano radiografie di soggetti portatori da otto anni di protesi parziali sostenute da viti-pilastrini ed altre di applicazioni totali più recenti).

In questo memorabile congresso il mio metodo ha trovato autorevoli riconoscimenti e collaudo nelle esperienze portate, quasi direi a conclusione della mia comunicazione, dal Prof. Zepponi di Roma e dal Prof. Pini di Milano con proiezione di interessanti casi da essi trattati col mio metodo, nonché dalle testimonianze, giunte a mia insaputa, del Prof. Mela di Torino e del Prof. Kelescian di Bologna i quali hanno avuto la fortunata occasione di esaminare il primo una protesi totale da me applicata ad una giovane signora di Torino, il secondo un caso quasi identico in una signorina di Bologna.

Questi sono gli interventi che hanno formato oggetto di una mia recente pubblicazione, data ai caratteri della « Rivista Italiana di Stomatologia » nel luglio del corrente anno.

Per un doveroso riguardo verso altri studiosi dell'argomento, ideatori o sostenitori di metodi diversi dal mio, mi astengo dal fare raffronti che affido all'iniziativa di nuovi competenti sperimentatori, dai quali attendo un sereno giudizio su esperienze condotte con criteri scientifici e di tecnica sicura. I raffronti sarebbero stati legittimi in sede di relazione ufficiale ma ciò non mi è stato possibile poichè la relazione del Prof. Marziani sul tema « Impianti metallici ed innesti nei tessuti mascellari a sostegno di protesi » non è stata pubblicata in tempo utile, nè il relatore ha avuto la possibilità di leggere al Congresso la parte che si riferisce ai vari metodi di impianti metallici.

A tale proposito stimo inutile, dato il carattere riassuntivo della mia comunicazione, riportare le conclusioni di una relazione del Dott. Graulich di Bruxelles, che dimostra l'interessamento di autorevoli stranieri per il mio metodo, relazione che per brevità di tempo non potei leggere al Congresso.

E' superfluo che io faccia rilevare il contributo dato al successo degli impianti ossei dalla scoperta degli antibiotici e della terapia ricalcificante. Nel corso degli interventi la terapia antibiotica a scopo profilattico è assolutamente indispensabile, dato l'ambiente nel quale si opera, e, a cura ultimata, è necessario prescrivere una terapia ricalcificante (1).

CONCLUSIONI

1° - L'infibulazione endomascellare e l'applicazione di elementi isolati, di protesi parziali e di protesi totali in bocche edentule col mio metodo si è dimostrata possibile e ben tollerata.

2° - Le viti da me ideate si fissano stabilmente e meccanicamente ai mascellari e non richiedono apparecchi di contenzione. Esse non hanno mai provocato reazioni infiammatorie nè immediate, nè postume ed i pazienti non avvertono la sensazione dell'esistenza di un corpo estraneo.

(1) Io ho largamente usato l'Ostelin 800 e lo Sterogil 15 ed, in particolare negli impianti totali snervanti e deprimenti, ho trovato giovamento nella terapia per via rettale, che non disturba il paziente ed è di facile assorbimento. Allo scopo mi hanno servito egregiamente le supposte Rectofosforan-Crosara che uniscono all'azione ricalcificante quelle ricostituente e sedativa.

3° - Il mio metodo risponde non solo alle esigenze estetiche ma anche a quelle funzionali e questo viene confermato dall'esperienza di portatori da otto anni di protesi parziali e da testimonianze di autorevoli sperimentatori italiani e stranieri.

RIASSUNTO

L'O., dopo avere esposto i principi che hanno informato il suo metodo personale di impianti endomascellari, praticati con una speciale vite cava da lui ideata e descritta la tecnica nelle sue varie applicazioni chirurgiche e protesiche, fa una minuta e chiara esposizione delle indicazioni e controindicazioni, illustrata da proiezioni di alcuni suoi brillanti interventi.

Chiude la sua esposizione facendo rilevare che le sue affermazioni si basano non solo sulla personale esperienza di ormai otto anni ma anche su quella di colleghi autorevoli italiani e stranieri.

(Dott. M. S. Formigginì, Via Farini, 5 - Modena).

Ing. HANS SCHEID - VIENNA

Strumenti diamantati

DENDIA

presso i migliori depositi dentali

Assortimento completo in tutte le forme

Strumenti cilindrici per corone a giacca,
in ogni diametro, con o senza diamantatura esterna.

Verificate la superiorità degli strumenti
Dendia e confrontatene i prezzi.
(da L. 2000 a L. 3800).

Fresine diamantate

DICA

in assortimenti di 6 forme, d'impiego corrente.

Prezzo dell'assortimento completo L. 3.600

Rappr.: Ditta Ing. SCHIRATTI - Via M. Vittoria, 35 - TORINO