

RESERVAT PER A L'ANUNCI DE
L'ANTISÉPTIC DENTAL
DONNER

TREBALLS REPRODUÏTS

*Institut Odontològic de la Universitat
Alemanya de Praga.*

(N'és director el catedràtic Dr. H. Boennecken).

Forma retentiva de les incrustacions

Pel Dr. Anton Loos P. D.

La reconstrucció del funcionalisme i de l'estètica de la dentadura ha d'ésser completa, no solament des del punt d'albir tècnic, sinó també mèdic; per això hom concedeix tanta importància a la higiene de la boca. Són prou coneguts els perills a què donen lloc els punts que es presten a retenció en les vores de les corones mal ajustades i de les obturacions que sobreïxen de la substància dentària a la proximitat de la geniva. La irritació consegüent de la geniva a causa d'establir-s'hi colònies microbianes és la causa d'una inflamació crònica del periodont amb profundització de la bossa gingival. La inflamació pot arribar en els casos pronunciats a atacar els septa alveolars, i es manifesta per una atròfia de l'os, de manera que el segment extra-alveolar de la dent esdevé cada vegada més llarg, i acaba per convertir el treball fisiològic de la masticació en un trauma perjudicial. Com a conseqüència d'aquests processos patològics es produeix ben aviat un aflujament de la peça dentària, fenomen que augmenta d'una manera constant. Això dona lloc a què la dent perdi cada dia més la retenció i se'n vagi a una pèrdua segura; no res menys, el procés de la càries ve sovint a completar-ne la destrucció, treballant en llocs que s'hi presten.

La irritació permanent que sobre la geniva exerceixen les obturacions que sobressurten i les vores de corones mal ajustades, donen lloc, encara, a una purulència constant, que presenta com a símptoma final concomitant mal gust i halitosi.

Avui dia està plenament demostrat, degut a les observacions de diversos autors, que, a més d'aquests fenòmens locals, hi existeix també el perill de què en resulti perjudicat tot l'organisme, ja que hi ha la possibilitat de què les toxines que passen al torrent circulatori (vies limfàtica i sanguínia), operin a distància, transportant-n'hi els estralls. S'hi afegeix una depressió de la utilitat funcional de la dentadura, perquè els

pacients, degut a la hipersensibilitat de la geniva, eviten la masticació en les zones inflamades. Se n'exageren, encara, els estralls locals pel fet de què, essent dolorosa la neteja pel raspall en les zones gingivals emmalaltides, la profilaxi hi esdevé cada jorn més difícil i com que per manca d'ús fisiològic el costat emmalaltit no gaudeix dels beneficis de la neteja mecànica, conseqüència de la masticació, es depositen en el coll de la dent capes grassoses, barreja d'aquelles bactèries i secrecions, i que a l'entrar en putrefacció donen lloc a un empitjorament d'aquestes condicions antihigièniques.

Aquestes afeccions gingivals es presenten al voltant de corones d'or, essent-ne la causa principal la preparació defectuosa del munyó i la inexactitud en l'ajustament de la banda de la corona. Desgraciadament no es reconeix, per la generalitat de la professió, la gran importància que té i la gran dificultat que representa la inserció d'una corona a una dent, que no és una operació tan fàcil com molts es pensen, ja que tant la preparació del munyó com l'ajustar-hi la banda són operacions que requereixen molta paciència i mirament.

Ultra la influència que sobre les condicions higièniques de la cavitat bucal té la inserció d'una corona a una dent, representa una minva estètica, principalment perquè el rebaix que s'hi ha de fer constitueix una mutilació de la dentadura.

A cada pas podem observar que dents a les quals hom inserta una corona d'or, podrien servir per una obturació amb prou anclatge. La majoria de les vegades es tracta de grans cavitats proximals (mès o disto-oclusals o bé mèsio-ocluso-distals), que constitueixen per al pràctic un difícil problema d'anclatge. Això dona lloc a què, per falta del degut mirament, es recorri a la coronació successiva de diferents peces dentàries fins que la dentadura en queda mutilada i en estat higiènic deplorable, que constitueix, per a l'individu curós, una causa de depressió psíquica.

El desconeixement dels mètodes d'anclatge és el principal responsable de l'extensió que ha adquirit en el transcurs del temps el camp d'indicacions de les corones. Desgraciadament aquesta forma de tractar la dentadura ve estintolada per la falta de sentit estètic dels clients.

La preparació de les cavitats sol estudiar-se exclusivament en exemplars de càries no gaire antiga i poc extensa, mentre a la pràctica ens trobem més aviat davant càries que ha produït grans estralls. L'odontòleg conciençut, al resoldre el problema de l'anclatge, es troba moltes vegades decebut davant cavitats que són molt lluny de les que es troben descrites com a típiques a les obres de Black i d'altres autors, casos

que en podríem dir d'escola, decepció que es deu a la inseguretat que hi ofereix l'anclatge. Es comprèn, doncs, que per evitar un fracàs, cerquin refugi en una corona, que l'hi dona, almenys, la seguretat de què, funcionalment, representa un èxit durador.

