

| 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



A V I S O

Rogamos a nuestros suscriptores nos remitan el precio de la nueva suscripción antes de pasados diez días con objeto de evitar el cruce con nuestro reembolso de enero, y por lo tanto los consiguientes gastos.

Vol. IV

Diciembre

• EN MADRID •

1947

Núm. 48

Utilice nuestras páginas
para su propaganda entre
los profesionales de nuestra
especialidad en Portugal.

Representante para Portugal e
Colonias portuguesas de

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Jorge Juan, 39

MADRID

Dentaria Ltda.
Porto

ODONTOIATRÍA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. IV

DICIEMBRE

NUM. 48

SUMARIO

	<i>Páginas</i>
<i>Enfermedades de la encía y estado actual del problema de la piorrea</i> , por V. Alonso Jiménez	559
<i>Las neuralgias faciales sintomáticas e idiopáticas</i> , por H. Kra- yenbuehl	586
EDITORIAL: Piorrea y paradentosis	595
Glosa a un discurso	599
<i>Bibliografía</i>	605
INDICE: De autores	606
De materias	608

EXTRACTOS DE REVISTAS

Referatas dispuestas para el fichero

PUBLICIDAD

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| —Técnicas de impresión. | —Schmidt. |
| —Solé Palóu. | —Palador. |
| —Laboratorios O. F. E. | —Laboratorio Profidén. |
| —Varios | —Ciba. |
| —Geve. | —Escayolas Tavira. |

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

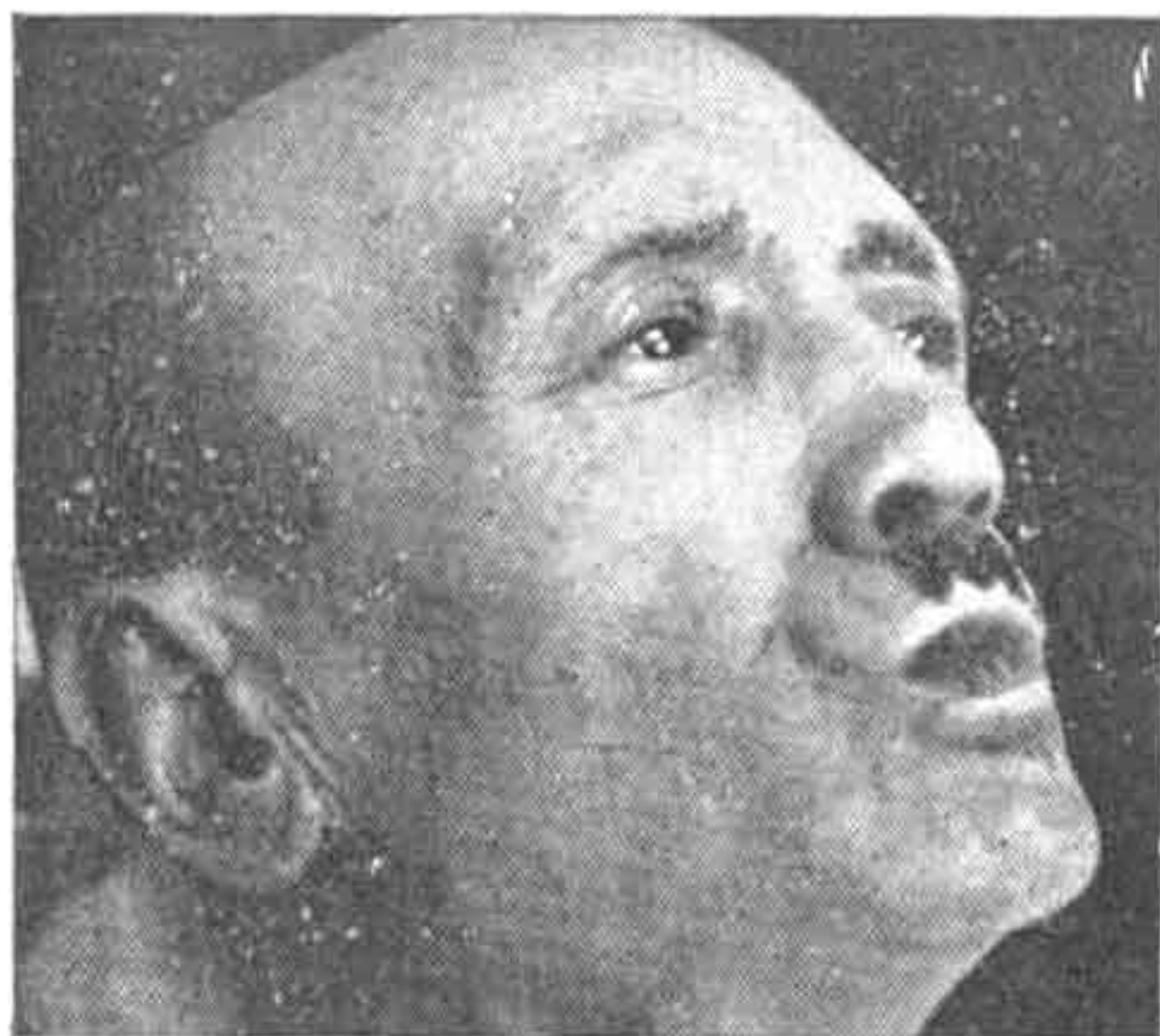


Fig. 108.—Registro cinético activo.



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

ENFERMEDADES DE LA ENCÍA Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA PIORREA (*)

* por

V. Alonso Jiménez

Médico-Odontólogo
Ex Profesor de la E. de O.

616.314.17-008.1

EL principal objeto de esta exposición es el de contribuir al estudio clínico y tratamiento de estas afecciones, con lo que podamos obtener resultados útiles que favorezcan a nuestros enfermos.

Prescindiré del estudio de la Embriología y de la Patología Histológica, ya que estas materias pueden ser consultadas en las distintas publicaciones y libros de texto.

De una manera esquemática, se encuentran en el encerado y anotados con un número los distintos puntos que hemos de tratar, para que puedan ustedes, al hacer sus aportaciones, referirse al mismo, dando una mayor simplificación a la labor.

1.—En general, podemos decir que todas las estomatitis debilitan las defensas locales, originando una mayor predisposición del factor terreno para la Piorrea; y ninguna lo hace en mayor grado que la estomatitis ulcerosa; siendo ésta, por dicho motivo, a la que dedicaremos nuestra principal atención.

2.—ETIOLÓGICAMENTE, podemos decir que se manifiesta en bocas predispuestas, ya por suciedad o faltas de tratamiento, ya por disminución de defensas o estar sometidas a cualquier irritación local.

(*) Conferencia pronunciada en el Colegio de Odontólogos de Madrid. Curso 1947-48.

Se transmite por contagio, pudiendo existir los gérmenes en bocas sanas, despertándose su virulencia cuando el medio en que se desenvuelven es favorable.

Los gérmenes patógenos causales son fundamentalmente el bacilo fusiforme y los espiroquetas de Vincent, que corresponden al tipo de los anaerobios, asociados las más de las veces a los piógenos.

3.—SINTOMATOLOGÍA. Clínicamente, aparece una úlcera superficial, situada principalmente a nivel de las papilas interdentarias, pudiendo afectar a zonas más extensas de la porción del cuello dentario, y algunas veces, las menos, a la mucosa del labio inferior, bóveda, velo del paladar y amígdalas; tiene mucha predilección por el espacio retromolar; es muy dolorosa, de forma irregular, que se cubre por una membrana blanco agrisada. Esta membrana puede desprenderse con facilidad, presentándose hemorragia abundante, sucediendo igualmente en las zonas ulceradas al menor contacto y a veces espontáneamente. No tiene tendencia a transformarse en lesión profunda alveolar.

Se presenta súbitamente, sin prodromos, y por lo general, en individuos jóvenes. Si la infección es mixta, el pus se hace ostensible, descubriéndose fácilmente por el examen bacteriológico los gérmenes causales.

