

616.344

X

★ Revista ★ de ★
la ★ Poca ★
★ de ★ Medicina ★
★ de ★

ODONTO- IATRIA



DEPÓSITO LEGAL

Agosto

Vol. IV

♦ EN MADRID ♦

Núm. 44

MCMXLVII

¡UN LIBRO DE CONSULTA!

LA ODONTOLOGIA MODERNA EN LA PRACTICA DIARIA

"EL MANUAL DEL ODONTOLOGO"

Por **Marzell Bronner D. M. D.** y **Max Bronner D. M. D.**

Versión de la obra inglesa
THE DENTAL SURGEON'S HANDBOOK

C O N T E N I D O

PRIMERA PARTE

M A N U A L

Capítulo

- I. Enfermedades de la boca, los dientes y los maxilares: sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- II. Bacteriología.
- III. Materia médica.
- IV. Clasificación de los productos farmacéuticos más importantes, según su acción.
- V. Tiempos de calcificación y de erupción de los dientes.
- VI. Materia técnica.
- VII. Misceláneo: Líneas antropológicas y puntos craneométricos. La sangre y la circulación. Dieta ácida y alcalina. Cuidado y esterilización de los instrumentos (jeringuillas y agujas hipodérmicas, guantes de goma, instrumental de acero, esterilización por el aire caliente). Medicamentos, solubilidad y estabilidad. Técnica del tratamiento de los estados críticos agudos. Análisis de orina, vitaminas y avitaminosis. Pesos y medidas.

SEGUNDA PARTE

LA ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA

- VIII. Errores en el diagnóstico.
- IX. Errores en el tratamiento.
- X. Errores en la elección de las vías y medios de tratamiento.
- XI. Aplicación y efectos de los aparatos de ortodoncia.
- XII. La higiene en los tratamientos ortodóncicos.

Solicite literatura a **EDICIONES ARGENTINAS. Alonso Cano, 69, Madrid (España)**

Recorte este cupón y envíelo

Muy señores míos:

Sírvanse remitirme gratis, folleto ilustrado de la obra "El Manual del Odontólogo".

Nombre

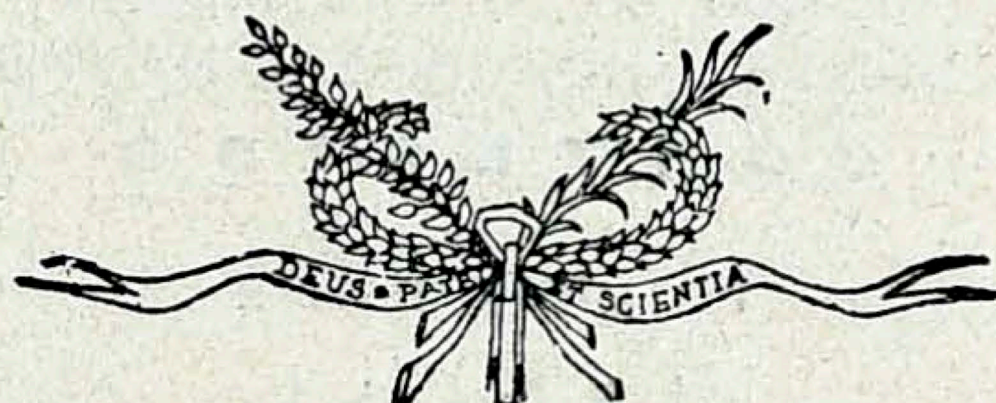
Calle Localidad F. C.

[616.314 (05) (46)]

ODONTOIATRIA

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

Dirección y Administración: Jorge Juan, 39



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 Ballester, 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 Sarda. Massa. Muñiz Toca. Orensanz. Pagoaga. Pascual Murcia. Planas. Renard. Ribera. Del Río. Rosa Meca. Ruiz Esquín. Ruiz de Temiño. Sáenz Badillos. Sánchez Ocaña. Santamaría. Serraller. R. Soto Yarritu. Soubrié. Subirana. De la Torre. Vinuesa. Younguer.

Vol. IV

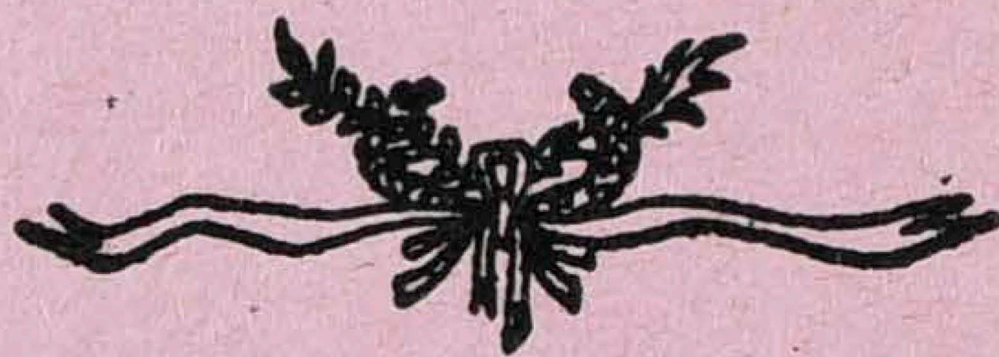
Agosto
* EN MADRID *
1947

Núm. 44

COLABORADORES 1946

Alonso Jiménez, Dr. Vicente.
Armijo Valenzuela, Dr.
Blanco Bueno, Dr. Tomás.
Campos Bertolo, Dr. Pedro.
Fernández Martín, Dr. Andrés.
Fish, Dr. Wilfred.
Forteza Forteza, Dr. Santiago.
García Tapia, Prof. Antonio.
Guergué y Martínez de Marañón, Dr. Angel.
Meré Meré, Dr. Luis.
Navarro Sala, Dr. Pascual.
Olaviaga, Dr. Telesforo.
Olguera González, Dr. Julio.
Orensanz Gutiérrez, Dr. Fernando
Peñás Bellón, Dr. Juan de Dios.
Pérez González, Dr. Fermín.
Planas Casanova, Dr. Pedro.
Roca Solano Tormo, Dr. Faustino.
Sáenz de Pipaón y Tejada, Dr. Miguel.
Suils Pérez, Dr. Angel.

Odontoiatría



LA REVISTA DE LOS ODONTOLOGOS
PARA LOS ODONTOLOGOS
Suscripción anual: 75 ptas

JORGE JUAN, 39
MADRID I

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. IV

AGOSTO

NUM. 44

SUMARIO

Páginas

* <i>Sobre cuatro nuevos casos de leishmaniosis infantil con manifestaciones bucofaríngeas</i> , por el Dr. Juan de Dios Peñas Bellón	347
Tratamiento de la tuberculosis con estreptomycinina	356
* <i>Ligadura interdientaria de la arcada</i> (nueva técnica), por el Dr. Antonio de Vicente Argüelles	357
Estomatitis neumocócica	366
* <i>Penicilina y noma</i> , por el Dr. M. Royo Montanés	367
<i>La Física atómica en Medicina</i> , por R. M. B.	378
EDITORIAL: <i>Estética de la restauración</i>	384
Galería de Premios Nobel	386
Noticias	390

EXTRACTOS DE REVISTAS

Referatas dispuestas para el fichero

PUBLICIDAD

— Ediciones Argentinas.
— Técnicas de impresión.
— Solé Palou.
— Schmidt.
— Metales Preciosos.
— Geve.

— Dentaria.
— Laboratorios Profidén.
— Cibalgina.
— Sandoz.
— Escayola Tavira.
— Varios.

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

SOBRE CUATRO NUEVOS CASOS DE LEISHMANIOSIS INFANTIL CON MANIFESTACIONES BUCOFARINGEAS

por

Juan de Dios Peñas Bellón

Médico-Ódontólogo del Centro de Higiene de Ubeda

616-9:616.314

EN la reciente "Reunión Nacional de Sanitarios Españoles", celebrada en Barcelona durante el mes de abril de este año, una de las ponencias oficiales que más han llamado la atención ha sido la que trató del Kala-azar infantil. Se considera en ella a esta leishmaniosis como un verdadero problema sanitario, y se pide, además de su declaración obligatoria, la creación de un Centro de Investigación Experimental. Su interés epidemiológico es considerable, si se tiene en cuenta que, sólo en Castellón de la Plana—uno de los focos de endemia más importantes de la Península—, durante 1945, la leishmaniosis visceral "ha causado más víctimas que la suma de las motivadas por la tos ferina, sarampión y difteria", ya que "a pesar de los modernos tratamientos empleados para su curación, la mortalidad permanece muy elevada".

En estos últimos años se han ido acumulando las publicaciones sobre Kala-azar infantil en España y en el extranjero. La bibliografía sobre esta enfermedad es ya extensísima. Nosotros damos al final alguna de la más reciente. Pero en todos los trabajos publicados apenas se mencionan

las manifestaciones bucofaríngeas que tanto interés tienen en el campo estomatológico. Conversando con el doctor Sancho Pasquau, de gran experiencia en Kala-azar, ya que por su servicio infantil de Castellón desfilan más de 100 niños leishmaniósicos cada año, me aseguraba que las complicaciones bucofaríngeas eran bastante raras, debido, sin duda, al mejor conocimiento de la enfermedad por el médico rural, y, por lo tanto, al precoz diagnóstico y tratamiento de la misma.

Sin embargo, en poco tiempo, nosotros hemos visto más de una docena de casos de niños leishmaniósicos con manifestaciones graves bucofaríngeas. Si se tiene en cuenta que la provincia de Jaén es de las menos señaladas hasta la fecha en el mapa epidemiológico español en cuanto a esta protozoosis se refiere, tenemos que convenir en que todavía quedan sin diagnosticar numerosos niños leishmaniósicos, y que, por lo tanto, urge una labor divulgadora entre la propia clase médica si queremos obtener datos más exactos acerca de la extensión y gravedad de esta endemia en la Península.

A las modestas aportaciones que en el aspecto estomatológico hemos hecho antes de ahora, creemos conveniente añadir las que nos sugieren los casos clínicos que exponemos a continuación.

Historia núm. 1.—Niña Dolores M. O., de 3 años, de Navas de San Juan (Jaén). Sin antecedentes familiares de interés. Hace un año comenzó con fiebre irregular. Le diagnosticaron de Kala-azar, sin punción esplénica ni esternal. Le inyectaron hasta 2 gramos de neoestibosán, en distintas fases, intramusculares. A pesar de ello la niña continúa con fiebre, más bien nocturna, escaso apetito y diarrea. La traen a mi consulta para su examen bucal. Recientemente se le han caído espontáneamente tres dientes.

A la exploración, anotamos: niña de aspecto muy pálido, desnutrida, con abdomen muy abultado. Esplenomegalia enorme hasta pubis (Fig. 1). Hepatomagalía discreta. Intensificación de la circulación superficial del abdomen. Auscultación de pecho, negativa.

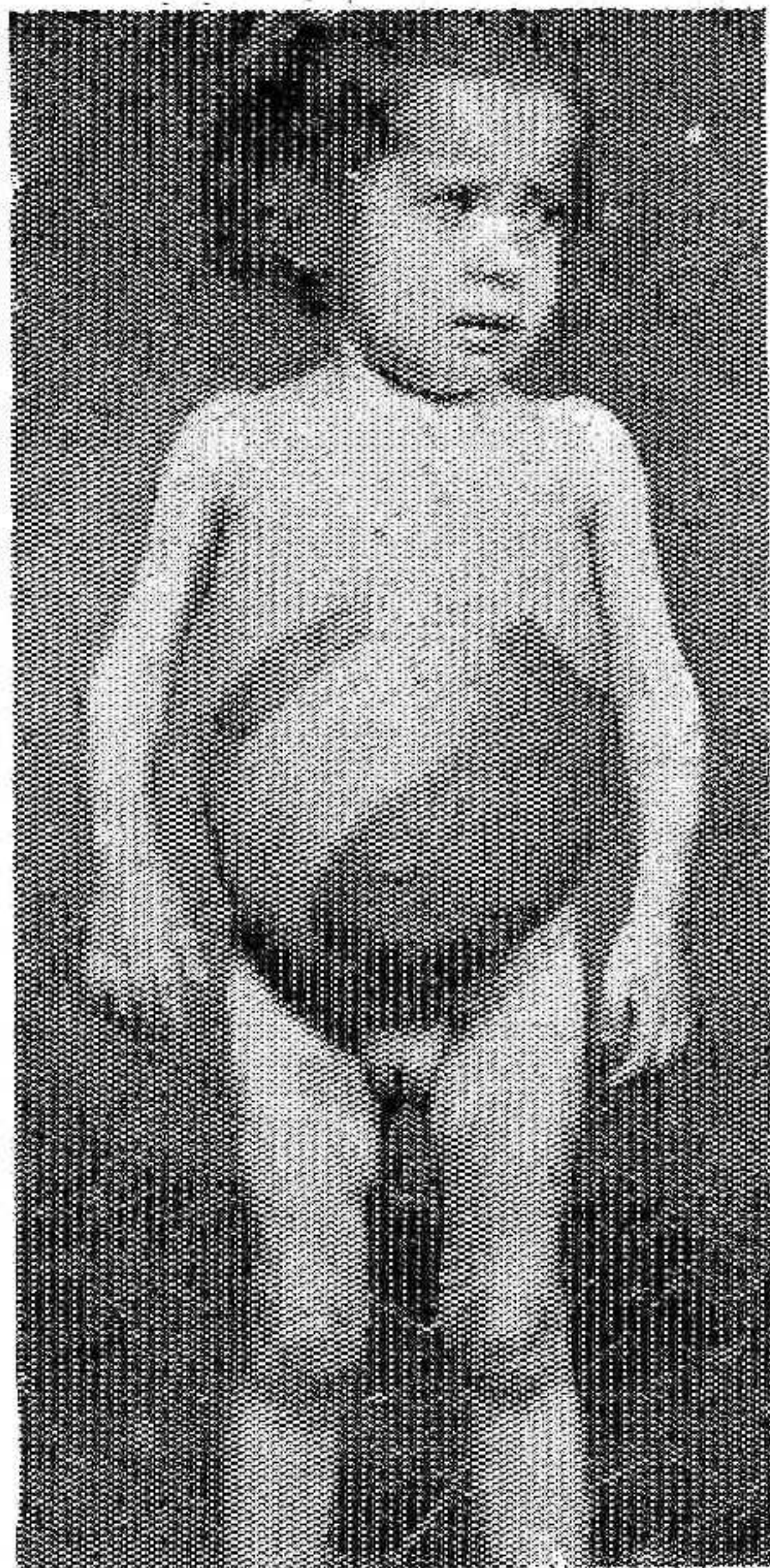


Fig. 1.—Hepatosplenomegalia discreta. Esplenomegalia hasta el pubis.



Fig. 2.—Atrofia del reborde alveolar como en la paradentosis.

En boca, incisivos y caninos con fuerte retracción gingival, y atrofia de reborde alveolar como en la paradentosis (Fig. 2). Ausencia de los $\overline{1} \mid 12$. Mucosa muy pálida, no ulcerada. Temperatura: 36,5°. Pulso: 160. Peso: 10 kilogramos.

Punción esternal: leishmanias extracelulares en grupos de 3 a 6.

Sangre: 2.200.000 hematíes. 3,400 leucocitos. Fórmula: polinucleares, 33; linfocitos, 63; eosinófilos, 0; monocitos, 2; de transición, 2; basófilos, 0. Hemoglobina, 73 por 100.

Diagnóstico: Kala-azar infantil, con manifestaciones bucales de tipo pseudopiorreico.

Tratamiento: En días alternos, inyección intravenosa de 0,10 de neoestibosán. En los días libres, inyección intramuscular de hepatrax. A la sexta inyección, absceso glúteo que hay que abrir. Después de un descanso de quince días, como persiste la fiebre, neoestibosán de 0,20. Hepatrax. nuevo descanso con mejoría manifiesta. Al mes, fercobre, vitamina C y nueva serie de neoestibosán de 0,20. Se extrae, movilizado, el $\overline{2}$ | Vuelve a los dos meses. La mejoría es considerable. Hígado y bazo, normales. Buena coloración de la piel. La boca sigue con la misma retracción gingival, pero los dientes están firmemente implantados. Sin fiebre. Buen apetito.

En total, durante poco más de un año, se le inyectaron 5 gramos de neoestibosán, sin ningún síntoma de intolerancia.

Historia número 2.—Niño José S. A., de quince meses, de Ubeda (Jaén). Ninguna enfermedad hasta hace mes y medio que comenzó con fiebre, diarrea y sudores profusos. Bien de apetito. Ha perdido mucho peso y, según la madre, "ha cambiado de color".

Exploración: boca con mucosa muy pálida. Han hecho erupción los incisivos y primeros molares. Están haciéndola los caninos. Piel, color de cera. Bazo, aumentado cuatro traveses de dedo. Hígado, ligeramente aumentado. (Fig. 3). Sangre: 3.200.000 hematíes. 4.600 leuco-

citó. Fórmula: 12 polinucleares, 83 linfocitos, 5 mononucleares, o eosinófilos.