Tenint en compte que a la literatura professional es concedeix rares vegades la deguda importància a l'extensió de la cavitat més enllà del focus de càries i de les formes típiques que n'han donat els autors, m'he proposat de tractar, en la forma més extensa possible, aquests

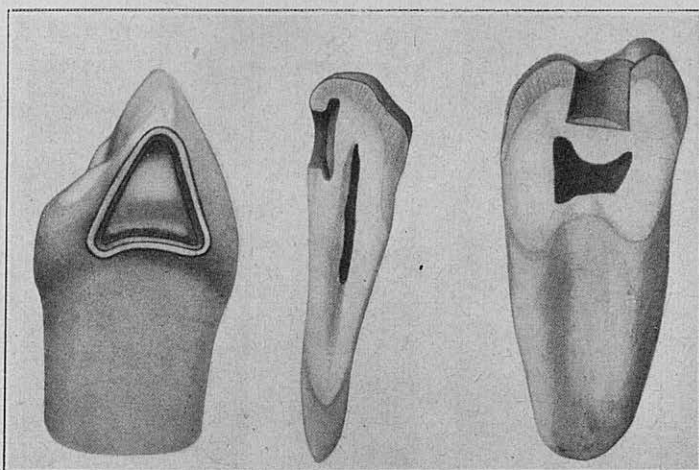


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

problemes d'anclatge. A l'estudiar el procés de preparació de les cavitats, hauré de fer referències a publicacions meves anteriors.

Els antics professionals no donaven cap importància especial a la forma de les cavitats, sinó que confiaven per complet el sosteniment de la incrustació a l'adhesió del ciment. Encara el socavat amb què solien voltar la cavitat, que en minava la vora o marge, no és cap mètode ideal d'anclatge, perquè el socavat de parets debilitades, a la llarga en provoca les més de les vegades la fractura, per no poder resistir la força masticatòria.

Entre les possibilitats d'anclatge que poden resistir una crítica severa es compten:

1. L'anclatge d'una obturació per mig de pius, que s'usen rares vegades, i principalment en les dents mesials o anteriors i amb menys freqüència cada dia.

2. L'anclatge d'una obturació per mitjà de la preparació de la cavitat en forma especial, anomenada forma retenida, cosa que s'assoleix:

a) Per mitjà de solcs o clots (punts) de retenció. Aquesta forma de retenció que s'utilitza principalment en cavitats proximals i mitjanes de les dents mesials, s'ha de portar a terme amb una gran circumspecció, perquè hi ha gran perill de minar-ne l'esmalt i deixar-hi una paret dèbil (fig. 2).

b) Per l'excavació d'una cavitat de sòl pla i parets verticals, que si

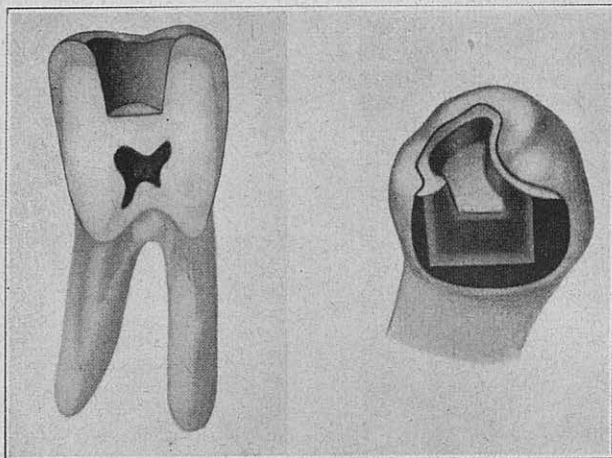


Fig. 4.

Fig. 5.

s'hi ha de posar una obturació plàstica, poden convergir en sentit oclusal (fig. 3), però si l'obturació no ha d'ésser plàstica, han de divergir en sentit oclusal (fig. 4).

c) Preparant a la superfície oclusal o palatina, una cavitat de contorn determinat, una *cua d'oronella*, cavitat que va unida amb la proximal (figs. 5, 6, 7).

d) En casos de cavitats grans, per una mena especial d'osques a les parets cavitàries, que serveixen per subjectar l'obturació per mitjà de ganxos i de llengüetes.

A l'objecte de reduir el més possible el camp d'indicació de les corones, pròtesi que no està exempta de múltiples desavantatges, ens sembla abans que tot recomanable de fer conèixer les formes retentives de les cavitats.

Entenem per forma retentiva la que es dona a la cavitat, seguint-hi

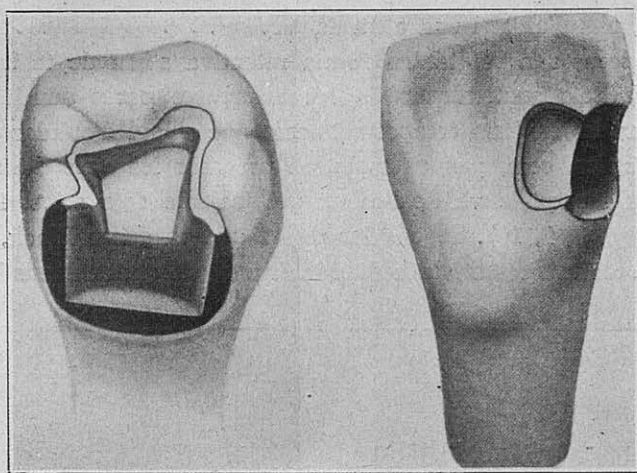


Fig. 6.