El enfermo puede presentar fiebre, desde una febrícula hasta 39°, quebrantamiento general, *infarto ganglionar* y *leucopenia*.

4.—El diagnóstico diferencial con las gingivitis y piorrea es fácil, por los síntomas señalados, ya que en éstas no hay ulceración necrótica gingival, los sujetos suelen ser de más edad, el curso es lento, no hay fiebre ni infarto.

5.—El pronóstico es más sombrío cuando afecta a las fauces y amígdalas.

6.—Como tratamiento, expondré el por mí empleado con resultados satisfactorios:

Me referiré al clínico y al privado que ha de seguir el paciente.

1.º Debemos de abstenernos en absoluto en la fase aguda de toda intervención de tipo quirúrgico; extracciones, tartretomía, etc., ya que disminuiríamos las defensas y diseminaríamos más la infección, aumentando la virulencia de los gérmenes.

2.º Se pulverizará la boca y todos los intersticios con una solución antiséptica, bien con la clorina Heiden (un papelillo para un litro de agua hervida) o con la siguiente fórmula:

Fenol alcanforado (Clumsky) (1)	5 gramos
Agua oxigenada.. {	
Agua {	a. a. 200 "

Pulverizaremos a poca presión, para no ocasionar hemorragia.

Se harán aplicaciones dos veces al día con nitrato de plata (Argentofenol) y mercurrocromo, alternando, sin hacer el menor traumatismo sobre los tejidos, para lo cual podemos valer-nos de un instrumento plástico en forma de espátula.

3.º Introducción de cristales de permanganato potásico en todos los puntos necróticos accesibles, durante media hora. Se-gún técnica del Dr. Schermant.

4.º Aplicación de mechas de algodón impregnadas de agua oxigenada a 30 volúmenes, que dejo durante quince minutos.

5.º Neosalvarsán en solución glicerinada al 10 por 100, cuando tiene cierta persistencia.

(1) El líquido de Chlumsky está compuesto de:
Acido fénico 30 gramos
Alcanfor pulverizado 60 "
Alcohol absoluto 10 "

Tratamiento privado.—Se ordenará al paciente haga su limpieza después de las comidas, que serán lo más blandas posible, proscribiéndose el cepillo, utilizando únicamente torundas de algodón saturadas de agua oxigenada; colutorios cada tres horas, alternando una solución de permanganato potásico al 1 por 1.000 con otra de agua oxigenada al tercio.

Cuando la infección pasa a la fase subaguda y al contacto dejan de sangrar los focos necróticos, es cuando efectúo el tratamiento general de la boca, extracciones, obturaciones, tartretomía, etc., dejándola en las mejores condiciones higiénicas y defensivas.

Efectúo aplicaciones con un astringente fuerte a más de antiséptico, como la fórmula de Talbot, de la que hablaré al tratar de la Piorrea, o el ácido crómico al 10 por 100, seguido de instilaciones de agua oxigenada, ya que esta última aumenta el poder astringente, antiséptico y de penetración del primero.

Tratamiento general.—Se administrará un purgante salino. Al día siguiente se le prescribirá un preparado de vitamina C, tres comprimidos al día, uno antes de cada comida; y otro de amida nicotínica, para tomar uno al mediodía, al mismo tiempo de la vitamina C; durante quince días.

Ultimamente, cuando la penicilina ha adquirido actualidad, la utilizo con resultados positivos y rápidos, según información facilitada por el Dr. Massa, siendo la técnica la siguiente:

Previa pulverización con solución salina hipertónica, para dejar bien limpio el campo de detritus, aplico en todas las zonas ulceradas y en general en la totalidad de la encía, una pasta compuesta de 200.000 unidades de penicilina en dos gramos de óxido de magnesio, añadiendo aceite de oliva cantidad suficiente para obtener consistencia cremosa. Para impedir que esta pasta sea desplazada por los movimientos de los labios y

la saliva, adapto una lámina de papel de estaño (fig. 1) sobre la superficie de los dientes, desde el lado vestibular, rebasando el reborde gingival medio centímetro aproximadamente, hasta la cara lingual, rebasando en la misma proporción; todo el borde libre se barniza para mayor protección. Este tratamiento debe hacerse de dos a tres veces al día, por la mañana, inmediatamente después de comer, y al final de la tarde, instruyendo al paciente para que lo mantenga *in situ* toda la noche.

Puede sustituirse esta pasta por bolitas de algodón saturadas de una solución de penicilina por medio de una jeringa, en la proporción de 10.000 unidades por c. c.

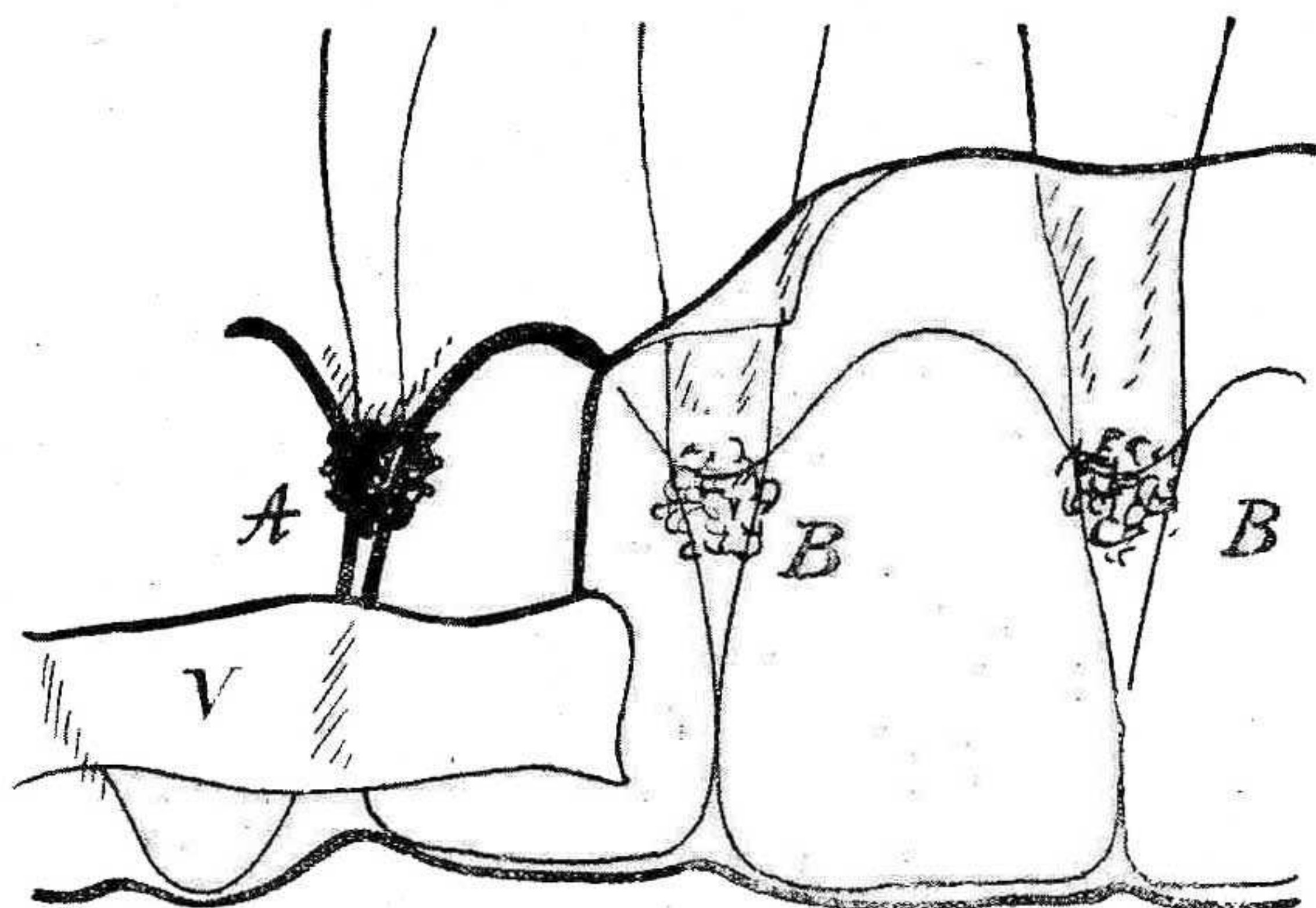


Fig. 1.—Adaptación del papel de estaño para impedir el desplazamiento de la pasta

Como colutorio podemos aconsejar en los intervalos del tratamiento y principalmente si se desprende la aplicación:

Penicilina sódica	200.000 unidades.
Suero fisiológico	240 c. c.
Agua mentolada	c. s. p. dar gusto deseado.

