

la★Poca★
Revisita★Ceto★
AMERICANA★
de★Widdi★ap

ODONTO-
IATRIA

DEUS PATRE ET SCIENTIA

BIBLIOTHECA NACIONAL

MCMXLVII

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca
de la Asociación de Prensa Médica Española

Dirección y Administración: Jorge Juan, 39



CONSEJO

García de Uña. Losada Agosti. Sáenz de Pipaon

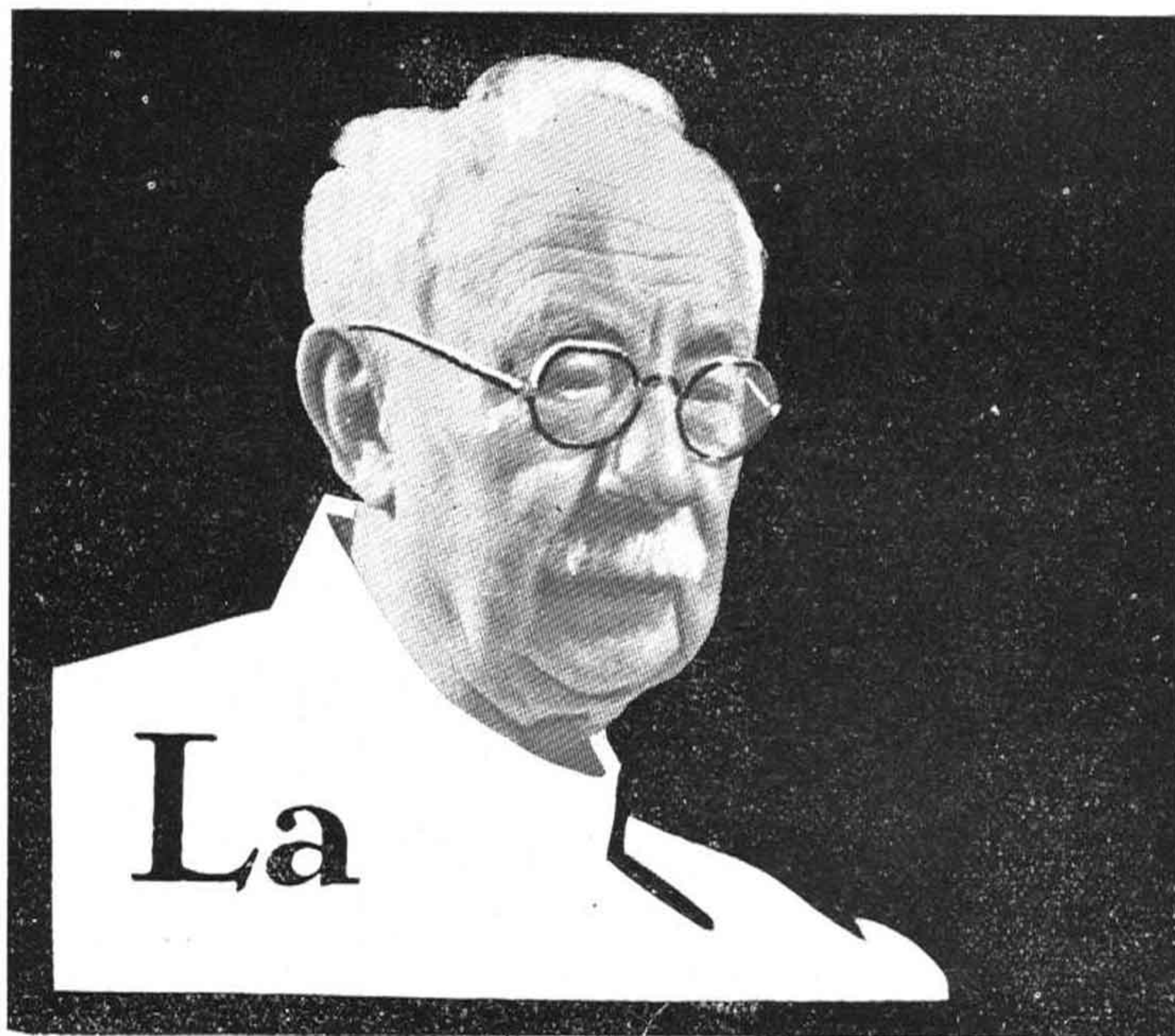
COLABORADORES

Alberich, Alonso Jiménez, Aranguren Arbide, Baca, Bascones, Betancourt, Blanco Bueno, Calvo, Carol Casas, Dancausa, Díez, Espejel, Fernández Coello, Ferrer Pérez, Fonseca, Fuentes Echevarría, García Ballestero, García Fernández, García Marín, García P. del Villar, Gómez Comes, Góngora Durán, Hervias, Iceta, Iribarren, López Blanco, Lozano, Mallol de la Riva, Mariscal, Marcos Gómez, Martínez Gil, Martínez Sardá, Massa, Muñiz Toca, Orensanz, Pagoaga, Pascual Murcia, Planas, Renard, Ribera, Del Río, Rosa Meca, Ruiz Esquin, Ruiz de Temiño, Sáenz Badillos, Sánchez Ocaña, Santamaría, Serraller, R. Soto Yarritu, Soubrié, Subirana, De la Torre, Vinuesa, Younguer.

Vol. IV

Mayo
* EN MADRID *
1947

Núm. 41



experiencia pregona...

que no siempre pueden los alimentos compensar la pérdida continua de sales cálcicas y vitaminas por los excretos. En casos patológicos las funciones metabólicas quedan alteradas; por la prolongada dieta se hacen los enfermos deficientes de cal y vitaminas

El carbonato, el fosfato y el glicerofosfato de cal, los tres compuestos que entran a formar parte del

RECALCIFICADOR VITAMINADO ROBERT

Activos por vía oral y potenciado con vitamina D. C., el complejo B y aminoácidos de la levadura de cerveza

Indicado en el embarazo, lactancia, crecimiento, caries dentaria, fracturas, etc

DR. JOSE ROBERT MESTRE

LABORATORIOS  **ROBERT**

Maldonado, 9.-MADRID

Valencia, 314.-BARCELONA

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. IV

M A Y O

NUM. 41

S U M A R I O

	<u>Páginas</u>
* <i>Peculiaridades de la terapéutica penicilínica en Odontología</i> , por el Dr. José Antonio Martínez Sardá	207
<i>Nuevo bactericida</i>	224
* <i>Controversia sobre el descubrimiento y aplicación de la anestesia por inhalación</i> , por el Dr. Eduardo Ruiz Esquíu.	225
<i>El pescado como alimento y medicamento</i> , por A. de A.	233
<i>¿Hay que operar la angina de pecho?</i>	241
<i>Tratamiento de la neuralgia facial por electrocoagulación del ganglio Gasser</i> , por el Dr. Jean-Paul Grinda	242
<i>Fractura de la mandíbula en la avulsión de un segundo molar</i> , por Bond vs. Whitten	245
<i>Alimentación del lactante</i>	247
Editoriales: <i>Tratamiento de las afecciones periapicales con penicilina</i> .— <i>Los Estatutos de la Organización Odontológica Co-legial</i>	248
<i>El XV Congreso de Odontología</i>	251
<i>Bibliografía</i> .— <i>Noticias</i>	255

EXTRACTOS DE REVISTAS

Referatas dispuestas para el fichero

PUBLICIDAD

— Laboratorios Robert.
— Técnicas de Impresión.
— Solé Palou.
— Geve.
— Schmidt.

— Laboratorios Profidén.
— Escayolas Tavira.
— Dentaria.
— Sandoz.
— Varios.



UNA OBRA DE ARTE!

puede ser una restauración
de la boca, cuando el que
la realiza es un artista

pero esta obra de arte fracasará
si sus fundamentos son falsos...
de la técnica de impresiones,
los materiales

y de tantos otros detalles
que puede estudiar en

IMPRESIONES EN ODONTOLOGIA

del Dr. Sáenz de Pipaón

dependerá el resultado todo de su obra

En las buenas librerías

* PECULIARIDADES DE LA TERAPEUTICA PENICILINICA EN ODONTOLOGIA (*)

por el

Dr. José Antonio Martínez Sardá

616.31-085:615.37

PRETENDER agotar en el forzosamente limitado espacio de una comunicación todo cuanto a la penicilina se refiere es tarea imposible. Y aunque en el marco de la Odontología no es mucho ni muy extraordinario lo que hasta ahora se haya realizado en este aspecto, renunciemos de antemano a extendernos sobre este tema con un criterio exhaustivo, pues estamos seguros de fracasar en tal empeño. Es tanto, tantísimo lo que se puede decir y las sugerencias interesatísimas que nacen al considerar la terapéutica general penicilínica aplicada al campo de la Odontología, son tantas las esperanzas cifradas en ese nuevo fármaco y es tan grande el cariño que sentimos por este tema, que nos duele desperdiciarlo todo en una atrevida y poco meditada comunicación, que lejos de añadir restaría importancia al mismo tema.

He dicho en una atrevida y poco meditada comunicación a sabiendas de que estas palabras necesitarían una aclaración. Aclaración que nace espontánea al considerar el método de trabajo seguido por Florey y Chain, descubridores de las múltiples aplicaciones clínicas de la penici-

(*) Comunicación presentada al XV Congreso de Odontología, Barcelona, 1947.

lina. La incorporación de la penicilina a la clínica llegó tras el esfuerzo no de un hombre, sino de un "equipo", como el mismo Florey califica a todos los que con él colaboraron. Los esposos Florey, el químico Chain, Heatley, descubridor del método de valoración de la penicilina, Gardner, Alexander y otros muchos estuvieron en un íntimo contacto hasta conseguir un éxito constatado no sólo por ellos, sino también por aquellos otros que, como Oxford, Rastick, Ranelkamp, Bigger, Garrod, Ungar, Waksman, Woodroof, etc., seguían sus trabajos con creciente ansiedad y aportando su valer y sus esfuerzos a la obra común.

Antes de dar cima a sus trabajos y publicar unas normas para el tratamiento de la gonococcia, pongo por ejemplo, Mahoney y sus colaboradores necesitaron una larga experiencia basada en cientos de casos. Y hablamos de un germen, el gonococo, que aparece como el más lábil a la acción de la penicilina. Qué de dificultades no encontraremos, pues, en el campo de la Odontología, donde nos hallamos ante una numerosa y compleja flora microbiana bucal que puede en cualquier momento infectar, por ejemplo, un canal radicular y dar lugar a las tan características y desagradables afecciones periapicales, que por su situación han de resultar difícilmente accesibles a la penicilina.

Con esto quiero significar que para llevar la penicilina a la clínica odontológica y llegar a unas normas definitivas es preciso el trabajo de muchos, una casuística extensa, multitud de ensayos, experiencias de laboratorio, investigaciones serias que requieren unos medios que difícilmente puede agenciarse un solo profesional en su consulta particular. Por lo tanto, en esta comunicación que nadie espere hallar unas conclusiones definitivas, ni tan siquiera una detallada casuística, pues considero que mi experiencia sobre el particular no es suficiente para tal empeño. Concretamente me limitaré a apuntar unas sugerencias nacidas a lo largo de mis trabajos sobre tan interesante tema, tratando especialmente de buscar una explicación de los fracasos e intentando mostrar aspectos del problema no muy trillados y que, quizá considerados con más detenimiento y des-

pués de una serie de experiencias nos pudiesen dar la solución deseada.

La primera noticia directa que llegó a nosotros sobre aplicaciones terapéuticas de la penicilina en Odontología, fué aquella nota previa presentada por el Dr. Shermant en el pasado Congreso de Madrid, tan justamente galar-donada.

De entonces acá la bibliografía penicilínica se ha enriquecido notablemente con una serie de trabajos originales que firmados por prestigiosos colegas españoles han aparecido en nuestras revistas profesionales, ODONTOIATRIA y "Anales Españoles de Odontoestomatología".

Del interior nos llegan multitud de publicaciones que no vamos ni tan siquiera a enumerar por no hacernos inútilmente pesados, y, además, porque pretendo circunscribirme a aquellos aspectos o afecciones en los que me ha sido dado intervenir.

Gingivo estomatitis

Una de las afecciones que con más frecuencia se presenta a nuestra consideración, es la gingivoestomatitis en sus múltiples formas. Sin querer hacer de ella un estudio que no corresponde a este lugar, sólo diré que, conocida su génesis y haciendo las consabidas excepciones, siempre hallaremos en el examen bacteriológico una respetable cantidad de bacilos fusiformes y espirilos de Vincent. Sabiendo que la penicilina actúa sobre los espirilos (no olvidemos que actualmente se está empleando en el tratamiento de ciertas formas de lúes) fácil es comprender que en su acción interferiría en la simbiosis fuso-espirilar, de donde su utilidad para el tratamiento de la afección de que hablamos, aun en aquellos casos de estomatitis específicas o químicas en las que actuaría como coadyuvante o secundariamente, si queréis, pero de todas formas de una manera eficaz.

Mi casuística sobre el particular no es muy extensa porque, afortunadamente, la mayoría de las estomatitis ce-

den al ser tratadas por los métodos terapéuticos que podríamos llamar clásicos, pero cuando las cosas no se desarrollaron tan felizmente y después de un tratamiento minucioso local y general con inyectables de vitamina C. levoascorbato de histamina, complejo B, etc., no se consiguió más que un resultado pasajero, pues a los pocos días o a lo sumo a la vuelta de tres o cuatro semanas de aparente curación, teníamos una recidiva, entonces es cuando apelé a la penicilina.

Sólo en uno de estos casos pude ensayar el tratamiento con pastillas preconizado por Mc. Gregor y Long. En este caso concreto se trataba de la Topicillin de la casa Squib, presentada en forma de chicles redondos, de un tamaño aproximado a las actuales monedas de diez céntimos, pero de triple grosor, de un fuerte color amarillo y envueltos en sobres de celofán en cajas de seis. Cada chicle contiene 20.000 U. O., lo que hace un total de 120.000 U. O., que fueron convenientemente distribuídas para que durasen 48 horas. El dolor persistente que tenía el paciente, desapareció al segundo chicle, y cuando terminó los seis, las encías estaban prácticamente sanas, apareciendo los tejidos antes ulcerados en franca recuperación, que fué totalmente conseguida en brevísimo plazo (dos o tres días) sin otro tratamiento y sin que desde entonces, aproximadamente un año, haya aparecido ninguna recidiva.

En otro caso en el que las ulceraciones, siempre unilaterales, aparecían única y exclusivamente en las papilas interdientarias optamos por rellenar los espacios interdentarios con una pomada de lanolina y penicilina a una concentración de 40.000 U. O. por gramo, cubriendo estos espacios con una ligera capa de fibras de amianto, previamente flameadas, y, una vez en su lugar, dejábamos correr sobre ellas una capa de barniz, con lo que asegurábamos la permanencia de la pomada sobre la zona ulcerada. Debo advertir que este taponamiento se hacía en las dos caras, vestibular y lingual, de cada papila ulcerada. La cura se hizo tres veces el primer día y dos veces los cuatro días siguientes y sólo una vez el sexto día. Sin otro tratamiento, las

encias sanaron en estos seis días. Sin embargo, en este caso no hemos sido tan afortunados, pues, precisamente ahora, a los ocho meses del tratamiento que acabo de relatar, ha aparecido un nuevo brote de gingivitis.

Por fin, en otros dos casos, con las mismas características de frecuentes recidivas, me decidí por las inyecciones intragingivales de penicilina. En el primer caso, las inyecciones resultaban muy dolorosas, lo que en el segundo fué vencido, asociando a la penicilina, en el preciso momento de inyectar, una pequeña cantidad de solución de novocaína. Las inyecciones fueron dadas en fondo de vestíbulo, repartiendo, e n t r e arcada superior e inferior, a razón de 8.000 a 10.000 U. O. de una solución de penicilina preparada por la casa Leti a la concentración de 5.000 U. O. por c. c. En total, fueron dadas 150.000 U. O. para el tratamiento de cada caso, que duró tres días. La curación fué absoluta, sin que hasta la fecha se haya presentado ningún nuevo brote.

Ante tan limitada experiencia, es absolutamente imposible sentar unas conclusiones definitivas, ni tan siquiera provisionales, sobre la técnica a seguir para el tratamiento de las estomatitis por la penicilina, ni aun es posible decidir si tal proceder está indicado de una manera absoluta. No me cansaré de repetir que sólo pretendo apuntar posibles caminos y que estoy plenamente convencido de que para dictar unas normas, se precisa del esfuerzo de todos, para que después de cotejar los resultados obtenidos por unos y otros, llegar a conseguir algo positivo.

Profilaxis post-exodóncica.

Son muchos los que después de una extracción laboriosa, por ejemplo de un diente incluído, rellanan el alvéolo con una pomada de sulfamidas o simplemente con polvo de sulfamida. No discutiré los éxitos de esta profilaxia que todos hemos ensayado, pero en la que no siempre nos ha acompañado el éxito. Y es que desde un punto de vista ex-

clusivamente teórico, ya cabe dudar del efecto beneficioso de tal proceder.

El ácido para-amino-benzoico, una de las más estudiadas sustancias biocinéticas, tiene la propiedad de anular el poder bacteriostático de las sulfamidas, según demostró Wood, y siendo así que todos sus derivados, como por ejemplo la novocaína, que es con seguridad el anestésico más empleado en Odontología, tienen la misma acción anti-sulfamídica, cabe pensar si en los tejidos recién infiltrados con una solución de novocaína, podrán ejercer las sulfamidas su acción bienhechora, más aún teniendo en cuenta que se inactivan en presencia de sangre, pus o autolizados tisulares, lo que no ocurre con la penicilina. Ya digo que esta es una nueva suposición teórica de la que, por otra parte, quedan excluidas todas aquellas intervenciones practicadas mediante anestesia troncular.

Siguiendo en el terreno de la teoría, sabemos también que el citado ácido-amino-benzoico no ejerce ninguna influencia inhibidora sobre la penicilina, a la que por el contrario, al menos en algunas experiencias realizadas, parece reforzar en su acción bacteriostática. Por lo tanto, parece mucho más racional el empleo de la penicilina que el de las sulfamidas para los fines profilácticos, y no digamos los curativos, antes enunciados.