Fig. 7.

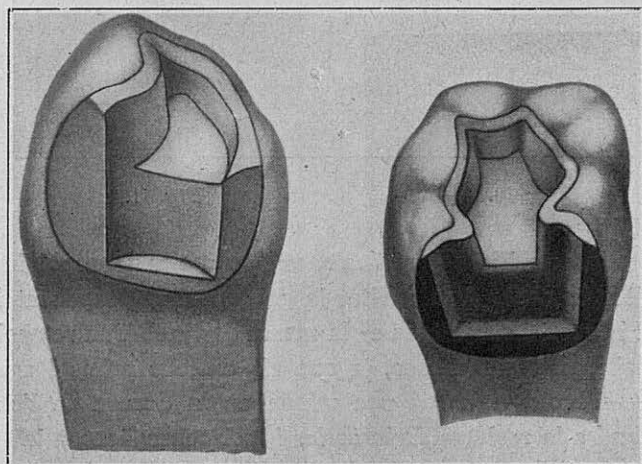


Fig. 8.

Fig. 9.

principis determinats, i que té per resultat atènyer la retenció segura de l'obturació.

Respecte a la denominació de les superfícies cavitàries, hem de començar per dir, que l'expressió "paret" no la trobem satisfactòria d'un mode general, ja que no podem estrictament anomenar parets cavitàries, ni el sòl de la cavitat en cua d'oronella, ni tampoc el de la proximal. Es

millor, doncs, de parlar de superfícies cavitàries; se'n distingeixen una de pulpar, una d'axial i una altra de cervical.

Al preparar una cavitat en forma retentiva s'han de tenir presents les peculiaritats anatòmiques de les diferents peces dentàries. Això sobretot, en les cavitats compostes, sense que s'hagi d'oblidar en el cas de les simples, com, per exemple, al preparar les cues d'oronella, el contorn de les quals vé determinat pel trajecte dels solcs dentaris o fissures (figs. 8, 9, 10). Segons les regles que va donar Black, totes les classes de cavitats retentives han de tenir uns caràcters comuns i que con-

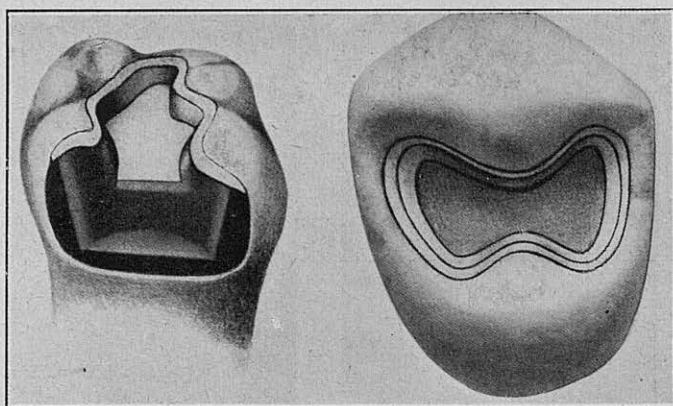


Fig. 10.

Fig. 11.

sisteixen en parets llises i verticals, angles rectes i un sòl horitzontal. Encara, s'ha de donar a la cavitat la pregonesa corresponent i fer que l'obturgació hi resulti subjectada en la massa dentinal. Una retenció segura, però, exigeix parets massisses, ja que els cantells prims i aguts i, per consegüent, frèvols, suposen una minva en la durada de l'obturgació i obren el camí a la recidiva de la càries i, per consegüent, a la destrucció total de la dent. La forma retentiva de la cavitat que ha de rebre una incrustació es caracteritza per: sòl horitzontal, parets verticals que divergeixen lleugerament en sentit oclusal, cantells resistents i massissos, amb vores bisellades, i si es tracta de cavitats proximals, la superfície que resulti de l'extirpació del rodet marginal.

Encara que els principis fonamentals de preparació de cavitats seran sempre els mateixos, qualsevol que sigui el material d'obturgació que s'hi esmerci, s'ha de reconèixer, però, que les formes retentives en són diferents segons s'hi utilitzin materials plàstics o d'altra mena (or amb full,

or colat i percellana). Aquestes formes retentives, diferents les unes de les altres, exigeixen també, procesos operatoris especials, que en modifiquin la forma fonamental, d'acord amb les exigències inherents al material d'obturgació.

En aquest treball considerem tan sols la forma retentiva en relació amb les incrustacions. De totes maneres, per a la millor intelligència del tema, començarem per fer un breu estudi general de les formes retentives típiques.