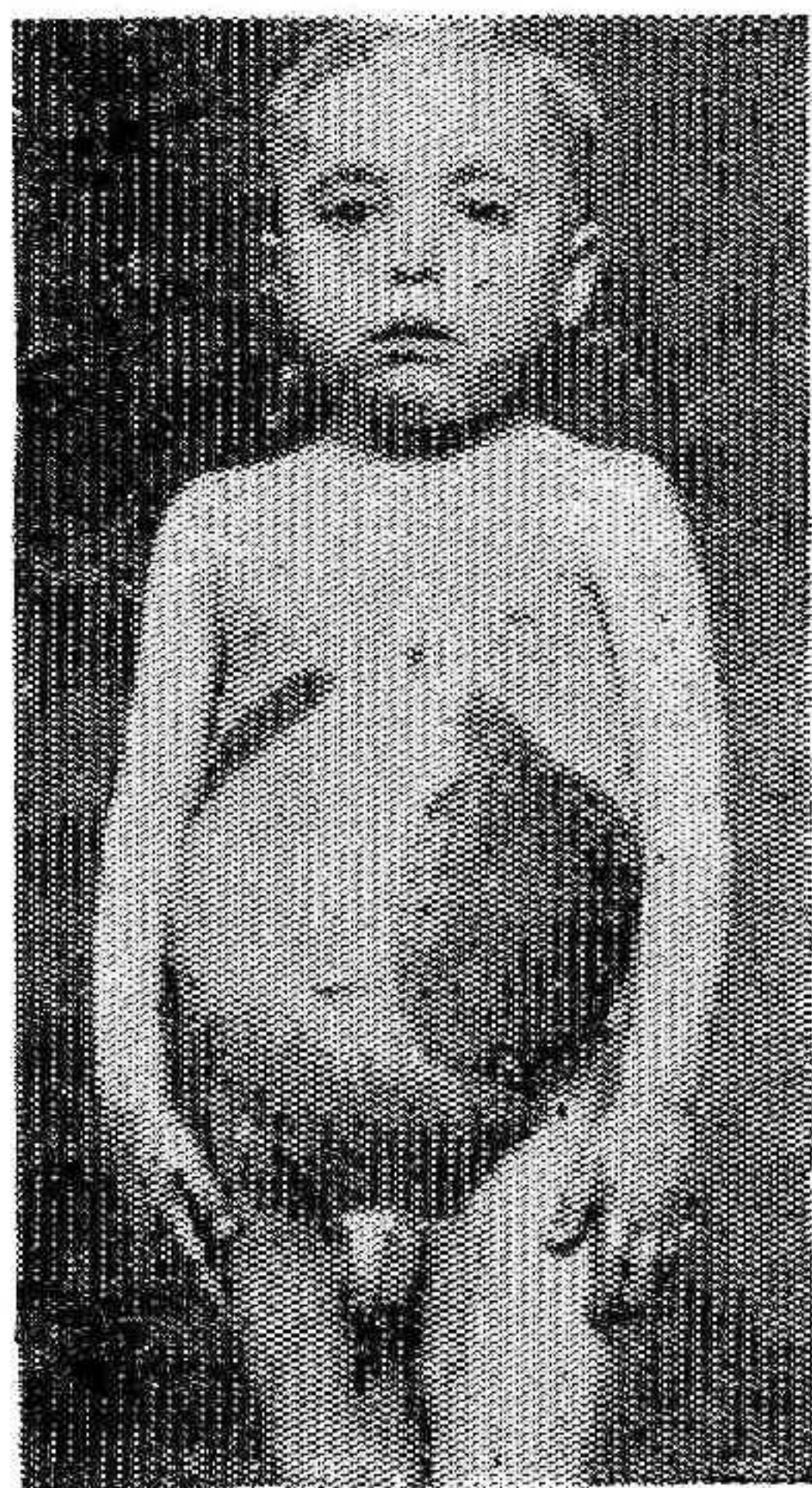
Punción esternal: leishmanias extracelulares en grandes grupos de 20 a 40. Temperatura: 36,8. Pulso: 130. Peso: 8,700. Orina: no hay albúmina ni sedimento anormal.

Diagnóstico: kala-azar infantil, en fase de erupción dentaria.

Tratamiento: no se logra la inyección intravenosa en la yugular. Se le inyectan intramuscularmente hasta ocho ampollas de neoestibosán de 0,10. Descanso. La fiebre no remite. Vómitos, diarrea y ligero estrabismo. Hígado y bazo han disminuído algo. Ligero meningismo.

A los ocho días se reanuda la administración de neoestibosán, ésta vez intravenoso, cada tres días, en dosis de 0,20, hasta seis ampollas. Mejoría ostensible. Gana peso. Desaparece la diarrea y la fiebre. Hígado y bazo no se palpan. Alta.

Se le inyectaron, en total, 2 gramos de neoestibosán.



Historia clínica número 3

Historia número 3.—Niño José R. V. de 3 años, de Ubeda (Jaén). Está enfermo desde hace dos meses. Comenzó con fiebre alterna, con escalofrío. Le hicieron análisis

de sangre, que, según dice la madre, dió pauidismo. Tomó unas tabletas y, durante unos cinco días, mejoró la fiebre, pero creen que no desapareció totalmente. Por entonces, deposiciones sanguinolentas. Siguieron dándole tabletas antipalúdicas en tres series, de siete días cada serie, pero continuó con la fiebre. Lo traen porque le huele mal la boca.

Explorado, presenta: Piel pálida, anémica. Abdomen abultado. Ligero edema de extremidades inferiores. Bazo grande, hasta un poco por debajo de línea umbilical, más bien blando, con escotadura estrecha a nivel de reborde costal. Hígado con tres traveses de dedo, duro, de borde bien palpable. Pulmón; ligeros roncus diseminados. Boca: mucosa muy pálida. Faringe, amígdala derecha necrótica, de color grisáceo, ocupando toda la celda amigdalina un putrilago de poca consistencia. Ganglios: ligera reacción inflamatoria en ángulo submandibular derecho.

Punción esternal: no se encuentran leishmanias. Punción de bazo: no se encuentran leishmanias ni plasmodios. Sangre periférica: hematíes, 3.780.000. Leucocitos, 4.100.—Fórmula: 68 neutrófilos, 2 eosinófilos, 27 linfocitos y 3 monocitos. Orina: ningún elemento anormal.

Reacciones serológicas de Napier y Nattan, fuertemente positivas.

Diagnosticamos Kala-azar con necrosis de amígdala.

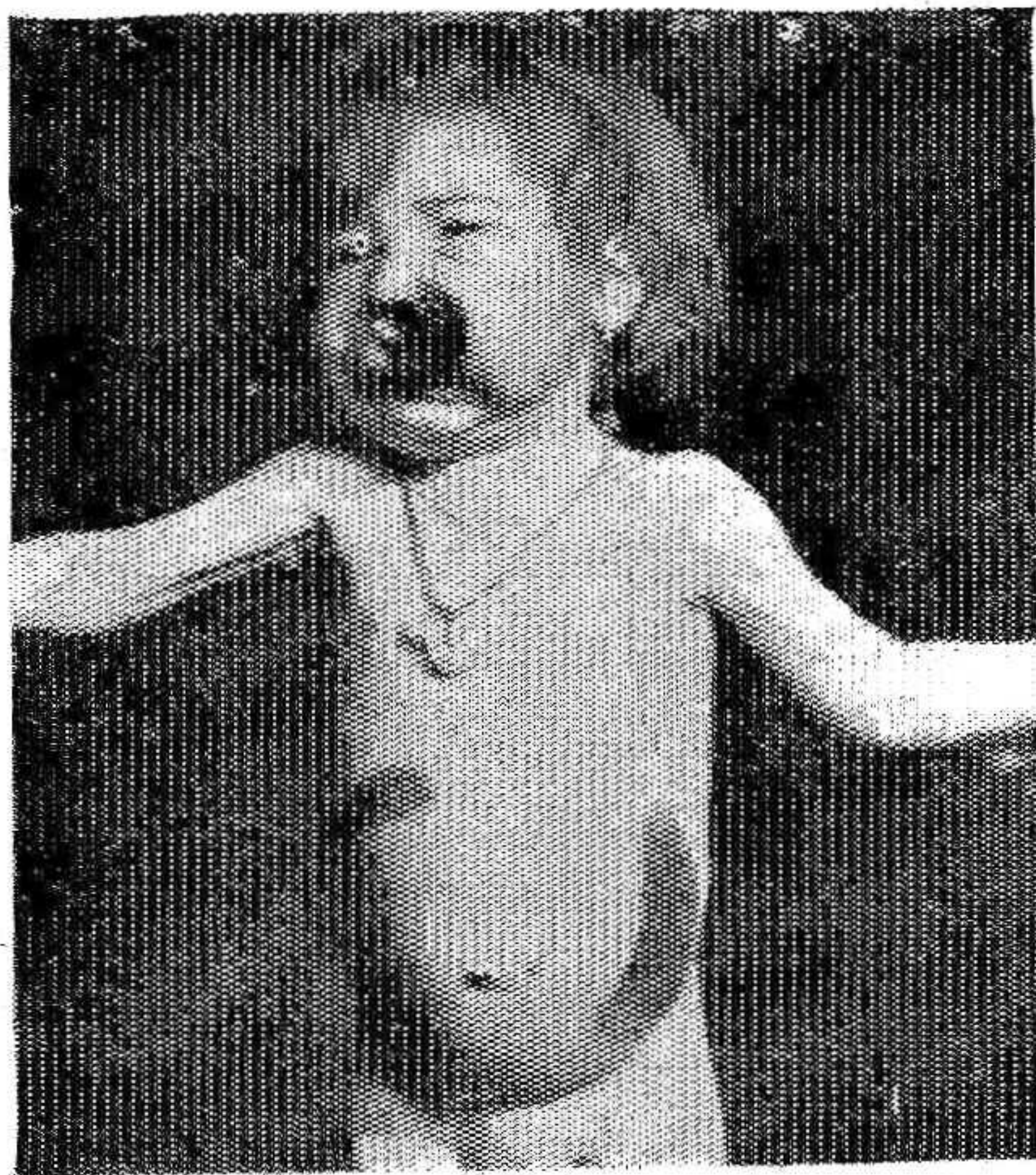
Empezamos el tratamiento con una dosis de 0,05 de neoestibosán intravenoso, seguimos con cuatro de 0,10 y dos de 0,20. Mejoría considerable desde la tercera inyección. A los cinco días de terminar esta serie, reaparece la fiebre, adquiriendo en los sucesivos forma de terciana. El niño vuelve a estar muy grave. Ascitis. Aumentan los edemas. Digital. Durante un acceso de 40° se le extrae sangre de lóbulo de la oreja, y en ella encontramos abundantes gametos y anillos de terciana. Atebrina (cinco ampollas, una diaria). A la tercera inyección de atebrina la fiebre cede, hasta desaparecer. Orina normal. Retilón, cinco ampollas (una diaria). Reaparece el apetito.

A los dos meses el niño se encuentra muy bien, ha au-

mentado de peso, el bazo y el hígado son normales y en la faringe la amígdala derecha y la úvula han desaparecido, dejando cicatriz del tipo de los amigdalectomizados. Alta.

En total se le inyectaron 0,85 gramos de neoestibosán y 5 ampollas de atebrina.

Historia n° 4.— Niña Anita Q. C. de 2 años, de Navas de



Historia clínica núm. 4. Liger a hepatomegalia. El noma se extiende sobre el labio y mejilla destruyendo el ala nasal izquierda.

San Juan (Jaén). Hace año y medio tuvo fiebre que le duró pocos días. Curó sin tratamiento. Desde hace siete meses fiebre irregular y pérdida de peso. La traen porque le apareció hace seis días una mancha violácea sobre la mejilla, que se le ha ido agrandando.

Exploración: Niña con buena coloración de la piel, pánículo abundante, desarrollo normal.

En boca, necrosis de partes blandas de paladar hasta cerca de la úvula y, lateralmente, hasta vestíbulo; por delante invade labio y comunica con cavidad nasal. El noma se extiende sobre labio superior y mejilla, destruyendo el ala nasal, lado izquierdo. Faltan los incisivos y caninos superiores. Huesos maxilares oscuros, sin periostio. Ede-

ma de labio y cara. Esplenomegalia. Ligera hepatomegalia. Temperatura: 38,7°.— Pulso: 160. Gran fetidez. No se encuentran leishmanias en punción esternal.

Diagnóstico: Noma. ¿Kala-azar?

Tratamiento: Neoestibosán intravenoso (0,10) diario. Fallece el 2º día de tratamiento.

Hemos copiado estas historias clínicas, porque creemos que se prestan a algunas interesantes consideraciones.

Hasta ahora, en anteriores publicaciones, se han descrito tres formas de manifestaciones bucales del Kala-azar infantil: la gingivitis ulcerosa, la necrosis maxilar y el noma. Habría que añadir a ellas la retracción gingival pseudopiorreica (historia nº 1) y la necrosis amigdalina (historia nº 3). La mucosa intensamente pálida observada en todos los casos se da en todas las anemias. No sabemos si en el caso 1º la retracción gingival fué precedida de una ulceración que nosotros no pudimos comprobar.

En cuanto a la dosis de neoestibosán capaz de hacer regresar la sintomatología clínica, es muy variable. Pues mientras algún caso ha precisado para su tratamiento hasta 5 gramos del mencionado producto, otro ha evolucionado favorablemente con 0,85 gramos tan solo. Sin embargo, conviene recordar lo que Comín exige para dar por curado a un leishmaniósico: la negatividad de la punción esplénica, ya que existen casos en que el cuadro clínico había desaparecido y no obstante persistían leishmanias en el bazo, lo que indicaba que era necesario insistir en el tratamiento.

En el caso nº 4 no pudimos hacer los exámenes hematológicos deseados por la breve y fatal evolución del mismo, y ensayamos el neoestibosán pensando en que, a pesar de la punción esternal, pudiera tratarse de un Kala-azar; pero, sobre todo, para ver el efecto del neoestibosán en el noma. No pudimos lograr los resultados brillantes que hemos obtenido en otros casos, sin duda porque ya el organismo se encontraba en situación imposible de reaccionar ante el medicamento, y por el escaso tiempo que transcurrió desde su administración hasta el éxitus, lo que nos afirma

cada vez más en la creencia de que, cuanto más precozmente inyectemos el neoestibosán, mayores éxitos logremos.

Recientemente se han recomendado dos nuevos tratamientos ante el noma: el local, de Mc Millen, con formalina, que en seis casos tratados por el autor citado no tuvo una sola muerte (nosotros, en uno tratado con aldehído mico no tuvimos igual éxito, si bien se trataba de un niño gravísimo, con extensas lesiones de cavum, paladar óseo y blando, y mucosa nasal), y la penicilina, del que no tenemos experiencia, pero que se considera de más seguridad que ninguno. También se recomienda ahora como imprescindible la dosis masiva de vitamina A.

En el caso número 3, tenemos que destacar dos observaciones curiosas: la coexistencia de Kala-azar y paludismo, más frecuente de lo que se creía hasta ahora, y la negatividad de las punciones, sin lograr en ellas ni leishmanias ni plasmodios, y hallando éstos después en sangre periférica. Hicimos uso entonces de las reacciones serológicas que, si no tienen un valor concluyente como las punciones, en este caso fueron fuertemente positivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BIGNÉ Y GUILLÉN: Mapa epidemiológico de la región valenciana. Consideraciones terapéuticas. *Medic. española*, julio, 1946.
- 2.—CÁMARA CAHILAU: Leishmaniosis y phlebotomus. *Medic. de los Países Cálidos*, marzo, 1942.
- 3.—COMÍN: Relación etiológica entre la leishmaniosis infantil y la leishmaniosis cutánea. *Acta Pediátrica*, 1945.
- 4.—COMÍN: ¿Cuándo pueda considerarse curado un enfermo de Kala-azar infantil? *Anal. de Med. y Cir.*, julio, 1945.
- 5.—COMÍN, HERRERO Y SANCHO PASQUAU: El problema del Kala-azar infantil en el Levante español. *Acta Pediat.*, abril, 1947.
- 6.—FALCÓN: Algunas historias de Kala-azar infantil. *La Medicina Colonial*, núm. 4, abril, 1947.
- 7.—FERNÁNDEZ MARUTO: Sobre la transmisión y epidemiología de las leishmaniosis. *La Med. Colonial*, octubre, 1945.
- 8.—GIL BERMÚDEZ: La rata como huésped intermediario del Kala-azar infantil. *Medic. española*, abril, 1945.
- 9.—HUMPHREIS: Dos casos de leishmaniosis bucofaringea tratados con pentamidina. *An. of. Tropical, Medic. and. Parasit.* junio, 1942.

10.—KIKUTH: Sobre el problema de la epidemiología, trasmisión y quimioterapia de la leishmaniosis interna. La Med. Col., to I, 1943.

11.—LOZANO AZULAS: Notas clínicas sobre el Kala_azar infantil. Ser, tomo VI, número 59.

12.—MALLOU LABRADOR: Aportaciones al estudio de la etiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento del Kala_azar infantil. Acta Ped. diátrica, septiembre, 1946.

13.—NÁJERA ANGULO: La existencia de lesiones cutáneas en la leishmaniosis visceral mediterránea y su significación epidemiológica. Rev. Clin. Esp., julio, 1945.

14.—NÁJERA ANGULO: La leishmaniosis visceral y cutánea y su importancia en España. Med. de los Países Cálidos, 1935.

16.—SAN JOSÉ CAPELLÁ: El tratamiento del Kala_azar infantil por el hexonato de antimonio en solución oleosa y concentrada. Tesis doctoral, Barcelona, 1943.

17.—SANTAELICES DE MORA: Sobre la hematología del Kala_azar infantil. Semana Med. Esp., diciembre, 1945.

18.—SCOVEL: Kala_azar: Una revisión de su incidencia y epidemiología en China, y observaciones clínicas en 585 casos. An. of Intern. Medicine, abril, 1944.

19.—STEIN Y WERHEINE: Una nueva fracción de proteína susceptible al calor en sangre de perros infectados con Kala_azar. An. of Tropical Med. and Paras, junio, 1942.

20.—VALLEJO SIMÓN: Kala_azar en el adulto. Medicina, enero, 1946.

Tratamiento de la tuberculosis con estreptomycin.—Los resultados de la terapéutica con estreptomycin en las tuberculosis experimentales son excelentes. En el trabajo presente se refiere la experiencia en 100 casos humanos. Doce enfermos presentaban una tuberculosis hematógena generalizada, nueve de ellos con meningitis; se encuentran sin signos de infección seis y los otros seis han fallecido; cuatro de los que están sin síntomas han vivido varios meses desde el comienzo del tratamiento y ha desaparecido el bacilo tuberculoso del liquor; presentan tres de ellos graves secuelas: uno está ciego, otro sordo y el tercero muestra graves alteraciones cerebrales. En 32 enfermos con tuberculosis pulmonar se obtuvieron algunos resultados alentadores; los bacilos desaparecieron en el esputo de 13, se observaron signos de cierre de cavidades en 12 y en total fueron 25 los mejorados; las lesiones solamente progresaron en el curso del tratamiento en un enfermo. Siete enfermos con ulceraciones laríngeas y tranqueales fueron tratados, y en cinco se obtuvo una rápida mejoría, sin recidivas ulteriores (los otros dos aun están en estudio). El tratamiento exclusivamente intrapleural en el empiema tuberculoso es ineficaz (cuatro casos); la asociación intrapleural e intramuscular se empleó en tres enfermos, y uno mejoró. Buen resultado se logró en 15 enfermos tratados por padecer fístulas tuberculosas diversas. No se cura la tuberculosis renal; la cistitis tuberculosa se detiene en su curso. Mejoraron cuatro enfermos de tuberculosis ósea entre cinco tratados.