El Dr. Montaner, director de los Laboratorios Medea, tuvo la amabilidad de elaborar, por indicación mía, unos pequeños conos o candelillas para ser introducidos en los alvéolos inmediatamente después de practicada la extracción. Aquí se precisa una aclaración. Las primeras candelillas que usé, no contenían penicilina, sino otro antibiótico, el Medecellín, obtenido por el Dr. Montaner del cultivo de un *penicilium nutatum*, exclusivamente con fines experimentales y sin intentar la producción en gran escala, por lo que al poco tiempo, al cesar la elaboración de Medecellín, tuve que preparar las candelillas con penicilina. En estos conos el excipiente era manteca de cacao y lanolina. La penicilina en 20.000 U. O. por cono.

Seguimos el siguiente proceder: Después de la extrac-

ción y de un somero lavado del alvéolo, se colocaban en su interior una o más candelillas, según el número de raíces, comprimiendo un poco con una torunda de algodón que era inmediatamente retirada.

En todos los casos sometidos a tal tratamiento profiláctico obtúvose el éxito más lisonjero. No hubo dolores postoperatorios y jamás apareció el menor trastorno inflamatorio. Nuestra experiencia sobre el particular se reduce a unos quince casos, pero debo significar que ninguno de ellos era una extracción normal. No se ha seguido con esta técnica por las naturales dificultades para conseguir penicilina y lo caro que en estos momentos resulta.

Quizá la dosificación de 20.000 U. O. por candelilla sea excesiva, pero haría falta una muy larga experiencia, ensayando en distintas series de pacientes, variadas dosis, para llegar a fijar aquella titulación óptima que, sin ser escasa, no fuese tampoco un derroche de ese fármaco hoy tan preciso y necesario para más urgentes y graves aplicaciones clínicas.

Por otra parte, resulta muy difícil hacer una dosificación "standard", a la que forzosamente hay que dar cierto margen de elasticidad en relación a la virulencia de los gérmenes de cada caso y las defensas peculiares de cada individuo, pues no hay que olvidar que el poder bactericida de la penicilina todavía está sujeto a discusión; no así el bacteriostático, que está plenamente admitido, pero que supone para su éxito completo la acción simultánea de las defensas individuales a las que hay que reactivar con métodos adecuados, como por ejemplo autovacunas.

Acción de la penicilina.

Cuando el Dr. Fleming hizo el trascendental descubrimiento de la penicilina, inició una serie de estudios para determinar "in vitro", qué gérmenes eran sensibles y cuáles no a ese nuevo fármaco. No voy a reproducir los extensos cuadros y esquemas que cualquiera puede consultar en la obra del Dr. Bustinza "Los antibióticos antimicrobianos",

en las de Sokolof, Alvarez Sierra, Grüniguer, etc. y en los que podrá ver cuanto se refiere a este punto expresado con todo detalle y suma claridad, pero no quiero pasar por alto el hecho para nosotros trascendental, de que el Dr. Fleming iniciara sus trabajos con el estudio de la flora microbiana bucal, llegando a la conclusión de que toda ella, salvo escasas excepciones, como por ejemplo el H. influenza, era sensible a la penicilina. Esto podría hacer pensar que, en consecuencia, todas las aplicaciones de penicilina en el campo de la Odontología han de llevarnos forzosamente al éxito. Sin embargo, la realidad es muy otra, lo que se puede perfectamente comprobar en el tratamiento de canales, o mejor aún de las afecciones periapicales, en cuya práctica se cosechan muchos fracasos. Ahora bien, esos fracasos no deben, en justicia, achacarse a la penicilina en sí. Esto sólo cabe en aquellos que a la aparición de la penicilina, respondieron con mal entendida euforia, creyendo que, a partir de aquel momento, como si se hubiese hallado la panacea universal, todos los problemas médicos, a despecho de ética, técnica y ciencia, quedaban reducidos simplemente a aplicar penicilina siempre y de cualquier manera. Ya en un Editorial de "A. E. de O." y en otras muchas publicaciones se advertía muy atinadamente que la penicilina no excluía la cirugía. Nosotros no podemos dar una ligera interpretación a los hechos y antes de pronunciar un veredicto, debemos asesorarnos, pero para ello necesitaríamos de un tiempo y un espacio que sobrepasarían, con mucho, los normales de una comunicación. Por lo tanto, trataremos de analizar los hechos a través del problema concreto que nos brinda el tratamiento de canales.

Soriano resume en cuatro las condiciones indispensables para la acción óptima de la penicilina:

1. Que el agente infeccioso causal sea sensible a la penicilina.
2. Administración y dosificación adecuadas.
3. Completo acceso de la sustancia al lugar infectado; y
4. Ausencia de tejido muerto.

En 30 terceros y cuartos grados examinados y comprobados mediante cultivos o frotis o ambos a la vez, encontramos los siguientes gérmenes:

Estafilococos	en	22	casos
Estreptococos	"	16	"
Colibacilos	"	4	"
Neumococos	"	3	"
Difteroides	"	3	"

Enterococos en un caso y un posible *Glostridium* Welchii en un caso. Todos estos gérmenes, excepto el colibacilo, son sensibles a la penicilina, por lo tanto se cumple la primera de las cuatro condiciones que impone Soriano. Ahora bien, las otras tres, especialmente lo que hace referencia a la administración, dosificación y completo acceso a la zona infectada, ya son más difíciles de cumplir y es ahí donde deben buscarse los motivos de nuestros fracasos.

En un trabajo publicado en el "Dental Items of Interest", el autor nos habla de su terapéutica radicular penicilínica en la que cifra fundadas esperanzas a juzgar por los éxitos obtenidos. Su tratamiento consiste en la limpieza mecánica del canal radicular, en el que luego penetra con una aguja de inyectar corriente, adaptada a una jeringa, también corriente, y después de obturar la abertura del canal con caucho o cemento, inyecta de dos a dos y medio c. c., cuidando, según dice el mismo autor, de penetrar en zona apical. Confieso que de todos los trabajos leídos o consultados, y que son muchos, éste es el único que me dejó perplejo. Yo no acabo de comprender cómo, en las condiciones descritas, sea posible inyectar dos y medio c. c. de lo que sea.

Pero aún suponiendo que esta solución de penicilina fuese inyectada, sabido es que ésta se absorbe y elimina con extraordinaria rapidez y por lo tanto, hay que dudar de los efectos de una acción tan poco prolongada. Si quisiéramos conseguir algún resultado, se deberían renovar las curas varias veces al día y ni haciéndolo así llegamos

a conseguir ningún éxito digno de ser tenido en cuenta. Ante esto, nos decidimos por las pomadas grasas, que tras de ser de más fácil conservación, son absorbidas con mayor lentitud, garantizando por tanto su permanencia en la zona infectada por un mayor número de horas.

Hemos ensayado pomadas que se encuentran en el comercio para aplicaciones dermatológicas, pero que por su escasa concentración de 500 a 750 U. O. por gramo, no se han mostrado muy activas, ya que siendo tan exigua la cantidad de pomada que puede atravesar el ápice, es necesaria una mayor concentración para que las U. O. que lleguen a la región infectada puedan surtir efecto.

Los Laboratorios Medea pusieron a nuestra disposición pomadas preparadas a base de lanolina y a gran concentración del antibiótico ya citado, el "Medecellín", y los Laboratorios del Dr. Esteve nos proporcionaron una pomada de penicilina. Con ambas obtuvimos tan excelentes resultados como los que se consiguieron con las cremas preparadas con penicilina inglesa o americana.

Al decir excelentes resultados puede que creáis que todo han sido éxitos. Nada de eso. Ha habido muchos fracasos, pero yo no los imputo a la penicilina, sino al hecho de no cumplirse, aunque aparentemente pareciese que sí, alguna de las condiciones indispensables para su acción.

Estas pomadas las hemos usado de muy distintas concentraciones. Desde 10.000 a 50.000 U. O. por gramo. Las introducimos en el canal por medio de una lentulo y luego ejercemos una fuerte presión con una torunda de amianto previamente esterilizada a la llama obturando con cemento. Renovamos la cura diariamente por un mínimo de cinco o seis días, descanso de dos o tres y nuevamente cura diaria durante otros tres. Esto es lo que podríamos decir que se requiere en un caso afortunado, pero hay muchos casos en que se exige de un mayor número de curas y otros en los que hay que desistir del tratamiento porque no se consigue nada positivo.

Puede que a algunos sorprenda el hecho de esos dos o tres días de descanso a los cinco o seis de tratamiento. Esto

obedece a una causa racional. Bigger, uno de los que más profundamente ha estudiado el mecanismo de acción de la penicilina, dice que ésta sólo actúa sobre los gérmenes a punto de reproducirse y que por lo tanto aquellos que no se encuentran en tal estadio de su vida son prácticamente inmunes a la acción del fármaco. Si en este momento se suspende el tratamiento, esos gérmenes—a los que él llama “persisters”—que no han sufrido el ataque de la droga siguen reproduciéndose y continúa el ciclo de la infección. De ahí ese descanso y el nuevo ataque para actuar sobre los “persisters” a los que en este nuevo ciclo cabe suponer en período de reproducción.

También es posible que haya quien se pregunte por qué emplear pomadas a una tan elevada concentración de 50.000 U. O. por gramo. También esto tiene una racionalísima explicación. Una posible causa de fracaso en el tratamiento de canales lo es el hecho bien conocido de que los gérmenes en un principio sensibles a la penicilina pueden adquirir una marcada resistencia. Esto puede deberse a que la penicilina no llegue a esos gérmenes en concentración suficiente para afectarlos y entonces es cuando van adaptándose a ese medio modificado por la presencia de exiguas cantidades de penicilina, adquiriendo al fin esa resistencia que hace inútil todo intento de seguir el tratamiento. Sin embargo, Garrod, que ha estudiado detenidamente este problema, dice que estos gérmenes que han adquirido una penicilin-resistencia después de sucesivos pases por distintos medios de cultivo a los que se ha ido aumentando progresivamente la concentración de penicilina, pueden perder la citada resistencia, volviendo a mostrar su primitiva sensibilidad, después de dejarlos un corto tiempo en un medio sin penicilina. Turner, Dreit y Todd abundan en el mismo criterio. Por esto empleamos altas concentraciones, para que así por pequeña que sea la cantidad de pomada que pase o llegue al ápice contenga una suficiente cantidad de substancia activa. También con el descanso en medio del tratamiento se intenta prevenir el caso de que se hubiese creado una penicilin-resistencia, pen-

sando que al quedar los gérmenes sin la presencia del fármaco pudieran volver a su estado de sensibilidad.

Como veis el tratamiento de los canales con penicilina nos brinda una serie inagotable de consideraciones a cual más sugestiva, para el estudioso que quiera aclarar alguno de los aspectos del problema.

En un caso tratado hace aproximadamente un año, me encontré ante las especiales circunstancias que voy a referir. Tratábase de un incisivo central superior con periodontitis, movilidad y edema gingival. Al penetrar en cámara pulpar, salió un pus no muy espeso que fluía más abundantemente al hacer presión sobre la encía. Comencé inmediatamente las aplicaciones de penicilina, observándose una remisión de los síntomas, si bien la supuración, aunque escasa, no cesaba del todo. Los frotis de control revelaban una disminución de los gérmenes hallados al principio del tratamiento (estafilococos y neumococos), pero no acababan de desaparecer. Se hizo un cultivo que apareció abundantemente infectado por *subtilis*. Inmediatamente hízose una nueva siembra que reveló la presencia de los mismos gérmenes. Entonces pensamos que nosotros mismos la habíamos infectado por proceder con excesiva lentitud o torpeza. Pero al hacer una tercera y cuarta siembra con toda precaución y ver que aparecían igualmente infectadas por *subtilis*, creímos encontrarnos ante la explicación del aparente fracaso de la penicilina, pues todos sabemos que los *subtilis* producen penicilinasas que inactiva por completo la penicilina. Esta era la explicación y sólo faltaba comprobarlo. El ácido para-amino-benzoico, que, como sabemos, no tan sólo no interfiere la acción de la penicilina, sino que, según parece, la refuerza, destruye, en cambio, los bacilos *subtilis*. Aquí tenemos la prueba. Seguimos aplicando penicilina, pero añadiéndole igual cantidad de una crema de ácido para-amino-benzoico al 10 por 100. A los pocos días se había conseguido la curación que hasta entonces se perseguía inútilmente.

Aquí cabe preguntar si la interpretación que yo di a los hechos que acabo de relatar, no sería un poco aventurada,

o simplemente falsa o una ilusión mía y el éxito final una pura casualidad, que al fin y a la postre Medicina y Matemáticas son dos cosas muy distintas. Pero este papel que yo atribuyo al ácido para-amino-benzoico no es una mera hipótesis, sino que me apoyo en los trabajos de hombres de ciencia que vienen desde tiempo estudiando el mecanismo de acción de los antibióticos. El profesor Toscano Rico hace observar que se han comprobado una serie de acciones sinérgicas y antagónicas entre algunos inhibidores sulfamídicos y aun entre ellos y las sulfamidas, según concentraciones, medios de cultivo y gérmenes ensayados, lo que teniendo en cuenta el distinto comportamiento de la penicilina ante tales sustancias nos hace pensar si no hay en este campo mucho que investigar con posibles resultados satisfactorios para un mejoramiento de la técnica de aplicación de la penicilina, especialmente en su forma local, que es en realidad la que más interesa a la Odontología.

Como puede verse, no me complazco en relatar casos de un éxito espectacular, sino que prefiero concretarme, referirme casi exclusivamente a las dificultades que he encontrado, unas vencidas y otras, por desgracia, insuperadas hasta ahora.

Podría presentaros, no lo dudéis, algunas radiografías de casos tratados, pero no lo hago porque a esas radiografías les doy un valor muy relativo. Balint Orban ya hace hincapié en la dificultad que existe, algunas veces, de distinguir radiográficamente la imagen de un granuloma de la de un quiste apical. Este también puede ser un aparente motivo de fracaso de la penicilina, pues si nos hallamos ante un quiste, erróneamente diagnosticado como granuloma, en vano trataremos de conseguir ningún resultado con la penicilina, magnífico agente bacteriostático, pero que nada puede hacer para modificar una verdadera organización tisular como es un quiste.

Pensando en esto, en la interpretación que nosotros damos a las imágenes radiográficas, ha sido como he llegado a la conclusión de que las radiografías de control tienen en muchos casos un valor nulo y sólo puede considerárselas

seriamente cuando hayan sido hechas bastantes meses después del tratamiento. Para mí tiene mucho más valor, dentro de lo que cabe, el resultado que nos dé el laboratorio de una siembra realizada en el momento preciso de ir a efectuar la obturación. A esto me ha llevado el considerar un caso, el único, del que voy a presentar unas radiografías. Se trataba de un enfermo que llevaba un puente apoyado por uno de sus extremos en el lateral superior derecho. Vino a mi consulta porque observó que aparecía una fistulación gingival a nivel del citado lateral. Despegué el



Fig. 1.—En la región apical se apreciaba una zona alterada y un trozo de sonda en el canal. (Advertimos que el fotógrafo hizo esta prueba al revés.)

puente y me encontré con que este lateral había sido desvitalizado. Levanté la obturación, hice una siembra del contenido del canal e inicié el tratamiento con pomada de penicilina. Al ejercer presión sobre la pomada se la veía fluir por el agujero fistuloso, lo que demostraba habíamos pasado el ápice, como era de desear. La siembra dió estafilococos y estreptococos. A los quince días, aproximadamente, de tratamiento, podía darse por curado. Hice una nueva siembra y obturé el canal en espera del resultado del laboratorio. Esta vez el cultivo fué estéril. Entonces hicimos una radiografía. Esta es la figura 1. A pesar de la zona alterada que se apreciaba en región apical y de la presencia de un fino cuerpo opaco en el canal, lo que hace pensar que cuando desvitalizaron se les quedó dentro un trocito de son-

da, me decidí a obturar definitivamente. Al cabo de unas semanas se hizo una nueva radiografía, la número dos, que nos demuestra que la zona alterada ha disminuído. Yo interpreté el hecho de la siguiente manera. La zona alterada era una rarefacción resultante de una osteolisis. Con la penicilina, tanto el canal como la región apical fueron esterilizadas, pero la penicilina no podía regenerar en pocos días el hueso destruído, que ahora, al cabo de pocas semanas,



Fig. 2.—La zona apical alterada ha disminuído.

aparecía en vías de reparación. Entonces le prescribí al cliente un choque de vitamina D₂ y preparados de calcio asimilable y hace escasamente ocho días se le hizo una nueva radiografía, la número 3, aproximadamente dos meses escasos después de la obturación, en la que podemos ver una imagen completamente modificada, sin que con ello quiera decir que se haya conseguido la absoluta normalidad, pero sí es evidente que si el canal siguiese infectado no se hubiera operado el cambio que se observa, notándose la reorganización de las trabéculas óseas. De ahí el valor tan relativo que tiene la interpretación radiográfica, sin que con ello pretenda negarle la importancia que indudablemente tiene. En el momento actual tengo en curso de tratamiento algunos casos parecidos, pero todavía no ha transcurrido tiempo suficiente para realizar su control radiográfico.

Debo advertir que en los tratamientos de canales y afec-

ciones periapicales los mejores y más rápidos resultados los he obtenido cuando además de la cura del canal con pomada de penicilina he dado dos o tres inyecciones diarias intragingivales con una solución de penicilina mezclada a una solución anestésica, para evitar los dolores, y otras dos o tres inyecciones intramusculares.

Los resultados son mucho más brillantes en los casos agudos.



Fig. 3.—Radiografía obtenida dos meses después de la obturación radicular, con una imagen completamente modificada.

Creo que una de las principales dificultades a vencer estriba en hacer llegar la substancia activa a la zona infectada. Valdría la pena intentarlo por ionoforesis, pues aunque Sokolof nos diga que lo considera casi imposible, por otra parte Grüniguer da cuenta de aplicaciones de penicilina por ionoforesis realizadas en clínica oftalmológica. Sobre el particular cabe abrigar algunas esperanzas, pues si la penicilina se comporta como un ácido es de suponer que sea ionizable.

También he podido observar los buenos resultados que se obtienen rellenando con pomada de penicilina la cavidad que queda después de una apicectomía. Se acorta el período de cicatrización y, lo que es más importante, se evitan dolores postoperatorios, o por lo menos son insignificantes, y casi nunca se presentan edemas.

Sabemos de los satisfactorios resultados obtenidos en

el tratamiento de las osteomielitis de los maxilares (al menos en algunos casos), angina de Ludwig, etc., pero hasta la fecha no nos ha sido dado intervenir en ningún caso parecido.

Para la mejor comprensión de las radiografías presentadas, debo advertir que el canal ha sido obturado con pomada sin punta de gutapercha ni ningún otro material duro.