La forma simple pot, tan sols utilitzar-se en les superfícies oclusals

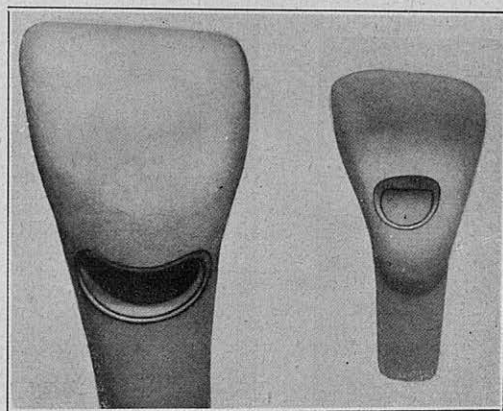


Fig. 12.

Fig. 13.

i vestibulars o linguals (figs. 11, 12, 13). A les cavitats cervicals, tant vestibulars com linguals, el contorn de la cavitat ha d'ésser arronyonat, d'acord amb la vora gingival, i la vora cadicular n'ha d'ésser subgingival. Se'n pot aplicar rares vegades la forma simple en cavitats proximals; serà en casos en què hi manca la peça veïna.

En aquest cas s'ha de tenir, però, molta cura amb el rodet marginal, perquè si la càries s'extén en sentit oclusal, pot afeblir-se i no resistir gaire temps la pressió masticatòria.

Cas d'existir-hi la dent contígua, l'anclatge sols pot obtenir-se sacrificant el rodet marginal i excavant a la dent una cavitat en forma de cua d'oronella, i que segueixi les fissures dentàries a la cara oclusal de les bicúspides i de les molars. Entre la cavitat oclusal i la proximal, hi ha diferència en l'altura, ja que per respectar la polpa hi ha d'haver un graó (fig. 14). La forma retentiva en cua d'oronella sembla també indicada en cavitats grans mesials; en aquest cas, la cua d'oronella es

collocarà a la cara lingual (fig. 15). En cas d'haver-hi dues cavitats proximals, hom les uneix (fig. 16). Ocasionalment hom es veu obligat, en casos de càries proximals, alhora mesial i distal, amb afebliment de la vora in-

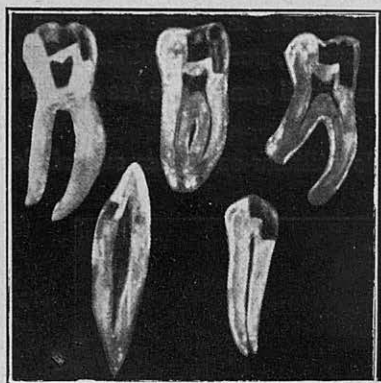


Fig. 14.

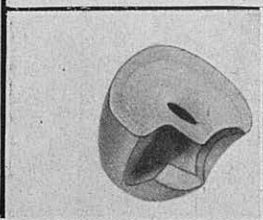


Fig. 15.

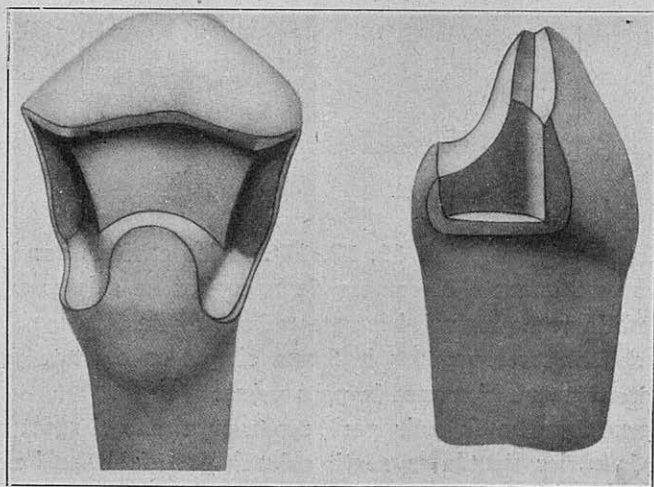


Fig. 16.

Fig. 17.

cisal, a recórrer-hi a una preparació similar a la corona de tres quarts (fig. 17).

Aquesta forma retentiva, que té per objecte assegurar la duració del treball, requereix, fins en càries poc extenses, en interès de la profilaxi, una extirpació considerable de substància dentària sana. Es comprèn,

doncs, la repugnància que demostren molts autors envers la considerable *extensió immunitzant* amb anclatge oclusal. Cal advertir als que són contraris d'aquest mètode de preparació que l'anclatge en forma de cua d'oronella en les cavitats proximals en aquesta forma radical representa, a l'ensem, la més reeixida profilaxi, ja que l'ampla obertura del focus de càries permet una exploració conciençada de la cavitat, i és el procediment més segur d'evitar que hi romangui càries. En les molars s'ha d'extirpar el rodet marginal vestibular en els casos en què