(J. A. M. A., 30-XI-46; RCE, VIII, 47.)

LIGADURA INTERDENTARIA DE LA ARCADA (Nueva técnica)

por el

Dr. Antonio de Vicente Argüelles

Odontólogo de los Servicios Militares del Seguro de Enfermedad
Ex jefe del Servicio de Odontoestomatología del Hospital Provincial de Guadalajara

616.716.1 — 001.5

EL tratamiento de las fracturas maxilares será seguramente el que mayor número de férulas y aparatología cuenta; las cuales constituyen una valiosa aportación a la traumatología general (sobre todo las más sencillas) por sus apoyos dentarios incruentos, que carecen de los inconvenientes de la infección que suele acompañar a la sutura ósea tan empleada antes por los cirujanos generales.

Al principio, los métodos protésicos constaban de aparatos complicados difíciles de construir, que ocasionaban pérdidas de tiempo, amén de resultar costosos, por lo que para remediar estos inconvenientes se han venido realizando entre todos los odontólogos del mundo intensos trabajos (entre los que están en los primeros lugares los realizados por los profesionales españoles), al objeto de simplificar las técnicas para la reducción y consolidación de las fracturas del macizo maxilofacial, lográndose a nuestro juicio un completo éxito, pues hoy día, con técnicas simplificadísimas, se obtienen mejores resultados que con la complicada aparatología de tiempos atrás.

En el tratamiento y reducción de las fracturas el tiempo es oro. El aparato que empleemos será sencillo, de construcción rápida y fácil, cómodo para el paciente, aunque este asunto es un punto secundario. En resumen, los apa-

ratos empleados deben reunir los siguientes requisitos: sencillez, comodidad, eficacia y rapidez.

Para aplicar las fuerzas de reducción, tendremos que apoyarnos (cuando los haya) en los dientes de los fragmentos del hueso; mas como éstos estarán conmocionados, no los emplearemos aisladamente, sino agrupando el mayor número posible para evitar sus luxaciones.

El odontólogo (que, dicho sea de paso, es el único que debe intervenir, o por lo menos, colaborar activamente en el tratamiento de estas fracturas) debe tender a practicar las reducciones a espaldas del laboratorio odontotécnico, sobre todo en los tratamientos en los que la urgencia es más necesaria, pues es comprensible que en un campo de operaciones no podemos disponer con rapidez de uno de nuestros laboratorios, y en el medio rural tampoco podemos, en ocasiones, disponer de las férulas protésicas con la rapidez precisa.

El éxito de los resultados anatómicos y funcionales conseguido en el tratamiento de las fracturas de maxilar está en razón directa a la premura con que se puede atender a los heridos, consiguiendo la fijación de los fragmentos antes de que los esfuerzos musculares los hayan desviado de un modo notable.

A la vista de lo expuesto, podemos hacer la siguiente clasificación de las férulas para la reducción y contención de las fracturas maxilares: férulas improvisadas rápidamente y férulas construídas sobre modelo, y por tanto, de aplicación más tardía.

Con relación a estos dos métodos se ha discutido mucho en Congresos y revistas sobre el mejor resultado de cada uno de los mismos, estando las opiniones muy divididas, aunque dominan cada vez más los partidarios de las férulas improvisadas.

No ha mucho tiempo el Dr. Karl Shuchardt, en una conferencia pronunciada en el Colegio Oficial de Odontólogos de Madrid, decía lo siguiente:

“Según la experiencia adquirida por los dentistas en

las proximidades del frente (Reichenbach, Flohr), es más propia la aplicación a libre elección de vendajes con férula de alambre improvisada, para el cuidado de las fracturas recientes de los maxilares causadas por arma de fuego, después de una esmerada reposición inmediata de los fragmentos. Su independencia del laboratorio y la rapidez con que se pueden aplicar, aun en circunstancias desfavorables, aseguran la superioridad indiscutible de su empleo, en las proximidades del frente, a los vendajes preparados en el laboratorio a base de impresiones o modelos."

Nosotros opinamos que ambos métodos dan excelentes resultados cuando son empleados en momento oportuno y en el caso en que cada uno de ellos está indicado, como veremos a continuación. En los casos en que esté indicada la fuerza de reducción monomaxilar o intermaxilar, las férulas improvisadas son, a nuestro juicio, muy útiles, sobre todo cuando la fractura acaba de originarse, siempre que el intenso desplazamiento y considerable resistencia muscular no aconseje una férula resistente y adaptada, previa impresión, al caso a tratar. O sea que el sistema que nosotros seguimos es aplicar la ligadura continua de nuestra invención (que más adelante describiremos con detalle), bien en uno solo o en ambos maxilares, estableciendo en este caso bloqueo intermaxilar con gomas y una vez reducida con toda rapidez la fractura, observamos al curso posterior de la misma; si existe un ligero desplazamiento ulterior o no se logra la suficiente movilidad de los fragmentos con vistas a la consolidación de la fractura, habrá que substituir la férula improvisada por una construída sobre modelo a base de cápsulas, arcos, bandas coladas, etc.; pero entre tanto, la férula improvisada habrá llenado a satisfacción su cometido de férula de urgencia, y por añadidura, la experiencia obtenida en nuestra guerra de liberación y en la pasada mundial ha demostrado que en la mayoría de los casos las férulas improvisadas que estaban bien colocadas servían después como definitivas.

Férulas improvisadas.—Su mejor representación la constituyen las ligaduras metálicas interdientarias; pueden ser “parciales”, que son aquellas que sólo se extienden a algunos dientes; y “ligaduras completas de la arcada”, que como su nombre indica unen entre sí todas las piezas dentarias constitutivas de la arcada, pudiendo realizarla co-



Fig. 1.—Ligadura en escala de Ponroy. Doble arco vestibular y lingual unidos entre sí por ligaduras independientes

mo veremos aunque falte algún diente, pues en este caso se mantiene el espacio por medio de pequeños tubitos de acero.

No debemos recurrir a las ligaduras aisladas como apoyo de fuerzas, pues ejerciendo acciones únicas sobre dos o tres dientes se producirá un perjuicio del terreno por su movimiento y salida de sitio. Esto no ocurre en las liga-

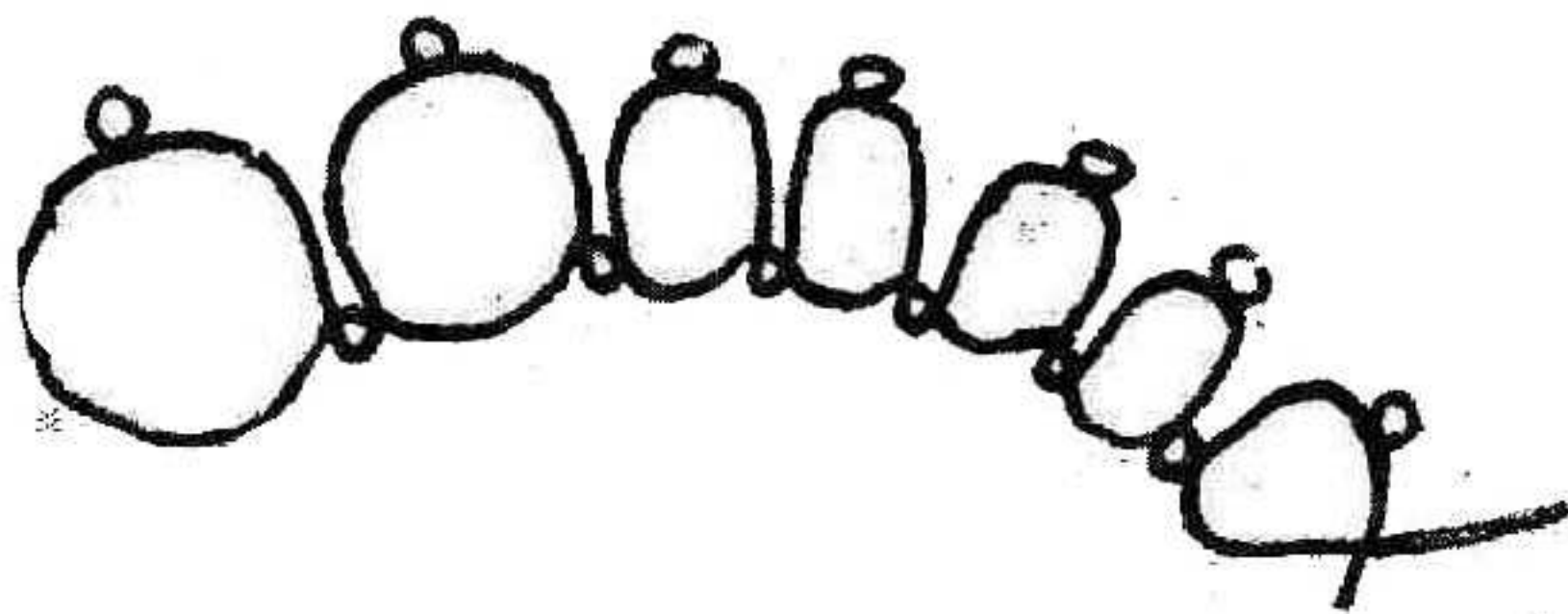


Fig. 2.—Ligadura de Hauptmeyer. Arco situado lingualmente

duras completas de la arcada, sobre todo en la ideada por nosotros, pues la unión de todos los dientes entre sí les da una notable solidez.

Estudiaremos a continuación ligeramente las ligaduras completas de la arcada más conocida por el momento, no

deteniéndonos en las ligaduras parciales porque, como hemos dicho, en el tratamiento de las fracturas, no deben ser empleadas y si acaso en circunstancias excepcionales.

Ligaduras interdientarias completas de la arcada.—
Ligadura de Ponroy. Se forma con alambre de 0,4 a 0,5 mm. adaptado a modo de férula a las superficies lingual y vestibular de los dientes, alambre que se une por sus extremos retorciéndolos. A través de los espacios interdentarios se pasan alambres blados de 0,3 de mm. que unan las dos porciones lingual y vestibular de manera que están situados como los peldaños de una escalera, sirve para adaptar e inmovilizar a los que actúan a modo de arco y su extremo se dobla para que haga las veces de asa de tracción, donde fijar los anillos de goma intermaxilares.

Cuando faltan algunos dientes en el sitio de la fractura, y al objeto de evitar el cabalgamiento de los fragmentos, es conveniente colocar un trozo de tubo de acero. Dentro de éste tubo pasan los alambres que actúan de férula, con lo cual se mantiene la distancia normal entre los fragmentos. Esta ligadura es de fácil ejecución y antes de las ligaduras continuas, que describiremos más adelante, eran las más usuales y con las que se obtenían excelentes resultados (ver fig. 1).

El Dr. Carol Montfort, en un documentado trabajo publicado en la revista "Anls, Esp. Odstomtlgía", describe la ligadura de Hauptmeyer y una de su propia invención comparando como veremos la construcción de las mismas.

Ligadura de Hauptmeyer.—Como puede apreciarse en la figura 2, confecciona la ligadura construyendo el arco de sostén adaptado a la superficie lingual de los dientes; y se forman las asas con una doblez practicada en los anillos en la parte más saliente de la cara vestibular.

Ligadura de Carol Montfort.—Similar ala anterior, se diferencia de la misma en la disposición del asa de sostén que la sitúa en la porción vestibular, y forma las asas de tracción frente a los espacios interdentarios en lugar de hacerlo en el centro de la cara vestibular de los dientes como la anterior (fig. 3). Con ello se facilita grandemente

la ejecución de la ligadura y se consiguen ciertas ventajas de orden práctico; en cuanto a la tolerancia y sostenimiento del tratamiento, tenemos entre las ventajas:

1) Como lleva el arco en el vestíbulo, se suprimen los codos que se forman al doblar el alambre sobre el arco cuando éste es lingual, y no se ha de cuidar de pasar por

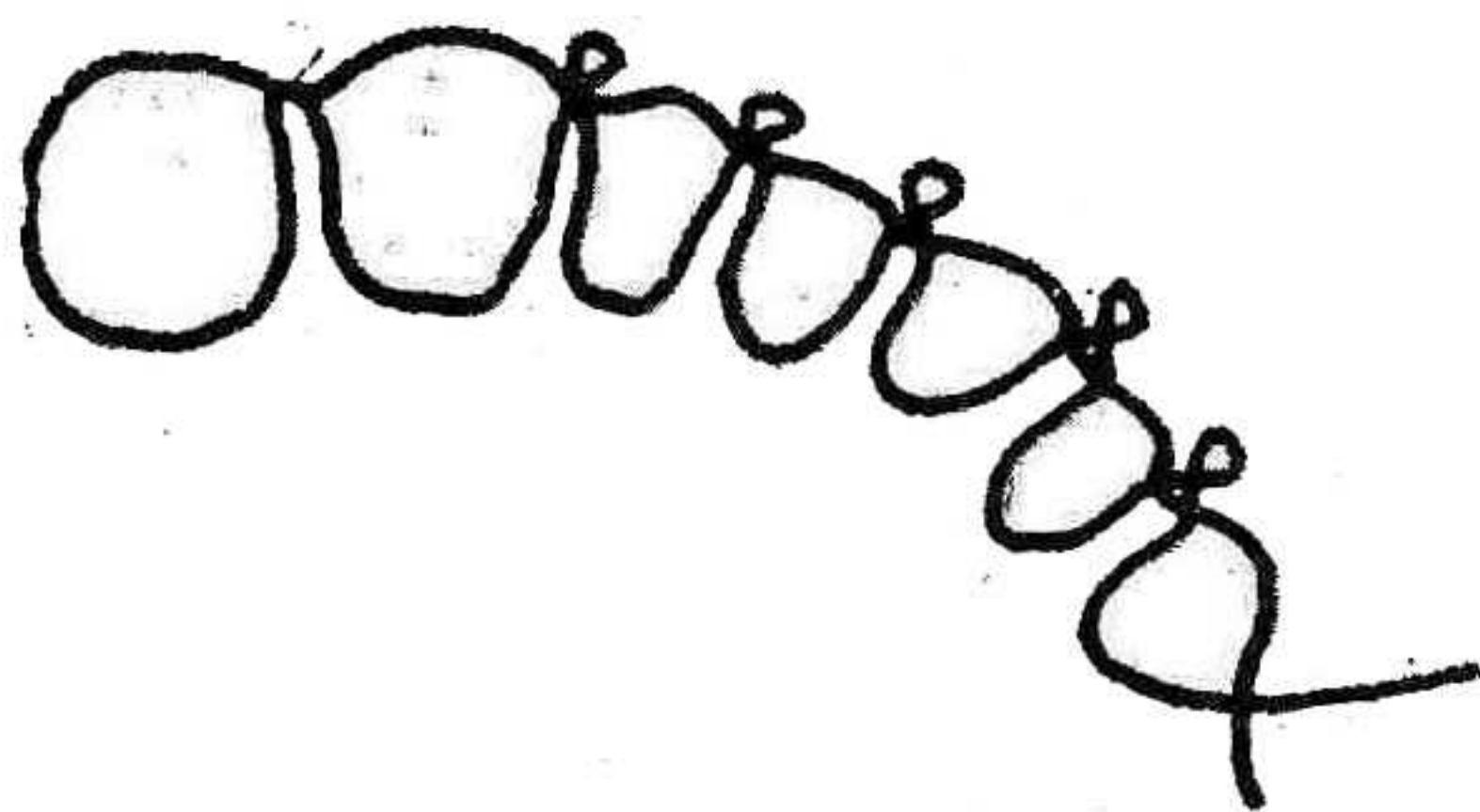


Fig. 3.—Ligadura de Carol Montfort. El arco de sostenimiento está situado vestibularmente. (Según Carol)

encima o por debajo del mismo los cabos del alambre en el interior de la cavidad bucal, maniobra que ocasiona más trabajo y es más dificultosa.

