Toda la correspondencia a JORGE JUAN, 39. - Madrid

Revista Orbeto Americana de Medicina

ODONTO-IATRIA



Vol. XII

En Madrid

MCMLV

Núm. 139 (7)

Nuestros colaboradores 1954

Alvarez de Eulate y Maeztu, Dr. José: Odontólogo y Médico. Amplió sus estudios en Alemania y Suiza Reside en América del Sur, habiendo colaborado en varios Congresos latinos. Es oriundo de la provincia de Alava. Nació en 1913.

Ferguson, Dr. Gabin R.: Escocés de nacimiento, cursó sus estudios en la Universidad de Londres, en cuya ciudad ejerce actualmente. Es Miembro de la F. D Internacional y ha tomado parte en varios Congresos Internacionales.

Forteza Forteza, Dr. Santiago: Odontólogo (1935). Doctor en Medicina y Cirugía (1952). Capitán Médico de Sanidad del Aire (1943). Diplomado en Odontología (1944). Diplomado en Sanidad (1948). Profesor de Sala-Jefe del Servicio de Odontología de la Beneficencia Provincial (1951). Académico numerario de la Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca (1953).

García Godoy, Dr. Federico: Graduado en la Universidad de Santo Domingo (1944). Ex-interno de la Fortsyth Dental for Children, Boston (1944-46). Ex-encargado del Departamento Dental de St. Lukes Hospital de Newburgh, N-Y (1946-47). Director del Dispensario Dental Ciudad Trujillo. Prof. de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santo Domingo. Ex-Presidente de la Sociedad Dominicana de Odontología Infantil. Ex-Director de "Revista Dental". Fundador y Director de "Paidos". Nació en Ciudad Trujillo el año 1917.

González Mendoza, Dr. Víctor: Graduado de la Universidad de Caracas. Ex-Presidente del Colegio de Odontólogos Nacional. Fundador y Director de "Gaceta Odontológica". Ha asistido a varios Congresos Internacionales. Nació en Caracas en 1920.

Guergué y Martínez de Marañón, Dr. Angel: Odontólogo y Médico, trasladó sus actividades allende el océano, en donde se estableció. Nació en Vitoria (Alava) en septiembre de 1915. Colaborador en algunas revistas sudamericanas.

Meylan, Dr. Pablo F.: Graduado del Colegio de Ginebra. Pertenece a la Sociedad Odontológica Suiza. Revalidó su título en la Universidad de Pennsylvania (1928). Fué Auxilar de la Escuela Dental de Zurich, con el Profesor Gysi. Ejerce actualmente en Zurich. Nació en 1901.

Montaña Ramonet, Dr. José María: Graduado en la Escuela Dental de Madrid (1948). Fué Alumno Interno. Colaborador de varias publicaciones científicas. Ejerce actualmente en Sevilla.

Mora Moreno, Dr. Francisco: Odontólogo (1924). Ex-Alumno Interno. Odontólogo del Departameitno del Hospital Marítimo de Cádiz. Actualmente ejerce en San Fernando. Nació en 1897.

Orensanz Gutiérrez, Dr. Fernando: Odontólogo en 1933, se doctoró en Medicina y Cirugía (1943). Pertenece a la Beneficencia Municipal de Zaragoza por oposición (1941), habiendo sido becario del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1942-43) y actualmente Profesor adjunto de Anatomía en la Facultad de Medicina de Zaragoza. Nació en dicha ciudad aragonesa en noviembre de 1909.

Saénz de la Calzada y Gorostiza, Dr. Luis: Odontólogo en 1931. Licenciado en Medicina (1934). Doctor en Medicina y Cirugía (1954). Nació en León en 1911, donde actualmente ejerce.

Saénz de Pipaón y Tejada, Dr. Miguel: Funda ODONTOIATRÍA en 1943. Nació en Irún el 14 de julio de 1905.

Samengo, Dr. Norberto J.: Profesor adjunto de Ortodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (Argentina).

Vicente Argüelles, Dr. Antonio Alumno interno en Odontología. Graduado en 1947. Jefe del Servicio del Hospital Provincial de Guadalajara. Ex-Presidente de la Junta Provincial. Ejerce actualmente en Madrid, en donde nació en marzo de 1919.

Vallespín Gómez, Dr. Pascual: Odontólogo (1954). Licenciado en Medicina (1952). Premio Nacional de Fin de Carrera. Victor de Plata concedido por el Jefe del Estado (1954). Ejerce actualmente en Zaragoza, donde nació en 1928.

| 166.314 (05) (4) |

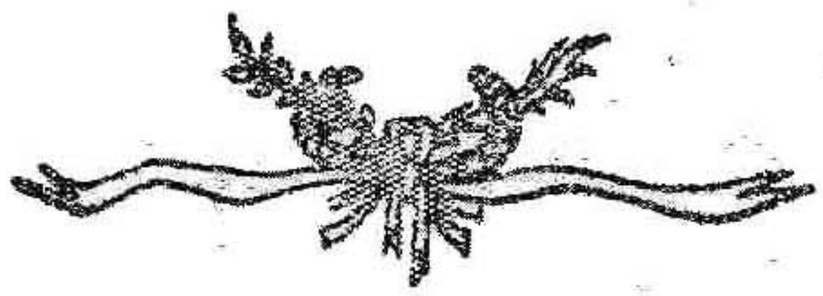
ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

de la Asociación de Prensa Médica Española

Dirección Administración: Jorge Juan, 39

Madrid 1, España



COLABORADORES

Alava: Buesa Buesa. **Asturias:** Campo del Castillo, Meré Meré, Muñiz Toca. **Baleares:** Forteza Forteza. **Barcelona:** Amell Sanz, Prof. Beltrán Codina, Martínez Sardá, Serraller Carral. **Ciudad Real:** Herrero Vior. **Coruña:** Campos Bértolo. **Guadalajara:** Cardona Sabater, Vicente Argüelles. **Guipúzcoa:** Ribera Sanchiz. **Jaén:** Peñas Bellón. **Madrid:** Prof. Alonso Jiménez, Arias Vallejo, Prof. Armijo Valenzuela, Prof. Blanco Bueno, Blanco Flórez, Prof. Methancourt, Prof. Calvo Martínez, Prof. Cosin García, Escudero Tellechea, Fernández Cabrera, Prof. Fernández Coello de Portugal, Fonseca Llamedo, García Ballesteros, Prof. García Bellido, Prof. García Tapia (+), Prof. García de Uña, Prof. Garrido Lestache, Gimena Mañas, Gómez Comes, Prof. Gómez Oliveros, Góngora Durán, González Ruano, Guzmán Seseña, Huarte Mendicoa, Prof. Larregla Nogueras, Prof. Losada Agosti, Lozano Peralias, Prof. Luis de Cuenca, Macorra de la Revilla, Prof. Marañón Astudillo, Prof. Marcos Gómez (+), Martínez Gil, Marzán Castrillo, Prof. Minguijón Adrián; Morana Jiménez, Muñoyerro Pretel, Olguera González, Pérez González, Planas Casanova, Poyales Ureña, Río López, Prof. Ruiz Esquiú, Sáenz de Pipaón Tejada, Sánchez Galindo, Prof. Sánchez Rodríguez, Schemant Waldberg, Subirana Rodríguez, Prof. Suils Pérez, Prof. Ustasum, Vallejo Nájera, Vidaurreta Aparicio, Prof. Zabala Rubio. **Murcia:** Pascual Murcia. **Santander:** Bustamante, Díaz López, Ruiz Rodríguez, Ruiz de Temiño, Soto Yarritu. **Sevilla:** Baraja Carceller, Montaña Ramonet. **Valencia:** Aguilar Guillén, Prof. Barcia Goyanes, Campo Marqués, Font Llorens, Navarro Sala, Roi Tarín, Ruiz Santamaría. **Valladolid:** Prof. Fernández Martín. **Zaragoza:** Azpeitia Gutiérrez, Citoler Sesé, Gironza Solanas, Gregorio Rocasolano, Hijar Ariño, Lázaro Alquezar, Prof. Navarro Sánchez, Prof. Orensanz Gutiérrez, Pastor Botija, Puyoles Cano, Sanz Escanciano, Vicente Carceller, Vinuesa Ruiz.

ARGENTINA: Olaviaga T., Prof. Samengo. **COLOMBIA:** Prof. Méndez Morales. **CUBA:** Cadrecha Alvarez. **CHILE:** Prof. Louwel Bert, Martinovio Duarte, Rosas Di Biaggio, Prof. Yaeger, Blázquez. **ESTADOS UNIDOS:** J. Kaufmann. **FRANCIA:** Amcedo. **GRAN BRETAÑA:** Ferguson, Wilfred Fish. **SANTO DOMINGO:** Prof. Franco Santoni, Prof. García Godoy. **URUGUAY:** Guergué Martínez de Marañón. **VENEZUELA:** Alvarez de Eulate Maeztu, González Mendoza.

Vol. XII (7) Núm. 139

• EN MADRID •

1955

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Director: Miguel Sáenz de Pipaón D. D. S.

VOL. XII NUM. 139 (7)

SUMARIO

	Páginas
Neuralgia del trigémino secundaria, por S. Obrador y J. R. Boixadós.	389
La relación vertical, por el Dr. Toribio Sánchez	394
Infección oral y enfermedad, por el Dr. M. A. Ruthson	397
Lentes de sol. Ventajas e inconvenitntes	400
Diagnóstico de la infección focal dentaria, por el Dr. R. García Arocha.	401
Los hidrocoloides en prótesis fija, por el Dr. Juan Poggioli	403
La suerte, factor importante, por Alirio Cáceres M.	410
Modalidades terapéuticas en Geriatría, por el Dr. B. Lorenzo Velázquez.	411
Deficiencias en la nutrición	414
La extracción en Ortodoncia, por el Dr. Alberto Bonilla	415
La educación odontológica en los EE. UU., por el Dr. Víctor Daniels.	426
Los antibióticos y las enfermedades cardíacas	429
El "test" de Rorschach	431
EDITORIAL:	
Inteligencia y fertilidad	433
NOTICIAS	435

SI EL LECTOR FAVORECE AL ANUNCIANTE
LA REVISTA PODRA FAVORECER AL LECTOR

EXTRACTO DE REVISTAS

PUBLICIDAD

—Pipaón
—Solé Palóu
—Metales preciosos
—Anuncios
—Una filigrana
—ODONTOIATRÍA
—Anestés. Profidén
—Escayola Profidén
—Tavira
—¡Admiración!



¡No emplee métodos anticuados!

Si no domina Vd. las técnicas de impresión
pida Vd. en las buenas librerías la obra

Impresiones en Odontología

Materiales y técnicas de impresión

del

DOCTOR MIGUEL SÁENZ DE PIPAÓN

DE LA UNIVERSIDAD DE PENNSYLVANIA, EE. UU.

335 páginas — 423 figuras

APARTADO 1249

MADRID

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. XII Núm. 139 (7) 1955

NEURALGIA DEL TRIGEMINO SECUNDARIA

POR

S. OBRADOR y J. R. BOIXADÓS
De la Universidad de Londres

Servicio de Neurocirugía del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Profesor: C. Jiménez Diaz. Madrid.

En diversas publicaciones de nuestro grupo hemos descrito los aspectos neurológicos, radiográficos y quirúrgicos de los síndromes producidos por las impresiones basilares, platibasias y otras malformaciones de la región accipitocervical ("Rev. Clín. Esp." 28, 180, 1948; 32, 21, 1949; 52, 217. 1954, y "Arch. Neurocir. Buenos Aires", 7, 13, 1950).

De nuestra casuística total de nueve ejemplos de impresión basilar y platibasia, el último caso tiene un especial interés clínico porque la enferma aquejaba solamente dolores en el área del trigémino derecho. Ninguno de los otros enfermos de este grupo había presentado preoperatoriamente este síndrome, aunque en algunos estaba disminuído el reflejo corneal, y solamente el primer caso personal presentí también dolores trigeminales unilaterales varios años después de la intervención.

El resumen de la historia de la enferma es el siguiente:

P. D. P., enferma de treinta y dos años, soltera, enviada por el doctor Armesto García, de Lugo.

Ingresa en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas (Clínica de la Concepción) el 11 de abril de 1955.

La historia actual comienza hace cuatro años con dolores en la mitad derecha de la cara, que se inician en el territorio de la segunda rama del trigémino, y se extienden por toda su área y especialmente hacia la primera rama. Los dolores aparecen en forma brusca, "como latigazo", durando dos o tres minutos, y quedando después un dolor continuo, sordo y constante en la misma región. Las crisis intensas se sobreañadían a esta molestia, más duradera y constante, y se desencadenaban espontáneamente o al hablar, masticar, etc. Ultimamen-

te, además de los dolores, ha presentado también, en el área del trigémino derecho, sensaciones parestésicas y "acorchamiento".

Aparte de estos dolores trigeminales, la enferma no aquejaba ninguna otra molestia; pero su aspecto somático, con un cuello muy corto, cabeza grande, ladeada y fosa posterior encajada y pequeña, eran típicos de una impresión basilar occipital (figs. 1 y 2). La motilidad cervical, activa y pasiva, estaba muy limitada, especialmente para la retroflexión y movimientos de lateralización. El perímetro cefálico era de 51 centímetros y se percibía una asimetría facial. También el hombro izquierdo estaba más elevado y la columna presentaba una desviación escoliótica. Hábito corporal, frágil y asténico, con cierto grado de aracnodactilia.