CONCLUSION

A través de este trabajo, espero se haya visto el enorme campo de estudio y experimentación que nos brinda la terapéutica penicilínica. Es este un problema tan complejo y tan saturado de dificultades, que considero cae de lleno en el campo de la investigación por "equipo", pues son muchos y muy distintos los aspectos a considerar. En la farmacología cabe discutir la conveniencia de que el excipiente de las pomadas, lo sea la lanolina o la cera de abejas, el aceite de cacahuet, etc. Las dosis están sujetas a constante variación. Y son también dignos de considerar el método de elaboración de las pomadas, cremas y soluciones, su conservación, su envase (pues no hay que olvidar que los metales pesados alteran la penicilina), etc.

En el laboratorio hay una constante labor para la valoración de los preparados que se empleen luego en clínica, examen de frotis, cultivos, estudio de la sensibilidad de los gérmenes frente al fármaco empleado, experiencias con el ácido-amino-benzoico y otros antisulfamídicos para comprobar posibles sinergismos, estudio del mecanismo de acción de la penicilina y comprobación de su posible antagonismo con el ácido pirúvico, etc.

Y en el terreno de la clínica, estudiar las técnicas de aplicación, ideando incluso nuevos sistemas, métodos o aparatos que faciliten la labor, haciendo tratamientos seriales para reunir una abundante estadística que nos permita llegar a establecer unas normas para la mayor eficacia del tratamiento.

Si contásemos con un centro, un instituto de investigaciones odontológicas, a él le correspondería desarrollar esta labor, no ya sólo en el aspecto que acabo de exponer, sino también en todos aquellos que dentro del campo de la Odontología, como por ejemplo caries, piorrea, malposiciones dentarias, pueden ser considerados como un problema social. Quizá ese centro de estudios pudiera gestionarse a través del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y podrían radicar en las Facultades de Medicina.

Estas son las únicas conclusiones que caben deducir de un trabajo que, como el que acabo de leer, no pretende más que indicar caminos para el estudio y la investigación.

Nuevo bactericida.—Ha sido descubierta en Estados Unidos de Norte América, una nueva y poderosa droga bactericida, que promete tener tanto o más éxito que la misma penicilina.

Se le ha dado el nombre de furacina y es un producto químico sintético.

Extraída de las peladuras de avena, la furacina ha probado ya ser de valor para el tratamiento de heridas infectadas.

Demostró su eficacia en la curación de la gangrena diabética, forúnculos, úlceras superficiales e infecciones provenientes de quemaduras y ataca a las bacterias de tipo positivo como negativo.

En pruebas hechas sobre animales de laboratorio se comprobó que en los tipos de bacterias negativas, la furacina tiene gran efecto y elimina esos elementos, tales como los que producen envenenamiento de la carne y fiebre paratifoideas.

En los tipos positivos, la furacina ataca a los estafilococos, etc., causa común de la mayoría de las infecciones.

Tuvo buen éxito también para el tripanosoma, causante de la enfermedad del sueño, en algunos casos, de tuberculosis óseas y ántrax.

La furacina es un producto de bajo poder intoxicante en el organismo humano y pocas fueron las reacciones desfavorables que se han tenido con ella. (*Ind. y Quim.*, oct. 1946. 277.) per *El Mont. Farm. y Terptca.*

* CONTROVERSIA SOBRE EL DESCUBRIMIENTO Y APLICACION DE LA ANESTESIA POR INHALACION (*)

por el

Dr. Eduardo Ruiz Esquíu

Ex Profesor Auxiliar de la Escuela de Odontología

616.314—089.5]—031.81 (09)

CON motivo de haberse cumplido en el pasado año de 1946 el primer centenario de la aplicación de la anestesia, la prensa de habla inglesa y la profesión médica han rendido homenaje a la figura de William T. G. Morton, el precursor de la anestesia por el éter sulfúrico, habiendo tenido repercusión en nuestro país este recordatorio histórico-científico y a sí un conocido laboratorio publicó un opúsculo, en el cual se ensalza la figura de Morton, pero dejando relegada a un segundo término la de Horacio Wells, bien conocida en la profesión odontológica; este olvido y esta injusticia, me han inducido a escribir estas breves líneas para poner en claro los hechos acaecidos y deducir la prioridad sobre la anestesia por inhalación.

Dos puntos de vista son los sustentados. Para la clase odontológica y para un pequeño sector de la médica, la paternidad de la anestesia es adjudicada a Horacio Wells, mas el resto de los médicos la atribuyen a William Morton. Pero, antes de hacer una sucinta y desapasionada historia de los hechos, no olvidemos a sus precursores, al químico inglés Davy y al Dr. Colton.

A mediados del siglo XVIII Priestley descubre el protóxido de nitrógeno y hasta el final de dicho siglo, en 1799,

(*) Comunicación presentada al XV Congreso Nacional de Odontología en Barcelona 1947.

no es analizado y experimentado por el químico inglés Humphry Davy, denominándolo “gas hilarante”, por los efectos producidos y anotando las sensaciones producidas por la inspiración de dicho gas, de las cuales hace un minucioso estudio. En la “Enciclopedia Fremy” encontramos datos precisos y concretos, de los que entresacamos los de mayor interés.

“Después de haber espirado el aire de mis pulmones y de taparme las narices, aspiré unos cuatro litros de óxido nitroso; los primeros síntomas fueron de mareo y de irseme la cabeza; pero continuando las aspiraciones, en menos de medio minuto disminuyeron gradualmente las molestias y fueron reemplazadas por una sensación de dulce opresión sobre los músculos, acompañada de temblores muy agradables en las extremidades y en el pecho...”

En otra de las observaciones dice:

“Desde la primera inspiración vacié la vejiga que contenía el gas. Un sabor azucarado llenó desde el primer instante mi boca y pulmones dilatándoseme éstos de bienestar. Sin perder el conocimiento por completo, quedé con los ojos fijos en medio de un sordo aturdimiento, y después sin voluntad para ello, lancéme a una risa tan estrepitosa como no tuve en mi vida. Tras algunos segundos esta necesidad de reír cesó por completo, y no experimenté síntoma alguno”.

Otro de los fenómenos anotados es la mejoría de una intensa cefalalgia que padecía durante el transcurso de su experiencia:

“El dolor disminuía siempre, a las cuatro o cinco inspiraciones, y el cosquilleo venía como de costumbre, cesando el dolor por algunos minutos abolido por el bienestar”.

Las observaciones de Davy quedaron como mero experimento de “física recreativa”, sin sospechar la gran trascendencia que habían de tener para el logro de la anestesia quirúrgica y es preciso dejar transcurrir algunos años hasta casi mediado el siglo XIX. Es entonces, cuando el profesor Colton se dedicaba a dar conferencias y demos-

traciones sobre distintos puntos de física y química recreativa; uno de los cuales lo consideraba como el más interesante y espectacular; era la aplicación del gas hilarante.

La figura del Dr. Colton es poco conocida y aun pasa desapercibida para muchos historiadores de la medicina. Después de acaecida la muerte de Wells, convencido de la eficacia de la anestesia por el protóxido de nitrógeno, Colton viene a Europa y respetando la prioridad que a aquél le cupiera, se dedica a la profesión de anestesista con el Dr. Evans en París, célebre dentista de aquella época, difundiéndose el procedimiento; tras algunos años retorna a Estados Unidos, ejerciéndola en el "Instituto Cooper" de New-York, en el cual practica millares de anestias con el protóxido de nitrógeno, sin haber tenido ningún accidente.

He aquí a grandes rasgos las dos figuras precursoras de la anestesia por narcotizante, que tanto contribuyeron a su descubrimiento, pero es preciso que un espíritu dotado de fina observación y de un "don divino" supiera "ver" para conjugar la evitación de un peligro probable con la supresión del dolor en una intervención quirúrgica cuando el sujeto se encontraba bajo los efectos del gas inhalado. Esto fué conseguido "plenamente" por Horacio Wells, como veremos en los testimonios fidedignos que transcribiremos a continuación.

Las figuras de Horacio Wells y de Willian Thomas Green Morton van íntimamente unidas, sobreviniéndoles contrariedades, enconadas disputas y pleitos que culminan en el final trágico de aquél y el lamentable de Morton, que termina su breve existencia abatido y hundido en la miseria.

Del relato del Dr. J. B. Rottenstein y Trumann Smith transcribiremos lo más esencial.

Dice así:

"El 10 de diciembre de 1844 vivía en la ciudad de Hartford (Vermont) un ciudadano llamado Horacio Wells. Nacido en Hartford, allí se había establecido a la edad de

veintiún años y ejercía la profesión de cirujano dentista desde algunos años. Era un hombre de ojos vivos, de espíritu fino, pensador, ardiente, entusiasta, digno de confianza bajo todos los conceptos, cuya constitución física era tan delicada como sensible su naturaleza intelectual y moral. Jamás persona alguna poseyó la confianza de una comunidad como él tuvo la de Hartford. La enemistad le era desconocida. La amistad y la estimación le seguían los pasos.

En la noche del 10 de diciembre de 1844, Horacio Wells asistía con su esposa a un curso de Química del Dr. Colton, durante el cual éste administró al Dr. Wells, a M. Cooley y a otras personas el protóxido de ázoe. M. Cooley, bajo la influencia del gas, fué presa de una extraordinaria excitación, fué rodando por el suelo e hizo toda clase de evoluciones y movimientos circulares, durante los cuales se magulló las piernas al pegar contra los bancos, de cuyo hecho el Dr. Wells tomó nota. Cuando Cooley volvió en sí, Wells le preguntó si las heridas que se había hecho le habían hecho sufrir, contestando aquel que no tenía conciencia de haberse lesionado; pero al levantarse la ropa apareció sangre en abundancia. Wells se volvió inmediatamente a su amigo sentado cerca de él y le expuso su opinión de que, respirando ese gas, podía una persona volverse insensible, hasta el punto de arrancársele una muela sin notar el dolor. Al volver a su casa expresó nuevamente esa opinión a su mujer, y la repitió también a un compañero, al cual invitó a examinar ese asunto aquella misma noche.

Después de algunas reflexiones sobre esta materia, el Dr. Wells declaró que estaba decidido a tomar ese gas al día siguiente y dejarse arrancar un diente enfermo (un grueso molar) para demostrar la verdad de su teoría. "Está bien, exclamó su amigo, justo es que empecemos los experimentos en nosotros mismos". A la mañana siguiente, Wells llamó al Dr. Colton y le expuso el hecho que había observado y las reflexiones que sobre él había hecho, y le invitó a proveerse de un balón de gas para este objeto, lo cual se hizo. Cuando todos se hallaron reunidos, Wells se co-

locó él mismo en el sillón de operaciones, Colton le suministró el gas y en cuanto el paciente estuvo bajo la influencia del mismo, su compañero (1) le arrancó el diente. Wells, vuelto en sí, exclamó: “¡He aquí una nueva fase de extracción de los dientes! ¡No me ha hecho más daño que una picadura de alfiler!”.

Así, pues, Wells había señalado, en 10 de diciembre de 1844, el fenómeno de la anestesia, y había deducido toda una teoría, confirmada por su feliz experimento del día siguiente. Todo está perfectamente claro y preciso en su descubrimiento:

1.º Idea teórica: Suspensión del dolor durante las operaciones quirúrgicas; 2.º Idea práctica: empleo por inhalación de un agente anestésico, el protóxido de ázoe”.

No se puede reprochar a Wells la falta de precisión y claridad, tanto en la concepción como en la aplicación de su método de anestesia. Desde esta fecha prosigue sus estudios para lograr la purificación del gas hilarante, consiguiendo perfeccionar la técnica, e idea instrumentos y aparatos para su administración. Sin abandonar los éxitos que en su ciudad natal, Hartford, iba logrando, al año siguiente estudia y experimenta las propiedades del éter sulfúrico como anestésico, no adoptando su uso por creerlo inferior al protóxido de nitrógeno. La figura de Horacio Wells va tomando un relieve extraordinario y deseoso de dar a conocer oficialmente su procedimiento se traslada a Boston y es presentado por el cirujano Dr. Werren al “Massachusset’s Hospital” en el cual hace una demostración clínica.

De todos es conocido el fracaso acaecido ante el Claustro del Hospital de dicha ciudad, sobre el cual escribe Simpson, el introductor de la cloroformización, en el “Boston Gynecological Journal” de 1870:

“Un dentista americano, Wells, llevó a la práctica la misma idea que tuvo Davy en Inglaterra medio siglo an-

(1) Omite el traductor el nombre, que fué el Dr. Riggs, dentista vecino suyo.

tes, y parece querérsele borrar de los anales de la anestesia. Para convencerse fué al Hospital de Massachussets y fracasó. Por la mala acogida que allí se le dispensó debe imputarse a dicho Hospital que la anestesia sufriese dos años de retraso.”

William T. G. Morton nació en Chalton en el año 1819 haciendo sus estudios de Odontología con Wells y, posteriormente, continuó los de medicina en Boston, en cuya ciudad se había establecido como dentista. Se asocia con su condiscípulo Horacio Wells y durante su breve colaboración trabajaron sobre los experimentos de Davy para tratar de conseguir la insensibilidad total o parcial de los pacientes.

Rompen sus relaciones, alejándose Wells a Hartford su ciudad natal.

Le unía a Morton una gran amistad con Carlos Thomas Jackson, de elevada reputación entre los hombres de ciencia y que poseía extensos conocimientos de geología, siendo, además, médico químico. Este le reveló la insensibilidad de la piel producida por las pulverizaciones con éter, idea que recoge Morton y empieza a experimentarla. Aislado prosigue sus estudios en el año 1845, ocultándole al otro los resultados obtenidos por la inhalación con el éter sulfúrico.

El 10 de septiembre de 1846, Morton extrajo un diente a un tal Even Trost, anestesiado con este agente.

Es entonces cuando a raíz del fracaso de H. Wells en el hospital de Boston, Jackson y Morton le desanimaron y hasta llegaron a calificar de patraña su invento, consiguiendo ellos, a los pocos meses, patente de invención de un líquido llamado “Letheón”, que no era otra cosa que éter sulfúrico rectificado, al cual habían incorporado esencia de neroli, para alterar su olor y asegurarse ambos los pingües beneficios que produciría este nuevo procedimiento de anestesia.

El 16 de octubre de 1846 tuvo lugar, en el mismo hospital que Wells había fracasado, la primera intervención

quirúrgica ejecutada bajo la anestesia por inhalación del llamado entonces "el secreto de Morton", cuya composición procuraban ocultar los autores.

Los doctores Heywood y Warren exigieron a Morton les revelase la composición de este anestésico antes de realizar nuevas intervenciones, pero obstinado en su secreto tuvo que intervenir la Sociedad Médica local prohibiéndole "por razones de ética profesional" la ejecución de nuevas anestесias, mientras no fuese revelada la composición del agente anestésico. Colocado en este trance no tiene otra salida más que la confesión, declarado que no era otra cosa que el éter sulfúrico rectificado, como hemos visto anteriormente.

La noticia corre por todo el mundo y pronto comienzan las disputas enconadas para adjudicarse la paternidad de la invención de la anestesia. El primero fué Wells, su condiscípulo y antiguo socio, aduciendo que se había inspirado en la antigua aplicación del gas hilarante para lograr la del éter. No transcurre siquiera un mes sin que aparezca un nuevo descubridor, tanto en el Nuevo como en el Viejo Continente, alcanzando la polémica un carácter violento, en la cual se mezclaban intrigas y bajas pasiones, que culminan en un desenlace fatal y trágico.

Otro de los detractores de Morton fué el Dr. Jakson, calificándolo de impostor, porque se aprovechó de sus lecciones y de su amistad, al hablar sin su permiso de la anestesia por inhalación, considerándose éste el verdadero descubridor. Ninguno de los tres cesan en su empeño y Wells en 1848, desilusionado y exasperado, pone fin a su vida, suicidándose sumergido en un baño con su propia obra: la anestesia.

Muerto éste, prosigue la enconada lucha entre Morton y Jackson, mas cuando la Academia Francesa iba a conceder a Morton el premio Montyon, se interpone Jackson, y entonces ésta acuerda repartirlo entre ambos, rechazando Morton su parte.

En el año 1852 la Sociedad Médica de París proclama

a Wells acreedor de los legítimos honores, no sin antes haber tenido un proceso verbal con la Academia Médica de la misma ciudad, que anteriormente les concediera a ambos; y puestas de acuerdo ambas partes, votaron que:

“A Horacio Wells, de Hatford, se le debe el honor de haber descubierto y sucesivamente aplicado el uso de vapores o gases en las operaciones quirúrgicas, pudiendo ser suprimido el dolor.”

Con estas fuentes fidedignas a la vista, fácilmente se deducen las conclusiones que señalamos a continuación:

1.^a La prioridad de la concepción de la anestesia por inhalación, es debida a Horacio Wells.

2.^a La primera aplicación se verificó el 11 de diciembre de 1844, hecha con protóxido de ázoe sobre el propio Wells, al cual el doctor Riggs le practicó la avulsión de una pieza dentaria, estando aquél bajo el período de narcosis, y

3.^a El 30 de septiembre de 1846, William T. G. Morton practicaba una intervención quirúrgica bajo los efectos producidos por inhalación del éter sulfúrico rectificado.

El 28 de noviembre de 1912, se publicó en el periódico parisino “Le Matin” un artículo sobre Historia de la Anestesia sin citar el nombre de Horacio Wells.

El 18 de diciembre del mismo año otro en el que le atribuían a Jackson el descubrimiento de la anestesia.

Con este motivo el secretario general de la Federación Dental Francesa, Dr. Henry Villain, envió a la redacción de dicho periódico varias cartas para rectificar el olvido y la equivocación, cartas que fueron atendidas al rectificar el periódico.

(per “An. Dent.”)

EL PESCA DO COMO ALIMENTO Y MEDICAMENTO

por

A. de A.

EL escritor americano HARDEN F. TAYLOR ha escrito: "Los animales terrestres se sostienen sobre cuatro patas; estos animales tienen que soportar grandes pesos y deambular por las grandes florestas y sobre terrenos quebrados, a gran velocidad. Su formación huesuda es pesada, las piernas son gruesas, y los ligamentos y cartílagos, duros. Cuando mastizamos la carne de un animal terrestre, la trituramos al momento y la tragamos como pequeñas bolas, las cuales no son fácilmente digeribles y accesibles a los tubos digestivos. Contrariamente, y si no recuerdo mal, fué el doctor A. G. HUNTSMAN quien puntualizó que el pez no necesita sostener su propio peso; ellos son sostenidos por el agua en la cual viven. Sus pieles son finas, sus esqueletos, muy frágiles, y no tienen cartílagos correosos o ligamentos de que hablar. Se deshacen con una corta ebullición, y al tiempo que el pescado cocinado alcanza el estómago, es una pulpa finamente dividida, la cual es fácilmente trabajada por los jugos digestivos. Este dato viene a ser de mayor importancia en estos días de costumbres sedentarias de la gente en los oficios. Nuestros abuelos, ocupados en trabajos fuertes, necesitaban y podían hacer comidas pesadas. Pero ahora que nuestra tarea es hecha por maquinaria, mientras estamos sentados y digerimos nos vamos quedando *groggy* y demasiado gordos".