2) Suprimiendo el arco lingual se evita al mismo tiempo un doblez por cada anilla, reduciéndose por tanto a

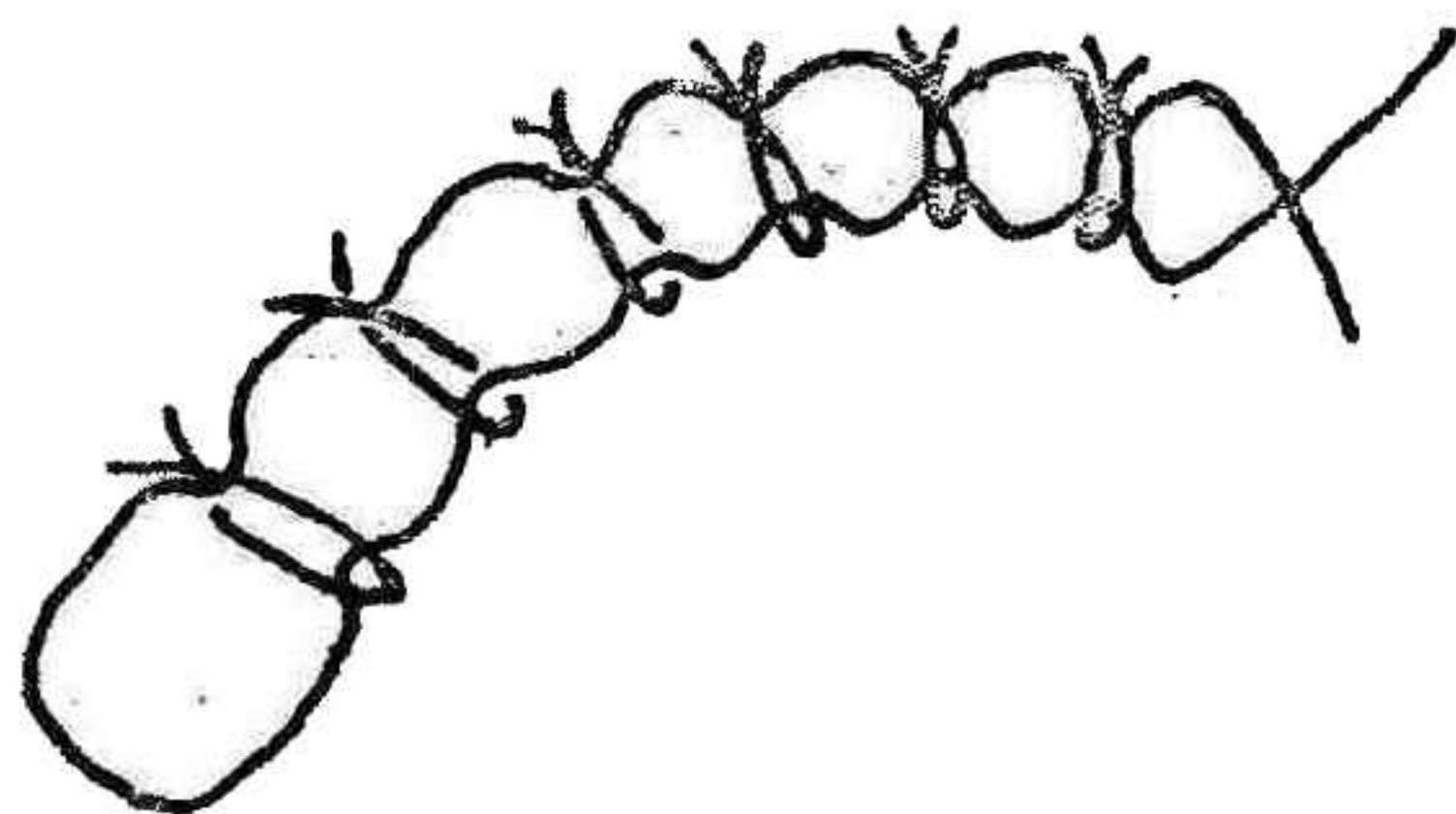


Fig. 4.—Ligadura del autor. Consta de un doble arco de sostenimiento, uno vestibular y otro lingual, asas de tracción a nivel de los espacios interdientarios

la mitad de los sitios frágiles donde el alambre se puede romper..

“Nuestra ligadura” conserva el principio fundamental de construirla con un solo alambre, tiene como veremos a continuación algunos puntos de contacto con todas

las ligaduras continuas ya descritas; sin embargo, a nuestro juicio tiene la ventaja sobre las mismas de que puede considerarse constituida por un arco vestibular y otro lingual, mientras que las citadas ligaduras continuas sólo constan de uno lingual en la de Hauptmeyer y vestibular en la de Carol Montfort.

La disposición de nuestra ligadura es a grandes rasgos la siguiente (fig. 4): Se adapta el alambre a la superficie lingual del diente, pasa por el espacio interdentario, rodea la pieza dentaria en sentido disto-mesial, se construye el asa de tracción a nivel del espacio interdentario, se introduce el alambre por dicho espacio, rodea el arco lingual y sale de nuevo por el espacio para introducirse entre el diente y la ligadura por la parte vestibular, se tensa entonces y queda terminada la primera ligadura dentaria, continuando de la misma forma con los dientes sucesivos. Si es necesario se puede tensar el conjunto retorciendo las asas de tracción en el sentido de las agujas del reloj en cuyo sentido habrán sido construídas.

Nuestra técnica tiene la ventaja de que si bien es ligeramente más trabajosa que la del Dr. Carol Montfort, dicho inconveniente queda compensado con creces por la solidez y fuerte fijación de la misma una vez colocada.

Comparada con la ligadura de Hauptmeyer, no tiene nuestra ligadura ninguno de sus inconvenientes, como son constar de un solo arco y tener sus asas de tracción en el centro de la cara vestibular, y en cambio el trabajo para colocar una y otra es aproximadamente el mismo.

Salta a la vista la ventaja que supone en nuestra técnica que la unión interdientaria quede afianzada tanto en la parte lingual como en la vestibular, mientras que en las técnicas anteriores, sólo se obtiene el afianzamiento en un lado, lo que puede ocasionar más fácilmente desplazamientos de los fragmentos fracturados. Sin embargo, hay que reconocer que la ligadura de Carol Montfort ha constituido un gran avance en el terreno de la traumatología maxilofacial y que comparando sus ventajas sobre la ligadura de

Hauptmeyer, hay que reconocer su superioridad sobre la misma.

Para la construcción de nuestra ligadura se tendrán en cuenta los siguientes principios generales: 1) Debe emplearse alambre de bronce fosforado o de acero wipia blando de 0,4 mm. 2) El doblado final de los cabos debe hacerse en la parte más fácilmente accesible, generalmente en la línea media vestibular de la arcada dentaria. 3) Se recorta el alambre necesario que suele ser unas cinco veces la extensión de la arcada por la superficie vestibular de los dientes que vayamos a utilizar. 4) El alambre al abrazar el arco lingual y al rodear la ligadura por la parte vestibular, debe hacerlo de manera que aplique la ligadura al cuello dentario, o sea que en la mandíbula inferior pasará por la parte superior para salir por debajo y a la inversa se hará en el maxilar superior. 5) En los puntos en que existen faltas dentarias o diastemas pronunciados, sobre todo en el foco de fractura, al objeto de evitar el cabalgamiento, se utilizan fragmentos de tubo de acero de longitud igual al diastema o espacio desdentado para conservar el espacio, introduciendo los extremos del alambre en el interior del tubo, con lo que éste queda bien fijado. Esto habrá que tenerlo en cuenta antes de iniciar la ligadura general.

Vamos a describir con algún detalle la técnica de nuestra ligadura, poniendo como ejemplo la "ligadura completa de toda la arcada inferior".

El alambre utilizado será de 0,4 mm. como hemos dicho. En general se necesita de 50 a 60 cm. para bloquear una arcada de dimensiones medias.

Primeramente igualaremos las dos porciones del alambre; para ello pasaremos sus extremos desde el vestíbulo a la cara lingual por el espacio interdentario correspondiente al segundo y tercer molares izquierdos. Tener en cuenta si en esta rama de la arcada hay alguna falta dentaria con vistas a introducir por el alambre el correspondiente tubito de acero. A continuación se pasa el alambre por entre el central y el lateral del mismo lado hacia el ves-

tíbulo, se introduce ahora por el espacio interdentario sito entre el incisivo central y lateral derechos hacia la parte lingual, para sacarlo de nuevo al vestíbulo por el espacio correspondiente al segundo y tercer molares inferiores derechos. Igualándose entonces la longitud del hilo en ambos cabos.

Se sujeta la intersección de los alambres como indica la figura en el lado derecho con una pinza de presión continua (Pean, Doyen, Kocher) y se comienzan los anillos

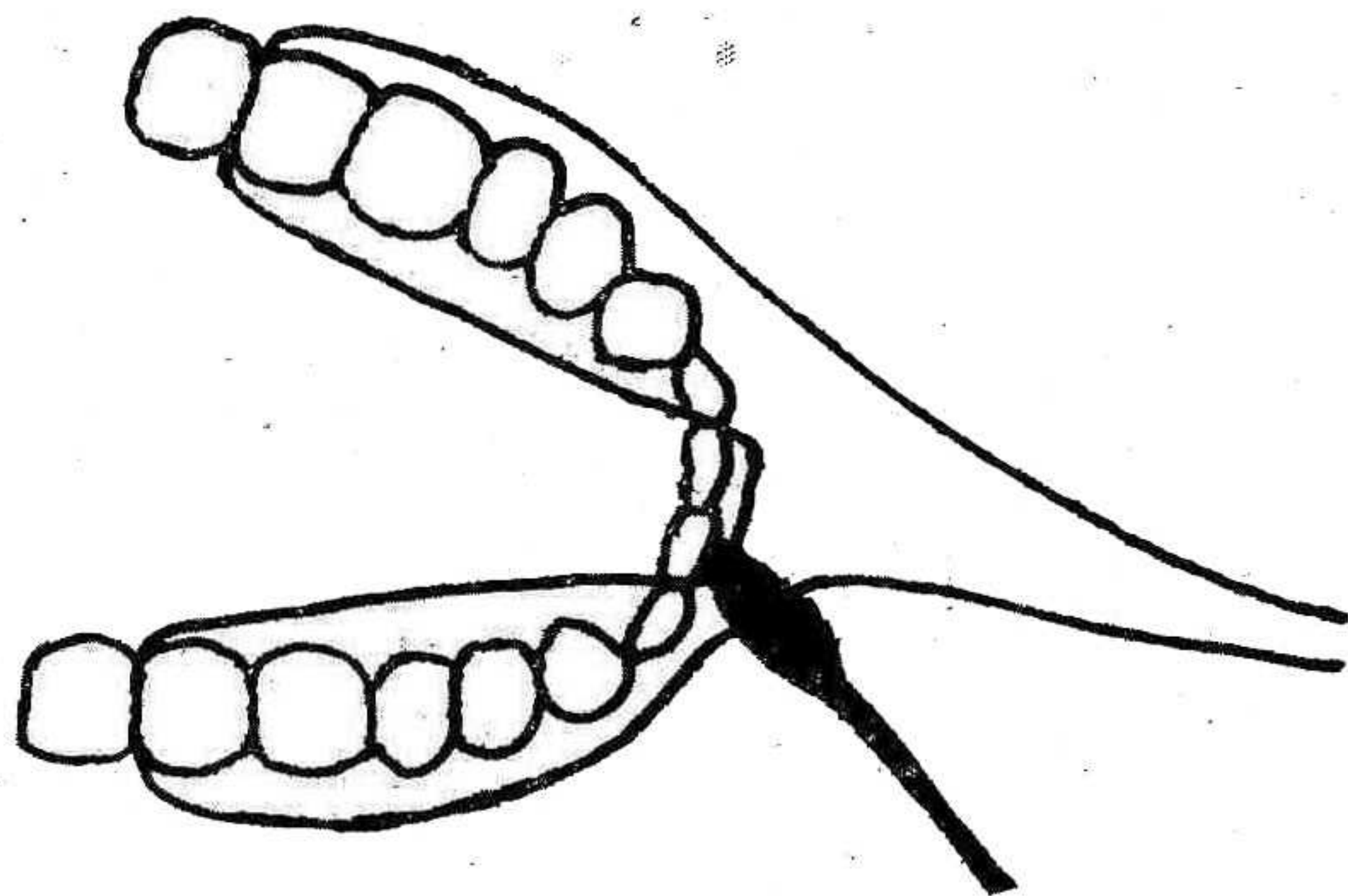


Fig. 5.—Sujeción de los alambres con una pinza de presión continua

o ligaduras del lado izquierdo. Se practica un asa de tracción a nivel del espacio interdentario correspondiente al segundo y tercer molares, en sentido de las agujas del reloj. Se introduce el alambre por el citado espacio en sentido lingual, se rodea el arco lingual de arriba a abajo (recordar que se trata de la arcada inferior) y se introduce de nuevo en el mismo espacio; antes de tensar la ligadura se mete el alambre por entre el diente y la ligadura en la parte vestibular, se tensa entonces y queda terminada la ligadura que rodea al segundo molar inferior izquierdo, continuándose en la misma forma hasta llegar a la línea media, comenzando a continuación la ligadura de la rama derecha de la arcada en la misma forma, y por último se unen ambos extremos del alambre en la porción vestibular de la línea media y si es necesario se tensa el conjunto

retorciendo lo preciso las asas de tracción para que toda la ligadura quede bien asegurada.

Al formarse las asas de tracción se facilita grandemente su ejecución por medio de un mandril cónico sobre el que se dobla el alambre al ejercer la tracción hacia la parte lingual.

Los pacientes soportan bien su aplicación y sólo alguna vez es necesario reajustar el conjunto tensando las asas de tracción, retorciendo las mismas lo necesario con un ganchito apropiado para ello.

A rededor de media hora o poco más es suficiente para realizar la ligadura completa de nuestra invención, tardándose menos como es natural si se hace parcialmente, lo que no es de aconsejar.

Los útiles necesarios son: Un rollo de alambre forforado o de acero blando de 0,4 mm.

Dos pinzas de presión continua.

Un mandril para formar las asas de tracción y para retorcer las mismas.

Un tubo de acero para los diastemas o espacios dentados.

Ectomatitis neumocócica, por CARL J. OCHS.

El autor afirma que no aparecen casos recogidos en la literatura sobre la aparición del neumococo en la boca. Así como en la faringe es corriente, en la boca puede disputarse de raro. Por ello, cree oportuno publicar su observación clínica. Esta se refiere a un niño de cinco semanas de edad, en el que apareció una estomatitis con localización en las mucosas bucales y con hallazgo microbiológico positivo para el neumococo tipo XIV. No se pudo demostrar este germen en ninguna de las personas que rodeaban al niño.

per The J. of Ped., St. Louis. Abri. 1946 (Act. Ped. España.).

PENICILINA Y NOMA

por el

Dr. M. Royo Montanés

Servicio de Medicina e Higiene Infantil. Clínica Pediátrica.
Tetuán (Marruecos). Director: M. Royo Montanés

EL Noma, o gangrena de la cara, no es afección tan rara en la infancia, que, como asevera R. Fischel, haya que concederle un interés histórico. Al compás de los progresos higiénicos y del ascenso del nivel de vida de los pueblos, indudablemente que se ha visto desaparecer esta gravísima enfermedad hasta el extremo de considerar como una rareza clínica su presentación; sin embargo, en medios humanos en que aquellos progresos no alcanzaron todavía el nivel apetecible, cual el en que nosotros trabajamos, podemos asegurar que se presenta con relativa frecuencia y que el interés de su tratamiento, en consecuencia, haya de continuar en proporción directa a la gravedad que le caracteriza.

Entre los varios casos vistos por nosotros durante los últimos cinco años, pudimos adquirir la convicción de la ineficacia de las diversas terapéuticas utilizadas: suero antigangrenoso, arsenicales, ácido nicotínico, cauterio, etc. Ciertamente que todos ellos presentaban lesiones gangrenosas muy pronunciadas, y que el estado general de los enfermitos estaba ya profundamente alterado; pero ello da también más valor al resultado obtenido en el tratamiento de nuestro último caso, en el que conseguimos la recuperación completa, o curación total del enfermito, niña mulsumana que se nos presentaba en las mismas condiciones que los anteriores. Su historia clínica es la siguiente:

Historia núm. 2.004.—E. B. F. R., cuatro años. Se presenta en la consulta acompañada por una mujer española que, al ver a la niña en tal estado, ha inducido a la madre a que se presente en nuestro Servicio. Estado general sensiblemente alterado, y nutritivo muy deficiente. Peso 8,220 kg.; talla, 83 cm. P. C., 50,5. P. T., 50 cm. P. A., 51 cm. Hace diez días que se inició el proceso bucal por el que concurre. No se puede precisar si, con anterioridad, existió algún otro proceso patológico y sí únicamente que, dada la indigencia de la familia, su alimentación era deficientísima, como lo refleja la pesada inicial. Presenta una escara saniosa, muy maloliente, que ocupa la comisura labial derecha y el labio superior hasta la proximidad del surco central. Sin solución de continuidad, y circundando a toda zona necrosada, se ofrece una zona de unos 2 cm. en que los tejidos aparecen infiltrados y edematosos, edema del que participa hasta el párpado inferior derecho.

Ingresada en la Clínica el día 13-IV-1946, se inicia inmediatamente el tratamiento, inyectándole intramuscularmente una primera dosis de 20.000 unidades de penicilina, y sucesivas, con intervalo regular de tres horas, de 10.000 unidades, hasta un total de 200.000 unidades, inyectando seguidamente otras 200.000, en dosis de 5.000, con el mismo intervalo de tres horas. Localmente, así como en toda la cavidad bucal, se le practican lavados con solución de permanganato potásico al 1 por 5.000, y desde el tercer día, ya eliminada la escara, se le hacen aplicaciones sobre la superficie denudada de polvos de tiazol.

Curso clínico.—La temperatura inicial, o sea, antes de la primera inyección de penicilina, que era de 38,6°, se hizo normal al día siguiente, manteniéndose con algunos ascensos subfebriles en los días consecutivos. A las veinticuatro horas de iniciarse el tratamiento se aprecia ya un cambio marcadísimo en el aspecto de la lesión: el rodete circundante y el edema han desaparecido casi por completo, quedando perfectamente limitada la zona escarificada. La escara se elimina por completo en el curso del segundo día, ofreciéndose los tejidos de la mejilla en todo su espesor y perímetro con aspecto sonrosado y limpios de sanies. Desde este momento el hedor que caracteriza a estas lesiones ha desaparecido, a pesar de que todavía se aprecia en el interior de la boca la cara externa de la región alveolar superior denudada y con aspecto sanioso. En estado general se modifica también favorablemente desde el primer momento. Durante las primeras veinticuatro horas apenas se logra hacerle ingerir pequeñas cantidades de leche con la taza de pico; desde el segundo día siente gran avidez por los alimentos, logrando desde el tercero una dietética completa introducida con el dispositivo señalado y colocando la cabeza en posición declive izquierda, ya que de otra forma fluye el alimento por el orificio creado al eliminarse la escara; de esta forma, y utilizando como vehículo leche, se le suministran diariamente 4 plátanos, 2 huevos, un litro de leche y 20 gotas vitamina A-D, inyectándole además diariamente 200 mg. de vitamina C y un compuesto hepático.