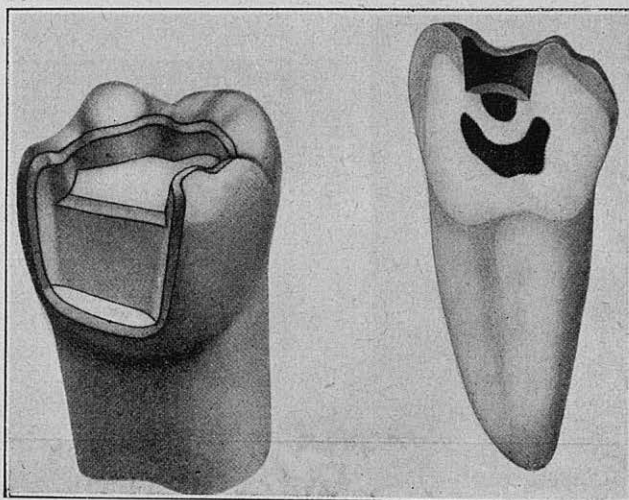


Fig. 18.

Fig. 19.

la càries del solc vestibular hagi adquirit una tal extensió, que el rodet marginal se'n trobi socavat i si hom hi excavava una cavitat simple, la paret oclusal en resultaria afeblida. En aquest cas, per perllongar la vida de la incrustació hom ha de recomanar que extirpar-n'hi aquest segment i recórrer-hi a l'anclatge en cua d'oronella (fig. 18).

Al preparar les formes típiques de retenció a les molars, hom se separa de la regla que exigeix un sòl completament horitzontal, en els casos que la cavitat és molt profunda i en el quals, a l'excavar l'angle agut en el sòl de la cavitat, es corre el perill de posar al descobert les banyes pulpars. En tals casos hom renuncia a l'excavació angular de la profunditat cavitària, insertant-hi una obturació de ciment, sobre la qual hom prepara en un pla més elevat un sòl cavitari d'angles veritables (fig. 19). En cas que, concomitant amb una càries proximal

n'existeixi una d'oclusal profunda, cal pensar en què a l'unir ambdues cavitats hom corre, també, el perill d'obrir la cambra pulpar. També, en aquest cas, pot obturar-se el sòl del segment cavitari oclusal amb ciment, i acabar després la preparació de la cavitat, tenint-hi sempre compte que les parets quedin lliures de ciment (fig. 19). La insuficiència de l'anclatge de les obturacions plàstiques per mitjà de socavats o amb una capa de ciment, és més fàcil de veure en les cavitats proximals, en les quals la força que durant la masticació gravita sobre l'obturgació és

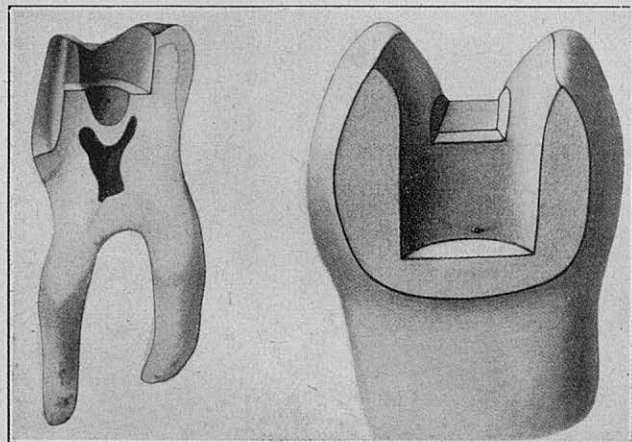


Fig. 20.

Fig. 21.

molt gran, ja que l'obturgació només s'hi sosté pel contacte amb la dent veïna, i si aquesta es perd, desapareix el sosteniment que oferia a l'obturgació. Els socavats i el ciment no constitueixen mai una seguretat suficient contra les forces que tendeixen a desplaçar les obturacions proximals.

Amb les idees que avui dominen, des del punt de vista estètic, es comprèn que les incrustacions d'or en llocs visibles de les dents mesials, especialment al restaurar-ne les vores, siguin rebutjades per la professió i hom les hi utilitzi tan sols en combinació amb porcellana o silicat. El problema d'aquesta classe d'anclatge es troba que va desapareixent davant la difusió que ha adquirit la incrustació de porcellana i el perfeccionament de la tècnica de les corones funda del mateix material.

□ Mentre es prepara una cavitat s'ha de tenir sempre en compte que el tractament d'un focus de càries representa una operació radical, en la que s'han de complir les següents exigències:

1. L'extirpació del teixit malalt més enllà de la zona de reblaniment, o sigui, interessant-ne ja la dentina sana.

2. La profilaxi d'una recidiva.

3. La reconstrucció de la forma anatòmica de la dent per un mètode que n'asseguri la durada, i amb un material que resisteixi totes les forces que durant el funcionalisme hi graviten.

D'aquestes exigències es dedueixen tots aquells principis de la preparació de les cavitats, que Black ha resumit en l'anomenada extensió immunitzant de les cavitats.

Si volem complir a consciència el primer d'aquests requisits, hem de començar per estendre la cavitat en forma que ens permeti de veure tot el camp operatori i atènyer-ne tots els punts (forma practicable); però la profilaxi veritablement segura s'obté extenent la cavitat a zones fàcilment atacables per la càries (extensió profilàctica).