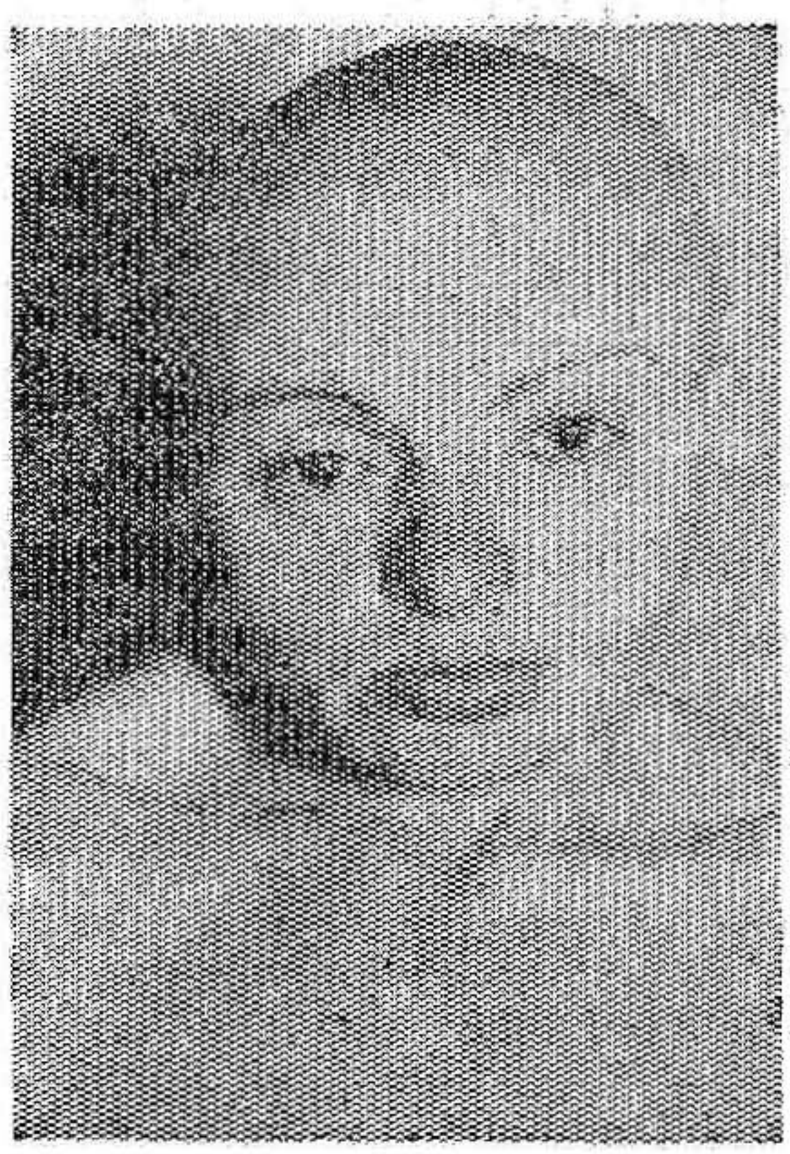


FIG. 1.—Cuello corto

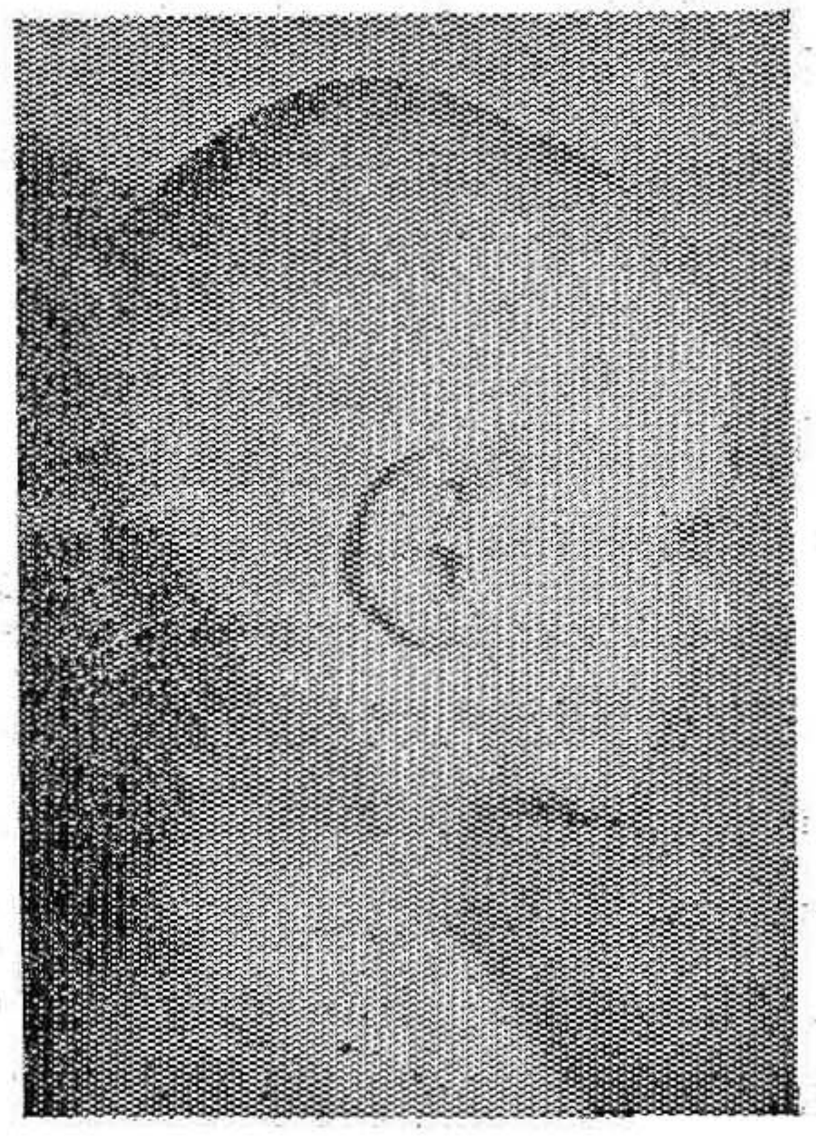


FIG. 2.—Cabeza grande

Pares craneales: Fondo de ojos normal. Motilidad ocular y reflejos pupilares, normales. No aparecía nistagmus. Disminución del reflejo corneal derecho. Hipoestesia táctil y dolorosa en el territorio trigeminal derecho. Facial y auditivo, bien. Buena motilidad del velo del paladar con situación normal de la úvula. Poca fuerza e inervación en ambos esternocleidomastoideos. Algunas fasciculaciones linguales generalizadas.

El resto de la exploración neurológica era completamente normal y no existía ninguna modificación de la fuerza, tono, reflejos y sensibilidades ni en las diferentes pruebas cerebelosas.

Exámenes hematológicos sin interés especial.

Radiografías de cráneo: En la posición lateral se apreciaba una platibasia marcada con gran impresión basilar, asimilación de atlas y encajamiento cervical en la fosa occipital (fig. 3). En la posición ántero-posterior se confirmaba la elevación de la punta de la apófisis odontoides por encima de la línea de Fischgold.

En la primera intervención (13 de abril de 1955) practicamos, bajo anestesia general, una craniectomía suboccipital con incisión en la línea media y con la enferma en posición sentada. El arco posterior del atlas era muy rudimentario y estaba asimilado al occipital. Después de la craniectomía suboccipital, y abierta la dura, se exploró la región del ángulo ponto-cerebeloso derecho, rechazando el hemisferio cerebeloso. La disposición anatómica de esta región estaba muy alterada y la elevación ósea anterolateral, en forma de un acusado promontorio, dislocaba la posición de los pares craneales. El agujero rasgado posterior estaba elevado y los nervios IX, X y XI aparecían estirados. Inmediatamente por encima se encontraba el poro acústico interno y el VII y VIII nervios estaban muy distendidos sobre el promontorio óseo de la fosa posterior y muy próximos a los pares

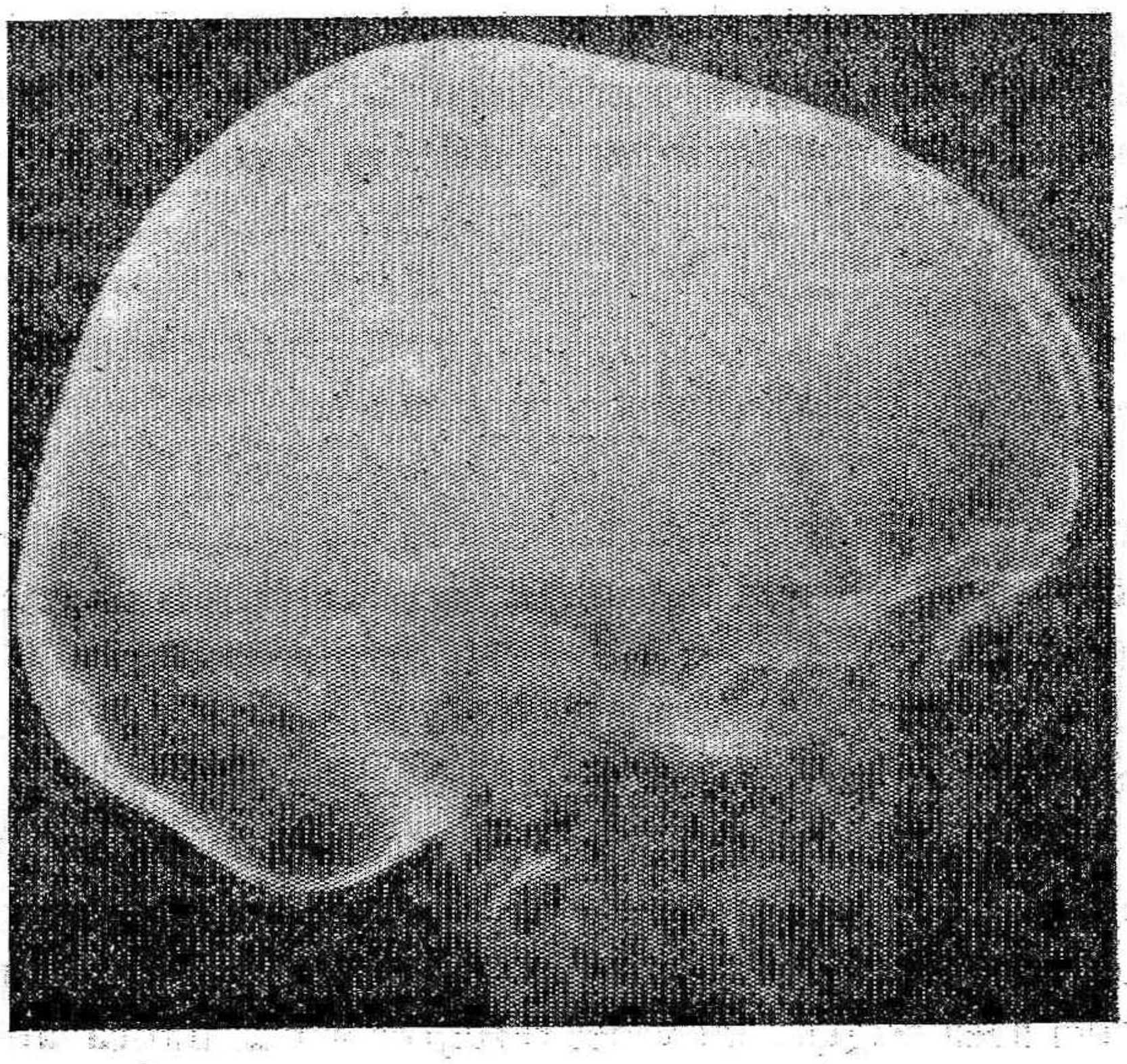


FIG. 3.—Encajamiento cervical en la fosa occipital.

más inferiores. El trigémino no podía reconocerse a pesar de una perfecta exposición de la región profunda tentorial. Incluso levantando con sumo cuidado el facial y auditivo, apenas visualizamos algunas fibras situadas por debajo y delante, que se seccionaron pensando se trataba de la raíz del trigémino. No existía malformación de Arnold-Chiari, aunque las amígdalas cerebelosas estaban ligeramente descendidas. Sutura de la dura y partes blandas con puntos sueltos de seda en la forma habitual.

El curso postoperatorio fué bueno, pero la sección trigeminal fué insuficiente, según demostró la persistencia de los dolores y conservación parcial de la sensibilidad de la cara. Además, quedó una afectación del facial y auditivo derechos.

En una segunda intervención (29 de abril de 1955), y también bajo anestesia general, abordamos la región del ganglio de Gasser, por la vía subtemporal y extradural de Frazier. La disposición anatómica de la fosa media también era bastante anormal y fué necesario resecar, con escoplo, algunas porciones del hueso. Después de disecar la dura, que estaba muy adherida, y exponer la región del ganglio de Gasser y el cavum, se abrió este último haciendo una sección retrogasseriana de la raíz.

La intervención fué bien tolerada y se logró una completa anestesia en el territorio del trigémino derecho y una desaparición de los dolores que tanto sufrimiento producían a la enferma. Antes de salir de alta se practicó una tarsorrafia del ojo derecho para proteger la córnea (doctor Leoz).

COMENTARIOS

El cuadro de neuralgia de trigémino de esta enferma tenía algunas características de una neuralgia secundaria, como el dolor sordo y constante de la cara, acompañado de "acorchamiento". Pero sobre este fondo las crisis accesionales recordaban al "tic doloroso" por la aparición brusca e intensa, de corta duración y en forma paroxítica, iniciada muchas veces por los movimientos de la musculatura facial.

En el examen físico y radiográfico la existencia de una impresión basilar con platibasia era evidente. Además, la afectación de la sensibilidad del área trigeminal y del reflejo corneal indicaban claramente el carácter secundario de la neuralgia.

Desde el punto de vista patogénico, el estiramiento de la raíz sobre el promontorio óseo antero-lateral de la fosa posterior, que ocurre en las impresiones basilares tan acusadas como ésta, debe considerarse responsable del cuadro.

Terapéuticamente fracasó el primer intento de seccionar la raíz en la fosa posterior y tuvimos que recurrir a la sección retrogasseriana subtemporal, que suprimió por completo los dolores al interrumpir el nervio estirado y distendido desde su salida de la protuberancia hasta su anclaje en la dura de la región del ganglio de Gasser en la fosa media. Otra alternativa quirúrgica que consideramos era la práctica de una descomposición amplia de la raíz trigeminal del tipo Tarnhooj, pero el resultado era mucho más inseguro y la enferma deseaba una curación radical de sus molestias. De todas formas, este caso confirmaría, en cierto modo, el concepto patogénico de TARNHOOJ en el sentido que la distensión del trigémino pueda ser la causa de las crisis neurálgicas, aunque en el gran grupo de las neuralgias idiopáticas, no secundarias, no tenemos datos evidentes en favor de este origen.

RESUMEN

En un material de nueve casos operados de impresión basilar y platibasia tenemos un ejemplo con sintomatología clínica casi exclusiva de neuralgia secundaria del trigémino. Se presenta la historia de este caso y el tratamiento quirúrgico, que consistió en un intento fracasado de seccionar la raíz por vía posterior, y la práctica, en un segundo tiempo, de una sección retrogasseriana subtemporal, que llevó a una desaparición completa de los dolores.

Se discute brevemente la patogenia de la neuralgia trigeminal en estas malformaciones de la fosa posterior y el papel patogénico del estiramiento y distensión del nervio a su paso desde la protuberancia hasta la fosa media.

LA RELACION VERTICAL

por el

Dr. Toribio Sánchez

La profusión extraordinaria de técnicas y conceptos que en una u otra forma pretenden solucionar el problema de la mal llamada dimensión vertical, prueba de manera concluyente que la misma está aún sin tener su solución definitiva. Pensamos, ubicados en el terreno que estudia ese problema desde el punto de vista de la fisiología, que el error conceptual de considerar a esa faz de la labor protética total como de dimensión, es la que implícitamente obstaculiza la solución del problema. Entendemos que en un ser vivo, en que todos los órganos guardan entre sí una relación de dependencia armónica y correcta, no hay nada que medir, sino que relacionar; por ello, cuando se pretende buscar una solución en base a medidas de tantos centímetros o de similitud de parte o proporciones, se está demostrando que el problema se ignora en su verdadera esencia.

La cavidad bucal y su estructura externa, el macizo cráneo facial, con todos sus elementos anatómicos, guardan una estricta relación de interdependencia, y en esa interdependencia los dientes, o mejor dicho sus coronas, tienen algunas funciones principales que cumplir, otras son secundarias, y otras, muy relativas. Como funciones principales, tenemos la función mecánica, la masticatoria y la estética; como secundaria, la fonética, y como relativa, la de mantener la relación vertical.

Esa relación vertical, ese grado de separación entre los rebordes alveolares, está mantenido exclusivamente por los elementos musculares masticatorios, coadyuvado por los elementos que constituyen la articulación témporo mandibular. El sinergismo armonioso entre los músculos elevadores y depresores, entre agonistas y antagonistas, son los que confieren y determinan la relación vertical en todo individuo; los dientes son como topes que aseguran a esa musculatura una estación de parada para poder ejercer su máximo poder, son los elementos que permiten a éstos ejercer su función dinámica en la masticación. Prueba de ello es que si impedimos que los músculos puedan tener su momento de reposo, creamos un verdadero cuadro patológico.

El comprender perfectamente este concepto aclara en forma total el panorama de la relación vertical, puesto que solamente respetando esa premisa fisiológica es posible dar solución satisfactoria al problema que estamos enfocando.

La prueba de que no es factible dar una solución standardizada por medio de fórmulas, medidas o controles, es que, protéticamente hablando, tenemos dos tipos de desdentados totales a considerar. Uno es el desdentado reciente, el que llega a nuestras manos cuando aun no han transcurrido más de dos meses de su pérdida dentaria, y otro es el desdentado antiguo, aquel que ya ha cumplido más de un año como tal.

El primero trae a nosotros una relación vertical correcta, su musculatura conserva perfectamente el grado de sincronismo antagónico que permite que los rebordes residuales guarden la misma separación que tenían cuando poseía sus piezas dentarias. Si nosotros somos capaces de captar ese grado de separación, tendremos en nuestra mesa de trabajo la relación vertical individual de nuestro enfermo. Cualquier técnica capaz de lograr esto será correcta.

En cambio, el desdentado antiguo trae a nosotros una relación vertical que está de acuerdo a ese momento que vive el individuo, es exclusivamente personal y está modificada con relación a la separación que tuvo cuando poseía sus piezas dentarias; es como si existiera un asincronismo entre la musculatura masticatoria, como si los músculos elevadores, por poseer inserción fija en el macizo craneal, hubieran adquirido una ligera prevalencia sobre el resto de la musculatura, y la relación vertical está disminuída.

Insistimos en que esa relación es estrictamente individual, vive con el individuo mismo, y está de acuerdo a ese momento de su vida; por ello creemos que debe ser respetada, y no como se hace habitualmente: dar una relación vertical de acuerdo a conceptos extraídos de pacientes normodentados o basarse cuando él tenía sus dientes; todo lo que lograremos es, o crear una situación anómala neurálgica muscular o una reabsorción tisular. Esa nueva relación vertical lógicamente no es patrimonio de un día; es la resultante de la adaptación muscular a un nuevo estado de cosas, a una nueva situación fisiológica, y todo aquello que pretenda hacer pasar violentamente a la musculatura, de esa posición a otra, sólo logrará la defección patológica del elemento más vulnerable.

Cuando se comprendan perfectamente estas situaciones y se les dé todo su valor, podremos decir que la relación vertical entrará en la faz de su solución definitiva.

Las técnicas actuales para determinar la relación o dimensión vertical son inexactas, porque no contemplan esa situación. Aun a fuer de pecar de inmodestos, creemos que en la actualidad la única técnica que se aproxima con bastante exactitud es la que preconizamos como de determinación fisiológica, ya que ella es determinada única y exclusivamente por la musculatura masticatoria de nuestro enfermo.

Si el desdentado es reciente: la relación vertical será la correcta y no deberá sufrir ninguna modificación.