Los investigadores que a esta faena científica se dedican suelen comparar la capacidad nutritiva de los productos comestibles del mar con otros artículos alimenticios, animales y vegetales de uso corriente. De estos trabajos resulta que la su-

premacía del pescado reside en su mayor riqueza de proteínas; encierran las sustancias nitrogenadas esenciales (aminoácidos), sin las cuales el cuerpo humano no puede compensar su desgaste ni funcionar y desarrollarse normalmente.

Comparando el pescado con las legumbres, se advierte que los principios azucarados son débiles en el primero; en cambio, contiene muchas veces tanta o más grasa que la carne.

Míster HINARD ha divulgado en Francia este cálculo:

Calorías que tres alimentos distintos, en igualdad de peso, proporcionan al organismo:

Una libra de bacalao	1.650
Una libra de ternera	900
Una libra de pollo	472

Míster DONALD K. TRESSLER, que se ha consagrado a estas tareas científicas, comprobó que las proteínas del pescado son muy fácilmente digeribles, aparte de ser elementos que completan la economía del organismo humano.

Según un análisis comparativo, el profesor PERARD obtuvo las cifras que figuran en el siguiente cuadro sintético:

	Albúmina	Grasas	Calorías	Mermas	Calorías netas
Salmon	17,5	20	254	30	179
Atún	23	10	176	23	135
Caballa	15 5	16	204	35	130
Sardina	22	6	147	20	117
Congrio	17	5	117	20	94
Salmonete	19.5	4	123	40	75
Roballado	18	3	98	45	54
Besugo	17	1	84	55	32
Bacalao	81	1	354	46	195
Arenque	16	10	158	40	95
Carne de vaca (media)	21	5 5	138	20	110

Míster ARTHUR HORMES se ha dedicado preferentemente a estudiar la digestibilidad y la composición de las grasas de peces y crustáceos para demostrar la calidad alimenticia de las mismas.

Los aceites de hígado de bacalao son riquísimos en vitaminas liposolubles, y éstas son completamente digeribles. Su valor energético es igual al de las grasas culinarias y al de algu-

nos alimentos preferidos, tales como la ternera, la leche, las habichuelas cocidas, etc.

HARDEN F. TAYLOR ha investigado los constituyentes minerales en el pescado, llegando a la conclusión de que su consumo representa una eficaz salvaguardia contra las insuficiencias minerales de todo régimen alimenticio. El sábalo contiene cerca de cinco veces mayor cantidad de calcio que el buey; las ostras y langostas acumulan en cantidad el cobre y el manganeso; el pinna (molusco meridional) tiene magnesio en la sangre; otros poseen estroncio y vanadio, elementos que en pequeñísima cantidad suelen asimilarse realizando comidas de productos ajenos al mar. Las grasas y aceites de los pescados y otros animales marinos, especialmente los extraídos de los hígados, son abundantes en vitaminas.

El *Bulletin de la Société Scientifique d'Higiene Alimentaire* establece una conclusión: la de que, después de numerosas investigaciones efectuadas sobre los alimentos y la nutrición, se ha demostrado que ningún artículo comestible posee un valor alimenticio tan acusado como el de los principales peces, moluscos y crustáceos.

Pero el público que consume pescado muestra alguna aversión hacia el que se sirve congelado; este prejuicio no tiene fundamento, según los investigadores CLARK y ALMY, que en Norteamérica han sometido un lote de pescados a diversos análisis. Comenzaron por examinar la composición química de varios ejemplares en fresco para compararlas con las de otros del mismo lote que tuvieron congelados durante veintisiete meses; el resultado fué que no apreciaron modificaciones significativas, a pesar de haber realizado su estudio con rigurosa precisión.

Hace algún tiempo escribía PAUL FAREZ en un gran diario parisiense: "Vulgarizando estas noticias, provocando una eficaz propaganda, haremos obra de educación, instruyendo y persuadiendo a los consumidores. Seamos degustadores del pescado, convirtámonos en grandes ictiófagos, pues así lo mandan la razón, la higiene, la economía, el interés nacional y, por encima de todo ello, la alegría de nuestro estómago, la delectación de nuestro paladar."

Para el logro de estas aspiraciones se imponen dos organizaciones: la comercial en tierra y la científica en el mar.

Es necesaria una distribución más equitativa de los mercados entre los grandes centros pesqueros del litoral, y para que los grandes armadores puedan distribuir más racionalmente el pescado, es forzoso que en la labor intervenga el Estado, ya que se trata de una industria tan importante y que facilita un artículo tan esencial al país, de acuerdo, claro está, con las Compañías ferroviarias, con las Empresas de transportes por carretera, con las Diputaciones, Municipios, etc.; de este modo llegaría el pescado a la venta en mejores condiciones de frescura y de precio, que es, en definitiva, lo que principalmente contribuiría a fomentar el consumo.

Las pesquerías españolas puede decirse que son exclusivamente marítimas, porque la fluvial ofrece escasa importancia, ya que, excepto la del salmón, trucha y sábalo, así como la de la angula, que son las pescas principales de los ríos de agua dulce, las demás producen relativamente poco.

No hay en España parques para peces, nada más que los dedicados a la cría de la ostra, llamados parques ostrícolas u ostreros artificiales, porque también los hay naturales, que consisten en un sitio determinado de la costa o de alguna ría, en donde nacen las ostras sin necesidad de sembrarlas, mientras que los parques artificiales, de los que la mayor parte se hallan situados en los puertos de Santander y Santoña, consiste en cierta cantidad de terreno que cede el Estado, bañado por el mar, el cual se cultiva de varias maneras; en él se colocan ostras pequeñas traídas de los parques del extranjero, generalmente de Arcachón; se dejan cierto tiempo, un año, dos y hasta tres, y entonces, así engordadas, se clasifican y dan al mercado, porque ninguno de estos parques se dedica a la reproducción.

Hay en varios puntos de la costa algunos viveros llamados también parques y criaderos de mariscos, especialmente de almejas, mejillones y verberechos, y también se llaman viveros a unas embarcaciones y a cierta clase de cajones cerrados con agujeros a bordo, en los cuales se colocan crustáceos, moluscos y hasta peces, y se conservan el tiempo necesario para extraerlos luego y enviarlos al mercado. También suelen llamarse

parques a las encañizadas del Mar Menor, de las que dos pertenecen al Estado y tres a particulares.

La necesidad de repoblar de peces las empobrecidas aguas de nuestros ríos y estanques ha motivado la creación de un servicio especial de piscicultura, dependiente del hidrológico forestal. Sus principales estaciones se encuentran en las piscifactorías del Monasterio de Piedra, de Infiesto y de Mugaire y en el laboratorio ictiogénico del río Arga.

La piscifactoría del Monasterio de Piedra está instalada en terrenos particulares arrendados por el Estado, y es notable por la abundancia de sus aguas y la riqueza de alimento natural. Se obtienen en ella de 300.000 a 400.000 huevecillos embrionados de trucha común o del país, trucha de lagos de Suiza, de Escocia y de las dos variedades americanas (arco iris y fontinalis). Cédense a entidades y particulares de 120.000 a 150.000 huevecillos, y el resto, salvo las pérdidas naturales y extraordinarias, termina su crianza en el establecimiento durante los seis u ocho primeros meses de vida, llevándose luego por remesas a los diversos ríos cuya repoblación piscícola se interesa.

La piscifactoría de Asturias está instalada en Infiesto, y su producción es de unos 300.000 huevecillos embrionados de salmón común. Se entregan también gratuitamente, y el resto se cría en la factoría, diseminándolo a los seis u ocho meses por las aguas de las provincias de Oviedo y Santander, si bien muchos ríos de aquella región llevan las aguas sucias procedentes de los lavaderos de las empresas mineras, que destruyen las crías.

La piscicultura de Mugaire está situada en las márgenes del Bidasoa, produciendo 210.000 huevecillos de salmón.

El laboratorio ictiogénico del Arga es bastante modesto, y en él se fecundan y crían truchas en número de 26.000.

El laboratorio ictiológico de Barcelona, propiedad del Municipio, ha entregado gratuitamente a Corporaciones municipales, entidades agrícolas particulares más de 1.500.000 peces salmónidos, tencas, carpas, peces blancos, percas americanas, siluros americanos y anguilas.

Con el pescado y la sangre pulverizados, mezclados con sal, harinas y especias, se fabrican en Suecia preparaciones ricas en principios proteicos (70 a 80 por 100) muy nutritivas y tan baratas, que concurren útilmente a la alimentación de la clase popular.

Con pescados semifermentados, ahumados o conservados en salmuera, pimienta o especias, y con las huevas secadas al sol, se obtienen preparaciones que, a la vez que alimenticias cumplen el papel de condimentos.

La desecación al sol del bacalao es una industria típica e importantísima que produce pingües beneficios a sus productores. Otras veces la desecación se hace por el humo; entonces se denomina bacalao ahumado o *stockfisch*, que en alemán significa pescado-madera o pez-palo. En las costas de Noruega e Islandia existe un bacalao pequeño que después de desecado se dispone en rollos o masas cilíndricas, recibiendo el nombre de *ronfisch*.

Otra variedad en la preparación es el *klippfisch* o *pez-roca*, porque su desecación se obtiene sobre las rocas del Océano Septentrional.

El bacalao se conserva en locales secos y ventilados, bien en las mismas barricas o recipientes en que se reciba, bien formando pilas de poca altura, de modo que el aire pueda circular entre ellas. La sal que contiene este artículo atrae la humedad atmosférica, y, disolviéndose en ella, lo humedece y predispone a la fermentación, pierde su cohesión, se divide en pedazos y empieza a descomponerse por efectos de un parásito que le da un color rojo y un olor pútrido.

Esta coloración es debida a una criptógama denominada *Doniothecium* BERTHERANDI; su introducción en las vías digestivas puede dar lugar a síntomas de envenenamiento. Este parásito vive en la carne del pescado, del mismo modo que los fermentos; bajo la actuación del calor y de la humedad, la fermentación pútrida se desarrolla y da lugar a ptomainas tóxicas.

Exceptuando algunos pescados en que la conservación se hace por desecación o salazón, como el bacalao y las sardinas, los demás, entre ellos el atún, se conservan en latas. Y como

sólo en contados casos podrá consumirse en fresco, habrá que recurrir a su preparación en conserva, y como, por otra parte, las fábricas tienen que estar en las inmediaciones de los puntos de pesca, y además la explotación de esta industria se halla limitada a un tiempo reducido del año, se deduce la dificultad de que la confección de estos productos se realice por el Estado, recurriéndose, en consecuencia, a la industria particular.

Para el atún pueden seguirse varios procedimientos que difieren poco. Uno de ellos, aplicado en grande escala, consiste, sencillamente, en cocerlo, y luego cubrirlo con una capa de aceite; también se colocan en cajas que se someten a la ebullición en una caldera autoclave a la temperatura de 105° , y aun pueden conservarse en manteca derretida a la que se haya añadido sal, pimienta fina y nuez moscada. Para las sardinas saladas y prensadas se procede a la limpieza y salado como para el atún, completado con el ahumado, que se realiza en chimeneas especiales. Hecho esto, se van colocando en barricas o toneles, teniendo cuidado de disponerlas en redondo, alternando a la vez las capas de pescado con las de sal, y cuando ésta ha sido absorbida, se las somete a una fuerte presión para que suelten el agua que contienen.

La preparación de las sardinas en aceite, o sea por el procedimiento APPERT, es bastante reciente como industria. Al igual que en los procedimientos anteriores, se limpian, se salan, se lavan y se secan. La desecación es una de las operaciones más importantes y delicadas, y de que se conduzca bien o mal depende en gran parte la calidad de la conserva. Por esto, al inseguro procedimiento de secarlas libremente al aire y al sol han sustituido las estufas y los secadores metódicos con aerocondensador, de los que el más importante es el FOUCHE.

Después de eso, en algunos puntos proceden a su cocción a fuego directo o al vapor; pero lo más corriente es hacerlo en aceite caliente. A tal fin se coloca el pescado verticalmente en filas en las hendiduras de parrillas de largo mango que se sumergen durante dos o tres minutos, según el grueso de la sardina, en aceite hirviendo a 250° . Fritas de este modo, se colocan horizontalmente en las latas, se rellenan los huecos con la

cantidad de aceite necesario, se tapan y se someten durante una hora y media al baño maría a 100°.

La composición química centesimal de este alimento es, según BALLARD, como sigue:

	Agua	M. nitro- génadas	Grasas	Nitroactivos	Cenizas
Sardinias frescas, carne	73,10	22,12	2 33	9,57	1,88
Idem saladas	63,10	23 68	2,62	1 93	9,67
Idem en aceite, en latas ...	56,30	23,21	14 07	2,37	4,15

Se advierte su gran riqueza nitrogenada en todas las especies y la abundancia de materias grasas en la última.

Los arenques se conservan por la salazón o por el humo, y, según el procedimiento empleado, se denominan arenques blancos o ahumados, o también frescal y ahumado. Después de pescados y limpios, se los deja durante cuarenta minutos en un baño del salmuera concentrada a 25 por 100, se los escurre y se los lleva a sufrir la acción del humo. Para los arenques blancos, practicadas las operaciones anteriores hasta el escurrido inclusive, se los coloca en barriles en capas alternando con las de sal, debiendo ser de esta sustancia la que ocupe el fondo y la parte superior del envase. Al cabo de cierto tiempo, y para su venta, se descargan los barriles, se lavan los pescados en la propia salmuera que habrán formado, y se embarrilan de nuevo en otras vasijas, donde se arreglan y aprietan muy bien, de modo que de tres barriles de los primeros resultan sólo dos.

En Dieppe se los arregla en latas oblongas, condimentados con cebolla, limón, tomillo, laurel, pimienta, clavo, etc., según los gustos; se suelda la capa y se introduce por el agujero que al efecto se ha dejado vino blanco o agua avinagrada; se tapa el orificio con una gota de soldadura y se llevan las cajas al autoclave, en donde se las calienta ocho o diez minutos.

Una industria derivada de la de pesca muy importante es la que prepara el aceite de hígado de bacalao y otros peces. Antiguamente lo preparaban, y lo preparan todavía en algunos puntos de Terranova los pescadores, llenando de hígados frescos vasos recipientes y dejando que aquéllos fermenten,

Así se obtienen esos productos de color oscuro y de olor y sabor repugnantes que algunos médicos continúan prefiriendo a otros aceites más claros. En algunos puntos de la misma isla se prepara el producto calentando a 60° los hígados frescos, después de lavarlos y limpiarlos cuidadosamente. Al cabo de diez días de reposo el aceite se filtra o decanta. Además de los cuerpos grasos vitamínicos y las sales, el aceite de hígado de pescado contiene fósforo, bromo, yodo, lecitinas, etc. *per El Mont. d. l. Farm. y Teraptca, pág. 304, 1946.*

¿Hay que operar la angina de pecho?—El autor da cuenta de su experiencia, consistente en 28 intervenciones realizadas en enfermos cuyo diagnóstico y estudio cardiológico previo fué hecho, en la mayor parte de los casos, por Gallavardin. Cuatro de los operados murieron (uno de embolia cerebral, otro de embolia pulmonar y dos de infarto de miocardio postoperatorio); a tres los ha perdido de vista, y del resto, en 4 la operación resultó eficaz (en uno de ellos, por tratarse de un error diagnóstico, ya que posteriormente se vió que lo que tenía era una úlcera duodenal), y los otros 17 mejoraron notablemente.

El autor considera que, de acuerdo con Leriche, la angina de pecho no es sino un caso particular dentro del capítulo de las lesiones vasculares periféricas. Aboga en favor de la acción vasoconstrictora del simpático (en contra de la opinión de los fisiólogos de que el vago es el constrictor coronario) base sobre la que descansa la realización de la estelectomía en el tratamiento de esta afección. Wertheimer realiza siempre la estelectomía amplia bilateral, en dos tiempos, siguiendo la técnica de Gask y Ross. "La Pres. Méd." 9_VI_45 *per* Méd. Clín. España.

TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA FACIAL POR ELECTROCOAGULACION DEL GANGLIO GASSER

por el

Dr. Jean-Paul Grinda

LA penosa historia de los enfermos que padecen neuralgia facial se resume siempre así: “Sufro desde hace quince o veinte años. Las crisis son más frecuentes de día en día, y cada vez más dolorosas. Todo lo he ensayado; extraerme los dientes uno a uno, morfina, inyecciones de todas clases; tratamientos fisioterápicos; las inyecciones de alcohol repetidas más y más no me han librado de estas abominables crisis dolorosas”.

La neuralgia facial no mata, pero, lo que es peor, conduce al suicidio.

“Es nuestro deber proclamar por todas partes que se puede hoy en día curar, desde luego, a estos enfermos” (LERICHE).

Aunque las inyecciones de alcohol se apliquen correctamente (lo que no es fácil), tienen muchos inconveniente. Prácticamente no curan nunca la neuralgia. Demuestra la experiencia (BEVIEL) que la inyección no es neurolítica (LERICHE).

Quedan dos soluciones: la sección quirúrgica total o parcial de la raíz sensitiva del trigémino, por vía temporal (FRAZIER), u occipital (DANDY), o la electrocoagulación transcutánea (KIRSCHNER).

No describiremos—dice el autor—la técnica de la electrocoagulación: ya la hemos explicado, y remitimos al lector al libro de Zenker (Masson, 1942).

Nos limitaremos a exponer sus principios:

Sobre un radiografía de la base del cráneo, obtenida con el estribo de dirección, es fácil determinar con exactitud el sitio

de los agujeros ovales a X mm. de la línea media y a X mm. por delante del eje de los conductos auditivos.

Así, pues, sea cualesquiera el espesor de las partes blandas y las variaciones individuales del cráneo, se determina exactamente el centro del agujero oval en los tres planos del espacio.

El estribo visor que gira como una visera en torno del eje de los agujeros ovales, guiará la aguja de punción automáticamente al centro del agujero oval, y de allí al ganglio de GASSER.