Para colutorios, uno cada hora, reteniéndolo cinco minutos o más. No se lavará la boca después.

Es de interés la sal sódica cristalizada de penicilina, que se expende hoy en el comercio, ya que ésta no precisa mantenerse a temperaturas bajas, pues a 15° puede conservarse has-

ta un año o más sin perder sus propiedades. La solución con el suero las conserva a la misma temperatura durante setenta y dos horas.

Es conveniente aclarar ciertos conceptos relacionados con la penicilina.

Esta puede ser amorfa o cristalizada, y existen cuatro tipos: la G, X, F y K, de los cuales se ha comprobado que la más eficaz es la G, debida su mayor actividad al mayor retardo en su eliminación, por ser su metabolismo más lento. La X y la F tienen un metabolismo parecido, y la K es la que primero se elimina.

Por la existencia de todos estos tipos en la forma amorfa es por lo que en ciertos lotes la presencia del tipo G es reducido y los efectos han sido nulos o casi nulos, atribuyendo un tipo equivocadamente de bacterias penicilínico-resistentes.

Hoy esto se salva con la penicilina cristalizada, pudiendo darle el carácter exclusivo del tipo que se desee, y así se obtiene la forma cristalizada G o Bencilpenicilina, que es a la que se da preferencia por lo anteriormente señalado. La obtención de estos tipos está subordinada al método empleado y a los llamados Precursores, que ayudan a la formación de un determinado tipo y son de una forma estructural química con cierta semejanza a la del tipo que se desee obtener. Entre éstos existen muchos, así como el ácido fenilacético, fenilacetamida, etc.

Según los últimos estudios de Ramón en el año 1946, director del Instituto Pasteur, descubridor de la anatoxina diftérica y estafilocócica, ha evidenciado que unida a la penicilina existe otra sustancia, antidótica, que sólo se encuentra en la penicilina bruta y que se pierde en el proceso de purificación, cuya propiedad es la de neutralizar una serie de Exotoxinas Bacterianas, y en particular, por lo que se refiere a nuestra especialidad, tiene una afinidad señalada para la toxina estafilocócica.

Esto tiene interés desde el punto de vista de aplicación tópica local.

DEL ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA PIORREA

Ya hice dos publicaciones relacionadas con este tema en la revista ODONTOIATRÍA, en los números de abril del 45 y marzo del 46, e inútil sería volver a insistir sobre lo que ustedes seguramente leyeron.

Sólo hemos de pretender en esta ocasión dar datos concluyentes que nos sirvan de pauta en el futuro, haciendo una breve disertación de cuáles son los tratamientos más en boga de los distintos autores, así como el por mí seguido; diferenciando el concepto actual de la Patogenia de dicho proceso.

Como postulados consideraremos:

1.° Que la Piorrea es tratable, pero no curable, a no ser que se refiera a estados muy incipientes, y sólo en ciertos casos; pese a las pretensiones de aquellos que aspiran bajo un simple tratamiento local tener resuelta una de las mayores preocupaciones dentro de la Patología bucal.

2.° Que es una afección cuyo fondo etiológico es puramente general, aunque existan causas locales predisponentes.

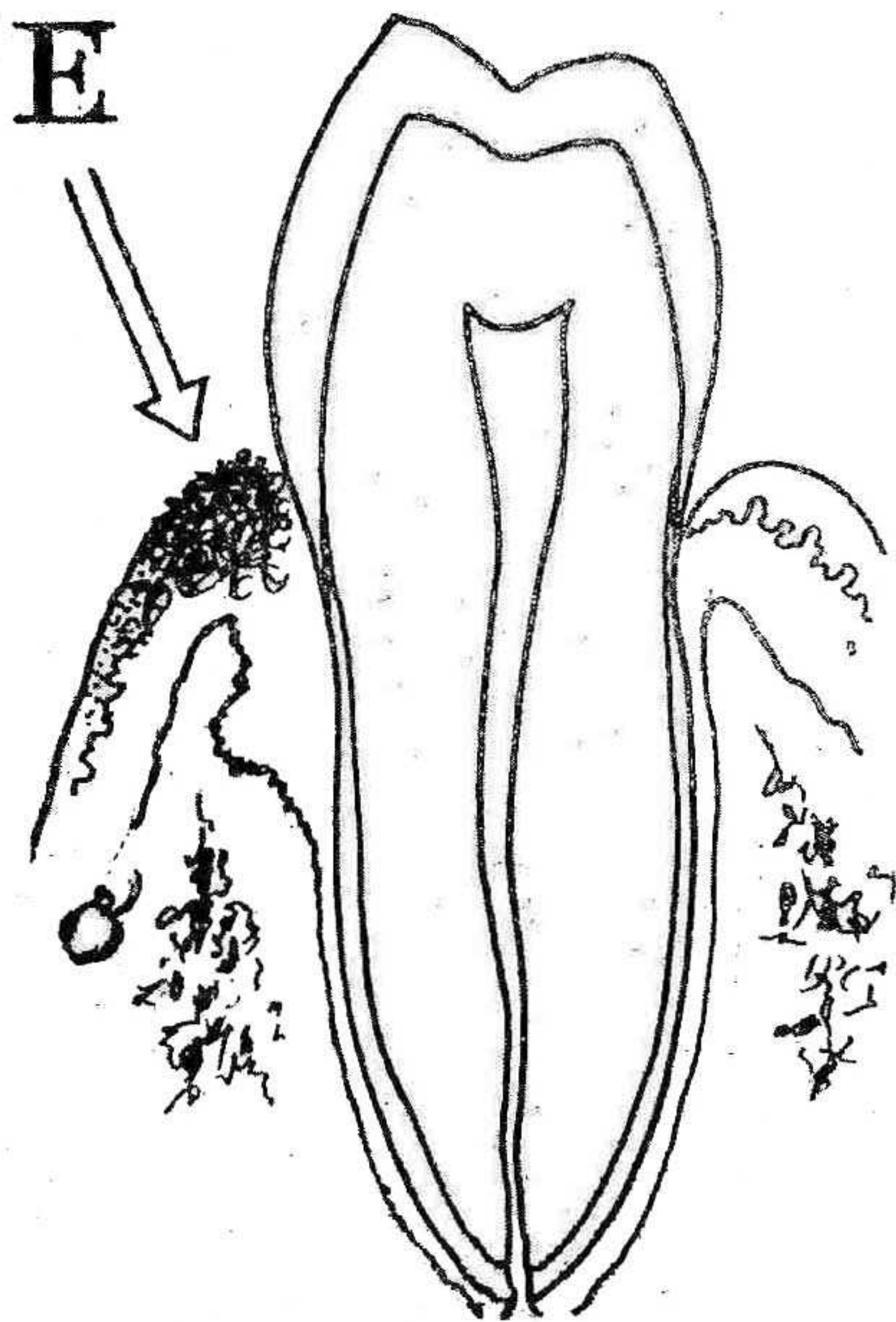
3.° Que lo fundamental de la enfermedad es la atrofia ósea del alveolo, así como de las partes blandas, que se establece de la superficie a la profundidad.

4.° Que para conseguir mejorías estables ha de practicarse, a más del tratamiento local y general comunes a todos los casos, aquellos peculiares de cada sujeto, que estarán en relación con las afecciones de carácter individual (anemias, diabetes, sífilis, enfermedades hepáticas y glandulares, metabólicas, etc.).

5.° Que el tratamiento debe ser lo más precoz posible.