Si el desdentado es antiguo, construímos la prótesis de acuerdo a la relación vertical obtenida con nuestro método, y la misma será usada por nuestro enfermo hasta que la musculatura masticatoria readquiera (y así sucede, pues lo hemos observado en un 85 por 100 de casos) el sincronismo perdido y dé a ambos rebordes la relación de separación correcta.

En esa situación, procederemos a la readaptación de la prótesis a la nueva relación vertical.

(*per* "Trib. Odnt.", XXXIX, 9-10.)

INFECCION ORAL Y ENFERMEDAD

por el

PROF. DR. M. A. RUTHSON M.A. Rushton

De la Universidad de Londres

En los últimos años se ha verificado en Gran Bretaña y Norte América un cambio considerable en la apreciación de las infecciones focales de la boca (Easlick, 1951; Festival Sympozium, 1951; Rushton 1953). Este cambio no se refiere principalmente a la relación entre la salud bucal y la de todo el organismo, sino en cuanto a la creencia primitiva de que las infecciones focales de la boca son responsables de un gran número de enfermedades crónicas específicas. Dicha creencia actualmente no se acepta. No cabe duda alguna de que focos infectados en la boca pueden ser responsables de infecciones locales o de otras de mayor extensión, ya sea a través de los tejidos, como en la celulitis y osteomielitis, o bien a lo largo de las superficies mucosas—entre ellas las más importantes son las infecciones respiratorias—, ya sea a través de los vasos sanguíneos, como en el ejemplo clásico de endocarditis bacterial subaguda. Sin embargo, ya no se cree que afecciones tales como, por ejemplo, artritis, reumatismo muscular o nefritis se originen comúnmente por este camino. Ha sido imposible demostrar de una manera categórica la veracidad de que la endocarditis bacterial subaguda sea originada por infecciones dentales en un número crecido de casos, tal como fundamentalmente se ha creído hasta ahora. En estos casos, aunque todas las pruebas pueden reunirse para formar una historia consciente y verosímil existe la dificultad de demostrar que los estreptococos aislados en cultivos de sangre sean al mismo tiempo que los que pueden obtenerse de la boca (Farmer, 1953). Si por lo que se refiere a la endocarditis el asunto está todavía tan oscuro el número de otras enfermedades anteriormente imputadas a la infección focal ha disminuído considerablemente. Por ejemplo, la enorme experiencia adquirida, a costa de gran trabajo, sobre la supuesta relación causal entre la infección focal dental y varios tipos de artritis no ha añadido, después de tan largo tiempo, ningún apoyo sustancial a esta creencia. En conclusión; aunque desde el punto de vista teórico pueden admitirse esta y otras

relaciones entre focos infectados en la boca y otras enfermedades, en realidad dicha relación normalmente no se presenta o, en todo caso, es excepcional.

Sin embargo, cuando exponemos esta grave duda, nos referimos a la relación definida preconcebida entre un foco y una enfermedad, lo cual es algo distinto de suponer que la infección en la boca es un hecho al cual el resto del cuerpo puede quedar indiferente siempre. Existen pruebas sacadas de enfermedades en las cuales la necesidad de un tratamiento específico puede estimarse cuantitativamente, tales como diabetes mellitus y tirotoxicosis, y de que tales enfermedades se agravan con la presencia de focos infectados en la boca o en cualquier otra parte. Y aunque no se tiene una prueba cuantitativa, está de acuerdo con la experiencia y es razonable pensar que en las personas con infección oral sustancial empeora su estado general de salud y están más propensas a enfermar. La reacción del organismo a las infecciones agudas en la boca es parecida a la producida por una infección aguda en cualquier otra parte, y no hay ninguna razón para creer que una infección crónica en la boca produzca resultados distintos a los producidos por una infección crónica en otra parte del cuerpo. Así, pues, los dentistas actúan basados en la suposición de que la infección de una estructura oral es dañosa, aunque probablemente no es la causa de la mayor parte de los males que anteriormente se le atribuían. Tales infecciones, por lo tanto, deben prevenirse o curarse y la tendencia moderna está en incrementar la prevención.

El haber aprendido los dentistas a perfeccionar más y más sus técnicas para evitar los focos de infección crónica es el feliz legado de un período en el cual toda clase de enfermedades se atribuían a la sepsis oral. Para emplear estas técnicas con los mejores resultados es esencial que se reconozcan pronto las afecciones, y esto significa que deben educarse los pacientes que se presenten a exámenes regulares. Cuando la pulpa dentaria se ha mortificado, o bien cuando exista enfermedad periodontal, la cirugía local, como la apicectomía y gingivectomía, puede en muchos casos prevenir completamente la extensión de la infección a otras partes, y sólo cuando las lesiones locales son muy extensas debe emprenderse una cirugía radical.

El cambio es más señalado en aquellos pacientes que, sufriendo alguna dolencia general, no muestran ninguna prueba de enfermedad activa en los dientes, encías o maxilares. Originariamente, el dentista

estaba dispuesto a aceptar que pequeñas variaciones en el aspecto radiológico pueden ser de gran importancia. Ahora se sabe que en muchos casos este aspecto indica meramente la reacción de un hueso sano frente a distintas clases de perturbación. Por lo tanto, antes de tomar ninguna medida drástica, el dentista debe estar convencido de que existe en realidad una infección intratable por métodos conservadores. Asimismo, el médico debe convencerse de que la afección general del paciente sea de aquellas que se ha demostrado, por lo menos algunas veces, que son producidas por la extensión de una infección de la boca. Y aquí debemos admitir que un número de enfermedades que anteriormente se atribuían a sepsis bucal, ignorando su verdadera etiología, se ha demostrado que tienen otras causas y que son susceptibles de un tratamiento racional. En tercer lugar, debe suponerse que si la enfermedad general es realmente el resultado de la extensión de la infección bucal, debería aliviarse temporalmente con el uso de los antibióticos apropiados; si no se alivia, es poco probable que mejore permanentemente con las extracciones, y menos aún que se beneficie de la extracción de hueso alveolar.

En general, puede decirse que el dentista trata actualmente las lesiones locales individualmente, dando por sentado que la salud de la parte es esencial para la salud del todo. Con un cuidado regular de la boca y buena odontología, los focos de infección bucales serán raros. Cuando existen pueden ser frecuentemente remediados por métodos conservadores o por cirugía limitada. Enfermedades coexistentes en otras partes del cuerpo es probable que se beneficien con la restauración de la salud bucal, pero ya no se admite que la infección oral fuese la causa de aquellas enfermedades.

(*per.* "Int. Dent. J.", 1, 1955.)

(Siguen cuatro referencias bibliográficas.)

LENTES DE SOL. – *Ventajas e inconvenientes*

En un extenso estudio de este asunto, que cada día adquiere más importancia dado el gran uso y las corrientes de la moda, llega el autor a las conclusiones siguientes:

1.ª En la vida cotidiana la luz solar o artificial no producen lesiones en la vista.

2.ª Es ventajoso llevar gafas de sol protectoras en los baños de sol, deportes acuáticos y de invierno, especialmente de alta montaña, frente a irradiaciones fuertemente deslumbradoras y simultáneamente intensas ultravioletas; también en la tendencia a la migraña y, a veces, en los ojos enfermos y sensibles a la luz durante los deslumbramientos fuertes.

3.ª Es una desventaja, en cambio, llevar largo tiempo y por costumbre, lentes oscuros, cuando falta el deslumbramiento intenso. La adaptación no natural a la oscuridad conduce en estos casos, en medida creciente, sobre todo en personas sensibles y lábiles vegetativas, a una hipersensibilidad, fotofobia y, finalmente, al uso permanente e inevitable de las gafas protectoras. Especialmente en los niños, hay que evitar por todos los medios la formación de fotofobia debida a los lentes oscuros.

4.ª La adaptación continua a la oscuridad también puede ser desventajosa al restringirse la regulación normal de las funciones vegetativas por los impulsos lumínicos, las que transcurren a traves de los haces fibrosos de los nervios vistales.

5.ª Las gafas protectoras sólo ligeramente coloreadas y con especial capacidad de absorber las radiaciones ultravioletas o también las ultrarrojas, no poseen ventajas comprobadas en comparación con los cristales corrientes ligeramente coloreados.

6.ª Las personas de vista sensible o cansada consideran agradables las gafas protectoras levemente coloreadas y absorbentes del ultravioleta, por ejemplo, en la iluminación moderna fluorescente, ventaja que no se refiere a la absorción del ultravioleta, sino más probable a la ligera coloración, la que produce un amortiguamiento de la luz.

7.ª Las personas con vista cansada, especialmente con tendencia a blefaritis y cefalalgias, no deben llevar sin más ni más unas gafas protectoras oscuras, sino que deben ser examinadas por un especialista.

8.ª Los reclamos de gafas de sol para protección contra irradiaciones "dañinas" de todas clases es perjudicial y debe prohibirse, pues despierta con ella una radiofobia inmotivada.

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION FOCAL DENTARIA

por el

Dr. Raúl García Arocha

Muchos intentos han sido hechos en el sentido de establecer cuál foco dentario es el responsable, en un caso dado, de una determinada complicación secundaria. Los exámenes hematológicos (recuento globular, sedimentación) y análisis de orina pueden señalar la presencia de una infección, pero no pueden determinar el sitio específico de la misma. Según Niord, se ha tratado de establecer relación entre la infección focal y el índice de ácido úrico en la sangre, pero la hiperuricemia puede estar presente en muchas otras condiciones.

Intentos aislados han sido hechos en el sentido de emplear pruebas serológicas y tests cutáneas para determinar el grado de sensibilización del organismo. Los antígenos empleados deben ser autógenos y aislados de uno o varios de los focos de que se sospecha. En ocasiones, y de acuerdo con los estudios de Rosenow respecto a la localización electiva de las bacterias, se han inyectado conejos con las bacterias aisladas de un determinado foco, para comprobar si existe alguna afinidad especial por determinado tejido que reproduzca la lesión metastásica del individuo enfermo.

Hasta el momento puede decirse que no existe un método de aplicación general, efectivo, con fines diagnósticos. Sin embargo, basándose en los estudios de la teoría alérgica en la patogenia de la infección focal, Bottyan, repitiendo experimentaciones hechas por Kolmer en 1924, y otros posteriormente, ha logrado preparar un antígeno de granuloma inactivo, el cual, inyectado subcutáneamente, produce una exacerbación del foco secundario.

El "Antígeno según Bottyan" ha sido modificado posteriormente por el Prof. Dr. med. P. Weiland, de Colonia (Alemania), y es el que se emplea en la actualidad. Es un extracto polivalente de granuloma al cual se le añade 0,5 por 100 de fenol y contiene el complejo total de antígeno del foco dentario en una dilución exactamente determinada, o sea 250 unidades del antígeno por cada c. c. Las uni-

dades del antígeno han sido calculadas sobre el contenido total de albúmina. Los profesores Proell, de la Clínica Dental de Bonn, y Huebner, de Greisfwald, son citados como corroborando las observaciones logradas con el "Antígeno según Bottyan", en un 90 por 100 de casos de infección focal dentaria.

El "Antígeno según Bottyan" se inyecta subcutáneamente, y al cabo de unas horas, seis o diez, en algunos casos veinticuatro horas, aparece la reacción correspondiente que se manifiesta por sensación dolorosa del diente infectado, foco primario, y exacerbación del foco secundario a que dió origen. En ocasiones sólo se nota una de estas dos reacciones.

La cantidad inyectada generalmente es 1 c. c. Deben ser interpretados como reacción positiva: decaimiento, cefalalgia, sensación de cansancio. En casos crónicos, con frecuencia falta la exacerbación. Las reacciones producidas son fugaces, duran apenas unas horas.

La posible exacerbación del foco secundario en enfermedades graves obliga a extrema cautela en el empleo del antígeno. En todo caso habrá que emplear una dosis inicial mucho menor: 0,3 c. c. El buen sentido clínico debe privar en la elección de los casos apropiados a esta investigación.

Según Bottyan y Weiland, se obtienen los siguientes resultados:

1. En el caso de una infección focal dentaria con su correspondiente foco secundario, se obtiene una marcada reacción. La aseptización de la boca promete mejoramiento o curación.

2. Pacientes con focos dentarios y en estado general que se presume de origen focal y que no reaccionan. tienen otro foco primario casi causal distinto de los dientes. La aseptización de la boca no asegura mejoría del estado general.

3. Pacientes con focos dentarios inactivos y buen estado general, no reaccionan.

4. Pacientes con estado general que se presume focal y dientes no infectados, no reaccionan.

No tenemos ninguna experiencia con el "Antígeno según Bottyan", toda vez que del análisis de lo expuesto anteriormente se desprende que su eficacia puede apreciarse en los casos de infección dentaria que reconocen en su patogenia un mecanismo de orden alérgico.

(*Ver* "Gacta. Odont.", 2, 129, 1955.)

LOS HIDROCOLOIDES EN PROTESIS FIJA

por el

DR. JUAN POGGIOLI
De París

I. GENERALIDADES

Los hidrocoloides son coloides hidrófilos que, por consecuencia, contienen una gran cantidad de agua y que como todos los coloides tienen la propiedad de transformarse de "sol" en "gel".

Existen dos clases de hidrocoloides utilizados en prótesis fija.

Los *hidrocoloides reversibles* a base de agar y que se transforman de "sol" en "gel" a la temperatura de 100°. El enfriamiento de ese "sol" a la temperatura de 20° C., da de nuevo un "gel". Esta transformación de "sol" en "gel" o de "gel" en "sol" puede ser repetida teóricamente hasta el infinito, por ello se le da el nombre de "coloides reversibles".

Los *hidrocoloides irreversibles* o *alginatos* se transforman de "sol" en "gel" bajo la influencia de una reacción química. El "gel" no puede volver a su estado de "sol", de donde viene el nombre de "irreversibles".

Para comprender la utilización práctica de los hidrocoloides en prótesis fija, examinemos un ejemplo concreto, sea la toma de impresión de un puente apoyado sobre los pilares representados por dos "coronas tres cuatros".

Nosotros podremos proceder siguiendo la técnica que utilizamos cuotidianamente, y bastaría con posar sobre esos pilares una cubeta para impresiones, llena de alginato, por ejemplo. Nosotros tendríamos suerte al obtener éxito, pero mucho más, correríamos un riesgo; las impresiones serían incompletas, numerosas burbujas se presentarían y los bordes gingivales de las cavidades serían poco nítidas. Es por esto que es necesario perfeccionar esta técnica:

1.° Antes de la impresión tenemos que liberar el borde gingival de las cavidades dentarias preparadas. Para ello disponemos de tres métodos diferentes:

Químico.

Mecánico.

Quirúrgico.

2.° Secaremos cuidadosamente las preparaciones hechas en los dientes y las aislamos, con precaución, de la saliva, a fin de evitar toda formación de burbujas.

3.° A fin de obtener una aplicación perfecta y rigurosa del producto sobre las cavidades, nosotros procedemos a una impresión en dos tiempos bien diferentes:

a) Cuando el material está en estado de "sol", se aplica cuidadosamente una primera capa, por medio de una jeringa, sobre todas las superficies de las cavidades.

b) Sobre las masas de hidrocoloides así obtenidas se aplica una cubeta conteniendo el material. Estas diferentes masas de hidrocoloides se fusionan en una sola durante la toma, y la impresión está terminada cuando el material toma la forma de "gel".

Nosotros hemos obtenido así, en una sola impresión:

Un vaciado exacto de los pilares del puente.

Una imagen exacta de la distancia que existe entre ellos.

Esto es lo que permite terminar un puente sin prueba intermedia, resultado que las técnicas clásicas no habrían podido obtener sino con la ayuda de muchas impresiones.

Para resumir, he aquí algunas generalidades sobre los hidrocoloides, y, desde luego, según el material, no son una novedad. Dos puntos solamente son originales:

La utilización de una jeringa, lo que conduce a la técnica de la impresión en dos tiempos.

Un rechazo artificial de la mucosa, a fin de liberar el borde gingival de las cavidades preparadas.

La utilización práctica de los hidrocoloides, reversibles o irreversibles, no es más que una cuestión de detalles de técnica.

II. MATERIAL DE UTILIZACION

El material necesario en la utilización de los hidrocoloides reversibles o de los alginatos es diferente para uno u otro coloide. Es una consecuencia de la naturaleza de los mismos.

Para comprender la utilidad y los caracteres de este material, recordemos que para tomar la impresión el material debe estar bajo la forma de "sol" y que se aprovechen las cualidades del "gel" para retirar la impresión de la boca.

1.° *Los hidrocoloides reversibles:*

Se licúan en "sol" a la temperatura de 100°; una ebullición es entonces necesaria. Desde que la liquefacción es obtenida se podría tomar una impresión, lo que no se libraría de quemar al paciente. Se considera en 60° la temperatura bajo la cual todas las cualidades de fluidez del producto están conservadas, por lo cual el paciente, además, no se quejaría ni tendría ningún temor.