Según la incidencia elegida, alcanzará la aguja bien el tercio externo, lugar de las neuralgias del maxilar inferior, bien el tercio medio, donde se producen las neuralgias del nervio maxilar superior.

En ningún caso debe llegarse al tercio interno, lugar del ganglio oftálmico, y tampoco excederse en la finalidad, perforando el *cavum* de MECKEL, gracias al tope que limita la profundidad de penetración de la aguja, más allá del agujero oval.

Pocas intervenciones hay tan sencillas y rápidas.

Una vez hecha la anestesia general ligera con Evipán, se introduce la aguja, provista de un trócar, por punción cutánea, reemplazándola después por la sonda electrocoagulante. Un variómetro y un miliamperímetro de precisión nos permiten obtener la coagulación débil, mediana o fuerte, según el resultado que pretendamos.

De este modo, gracias a las variaciones de incidencia y de profundidad de la aguja, y de la intensidad de la corriente, el operador puede destruir electivamente las células ganglionares del ganglio de GASSER, punto de la neuralgia del trigémino.

Esta intervención sólo exige algunos minutos. Al despertar, los enfermos están curados y exentos definitivamente de su espantosa enfermedad.

Nuestros primeros resultados de electrocoagulación—afirma el autor—se mantienen y trataremos de ellos en otra ocasión; confirman, de todos modos, los obtenidos en 1.000 electrocoagulaciones hechas en 1942 por el profesor KIRSCHNER y sus ayudantes.

No hace falta ser ingeniero para aplicarla, ni cálculos complicados; el método es notoriamente sencillo. Su precisión, muy grande.

Siempre hemos acertado—afirma el autor—con el agujero oval, y siempre hemos destruído las células ganglionares, elegidas previamente. Frecuentemente, sobre todo en las corrientes, se peca de timidez y se emplean coagulaciones demasiado débiles. No hay nada más fácil que comenzar de nuevo al día siguiente y destruir las células próximas definitivamente, empleando una coagulación más fuerte.

El resultado de la coagulación es indiscutible y manifiesto desde que el enfermo despierta.

Si se obtiene una anestesia en banda yugomentoniana, las células ganglionares del maxilar inferior son destruídas definitivamente. Si la anestesia alcanza el labio superior y el plano subnasal, han sido destruídas las células ganglionares del maxilar superior y también de un modo permanente.

Creemos que su inocuidad es total. No hemos tenido que lamentar ningún incidente (KIRSCHNER no ha tenido ninguno en los 500 casos últimos), y tenemos la seguridad de que lo contrario no puede suceder, salvo en caso de un grosero error. La técnica está perfectamente reglada.

Jamás se ha alcanzado el terreno del oftálmico (el autor imita a LERICHE, quien, después de la neurotomía retrogasseriana, no obliga a los enfermos “a adoptar ninguna precaución especial, ni en los primeros días ni más tarde. No les hace llevar lentes. Ven bien”).

Y para terminar, cita al mismo autor, que en su admirable “Tratado de la Cirugía del dolor”, escribe: “Cuando la recidiva después de la inyección de alcohol demuestra que el algia es definitiva, debe proponerse la intervención (neurotomía retrogasseriana). En la duda se reinyecta alcohol. ¿Para qué? Pensad en los dolores que volverán a repetirse y en la brevedad de la vida”.—*Miguel Palacios*.

FRACTURA DE LA MANDIBULA EN LA AVULSION DE UN SEGUNDO MOLAR

por

Bond vs. Whitten

EN este caso el demandante, que es músico (saxophon) y actor cinematográfico, exige una indemnización del defendido, el cual sufrió la fractura de su mandíbula por negligencia profesional.

Existen, en este caso, nueve diferentes alegaciones de negligencia:

(a) El defendido intentó extraer el segundo molar inferior—que era de su conocimiento, estaba incluído junto a la muela del juicio—sin obtener, primero, el examen radiográfico.

b) El defendido intentó la extracción con anestesia de óxido nitroso, después de haber fallado la anestesia local.

c) El defendido usó en la intervención un botador.

Tres otras alegaciones fueron abandonadas en el juicio por el demandante, fueron las siguientes: d) que el defendido intentó la intervención sin la presencia de un médico; e) que el defendido intentó la intervención sin conseguir la plena anestesia; f) que habiendo fracturado la mandíbula del demandante, el defendido no tomó las medidas necesarias para conseguir su inmovilización.

Las alegaciones en las que el defendido pudo salir airoso, completa o parcialmente, fueron: c) que el defendido utilizó sus instrumentos de manera que dió lugar a la fractura; e) que empleó demasiada fuerza; y h) que continuó la operación después

de haberse hecho evidente que la extracción normal con fórceps no era posible.

El juez concedió al demandante una indemnización de libras esterlinas 1.500.

En el curso de este juicio el juez manifestó, se ha dicho: "...no es una vez, sino muchas que en el curso de una extracción puede llegar a romperse la mandíbula, continuando de ello que algo ha habido de equivocado en el dentista". Y esto, es una vulgaridad de la que tenemos que prevenirnos. Lo primero en las acusaciones del demandante es aducir que el defendido ha trabajado ciegamente por no haber obtenido las radiografías necesarias. Insiste en que antes del almuerzo el defendido hizo un intento, más o menos prolongado, de hacer la extracción del diente en cuestión y, como consecuencia, debió haberse apercebido de la dificultad del caso y haber entonces, hecho el examen radiográfico. El dentista, por otro lado, dice, que administró al demandante anestesia localmente, pero desistió de intervenir por la reacción violenta del demandante. Yo acepto—dijo el juez—esta declaración. Después del almuerzo le fué administrado al demandante gas y el defendido no proporciona información sobre qué examen clínico realizó, advirtiendo que el examen radiográfico, después de ocurrida la fractura, demostraba que el defendido había practicado todo lo que antes pudo haberle enseñado la placa de rayos X. Los técnicos difieren en el punto esencial, respecto a la interpretación de las radiografías. El punto que el demandante insiste es el de que la muela del juicio estaba unida al molar, de forma que impedía su extracción. Los técnicos del defendido alegan que la placa de rayos X demuestra que no existía tal situación. El mismo testimonio, aduce el ayudante del defendido, que asistió también a la intervención. En mi opinión el defendido tienen razón en que el molar del juicio no era un impedimento para la extracción.

El defendido procedió correctamente con el fórceps para raíces, pero infructuosamente. Comprendiendo que la muela del juicio no era un impedimento, probablemente él pensó en la eficacia de los botadores, aplicándolo sin éxito. Apreció, entonces, que se trataba de un diente que, por su forma, se aferraba

al alvéolo y en un hueso duro; supo entonces, o debió haberlo sabido y debió haber recordado, que si el hueso era duro, era por lo tanto, frágil, y no elástico y más dado a la fractura. El defendido, entonces, procedió correctamente, utilizando fórceps adecuados, con la intención de hacer salir la raíz anterior del molar y efectuando así la extracción. (La raíz anterior fué extraída de hecho, y en el momento de ocurrir la fractura).

“Yo pregunto al defendido como procedió al fracturarse la mandíbula y me muestra el movimiento de la mano que realizó, así como la maniobra que efectuó al romperse la mandíbula. Esta explicación fué mecánicamente nada satisfactoria. La fractura parece causada por la fuerza ejercida en dirección hacia abajo. La maniobra de rotación y giro, con esta presión, podrá ser propia, pero KELSEY FRY no es partidario de ella. Este movimiento debió haberlo evitado el defendido cuidadosamente. La consecuencia de su maniobra fué la fractura ocurrida. Si hubiera tenido presente la dificultad de la extracción, hubiera evitado este movimiento. Creo que el defendido cometió un error, que pasa fuera de las atribuciones que la ley le concede, y es responsable de los perjuicios ocasionados”. (per Th. B. D. J., LXXXI, 8; 269).

A medida que los conocimientos biológicos son mayores, mayores motivos tenemos para la utilización de la leche de mujer en la alimentación del lactante por muy apreciables modificaciones que se efectúen en otras leches.

	<u>Leche humana</u>	<u>Leche de vaca</u>
Vitaminas A (en microgramos, o sea en milésimas de miligramos)	65	33
Caroteno (microgramos)	25	30
Vitamina D (U. S. P. unidades)	0'4 a 0'10	0'5 a 0'4
Vitamina C (miligramos)	5	2
Tiamina (microgramos)	14	38
Riboflavina (microgramos)	37	200
Acido nicotínico (microgramos)	183	85
Acido pantoténico (microgametos)	246	350
Piridoxina (microgramos)	4	67
Biotina (microgramos)	0'8	3

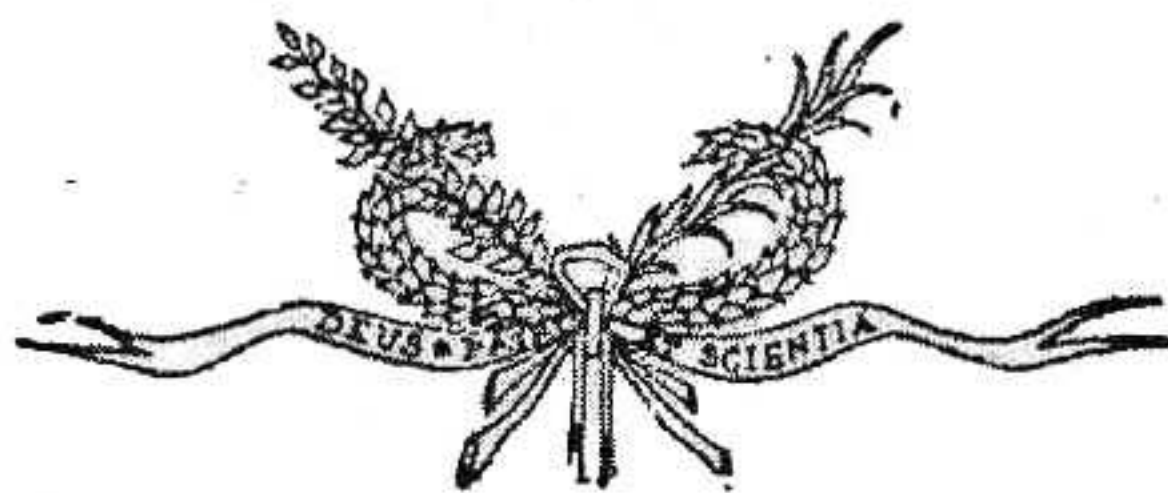
J. M. Lawrence, B. L. Herrington y L. A. Maynard (*Am. Jour. of Dis. of Children*, 70, 3, 193; 1945). per “Mden. Española”, pág. 50, 1946.

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

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

DE LA ASOC. DE PRENSA MÉD. ESPAÑA.



MADRID

Jorge Juan, 39

Mayo

Editorial

1947

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES PERIAPICALES CON PENICILINA

616.31—085 : 615.37

MUCHO se ha escrito acerca de la penicilina en su acción en el campo odontológico, y sin embargo se ha hecho relativa omisión de sus efectos en el tratamiento de las afecciones periapicales, y en general, en la terapéutica de los canales radiculares. Satisfacción nos produce, no obstante, que, entre estas referencias bibliográficas, tengamos que citar entre los primeros al Dr. Acuña Merino.

Hoy podemos ampliar esta satisfacción con el trabajo verdaderamente notable de nuestro colaborador Martínez Sardá.

Martínez Sardá, con una laboriosidad digna de los mayores elogios, aporta, con la solvencia de sus protocolos, y una buena fe que queremos señalar, aporta, decimos, su contribución al problema del empleo de la penicilina en Odontología, contribución que no dudamos será valorada como se merece.

Dos son los requisitos fundamentales en el tratamiento de los canales radiculares, uno es el control de su esterilización bacteriológica, el segundo, su relleno hermético, aunque éste represente sólo un obstáculo—y no insuperable—para su reinfección.

Independientemente de los medicamentos antisépticos (el cloro, de la serie halógena etc.) empleados en el tratamiento de los canales radiculares, han sido utilizados recientemente las sulfonamidas, solas o asociadas con la azocloramida (Neter), dilución cuatro veces más efectiva que la sulfanilamida y dos más que la azocloramida sola.

Pero hoy nos interesa comentar brevemente la terapéutica radical con penicilina. Este tratamiento ha sido impuesto en casos de pulpas putrescentes, en abscesos agudos y crónicos, en dientes con granulomas, etc. Stewart nos ofrece una estadística de 112 casos tratados, con solamente tres en los que hubo de procederse a la extracción, y en los que únicamente dos pueden considerarse verdaderamente como fracasado el tratamiento, por la presencia en el canal, de uno de ellos, de bacilos gram-negativos, del grupo paracolón, y en el otro diente, el granuloma existente, continuó su desarrollo; en ambos hubo de amputarse el extremo apical.

Stewart procedió en algunos de sus casos aplicando la solución de penicilina lo mismo en la encía que en el canal. Weiner infiltra la solución por encima la región apical, infiltración dolorosa que exige la adición de procaína (o 4 cc al 2 por 100 con epinefrina) para evitar el síntoma desagradable. La cantidad de procaína necesaria para la inyección submucosa, varía con el color de la solución de penicilina, cuanto más oscura sea la solución mayor es la cantidad de procaína necesaria. Sin embargo, disponiendo de un canal o canales abiertos ampliamente puede no hacerse necesaria esta técnica.

El número de unidades empleadas oscilan entre 5.200, para la pulpitis aguda (Weiner), aplicadas en tres visitas, y 80.000 U. O., por cc., obteniéndose a la segunda o tercera sesión cultivos negativos. Puede comenzarse con una o dos inyecciones locales de 10.000 U. O., o acompañar éstas con 20.000 U. O. intramuscularmente.

Este tratamiento penicilínico no constituye peligro de ticción del diente, pues siendo la penicilina fácilmente soluble, permite que con el lavado repetido con solución salina templada, quede el diente sin vestigio alguno alguno de ticción.

Acuña Rivero ha tratado las afecciones periapicales con penicilina en forma de nebulizaciones. Veamos como se expresa el autor chileno: "No menos dificultades se presentaron en las primeras intervenciones al no conocer la cantidad de solución que se debía usar en cada caso, la concentración de la penicilina, el tiempo de nebulización y la presión de oxígeno necesaria para nebulizar en un tiempo determinado una cantidad X de penicilina. Una vez que hubo un buen número de experiencias, se llegó a la conclusión de que la mejor concentración para usar la penicilina era de 5.000 U. O. por centímetro cúbico que se nebuliza en cinco minutos, con una presión de una atmósfera de oxígeno. Según los casos a tratar, se puede elevar a 10.000 U. O. la concentración por centímetro cúbico, pues sabemos que la penicilina es perfectamente tolerada por el organismo.

Con el fin de obtener la mayor efectividad en este tratamiento y conociendo que el uso exclusivo de la penicilina en el ataque de la

flora microbiana de los focos apicales, era insuficiente dado que hay cepas que no son susceptibles a ellas, se pensó que una nebulización previa de sulfa al 5 por 100 en cantidad de 1 a 2 centímetros cúbicos preparaba el campo a la penicilina y siendo ambas sustancias nebulizadas con oxígeno, se debía obtener con este elemento, un tratamiento combinado de favorables resultados, pues como sabemos el oxígeno actúa contra los anaerobios, los cuales se encuentran en gran cantidad en la flora periapical, en especial en los casos agudos.

Conseguido todo lo anterior hacemos una nebulización con solución de sulfa al 5 por 100 durante cinco minutos y se procede a dejar un cono de papel seco, sellando con cemento temporal la cavidad; despachamos al paciente por 24 a 48 horas al cabo de las cuales retiramos con las mismas precauciones de aislamiento del diente, el cono de papel. Lavamos con agua bidestinada el conducto y hacemos una nebulización con 5 a 10.000 U. de penicilina, según la intensidad de la afección a tratar. Si ésta es pequeña, obturamos en la misma sesión, con pasta reabsorbible del Dr. Maisto y cono de gutapercha, haciendo pasar la pasta más allá del ápice. Si la afección es mayor, dejamos en esta segunda sesión después de la nebulización de penicilina, un cono de papel seco y sellamos con cemento, repitiendo en una tercera sesión la nebulización, con lo cual nos ha bastado siempre para producir la normalización de todos los síntomas clínicos, pues de los demás se encargará la pasta reabsorbible y la neutralización que hemos conseguido de la flora microbiana por medio de las soluciones empleadas.

La nebulización dentro del diente hay que hacerla retirando a intervalos la cánula para producir una circulación interior y no exponernos a que una gran presión de gas provoque un aumento de volumen de las partes blandas de la cara".

En resumen, podemos concluir que como ya se conoce ampliamente el tratamiento de los canales radiculares con penicilina no excluye las necesarias medidas quirúrgicas, pero sí se aprecia su beneficiosa acción, mayor cuanto mayor sea su concentración, puesto que la penicilina es bien tolerada por los tejidos y el organismo. Efectivamente, en todos los casos tratados pudo apreciarse la franca regeneración de la estructura ósea, mientras el laboratorio mostraba, después del segundo o tercer tratamiento, los cultivos negativos.

BIBLIOGRAFIA

- "Penicilin.: propuls. y reins. c. 1. terapéa. odontológica.", V. ALONSO JIMÉNEZ ODONTOLATRIA, 3, 478.
- "Preliminary report on penicillin in root therapy."; G. G. STWART, J. A. D. A. 33, 19, 1946.

- “Th. us. of penn. in cin. thrpy.” L. WEINER, J. A. D. A., 32, 539, 1945.
- “Tratmto. d. ls. afec. perapels. con mblzens. d. pun.”, ACUÑA MERINO. Dr. V.; Santiago de Chile.
- F. O. SHANER, “Lent. Digst., my. 1946, 251.
- NETER F.; “Comb. bact. actuty. etc.” Proc. Soc. Exp. Biol. de Med. 47: 303-305; jun. 1941.
- NETER E.; “Eff. of sulfmds. u. in conj. w. azocl. etc.” Am. J. Surg. 58: 69-72; octb. 1942.
- ROSS. H. J.; “Root. cnt. ect. de azocl and. sulf.” J. A. D. A., 31: 1341; octubre 1944.
- MARTÍNEZ SARDÁ J. A.; “Peculiaridades. d. l. técnic. peniclm. en Odon-
tología”, Odontoiatría, vol. IV; mayo 1947.