PATOGENIA.—La patogenia de este proceso podemos sintetizarla en tres criterios, sustentados por Fisch, Gottlieb y Weski.

Según Fish (fig. 2), constituye el proceso primario la inflamación de la encía, consecutiva a la cual se produce una úlcera con presencia de leucocitos (pus) y formación de toxinas, que motivarían la reabsorción del proceso alveolar. Apoya este criterio el que todos los cortes histológicos descubren las mismas lesiones inflamatorias y ulcerativas.

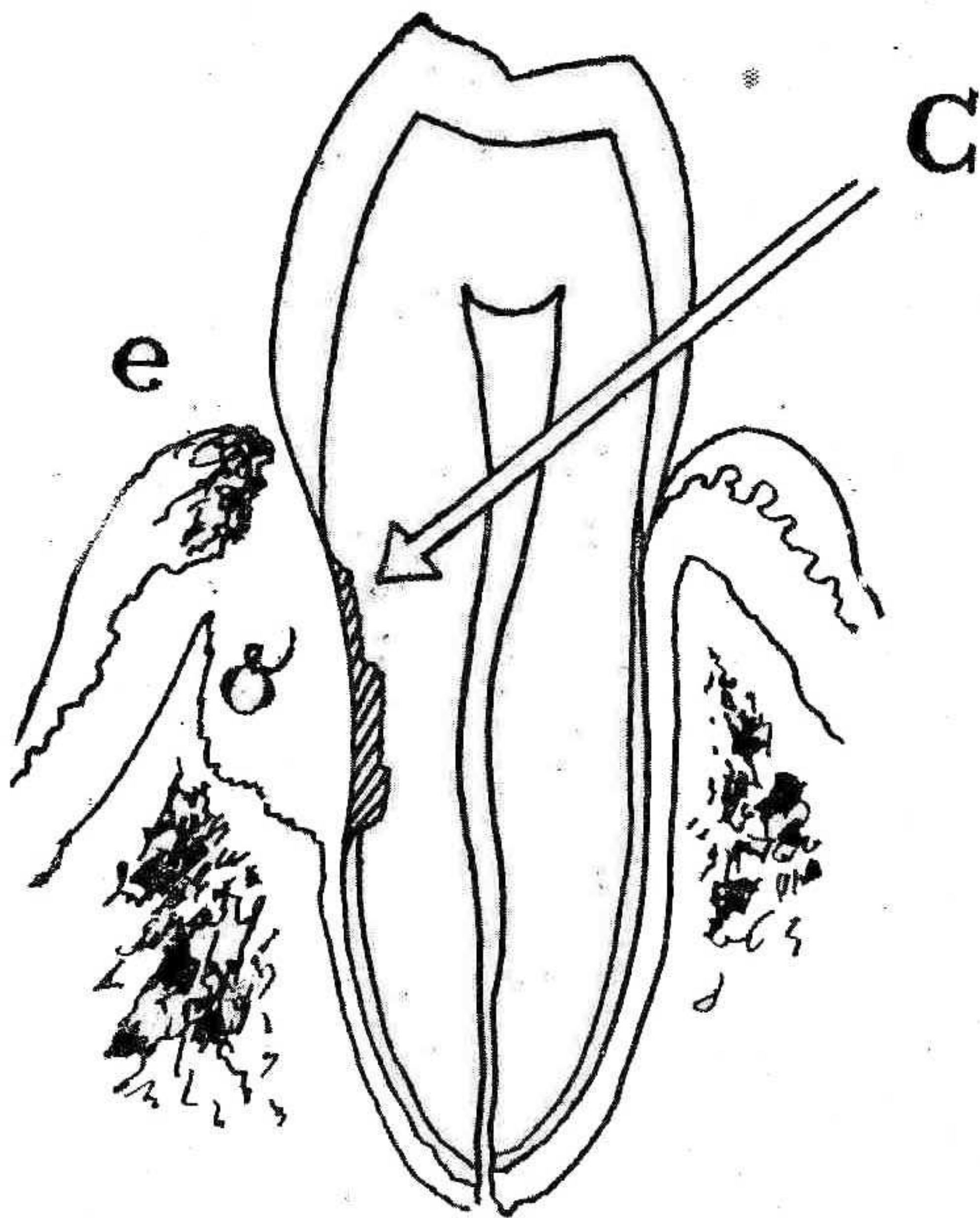


F I S H

Fig. 2.—Inflamación primaria de la encía

La segunda concepción, o de Gottlieb (fig. 3), en ésta el factor primario sería la pérdida de la vitalidad de la superficie del cemento radicular, consecuencia de la cual las fibras articulares pierden su inserción, originándose la bolsa. En favor de esta teoría está el hecho de que cuando existe en la superficie del cemento algún nódulo cementario hipervital, allí se detiene el proceso, cesando en profundidad la bolsa.

Tanto en una forma como en otra, el epitelio gingival prolifera, cubriendo toda la superficie interna de la bolsa e impide la adaptación de la encía con la raíz; este epitelio a la larga termina por ulcerarse, debido al empaquetado de los alimentos y fermentaciones, unido a las compresiones que se establecen cuando existe movilidad del diente. En una fase más avanzada



G O T T L I E B

Fig. 3.—Pérdida de la vitalidad del cemento, como proceso primario

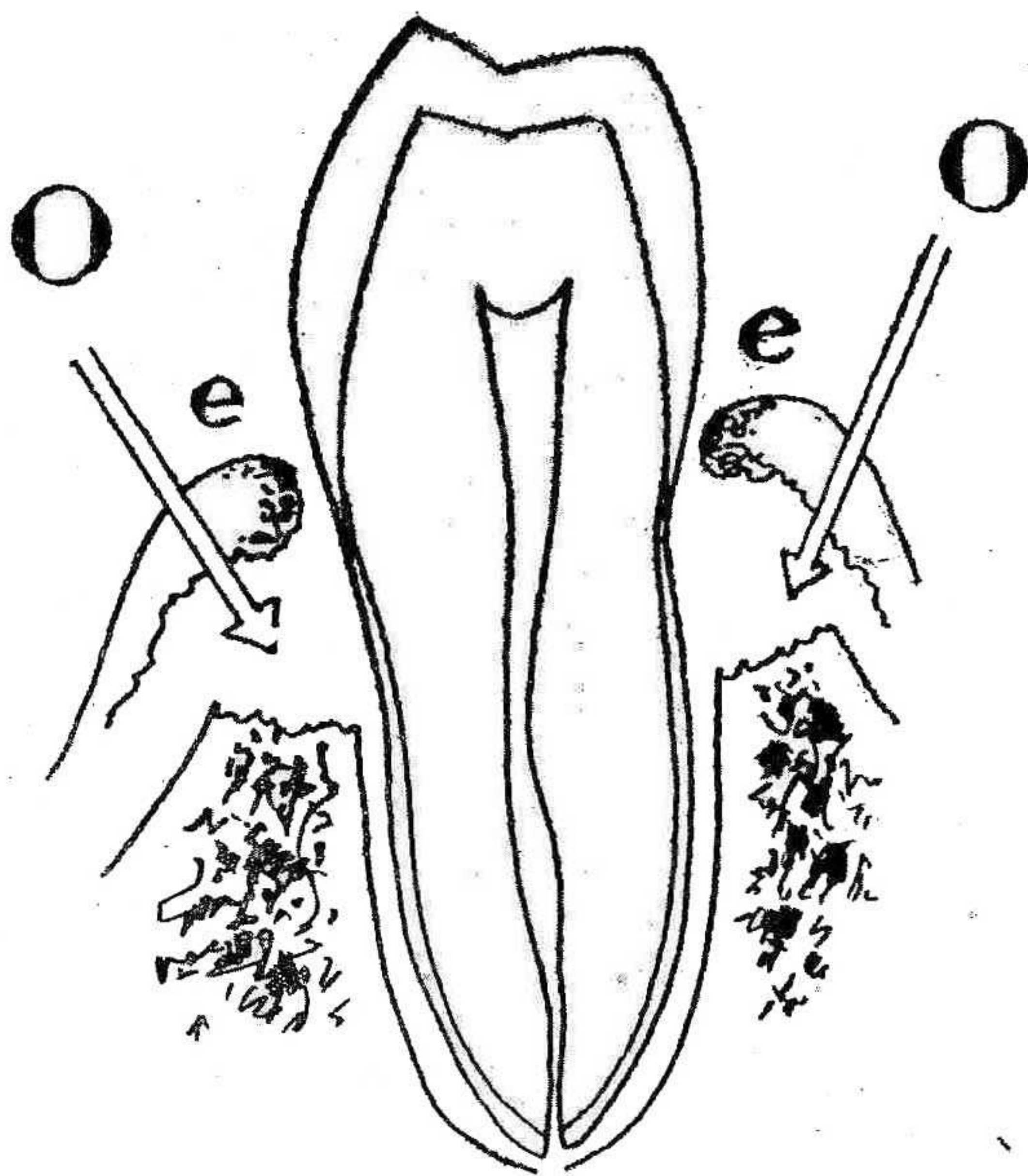
se produce una inflamación del tejido conectivo subyacente con formación de pus que llenará la bolsa.