Prácticamente, los H. son hervidos durante cinco minutos y colocados en un baño de agua a 60°. Nosotros tenemos exacta conciencia de la importancia de los H. Es un punto capital que rige el éxito o el fracaso de las operaciones. Es suficiente un enfriamiento involuntario para que el material no esté más con la consistencia adecuada. Es por ello que es indispensable poseer baños termostáticos que permitan conservar los hidrocoloides prestos al empleo y a la temperatura de 60° durante un tiempo limitado.

2.° *Los alginatos:*

Para éstos, la transformación de "sol" en "gel" es bajo la dependencia de una reacción química. Es suficiente poseer un material simple: un alginato, un bol, una espátula, un cronómetro, una jeringa y agua a 0°, a fin de retardar el tiempo de toma de los alginatos.

3.° *Diferentes tiempos de la toma de impresión:*

La toma de impresión, en sí misma, se divide en cinco tiempos diferentes:

1) Preparación de la encía.
2) Elección y preparación de la cubeta porta-impresión.
3) Llenado de las cavidades con ayuda de la jeringa.
Aislamiento de los dientes
Secamiento de las cavidades.
Descarga de la jeringa.

Las cavidades deben ser llenadas desde el borde gingival hacia la cara oclusal, teniendo cuidado de evitar toda formación de burbujas. No quitar la capa subyacente de hidrocoloide. Las diferentes capas del hidrocoloide defen fundirse las unas con las otras.

4.° *Seguridad de impresión:*

Tiempo de la toma.
Desprendimiento de la impresión.

5.° *Verificación de la impresión*

III. TECNICA DE LABORATORIO

Cuando la impresión está terminada, el laboratorio vacía la misma con yesos muy duros y de presa rápida. Este vaciado se hace según dos técnicas diferentes:

1) *El modelo es realizado en un solo vaciado:*

Se da al tercio inferior del modelo una forma "despojo".
Se toma una llave del tercio inferior.
Se sierran los pilares.
Se puede sacarlos y reemplazarlos.

2) *El modelo es realizado en dos vaciados diferentes:*

Se vacía sobre cada diente pilar de la impresión una pequeña cantidad de yeso.

En cada porción de yeso se estabiliza verticalmente una raíz metálica.

Se deja endurecer, se desbarba cada muñón, se les vuelve a colocar en la impresión y se vacía en total.

Después del montaje sobre el oclusor se terminan las ceras, esculpiéndolas, tallándolas. Es necesario utilizar un líquido separador para evitar una adheerncia de las ceras. Los colados serán realizados, ajustados, sobre el modelo, y el puente será terminado.

PRECISION. LIMITES. INDICACIONES

I. Precisión

Según un estudio hecho por Gehring en octubre de 1949, los hidrocoloides permiten una precisión de 0,05 al 0,10 por 100, lo que parecería ser una aproximación suficiente para nuestros trabajos dentarios. Se puede decir que, siendo menos precisos que la cera directa los H. son más nítidos, más precisos, que la pasta Kerr. Por el contrario, ellos permiten una mayor rapidez de ejecución.

Sin embargo, parece que los hidrocoloides reversibles son más precisos que los alginatos, porque estos últimos están sometidos a un mayor número de variantes.

Para los H. reversibles es la noción de temperatura lo que constituye la clave del éxito; temperatura de ebullición, de conservación y de enfriamiento de los hidrocoloides.

Para los alginatos, un mayor número de variantes son susceptibles de modificar el resultado dado: la temperatura del agua, la relación agua-polvo, el tiempo de mezclado, el tiempo de presa del "gel", la inmersión en un baño de fijado.

En fin, es necesario señalar un punto capital que influencia la precisión de los hidrocoloides. Estos materiales contienen 80 por 100 de agua, que ellos no piden que deba dejarse exudar en el momento en que la impresión está terminada.

Para evitar los fenómenos de distorsión y de retracción que podrían resultar de esta sinéresis, es necesario vaciar las impresiones inmediatamente o mantenerlas en un recipiente donde la humedad es de 100 por 100, sin pasar de los cuarenta y cinco minutos.

II. Límites

Los H. no presentan desventajas; no tienen dificultades, salvo aquellas que son debidas al material, al paciente, al personal que las emplea o al tipo de prótesis.

1.° *Dificultades debidas al material:*

a) Deduzcamos que el control de las temperaturas es el elemento esencial.

b) A pesar de los progresos recientes, las propiedades físicas de los hidrocoloides son muy variables según la marca utilizada y, asimismo, según las diferentes muestras de una misma marca.

2.° *Dificultades debidas al paciente:*

Su cooperación es necesaria como para todo trabajo de prótesis sobre diente vivo. Sólo la saliva trae un problema, algunas veces difícil de resolver, cuando se trata de hacer un puente sobre la arcada inferior. En el caso de una hipersalivación caracterizada es fácil de remediarla prescribiendo una medicación belladonada.

3.° *Dificultades debidas al personal:*

La asistente debe estar al corriente de la técnica, para permitir un ahorro de tiempo cuando la toma de impresión. El laboratorista debe estar entrenado con las técnicas modernas y precisas del trabajo en oro. Tanto más que tiene una responsabilidad acrecentada, al hecho

de que no hay control del odontólogo entre la toma de impresión y la adaptación y fijación del puente.

4.° *Dificultades debidas al tipo de prótesis:*

a) Cuando es necesario tomar impresiones de dientes piorreicos, rodeados de una encía retractada, se constata que los H. se quedan encerrados entre la encía y los dientes y que ellos se desgarran cuando se levanta la impresión.

b) Es, frecuentemente, difícil utilizar los hidrocoloides para puentes donde los pilares son múltiples, porque cuando se ha terminado la impresión del último pilar, las diferentes porciones de hidrocolide están ya solidificadas, lo que impide la fusión de las impresiones unitarias y la seguridad de impresión

c) Señalemos, en fin, las dificultades que sublevan la toma de impresión de espigas (tenons) dentinarias.

III. Indicaciones

Una prótesis sobre dientes vivos debe estar perfectamente ajustada para evitar toda recidiva de caries; por otra parte, ella debe ser hecha rápidamente, a fin de que los dientes preparados sean definitivamente protegidos.

Es, por consiguiente, que, para la toma de impresión de cavidades preparadas sobre dientes vivos, los hidrocoloides poseen toda su utilidad.

Teniendo en cuenta ese postulado, nosotros podemos deducir las diferentes indicaciones de los hidrocoloides en prótesis conjunta.

En el caso donde las cavidades son poco numerosas en cantidad, de una arquitectura simple y de un acceso fácil, la indicación de los H. no es absoluta; sólo un plazo muy corto o la dificultad de obtener de nuestro paciente muchas citas impondrían este método, que permite realizar un puente en un mínimo de tiempo.

Si, por el contrario, las preparaciones son complejas y de acceso difícil, los hidrocoloides, en su empleo, constituyen el mejor método y material.

En fin, cuando las cavidades son numerosas (puentes de contención) o cuando se debe reconstruir, como ocurre frecuentemente, toda una boca con modificaciones en su articulado, el ahorro de tiempo adquirido por el empleo de los H. es evidente. En efecto, a mayor

número de pilares aumenta más el tiempo que se necesita para hacer las ceras directas, lo que es importante de tener en cuenta.

No es lo mismo con los H., porque se obtiene de una sola vez la impresión de todas las preparaciones y el articulado. El ahorro de tiempo realizado con ese material es proporcional al número de pilares.

Es, por otra parte, excepcional que en tales puentes todas las ceras sean fácilmente obtenidas cuando se emplea el método directo. El nuevo método de impresión permite, igualmente, mejorar la precisión.

Una sola precaución es necesaria: no es preciso, en ningún caso, ensayar de tomar las impresiones de todos los pilares en una sola vez, pero sí de fraccionar esta impresión en dos o tres partes.

CONCLUSION

Nosotros creemos haber mostrado que los H. permiten obtener impresiones de gran precisión por medio de una técnica simple.

La originalidad del método es, incontestablemente, permitir no solamente el vaciado y modelaje muy fiel de las cavidades que servirían de pilar del puente—como lo haría la cera para incrustaciones, por ejemplo—, sino registrar con la misma precisión las relaciones de los diferentes pilares entre ellos.

Es lo que autoriza a terminar un puente sobre el modelo, sin ensayarlo en la boca. Pero se debe convenir que para todo trabajo de prótesis conjunta, la toma de impresión no es el tiempo operatorio más importante.

Es evidente que el valor de la prótesis será, sobre todo, función de la calidad de la preparación de los dientes pilares. Cual sea la perfección con la cual la impresión sea tomada, ella no salvaría remediar los errores cometidos en el curso del primer tiempo operatorio, que es la talla de las cavidades.

En resumen, los H. aportan tres mejoraciones en los diferentes tiempos clínicos de la preparación de un puente:

Simplicidad de la impresión cuando se dispone del material adecuado.

Precisión más grande que con la pasta Kerr.

Un ahorro de tiempo, ya que, para la mayoría de los puentes, ello suprime toda cita entre la toma de impresión y la fijación de la prótesis.

(*per* "Rev. Stom.-Odon. N. F.", IX, núm. 34. Trad., A. L. Campini.)

LA SUERTE, FACTOR IMPORTANTE

Por Alirio Cáceres M.

En toda época ha existido el terrible mal del temor y la desconfianza, que se adhiere en todos aquellos espíritus que, cansados de luchar se sienten abatidos por la adversidad de la vida y creen que lo mejor es dejarse llevar por el viento sin rumbo de una vida sin anhelos.

Pero esto es un error, porque nuestra vida está sujeta a los controles que nuestro estado de ánimo le imprima; en aquellas personas que han dado a su vida un toquecito con el bálsamo del optimismo y la confianza, se ve que todas sus acciones llevan un ritmo acelerado, porque quieren llegar en un tiempo menor de lo normal a la cima del triunfo.

Son millares las personas que creen mejor esperar pacientemente el día que la suerte los busque para entregarles la felicidad y buen vivir que todos deseamos y no hacen ni el mínimo esfuerzo por que la suerte llame a las puertas de su vida.

La suerte no llega a nosotros por sí misma; aquel que quiera que la suerte le acompañe como guía luminosa en esta vida, debe prepararse para hacer frente a los múltiples problemas que tiene que vencer para hacer que la suerte le muestre la brecha que lo lleve al triunfo.

Pocas son las personas que hayan escuchado tarde o temprano la famosa fábula de la liebre y la tortuga. Resulta que una vez estos dos animalitos hicieron una apuesta acerca de quién de los dos llegaba primero a un punto retirado. Al momento de partir, la liebre, en unos cuantos saltos, dejó atrás a la tortuga y, estando ya segura de la victoria, decidió aprovecharse de la sombra que le brindaba un frondoso árbol, echando una siestecita mientras la tortuga la alcanzaba. La liebre se quedó tan profundamente dormida, que transcurrió un buen tiempo y cuando se despertó, sobresaltada, pudo distinguir a lo lejos como un puntito a la tortuga, que paciente, pero continuamente, había hecho el recorrido y se encontraba ya casi junto a la meta. Maldiciendo su falta de previsión y exceso de confianza, la liebre hace esfuerzos para alcanzar a la tortuguita, pero inútilmente, pues ésta atraviesa primero la meta y gana la apuesta.

En esta vida habemos muchos que, como la liebre, estamos seguros de nuestro triunfo y tranquilamente nos dormimos en nuestros laureles, para ser despertados después por la realidad, que nos demuestra que quien tiene perseverancia puede llegar más lejos y más pronto que aquel que estudia o trabaja a saltos.

La vida es una renovación continuada y nunca podemos decir que sabemos bastante; sólo aquel que estudia con moderación, pero asiduamente y sin desmayar, es el que puede alcanzar la meta. Examine a su derredor y verá cómo muchas personas a quienes creía tontas han estado trabajando y estudiando pacientemente, y ahora disfrutan de ventajas o alcanzan éxitos ruidosos, mientras que personas más inteligentes que aquéllas no han sabido aprovechar sus facultades, y por el hecho de haberse dado por satisfechas demasiado pronto, han quedado rezagadas en el camino del progreso.

Esfuerzo constante y voluntad férrea son los secretos del éxito.

(**per** "Rev. Farmactca.")

MODALIDADES TERAPEUTICAS EN GERIATRIA (*)

por el

Dr. B. Lorenzo Velázquez

Las *características del terreno en el viejo* son también a considerar: Si *en el niño hay un terreno lábil* "por evolución", *en el viejo se da un terreno lábil* "por involución". En el niño se acusará la labilidad frente a factores infectivos, para los que no tiene aún defensas, una vez que se le terminan las que le confirió la madre; así puede contraer fácilmente las enfermedades infecciosas propias de la infancia y alteraciones digestivas por carencia de vitaminas, minerales, aminoácidos, etc. En el viejo, la labilidad de tipo involutivo se marcará por declinación de las defensas naturales y la aparición de fases degenerativas y esclerosas en diversos órganos.

Agentes terapéuticos y medidas higiénicas principales tendentes a retrasar en lo posible las manifestaciones de senectud

Entre los agentes terapéuticos que pueden ser útiles en la senectud, tenemos algunas *hormonas* y determinadas *vitaminas*. En el hombre, la utilización de las *hormonas sexuales* masculinas, la *testosterona*, por ejemplo, puede ser de gran utilidad, y si las manifestaciones seniles se produjeron ya, se mitigan o, inclusive, desaparecen. También es curioso el resultado de la mejoría de las funciones psíquicas en tanto dura la administración de testosterona. Para hacer más llevadero este tratamiento con hormona masculina, se pueden utilizar preparados de absorción prolongada. Estas inyecciones espaciadas son más fáciles de realizar, dado el psiquismo de los viejos. Entre las hormonas, también el ACTH y la cortisona en dosis pequeña, pueden hacer desaparecer pequeñas molestias auriculares, alérgicas, etc., pero cuidando mucho las cifras tensionales y prohibiéndolo en los hipertensos.

Las vitaminas se han estudiado, sobresaliendo por sus acciones más destacadas la B_1, la A, la P. P., la E, la B_{12} y demás factores hepáticos, sin restar importancia, en la medida que la tienen, a las restantes (C, B_6, etc.); a la B_6 le ha dado importancia recientemente, como antiinvolutiva, González Menéndez (1953).

(*) Sesión XIII. R. A. Med.

McVay ha estudiado recientemente (1953) la buena acción profiláctica que los antibióticos en uso prolongado y en períodos del año peligrosos frente a infecciones respiratorias, o en el curso de enfermedades que constituyen terreno abonado para múltiples infecciones: fracaso cardiovascular congestivo, diabetes, enfermedades pulmonares, peligro de neumonías hipostáticas, etc. La indicación de estos agentes terapéuticos en la profilaxis de diversas infecciones aparece sólo en muy viejos y en los que las resistencias a infecciones son mínimas.

Con el cardiazol se logran muy buenos efectos en viejos que acusan ateromatosis avanzada, pues estimulando centros respiratorios y mesocefálicos, mejoran la ventilación pulmonar y la circulación, haciendo desaparecer la anoxia, que es tan común en viejos deprimidos.

Terapéutica propiamente dicha en Geriatría

Vamos a señalar a continuación algunos postulados.

1.° *La terapéutica en el viejo puede ser*, y lo es muchas veces, *tan eficaz como en personas más jóvenes*, de donde nunca se abandonará el más meticuloso tratamiento en un viejo. Se muere rara vez de sensibilidad, y, aún en un profundo *ictus apoplético*, se logran muchas veces supervivencias.

2.° *Las enfermedades no suelen ser distintas en el viejo que en sujetos más jóvenes*, sino lo que ocurre es *que se dan en terreno orgánico diferente*. Una bronconeumonía que cura con facilidad, le dejará como antes se encontraba, o si era un enfisetamoso, puede dejarle con menos capacidad reactiva de su miocardio, pero con alguna frecuencia podrá después de la enfermedad encontrarse subjetivamente mejor que antes, por ejemplo el anciano que aquejaba rigideces y dolores articulares en el momento de su bronconeumonía, pueden desaparecerle después de curada ésta. La infección y su terapéutica pudieron estimular defensas, liberación del ACTH, etc., con esta resultante satisfactoria.

3.° *Cuando las terapéuticas sean etiológicas* y que, por ende, contemos con medicamentos eficaces, *la curación suele ser rápida y satisfactoria*, debiendo ser más precoz, si cabe, que en sujetos más jóvenes, pues sólo así se evitarían fases patológicas irreversibles. Un coma diabético será atajado con rapidez por el grave peligro de los accidentes vasculares irreversibles. Una infección aguda se yugulará

lo más pronto posible, para evitar un desfallecimiento miocárdico, un colapso, una anuria o un cuadro urémico etc.