A los quince días la superficie desnuda está completamente epitelizada, quedando al obturar la boca un orificio, a través del cual se ve la superficie alveolar, y por el que fluye algo de saliva; sin embargo, la función masticatoria y de contención de alimentos sólidos va restableciéndose gradualmente. El día diecinueve de estancia en la Clínica se instaura bruscamente un cuadro asmático, con reacción febril, disnea, sibilancias y rudezas en ambos campos pulmonares, cuadro que remite en cuarenta y ocho horas con adrenalina y sulfatiazol. A los treinta días causa baja en muy buen estado y pudiendo efectuar casi completamente la función masticatoria, aunque fluye todavía pequeña cantidad de saliva en los momentos de mayor secreción. El peso en este momento era de 10.200 kg., con lo que, durante ese reducido espacio de treinta días, había aumentado en 2 kg.

Transcurrido un mes de causar baja en la Clínica, el 18 de julio, se presenta en la consulta, llamándonos la atención el que haya desaparecido totalmente el orificio lesional, quedando la boca completamente obturada y la comisura derecha desviada hacia arriba, cual si estuviese afectada de parálisis facial; al explorarla apreciamos la existencia de un tejido cicatricial de gran dureza, que le dificulta considerablemente la apertura de la boca, y junto a esto, al observar la boca, aun infectada, comprobamos la gran movilidad de los incisivos subyacentes, que nos permite extraerlos sin mayor molestia para la niña, y una zona del maxilar completamente desnuda, presintiendo ante ello la existencia de un secuestro, que pronto confirmamos y extraemos con la simple tracción ejercida sobre el mismo sujeto con una pinza. El secuestro corresponde al borde alveolar del maxilar, incluyéndose en el mismo tres alvéolos, y, por la parte superior, alcanza hasta una altura de 1,5 cm., quedando comprendida en el mismo la fosilla de los incisivos de la segunda dentición, junto al secuestro, y que todavía se halla en período de desarrollo. En el mismo consultorio se le practican todos los días colutorios con agua oxigenada, pudiendo considerarla curada a los ocho días, en que la cavidad bucal aparece limpia y epitelizada, quedando solamente en este momento la cicatriz señalada de tejido escleroso y retráctil, que dificulta levemente la apertura de la boca.

En el transcurso del primer semestre del año en curso, hemos visto otros dos casos de Noma en enfermitos que habíamos visto y tratado en la consulta en varias ocasiones. Uno de ellos, niña mulsumana:

Historia núm. 2.005.—R. B. M., de cinco años, quien venía siendo sometida desde hacía más de un año a tratamiento ambulatorio de un proceso osteomielítico del maxilar superior, que había ocasionado la pérdida de todas las piezas dentarias del lado derecho, y que, tras un período de

tiempo de varios meses sin volver por la consulta, se presenta de nuevo con el lado izquierdo del maxilar superior en las mismas condiciones que su homólogo se hallaba en meses anteriores: boca intensamente saniosa y piezas dentarias movilizadas. Pocos días después hizo su aparición una extensa placa gangrenosa que ocupaba la mejilla izquierda en su tercio superior, de forma redondeada y del tamaño de un duro, quedando indemne la comisura labial de dicho lado. La negativa de los familiares a dejarla hospitalizada nos privó del reconocimiento de su evolución.

El otro caso recayó sobre una niña española.

Historia núm. 2.011.—E. L. E., de dos años, quien un mes antes había concurrido a la consulta presentando un pequeño absceso del tamaño de un avellana en el borde izquierdo del maxilar inferior, bien limitado, adherido al hueso, sin reacción inflamatoria periférica, y con reacción ganglionar submaxilar pronunciada. Tales características nos permiten diagnosticarlo de absceso de origen óseo. Tras la dilatación del mismo con salida de pus cremoso, de apariencia estafilocócica, evoluciona con marcha tórpida, dejando de concurrir a la consulta hasta que se presenta de nuevo, transcurridos dos meses, con una extensa placa de gangrena en la mejilla del mismo lado, iniciada, según la madre, el día anterior, lo que juzgamos verosímil ante el aspecto de la lesión, de color verde plomizo, pero sin que se hayan producido todavía esfacelaciones. Mantoux al 1 por 100. A las cuarenta y ocho horas (—). La negativa de los familiares a hospitalizarla, cuando se disponía ya de penicilina para iniciar el tratamiento inmediato, nos privó igualmente de observar la respuesta a tal medicación. Falleció dos días después.

Presentamos estos dos casos, junto al que hemos descrito más detalladamente, como aportación a la influencia que en el desencadenamiento del proceso gangrenoso pueden tener las infecciones óseas localizadas en los maxilares, si bien, unidas éstas, a la ausencia de cuidados higiénicos y a las deficiencias nutritivas que siempre encontramos en estos niños. El año pasado asistimos, durante toda la evolución de su enfermedad, a una niña española, R. A. V., de ocho años (Hist. núm. 1.633), afectada de fiebre tifoidea en régimen hospitalario; durante la convalecencia hubimos de extirparle un secuestro del maxilar superior. ¿No hubiera sido esta enfermita una tributaria de gangrena nomatosa de no haber tenido los cuidados higiénicos y asistenciales que en cada momento reclama-

ba? Las enfermedades infecciosas agudas: sarampión, escarlatina, tifus y tos ferina, son las que en mayor grado, según Fischl, ocasionan durante su convalecencia el Noma, y, sin embargo, la estomatitis ulcerosa, según atestiguan varios autores, y nosotros podemos confirmar lo mismo ante numerosos casos vistos y tratados en nuestro servicio, con comprobación en todos ellos de la asociación fusoespirilar de Plaut-Vincent, en ningún caso se ha visto haya desencadenado tan grave proceso, a pesar de la persistencia desesperante en muchos de ellos de lesiones ulcerosas sobre la mucosa de las mejillas, con olor fétido semejante al que se produce en el Noma.

Tal vez sea en extremo pretencioso tratar de llegar a interpretar el verdadero mecanismo por el que se instaura el hecho gangrenoso en el Noma; pero, en esencia, no creemos exista una diferencia fundamental con el mecanismo por el que se establece la gangrena húmeda en el pie, pongamos como ejemplo, de localización más frecuente. Ante todo, pensamos en que el episodio vascular, la isquemia o anemia de un determinado sector, deberá ser el factor indispensable y fundamental para que tal hecho se desencadene y, posiblemente, todo estribe en determinar el origen focal de donde proceda el émbolo que anemice un determinado sector de la mejilla u otra región de la cara: mentoniana, labial o nasal.

Intensamente irritadas todas estas regiones, las diversas arterias que aportan su caudal sanguíneo: facial con sus ramas coronarias que se anastomosan entre sí, y rama terminal o del ala de la nariz anastomosándose con una de las ramas de la oftálmica, así como diversas ramas de la maxilar interna: dentaria inferior, maseterina, bucal y alveolar, y todas ellas junto con la arteria transversal de la cara originada en la temporal superficial, contribuyen a formar un tupido plexo arterial que, si bien con sus numerosas anastomosis podría contribuir a crear condiciones inmejorables para que en caso de agresión se restableciese la normalidad con su circulación colateral; pero también es cierto que aquella disposición en que el

bloque óseo maxilar está tan íntimamente unido en su sistema nutricio con los tejidos que le envuelven, facilitará el acceso o difusión de un foco séptico que radique primitivamente en la estructura ósea, originando émbolos sépticos que, al recaer sobre una arteriola terminal, crearán la anemia indispensable para que se origine la gangrena.

Todas las características de esta gangrena en el Noma ofrecen las peculiaridades de los procesos emboliformes: instauración brusca sobre una zona perfectamente delimitada desde su iniciación, persistencia y difusión, con carácter húmedo, de la zona destruída inicialmente y gravedad extrema por toxemia y probable septicemia. Pero este émbolo séptico difícilmente podemos concebirlo como de naturaleza bacteriana (Eberth) ante un Noma que se nos presente en el período final o en la convalecencia de una fiebre tifoidea, e igualmente ante todos aquellos otros casos que de un modo casi uniforme se presentan, precisamente durante la convalecencia de otras infecciones agudas. Sin embargo, podemos admitir y en nuestros tres últimos casos así lo hemos comprobado, la existencia primitiva de un foco osteomielítico o secuestriforme en el maxilar, que encontramos también, como acabamos de ver, en el caso de tifoidea, en el que tras la eliminación de tal secuestro, se restablece y cura la infección ósea, pero que de persistir, podrá crear las condiciones óptimas para la producción del émbolo que conduzca al Noma.

Junto a esto, debemos admitir como factores coadyuvantes en la producción del Noma, pero de carácter secundario, un conjunto de circunstancias que sistemáticamente podemos observar sobre todo niño afectado, y que podemos condensar en el conjunto de deficiencias higiénicas y alimenticias que, con carácter global, recaen sobre todos estos niños hiponutridos y sucios que, en un estado lamentable, acuden al consultorio.

Meta de nuestro trabajo es el dejar constancia del resultado terapéutico obtenido ante nuestro primer caso de

Noma tratado con penicilina. Iniciada esta terapéutica a los diez días de haber comenzado el proceso gangrenoso, y hallándose éste en fase progresiva evidente, cual lo demuestra la zona marginal interesantemente edematizada y el estado tóxico del niño, en tal forma que, por semejanza con otros casos asistidos habríamos de considerarlo como caso desahuciable, sin embargo, asistimos desde las primeras horas al cambio definitivo hacia la curación del hecho séptico, que nos permitirá seguidamente acudir a reparar todas las deficiencias higiénicas y alimenticias e incluso las plásticas coexistentes y consiguientes.

* * *

En este punto de nuestro trabajo tenemos ocasión de hospitalizar un nuevo caso, que queremos recoger también aquí con sus características clínicas y terapéuticas.

Se trata del niño musulmán M. B. M. L., de ocho años (Hist. clínica número 2.073). Presenta en el momento de su ingreso amplias lesiones de Noma localizadas en el labio inferior, y que se extienden hasta el mentón y borde inferior del maxilar inferior izquierdo; alteración profunda del estado general, desnutrición avanzada y estado profundamente tóxico, que hacen presumir un fatal desenlace en momento próximo. Hace once días que se inició el proceso. La Dra. DEL MONTE, que nos sustituye en ese momento, y que es quien hace el ingreso, siguiendo la pauta terapéutica del caso anteriormente enseñado, solicita 100.000 unidades de penicilina, esperando no habría lugar a utilizar más cantidad ante el juicio pronóstico que la extensión del mal le permite formular. Pero, casi sorprendida, puede observar en su visita del día siguiente que ha cambiado sensiblemente el cuadro clínico: existe una marcada tendencia a la limitación del proceso; se ha eliminado parcialmente el tejido esfacelado, apareciendo ya algunas zonas del rodete marginal limpias y sonrosadas; ha desaparecido el edema de toda la región circundante y el sensorio se halla sensiblemente mejorado. Continúa durante los días sucesivos el curso favorable iniciado a la vez que la terapéutica penicilínica, y en seis días queda la normalidad, en cuanto se refiere al hecho gangrenoso, completamente restablecida. En este momento, tras una primera inyección intramuscular de 20.000 unidades, se le habían inyectado 40.000 unidades en dosis sucesivas de 10.000 unidades, con intervalos de tres horas.

Al hacernos cargo nuevamente del Servicio, este niño nos ofrece el cuadro impresionante de su cara esencialmente destrozada por la extensa

gangrena ya curada: desde la comisura labial derecha hasta la proximidad de la otra comisura en el labio inferior, queda un amplio espacio que se extiende hasta el centro de la mejilla derecha y hasta el borde inferior del maxilar en sus dos tercios anteriores de la rama derecha, a través de cual quedan al descubierto la superficie externa del maxilar, completamente denudada y ausente de pericostio en toda la extensión descubierta y todas las estructuras bucales que se corresponden con dicha región. El estado general y nutritivo del niño permanece sensiblemente malo; la alimentación sólo puede efectuarse con muchas dificultades, y en todo momento con acusadas pérdidas de saliva, que fuye por la puerta abierta permanentemente a consecuencia de la pérdida de tejidos. El hemograma obtenido en este momento es el siguiente: Hm., 3.100.000 Hg., 70 por 100. Leucocitos, 1.400. Met. bastonados, 1 Segmentados, 47. Linfocitos, 25 y monocitos, 7. Peso 15 kg. Talla, 1,01 m. P. C., 0,53 m. P. T., 0,56 m. P. A., 0,575 m.

Pero lo que queremos hacer resaltar también en este caso es la pérdida de sustancia ósea que podemos apreciar existe en el maxilar inferior a nivel del punto que pudiera ser el centro y el foco de origen de la lesión gangrenosa, según la patogenia que atribuímos anteriormente.

A nivel del borde alveolar se produjo ya en este momento la expulsión de un sequestro, que comprende los alvéolos del canino inferior izquierdo y de los dos incisivos contiguos, quedando al descubierto sobre la superficie de desprendimiento del sequestro las celdas conteniendo los incisivos permanentes, que quedan también visualizados, y la raíz anterior del primer premolar; esa superficie de desprendimiento adopta la forma en bisel, y su límite inferior alcanza la línea media de la cara externa de dicho maxilar. Con ello no tenemos que decir que queda agravado en este caso el problema de contención de alimentos líquidos y de la saliva, puesto que tan portillo sobre el maxilar queda por debajo del nivel del suelo de la boca.

Este niño continúa hospitalizado en expectativa de dar solución al tremendo problema creado con tan extensa pérdida de tejidos, y en el momento que trazamos estas líneas, al mes y medio de su ingreso, se ha recuperado considerablemente en su estado nutritivo, habiendo aumentado 2 kg. de peso, y su hemograma actual es como sigue. Hm., 3.040.000. Hg. 65 por 100. Leucocitos, 12.000. Eosinófilos, 2. Bastonados, 5 Segmentados, 59. Linfocitos, 17. Monocitos, 7, con lo que la leucopenia alarmante que podemos apreciar en el primer hemograma ha desaparecido, habiendo sido objeto durante este tiempo, aparte del tratamiento general y dietético, de la acción intensiva de pentanucleótidos inyectados intramuscularmente en la proporción de 70 cctg. diarios.

Las escasas referencias bibliográficas que hallamos sobre penicilinoterapia ante el Noma no nos han permitido obtener ningún dato positivo sobre sus resultados. Carde-

Ile y Ducassi, posiblemente ante el fracaso al que hacen referencia de dos casos de Noma tratados con penicilina, no se deciden a utilizarla ante un caso de Noma simultáneo de boca, vulva y ano, llegando con terapéutica arsenical y complementaria a obtener la curación. M. B. Marks trata en los últimos años afecciones bucales infantiles, cuales aftas, estomatitis de Plaut-Vincent y estomatitis herpéticas con penicilina, obteniendo resultados satisfactorios. En la recopilación que hace J. M. Albores en su trabajo de conjunto sobre penicilina en Pediatría, no se recoge todavía caso alguno en que esta grave afección haya sido objeto de tratamiento penicilínico.

Pero desde que McIntosh y Selbie pudieron comprobar el efecto de la penicilina sobre los *Clostridium Welchii* operando sobre ratones, se impuso esta medicación en el tratamiento de las afecciones producidas por anaerobios y, en tal sentido, estos mismos autores llevan a la clínica el resultado de sus experiencias sobre animales, llegando a la conclusión de que la penicilina es el fármaco más activo contra el *Cl. Welchii* y el *Cl. Edoematiens*.

McLennan y McFarlane consiguen igualmente buenos resultados ante la gangrena gaseosa, e igualmente comunican sus efectos beneficiosos Pulvertaft ante las heridas de guerra.

R. Buxton y R. Kurman, basándose en la acción positiva de la penicilina sobre el género *Clostridium*, inician la terapéutica del tétanos con tal medicación, consiguiendo la curación de dos casos, asociando en uno de ellos la penicilina con sulfodiazina y en ambos con sedantes.

Nosotros recogemos aquí dos casos, los únicos de Noma que hemos sometido a este tratamiento con exclusión de todo otro específico antibacteriano, y sus resultado no ha podido ser más satisfactorio, ya que ha conducido a la total curación del hecho gangrenoso, y desde las primeras horas a la completa limitación del proceso. Ciertamente que la limitación del número no nos permite establecer conclusiones definitivas sobre el valor que podríamos atribuir a ese 100 por 100 de curaciones, y, sin em-

bargo, las características de ambos casos, con diez y once días de existencia de la gangrena y con profundas alteraciones locales y generales recayendo sobre organismos en verdadera ruina de sus capacidades vitales, nos hacen concebir la firme esperanza de que en lo sucesivo, y con la posibilidad terapéutica de la penicilina, el Noma habrá dejado de ser ya la enfermedad terrible ante la que el médico, sintiéndose impotente por la persistencia de sus fracasos anteriores, había de actuar para consolar su pesimismo.

Junto a estos dos casos nuestros, tenemos noticia oral indirecta de otro, también curado, y éste en su fase inicial, sin haber llegado a la fase perforativa, o sea, a la destrucción de todos los planos de la mejilla, consiguiéndose, por lo tanto, soslayar el problema plástico que en los casos anteriores se crea como consecuencia del hecho gangrenoso. Desconocidas las particularidades del caso, que podrá ser objeto de comunicación por parte del médico que lo ha tratado, queremos, no obstante, registrar aquí la transcendencia de tal hecho, que nos habla de la absoluta preferencia que en lo sucesivo habrá que dar a este recurso terapéutico si queremos evitar también las terribles consecuencias de unas destrucciones que afectan tan esencialmente al fisiologismo de la función masticatoria.

En el enfermito de la historia número 2.073 se da, independientemente del hecho gangrenoso, pero coexistiendo fortuitamente con él, una particularidad que queremos dejar registrada aquí, por la enseñanza que en relación con la terapéutica penicilínica se deriva.

A las veinticuatro horas de iniciarse la aplicación de este antibiótico, y cuando ya se apreciaban claramente los efectos beneficiosos sobre las lesiones gangrenosas, sorprende la aparición de intensa reacción febril que, con carácter remitente cotidiano se mantiene en los días sucesivos. La toma de una gota gruesa nos pone en evidencia que tal reacción febril era mantenida por la existencia de una invasión de hematozoarios tipo *P. Vivax*. Esta infección palúdica no fué objeto de tratamiento específico

hasta seis días después de haberse iniciado el tratamiento penicilínico. En ese momento se le inyectó quinina y, por vía oral, se le administró Atepé, remitiendo al día siguiente la fiebre para no reaparecer de nuevo. Así, pues, durante los seis días que se estuvo inyectando penicilina, el ciclo evolutivo del plasmodio se efectuó con absoluta normalidad, traducida en la periodicidad del acceso febril, e indiferente a la presencia en el medio hemático de la penicilina, que tan favorablemente actuaba sobre la gangrena.