La tercera concepción, o de Weski (fig. 4) considera la atrofia alveolar como alteración inicial, siendo secundarios todos los demás síntomas (inflamación de las partes blandas, formación de la bolsa, ulceración y supuración...) No se han presentado pruebas en favor de esta hipótesis.

Sentado esto, dividiremos en dos grandes grupos las afecciones superficiales del paradencio. PARADENTITIS y PARADENTOSIS.

Las paradentitis o procesos flogísticos, inflamatorios, que a su vez pueden ser *agudos* y *crónicos*. Las paradentosis son procesos regresivos, degenerativos.

Estos grupos pueden presentarse puros, aislados o se suceden y combinan entre sí.



W E S K I

Fig. 4.—Reabsorción ósea, como proceso inicial

Para una más clara visión de las distintas formas y cuadros clínicos que puede adoptar la PIORREA les presento un cuadro sinóptico de las mismas:

CUADRO DE EXPOSICION

1.—Estomatitis en general.

Estomatitis necrótica ulcerosa	2.—Etiología.
	3.—Sintomatología.
	4.—Diagnóstico diferencial.
	5.—Pronóstico.
	6.—Tratamiento.

PIORREA. Clasificación ...	a) Según GOTTLIEB	7.—Piorrea "sucia.	
		8.—Piorrea paradental (sacos.	
		9.—Atrofia alveolar...	a) Marginal. b) Difusa.
	b) Según la adoptada en el Congreso Dental Internacional de París de 1931	10.—Gingivitis marginales .	a) Superficiales. b) Profundas.
		11.—Paraden- tosis	a) Inflamatoria (bolsa). b) Mixta o combinada. c) Distrófica (vertical), bolsas in- traalveolares.
		12. — Atrofia alveolar marginal ...	a) Seniles. (Sacos supra alveo- lares, en caso de existir.) b) Precoz.

13.—TRATAMIENTO.

Haremos un breve estudio diferencial de cada uno de estos grupos, para luego estudiar su terapéutica:

7. *La Piorrea "sucia"*.—En ésta se presenta la encía inflamada, con un carácter de cronicidad, existiendo salida de pus por expresión digital de la misma.

Su etiología es la irritación, tártrica o de otro tipo, por ob-
turaciones, coronas, etc., mal adaptadas.

8. *Piorrea paradental*.—Existe supuración que proviene del fondo de las bolsas, las que se formarían primariamente por alteraciones patológicas en el paradencio de protección, pro-

duciéndose un despegamiento de la inserción epitelial y regresión de los tejidos blandos. Mientras que los demás síntomas serían secundarios.

9. *Atrofia alveolar difusa*.—a) *Marginal*, hay una disminución circunscrita del tejido óseo del alvéolo, dando lugar a la formación de bolsas, con la consiguiente supuración. Presentándose la movilidad en los estadios finales. Siendo su causa una irritación local.

b) *Difusa*, no se limita a los tractos más superficiales del hueso, sino que afecta lo mismo a éstos como a los profundos. Presentándose movilidad de los dientes, elongación y diastemas anteriores. De origen etiológico local, debido a sobrecargas presionales y en general a alteraciones metabólicas, glandulares, discrásicas, etc.

Las bolsas y supuraciones se presentan secundariamente.

Respecto a los grupos de la clasificación internacional:

10. *Las gingivitis marginales*.—a) *Superficiales*, inflamación gingival, sin formación de pus, sin atrofia ósea ni movilidad. Etiología, irritaciones.

b) *Profundas*, los mismos síntomas, pudiendo diferenciarse de la anterior, radiográficamente, por presentar en éstas una zona radiotranslúcida de los bordes alveolares.

11. *Paradentosis*.—a) *Inflamatoria*, constituye la fase siguiente de la anteriormente descrita, con sintomatología parecida, pero ya en ésta hay bolsas que penetran más o menos profundamente en la estructura alveolar. No existe movilidad. Radiográficamente se observa reabsorción ósea.

b) *Mixta*, a más de los síntomas anteriores se observan migraciones, rotaciones y movilidad.

c) *Distrófica*, en contraposición con las ya mencionadas, no tiene prodromos inflamatorios. Su iniciación únicamente

puede diagnosticarse radiográficamente, apreciándose una verdadera osteoporosis.

Hay movilidad y variaciones de posición de los dientes como primer síntoma, pero no supuración.

Respecto a su origen, puede decirse que es constitucional, representando un gran papel la oclusión traumática o sobre-mordida.

En los casos en los que se asocie la inflamación, se asemeja a la forma mixta, con supuración y movilidad. Las bolsas por lo común llevan una dirección *vertical*.

12. *Atrofia alveolar*.—a) senil y b) precoz.

Se presenta elongación dentaria. No existen bolsas, pues ni se observa inflamación. Desaparecen la encía y el hueso al mismo tiempo.

Por radiografía vemos la reabsorción alveolar *horizontal*, en contraposición de la forma distrófica, que es *vertical*. No hay en ella lesiones de osteoporosis y en su desenvolvimiento puede llegar a adquirir caracteres de la forma mixta.

La causa no está bien dilucidada; Gottlieb la considera debida a falta de oclusión y al desequilibrio hormonal. Yo las estimo producidas por trofismo nervioso, aunque probablemente contribuyen varios factores.

Dadas estas nociones, pasaremos al estudio del tratamiento.

13. TRATAMIENTO.—Consideraremos el local, general y privado.

En el tratamiento local de la Piorrea se han utilizado infinidad de métodos y recurrido a un sinnúmero de productos químicos.

Así, *Brophy* da gran importancia a la acción térmica, desecando el saco con aire caliente y aplicando después antisépticos astringentes.

Desirabode preconiza la cauterización de los sacos.

Romer lo efectúa con aza de platino calentada eléctricamente.

Schmith y *Tonsey* obtuvieron favorables resultados con los Rayos X.

Langsdorff, con las corrientes de alta frecuencia, previa tartretomía, lavado con agua iodada tibia y agua oxigenada después, hace aplicaciones de diez minutos diarios durante cuatro o cinco semanas.

Dautwitz halló la acción beneficiosa del radio.

Traube y *Witzlar* conceden importancia al masaje gingival.

Berten, a los procedimientos quirúrgicos.

Otros, entre ellos *Hegediüs*, en casos avanzados recurren al injerto de pequeñas esquirlas de tibia.

Entre los métodos químicos, citaremos algunos:

El tratamiento por el ácido salicílico utilizado por *Schlenker*.

Brenner, el nitrato de plata y el cloruro de cinc.

Essig, el ácido sulfúrico, el iodo y el ácido fénico.

Harlang, el cinc iodado, el iodoformo y el agua oxigenada.

Rigg, el ácido sulfúrico.

Landgraff, el ácido tricloracético.

Ottolenghi, el pirozón.

Magitot, el ácido crómico.