4.° *Las terapéuticas que exijan una reacción fuerte por parte del organismo se manejarán con prudencia.* Será mejor, en todos estos casos *acudir a la terapéutica de pequeños estímulos,* a los que suelen responder bien en edades avanzadas: tiroides, hormonas en general, doca, hipófisis, ACTH, efedrina. tónicos cardíacos, analépticos. etc.

Como se trata muchas veces de *procesos crónicos irreversibles, la terapéutica será de mantenimiento. Nunca más que ahora debemos pensar que tratamos enfermos, no enfermedades.*

5.° *En las enfermedades crónicas de los viejos,* la terapéutica no puede esperar casi nunca la elasticidad funcional total de los órganos.

6.° *En la terapéutica geriátrica hay que contar con que la absorción digestiva es, en general, menor.* Muchos fármacos dados por vía gástrica en edades seniles y dado que su absorción es más difícil, dan, en cuanto se sobrepasa un poco la dosis, lugar a síndromes diarreicos de eliminación. Todo esto ha de tenerse en cuenta para la medicación antibiótica digestiva, y muy especialmente para la administración de tónicos cardíacos cuando estén indicados en casos de urgencia.

Si la absorción está dificultada en Geriatría, hay que contar con que la *eliminación de los medicamentos por los emunctorios naturales está retrasada,* lo que hemos de tener en cuenta para los "choques terapéuticos". Salvo choques inofensivos, como el de la vitamina A o las dosis fuertes de la C, todas las terapéuticas son perjudiciales en estos sujetos.

Por el hecho de la eliminación retardada, pueden ser peligrosas las terapéuticas por metales, la terapéutica yodada, la misma arsenical, al menos de forma sostenida.

Prácticas de rejuvenecimiento

Desde los tiempos primitivos hasta nuestros días, el hombre ha buscado el procedimiento de rejuvenecerse: aguas milagrosas, elixires de larga vida, sangre y glándulas endocrinas (Brown-Sequard, Steinach, Voronoff), hasta el más reciente *suero de Bogomoletz.* Este suero, obtenido de los animales por inyecciones de reticuloendotelio humano, no aspira hoy, después de los trabajos más serios, a rejuvenecer, sino a revitalizar pasajeramente. Estos sueros ortobióticos

o citotóxicos reticulares no harían más que poner en marcha una especie de *proteinoterapia para específica*, una especie de activación del protoplasma, como puede lograrse con plasma humano de individuos jóvenes y sanos, según ha expresado hace poco Pende (1952) (1). Más que nada se debe pensar el sufrir un reconocimiento periódico a partir de los cuarenta años.

(R. "Acad. Med.", V, 1954.)

DEFICIENCIAS EN LA NUTRICION

Las deficiencias en la nutrición son generalmente múltiples y tienen efecto acumulativo. Por lo común siguen un curso gradual y pueden presentar exacerbaciones puestas de manifiesto por síntomas clínicos agudos. El desarrollo de la enfermedad depende del tipo de la deficiencia, de la edad del individuo, de su estado de nutrición anterior, de la presencia o ausencia de factores condicionantes generales y locales y de la susceptibilidad del individuo. Las lesiones observables clínicamente son manifestaciones tardías, y su aparición está facilitada por factores locales predisponentes.

De los elementos nutritivos esenciales, los siguientes son importantes para la salud y conservación de los tejidos blandos bucales: Niacina, riboflavina, piridoxima, ácido pantoténico, ácido fólico, vitamina B, vitamina C y hierro.

Las manifestaciones bucales en las deficiencias de nutrición suelen estar localizadas, tienen cierta predilección por determinadas regiones, son de tipo crónico y presentan síntomas clínicos benignos mientras no se ha llegado a un estado agudo de la deficiencia. Las lesiones comprenden glositis atrófica, queilosis, gingivitis, estomatitis y ulceraciones de la mucosa. Los aspectos patológicos predominantes consisten en cambios degenerativos en el epitelio y en el tejido conjuntivo. La extensión de las lesiones y el grado de degeneración dependen del tipo de deficiencia, de su gravedad y duración y del número de crisis sufridas.

Las manifestaciones bucales no son patognomónicas de ningún estado determinado de deficiencias, y lesiones similares pueden ir asociadas a casos de naturaleza no carencial. El diagnóstico debe comprender un examen general, una historia completa, una valoración del estado de nutrición y unas pruebas especificas.

(**per** "Int. Dent. J.", 5, 1, 61, III, 1955.)

---

(1) Bogomoletz se fundó en dos principios para llegar a su suero: 1.º El sistema reticuloendotelial sería el tejido regulador de la vitalidad, trofismo y defensas orgánicas y el que envejecerá el primero, arrastrando el de los órganos donde se encuentre. 2.º En el sentido de la *proteosis* de Carrel, los productos de la citolisis de un tejido serían revitalizadores para las células de tejidos iguales o del mismo tipo.

LOS ODONTOLOGOS, FRENTE AL PROBLEMA DE LA EXTRACCION EN ORTODONCIA

por el

Dr. Alberto Bonilla

Creo que los ortodoncistas, absorbidos por los problemas de la especialidad, han descuidado mucho la información que hubieran debido dar a los odontólogos a medida que se discutían y se dilucidaban dichos problemas. La extracción de algunas piezas dentarias con fines ortodóncicos es, sin duda, uno de aquellos que mayor perplejidad suscita en el ánimo del dentista no especializado. Este trabajo está destinado, pues, a aclarar en alguna medida las dudas de nuestros colegas en un asunto de tanta actualidad.

Es innegable que la extracción de dientes sanos con el solo objeto de normalizar la posición de los restantes, es un acto que reviste cierta dramaticidad. Y desde el momento que se aconseja y mientras se discute, se resuelve y finalmente se realiza, actúan en la escena: el odontólogo, el ortodoncista y los padres del paciente.

Cuando los padres solicitan la opinión del ortodoncista respecto de su hijo, están generalmente muy lejos de sospechar que el tratamiento requiera a veces, como condición indispensable, el sacrificio de algunas piezas dentarias. Esto es fácil de comprender con sólo seguir su razonamiento, que, a no dudarlo se desarrolla en la siguiente forma:

1.° Todas las personas con oclusión normal poseen 32 dientes.

2.° Nuestro hijo padece de una anormalidad de oclusión que el ortodoncista se encargará de "normalizar".

3.° Luego: al terminar el tratamiento de nuestro niño poseerá sus 32 piezas dentarias correctamente ubicadas en sus maxilares.

Como razonamiento "a priori" es inobjetable. No nos debe extrañar, pues, que así piensen todos los padres y casi todos los odontólogos.

Por suerte, ese proceso dialéctico concuerda frecuentemente en todas sus partes con el proceso correctivo; en muchísimos casos la Ortodoncia corrige, conservando todo el complemento dentario. De

esos casos, en que todos estamos de acuerdo, no nos ocuparemos en el presente trabajo.

La realidad contra el razonamiento.—Si podemos demostrar, por el contrario: 1.°, que una arcada compuesta por dientes de tamaño normal ha adoptado una forma anómala porque el hueso maxilar no pudo dar cabida a todas las piezas dentarias; 2.°, que eso ocurre porque el hueso ha sufrido una interrupción en su desarrollo, lo cual trajo por resultado que su tamaño sea menor de lo que normalmente corresponde; 3.°, que es imposible hacer crecer el hueso para que pueda dar cómoda acogida a todas las piezas dentarias en el momento y a la edad en que el niño acude a la consulta; si todas esas premisas pueden ser demostradas, hemos de llegar a la conclusión de que la mala posición dentaria es una anomalía secundaria, esto es, derivada de una previa anormalidad por deficiencia del crecimiento óseo. La disyuntiva en esta emergencia sería: o bien promover el crecimiento del hueso maxilar, o bien disminuir el número de piezas dentarias. Como parece demostrado que lo primero no es posible, se impone la eliminación de alguna pieza para regularizar y estabilizar las arcadas.

Queda planteada así en forma simple la etiología de muchos casos de maloclusión y esbozada también la oportunidad de la técnica extraccionista. Pero no es tan sencillo para los padres del paciente admitir la necesidad de eliminar dientes sanos; en busca de una solución con menos sacrificio llevan su duda al odontólogo, el cual comienza desde ese momento a desempeñar un importante papel en este pequeño gran drama. En efecto: si el odontólogo acompaña a los padres en sus dudas y hasta se ofrece a interceder ante el ortodoncista "para ver si el tratamiento se puede hacer sin extracciones", todo el edificio trabajosamente levantado sobre la confianza se desmorona frente al equivoco de que los tratamientos se pueden hacer "con o sin extracciones", y que hay odontólogos que sacan dientes y otros que no los sacan...

Pretendo convencer a los dentistas de que es una determinada anomalía en un determinado sujeto lo que decidirá al profesional a extraer o a conservar con un eclecticismo prudente que excluye de la terapéutica ortodóncica todo proceder dogmático.

Me parece, por lo tanto, que los especialistas que se aferran al "extraer, nunca" (o "casi nunca", que prácticamente es lo mismo) se

atienen más a un lema que a una realidad etiológica y a una verdad escuetamente planteada por los factores biológicos que hasta el presente conocemos.

Angle y la doctrina oclusionista.—La eliminación de algunas piezas dentarias con fines ortodóncicos se practicó con suerte varia desde los albores de la especialidad hasta que el doctor Angle, con su indiscutida autoridad, la proscribió en forma absoluta. Sostenía Angle que el objetivo fundamental del ortodoncista debía ser el correcto engranamiento dentario, o sea, la oclusión normal. Logrado esto, la Naturaleza se encargaría de hacer crecer la zona apical de los maxilares en forma tal que todas las piezas dentarias hallarán cómoda cabida.

Si ello fuera cierto, los problemas de la Ortodoncia estarían reducidos a la pericia y habilidad en el manejo de la aparatología; pero la realidad demostró que esa teoría no tenía un fundamento biológico cierto, y el mismo Angle y sus discípulos tuvieron serios inconvenientes que no siempre lograron resolver. (Hoy podemos suponer que muchos de esos fracasos se habrían evitado con la prudente práctica extraccionista.)

Los atributos indiscutiblemente geniales del doctor Angle, que no se menoscaban con la discusión de sus errores, impusieron, no obstante, su doctrina oclusionista, y durante casi cuarenta años la Ortodoncia estuvo sometida a un verdadero escolasticismo anglista.

Estoy convencido de que los ortodoncistas siguieron, no obstante, practicando avulsiones en algunos casos. Lo harían quizás con el mismo espíritu con que uno se hace trampas a sí mismo para que un "solitario" salga... Y sin duda que, mediante esa estratagema, más de una corrección "salía"...

Tweed y su filosofía.—La tendencia extraccionista moderna se encarna en el doctor Charles Tweed y sus colaboradores. Sostiene Tweed que las piezas dentarias deben ser ubicadas sobre la zona del hueso basal para que la articulación permanezca estable y bien equilibrada, pues así ocurre en las dentaduras normales. Se tiene ura buena noción de qué es "hueso basal" pensando en lo que resta del máxilar de un desdentado, es decir, cuando se han eliminado todas las piezas dentarias y sus respectivos procesos alveolares.

Como la aparatología ortodóncica sólo actúa sobre el hueso alveolar y no produce crecimiento del hueso basal, en todos aquellos

casos en que éste no es suficiente para albergar cómodamente a todos los dientes, el procedimiento adecuado será eliminar alguno de éstos. Si tomamos como ejemplo un caso de dentadura "apiñada", tendremos que para alinear los dientes por el procedimiento clásico, deberemos expandir considerablemente la arcada, con lo cual sacaremos a todas las piezas dentarias de su posición correcta sobre el hueso basal: lograremos una dentadura normalmente articulada en cuanto a sus relaciones cuspídeas, pero en equilibrio inestable. El resultado estético será también pobre, pues de un perfil normal habremos hecho casi seguramente una biprotrusión.

A los resultados convincentes logrados por Tweed en su práctica se ha venido a agregar la investigación demostrando que el crecimiento de los maxilares se completa a una edad muy temprana y que es imposible hacer crecer el hueso básico más allá de su potencial genético.

En la terapéutica médica no hay (de acuerdo a lo que hemos consultado) ningún procedimiento mecánico para promover o acrecentar el crecimiento óseo; si lo hubiera, es obvio que muchas cojeras serían curadas por ese método.

Sin embargo, los ortodoncistas han creído durante largos años posible y hasta fácil hacer crecer los maxilares de acuerdo a las exigencias de la corrección. Y aunque la práctica, sin duda y con mucha frecuencia desmentía tal pretensión, tenía más vigor la palabra del maestro que la realidad tangible. Por esa razón dije antes que la Ortodoncia vivió durante mucho tiempo en un ambiente de ciencia escolástica, sin que por ello, repito, también pretenda desestimar las extraordinarias dotes de Angle.

La práctica y la investigación están contestes hoy en día en admitir que la acción de los aparatos ortodóncicos sólo se ejerce en forma apreciable sobre el hueso alveolar, que es uno de los tejidos de revestimiento de las raíces. De acuerdo a esto, las piezas dentarias deberán ser movidas y ubicadas sobre el hueso basal disponible; si éste no puede contenerlas a todas, la eliminación de algunas parecería ser, hoy por hoy, el proceder más razonable.

Retención.—Una articulación normal no sufre alteraciones sensibles en la vida del sujeto mientras la salud bucodental se mantenga. Esto sucede así porque los dientes se hallan correctamente implanta-

dos y porque todas las fuerzas que sobre ellos actúan están en equilibrio.

Una dentadura anormal, ortodóncicamente corregida, necesita un aparato retentor que mantenga por un tiempo a los dientes en las nuevas posiciones logradas por el tratamiento. Este tutelaje es necesario hasta tanto se normalice el hueso alveolar alterado por el movimiento dentario artificialmente provocado. Mas, una vez curado ese hueso alveolar, el aparato retentor no tendrá ninguna función que cumplir, si es que todas las piezas "han quedado correctamente implantadas y todas las fuerzas que sobre ellas actúan están equilibradas".

Creo que los casos tratados con extracciones exigen un tiempo breve de contención, pues las piezas dentarias no están forzadas en sus posiciones y las fuerzas que sobre ellas trabajan no modifican su equilibrio, sino que lo mejoran a medida que transcurre el tiempo.

Cuando esos mismos casos (que indiscutiblemente requerían extracciones) son corregidos sin practicarlas, los dientes quedan forzados e incorrectamente ubicados en el maxilar. A pesar del largo período de retención (se habla de hasta cuatro años), no puede ser segura la posición permanente de esos casos por la causa tan bien sintetizada por Mershon cuando decía: "El ortodoncista puede llevar los dientes a donde quiere, pero la Naturaleza se encargará de ponerlos en donde "deben estar".

¿Puede el odontólogo ser suficientemente informado?—Estoy convencido de que no sólo puede, sino que debe tener un concepto suficiente respecto de los principales problemas ortodóncicos y sus soluciones. En primer lugar, las diversas formas de maloclusión deben serle familiares para poder diagnosticarlas y establecer la oportunidad del tratamiento, funciones éstas insertas en su labor cotidiana. Además, habrá de poseer un criterio lo más amplio posible sobre los tratamientos y teorías en que se fundamentan. Todo ello podrá obtenerlo de los trabajos de divulgación, conferencias de ortodoncistas y también de sus propias lecturas y observaciones clínicas.

Los odontólogos que asisten a alguna conferencia de la especialidad suelen quedar gratamente impresionados, cuando no admirados, de los resultados obtenidos por los tratamientos. Pueden apreciar, en efecto, mediante la comparación de los modelos iniciales con

los modelos finales, la "milagrosa" transformación experimentada por una dentadura anómala.

Con frecuencia esa admiración es absolutamente merecida, pues las cosas han sido bien hechas, pero me permito advertir a los colegas no especializados que así como han podido tener una prueba de la eficacia de un determinado tratamiento, pudieron no haber visto sino una prueba engañosa. La ortodoncia no es sólo engranamiento cuspídeo y alineamiento de dientes; y eso es casi lo único que ellos han podido apreciar en los modelos de casos terminados.

A riesgo de fatigar, insisto en que son exigencias de una buena corrección: que los dientes estén ubicados en donde no puedan ser desplazados por las fuerzas naturales que actúan sobre las arcadas; esto es: que no hayan sido movidos a posiciones forzadas, exagerando el ensanche o expansión o llevando a los dientes a adoptar inclinaciones peligrosas para la integridad del paradencio.

De igual modo será preciso observar directamente al sujeto para comprobar si su rostro, en general, no ha sido afeado en lugar de mejorado y si su perfil no impresiona pobremente por lo protruído. La estabilidad y permanencia de lo que con el tratamiento se ha obtenido es primordial para juzgar del éxito o del fracaso del mismo. Resultado que muchas veces sólo podrá apreciarse después de varios años del retiro definitivo de los aparatos.