Resumen

Se estudian dos casos de Noma en períodos avanzados de su evolución, y con lesiones destructivas muy extensas, tratados con 400.000 unidades de penicilina cada uno, con resultado plenamente satisfactorio. La confirmación en ambos casos de lesiones secuestrales en el maxilar, y el origen óseo cierto de otros dos casos de Noma intratados, dan base para establecer una teoría patogénica del hecho gangrenoso, que tendría su punto de origen en tales lesiones óseas de naturaleza diversa.

La coexistencia de infección palúdica en fase de actividad durante el tratamiento penicilínico de uno de los casos permite observar el efecto nulo del antibiótico sobre el *P. Vivax*.

(*per Rev. Clín. Española.*, XXIV, 4, 273.)

BIBLIOGRAFIA

- R. FISCHL.—*Trat. Enf. de la Inf.* PFAUNDLER y SCHLOSSMANN, T. III, p. 24, 1933.
- G. CARDELLE y F. DUCASI.—*Bol. Soc. Cub. de Ped.* Julio, 1945. Ref. *Acta Ped. Esp.*, 39, 435, 1945.
- M. B. MAKΣ.—*Journ. Pediat.* Junio 1945. Ref. *Acta. Ped. Esp.*, 36, 1371, 1945.
- J. M. ALBORES.—*Arch. Arg. de Ped.*, 34, 6, 1945. Ref. *Acta. Ped.*, 43, 1065.
- McINTOSH y SELBIE.—*Lancet*, 2, 750, 1942.
- McINTOSH y SELBIE.—*Lancet*, 26, Junio 1943. Ref. *Rev. Clín. Esp.*, 14, 286, 1944.
- McLENNAN y MCFARLANE.—*Brit. Med. J.*, 4350, 20 mayo 1944. Ref. *Revista. Clín. Esp.*, 17, 303, 1945.
- R. J. PULVERTAFT.—*Lancet*, 6264, 245, 1943. Ref. *Rev. Clín. Esp.*, 15, 309, 1944.
- R. BUXTON y R. KURMAN.—*Journ. Am. Med. As.*, 126, 18, 1944. Ref. *Revista. Clín. Esp.*, 21, 272, 1946.

LA FISICA ATOMICA EN MEDICINA

por

R. M. B.

LAS posibilidades para la utilización pacífica de la física atómica en el campo de la Medicina superan a todo lo imaginable. Cuando el hombre controle eficazmente los aspectos destructivos de la energía atómica, creen los hombres de ciencia que la era atómica se caracterizará probablemente por incalculables progresos y beneficios para la humanidad en la esfera de la salud y el bienestar.

La aplicación de la física atómica a la Medicina no es nueva, ya que se inició con el descubrimiento de Henri Becquerel, en 1896, de las propiedades radiactivas del uranio y con el descubrimiento del radio en 1898 por Pierre y Marie Curie. Las consecuencias biológicas de las radiaciones fueron pronto conocidas por las lesiones consecutivas al manejo de estos materiales, y sus características destructivas de las células se aplicaron con resultados beneficiosos al tratamiento de tumores malignos, tales como el cáncer.

El siguiente paso importante en la utilización de la energía atómica por la Medicina se produjo en 1934, cuando Irene Curie y Frederic Joliot descubrieron que los metales ligeros podían hacerse radiactivos por medios artificiales, abriendo así un campo enteramente nuevo para el tratamiento y la investigación, limitado, sin embargo, por las dificultades técnicas y el enorme coste de producir estos isótopos radiactivos en ciclotrones. Pero ahora, las mismas técnicas que permitieron la fabricación de bombas atómicas han hecho que pueda disponerse de estos materiales en gran abundancia.

Las pilas de reacción en cadena, utilizadas en el proceso de la fabricación de bombas, originan muchos tipos de isótopos radiactivos como subproductos de la escisión nuclear; otras clases de materiales radiactivos pueden crearse exponiendo elementos inactivos a la radiación dentro de la pila, convirtiéndolos así en elementos radiactivos para su utilización en Medicina.

Las limitaciones técnicas aun dificultan la producción de isótopos en cantidad suficiente para satisfacer las demandas previstas; pero es muy probable que lleguen por fin a constituirse pilas especialmente proyectadas para esta finalidad.

Los numerosos experimentos realizados en años recientes por los hombres de ciencia norteamericanos han demostrado que los isótopos radiactivos pueden utilizarse como medios auxiliares analíticos para la investigación y en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Un isótopo es un elemento que difiere del elemento básico en su peso atómico, pero no en sus propiedades químicas o biológicas; un isótopo radiactivo es un isótopo que, además de diferir en el peso atómico, es esencialmente inestable, descomponiéndose con una emisión de rayos que delatan su presencia a ciertos detectores sensibles, como el electrómetro y el contador de Geiger-Müller. El descubrimiento de los isótopos inactivos estables, que difieren de sus elementos gemelos sólo en el peso, requiere complicadas técnicas ponderales, mientras que los isótopos radiactivos pueden ser fácilmente descubiertos e incluso identificados con toda exactitud, ya que cada uno tiene su propio y único tipo específico de radiación.

Esta sensibilidad y facilidad de descubrimiento hacen posibles investigaciones que no pueden realizarse de ninguna otra manera. El análisis radiométrico puede ser de inestimable valor para el estudio de reacciones entre sustancias diversas cuando la reacción misma es tan pequeña que desafía los métodos ordinarios de medida o cuando las cantidades de material que pueden utilizarse están limi-

tadas por diversas circunstancias. Por ejemplo, los procesos bioquímicos y metabólicos en el hombre son de interés vital, pero su estudio es sumamente difícil en condiciones normales. El uso de materiales suficientes para permitir el análisis por medios químicos podría causar la muerte del organismo vivo; pero cantidades muy pequeñas de un isótopo radiactivo del mismo material pueden ser introducidas en el organismo sin riesgo y descubiertas con facilidad.

Como los isótopos radiactivos son químicamente idénticos a los elementos estables, pueden sintetizarse compuestos de materiales ordinarios y radiactivos para formar "moléculas marcadas", cuyo paso a través del organismo puede seguirse en todo momento con exactitud. Esta técnica ha sido utilizada ya con muy buenos resultados.

Los hombres de ciencia de los Estados Unidos han sintetizado recientemente vitamina B₁, cuyas moléculas contienen algunos elementos radiactivos, y el estudio del metabolismo de estas moléculas marcadas ha conducido al descubrimiento de que el 10 por 100 del contenido total de vitamina B₁ del organismo se utiliza cada veinticuatro horas. Esto puede tener importantes consecuencias por lo que se refiere a la dosis de vitamina B₁ y también de otras vitaminas cuyos procesos metabólicos pueden estudiarse por medios análogos.

Se espera que la introducción de azufre radiactivo en los compuestos sulfamídicos aclare considerablemente la forma en que estos medicamentos combaten las enfermedades dentro del organismo, y tipos similares de investigación con otras sustancias prometen importantes progresos en farmacología.

Se espera que el uso de hierro radiactivo permita realizar importantes descubrimientos respecto a la producción de sangre en el organismo humano. El empleo de calcio y estroncio radiactivos puede contribuir a explicar la fisiología de la lactancia y de la formación de los huesos, y el cinc radiactivo está siendo utilizado para investigaciones

en el problema del metabolismo de la insulina y del funcionamiento del páncreas.

El carbono es sólo uno de los muchos elementos que componen la materia, pero es de fundamental interés e importancia, porque toda la energía del hombre y prácticamente todos sus componentes estructurales y funcionales proceden del sol a través de un proceso sintético que se realiza en las plantas y en el que interviene el carbono. Este proceso, conocido como fotosíntesis, y el inverso—la utilización de los hidratos de carbono en los animales—contienen quizá la clave del misterio de la vida misma. Nadie puede prever si el hombre llegará a comprender alguna vez por completo este proceso, pero el uso del carbono “marcado” desempeñará un papel vital en su investigación del fenómeno. Un isótopo radiactivo duradero del carbono, el llamado carbono 14 puede producirse en el ciclotrón; pero incluso una pequeña pila atómica de reacción en cadena puede producir mil veces más carbono 14 que el ciclotrón. Según el doctor Waldo E. Cohn, jefe de la Sección de Radioisótopos del Laboratorio Clinto, de Oak Ridge, la importancia de una gran producción continua de carbono 14 justificaría por sí sola la existencia y funcionamiento de pilas de reacción en cadena, y cree que se halla dentro de las posibilidades el que los “descubrimientos realizados en investigaciones con carbono 14 sean tan importantes y de tan largo alcance como el descubrimiento de la escisión nuclear misma”.

La radiactividad artificial tiene también posibles usos como sucedáneo del radio, el radón y los rayos X en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, todavía se tiene poca experiencia con esta clase de tratamiento, porque la producción económica de isótopos radiactivos en cantidad suficiente para justificar su empleo no ha hecho más que comenzar.

La radiografía es otro ejemplo de la utilidad de los isótopos radioactivos en el análisis y el diagnóstico. Si un material que ha absorbido y contiene en su interior algún ele-

mento radioactivo se coloca sobre una placa fotográfica, los elementos en desintegración impresionan la placa y se fotografían a sí mismos. Esto ha resultado de gran valor para determinar la localización exacta de un elemento dado en una estructura compleja y probablemente conducirá a información más precisa acerca de las funciones específicas de las estructuras tisulares.

El doctor C. P. Rhoads, director del Instituto Sloane-Ketterin para Investigaciones del Cáncer, y el doctor A. K. Solomon, de la Universidad de Harvard, han facilitado a la Comisión de Energía Atómica de las Naciones Unidas amplia información referente a útiles aplicaciones terapéuticas de las sustancias radiactivas, a las que se ha llegado como consecuencia de extensas investigaciones realizadas en años recientes en los Estados Unidos.

Dos isótopos radiactivos han demostrado ya su valor en el tratamiento de enfermedades: el yodo y el fósforo radiactivo. El yodo ha resultado notablemente eficaz en el tratamiento de hipertiroidismo, y el fósforo en el tratamiento de la policitemia vera, un trastorno debido a una producción anormal de glóbulos rojos, que produce espesamiento de la sangre e impide su libre circulación a través de los capilares.

Cuando se introduce en el organismo, el yodo es absorbido selectivamente por el tiroideo y el fósforo por los tejidos que intervienen en la formación de la sangre. Estas propiedades del yodo y el fósforo han despertado la esperanza de que puedan resultar eficaces, por una parte, en el tratamiento del cáncer del tiroides, y por la otra, en el tratamiento de la leucemia, una forma de multiplicación maligna de los glóbulos blancos de la sangre. Aunque se ha observado que tanto el yodo como el fósforo radiactivo ejercen efectos paliativos sobre estos tipos de cáncer, no se han registrado todavía curaciones definitivas. En el caso de la leucemia, sin embargo, se ha comprobado que el tratamiento con P-32 (fósforo radiactivo) produce

menos efectos secundarios indeseables que el tratamiento con rayos X, aunque no prolonga la vida por más tiempo.

El empleo del calcio y estroncio radiactivos en el tratamiento de los tumores óseos ha resultado hasta ahora desalentador. Sin embargo no ha sido posible realizar amplias investigaciones a causa de las limitadas cantidades de material radiactivo disponible.

El Gobierno de los Estados Unidos ha adaptado ya la pila de reacción en cadena de Oak Ridge (Tennessee), para la producción de subproductos radiactivos que serán facilitados para fines de investigación. Esta fábrica está produciendo actualmente los isótopos más solicitados, tales como carbono, azufre, fósforo y yodo; pero se calcula que finalmente podrán facilitarse a precios razonables unos 100 tipos diferentes de radioisótopos. El primer envío de material radiactivo a varias universidades norteamericanas se hizo en agosto de 1946.

Se espera que la mayor parte de la producción de materiales radiactivos se destinará a proyectos científicos fundamentales, y el estudio de la acción de las radiaciones sobre la sustancia inorgánica y orgánica y sobre los tejidos vivos desempeña un papel lo suficiente importante para justificar la producción continuada en gran escala de elementos radiactivos para este fin. Ya se han realizado grandes avances en sólo doce años de investigaciones limitadas; nadie puede prever qué descubrimientos vitales podrán hacerse cuando se cuente con cantidades adecuadas de estos nuevos y valiosos instrumentos científicos.

(per. "L. Cas. del Médico." 75., 1947.)

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, 36

Agosto

Editorial

1947

ESTÉTICA DE LA RESTAURACIÓN

616-314:7

Nada puede resultar más difícil que definir la belleza. Para Platón se necesita que la cosa que se pretende bella sea verdadera, mientras que para Aristóteles y Kant que sea perfecta. Pero recordando a Santo Tomás, diríamos que belleza es la propiedad de las cosas de infundirnos deleite espiritual.

Para proporcionarnos este deleite espiritual dispondría el entendimiento de un conjunto de medios con que imitar a la naturaleza, cuya facultad de producir estas obras bellas sería arte. Mas si esta imitación se redujera a la fría o mecanizada reproducción, sin discernimiento entre lo bueno y lo malo, o lo bonito y lo feo, no sería arte (Hegel). Arte solo habría en aquellas expresiones en las que la formada y acañorada mente del artista hubiera puesto en juego todas sus potencias. No es posible, pues, armonizar el arte con la copia servil, sino que lo delicado estará en la acertada selección y armonía de los elementos que la naturaleza puede proporcionarnos.

Hegel interpreta el arte como el fin destinado a comprender y representar lo real como verdadero, es decir, su conformidad con la idea. Al intentar pues restaurar una arcada dentaria su ordenación fría y rutinaria representaría un grosero antagonismo con el fin pretendido: "el arte del protesista estriba en disimular su arte". Claro que en Prostodoncia, como en cualquier otra manifestación de arte, se nos podría argüir no ya sobre el concepto o la filosofía de lo bello, sino más específicamente sobre el tipo o mínimo de necesaria o imprescindible sensibilidad interpretativa.

Es cierto que lo bello debe ser bello para todo hombre racional, pero esta afirmación poco menos que implica el concepto absoluto, dimanante únicamente de Dios. Es decir, que hemos de reconocer nuestra obra como relativa y por lo tanto siempre como expresión no solo de inferioridad, sino inferior. Del hombre depende, sin embargo, como dice Hegel, el que en su imitación quede seducido por lo bello, por su obra, y al hacer precisamente esta selección crea belleza.

La misión del prostodoncista al restaurar una arcada resulta eminentemente estética. Su obra no es la habilidad técnica que podría-

mos adjudicar al obrero protésico, sino la observación o intuición psicológica, facultad que nos hace percibir peculiaridades de la personalidad del enfermo, sus caracteres somáticos o nos evidencia los conocimientos filo o heterogenéticos de los seres vivos, y de los dientes consecuentemente, extremos que sólo el médico especialista, y con sensibilidad artística además, sabrá conjugar.

Al restaurar parcialmente una arcada se nos plantean los mismos problemas que el artista siente ante su fantasía. Como expresión del entendimiento humana tiene pues sus reglas, no las rígidas de la mecánica, repetimos, sino las interpretadas por la delicadeza del espíritu cultivado. Podrá el genio independizarse más o menos de estas normas, pero ellas han de servirnos, por lo menos didácticamente, de precepto. Efectivamente el Protesista está obligado a mantener un orden, bien es cierto que orden que no se percibe como impuesto en cada momento, por eso es precisamente orden, y, además, por su absoluta aceptación por naturaleza.

El Protesista se expresará en este orden, íntegramente y con claridad, sin subterfugio, armonizando las partes de modo que exista proporción en su forma y color con aquello con lo que fué concebido, proporcionando, por lo menos al autor, suave deleite. No es necesario, pues, que esta conseguida complacencia se sepa atribuir, por el extraño, a la cosa o circunstancia determinante, para que la obra bella esté creada.

La patente contradicción de una obra con estas exigencias, nos explica el porqué existen todavía esos monstruosos antagonismos cronorítmicos entre la cosa y el sujeto, es decir, la restauración y el enfermo.

Si pues la obra restauradora ha de ser real, lo más importante es su disposición o naturalidad. Si sabemos, por otro lado, que sólo la belleza Divina es perfecta esta naturalidad la podremos conseguir con la combinación o armonía de los elementos imperfectos o naturales en el hombre, que en esta selección, precisamente, ha de consistir nuestro arte. Esta conjugación de elementos heterogéneos puede y debe darnos la armonía en su más amplia acepción, es decir la morfológica y cromática como conjunto eurítmicocrónico. La manipulación de tan diversos y heterogéneos elementos, para la obtención de la unidad, con la amplia libertad a que el sentimiento artístico autoriza, la llamó Sáenz de Pipaón, paradójicamente, desarmonías armónicas.

Con estas "desarmonías" puede el protesista equilibrar artísticamente una boca. Sabemos sí que la preceptiva en Arte nos dicta que dos elementos bellos, al unificarse, pueden en su antagonismo dar lugar a una obra desarmonica, fea, mas podemos, sin embargo, en este juego, aunque peligroso, disponer de elementos para que el espíritu artístico haga su obra real

GALERIA DE PREMIOS NOBEL

ALFRED NOBEL

Pertenece a los rasgos característicos de Nóbel el silencio sobre sí mismo. Una vez que su hermano le requirió para que escribiera su biografía, se negó a ello, con la observación sarcástica de que sólo podría dar de sí mismo una filiación personal. He aquí su transcripción:

“ALFRED NOBEL.—Miserable mediavida; debiera haber sido muerto por un médico humanitario cuando, berreando, hice mi entrada en la vida.

Grandes méritos: Mantener las uñas limpias y no ser una carga para nadie.