Klinmann cambia el medio bucal, transformando la alcalinidad en acidez, o viceversa.

Jones encuentra eficaces los iones de cinc, embebiendo los fondos de saco con cloruro de cinc al 5 por 100, e introduce un electrodo de cinc o platino, empleando una corriente de tres a cinco miliamperios.

Algunos autores, entre ellos *Müller*, *Rhein*, *Schmith*, observaron que aquellos dientes depulpados eran más respetados

por la afección, quizá por mejorarse la circulación paradentaria en estos casos, haciéndose partidarios de la extirpación pulpar.

Otros conceden gran importancia a la sobremordida y tratan de corregirla.

El neosalvarsán, localmente o en forma intravenosa, también ha sido empleado.

Johns y Bell utilizaron la hemetina, 0,5 por 100 de la solución clorhídrica, subcutánea o intramuscular.

La reimplantación también ha sido recomendada por algunos, y otros conceden un primordial valor a la fijación, entre ellos *Bryan, Michel, Herbst y Sachs*.

Como vemos han sido agotados innumerables recursos, y entre ellos seleccionaremos con arreglo a lo que nuestra propia experiencia nos enseñe, ya que en ella es en la que más confiaremos.

Y pasaremos ahora a delimitar nuestra línea de conducta ante las distintas formas en que puede presentarse la piorrea, exponiéndoles la técnica por mí empleada.

Primeramente, ¿qué haremos ante un enfermo piorreico? Si es conocedor de su afección y no concede gran importancia a la misma, podremos exponerle con toda claridad y crudeza su verdadera situación en el caso de que ésta sea muy desfavorable, mientras que aquellas personas, principalmente en el sexo femenino, que tienen como una reliquia su dentadura, recordando la perfección de la misma en un pasado no muy lejano, hemos de ir más parcamente para no herir su psiquismo. Salvada esta precaución de orden moral, haremos una inspección minuciosa relacionada con movilidad, profundidad de bolsas si éstas existen, presencia de pus y abundancia del mismo. Examen radiográfico de aquellas regiones que más lo exijan o completo, previa introducción de puntas de gutapercha en todas las de presiones y fondos, que nos darán la profundidad del

proceso. La exploración debe hacerse con una sonda del 17, que puede introducirse profundamente hasta encontrar resistencia sin molestias para el paciente. Veremos si existen desplazamientos a la oclusión, revisando la sobremordida con papel de articular.

Se le enviará a un analista para ver curva de glucemia, Wassermann, fórmula y recuento globular, y prueba funcional hepática; tratándose debidamente en caso de ser positivos.

Los datos recogidos se irán anotando en la ficha haciendo el diagnóstico.

Ruego al paciente tenga una correcta higiene de boca, durante cuarenta y ocho horas, cepillándose y haciendo enjuagatorios con una solución salina hipertónica, una cucharadita de sal en medio vaso de agua tibia, con esto simplemente mejoran las condiciones locales para el comienzo del tratamiento; éste será primeramente *preparatorio*, haciendo las extracciones y obturaciones precisas, encontrando indicación para las pri-