El doctor Cecil C. Steiner mostró (durante el curso Steiner-Moore, 1952) varias fotografías y modelos de casos que fueron estudiados después de cinco, diez y más años de terminados... ¿Cuánto tiempo se necesita, pues, para poder hablar con sensatez y sabiduría de los resultados de la propia experiencia?

La información para el odontólogo.—La presentación de casos bien terminados en los cuales no se han practicado extracciones (porque no las necesitaban) puede dejar convencido al auditorio no especializado de que las técnicas extraccionistas son un puro error. Del mismo modo, un caso correctamente terminado con extracciones, puede hacer aparecer a éstas como la panacea ortodóncica. No estoy cotizando bajo la capacidad e inteligencia de los odontólogos, pero creo que toda información ortodóncica destinada a ellos debe ser presentada con los recaudos necesarios para que puedan formarse un criterio propio sobre los resultados de los procedimientos correctivos y la oportunidad de su aplicación.

Con ese propósito, y juzgando sin duda con demasiado optimismo mi propia información, prosigo en la tarea de aclarar algunos equívocos ortodontológicos.

La extracción no es cosa nueva.—Esta frase, frecuente en boca de los "no-extraccionistas", reviste en ellos la intención de un gran argumento en contra de las actuales técnicas, adjudicándoles de paso las características de una "moda" que dejará de estarlo en breve plazo. Mas no sin algo de razón, podríamos aducir que si la extracción ha estado sobre el tapete desde los principios de la Ortodoncia es porque "desde el principio" se vió que los tratamientos estrictamente conservadores no podían solucionar todos los casos de maloclusión. Por lo demás, estoy seguro de que, a no mediar la intransigencia de Angle, la técnica extraccionista estaría hoy incorporada por una larga experiencia en la práctica corriente sin provocar discusiones ni oposiciones.

De todas maneras, con las garantías que da un mejor diagnóstico y la aplicación de técnicas más eficaces, podemos decir que, como se la practica en la actualidad, "la extracción sí es cosa nueva" en la terapéutica ortodóncica.

El tratamiento con avulsiones no normaliza al sujeto.—Ya hemos dicho que las maloclusiones no son casi nunca anomalías primarias, sino derivadas de una primera perturbación anatómica y/o fisiológica. En realidad, la posición defectuosa de una pieza dentaria va engendrando la de otras, y éstas a su vez son causa de la malposición de unas terceras. El tratamiento ortodóncico es, con frecuencia, un a modo de proceso reversible con el que se van llevando las cosas a su lugar, pero si en última instancia nos encontramos con una falta de material óseo capaz de contener a todo el complemento de los dientes, ya hemos dicho que no tenemos otra solución que el sacrificio de alguna pieza dentaria. ¿Logra nuestro tratamiento la normalidad del sujeto?... No, pues, ¿cómo podríamos alcanzarla si ya sus maxilares padecen un déficit irremediable?

Las técnicas extraccionistas sacrifican lo normal a lo estable y permanente, siempre que ello asegure el mejor resultado fisiológico y estético. ¿Será más racional sacrificar la mejor estética la estabilidad funcional y la salud de los dientes y sus tejidos de revestimiento en aras de la normalidad numérica de treinta y dos dientes? Lo cual tampoco es cierto siempre, pues la avulsión de los cuatro mola-

res de juicio es el corolario casi obligado de un tratamiento conservador.

Perfiles "chatos".—Una de las acusaciones corrientes a las técnicas extraccionistas es la de crear perfiles "chatos"... Inútil sería aclarar que las extracciones se hacen para lograr espacio. Así, pues, cuando extraemos los dos primeros premolares, por ejemplo, es para llevar hacia atrás los dos caninos y los cuatro incisivos, lo cual nos indica sin mayores explicaciones que el perfil de nuestro paciente es protruído (o si preferimos usar palabras del lenguaje famiilar, diremos que se trata de un niño "trompudo").

El paso siguiente luego de las extracciones será, pues, llevar el segmento dentario anterior hasta la línea que corresponde a un perfil normal.

Si al final del tratamiento nos encontramos con que un defecto en más se ha convertido en un defecto en menos y de un "trompudo" hemos hecho un "chato", las extracciones no son culpables, sino nuestra impericia para aprovechar ese medio terapéutico. Ellas posibilitaron la solución de un problema que no tenía otra: toca al ortodoncista manejarlas correctamente.

¿La extracción hace más fácil el tratamiento?—Creo que todavía subsiste entre los ortodontólogos el convencimiento de que realizar un tratamiento sin extraer es "hacer más ortodoncia". Aceptaremos la sentencia si se nos permite alegar que recurrir a la extracción cuando corresponde es "hacer mejor ortodoncia".

En el momento actual, la especialidad concentra sus mayores esfuerzos en perfeccionar los medios de diagnóstico: éstos nos permiten conocer, entre otras cosas, cuándo se debe eliminar dientes. Ello significa que si se resuelve usar en un determinado caso la técnica extraccionista es porque se está seguro de que es la forma más racional de tratamiento. En otras palabras: la extracción no facilita, sino simplemente "posibilita" la ejecución de un tratamiento correcto.

Por otra parte, pensemos en las dificultades que representa aprovechar los espacios creados, sin desmedro de la oclusión en general y la seria responsabilidad que se asume frente a los padres del paciente, y ya se podrá apreciar si eliminar dientes con fines ortodóncicos coloca al ortodontólogo en una posición cómoda y fácil...

¿Es mutilante?—Si nos atenemos a la definición del Diccionario —"mutilar": cercenar alguna parte del cuerpo—, la extracción, aun con fines correctivos, lo es. Pero la cirugía médica nos ofrece innumerables ejemplos de mutilaciones útiles para la salud del individuo, y, a veces, indispensables para que siga viviendo.

Con un poco de ponderación resolveremos si el balance entre la pérdida de una o más piezas dentarias y el beneficio que trae para el resto de la oclusión, justifica dicha pérdida. Yo desearía no oír en boca de grandes ortodoncistas esa palabra que parece condenar "a priori" sin entrar a juzgar la conveniencia de una mutilación que mejora sensiblemente el funcionamiento de todo el conjunto.

La propia experiencia diaria muestra al odontólogo que aun los maxilares de sujetos considerados como normales no adquieren un desarrollo sobrado ni siquiera suficiente. Los frecuentes trastornos producidos por la erupción del tercer molar prueban un déficit de crecimiento que ya puede considerarse habitual.

Todo ello se acentúa, como es natural, en el paciente que ha sufrido una merma real en el desarrollo óseo maxilar: insuficiente desarrollo que puede ser, precisamente, la causa de su anomalía de oclusión.

La extracción en Ortodoncia no es, pues, un recurso sorprendente, tanto menos si reparamos que no hace más que seguir la tendencia de la evolución antropológica. Si hay variación en el tamaño de los maxilares, seguramente que ha de ser en detrimento del mismo, y por otra parte, no creo que pueda sostenerse la posibilidad de que las piezas dentarias aumenten en número, siendo lo contrario casi seguro.

CONCLUSIONES

Al llegar a esta última parte, reitero los propósitos del presente trabajo: ellos no han sido otros que aclarar, en la forma más sencilla posible, los fundamentos científicos y los objetivos prácticos de la extracción en la terapéutica ortodóncica. La investigación y la práctica respaldan con muchos años de experiencia el derecho de este recurso para ser considerado lícito y eficaz.

Desde luego que serán siempre pocas las precauciones que se tomen para llegar con certeza a la necesidad de la extracción, pero el perfeccionamiento del diagnóstico da día a día más seguridades al respecto.

Ni el "extraccionista" más ferviente negará que hay muchísimos casos de maloclusión que deben ser tratados sin eliminar piezas dentarias. El corregirá en esa forma todos aquellos en que no haya desarmonía entre el tamaño de la arcada y el tamaño del maxilar correspondiente, por haber éste alcanzado el desarrollo normal. Pero procederá de una manera diferente cuando esa desarmonía exista.

Mientras nuevas investigaciones no demuestren lo contrario (las verdades de la Ciencia no son eternas...), me parece más racional un procedimiento correctivo que se supedita a la etiología de la anormalidad, pues esta actitud da, sin duda, mayor flexibilidad a la concepción y ejecución de un tratamiento.

Se ha abusado de la extracción. Es innegable. Y como consecuencia lógica, hoy asistimos a una reacción contra el procedimiento. Pero el abuso de una terapéutica, a menudo no hace más que confirmar su eficacia.

En efecto, si la técnica avulsionista se usó desacertadamente en algunos casos, no ha sido sino porque en muchos otros fué un éxito incuestionable. El mismo fenómeno ocurrió en Medicina con los antibióticos, pero ningún médico dejará de prescribirlos por la mera razón que otros colegas los hayan empleado sin discernimiento.

Para finalizar; tengo la esperanza de que las sencillas aclaraciones precedentes sean de alguna utilidad para la comprensión del problema extraccionista, y que hayan servido para familiarizar al odontólogo con un procedimiento en el cual su colaboración práctica y psicológica es primordial.

(*per* "Ortdncia.". XIX, 37, 1955.)

EVOLUCION DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

por el

DR. VÍCTOR DANIELS

Del Servicio Nacional de Salud.—Chile

INTRODUCCION

No se pretende en estas líneas llegar a un pronunciamiento definitivo respecto a qué sistema es aconsejable imitar para orientar convenientemente estos programas. Esto es sólo una tentativa para mostrar algunos hechos observados en los Estados Unidos.

Nos parece interesante, eso sí, que cualquier cambio fundamental a establecer deberá estar de acuerdo con los vacíos que se han encontrado en los distintos campos de la profesión. Creemos que es interesante determinar de antemano qué ideal o ideales se pretende alcanzar, a qué meta se quiere llegar, qué situaciones actuales deben mejorarse o modificarse para armonizar todo esto con las necesidades siempre crecientes de la población en lo que respecta a medir y solucionar sus problemas de salud bucal.

Muchas escuelas de los Estados Unidos, guiadas por la Comisión de Educación Dental de la American Dental Ass. de ese país consideran impostergable un cambio de orientación en sus programas encaminado hacia el mejor conocimiento de las enfermedades orales y su prevención. La aptitud vocacional de habilidad manual ya tuvo su época y no es suficiente para edificar una profesión universitaria.

Hoy día deben plantearse los problemas de Biología humana que se relacionan con Odontología, formando en las nuevas generaciones de egresados e incluso en los graduados una conciencia profesional más elevada y racional.

Algunos hechos destacados de la Odontología norteamericana en el presente siglo.

LA ETAPA TECNICA

En 1910, cuando la educación en las escuelas de Medicina estaba muy desorganizada y comercial, la Odontología cumplía bien con sus programas de preparación técnica en las escuelas y en la población. La investigación se orientaba casi exclusivamente a las condiciones de los materiales, tratamiento local de enfermedades periodontales y se trataba de mejorar la eficacia de los anestésicos. Percy R. Howe fué uno de los iniciadores de la investigación biológica en nuestra especialidad. son conocidos sus trabajos acerca de avitaminosis C en la formación dentaria, del metabolismo en relación con la atrofia alveolar, sobre saliva y bacteriología. En un Congreso realizado en Londres en 1917, echó por tierra una teoría amoebiana para la piorrea alveolar, como se lla-

maba entonces. En 1927 expresaba, al hacerse cargo de la Presidencia de la A. D. A.:

"El dentista se obstina en pesquisar las caries y en dar forma y término artístico a las restauraciones operatorias y piezas protésicas. sin fijarse en los distintos tipos de caries, en la saliva ni en los tejidos blandos. Los dientes—decía—son órganos vitales y no trozos de minerales". Fué un inspirador del sistema que se adoptó algunos años después en Harvard, donde los dos primeros años son comunes para estudiantes de Medicina y Dentística.

SEGUNDA ETAPA

Desde entonces se han incorporado nuevas ciencias a su enseñanza y puesto más énfasis en Bioquímica, Fisiología, Patología General, Bacteriología, etc. Pudimos presenciar en 1945 una discusión entre los doctores Diamond y Gies acerca de la educación dental.

El primero afirmaba que la mejor solución es la de considerar la Dentística como una especialidad de la Medicina; en cambio, el doctor Gies, bioquímico, era contrario a esto y citaba el caso de los estomatólogos europeos, cuya preparación dejaba mucho que desear, pues estudiaban una serie de cosas que nada tenían que ver con lo que se veían obligados a efectuar como profesionales. Era partidario de una independencia absoluta de la Escuela Dental y de ir complementando la preparación con materias que la evolución hiciera indispensables. Finalmente. la Universidad de Columbia adoptó el mismo sistema de Harvard, es decir, los dos primeros años comunes para los alumnos de Odontología y Medicina. Pudimos comprobar que en Harvard, después de diez años de experiencia con ese sistema de poner todo el acento en la investigación y laboratorio, los agregados se encontraban con que debían seguir cursos en otras escuelas para recapacitarse en los ramos clínicos, pues eso era lo que la demanda de la población les exigía. Por esta razón es que desde hace cinco años a esta parte, sin descuidar lo anterior. los alumnos de la Escuela de Medicina Dental de Harvard reciben una excelente preparación y práctica en las clínicas quirúrgicas, operatoria y otras. Aquellos alumnos cuyo especial interés radica en investigaciones sobre nutrición, bacteriología, biología, salud pública, etc., son recomendados al Instituto Nacional de Investigaciones Dentales o a otros centros de investigación.

En casi todas las escuelas existen, además, cursos para post-graduados, donde se capacitan dentistas en nutrición, epidemiología, dentística para niños, y en otras instituciones hay también escuelas para higienistas dentales que secundan el trabajo del profesional y son muy bien preparadas en educación sanitaria.

TERCERA ETAPA

Esfuerzos hacia la prevención de las enfermedades y mejor conocimiento de la comunidad.

Después de la segunda guerra mundial, ante la evidencia de que las

lesiones y pérdidas dentarias habían aumentado en vez de disminuir, como se desprendía de los exámenes de los reclutas desde 1917 a 1941, se presentaron proyectos para socializar la Medicina y la Dentística. Sabemos que la tendencia liberal se impuso y que la A. D. A. reconoció que era necesario luchar de preferencia por la prevención, y que si el Estado quería ayudar debiera hacerlo financiando investigaciones, atención infantil, etc.

Como un ejemplo de la importancia de aplicar el método epidemiológico, o sea los fenómenos que se deducen del estudio de los problemas que afectan a gran número de individuos, tenemos lo relacionado con fluorosis, primero como problema de estética, y en seguida la relación establecida entre cantidad de flúor en el agua, grado de veteamiento y resistencia a la caries. Otro ejemplo es el hecho de que en los Estados Unidos, junto con aumentar el consumo de azúcar por cápita, han aumentado paralelamente el número de caries, de enfermos de diabetes, de obesidad, etc. En 1953 la población gastó mil seiscientos millones de dólares en atención dental. Se hace notar que la cantidad que se gasta en investigar, para mejor conocer y prevenir estas enfermedades de tanta frecuencia, es infinitamente menor.

ESTADO DOCENTE ACTUAL EN ESTADOS UNIDOS RESPECTO A ODONTOLOGIA

Hoy día en los Estados Unidos, a excepción de Harvard y Columbia, donde los dos primeros años son comunes con los de la Escuela de Medicina, la organización geneard es la siguiente:

a) **Pre-Universitario.**

Estudio en el Colegio durante más o menos dos años, en que se incluyen esencialmente las siguientes materias requeridas para ser candidato a alumno de la Escuela Dental:

Inglés, Física, Biología y Química Orgánica e Inorgánica.

Obtener en ellas buenas calificaciones. Casi todos los Colegios de la Union se consideran aceptables para la A. D. A.

PRUEBAS PARA LOS CANDIDATOS. — SELECCION

Con el fin de seleccionarlos convenientemente, estos candidatos son sometidos a pruebas especiales, más de comprensión que de memoria.

La American Dental Association, en conjunto con la Asociación Norteamericana de Escuelas Dentales, establece cada año en qué consistirán esas pruebas, que son estudiadas para medir las aptitudes del casdidato.

Esos "tests" están basados en general en lo siguiente:

1) Captar rápidamente algún artículo corto respecto a un tema científico.

2) Habilidad mental en el campo de la Aritmética.

3) Habilidad mental para entender el significado y uso de las palabras.

4) Sentido de la dimensión de objetos geométricos.

5) Conocer algunos hechos establecidos respecto a Odontología, Biología y Química.

6) Solución de algunos problemas simples respecto a Biología y Química.

Pueden conseguirse distintos tipos de pruebas que ya han sido utilizadas para este objeto.