Grandes defectos: No tener familia, no tener buen humor y no tener buen estómago.

Mayor y único deseo: No ser enterrado vivo.

Mayor pecado: No adorar el dinero.

Sucesos importante en su vida: Ninguno.”

Alfred Bernhard Nóbel nació el 21 de octubre de 1833 en Estocolmo. La familia se trasladó ya en 1842 a San Petersburgo, donde la educación de Alfred fué confiada a un maestro privado muy apto. Su formación de ingeniero requirió también viajes repetidos, que se extendieron hasta América. Por excesos de estudio, y por su constitución débil, sufría de varias dolencias, y en 1854 tuvo que seguir una cura de baños en Frazensbad. Desde 1863 en adelante vivió con sus padres en Estocolmo.

Muy pronto se ocupó de la nitroglicerina, de descubrimiento reciente; en 1862 ya consiguió el provocar la explosión bajo agua de una mezcla de pólvora y de nitroglicerina. Una pequeña desavenencia con el padre, que se consideraba el descubridor de la mezcla, fué prontamente resuelta, y la patente se inscribió a nombre del hijo.

El nuevo explosivo se puso a la venta entonces en la fábrica del padre, en Heleneborg, hasta que el 3 de septiembre de 1864 se originó una terrible calástrofe: voló la fábrica, perdiendo la vida varias personas, entre ellas el hermano menor de Alfred; se quebró la fuerza del padre, amenazando hundirse toda la empresa. Alfred intervino, salvándola, al fundar la “Nitroglyzerin-Aktiengesellschaft”, con la cual se creó la primera fábrica de nitroglicerina del mundo.

Pero no se detuvo en esto Alfred Nóbel. Las propiedades explosivas de la nitroglicerina hasta aquel momento habían sido un inconveniente para la comodidad de su uso, y también su forma líquida era desfavorable a la manipulación; aquí vuelve a afirmarse por segunda vez el genio de inventor de Alfred Nóbel con la construcción de cápsulas de explosión y el empleo de fulminato de mercurio como carga inicial para la nitroglicerina (la llamada "mecha de Nóbel" Nobelz  nder). Este descubrimiento, que por parte técnica "había sido repetidamente señalado como el mayor adelanto en el dominio de la técnica de los explosivos desde la invención de la pólvora negra" (Schuck y Sohlman, página 82), qued  , sin embargo, relegado a segundo término por el descubrimiento más importante de Nóbel, lo que él denominó dinamita.

Después de la terrible catástrofe de la explosión de Heleneborg, cerca de Estocolmo, en el año 1864 prohibieron las autoridades la fabricación de este peligroso explosivo dentro de los límites de la ciudad, de forma que Nóbel tuvo que trasladar la fábrica sobre una gabarra (o pontón) que estaba anclado en un estrecho de la M  larsee. Sólo en 1865 se construyó una nueva fábrica en Vintervik (Estocolmo). Además, para facilitar la venta, se fundó otra sociedad de dinamita con el título de "Alfred Nóbel & Co." en Hamburgo. Pero el manejo del nuevo explosivo todavía líquido, que era ya conocido en el mundo entero, era extraordinariamente peligroso, y había ocasionado en diversos lugares tan grandes explosiones y desgracias que sólo se admitía con desconfianza, amenazando la ruina de la empresa comercial.

La dinamita demostró ser de extraordinaria importancia práctica: la posibilidad de explosión no sólo favoreció a la industria minera, sino que también incrementó la extensión del ferrocarril con la construcción de túneles, facilitó la urbanización con la construcción de calles y entr   en uso la voladura bajo agua. En el curso de ocho años se construyeron nada menos que quince fábricas de dinamita Nóbel.

El año 1873 trasladó Nóbel su residencia fija a París, viviendo all   hasta 1890. Mont   su laboratorio en Sevran-Livry.

En lugar de la gur-dinamita surgió más adelante (1875) la gelatina-dinamita, que es conocida como "gelatina explosiva".

El próximo invento de Nóbel fué el polvo de nitroglicerina con escasa producción de humo, o "ballistit", denominado también "pólvora de Nóbel", que patentó en 1887 y 1888. Tiene la ventaja que al disparar un fusil o ca  n sólo deja una ligera nubecilla de humo transparente, que se esfuma rápidamente. En los   rculo militares causó esto la mayor sensación, ya que se había creado con ello un nuevo método coadyuvante importantísimo para

la táctica. Italia fué la primera que en 1889 montó una fábrica de pólvora Nóbél, que intranquilizó enormemente a Francia. Nóbél fué violentamente atacado, hasta perseguido, y como trabajaba y vivía en Francia se hizo sospechoso de espionaje, siendo cerrado su laboratorio de Sevrán-Livry. Por estas trabas y molestias se vió obligado a trasladar su residencia y su laboratorio a San Remo en 1891.

También Inglaterra tenía gran interés en la nueva técnica explosiva militar: un comité instituido por el Estado supo sacarle a Nóbél informaciones sobre la composición y mejoría de su invento, dejando patentar este invento con el nombre de "Cordit". Nóbél protestó, llegando en 1894 a levantar un proceso contra el Gobierno inglés por haber violado la patente, proceso que llamó enormemente la atención, pero que perdió Nóbél. Quedó muy herido por esto, no por los daños materiales y las costas del juicio (de todas formas bastante considerables), sino por la injusticia de la cual había sido objeto y por el desprecio de su invento. Desahoga su indignación en una composición dramática, una parodia, titulada "The patent bacillus". "Un sentido sano de justicia e injusticia no debiera subir del pueblo a la corona", así se le escapa en sus cartas de aquella época, "sino que debe extenderse desde la cúpula hacia abajo".

Otro invento fué la pólvora progresiva, de escasa producción de humo, por medio de lo cual se posibilitó en armas de fuego aumentar progresivamente la velocidad inicial de los proyectiles. Su fantasía de inventor no se había agotado sin embargo con esto; las cifras de patentes de invención presentadas por él en diversos países es de 355. No todas estas ideas originales dieron resultados prácticos, muchas se habían ideado más en fantasía que a la práctica; pero son testimonio de la viveza de sus pensamientos, y de aquel impulso característico de un inventor genial, de buscar por todas partes nuevos caminos y nuevas posibilidades de construcción.

En el año 1895 terminó el Laboratorio de Björkbon, pero no abandonó por ello el de San Remo.

La muerte puso fin a todos estos planes e impulsos de trabajo el 10 de diciembre de 1896, después de grave enfermedad.

"Es una peculiaridad mía, no tener en cuenta nunca mis intereses privados", escribía a sobrino Hjalmar Nóbél en 1895.

De su soledad interior desarrolló un cuadro conmovedor en una carta que escribió a su cuñada Edla, la esposa de Ludwig, a través de la comparación de su vida de familia floreciente con el vacío de la propia: errando, sin compás ni dirección, como un naufrago de la vida, destrozado por el destino, sin finalidad, sin imágenes luminosas en los recuerdos del pasado, sin la falsa

pero tan hermosa iluminación del futuro por las ilusiones..., sin familia, que es la única vida que nos espera después de ésta, sin amigos para el sano desarrollo del corazón, sin enemigos para la bilis, en cambio con una auto-crítica, que destaca toda falta sin disimulos en toda su fealdad, y toda incapacidad bajo un aspecto no velado de (Schück y Sohlman, P. 215). Esta melancolía de su naturaleza, unida a su melancólica tendencia a la soledad, a él, que siempre estaba más bien de viaje o en su laboratorio en casa, le arrancó la exclamación de: "tengo asco de mí mismo".

(*per Corresp. Med.*, núm. 12, 1945.)

EL PREMIO NOBEL DE MEDICINA Y FISIOLOGIA

Este premio acaba de ser atribuido este año al doctor Herman J. Müller, de la Universidad de Indiana.

Nacido en Nueva York en 1890, doctor en Medicina en 1911 y doctor en Filosofía en 1916, ha sido alumno de Tomás H. Morgan, profesor de Genética y él mismo premio Nóbel en 1933.

El doctor Müller ha sido profesor de Zoología en el Instituto Rices de Texas, en cuya Universidad ha ejercido durante quince años. Ha seguido sus estudios en Alemania, que dejó al advenimiento de Hitler. Lo encontramos en Moscú en 1933, donde está cuatro años, y pasa en seguida a la Universidad de Edimburgo, donde profesó hasta 1940.

Vuelto a los Estados Unidos cuando la guerra, fué profesor en Ains-herst College, en Massachusetts, de 1940 a 1945, y pasó en seguida a la Universidad de Indiana, en calidad de profesor de Zoología.

Está considerado como uno de los principales especialistas de genética. El premio Nóbel le ha sido atribuido por sus descubrimientos sobre los cambios hereditarios o las mutaciones producidas por los rayos X y que afectan a los genes y los cromosomas.

(*per Clím. y Lab.*)

NOTICIAS

EL XV CONGRESO DE ODONTOLOGIA, BARCELONA

Tenemos gusto en divulgar que las informaciones del citado Congreso publicadas por nosotros fueron entresacadas, casi textualmente, de las proporcionadas por la Secretaría General. En cuanto al texto de las Conclusiones de la Sección II, las referentes a Odontología Legal y Terminología fueron sugerencias hechas en nombre del Presidente, Dr. Sáenz de Pipaón, por el Dr. Ruiz Esquin que ostentó su representación en el acto.

En Cuba acaba de aparecer una nueva publicación dental dedicada exclusivamente a las enfermedades orales y odontológicas de la infancia. El editor, Dr. Carlos A. Grimer García, es Presidente de la Sociedad Dental Cubana.

La Asociación Cubana de Odontología celebrará su Segundo Congreso dental del 6 al 10 de noviembre, en la ciudad de La Habana, organizado por el "Colegio Estomatológico Nacional".

Todas las inscripciones pueden enviarse al Presidente del citado organismo, Dr. Rafael Casado Quirós.

Han sido nombrados Profs. titulares de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, los Dns. R. G. Guardo, Rey Miralles, Belisario Pérez, Cantini Balestra, Bizzo Zero, Oviglio y Antonio J. Guardo, a los que sinceramente deseamos el mayor acierto en su labor docente, para satisfacción de su patria.

El pasado día 13 de julio tomaron posesión de sus cargos la nueva Junta de Gobierno de Odontólogos de la Primera Región. El Dr. Martínez Gil agradeció a la Junta saliente las frases amables del antiguo presidente, comprendiendo las razones de cansancio y desgaste que, a la prolongada labor necesariamente se reproducen.

Para conmemorar la fecha, unos y otros colegas se reunieron en un íntimo ágape.

SOCIEDAD PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA

Bajo la Presidencia del Dr. Pereira Valera pronunció el Dr. Ferreira da Costa una magnífica conferencia con el título de "Un caso de anquilosis fibrosa de la articulación temporo-maxilar" el pasado 2 de julio.

Comenzó el conferenciante por relatar la historia clínica del caso, que se trataba de una muchacha de 17 años de edad. Desde los tres años apreciaron sus padres el desarrollo asimétrico de la cara, siendo aconsejados por los pediatras de esperar a que el natural desarrollo corriera el defecto.

La niña había padecido difteria, lo que exigió intubación, lo cual era atribuido por sus padres como causa de su asimetría facial.

Hace dos años que apreció claramente sus dificultades para masticar, hasta que decidió presentarse en la consulta hospitalaria que el conferenciante dirige. Con la observación clínica y radiológica el Dr. Ferreira da Costa diagnosticó de "anquilosis temporo-mandibular izquierda", indicando la intervención. Con anestesia local, como lo viene preconizando desde 1930, la diferencia de Dechaume—como habla en su obra (1944) y del peligro usando la cánula de Bullia-Poirier—, de Thoma, que asimismo emplea la anestesia general (según indica últimamente en su trabajo publicado en mayo de 1946: "Am. J. of Orth. and Or. Surgry,"), etcétera, en todas las intervenciones narradas realizadas con anestesia general, la mayoría se decide por la intubación intratraqueal.

El Dr. Ferreira da Costa expone las ventajas de la intervención con anestesia local, durante la cual se pueden ordenar los movimientos en lugar de interrumpir la operación para ser realizados pasivamente.

Hecha la incisión correspondiente apareció la cápsula externa marcadamente engrosada que representaba el obstáculo para la normal abertura de la boca, ya que las cavidades supra e infra del menisco articular estaban conservadas. Era, por tanto, el citado espesamiento de la cápsula el que hacía desaparecer en la radiografía la interlínea articular. Se procedió, en este caso, dice el conferenciante, a la resección del cóndilo para evitar las posibles recidivas, siendo las consecuencias de la intervención óptimas.

Esta historia clínica aduce el conferenciante dispone de dos hechos que pudieron haber sido origen de las lesiones articulares: la difteria o un traumatismo sobre el mentón, que repercutiera en la articulación. También pudo tener su origen en la lesión de los centros de osificación mandibular provocada por irritación simpática.

Señaló el Dr. Ferreira da Costa su criterio al clasificar esta anquilosis como fibrosa y no podría ser de otra manera dado el exagerado desarrollo del tejido fibroso de la cápsula articular que había limitado de tal manera los movimientos condíares.

El conferenciante—que presentó radiografías y fotografías del caso (de

antes y de un año después)—fué muy aplaudido por el selecto auditorio, mereciendo la intervención de los Dres. Rui Gonçalves y Paiva Boléo, cerrando la sesión científica el Presidente, Dr. Pereira Varela.

(*Entrsd. "Jr. do Méd."*, 203, 1947).

PREMIO PROFIDEN

LABORATORIOS PROFIDEN, S. A. (Investigaciones y Preparaciones Odontológicas), con el importe del Premio Extraordinario que les fué concedido por el Ministerio de Industria y Comercio en el Primer Congreso Nacional de Movilización Cultural Médico-Práctica, celebrado en Madrid el año 1944, y hasta la extinción del mismo, acuerdan establecer un premio anual para los alumnos de fin de carrera de Odontología, consistente en el pago de dos títulos de Odontólogo. Dicho premio se denominará "Premio PROFIDEN". Su concesión será con arreglo a lo siguiente:

1.º Un título otorgado por Laboratorios Profidén, S. A., a un alumno de Odontología, huérfano de Odontólogo.

2.º El otro título será concedido a un huérfano de protésico, o en su defecto, a un hijo de protésico que cursen la carrera de Odontología.

3.º De no existir alumnos en tales condiciones, los títulos se adjudicarán a huérfanos de sanitarios.

4.º En ambos casos, de haber más de uno tendrá preferencia el de familia más numerosa.

5.º El plazo de admisión de solicitudes finalizará el 31 de julio de cada año.

Para optar a los referidos títulos, los solicitantes deberán dirigirse al Departamento Científico de Laboratorios Profidén, S. A., demostrando hallarse dentro de las condiciones exigidas.

Madrid, septiembre de 1947.

La Asociación Dental de Gran Bretaña celebrará su primer Congreso después de la guerra, del 16-20 del actual, en Bournemouth, bajo la Presidencia del Dr. Sampson.

Los temas-ponenciales del Congreso versarán sobre: "Nutrición y salud oral". El Dr. Teviot, Turner y Wewavwel colaborarán en esta reunión de los odontólogos británicos. Asimismo el Dr. Deverell tratará de los "Acrílicos en dentistería". El Dr. Boyle presentará un trabajo sobre "Importancia de la altura de colusión en las restauraciones totales".

Se espera concurren unos seiscientos congresistas.

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
CABRA (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

mente, debe determinarse la proporción de calcio en la sangre y la reserva alcalina, para que puedan ser debidamente señaladas las dosis de lactato de sodio y de calcio y de cloruro amónico que hay que ir suministrando al paciente.

Una dosis insuficiente o un tratamiento interrumpido, no dan resultado. Su aplicación debe ser continua hasta que toda manifestación de malignidad haya desaparecido, en cuyo momento deben irse disminuyendo progresivamente las dosis.

Existe también extracto para aplicación local, para los casos de neoplasmas superficiales o accesibles, en forma de pomada, pesario y supositorio.

No deberá emplearse jamás el H-11 simultáneamente con radio o rayos X. Por lo menos se esperarán catorce días entre la cesación del tratamiento radioterápico y el comienzo del empleo del H-11.

Por otra parte, este medicamento es compatible con los medicamentos más usados, incluyendo la morfina, la barbitúrica y el hierro.

El lactato calcio-sódico con vitamina D se da para contrarrestar la reacción focal, y el cloruro amónico forma el funcionamiento del H-11, ejerciendo, al parecer, una acción retardatriz sobre el tejido maligno.

¿Cuál será el resultado final? Lo ignoro, pero merece la pena seguir la pista del camino iniciado y contribuir cada uno con su granito de arena a lo que puede ser en el futuro espléndido edificio.

Al menos, por el momento, servirá para encender una lucecita de esperanza que dé un tinte rosado al pavoroso problema del desgraciado enfermo de neoplasia inoperable. No olvidemos que "consoler toujours" es nuestra obligación, cuando nos es imposible actuar con mayor eficacia. (per Not. Méd. Esp.)

N NEOPLASIAS

ODONTOIATRIA

Tratamiento moderno de las neoplasias malignas inoperables. MARTINEZ BALLESTEROS. Breve nota sobre el H-11.

El extracto H-11 es un preparado de sustancias antitumorales contenidas en la orina normal adulta y cuya base son unas células de apetencia eosinófila, que tienen gran parentesco con las células del paratiroides, encargadas de actuar deteniendo el crecimiento normal de los tejidos. Con la excepción de una de aquellas sustancias, no han sido todavía identificadas químicamente (de ahí la designación de H-11), pero se cree están originadas dentro del sistema endocrino.

Han sido tratados numerosos casos de carcinomas inoperables en estado avanzado y con abundantes metástasis, habiéndose reunido información suficiente que demuestra que el extracto ejerce una acción inhibitoria sobre los tejidos malignos en el ser humano y aun cuando es pronto para hacer deducciones estadísticas, se afirma que el 70 por 100 de los pacientes tratados demostraron evidente mejoría, y que un cierto número de enfermos que sufrían "carcinomas avanzados consiguieron una curación completa", no existiendo ya en ellos tumor aparente ni evidencia clínica de malignidad. Resulta aún imposible determinar si esta concurrencia se presentará o no, pero se citan varios casos de curación de más de dos años de recurrencia.