(Continuarà)

De "Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde" (Revista trimestral d'Odonologia). Primer quadern de 1930.

L'hemocultiu gingival

SES CONSEQÜÈNCIES PATOGÈNIQUES, ANATOMOTOLÒGIQUES
DOCTRINALS I TERAPÈUTIQUES EN LA PIORREA ALVOOLAR,
pel Dr. René Vincent.

Després de la primera descripció feta per Fauchard, en 1740, sota el nom d'escorbut de les genives, la malaltia que, d'una manera general i internacional, anomenem piorrea, ha conegut un nombre jamai igualat en patologia, de denominacions, d'interpretacions patogèniques i de tractaments.

Es aquesta, la més gran garantia de la complexitat de la qüestió i de la incertitud que hi tenen els autors.

Per no contribuir a crear un monstre patològic, en oposició a les lleis de la fisiologia general, s'han posat d'acord els autors per a designar, sota el mot piorrea, no sols una entitat patològica ben definida, sinó estats piorreics, és a dir, afeccions estomatològiques, molt sovint llunyanes en llurs manifestacions locals i general així com en llur etiologia però unides pel llaç comú de les lesions alveolars i dels teixits tous paradentaris.

En el nostre treball titulat "Nocions etiològiques novelles sobre la piorrea alveolodentària", publicat en març de 1930, aportem un xic de claredat i de precisió en la classificació i etiologia d'aquests estats; ens sembla útil de donar-ne un petit resum.

Els estats piorreics estan units entre ells per un símptoma constant i inicial: l'alveolisi. Aquesta alveolisi és asèptica o sèptica.

Asèptica, si es tracta d'un trastorn tròfic que ataqüi igualment els teixits tous, sense cap manifestació inflamatòria o microbiana; és una "paradentosi" que trobem en el curs de les afeccions de les glàndules endocrines i del simpàtic (reabsorció paral·lela de l'alvèol i de la geniva).

Microbiana, sèptica, si va precedida o acompanyada per brots congestius de la geniva: gingivitis premonitòria; s'hi estableix la supuració, més o menys ràpidament, i la malaltia arriba al període d'estat definit per la formació d'una bossa piorreica; és una "paradentitis" inflamatòria i microbiana (l'alveolisi s'avença a la destrucció dels teixits tous).

Entre aquestes dues formes extremes i esquemàtiques existeix una forma mixta, en la qual els trastorns endocrino-simpàtics compliquen i accelereu les lesions alveolars de la forma microbiana i sèptica (piorrea dels diabètics, castració en un piorreic en evolució, etc.).

Els tractats clàssics defineixen la piorrea com "la destrucció progressiva dels alvèols i dels teixits tous paradentaris *amb supuració*."

Aquesta definició no s'aplica sinó a la forma microbiana i sèptica de l'alveolisi. Es la "veritable piorrea", com s'acostuma a designar per certs autors, en oposició a estats piorreics, on falta clínicament l'element microbià i inflamatori, i sa conseqüència obligada, la supuració.

L'hemocultiu gingival

La destrucció dels alvèols i dels teixits tous, s'acompanya rarament la supuració des d'un començament. Generalment aquesta última ve endarrerida i no és clínicament perceptible, sinó en el període d'estat de la malaltia, quan la bossa piorreica està constituïda.

També molts autors han arribat a afirmar que la piorrea, la sortida de pus, era solament la complicació llunyana i inconstant d'un estat patològic dominat i precedit per l'alveolisi.

La majoria estan d'acord amb els clínics en reconèixer que l'alveolisi va habitualment acompanyada d'una gingivitis, més o menys parençera, amb brots successius, aguts o sub-aguts, caracteritzada per la con-

gestió dels ponts interdentaris, una hipertròfia de les llengüetes gingivals i una gingivorràgia, a vegades molt abundant.

S'ha de distingir aquesta gingivitis de la gingivitis anomenada tàrtrica, que habitualment no existeix, puix que no hi ha tartre. Aquesta gingivitis precedeix, generalment, de molts anys (5, 10 i també 15) l'aparició de la supuració.

Aquesta està evidentment condicionada per la intensitat de les manifestacions inflamatòries i la freqüència dels brots aguts o sub-aguts. És el que anomenem la gingivitis premonitòria, senyal d'alarma de la pròxima piorrea.

Demostrem, més endavant, que el mateix element inflamatori microbià el tornarem a trobar, tant en la gingivitis simple com en la zona perifèrica activa de la bossa piorreica, en lluita amb els teixits sans de l'organisme.

Naturalment que, essent la flora microbiana de la boca, rica i ben coneguda, s'hagi buscat en la cavitat bucal l'origen d'aquesta infecció microbiana. El cercar-n'hi un microbi específic ha estat debades, i s'ha admès, generalment, que penetren a la geniva microbis procedents del medi bucal; que hi romanien un temps, llarg o curt, en estat indiferent, i que un dia hi provocaven la malaltia, aprofitant-se d'un afebliment del terreny.