PROGRAMAS DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Es significativo el que, como decíamos, únicamente dos Escuelas Dentales tengan sus primeros años comunes con la Escuela de Medicina. El resto, o sea la gran mayoría, ha preferido, siguiendo las recomendaciones del Consejo de Educación de la A. D. A., ir evolucionando con la época y las circunstancias y necesidades que se consideren de mayor trascendencia.

He aquí la exposición de temas de estudio:

Anatomía Macro y Microscópica; Anestesia General y Local; Bacteriología; Bioquímica; Materiales dentales; Dentística infantil; Diagnóstico; Embriología; Etica; Historia de la Odontología; Higiene; Jurisprudencia, Medicina, Dentística Operatoria; Anatomía Oral; Cirugía Oral; Ortodoncia; Patología; Periodoncia; Farmacología y Materia Médica; Fisiología, Actitud frente al paciente; Prótesis; Salúd Pública; Tratamiento de canales; Rayos X.

¿Qué se puede aplicar en nuestras escuelas de todo esto?

Para ello hay que tomar en cuenta las siguientes circunstancias:

A) Que tanto las caries dentarias como las enfermedades periodontales y sus complicacjones dan lugar al volumen más apreciable de trabajo en Odontología.

B) Que su prevalencia aumenta día a día y que es interesante abordar su estudio y prevención considerando la población en conjunto.

C) Estas epidemias bucales están en estrecha relación con Biología, Nutrición, Bacteriología, crecimiento y desarrollo desde el embarazo hasta la adolescencia y deben agregarse a estos conocimientos los relacionados con estado económico, social y cultural de la comunidad.

D) Que sólo un porcentaje reducido de la población tiene capacidad económica y cultural para consultar al dentista, preventiva o curativamente.

Se establezcan o no programas comunes con la Escuela de Medicina, se recomienda:

1) Incorporación de conceptos acerca de salud pública.

2) Creación de Escuelas de Higienistas Dentales que trabajarían de preferencia en los Servicios de Salud Pública y Hospitales de Niños.

3) Mayor coordinación con los servicios de salud para cooperar con ellos en la organización de pabellones en hospitales para atención infantil, de centros de investigación y familiarizar a los alumnos en materia de crecimiento y desarrollo del niño, dietas, bacteriología, etc (Internados de Instituciones materno-infantiles, hospitales de niños centros de investigación, etc.). (per "Rev. Od. Concep.", 114, 1955.)

LOS ANTIBIOTICOS Y LAS ENFERMEDADES CARDIACAS

La ciencia médica moderna está concentrándose en un ataque frontal contra las enfermedades del corazón, asesinas *número uno* de la humanidad en Norteamérica y Europa.

Por fortuna, los hombres de ciencia están hallando rápidamente nuevas armas para prevenir y aun destruir tales dolencias. Las fotografías tomadas antes y después de la curación de uno de los más desconcertantes males—una infección de las membranas del corazón conocida como endocarditis bacterial subaguda—documentan este hecho alentador.

Hasta el reciente advenimiento de los antibióticos de amplio espectro antibacteriano, esta enfermedad significaba inevitablemente la muerte, con restablecimientos espontáneos en menos de un tres por ciento de las víctimas. Hoy, gracias a la penicilina, la terracina y otros nuevos adelantos, las posibilidades de sobrevivir se han elevado hasta un 85 por 100.

Se requieren prolongados e intensivos bombardeos con las drogas para derrotar al germen que produce la dolencia, lo cual hace el tratamiento difícil. Y tal dificultad, unida al hecho de que la dolencia ataca invariablemente a personas que han sufrido antes desórdenes cardíacos. ha dado lugar a que los médicos se enfrenten al problema de una manera nueva. Su meta es la prevención y la protección, más que la cura misma.

Los especialistas en corazón de la Pratt Diagnostic Clinic en Boston, recientemente informaron sobre el uso de la terracina a largo plazo para prevenir la ocurrencia de la enfermedad. El doctor Ralph E. Cole dijo que el antibiótico promete controlar otra de las más difíciles enfermedades del corazón.

La terramicina se administró continuamente durante un período de tres años a 143 pacientes que iban desde tres hasta cincuenta y dos años de edad, todos los cuales sufrían de fiebre reumática.

Puesta en marcha frecuentemente por una extracción dental, la endocarditis bacterial subaguda ataca las válvulas del corazón, exclu-

sas que regulan el flujo de la sangre desde el órgano y hacia él. Si no se la domina, la enfermedad puede causar daños permanentes en el corazón, hacer que este falle y producir la muerte.

A pesar de que durante innumerables años la enfermedad ha venido diezmando a sus víctimas, sólo se identificó la endocarditis bacterial subaguda como fatal en el curso del siglo pasado. Uno de los primeros en reconocer sus efectos mortales fué Sir William Osler, padre de la medicina moderna.

Desde los tiempos de Osler, el creciente interés respecto a la enfermedad ha arrojado nueva luz sobre los problemas peculiares que presenta. Una de sus más alarmantes características es su habilidad para enmascararse tras de su dolencia leve, o aun grave.

En sus primeras etapas, la endocarditis bacterial subaguda, se echa a un lado considerando que se trata de un catarro o es simplemente la consecuencia de estar agotado. Incluso en sus últimas etapas, la dolencia puede confundirse con una multitud de males que van desde la tuberculosis hasta la meningitis. (*ICE.*)

EL «TEST» DE RORSCHACH

El "test" de Rorschach (interpretación libre de imágenes fortuitas para el psico-diagnóstico) debe su nombre a Hermann Rorschach, psiquíatra y neurólogo suizo.

Este método tiene por objeto determinar la estructura del carácter del individuo. Su campo de aplicación es el examen psiquiátrico, la psicología del trabajo (por ejemplo, la prevención psicológica de los accidentes, la psicología de la juventud para la orientación escolar y profesional, etc. Se utiliza igualmente el "test" de Rorschach con fines científicos, pero sólo una persona muy especializada y con dotes de psicólogo podrá aplicar con provecho esta prueba.

Para practicar este examen mental se emplean 10 láminas con imágenes creadas al azar, del siguiente modo: "se echan algunas gotas gruesas de tinta sobre una hoja de papel que se dobla para extenderla entre las dos mitades". Durante años hizo ensayos Rorschach; teniendo en cuenta ciertos principios de la rítmica espacial, escogió diez láminas e indicó el orden de sucesión; cinco están hechas con tinta negra, dos tintas negra y roja, y tres son multicolores. Por el modo de obtención, las láminas son casi simétircas.

Sin producir en el sujeto desconfianza ni temor, se le presentan una tras otra las diez láminas, preguntándole: ¿Qué representa esta imagen? Las contestaciones se van anotando literalmente. Hay que precisar también con qué parte de la lámina se relaciona tal o cual interpretación, lo mismo que la posición de la lámina (normal, invertida, de través), y el tiempo empleado en interpretar la imagen, anotando, además, el comportamiento del sujeto. No se limita el tiempo de exposición de las láminas.

Según Rorschach, el examen del protocolo debe hacerse de acuerdo con los siguientes puntos de vista: ¿Cuál es el número de respuestas? ¿Duración de la reacción? ¿Cuántas veces ha fallado en la interpretación de una lámina? ¿Ha estado la respuesta determinada únicamente por la forma de las imágenes? ¿Ha sido influída por impresiones de movimiento o por el color de las imágenes? ¿Ha sido observada la imagen en conjunto o interpretada por sectores? ¿Qué partes de la imagen retienen más la atención? ¿Qué es lo que ha visto?

La base del psicograma es desentrañar el proceso verbal del examen, cuyas particularidades técnicas no pueden ser discutidas aquí. Rorschach insiste sobre el carácter esencialmente empírico de su examen; él mismo ha practicado sus experiencias diagnósticas sobre individuos normales, cultivados o no, sobre psicópatas, alcohólicos, débiles e imbéciles, esquizofrénicos, epilépticos, paralíticos genearles, dementes seniles y otros.

Es interesante apreciar el número y calidad de las respuestas; si han sido hechas las interpretaciones únicamente por la forma de las imágenes como inmóviles o cinestésicas, o si ha influído también el color; si las respuestas sólo atañen a un detalle ínfimo de la imagen; la proporción de respuestas originales (buenas o malas) o respuestas completamente banales; si el sujeto se obstina en interpretar exclusivamente las superficies blancas que encuadran la imagen o prefiere especialmente las partes en gris-negro o le produce choque el ver los colores.

La interpretación libre de imágenes debidas al azar parece hacer resaltar totalmente el psiquismo del sujeto. No es sorprendente, desde luego, que el "test" de Rorschach se aplique en Psicología y en Psiquiatría lo mismo que para hacer un diagnóstico diferencial. Los medios autorizados atribuyen gran importancia a este método de examen. Al primer Congreso Internacional del "test" de Rorschach (Zurich, 1949) asistieron psicólogos y psiquíatras de 17 países, prueba evidente del interés despertado por este "test".

No es necesario decir cuántas críticas ha levantado el "test" de Rorschach, incluso ha habido controversias acerca de la prioridad. Pero éstas tienen poco interés y las relegaremos aquí, así como las reflexiones sobre el lado problemático de todo "test" psicológico. Todo psicólogo que aplica un "test" con fines diagnósticos y con la conciencia necesaria, no es por ello un determinista o un fatalista. Evidentemente, la comprensión intuitiva de un carácter es diferente que el examen minucioso de los resultados aislados, pero ello no invalida en modo alguno el "test" de Rorschach. Mongenthaler ha dicho a este respecto lo que sigue: "El gran arte es unir correctamente las cualidades de un espíritu analítico con un espíritu de síntesis muy intuitivo." Rorschach poseía ambos dones: por una parte, la observación crítica y la precisión, y por otra, la intuición y el sentido de la personalidad humana en su conjunto, rico en "resonancias" y en reacciones.

(Entrscdo de "Angulo". 200, 1955.)

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección; Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S.

de la Asociación de Prensa Médica Española

MADRID — Jorge Juan, 39

Editorial — Número 139 (7) — 1955

INTELIGENCIA Y FERTILIDAD

Con este título publica el "B. M. J." (1257, XI, 19, 1955) una editorial cuya glosa quisiéramos que bordeara no su aspecto, quizás humorístico, sino su trascendencia social y humana. Sin embargo, estimamos—aun dentro de nuestra modestia de resortes especulativos y estadísticos—que aún, actualmente, estamos lejos de poder obtener conclusiones que medios más poderosos pudieran garantizar.

Se ha dicho que "dentro de cada grupo social los más inteligentes o mejor preparados cuentan, por término medio, con familias menos numerosas que los otros" (Royal Comision on Population, 1949). Mas si esta diferencia de fertilidad tiende a disminuir, el término medio de inteligencia del individuo es ciertamente difícil de determinar.

Basadas las determinaciones de la inteligencia en las clásicas pruebas o tests, no son por sí solas información suficiente o definitiva para clasificar de manera rotunda, como un baremo, para el que toda sistematización es poca. Por otro lado—como arguye el comentarista—, se haría necesario considerar como adecuada la influencia de las circunstancias mentales con la genética. La inteligencia resulta como producto no sólo de un complejo de genes, sino de circunstancias ambientales postnatales, amén de lo que nosotros los cristianos hemos de conceptuar como prodigalidad de Dios. Y de tal forma las circunstancias ambientales influyen en la persona, que el análisis de la distribución de la inteligencia entre los elementos de una misma familia lo confirma plenamente.

Con la inteligencia parece ha ocurrido lo que con la economía o con la diferenciación o clases sociales, y es que si bien es cierto que se han liberado de la ignorancia gran número de sujetos, es cierto también que las mentes preclaras y gran dotadas han disminuído. Algo así como que las clases sociales se han equiparado: desaparecieron los analfabetos, los parias, y con ellos los grandes señores, la aristocracia, también

en parte; como los brazos de la balanza que hubiera equilibrado las clases sociales y la inteligencia.

El censo (Gral. Register Off.) de Londres adjudica en 1941 casi un 22 por 100 de familias con más de cinco hijos, coeficiente que en 1951 era sólo del 5 por 100 escaso. En general, la fertilidad ha ido, efectivamente, disminuyendo, así como también la gran diferencia entre esa fertilidad y las clases sociales.

Más lógicamente parece relacionarse la fertilidad con la economía que rige actualmente el mundo. La pretendida interrogante sobre la fertilidad en la mujer universitaria la hemos de considerar en función de aquella misma economía y, en el peor de los casos, en un enciclopedismo heterodoxo.

Sin embargo, en reciente investigación (Newnham College, 1952) se puso de manifiesto que las muchachas graduadas de 1930 a 1952 formaron familias constituídas por mayor número de hijos que las familias organizadas en igual período años antes, lo que no armoniza precisamente con los datos de más arriba.

La economía, sí, no solamente obliga al matrimonio tardío, sino que la incertidumbre de la vida actual lleva la zozobra de la vida desde la jornada del trabajo hasta las mismas horas del descanso: como una obsesión que polariza otra actividad o eufemismo.

Bibliografía

"Analis da Faculdade de Medicina", de la Universidad de Recife. Pernambuco, Brasil, vols. XII y XIV, núms. 1 y 2, Julho, Dezembro, 1954.

En las 200 páginas de ambos volúmenes que acabamos de recibir se nos ofrece no sólo una relación del personal docente de dicha Universidad brasileña, sino una serie de trabajos llenos de dignidad científica, editados con lujo de grabados a varias tintas.

Al acusar recibo de los magníficos "Anales" nos complace acompañarlo con nuestros sinceros plácemes.

NOTICIAS

La mitad de la población del mundo no está alimentada

Discurso de Su Santidad al Congreso de la Dietética y de la diabetes en la Infancia
("L'Osservatore Romano" del 26-27 de septiembre de 1955)

Tenemos el placer de recibiros, con ocasión de las Jornadas de Dietética que habéis organizado en Roma. Sed bienvenidos. Nos sentimos un particular interés por los trabajos de vuestra especialidad.

1. **Problemas actuales de la dietética.**

El siglo presente, con tantas conquistas médicas, ha visto elaborarse esta ciencia de la alimentación humana. Se sabe actualmente cómo el cuerpo humano mantiene y renueva sus fuerzas, los alimentos que utiliza como fuente de calor o de energía, como material plástico o como agente catalizador. Se ha descubierto, entre otros, la importancia de las sales metálicas y de las vitaminas, la naturaleza de las proteínas y la existencia de algunos ácidos grasos necesarios al organismo, de los cuales no puede efectuar él mismo la síntesis. Conociendo, de una parte, las necesidades del cuerpo, y, de otra, la aportación química exacta de los alimentos habituales, se puede determinar la dieta que conviene a las diferentes edades, en los diversos climas, y en enfermedades determinadas.

Este Congreso de Roma se proponía estudiar el problema de la alimentación en relación con las glándulas suprarrenales, el enriquecimiento de los alimentos y la alimentación de los ancianos.

El problema de la alimentación es, sin duda, el primero que se plantea al hombre; incluso en los países de Europa occidental se comprueba que alrededor de la mitad de la población no tiene una nutrición plenamente satisfactoria, ya sea en calidad, ya sea en cantidad El remedio a esta insuficiencia vendrá dado, principalísimamente, por las medidas de orden económico y social. Toda carencia alimenticia prolongada constituye una amenaza que afecta a la longevidad, a la resistencia a las enfermedades, etc.

Hace veinte años se evidenció el hecho de que el déficit alimenticio repercutía mucho menos sobre los alimentos energéticos, de valor generalmente médico que sobre los elementos protectores, sales minerales y vitaminas, indispensables para la salud. Alimentarse de una manera racional, sin aumentar sus gastos, sería un gran remedio. Así, una simple modificación de los porcentajes del glúten de la harina, aumentaría no poco su contenido en vitaminas B. Pero la resistencia de los consumidores, que prefieren el plan blanco al moreno, impone la adopción del proceso artificial para enriquecer por adición las vitaminas. Se conoce también cuál es la importancia de la vitamina del arroz en los países orientales. El uso prolongado del arroz descacarillado entraña la aparición de una enfermedad resistente, el beri-beri. Experiencias concluyentes, realizadas por los filipinos, han demostrado que la vitaminización del arroz determina una baja considerable de la mortalidad provocada por este mal. Pero vosotros habéis señalado justamente que

fuera de circunstancias excepcionales (como el tiempo de guerra, la pobreza de un país, la carencia de un alimento básico en elementos protectores), este método de enriquecimiento artificial podría también presentar peligros, y que era preferible recurrir al método educativo, que invita a los productores a mejorar la calidad de sus mercancías y a los consumidores a procurarse una alimentación sensatamente equilibrada.

Se ha demostrado que si la nutrición contribuye a evitar o a retardar la acumulación de residuos en las células de los tejidos, prolonga en ellas la vitalidad. Por otra parte, los tratamientos por medio de hormonas permiten, sin duda, conservar una actividad útil a organismos afectados por los años.