Solamente han sido tratados los casos de estado avanzado con numerosas metástasis, pero se considera preciso, para poder esperar algo del tratamiento, que el paciente tenga por lo menos una vida probable de "dos meses".

La mejoría comienza de las seis a las ocho semanas. Antes de ello suele modificarse favorablemente el estado general, aumentar el apetito, disminuir el dolor, aumentar el peso o cesar por lo menos la pérdida, pero a menudo aumentan de tamaño los tumores, situación paradójica explicable, porque este crecimiento obedece a la reacción focal que se produce; pero a las seis u ocho semanas empieza la regresión tumoral, por lo que todo paciente que no tenga vida probable para dos meses, puede esperar muy poco del tratamiento.

La mejoría iniciada sigue en los meses sucesivos, tanto en la parte general como en la local, aumentando también el número de glóbulos rojos y la proporción de hemoglobina, pero no se percibe ningún efecto sobre los glóbulos blancos.

A veces se establece un hábito después de tres meses de tratamiento, crece el tumor y decae de nuevo el estado general, lo que exige aumento en la dosis, no debiendo cesar en la aplicación del H-11 hasta que haya desaparecido toda formación tumoral y no exista evidencia clínica de malignidad. Por regla general, el tratamiento dura de ocho o más meses y debe ser terminado en una graduación disminuida por un período de seis semanas.

La aplicación profunda de rayos X o radioterapia administrada durante el tratamiento por el H-11, provoca una reacción general considerable, así como cuando se da el medicamento a continuación de la radioterapia, el efecto es excepcionalmente bueno.

Tiene un gran valor su combinación con la Cirugía. Casos inoperables se han transformado en operables después del empleo del H-11, pudiéndose dar de nuevo otra serie de tratamiento postquirúrgico para completar la curación. Es probable que en el por-

venir tenga un gran valor su empleo profiláctico para evitar la recurrencia operatoria.

Crecimientos carcinomatosos enormes, han sido centralizados y se ha obtenido su regresión con el H-11, siendo, por tanto, su empleo muy acertado en el caso de cáncer inoperable y avanzado, tenido hasta ahora como no tratable de ninguna manera. Tanto es así, que hasta el presente se ha opinado por los técnicos de este tratamiento, que los casos no propicios para otras formas de curación son en los que debe utilizarse este método, y esto hace que los casos analizados en las estadísticas sean precisamente los diagnosticados como incurables.

El coeficiente general estadístico de neutralización alcanza la cifra del 67 por 100, manteniéndose este porcentaje en las localizaciones de laringe, faringe y amígdalas.

Dosificación.—El extracto H-11 debe administrarse de forma que su acción continua sobre las células malignas quede asegurada. Puede emplearse la vía intravenosa, pero la rápida eliminación del producto no la hace satisfactoria.

Es muy difícil estimar cuantitativamente la proporción de lo eliminado. Empíricamente, se viene dando una serie de dosis progresivas y diarias, por tandas de siete inyecciones, empezando por 0,5 c. c. y siguiendo con arreglo a este esquema general: 1.^a, 0,5 c. c.; 2.^a, 1 c. c.; 3.^a, 1,5 c. c.; 4.^a, 2 c. c.; 5.^a, 2 c. c.; 6.^a, 2,5 c. c.; 7.^a, 3 c. c.

Terminada esta tanda, repetir la serie, siempre empezando por 0,5 c. c.

Es preciso que el tratamiento sea diario y sin interrumpirlo una vez comenzado.

Antes de comenzar el tratamiento y cada dos meses posterior-

rente se designa, desde Virchow, con el nombre de "diátesis hemorrágica" y se traduce por diversos cuadros morbosos.

Según Jürgens, se distinguen fenomenológicamente los siguientes tipos hemorrágicos: avitaminósico, hemofílico, trombopático, trombopénico, capilarotóxico y hormonal.

Las *alteraciones vasculares* se mejoran por la administración de vitamina C, especialmente en el escorbuto de los adultos y en el infantil o enfermedad de Möller-Barlow. Se puede también observar que el tiempo de hemorragia se acorta netamente en la trombopenia esencial por los preparados de ácido ascórbico, aunque los trombocitos sigan mostrando los mismos bajos valores. Todavía no se sabe seguro si a la llamada vitamina de la permeabilidad (vitamina P, Hesperidina) se le debe atribuir un efecto sobre la pared vascular. Según Catel, la paquimeningitis hemorrágica interna es influida muy favorablemente por el tratamiento con citrina (vitamina P). También la vitamina K actúa sobre los factores hemostáticos de los vasos y no solamente sobre la formación de la protrombina.

En el *mecanismo de la coagulación* es posible actuar sobre puntos diversos que permiten, según el caso, eliminar el correspondiente trastorno de la coagulación.

Mientras el *calcio* y la *tromboquinasa*, esta última en forma inactiva, no faltan en ninguno de los trastornos de la coagulación, en varias formas de diátesis hemorrágicas se presenta una deficiencia en protrombina y, más rara vez, en fibrinógeno.

La *insuficiencia en protrombina* puede acaecer por falta de colibacterias en el intestino del recién nacido y en los graves trastornos de la absorción por afección de la mucosa intestinal o por ausencia de suficiente cantidad de bilis en el intestino durante la ictericia obstructiva.

Puesto que hemos de admitir que la protrombina necesaria para la

H HEMOSTASIA

ODONTOIATRIA

Regulaciones normales y patológicas de la hemostasia, por RUDOLF JÜRGENS:—Schwiz. med. Wschr. núm. 5, página 113, 1944. [616.15]. per Bibl. Med. Int., 3.381.

I

En épocas anteriores sólo se atribuía la responsabilidad de una cohibición difícil de las hemorragias a los trastornos de la coagulación de la sangre. Actualmente, sin restar importancia a este factor, sabemos que muchas diátesis hemorrágicas dependen, además, de alteraciones de los vasos sanguíneos y de las plaquetas. La hemostasia espontánea es un proceso que depende de numerosos factores. Así, nadie ignora que en la hemofilia está perturbada la coagulación sanguínea y, a pesar de esto, las hemorragias producidas por pequeñas heridas cutáneas no son incoercibles; el tiempo de hemorragia no está aumentado, por regla general, en los hemofílicos. Por otra parte, la duración de este tiempo varía en las diversas regiones del cuerpo, lo que no se explica por un trastorno aislado de la coagulación. En cambio, con una capacidad normal de coagulación de la sangre se pueden producir violentas hemorragias, como, por ejemplo, en las trombopenias. Aquí el tiempo de hemorragia se encuentra aumentado. Esto se observa, asimismo, regularmente en la *trombopatía constitucional* (v. Millebrand-Jürgens), una hemopatía hereditaria de las mujeres, observada en Finlandia. En tales afecciones, el trastorno estriba en una función deficiente de las plaquetas o en su número muy disminuido. Finalmente, se pueden producir extensas hemorragias cutáneas sin que existan trastornos de la coagulación o de los trombocitos;

la causa se halla entonces en una función deficiente de los vasos, particularmente de los capilares. Prototipo de ellas son las de la púrpura de Schoenlein-Henoch y otras diátesis hemorrágicas neurovasculares (púrpura de Majocchi, enfermedad de Schamberg, etc.).

En las diátesis hemorrágicas tenemos que admitir el llamado "factor vascular".

La hemostasia está condicionada por tres factores: 1.º El factor vascular. 2.º El factor trombocitos; y 3.º El factor coagulación.

Sería erróneo creer que tales factores, pudieran ser considerados como elementos aislados.

Las paredes vasculares, principalmente su revestimiento endotelial, el plasma sanguíneo y los trombocitos están en estrecha interdependencia funcional.

La forma de la hemostasia depende, no obstante, de la clase de vaso que sangra según que se trate de hemorragias capilares, arteriales o venosas.

En las *hemorragias capilares* la hemostasia está dominada por el llamado "*factor aglutinante*" de los endotelios, que basta, por sí sólo, en ciertas circunstancias, para la cohibición de la hemorragia mediante la adhesión recíproca de las paredes vasculares. En segundo término, interviene un factor angiomecánico—vasoconstricción y vasorretracción (elasticidad y regulación nerviosa refleja)—y simultáneamente se realiza una desviación de la corriente sanguínea hacia los vasos de territorios próximos. La *coagulación* y el *factor plaquetario* sólo tienen aquí una importancia secundaria.

En las *hemorragias venosas* el *factor trombocítico* es prevalente en la hemostasia. La coagulación de las plaquetas, su acumulación sobre las paredes de los vasos venosos y su adhesión mutua son favorecidas por la lentitud del curso de la sangre y por la marginación de

las mismas, así como por las alteraciones coloidales del plasma. De este modo se forma por aglutinación un trombo plaquetario que cierra la vena lesionada. Por coagulación se forma y opone a éste un coágulo que desempeña un importante papel en la hemostasia en las venas. En ésta el "*factor vascular*" es de escasa significación. Por el contrario, el "*factor aglutinante*" del endotelio venoso la tiene en grado considerable.

En las *hemorragias arteriales* la hemostasia está señoreada por la *retracción vascular* intensa, que, en parte, es desencadenada por el dolor vascular. La vasoconstricción y la vasorretracción, con enrollamiento hacia dentro de la íntima, pueden cerrar el muñón arterial sangrante, inmediatamente después de producida la lesión. La contracción vascular segmentaria hasta la bifurcación próxima contribuye, además, a la hemostasia. El factor aglutinante asegura la íntima vascular enrollada posibilita la adhesión de los trombocitos y promueve la formación de un tapón plaquetario. Las *plaquetas* y los *factores de coagulación* tienen gran importancia para la consolidación definitiva del tapón de cierre.

En resumen: *en las hemorragias capilares la hemostasia se debe predominantemente a regulaciones endoteliales; en las venosas, a regulaciones trombóticas, y en las arteriales, a regulaciones vasoconstrictoras.*

Los trastornos de los procesos de hemostasia pueden conducir a alteraciones patológicas en dos direcciones principales: en el de la falta o lentitud de determinadas regulaciones hemostásicas, de modo que se produce una "*propensión a las hemorragias*" o, por el contrario, en el de la aceleración de las mismas, con lo que aparece una "*disposición para las trombosis*".

La predisposición a las hemorragias que se presenta sin causa apa-

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

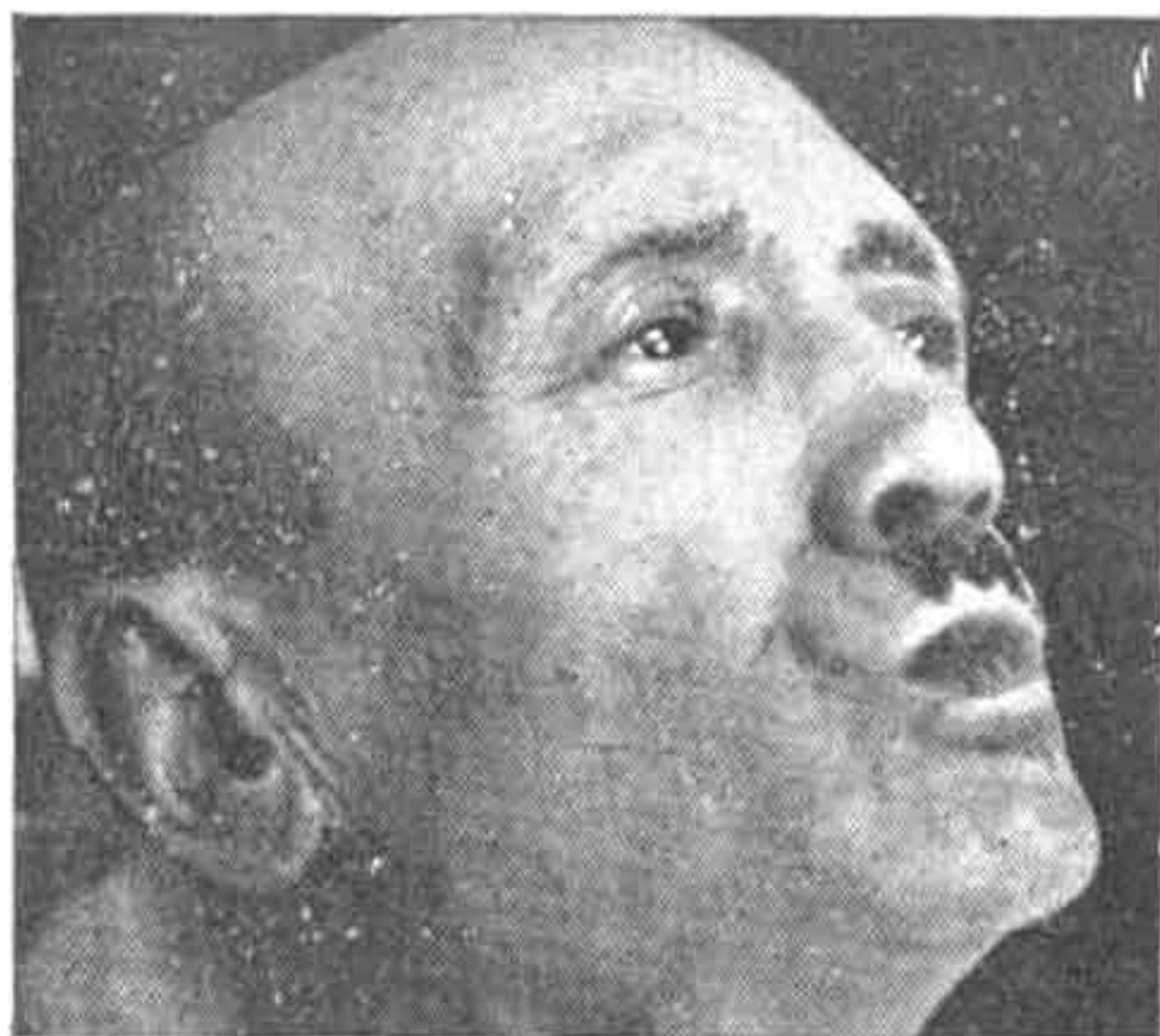


Fig. 108.—Registro cinético activo.



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

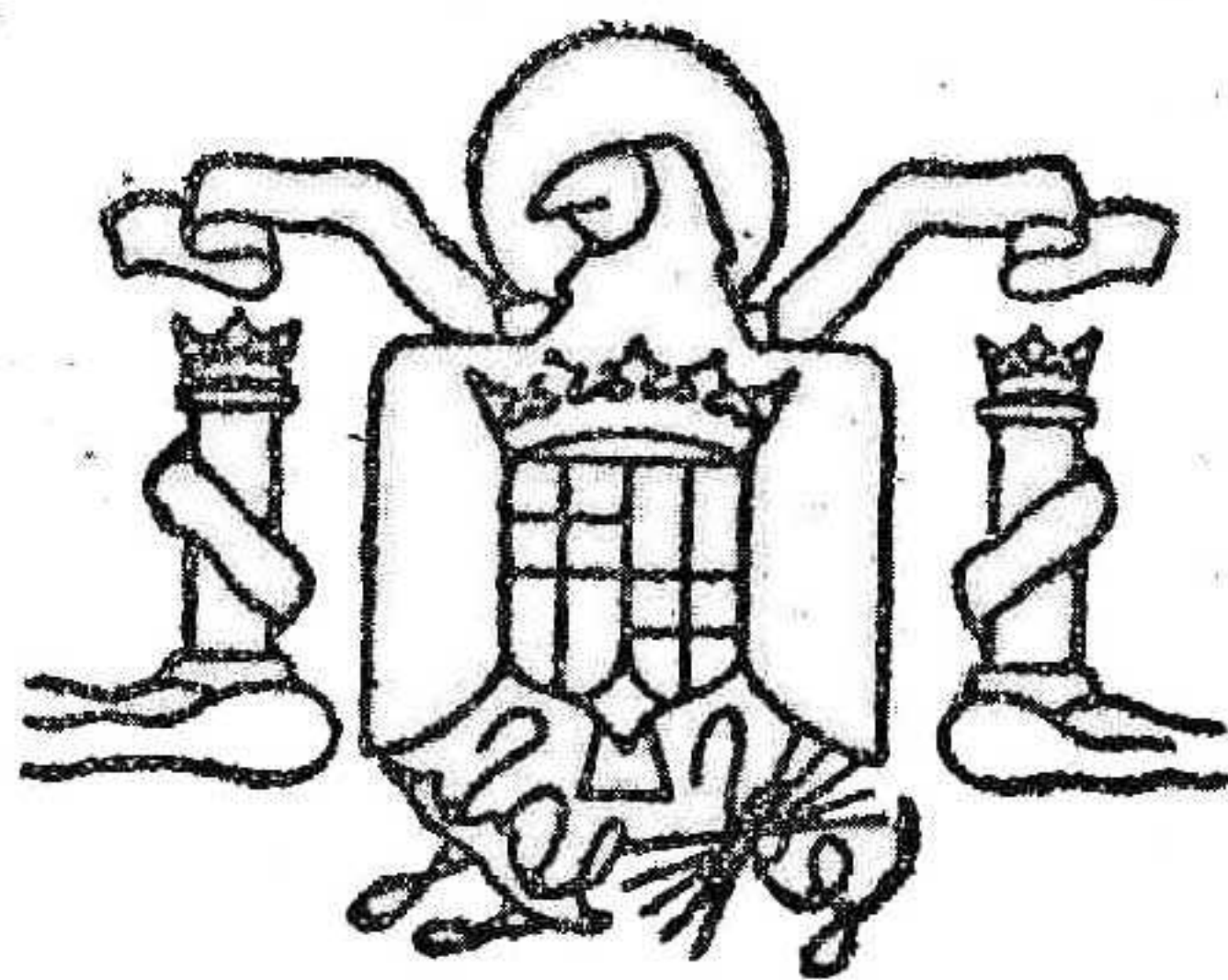
En las principales librerías o a nuestro

Apartado 1249

Jorge Juan, 39

MADRID

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



Número suelto: 15 Ptas.