Aquesta concepció ens sembla difícil de lligar amb els fets i amb l'estat actual dels nostres coneixements. En molts casos incipients, la geniva s'ha reconegut sana, histològicament i clínica. Ja sabem que una mucosa intacta no constitueix una cleda infranquejable per als microbis.

No podem deixar d'admetre que la boca forma part del tub digestiu, encara que no en sigui més que el primer tram. No podem negar a la mucosa bucal el que admetem per a totes, especialment per a la intestinal, sotmesa, també, als traumatismes i al veïnatge dels microbis.

Els enteròlogistes després de les experiències esdevingudes clàssiques de SANARELLI, DOPTER, etc., reconeixen la necessitat absoluta de l'afebliment histològic d'aquesta barrera per admetre la infecció exògena del tub digestiu.

Si n'hi havia prou amb la penetració d'un microbi a la geniva, i amb un estadi més o menys perllongat en espera de condicions favorables, somàtiques o clíniques, sembla que no hi hauria d'haver ningú que s'escapés de l'eclosió de la piorrea. L'accés d'un microbi a l'organisme no dona lloc, forçosament, a una lesió inflamatòria en el punt d'inoculació. El microbi és o bé destruït, més o menys ràpidament, pels limfocits de

l'organisme, o arrossegat per bacterièmia. Sovint no esdevé patogen en son punt d'inoculació, sinó com a manifestació de sortida (xancre tou i xancre dur). De totes maneres, les condicions que determinen una solució de continuïtat persistent de la mucosa gingival (ganxos, corones mal ajustades, etc.), provocarien, per la constància de llur acció, una infecció local de causa exògena, acompanyant-se de destrucció progressiva dels aivèols i dels teixits tous paradentaris amb supuració, és a dir, de pïorrea; o siga que els casos on la infecció microbiana exògena és evident, són, tan sols una minoria.

En una comunicació presentada a l'Acadèmia de Medicina, en 1929, i titulada "Paper de la tònsila gingival en la patogènia de la pïorrea al·vèolodentària", hom demostra que la infecció microbiana de la geniva es produeix habitualment per via endògena, límfàtica o sanguínia.

Quan en un pïorrec la geniva presenta altres elements clàssics de la infecció, enrogiment, tumor i calor, hom pot la major part de les vegades afirmar-hi i descobrir-hi la presència de l'element microbià.

Llavors es tracta d'un estat inicial, gingivitis local, o bé de la zona inflamatòria situada en la perifèria de la bossa.

Si en aquest nivell (base del triangle representat per una llengüeta interdentària congestionada o hipertrofiada) hom practica, procedint-hi amb tota l'asèpsia possible (geniva fregada amb alcohol de 90 graus i evaporació) una punció, la sang en brolla abundant. Recollida en la pipeta i sembrada en gelosa, fa aparèixer en el termini d'un a vuit dies d'estufa colònies d'una sola espècie microbiana.

Si hom practica la mateixa operació en una geniva sana, hi apareix solament una quantitat insignificant de sang i el cultiu n'és estèril.

Si hom frega la geniva amb un cotó asèptic en el mateix lloc on hom practicarà un hemocultiu positiu, sembrat, no sol sortir-ne res, encara que algunes vegades en surten bolets o bé cocus comuns.

Per ordre de freqüència, en més de cent exàmens, els microbis trobats en l'hemocultiu gingival són:

Estreptococs: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Viridans} \\ \text{Hemolítics} \end{array} \right.$

Estafilococs: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Aureus} \\ \text{Albus} \\ \text{Pàrvulus} \end{array} \right.$

Enterococs:

Una sola vegada un colibacil.

En molts casos hem pogut identificar aquest microbi amb un altre d'un focus inflamatori del malalt situat lluny del medi bucal, tant en el tub digestiu i sos annexes com a fora d'aquests (furúncols, abscessos, mastoiditis, dacriocistitis, apendicitis, salpingitis, etc.).

La terapèutica empresa prenent com objectiu el microbi descobert en l'hemocultiu ha tingut els més feliços resultats, no sols envers les lesions gingivals, sinó també en l'afecció concomitant.

Independentment de les observacions que hem publicat, en citem una de les que explica el Dr. François Moutier, en la seva comunicació "Estomatologia i gastro-enterologia. Necessitat de llur col·laboració en el tractament de certes afeccions greus del tub digestiu".

Després d'una llarga successió d'estats infecciosos, a continuació i en el curs de les quals, les genives han presentat tota l'evolució clàssica de la piorrea, de la gingivitis amb bosses, el Sr. A., de 51 anys, ha estat operat d'una colecistitis superaguda. En sa vessícula s'ha identificat solament un microbi: un estreptococ hemolític. Abandonat a si mateix després d'aquesta intervenció, el malalt perdé 30 kg., i en descendeix la numeració globular a 2.000.000. L'estreptococ hemolític, hi és vanament cercat en les matèries fecals, en la sang i en l'orina. Dels tres tubs sembrats, solament se'n desenvolupa un únic i abundant cultiu de l'estreptococ hemolític. Tractat per l'autovacuna d'aquest microbi, el malalt augmenta 10 kg., i als tres mesos la numeració n'és superior als 4.000.000.