LOS ESTATUTOS DE LA ORGANIZA- CION ODONTOLOGICA COLEGIAL

616.314:34

Casi ha corrido un año desde que un voluminoso legajo de pliegos nos estuvo abrumando día tras día, hasta que, poco menos que extenuados abandonamos su lectura. Su redacción era pulcra sin embargo, pero tan inútilmente meticulosa, que siempre temimos que tal arrebató solo fuera capaz de subir el presupuesto de su publicación. Conocemos ya el mundo un poquito, con sus tremendas realidades, y somos más escépticos por los textos que por las obras y los hechos.

Con este mismo espíritu hemos recogido nuevamente ahora otro nuevo legajo, menos voluminoso sí, pero al que también creemos incurso en parecidos errores. No pretendemos estar siempre en lo cierto, pero sí entendemos ahora que se sigue la redacción de los estatutos de la Organización Odontológica Colegial, desde un punto de vista fuera de la realidad.

Fuera de la realidad es para nosotros la insistencia en la división colegial en quince regiones. Ni administrativa ni científicamente hay razón para que pueda mantenerse esta división que a nadie ni a nada favorece. Es cierto que puede aducirse en disculpa, que hubo regiones, años atrás, que solicitaron y consiguieron de la superioridad su desmembración y reorganización en región independiente, pero ello fué siguiendo el criterio con el que se aprobaron los estatutos originales. Han pasado desde entonces diecisiete años, y antes de redactar nuevos estatutos convendría analizar sus frutos. En aquél entonces solo las simples razones de las comunicaciones fueron motivo para organizar las “regiones”. Nosotros divi-

diríamos hoy la península en regiones que correspondieran a los puntos cardinales, a las que añadiríamos la "región centro". El pretender mantener para nuestro número y capacidad, la misma organización que si se tratara de un cuerpo de treinta o sesenta, o más miles de subscriptores o colegiados nos resulta pueril. Esta organización que indicamos, no obligaría como ahora a mantener quince locales colegiales, con sus servicios, que aunque modestamente (demasiado modestamente algunos) suponen un gasto superfluo. De tiempo en tiempo se reúnen los Colegios, y ¿para qué? Para abrumarnos con expedientes y papeleos, que si en alguna ocasión sientan precedente, sirve para no seguir igual criterio en otra próxima. ¡Cuando no tristemente se ensalzan las pasiones y rencillas de la enemistad personal!; "No hay peor cuña que la de la misma madera", dice un refrán, y efectivamente, ejemplos de estas intervenciones, demasiado interesadas, tiene el C. de C. para que nosotros necesitemos ahora insistir en este punto.

Reduciendo pues las regiones se reducen considerablemente los gastos. El Colegio de la 1.^a Región, con cuatrocientos cincuenta (?) colegiados, no puede sostenerse, obligado como está a mantener el servicio burocrático, por tanto papeleo y expediente a que los trámites todos, y la localización fuera de Madrid de la Presidencia del C. G., le obligan y con todo, no se podría mostrar a cualquier extraño el domicilio social, sin sufrir sonrojo. ¿Qué labor pueden pues hacer los demás Colegios?

Redúzcanse las regiones, nómbrase en cada provincia un correspondiente, reviertase a Madrid la localización de la presidencia, elíjanse tres profesionales de la "región centro" como "comisión ejecutiva" y permanente, los cuales en el momento de tener que tomar alguna determinación de responsabilidad puedan convocar a los otros cuatro miembros de las distintas regiones (las por nosotros sugeridas), más a un representante del claustro de nuestra Escuela de Odontología, y por fin, como lógico sería, a los representantes todos de la prensa profesional.

Con esta organización, así esbozada, no podría comprenderse cómo con más de 75.000 pesetas que de ingreso tiene el C. G. de C., no fuera a ahorrar unas cuantas anualmente. Ahorro que en lo que llevamos de postguerra significaría unos miles de duros. Con este dinero podría subvencionar una o dos veces al año, conferencias de carácter científico y técnico, en las distintas provincias, dinero que por muy mal distribuido que estuviere, nunca podría significar como el traslado de quince miembros a cualquiera de las Juntas reglamentarias, en las que ni contando con la buena disposición de todos, puede concluirse nunca nada definitivo (La misma redacción de estos "estatutos" es un brillante ejemplo).

Estos comentarios no pueden suponer para el malicioso una crí-

tica aviesa contra esta o aquella persona, y tanto es así, que tiempo nos habría de faltar para reconocer públicamente la diligencia extraordinaria de nuestro actual presidente y muchos de sus colaboradores. Estos comentarios son, sí, crítica de modos y procedimientos; crítica constructiva, basada en la experiencia de diecisiete años. Por experiencia también, en nosotros mismos, sabemos que de nada ha de servir esta diligencia y buen deseo, si los que han de ayudarnos, no nos apoyan en nuestras justas pretensiones.

El "comité" por nosotros propugnado, redactaría mensualmente (o con mayor o menor periodicidad si fuera necesario) una hoja en la que se divulgaría su labor, convocatorias, bibliografía, etc., sin alardes tipográficos, pero sí de efectividad práctica para que no se diera el triste caso de que los colegiados se enteren de las noticias y convocatorias que les afectan, sin tiempo para cumplimentar los requisitos exigidos, cuando no sin enterarse de las disposiciones más trascendentales y urgentes.

No debe valerse el C. de C. de esta obligación para establecer una competencia ilegal con las publicaciones científicas (*) a las que jamás podrá sustituir, habida cuenta de que cada autor o investigador buscará siempre la publicación idónea y de solvencia científica para sus trabajos. Otra cosa sería—si a ello le obligaran las necesidades económicas—que la simple hoja informativa fuera contratada con una sola casa, todo, menos que oficialmente se convirtiera la "Comisión Ejecutiva del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos de España" en una agencia de publicidad cualquiera.

Siguiendo la lectura de los Estatutos, llegamos al artículo en que hemos de hacer un pequeño cálculo matemático. En dicho artículo se indican los miembros que han de componer los diferentes colegios regionales: son siete, los cuales multiplicados por el número de colegios (15), nos dan un producto, según el cual, pasan de ciento cincuenta (!!) los profesionales que velan por el prestigio de la clase odontológica. Es decir, que donde haya veinte profesionales allí tenemos "uno de la Junta", y esto sin contar los subinspectores de odontología.

Conforme avanzamos en la lectura de este proyecto, hemos de convenir en su plausible intención (los laboratorios dentales, los tribunales de honor, etc.), pero no podemos coincidir con la ingenuidad de creer en ellos. Lo primero que hay que hacer, no son los estatutos, sino los colegiados, pues recordando a San Agustín podríamos decir que "el peor enemigo del odontólogo es el odontólogo". Insistimos en que no pretendemos levantar testimonio con-

(*) Lo cual no lo afirmamos con espíritu pequeño sino, muy al contrario, por altruismo y vocación docente, muy persuadidos de nuestra misión, insustituible como prensa libre.

tra las personas (lo cual—como los que nos leen saben—sería tirar piedras contra nuestro propio tejado), sino señalar el camino a seguir. Nosotros hace tiempo que optamos por el largo y difícil...

...Tribunales de honor que seguirían sin... porque veces hay que el ofensor está sobre nosotros, y en circunstancias tales, que estamos incapacitados, por exquisitez moral, para formar en tales tribunales.

Intrusismo que el mismo profesional mantiene.

Subinspectores de Odontología, a los que exigimos espíritu delicado y actuación de sabueso...

Y para terminar nosotros rogaríamos a la "comisión encargada" de la redacción de este "proyecto de Estatuto", que en aras de la economía y ya que ello habría de ser sin detrimento de sus posibles frutos, redujera sus cuarenta y dos cuartillas holandesa, a diez justamente contadas. De esta forma haríamos más probable el que un día llegue, en que su articulado lo "sepamos de carrerilla", y sigamos!

EL XV CONGRESO DE ODONTOLOGIA

616.314:063

Acaba de ser clausurado el XV Congreso Nacional de Odontología que se ha celebrado en Barcelona con señalado éxito. A él han concurrido prestigiosos colegas de todas partes de España y algún distinguido profesional portugués. La proverbial amabilidad catalana se ha desbordado con sus compañeros.

En la parte científica del certamen, se presentaron trabajos verdaderamente notables, ponencias y comunicaciones que la prensa profesional irá ofreciendo a sus lectores, adelantando así la labor final del comité del Congreso.

En su aspecto industrial o comercial la exposición estuvo instalada en los amplios corredores de la Universidad como manifestación clara de las actividades de las distintas empresas.

No fueron precisamente los festejos los actos cuya organización estuviera descuidada, y prueba de ello fueron los innumerables agasajos que se celebraron, culminando en la excursión a Monserrat.

Sólo plácemes merece la Comisión Ejecutiva del Congreso por el éxito obtenido. Poco a poco iremos dando cuenta, aunque con la brevedad que nos marcan las actuales circunstancias, de las notas que vayamos recibiendo. De los trabajos científicos publicamos ya en este número dos de ellos.

BIBLIOGRAFIA

"Th. Dent. Assist. 's Handbk.", de Gertrude I. West. (Heinemann. Londres, 1946.) 105 págs. en 8.º my.

Se trata de un reducido manual de modestas pretensiones, un compendio para aquellas muchachas que teniendo que estar a las órdenes de un odontólogo y sin ánimo de conquistar el adecuado diploma, necesitan una ligera noción de los problemas con los que van a enfrentarse.

"Paradentologie", Revista trimestral editada por la "Asse. p. ls. Rech. s. ls. Paradtphias". Feb., 1947, vol. 1, número 1. Ginebra, Suiza.

El Comité de redacción está formado por: Beyeler, Prof. Held, Hess, Dr. Jaccard, Vauthier, y actuando de administrador Guignard.

Sus valiosos textos aparecen redactados en inglés, alemán y francés, con el siguiente sumario científico: "Paradentosis diabética", de C. Parma; "Ueber die marginale Entzündung", del Prof. O. Müller; e "Irritations fonctionnelles du paracentium", del Prof. P. Adler.

Auguramos y deseamos a la naciente publicación una vida larga y llena de triunfos.

NOTICIAS

LA JUNTA DE GOBIERNO

El lunes 12 se personó en la Dirección General de Sanidad la Junta de Gobierno del Colegio de la 1.ª Región, siendo recibida por el Secretario Dr. Castillo, en ausencia del Director General, ante el que se reiteró los deseos de aquellos compañeros de que les fueran aceptados sus cargos.

El Dr. Castillo, en tono deferente, les participó las gestiones que estaban en curso como prueba de que había sido tomado en consideración el ruego de la Junta de Gobierno de Madrid de cesar en el desempeño de su misión.

EL PROF. GARCIA GRAS, EN LA ACADEMIA

El sábado 24 tuvo lugar en la Real Academia de Medicina la sesión solemne para dar posesión de plaza de número al académico electo Profesor Dr. D. Pedro García Gras, quien dió lectura a su discurso acerca

de "Investigaciones sobre los movimientos mandibulares y la articulación dentaria".

Al final de su discurso, el Prof. García Gras fué aplaudido por el distinguido público que llenaba completamente la sala.

En nombre de la corporación le contestó el académico de número, Profesor José Blanc Fortacin, con un atinado discurso.

ASOCIACION ESPAÑOLA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

El Prof. García Gras leyó en el XIX Congreso de la A. España. para el P. de las Ciencias, que en colaboración con la Assoc. Portuguesa, se celebró el pasado mes en San Sebastián, su discurso en la Secc. Octava, que versó sobre: "Las infecciones en estomatología y sus relaciones con la Medicina interna".

En realidad—dijo el Prof. García Gras—había una reacción para negar importancia a la infección focal, en compensación exagerada a la influencia que le fué dada por algunos autores como causa de numerosas enfermedades. En su aportación, indicó el conferenciante, señaló las dificultades del diagnóstico del foco dental infeccioso, que puede actuar por alergia, toxinas microbianas o los propios gérmenes, y que debe ser investigado en Medicina interna.

Su índice bibliográfico; Sester W. Burket, "Oral Medicina"; y H. Mattis: "Odontología y Medicina Interna".

El Profesor García Gras fué muy aplaudido.

Con esa misma ocasión y en igual Secc., el Dr. Joaquín Nunes de Oliveira, de Portugal, trató sobre: "El flúor en las aguas potables de Portugal. Algunos casos de lesiones dentarias de origen hídrico".

El autor ha estudiado con anterioridad la identificación y dosificación del flúor en las aguas potables de Portugal y observó que en algunas regiones contienen dicho elemento en proporciones poco vulgares. Observó, además, que los habitantes de ciertas regiones presentan en el esmalte de los dientes lesiones bien definidas que revelan las coloraciones negra o amarillenta, lesiones que producen en el paciente la caída de uno tras otro de los dientes; por otra parte el régimen alimenticio no puede explicar tales lesiones, que los americanos designan con los nombres de *mottled enamel* y atribuyen al flúor. Propuso el autor, en consecuencia, el empleo de un fotómetro de célula fotoeléctrica para determinar el valor colorimétrico del flúor.

El Dr. Nunes de Oliveira fué muy felicitado.

En la misma sesión el Dr. don Antonio Pessoa Lobato Cortesao, también de Lisboa, trató sobre: "Alergia y Estomatología". A juicio del Doctor Pessoa Lobato la cuestión estaba anteriormente mal estudiada, en especial bajo el punto de vista de la infección local y de las relaciones entre las secreciones internas y la alergia.

En su aportación el Dr. Pessoa Lobato expuso sus investigaciones sobre la influencia de las secreciones internas en la alergia y los factores que influyen en la sensibilización de la mucosa bucal para los alérgenos.

Su índice bibliográfico fué: Burket, "Oral Medicine"; Crip, "Essentials of Allergy"; Urbach, "Alergia"; y "Arch. of Derm'tgy".

El Dr. Pessoa Lobato fué muy aplaudido.

CONFERENCIA DEL DR. CALZADA

En el Ateneo Médico de León pronunció el Dr. Sáenz de la Calzada una conferencia sobre: "Problemas Médicos que plantea la Patología bucal", invitado por la Directiva de aquél centro médico.

El Dr. Calzada fué muy felicitado.

X CURSO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El X Curso de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Rey, de Madrid, Curso Nacional de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España, tendrá lugar del 12 de mayo al 14 de junio próximo. Se concederán veinte becas, una por provincia, a médicos rurales; a cuyos Jefes Provinciales de Sanidad deberán ser dirigidas las instancias solicitando beca hasta el 5 de mayo. Para matrícula libre podrán los médicos rurales y urbanos, dirigirse a la Administración de la O. P. S. E. (Escuela Nacional de Sanidad, Ciudad Universitaria) hasta el 12 de mayo.

JORNADAS MEDICAS EN BRUSELAS

Del 21 al 24 inclusive tendrán lugar en Bruselas las Jornadas Médicas (Medical Days), organizado bajo los auspicios de distintas asociaciones internacionales. En ellas participarán colegas holandeses, suizos, franceses, luxemburgueses y belgas. Han sido asimismo invitadas otras naciones.

Acaban de editarse las actas de las Jornadas Médicas celebradas en París el pasado otoño. Cada ejemplar ha sido puesto a la venta al precio de 300 francos franceses.

EL X CONGRESO INTERNACIONAL DE BOSTON

Debido a las actuales dificultades de desplazamiento a los EE. UU., y a las condiciones mismas de Europa, se espera que el Congreso de la Asoc. Amer. (que se ha hecho coincidir con el carácter de internacional), se vea poco concurrido por los profesionales europeos.

Los que deseen asistir pueden obtener de nosotros información sobre la organización profesional exclusivamente.

LA ASOCIACION DE PRENSA MEDICA ESPAÑOLA, ANTE LA CRISIS ACTUAL DE LAS REVISTAS DE MEDICINA

En la última junta directiva de la Asociación de Prensa Médica Española, celebrada el día 30 de abril bajo la presidencia del Dr. don Manuel Bermejillo y con asistencia de los señores Noguera, Sáenz de Pipaón, F. J. Cortezo, Vidaurreta y con la representación de los señores Horno, Pedro, Pons, Barcia Goyanes, Paz Montalvo, Torres López y Benítez Franco se examinó detenidamente el informe presentado por el Director del "Siglo Médico" Decano de la prensa médica española, Dr. Cortezo, aprobando sus conclusiones encaminadas a salvar a las revistas de la grave crisis que actualmente sufren. La Junta estudió ampliamente los diversos problemas planteados a las revistas por la incesante elevación de papel, imprenta, fotograbado, haciéndose cada vez más precaria la vida de la prensa técnica agravada por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos cuyo "Boletín Informativo" rebasando los

límites de su misión se erigió en verdadera revista científica y profesional de competencia irresistible con las revistas libres a las que disputa sus colaboradores, suscriptores y sus anunciantes, prohibiendo a consejeros y presidentes que escriban fuera del Boletín; imponiendo la suscripción a éste de todos los médicos mediante la percepción obligatoria de cantidades procedentes de sus cuotas colegiales, e incumpliendo la ley vigente que prohíbe a las revistas oficiales llevar publicidad para evitar estas competencias de los organismos oficiales a la prensa de iniciativa privada con el espectáculo deprimente de obtener los anuncios válidos los organismos de su condición oficial.

La Directiva dió cuenta de las gestiones realizadas en defensa de las revistas y de la peregrina posición del Consejo negando su "oficialidad" para que dicha ley no le afecte. La no oficialidad del Consejo resulta argucia infantil; de ser particular no podría mantener la colegiación obligatoria, ni la imposición de cuotas, etc., etc. La Asociación declara que el Consejo incumple la ley y que su actuación conduce a que su Boletín se quede sólo al hundir las revistas, con el consiguiente estrago en la libre concurrencia y en el insólito monopolio de lo científico, todo lo cual, está totalmente en contradicción con las previsiones de nuestro Caudillo y de sus Gobiernos, el respeto y el estímulo de las obras de iniciativa privada.

Ante el desamparo en que se encuentran, circunstancialmente, las revistas médicas españolas, la Asociación acordó: continuar sus gestiones para que se señalen cupos de papel a precios tasados, librando del mercado negro a las revistas, etc., etc.; y acometer inmediatamente la organización del acordado Congreso de la Prensa Médica Española, en el que armónicamente se estudiarán las soluciones de todos los problemas actuales de las revistas, invitándose a tomar parte en él a cuantos con la prensa médica se relacionan: colaboradores, lectores y anunciantes. La idea de este Congreso fué aprobada por S. E. el Jefe del Estado al serle expuesta en su despacho por el pleno de la Asociación.