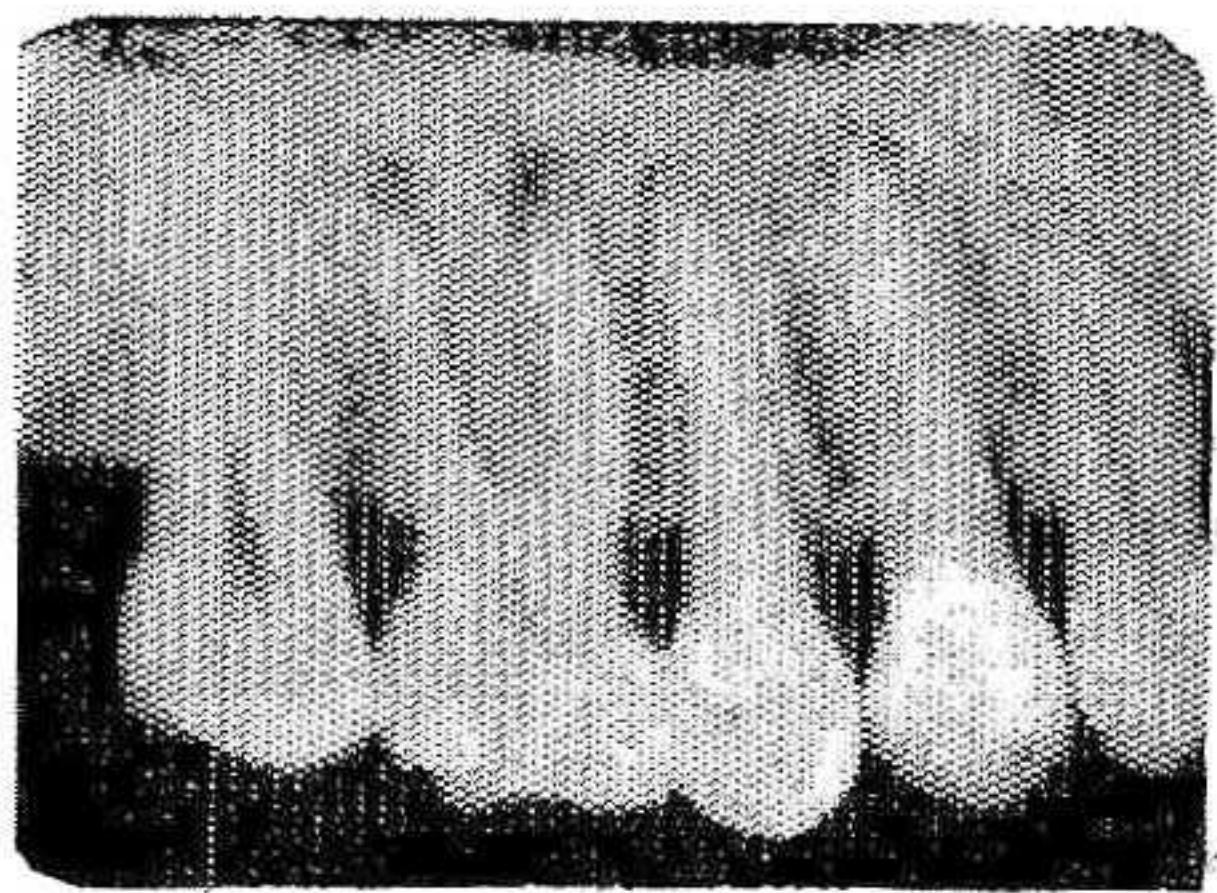


Fig. 5. — *Primer grado de Sachs.*
Atrofia horizontal

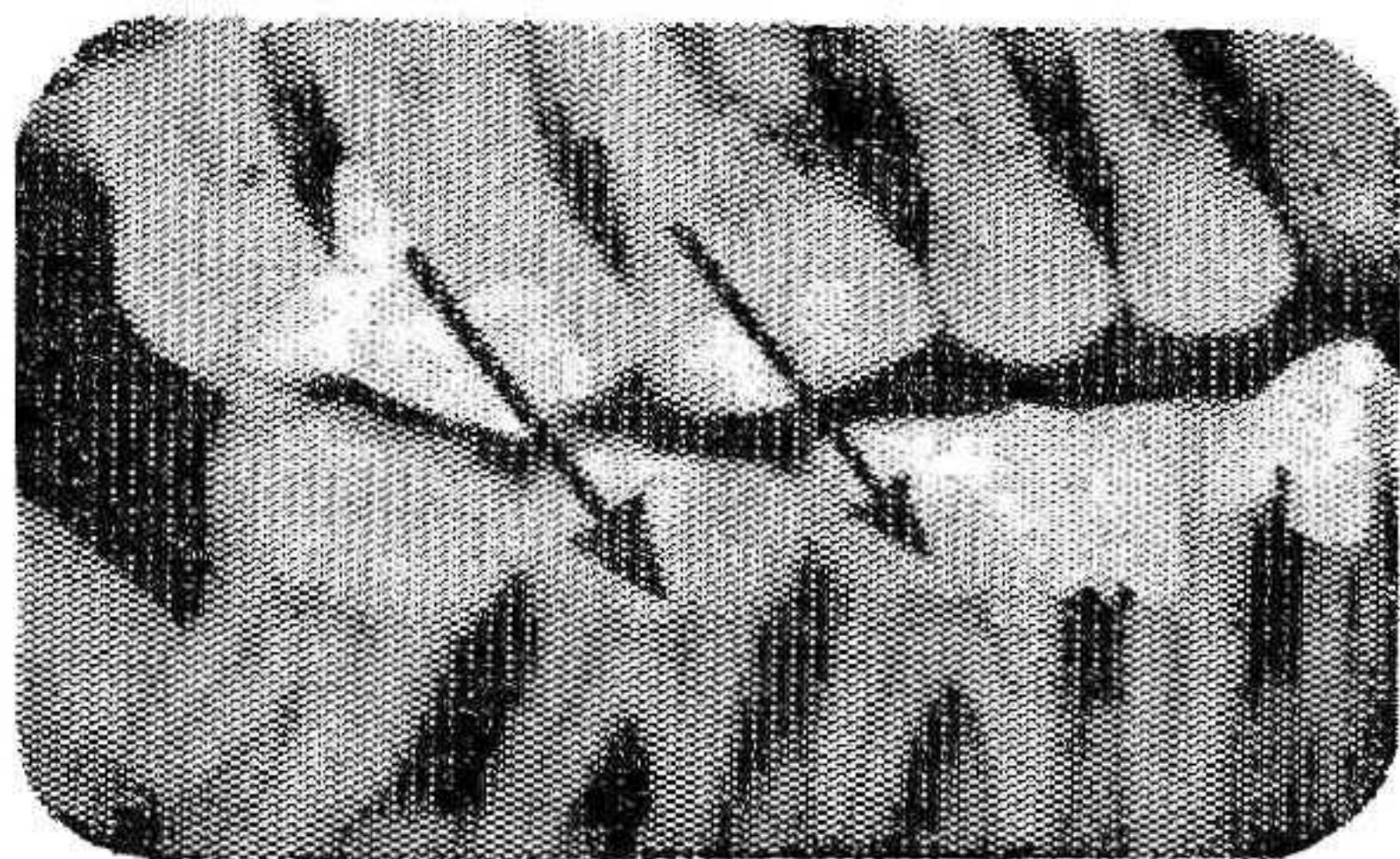


Fig. 6. — *Segundo grado de Sachs.*
Atrofia vertical

meras en aquellos dientes que se hallen comprendidos en el tercero y cuarto grupo de la clasificación de Sachs, que la considero perfectamente admisible, ya que se adapta a la realidad clínica; y que estima el primer grado cuando la destrucción ósea abarca hasta el tercio superior de la raíz; el segundo grado afecta hasta la mitad de la misma y el diente presenta mo-

vilidad; el tercer grado se caracteriza por la desaparición del alveolo en más de su mitad y hay gran movilidad lateral, y en el cuarto grado o destrucción total alveolar pueden practicarse movimientos de intrusión en el diente. Se practicará el limado y pulido de todas las asperezas, eliminando aquello que esté defectuoso.



Fig. 7.—*Tercer grado de Sachs*

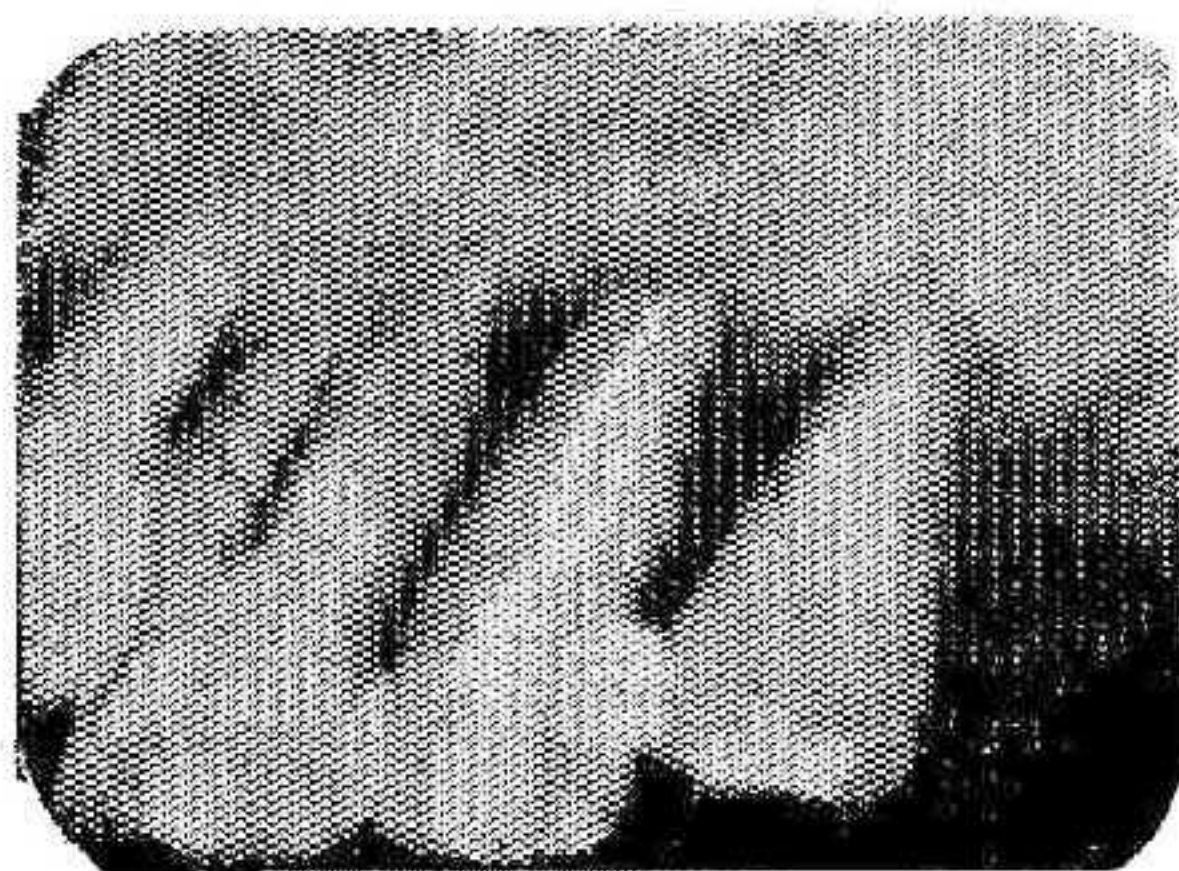


Fig. 8.—*Cuarto grado de Sachs.*

Esto constituye una norma general, que unido a un perfecto interrogatorio clínico de aquellas afecciones que puedan repercutir en su lesión local, integran la fase previa al *tratamiento especial* de cada caso.

Hemos asimismo de advertir al paciente la hiperestésia de las nuevas zonas de la raíz que quedarán expuestas, y que perdurará durante cierto tiempo aunque sea tratada, y el efecto estético desfavorable que ha de sobrevenir después de replegada la encía a su nuevo lecho y de eliminarla donde fuere preciso.

Hechas estas salvedades, diferenciaremos el tratamiento local propiamente dicho de las distintas modalidades de piorrea, indicando los números del cuadro correspondientes a la clasificación internacional, que es por la que nos guiaremos.