2. La diabetes infantil y sus problemas

La diabetes es nociva para el adulto a causa de los trastornos que provoca en el organismo, mientras que en el niño ocasiona alternancias continuas de hiper e hipoglucemia, susceptibles de determinar crisis graves. Esta terapéutica supone un conocimiento profundo de cada sujeto, de los trastornos endocrínicos y neuro-vegetativos que le afectan y son el origen de su mal.

3. Un alimento que confiere la inmortalidad.

Los progresos de la ciencia permiten hoy penetrar en la complejidad de los mecanismos biológicos. Evolución normal y bienhechora, porque los determinismos naturales no tienen otro sentido que el de servir a la actividad superior del espíritu. Por encima del bienestar puramente físico y del equilibrio funcional perfecto, debéis perseguir el poner al ser humano en situación de responder a su destino trascendente.

("Ecclesia", 8 de octubre de 1955)

Necrología

El profesor don José Ortega y Gasset

En su casa de Madrid falleció el filósofo Ortega y Gasset, cuya personalidad no es necesario subrayar a nadie.

Ortega y Gasset, filósofo y ensayista, ejerció una gran influencia sobre la juventud, a la que se dirigió desde su cátedra de la Facultad de Filosofía, y sobre el pensamiento actual español, ampliándole su horizonte desde los temas estéticos (**Deshumanización del arte**), políticos (**La rebelión de las masas, España invertebrada**), o históricos y sociales, así como desde su "Revista de Ocidente".

Ortega y Gasset, formado en Alemania, partió del neokantismo para llegar a una metafísica de la razón vital. Su cristianismo fué evidente en su última hora. Su sistemática llega fácilmente al lector por su prosa sugestiva y elegante. Por la Universidad—el vivero de ciudadanos—sintió el más profundo ideal, no siempre comprendido, aunque fuera íntimamente correspondido por la juventud.

Descanse en paz.

S. S. WHITE

SUS FAMOSOS PRODUCTOS

CON LA CALIDAD DE SIEMPRE

NUEVAMENTE A SU ALCANCE

A PRECIOS MUY REDUCIDOS

DEPOSITOS DENTALES:

A. Solé Palou

BARCELONA
VERGARA 7

TELEGRAMAS: SOPAL

MADRID
AV. J ANT° 15

Sociedad Española de Metales Preciosos, S. A.

SAN MARCOS, 3. – MADRID

PALADOR

(NOMBRE REGISTRADO)

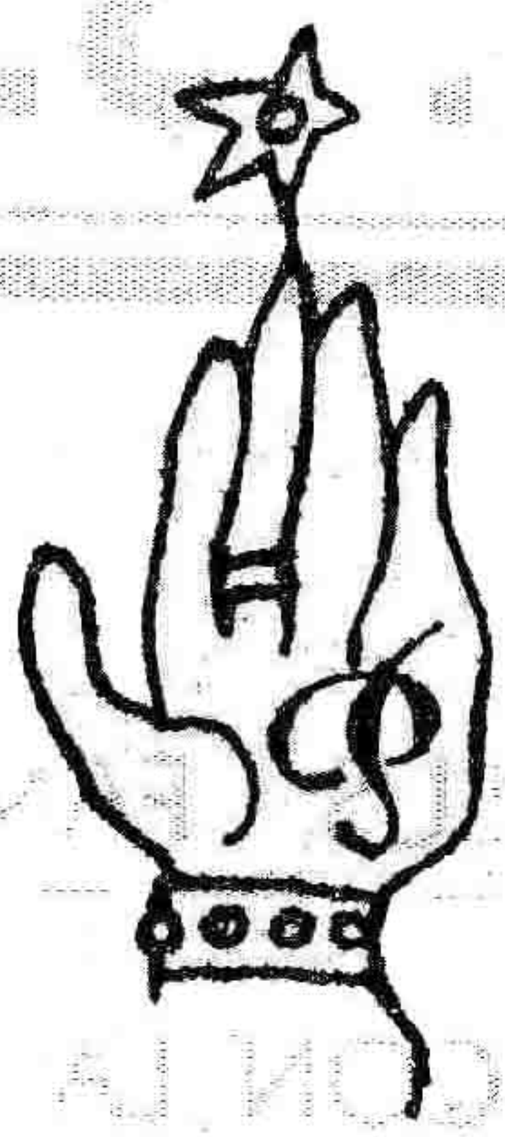
ALEACION BLANCA
DE METALES PRECIOSOS
para toda clase de trabajos

COLADOS - TROQUELADOS
CORONAS, ETC.

TELEFONOS

Madrid, 22 - 11 - 41; Zaragoza, Genera Franco, 22; Barcelona, 215225; Valencia, 15467; Bilbao, 11183; Córdoba, 2990; Málaga, Sta. María, 27; San Sebastián. 15696, Oviedo, 2806

EDYPO



Una filigrana es toda obra bien concebida que atrae primero y convence después. Estas armas: *presentación* y *sólido fundamento*, podemos ofrecer a la industria y al comercio odontológicos para concebir, encauzar y realizar sus propagandas

Anuncios clasificados

Se vende laminadora con basamento. Informes: **Administración ODONTOIATRIA**

ODONTÓLOGO: Impresiones con escayola Tavira.

RETANA. Ortodoncista, Carmen, 14. Barcelona.

SE vende, puesta en Madrid, prensa termoplásticos.

PALADOR. Sociedad Española. Metales Preciosos.

Amortiguador ASC 52 puentes dentaduras. Mibi Durango.

Escayolas para clínica y laboratorio. Competimos en calidad con las mejores y en precios con las peores. Soliciten ofertas y muestras
ALMACENES PINCIA. - VALLADOLID

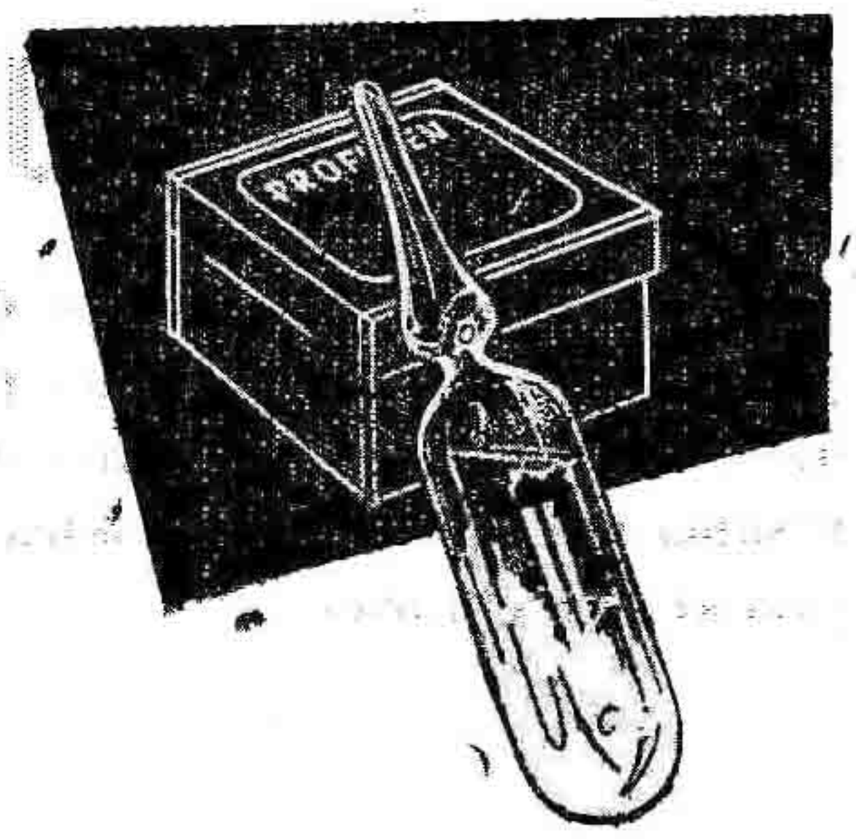
Odontoiatría

LA REVISTA DE LOS
ODONTOLOGOS
PARA LOS
ODONTOLOGOS

JORGE JUAN, NÚMERO 39

MADRID

ASEGURE..!



...su correcta técnica con un buen anestésico

Los diversos tipos y concentraciones de Soluciones Anestésicas PROFIDEN permiten al profesional disponer de la indicada para cada caso. Y por su garantía y economía, resultan el anestésico local preferido.

SOLICITE MUESTRAS

ANESTESICOS

PROFIDÉN

PARA ODONTOESTOMATOLOGIA

LABORATORIOS PROFIDEN, S. A.

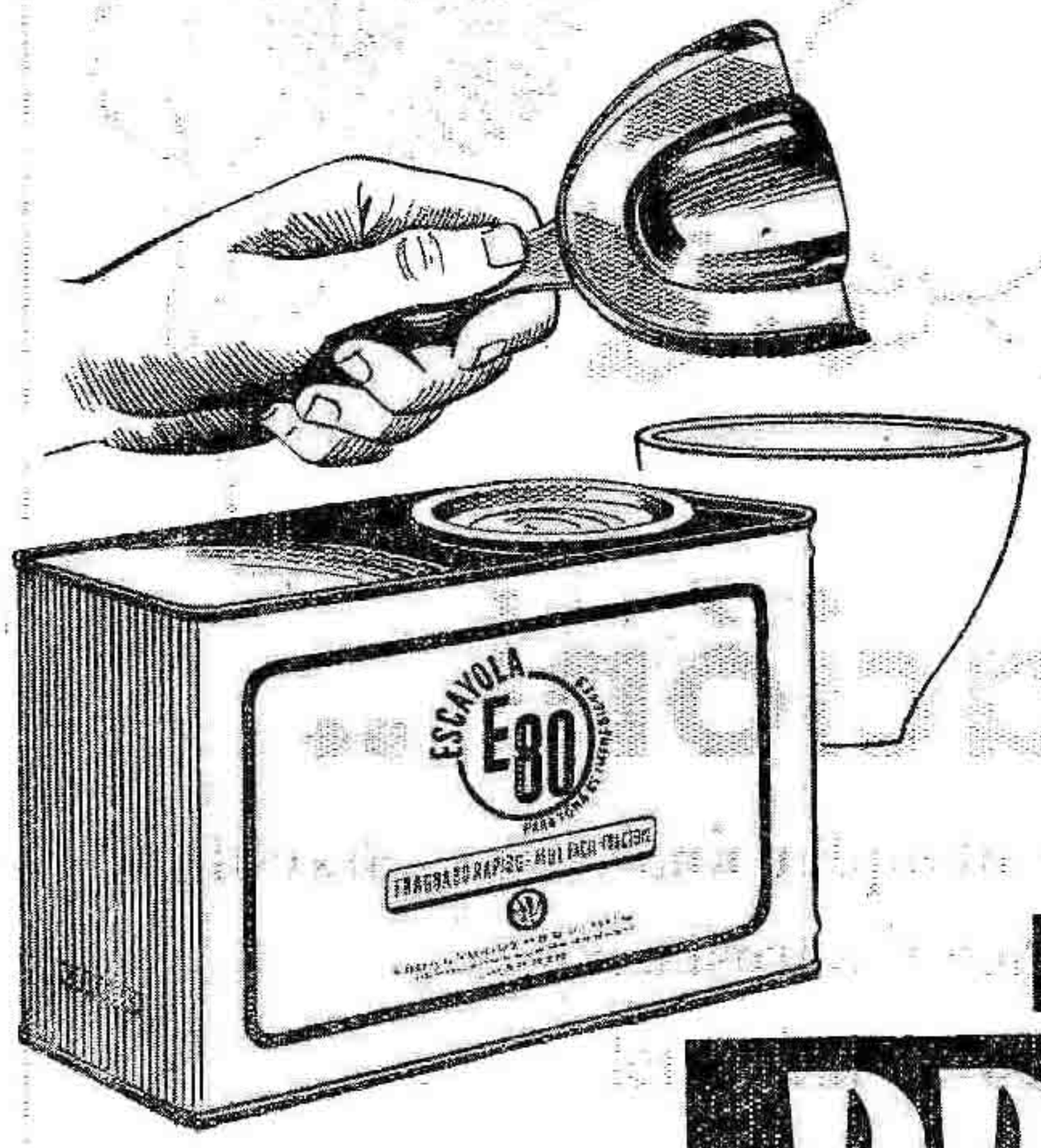
Investigaciones y Preparaciones Odontológicas

Apartado 7051 - MADRID

CUALIDADES GRATAS...

... tan interesantes para el paciente como para el odontólogo:

- **FRAGUADO RAPIDO**
- **FACIL FRACTURA**
- **SABOR AGRADABLE**



He aquí las características por las que la Escayola E-80 "PROFIDÉN" ha sido adoptada por la inmensa mayoría de los Profesionales.

ESCAYOLA "E-80"

PROFIDÉN

SOLICITE MUESTRA

LABORATORIOS PROFIDÉN, S. A. • INVESTIGACIONES Y PREPARACIONES ODONTOLÓGICAS • Apartado 7051 • MADRID

ESCAYOLA PURA DE ALABASTRO

Esta antigua y acreditada marca, está obtenida de piedra de alabastro pura, sin mezcla alguna, no precisa el secado artificial, pues elimina el agua sobrante por sí misma: es de una blancura y finura esmeradísima e insuperable para los gabinetes odontológicos y aplicaciones médicas, hospitalarias o clínicas.

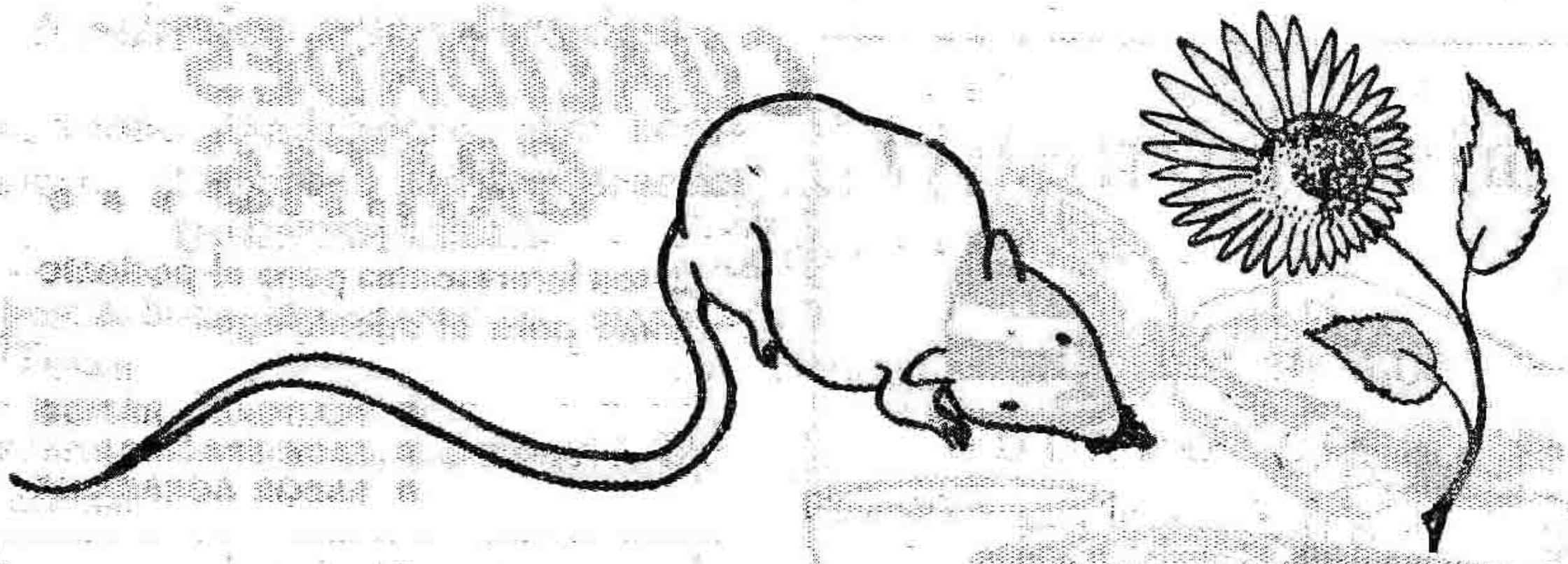
¡He aquí la **TAVIRA** *marca Tavira!*

GARANTIA DE LA MEJOR CALIDAD

Unicos fabricantes: Elorriaga, Mendizábal y Cía., S. L.

Alameda, 14 - Teléfono 12032 - Apartado 225

SAN SEBASTIAN



¡Admiración!...

es la sorpresa que causa el contemplar una cosa maravillosa.

Admiración que place y entusiasma...

¡Cause admiración su industria!

Departamento de publicidad
ODONTOIATRIA



Número suelto: 20 Ptas.