En cuanto al pleito con el Consejo de Colegios, la Asociación acordó, entre otras cosas, dirigirse particularmente a los compañeros que colaboran en la revista del Consejo, por gusto o por compromiso, sin darse cuenta de que contribuyen con ello a la muerte de las revistas en que lograron su prestigio. Infructuosos, hasta ahora, con el Consejo, los deseos de concordia de la Asociación y las gestiones realizadas, la Asociación deja en libertad a las revistas para que emprendan en sus páginas la adecuada, justa y correcta defensa de la prensa médica, cuya labor cultural ha mantenido siempre el prestigio de la Medicina Española en el extranjero.

La Asociación advierte, en fin, que si no obtiene la comprensión y justicia que respetuosamente se demanda, y se acentúa la situación ruinosa de las revistas, llegará la forzosa necesidad de suspender la publicación de éstas, dejando libre y expedito el campo a dicho "Boletín Oficial" con la profunda tristeza de haber conseguido este premio a su bien demostrado espíritu de servicio a nuestra Patria y a nuestra Medicina.

UNA GUERRA MAS SANA

En las dos guerras mundiales, las heridas causaron entre los americanos el mismo número proporcional de víctimas: 112 por cada mil combatientes cada año.

Pero durante la última contienda, el soldado medio disfrutó

de mucha mejor salud que durante la primera guerra mundial, según ha anunciado recientemente el jefe de Sanidad del Ejército americano, doctor Norman T. Kirk. La cifra de enfermedades en la segunda guerra fué de 469 por mil al año, en comparación con 852 en la primera contienda. La cifra de fallecimientos por enfermedad fué de 0,62 en comparación con 41,6 en la otra guerra.

Aparte de la malaria, que aumentó desde 3,8 en la guerra anterior hasta 18,9 en ésta, las estadísticas de enfermedades mostraron un descenso general: las enfermedades respiratorias comunes, desde 325 por mil a 167; las enfermedades venéreas, desde 57 a 43; las paperas, desde 56 a 43; el sarampión, desde 24 a 3,1; las diarreas, desde 22 a 21,4; la neumonía, desde 19 a 10,9; la tuberculosis, desde 9,4 a 1,1, y la escarlatina, desde 2,1 a 1,2. *per* "Not. Med. Español".

ESTADO SANITARIO DE ALGUNOS PAISES DE EUROPA

"Extraemos los detalles siguientes del informe recientemente presentado por la división médica del Comité Internacional de la Cruz Roja referente al estado sanitario de los países europeos que más han sufrido las penalidades de la pasada guerra:

Países Bajos.—La mortalidad infantil, en los centros urbanos, se ha triplicado en 1945. El estado higiénico de los niños que viven en las zonas devastadas, es todavía pésimo. En Amersfoort, casi la cuarta parte de la población padece sarna, careciéndose incluso de jabón para combatir la enfermedad. La tuberculosis, según se asegura, se ha extendido tres veces más que antes de la guerra.

Francia.—El retraso en el crecimiento se manifiesta más acusadamente a medida que los niños van teniendo más edad. Este retraso representa entre las edades de catorce y quince años, unos 11 centímetros en las hembras y siete en los varones. La falta de peso se presenta con caracteres más graves en los muchachos que en las mujeres, con un máximo de cinco kilogramos a los quince años, 4,300 kilogramos a los diecisiete y de 3,500 kilogramos a los doce y quince años.

Grecia.—La mortalidad infantil, que representaba un 85 por 1.000 de los nacimientos en 1939, ascendió a 141 en 1941, y a 232 por 1.000 en 1942. En 1943, y merced a los auxilios prestados por varias organizaciones benéficas, como el Comité Internacional de la Cruz Roja y más tarde la U. N. R. R. A., se logró que la cifra descendiera a 63 por cada 1.000 nacimientos.

No obstante se calcula todavía en un millón y medio el número de niños griegos faltos de alimentación suficiente; 200.000 ni-

ños se encuentran abandonados—25.000 sólo en el Epiro—, carentes de todo vestido y calzado.

Polonia.—El referido informe manifiesta que el 60 por 100 de los niños polacos están faltos de alimentación, lo que ha originado una disminución de un 30 por 100 en el peso medio infantil; un 20 por 100, además, están apenas suficientemente alimentados. La mortalidad infantil ha pasado de un 12,4 por 100 en 1937, a un 25 por 100 en 1945. En Pomerania y Silesia este porcentaje de mortalidad alcanza el 50 por 100. El 80 por 100 de los niños polacos padecen de avitaminosis y raquitismo.

Austria.—En junio del pasado año, un examen metódico de los niños de las escuelas públicas, ha revelado la existencia de un 30 por 100 de ellos en estado de desnutrición total; un 50 por 100 con desnutrición media, y sólo un 20 por 100, apenas suficientemente alimentados. Este examen no incluye a los niños que no pueden asistir a la escuela por su estado de debilidad extrema. Estos últimos representan de un 30 a un 40 por 100 de los que van a clase. La desnutrición infantil presenta caracteres más grave en la Baja Austria que en Viena.

Rumania.—La situación de los niños rumanos se ha agravado considerablemente desde el pasado otoño. La mortalidad infantil, que en algunas regiones ha aumentado en un 60 por 100, representa nada menos que 48 fallecimientos por cada 1.000 nacidos, lo que constituye posiblemente la más elevada proporción de todo el mundo. En Moldavia hay más de 200.000 niños sin familia en estado de completa desnudez. La nación sufre una epidemia de enfermedades venéreas, tan graves como en el siglo XIV. El número de sífilíticos llega casi al millón, lo que supone el 10 por 100 de la población adulta.

Refugiados alemanes.—La situación de los refugiados que no pueden encontrar con rapidez la región donde acogerse, es verdaderamente catastrófica. En la zona de ocupación rusa en Alemania, la mortalidad infantil es tan aterradora, que se calcula que todos los niños nacidos en ella, de los refugiados alemanes, mueren antes de cumplir los dos años (mortalidad del 100 por 100)".

per Clí. y Lab., I, 47.

LOS DOS LABORATORIOS DE CLAUDIO BERNARD

Esta es la historia de los dos laboratorios de Claudio Bernard. El primero era una vil cocinilla; apenas recibía luz; se helaban los concurrentes allí dentro; a veces el hedor de los perros muertos hacía el aire irrespirable; los instrumentos eran de fabricación personal, casi todos del sabio mismo. Durante veinticinco años Claudio Bernard no dispuso de otra cosa que de miseria

tal, y ésta fué cabalmente la época de los maravillosos trabajos, veinticinco años de trabajos, veinticinco años de descubrimientos. Un vivo hogar de espíritu se había encendido en la cocina vil...

Aconteció por fin que las gentes se avergonzaron de tal estado de cosas. En Alemania se habían montado mientras tanto para los estudios de fisiología, magníficas instalaciones. Francia no sería menos. Claudio Bernard tendría a su disposición, por fin, un espejo de laboratorio. Así fué realizado. En el Colegio de Francia se hicieron bien las cosas. Local vasto y apto, excelente instrumental, abundantes medios; todo fué de buen grado concedido al hombre glorioso que tanto había dado a la Ciencia, de quien tanto se esperaba aún. Pero, ¡oh sorpresa!, Cambiar de casa, ocupar el lugar modelo y volverse lenta y cesar, por fin, aquella serie, fué cosa de poco tiempo. La labor que en el oscuro rincón se había llevado a cabo no continuaba en las bellas habitaciones nuevas: lo que los enseres improvisados producían ya no lo produjo el perfecto instrumental. Había allí excesiva comodidad acaso. Faltaba aquella espina de dificultad, de dolor, de que son hijos las grandes cosas. El vivo hogar del espíritu se fué apagando poco a poco.

Esta es, digo, la historia de los dos laboratorios de Claudio Bernard.

XENIUS ("Flos sophorum")

EL SOL ES FRIO Y OSCURO

Ustedes, hasta ahora, le han echado la culpa al Sol del calor asfixiante que padecemos, y esto es injusto.

En *Vaillance*, de Lyon, se publican las curiosas observaciones de GEORGES LAKHOOSKY, según las cuales la luz y el calor, que creemos recibir del Sol, no están producidos directamente en aquel astro, sino que esta luz y este calor se producen en la atmósfera terrestre por las ondas electromagnéticas que, oscuras y frías, se producen en el Sol, y que al llegar a los gases de la atmósfera los ionizan, produciendo la luz y el calor que recibimos por la vibración de las moléculas de los gases en resonancia con dichas ondas electromagnéticas que parten del Sol.

El fundamento de estas afirmaciones está en los fenómenos físicos observados en los tubos de Geisler y de Crookes, en los cuales, si el vacío es elevado, pasan las ondas electromagnéticas de un polo a otro del tubo en la más completa oscuridad y sin aumento de temperatura; pero si en el tubo introducimos interponiendo entre los polos gases diversos a presiones también variables, obtenemos en cada caso, por ionización de los gases bajo la acción de las ondas electromagnéticas, iluminaciones de formas varias y colores diversos, según la naturaleza del gas y su grado de enrarecimiento (anuncios luminosos), siendo muy apreciable el aumento de temperatura.

También las experiencias de PICARD, en su ascensión a la estratosfera de 15.000 metros, testifican que a esa altura el cielo es negro, reinando profunda oscuridad, con un Sol que era un disco gris que se podría mi-

rar cara a cara sin deslumbramiento y hablando siempre de la "temperatura glacial de las grandes alturas".

También corrobora esto la experiencia de SIMÓN MONECHENK, que subió a 24.000 metros, sufriendo a esa altura fríos intensísimos, reinando la más completa oscuridad, con cielo negro y Sol apagado como por un denso velo, cuando abajo en la Tierra, según los relojes de a bordo, era mediodía y tiempo cálido.

Estos fenómenos no ocurrirían si el foco de producción de luz y calor residiera en el Sol, ya que cuanto más cerca se estuviera de él tanto más calentaría, y alumbraría con arreglo a la ley del cuadrado de las distancias, que no puede tener ninguna excepción.

Entre tanto se ponen de acuerdo sobre estos puntos, nosotros buscamos los sombreros y las sombras, los ventiladores, los helados y los frigoríficos, como si el Sol fuera caliente. (*por Farm. Act.*).

Se acaba de fundar en los EE. UU., la "National Arthritis Research Foundation" la cual ha comenzado una campaña financiada en dos y medio millones de dólares, para coordinar los estudios sobre la etiología, profilaxis y tratamiento de la enfermedad reumática.

A este respecto anunció el Doctor Thomas Parran, que cerca de siete millones de ciudadanos americanos sufren de manifestaciones artríticas. Esta cifra rebasa de la de los enfermos de corazón, cáncer, tuberculosis y diabéticos, todos juntos.

1844



1944

Un siglo al servicio de la Odontología

Con tan fausto acontecimiento la casa
THE SS. WHITE DENTAL MFG. C.º

se complace en saludar a toda la
profesión Odontológica y reite-
rarle sus propósitos de servirle con
todo entusiasmo, como hoy hace

CIEN AÑOS

Muy pocas son las empresas que
alcancen este historial y es lógica
la satisfacción que se experimenta,
así como la gratitud a los favo-
recedores que han contribuido a
realizarlo

Distribuidor exclusivo para España

A. Solé Palou

Notariado, 3, 5 y 7
BARCELONA

Av. José Antonio, 15, ent.
M A D R I D



2 aleaciones

de la misma fórmula no son iguales cuando una la prepara la

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE METALES PRECIOSOS, S. A.

PASEO DEL PRADO, 16.-MADRID

Barcelona	Valencia	Bilbao
Zaragoza	Mahón	Málaga
	Córdoba	

Aleaciones especiales para Odontología

Anuncios clasificados

Odontólogo: Impresiones con escayola Tavira.

Para piorrera: Polvos antipiorreicos Lema.

Torno Biber. Corriente universal. Suspendido. Dirección: Odontoiatría.

Cuadro Pelton. Corriente universal. Dirección: Odontoiatría.

Chellini: Escayolas. Revestimientos. Puente Vallecas. Madrid.

Clínica Dental: taller protésico, teléfono, vivienda, amueblada, sitio céntrico, vistas a la Concha, se traspasa, buenas condiciones en San Sebastián. Diríjase, Teléfono 40983, Madrid.

Retana. Ortodoncista. Carmen, 14. Barcelona.

Belladenal.—Sedante en estados emotivos.

NUTRIR

EXTRACTO DE CEREALES

y leguminosa maltosado, con sabor y aroma distinto cada frasco. Alto coeficiente nutritivo y grato paladar.

HALITOL

MODERNO ELIXIR. DENTIFRICO

Antiséptico. Perfumado. El más agradable de los perfumes. Eficaz en colutorios para todas las infecciones de la boca.

Fórmula originalísima:

Aldehído fórmico.

Oxicianuro de mercurio en solución alcohólica perfumada.

HEMOBICAL

COMPLEJO Y NUEVO RECALCIFICANTE

En discos: Fosfato de cal bibásico. Fluoruro de cal. Arrhenal. Lecitina. Hemoglobina. Adrenalina.

Injectable: Confosulfanato de cal en solución estable al 10 %.

Todas las indicaciones de la remineralización rápida.

Laboratorio EGABRO
C A B R A (Córdoba)

SOLICITE MUESTRAS

C. S. 5.042

Artículos dentales

de la

Casa Schmidt

Plaza del Angel, 16
MADRID

Teléfono
2 5 4 7 1

3 NUEVOS PRODUCTOS "DE TREY"

Z E L E X

Preparado coloidal elástico en polvo, para toma de impresiones exactas. Manipulación fácil como la escayola. Pueden obtenerse varios positivos con una misma impresión. Insustituible en casos difíciles o cuando hay dientes piorreicos.

Bote para 6 impresiones 30 ptas.

RESTORIT

Cemento-piedra, fabricado por De Trey-Zurich. Dureza-insolubilidad-impermeabilidad-Facilidad de adaptación-Translucidez media-Volumen invariable.

Para obturaciones estéticas en sustitución de la amalgama: en premolares y molares, así como en la cara lingual de dientes anteriores.

Obturaciones en dientes de la primera dentición: en vez de la amalgama de cobre. No produce irritación de la pulpa por conductibilidad térmica o exceso de acidez.

Revestimiento de fondo de cavidades y obturaciones de cámara pulpar: forma un sólido cimiento para obturaciones metálicas y un cierre hermético de la cámara pulpar.

Confección de modelos: Para trabajos de coronas de porcelana e incrustaciones.

Se fabrica en tres colores: blanco, amarillo y gris.

Caja 60 ptas.

C A L S I T E

Revestimiento de primera calidad. Colados perfectos directamente sobre el modelo o por el sistema habitual indirecto.

Se fabrican en dos clases.

Fino: para modelos o recubrir la cera.

Lata de siete libras 60 ptas.

Semi-grueso para rellenar el cilindro.

Lata de catorce libras. 60 ptas.

Pida estos artículos y cuantos necesite a la Casa

Garralda

Barquillo, 15
Apartado, 81

MADRID

Dirección telegráfica "GARRALDA"



Pura de alabastro!

ESCAYOLA para modelar

Calidad especial para Odon-
tólogos, Médicos, Hospitales

garantía de la mejor calidad

He aquí la marca "Tavira"!



Unicos fabricantes:

Eloppaga, Mendizábal
y C.ía, S. L.

Alameda, 14

SAN SEBASTIAN

Apartado 225 - Teléf. 12032

A una limpia
gestación
seguirá una

Historia digna

s s s

Odontoiatría

la

*Revista Ibero - Americana
de Medicina de la Boca*

s s s

El futuro de la Odontología
depende del esfuerzo de los
profesionales todos

s s s

*Suscripción
anual:*

SESENTA
pesetas

Tratamiento de la hemofilia por RATKOVITS.—Wiener Klinische Wochenschrift, 49-50 pág. 728, 1943. [616-15].

El autor presenta un paciente de diecisiete años, cuya historia demuestra que ya en su edad infantil los más pequeños trastornos le producían hemorragias cutáneas graves, hemorragias nasales difíciles de contener y otras hemorragias intensas cuando se le extrajeran algunos dientes de leche; también, a veces, padeció hemorragias articulares y hematurias espontáneas. Antes de ser ingresado en el hospital, y a continuación de haber padecido unas anginas con absceso tonsilar, se presentaron hemorragias profusas en las cavidades bucal y faríngea, así como en el tejido celular subcutáneo.

Basándose en la anamnesis, así como en el tiempo de coagulación muy prolongado, hubo que hacer el diagnóstico de hemofilia; también la rigidez de la nuca se explicó como debida a hemorragias en las articulaciones de las vértebras cervicales y en la musculatura profunda de la nuca, hasta el punto que pareció superfluo hacer una punción lumbar. Los típicos datos familiares fueron positivos. El tiempo de hemorragia y el de coagulación, también estaban marcadamente prolongados, por lo que hay que admitir una anomalía constitucional.

En el curso ulterior, a pesar de haberse implantado el tratamiento correspondiente, que consistió en la administración sistemática de dosis elevadas de Sangostop, Cebión fuerte y calcio inyectable, así como, de cuando en cuando, Syncabit y Clauden, no dejaron de presentarse continuamente graves hemorragias; la fiebre mostró un curso remitente. Cuando se le administraron 200 gramos de leche materna cruda, al día,

N NOMA

Noma simultáneo de la boca, vulva y ano, por Dres. GUSTAVO CARDELLE y FRANCISCO DUCASÍ.—"Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría", julio 1945.—Habana.

Presentan los autores dos casos estudiados por los mismos. En el primer caso coincidió con fuerte estado febril y aparición de aftas múltiples en boca. Posteriormente, apareció la lesión de ano y vulva. Era una niña de catorce meses, sin antecedentes de interés y con poca sintomatología en el resto de aparatos. Reacciones serológicas sin interés: fuerte leucocitosis y abundante flora fusoespirilar de Vincent. Se hizo tratamiento local a base de ácido crómico, y general, con arsenicales y medicación complementaria. Hasta el décimo día del tratamiento no se observó mejoría, que, a partir de este momento, fué buena, dándose de alta, por curación, a los dos meses de iniciado aquél.

La historia clínica número dos, de una niña de veintidós meses, con diagnóstico de "bronconeumonía coqueluchosa", en la que parece un noma como término del proceso, no presenta ninguna otra observación de interés. Término letal. Se le ha dado muchos nombres, abarcando el de noma "un proceso gangrenoso extensivo que comienza en mucosas y no respeta tejido alguno". Es más frecuente en los meses de verano y en íntima relación con la malaria. A veces concurre en niños carenciales o en convalecencias de ciertas infecciones: sarampión, escarlatina, tifoidea y tos ferina. Es un proceso que se da preferente en sexo femenino y en la infancia, dándose a la avitaminosis como una de las principales causas del noma. Otros lo relacionan con la angina monocítica y con ciertos virus o en ciertos tipos de gérmenes anaerobios. Ultimamente, se habla

mejoró el cuadro patológico de una manera sorprendente. La movilidad de las vértebras cervicales, aumentó de día en día, y las temperaturas se hicieron también normales, hasta el punto que a los doce días de este tratamiento, pudo ser dado de alta libre de molestias. La multiplicidad de los métodos sintomáticos, muestra las dificultades del tratamiento de la hemofilia; según Schulten, no existe un remedio activo y seguro contra esta enfermedad.