"Per tots aquells que han vist aquest malalt —diu M. Moutier—, en el moment en què acabava de sofrir una hemorràgia molt abundant, que no podia ni arribar a reparar la pèrdua sanguínia ni recobrar la temperatura normal, ni lliurar-se dels trastorns dispèptics, de l'anorèxia, de l'astènia, havien de reconèixer que la situació n'era, francament inquietant. No titubegem en declarar que la guarició ha estat directament unida al descobriment de l'estreptococ i a l'autovacuna possible en conseqüència".

La presència en l'hemocultiu gingival d'una sola espècie microbiana, idèntica a la que es trobà en el mateix malalt en un focus inflamatori situat lluny del medi bucal, és un fet ric en conseqüències patogèniques, histopatològiques, doctrinals i terapèutiques.

I

Conseqüències patogèniques

En la gingivitis premonitòria, quan l'epiteli està histològicament intacte, l'existència d'un microbi intragingival d'espècie única, diferent

a totes aquelles tan nombroses de la flora microbiana bucal, però idèntica a la que es troba en un focus concomitant de l'organisme, ens obliga a admetre'n l'arribada a la geniva per via endògena. Moltes interpretacions són possibles d'aquest fenomen que constatem bacteriològicament i clínica.

Per de prompte, l'existència en la geniva, afirmada i descrita per M. Retterer, d'un teixit limfoide més o menys desenvolupat, segons els subjectes, i susceptible de regressió fibrosa amb l'edat. Les condicions en les quals M. Retterer, ha fet aquest estudi (genives vives), la qualitat i competència reconeguda d'aquest autor, ens obliguen a admetre aquest fet histològic, fins que un contradictor de la seva talla ens en hagi provat l'error repetint-ne les experiències.

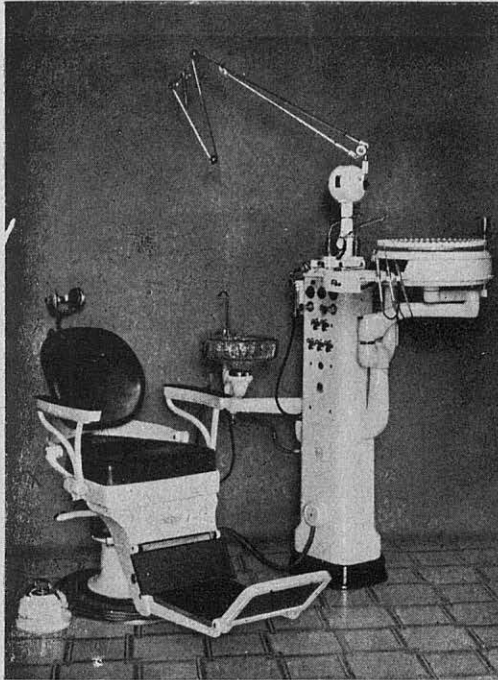
L'analogia entre el teixit gingival limfoide, el teixit amigdalí de la mateixa espècie, l'apendicular i, per últim, les plaques íleo-cecals, com distribuïdes per atzar en el tub digestiu, ens autoritzen a admetre per a la amígdala gingival el paper d'emunctori microbià, que es reconeix als altres elements limfoides de l'aparell digestiu.

L'estudi anatómic de la irrigació dels maxilars ens demostra per la distribució terminal de les artèries maxilars, que llurs teles capilars atenyen llur màxim en els llocs que constitueixen el seient més comú de les lesions piorreiques: incisives inferiors, incisives superiors i premolars superiors.

En fi, els nostres coneixements sobre el tropisme microbià, no sols en patologia general, sinó en gastro-enterologia, ens fan veure la infecció de molts òrgans per bacterièmia. El bacil disenteric no ataca més que el budell gros. El vibrió del còlera ataca únicament el budell prim; el colibacil, hoste constant del budell, no existeix en el duodè; en cas de què es desenvolupi, passa de seguida dintre el ronyó. Entre altres, recordem l'experiència clàssica de la vacuna; després d'una punció feta amb una agulla molt fina, se n'injecta una gota, i quan l'epidermis està ja cicatritzada, a l'onzè dia solament hi apareix una vesícula clara, el contingut de la qual és estèril; tot amb tot, pocs dies després, aquest líquid s'enterboleix i la sembra dona invariablement cultius purs d'estafilococs; no se n'explica la presència, sinó per un poder atractiu del virus de la vacuna, que atreu a aquest punt l'estafilococ carretejat per la sang.

(Continuarà).

De "Revue Belge de Stomatologie". Desembre de 1931.



**DEPÓSITO
DENTAL**

HUMBERTO
SERRA
FARGAS

XUCLÀ: 25
(Pl. Buenavista)
TELÉFONO 18153
DIRECCIÓN TELEGRÁFICA
SERRA XUCLÀ 25

Banque lloina

DISPONIBLE

RESERVAT PER A LA CASA
THE S. S. WHITE
DE FILADÈLFIA