La leche materna ha sido empleada desde tiempos remotos. El principio estimulante de la coagulación se adhiere a globulitos grasos de la leche materna y constituye casi una sustancia cimpoplasmática. Es marcadamente termolábil, por lo que la leche materna debe emplearse siempre fresca.

Es sorprendente en todo caso, la latencia de la hemofilia en el período de la lactancia, sobre lo cual ha llamado la atención, especialmente, Schittenhelm. Entre el tratamiento por la leche materna y el tratamiento por las hormonas sexuales, parece no existir ninguna relación, pues ningún autor ha podido encontrar rastros de hormona en la leche materna. Todavía no se ha podido comprobar la acción de la leche materna por vía oral; casi se trata de una terapia de sustitución, pues, según la opinión de Störmer, la hemofilia puede ser considerada como una enfermedad por carencia. La sustancia estimulante de la coagulación falta en los hemofílicos sólo en la sangre corriente mientras que existe este principio en la de la punción esternal. La sangre y la leche se muestran como los únicos jugos propios del organismo, que tienen la facultad de la coagulación. Las teorías sobre las causas desencadenantes de la hemofilia, en relación a la participación de los trombocitos, de los vasos y de la albúmina sanguínea, no han sido aclaradas en modo alguno, ni tampoco el proceso de coagulación normal, per Bibli. Méd. Inter. 3333.

de la asociación fuso-espirilar. Generalmente, dura pocos días, acabando fatalmente en la mayoría de los casos. Es de fácil diagnóstico aunque puede confundirse con una "pústula maligna" o con "el goma sifilítico". Se han publicado recientemente dos casos tratados con penicilina local e inyectada, que cursaron desfavorablemente. No han de olvidarse la higiene local, vitaminoterapia y regímenes dietéticos hipercalóricos. Localmente se han empleado muchos medios con formalina, extractos hepáticos localmente, bloqueo simpático-abdominal y suero antigangrenoso, que, según Eckstein, sería de una gran eficacia. per Act. Ped.

mente con la organización de los trombos. Extravasalmente, *in vitro*, se produce igualmente una licuefacción de la fibrina por una seroproteasa: la fibrinolisis, con lo que tiene lugar una demolición gradual a través de globulina, polipéptidos, diséptidos, hasta finalmente, aminoácidos. Un aumento de la fibrinolisis se presenta en la insuficiencia hepática grave (intoxicaciones fosfórica y clorofórmica, atrofia amarilla aguda). En el suero existe todavía, al parecer, un fermento opuesto a la fibrinolisis, la antifibrinolisis, que debe estar aumentado en ciertos procesos inflamatorios crónicos (p. ej., en la pleuritis tuberculosa).

Todavía no existe acuerdo sobre la significación de los *elementos formes de la sangre* para el mecanismo de la hemostasia espontánea. Mientras los eritrocitos y los leucocitos son un material inerte de relleno, para la formación del coágulo, los trombocitos se encuentran en el punto central de la investigación sobre la hemostasia.

Para Aschoff y su escuela la aglutinación de los trombocitos es uno de los fenómenos fundamentales al comienzo de la coagulación. Morawitz ve la esencia de la trombosis en una aglutinación de las plaquetas. Otros autores confirman puntos de vista semejantes.

En oposición con dichas opiniones, Apitz refiere modernamente toda formación de trombos, iniciada por una aglutinación de las plaquetas, a la presencia de profibrina, esto es, que se debe considerar ésta como la aglutinina específica de los trombocitos: sin formación inicial de fibrina (profibrina) no se puede producir la aglutinación de los mismos. Con esto, la trombosis queda caracterizada como una coagulación sanguínea intravital, como ya lo pensaba Virchow. Por el contrario, se ha podido comprobar recientemente, en el laboratorio del autor, que también *sin presencia de profibrina o fibrina hay una aglutinación de los trombocitos*. José L. Serrano.

H HEMOSTASIA

ODONTOIATRIA

Regulaciones normales y patológicas de la hemostasia, por RUDOLF JÜRGENS:—Schwiz. med. Wschr., núm. 5, página 113, 1914 [616.15]. per Bibl. Med. Int., 3.381.

y II

formación de la trombina sólo puede ser formada en el hígado con la ayuda de la vitamina K, también se debe presentar la deficiencia de protrombina en la insuficiencia hepática grave o en aquellos recién nacidos cuyo hígado carece de la madurez funcional suficiente para poder producir protrombina con la oferta que recibe la vitamina K.

Si, con fines terapéuticos, se quiere determinar una deficiencia en protrombina y, con ello, un retardo de la coagulación de la sangre, se puede dar "Dicumarina" (3,3'-mentillén-bis-4,4'-oxi-cumarina). Esta sustancia inhibe la acción de la vitamina K. Aunque no se hayan visto alteraciones hepáticas groseras por su uso terapéutico y el número de trombocitos permanente normal, se puede observar una acción tóxica general sobre los capilares, con producción fácil de hemorragias, por lo que se ha limitado el empleo de los derivados de la cumarina. Esto es válido también para los metales de las tierras raras (cerio, lantano, prasodimio) e igualmente para el neodimio.

También la *deficiencia en fibrinógeno* puede causar trastornos de la coagulación como estado hereditario o adquirido. Esto se ha sabido por el comportamiento en la fibrinopenia hereditaria. La adquirida se presenta en las autointoxicaciones y especialmente en las lesiones hepáticas (intoxicaciones) en las que se observa una fibrinogenolisis prema-

tura. Si la llamada "fibrinastenia" descrita recientemente por Fanco-
ni, se presenta frecuentemente, es cosa que ha de decidir la experien-
cia. Terapéuticamente, los graves trastornos hemorrágicos reciben
adecuado auxilio con las grandes transfusiones de plasma o de sangre
total. En los casos de fibrinopenia parcial, descritos modernamente por
Risak, es a considerar una terapia estimulante de la médula ósea (irra-
diación roentgen, proteinoterapia inespecífica, autohemoterapia).

Por causa hasta ahora desconocida, en la hemofilia la tromboquinasa
inactiva ligada a los trombocitos y tal vez también al plasma, sólo se
transforma morosamente en tromboquinasa activa y libre, aunque el
contenido cuantitativo en calcio y tromboquinasa y la cantidad que fi-
nalmente resulta de trombina sean normales. Existe aquí la posibilidad
terapéutica del empleo, tanto local como intravenoso, de preparados de
tromboquinasa activa. La sangre hemofílica se coagula seguidamente
que se añade trombina y para la hemostasia tópica son asimismo acti-
vos los preparados de diverso origen que contienen trombina. Ciertamente
en empleo intravenoso de preparados de trombina para la terapia general
está excluido por la formación de trombos y embolias. La trombina ya
formada o en proceso de formación, puede ser suspendida en su activi-
dad por la antitrombina. Según una hipótesis, bien fundada, de Quick,
la heparina tiene funciones intensificadoras antitrombóticas porque, en
trando en combinación con la seralbúmina, que debe ser considerada
como antitrombina, acentúa sus efectos sobre la trombina en formación.
Según Howell la heparina obra directamente sobre la protrombina, es
decir, se opone a la formación de trombina a partir de la protrombina
y se debe considerar, por tanto, como antitrombina.

El aumento de heparina acaece en el *shock* anafiláctico y también en
muchas lesiones hepáticas. Terapéuticamente se la emplea en forma
de infusión gota a gota en la profilaxis de la trombosis, manteniendo un

control con las determinaciones de antitrombina, según Quick por titu-
lación con soluciones de trombina de diversas concentraciones. A su em-
pleo extenso se opone su corta permanencia en el organismo, su efica-
cia únicamente en aplicación intravenosa y, no en último lugar, la di-
ficultad en la obtención de la materia prima (órganos—pulmón, hígado—
de animales) y su elevado precio comercial. La heparina es prácticamen-
te atóxica.

Según recientes trabajos de Aritz, el tránsito de fibrinógeno a fibri-
na no se opera de golpe sino que, como producto previo, se forma una fi-
brina que no posee aún la estructura fibrilar de la fibrina firme: "pro-
fibrina".

En la tercera fase de la coagulación tiene lugar la *retracción del*
coágulo formado y, simultáneamente, se produce la expresión del suero.
Este proceso se debe a la solidificación de las fibras de fibrina formadas,
a consecuencia de continuar actuando el efecto fermentativo de la trom-
bina. Pero, aparte ciertos fenómenos físicoquímicos espontáneos (enve-
jecimiento de los coloides), la retracción se considera, al presente, ligada
a los trombocitos que contienen granulaciones de azur, los cuales operan
como centros de la retracción. De aquí que la trombopenia se acompañe
de ausencia de retracción y que otro tanto se observe en la trombastenia.
En estas enfermedades la hemostasia es perturbada por la retracción de-
ficiente; porque los trombos que ocluyen los vasos sangrantes (especial-
mente venas) no poseen la suficiente firmeza la cual sólo se logra por el
espesamiento de su estructura a consecuencia de la contracción de la red
de fibrina.

A seguida de la retracción del coágulo comienza la *desintegración de*
la fibrina. Este proceso es de gran importancia para la formación in-
travital de coágulos, pero la reabsorción del trombo formado sólo es
posible por fibrinolisis, un proceso que se pone en marcha simultánea-

Su estudio completo nos exige su análisis desde diversos puntos de vista, podemos, pues, ahora, estudiarlas en relación con las intervenciones quirúrgicas. Y es que uno de los aspectos de

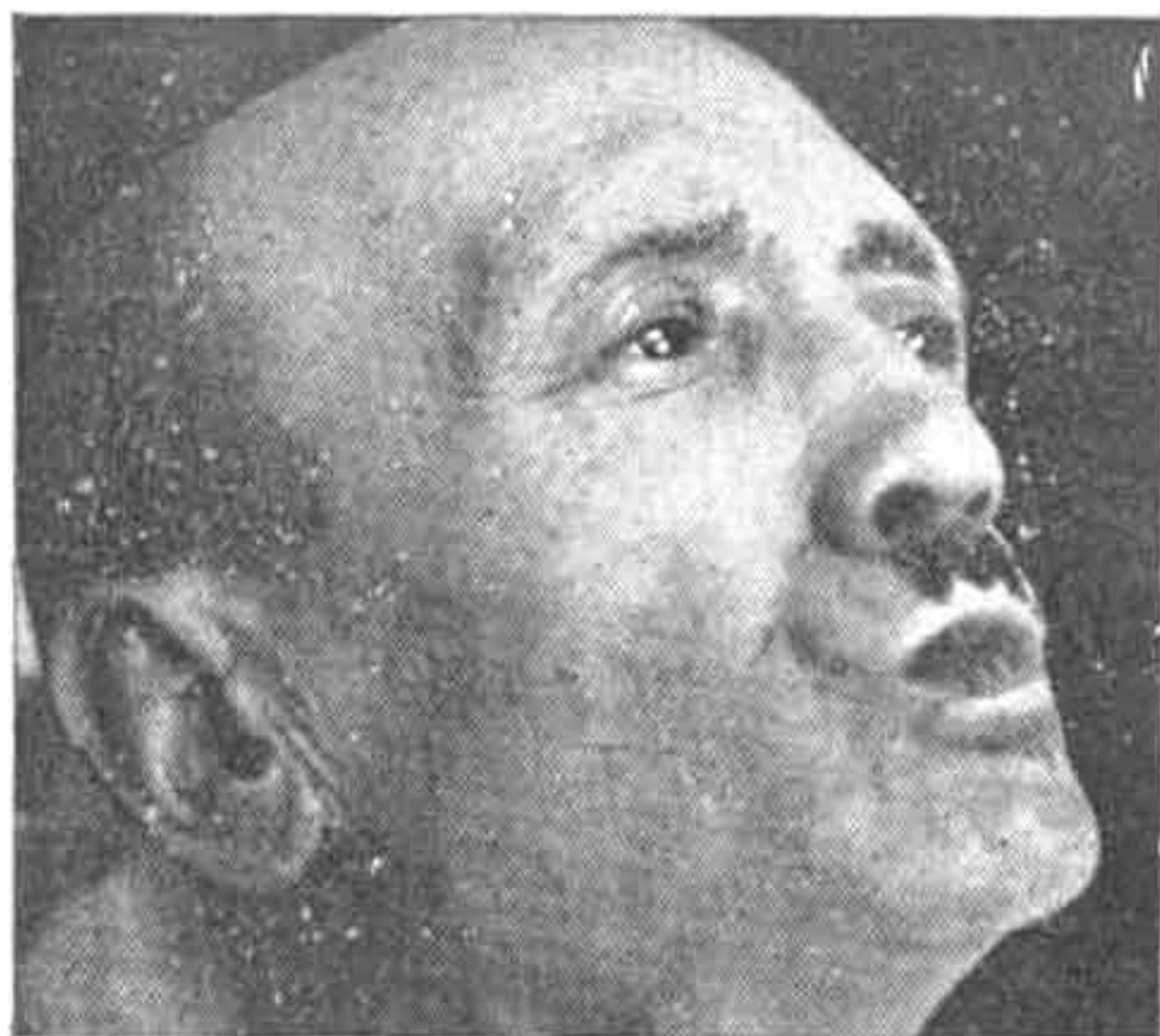


Fig. 108.—Registro cinético activo.



Fig. 109.—Registro cinético pasivo.

la impresión protética dental, es el que se relaciona con este tipo de intervenciones.

A este respecto las hemos dividido como sigue:

IMPRESIONES	Inmediatas	Anteriores
		Posteriores
	Mediatas	Prematuras
		En sazón
		Tardias

Si tiene Ud. curiosidad por conocer todas las técnicas de impresión, fije un momento su atención en esta detallada lectura, que sin mayor experiencia o mejor maestro, le pondrá en su conocimiento o le hará ir repasando todas las posibles restauraciones de las que se ocupa la Prostodoncia o la Ortodoncia.

IMPRESIONES EN ODONTOLOGIA

Materiales y técnicas de impresión

MIGUEL SÁENZ DE PIPAÓN, D. D. S.

65 pesetas

335 páginas

423 figuras

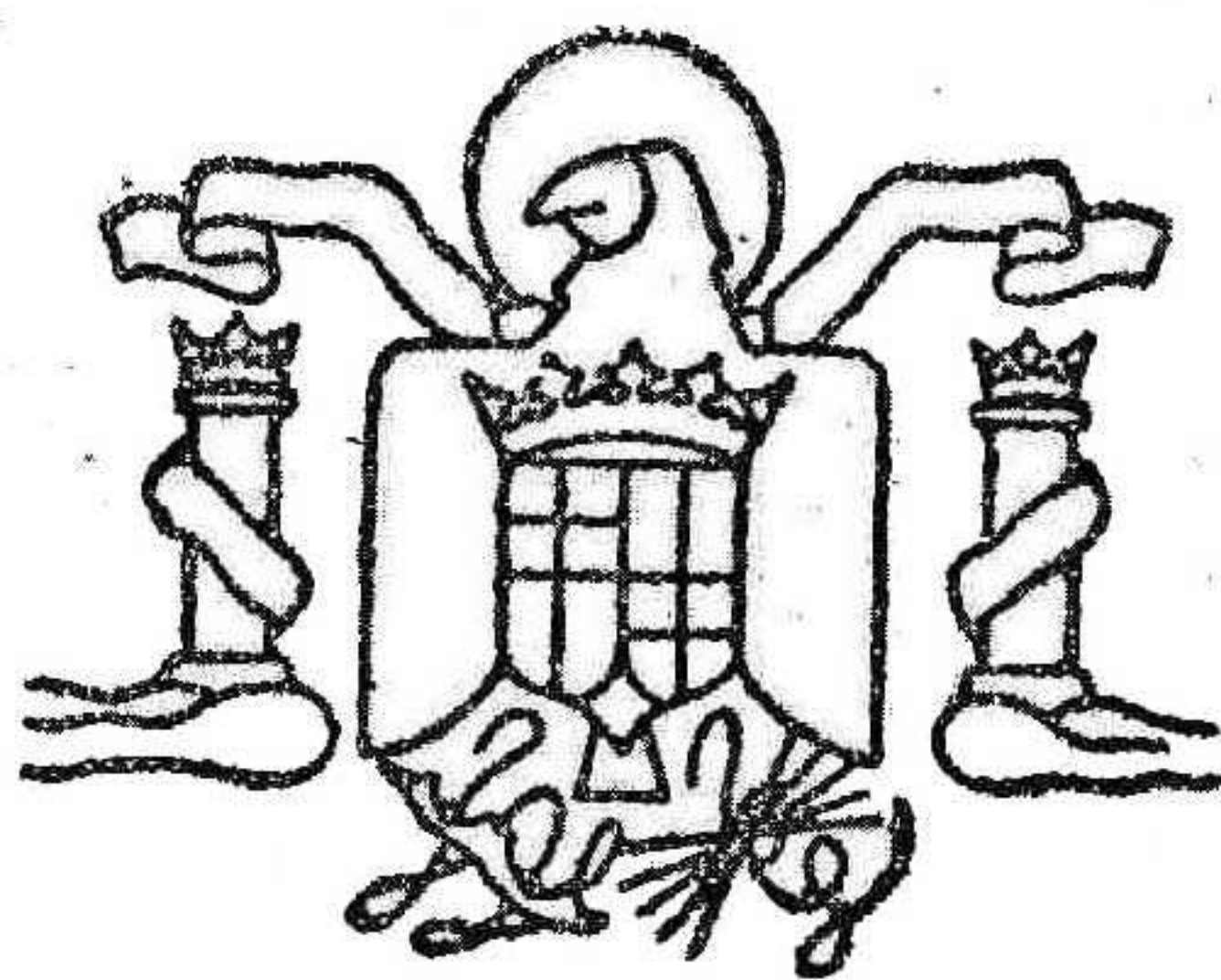
En las principales librerías o a nuestro

Apartado 1249

Jorge Juan, 39

MADRID

10 % de descuento a los suscriptores en todos los libros de la especialidad



Número suelto: 15 Ptas.