11. *Tratamiento de las GINGIVITIS MARGINALES.*—Se verificará el tratamiento general básico. Tartremonía minuciosa, con escaladores apropiados de diversas formas y angulaciones para tener acceso a todos los puntos de la superficie radicular

y del cuello del diente. (Moors, Younguer, Senn, Black, etc.), seguida de un tratamiento químico a base de ácido crómico al 10 por 100, que se introduce subgingivalmente por medio de una sonda, a cuya punta se le ha dado la forma de un asa; ins-tilando después agua oxigenada de 12 volúmenes que refuerza el poder antiséptico y detergente del primero. Con la fórmula de Talbot se obtienen buenos resultados, su composición es la siguiente:

Yoduro de cinc	15 partes
Agua	10 "
Iodo	25 "
Glicerina	40 "

12. Cuando la presencia de bolsas se hace ostensible, hemos de diferenciar aquellos casos en que éstas sean *superficiales* o *profundas*. Recordando, que al constituirse la bolsa, el

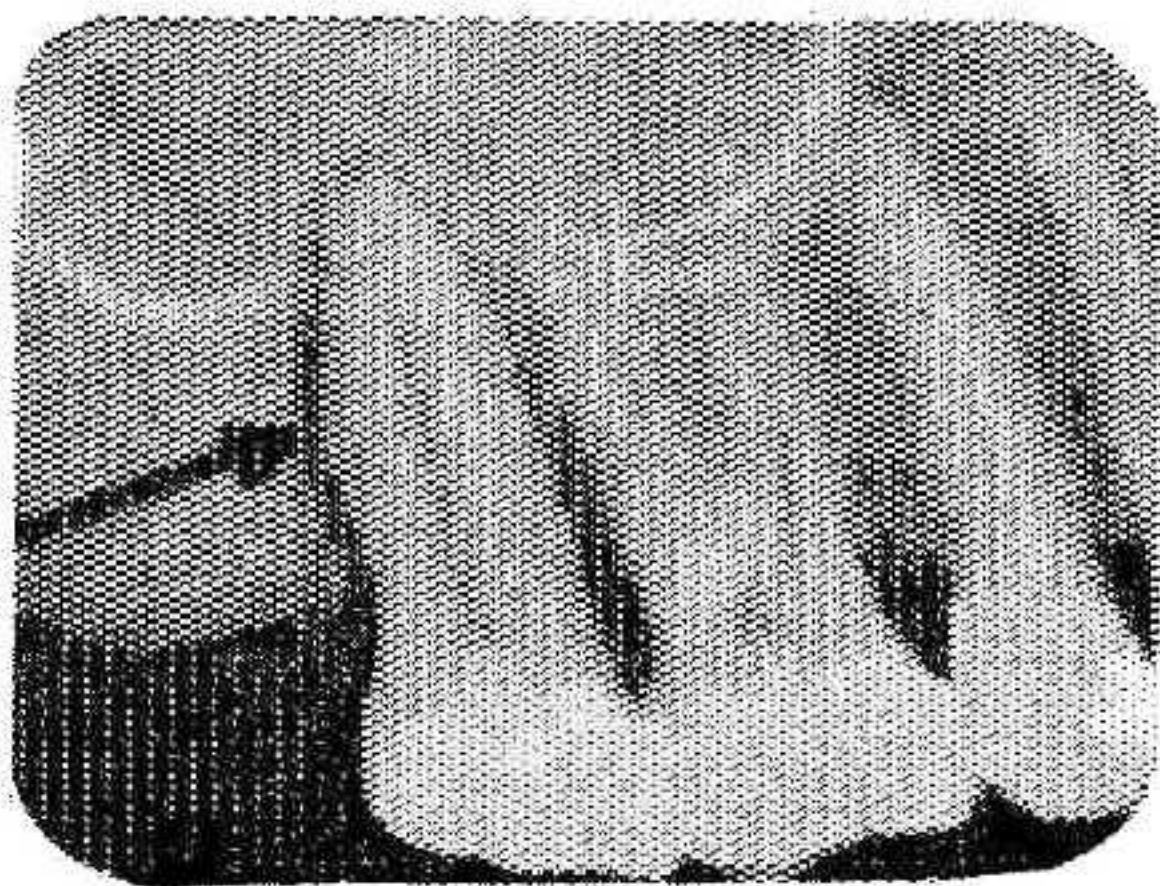


Fig. 9.—*Absceso paradentario*

epitelio gingival se extiende recubriendo la superficie interna de la misma, e impide la unión con la superficie radicular, y que cuando existen sobrepresiones, en la cara opuesta donde se establecen, se origina una destrucción ligamentaria y reabsorción alveolar.

En las superficiales, previa tartretomía, conseguiremos la retracción gingival hasta la completa desaparición de la bolsa. Lo que podremos conseguir ya con la fórmula de Talbot o con el ácido crómico y oxígeno, unido a la cauterización. Prefi-

riendo esta última a la eliminación por medio del bisturí o tijeras; por encontrar que la cicatrización se hace a expensas de un tejido más denso y al mismo tiempo se produce mayores estímulos. Eliminamos también la hemorragia, y el peligro a la infección de la superficie cruenta es menor. Se efectúa en días alternos o cada tres o cuatro. Se aplicará también la penicilina en la forma descrita.

Si la bolsa es profunda, la intervención será más radical, prefiriéndose la eliminación en una sola sesión con bisturí, dando incisiones en V o circulares, según la localización, seguidas de empaquetamiento con una pasta a base de óxido de cinc y eugenol, la que posteriormente se endurece, manteniéndose con felicidad *in situ*. Conservándose así, de una parte, aséptica la región intervenida y por otra se evita un posible nuevo cierre de la bolsa.

En aquellos casos en los que por razones de estética no podemos intervenir quirúrgicamente, procuraremos eliminar el epitelio interno de la bolsa con esclerosantes o por medio del curetage; yo empleo la fórmula de Prinz, compuesta de cloruro de cinc, que es muy higroscópico y se licúa fácilmente, añadiéndole sulfato de cobre, hasta conseguir una mezcla consistente, con la que relleno toda la bolsa, y sello con colodión o cera derretida, durante cuarenta y ocho horas, transcurridas las cuales hago un lavado antiséptico, repitiendo a los siete días, si es preciso. La aplicación es dolorosa durante las primeras doce horas, siendo el resultado en la mayoría de los casos la formación de un tejido conectivo denso, con lo que se afianza el diente y cesa la supuración, a no ser que existan pequeñas lagunas aformativas, y en estas circunstancias el método quirúrgico se impone.

Aparte de los esclerosantes como medio de destruir el epitelio de proliferación de la bolsa, describiré algunos de los con-

ceptos actuales de los tratamientos quirúrgicos, y su técnica para dicho efecto.

Entendemos por reinserción el proceso de adaptación, previo avivamiento y desepitelización de la mucosa gingival ya desprendida, y la superficie cementaria radicular.

De una parte, McCall, de la escuela norteamericana, considera de resultados positivos la reinserción, principalmente cuando es el tejido conectivo el que se deja expuesto, pues las del tejido epitelial no suelen tener una consolidación tan perenne (1).

Por el contrario, Black y Gottlieb niegan estas posibilidades basándose en que, una vez perdida la vitalidad cementaria, consideran a éste incapaz de reacción regenerativa. Sin embargo, Skillen, de la escuela de Black, tras sus experimentos, ha comprobado la posible reimplantación, aunque no sea en la totalidad de la bolsa, considerando esto debido a la actividad proliferativa. Erausquin no aboga por este criterio y estima que la epitelización sería una respuesta defensiva a la infección del coágulo y que si éste se mantiene estéril aquélla no se produciría.

La técnica de reimplantación puede verificarse por medio de *curetas* o a *bisturí* McCall, previa tartretomia profunda y pulido del cemento en toda la zona accesible, emplea una solución queratolítica para desepitelizar, a base de:

Sulfito de sodio..		150 grs.
Carbonato de sodio..		40 grs.
Agua		50 grs.

Esta solución la introduce por medio de un papel absorbente, dejándola durante 10 minutos, pasados los cuales hace un lavado antiséptico y lleva a efecto el último tiempo de desepi-

telización con cureta; repitiendo pasados unos días la misma técnica (fig. 10), si el resultado no es satisfactorio.

La técnica a bisturí o *gingivotomía vertical*, según Box, publicada por Pucci y practicada por el Facino, se fundamenta en la tartretomía minuciosa, regulación de la oclusión, etc...., colutorios de manzanilla para descongestionar los tejidos. Pa-

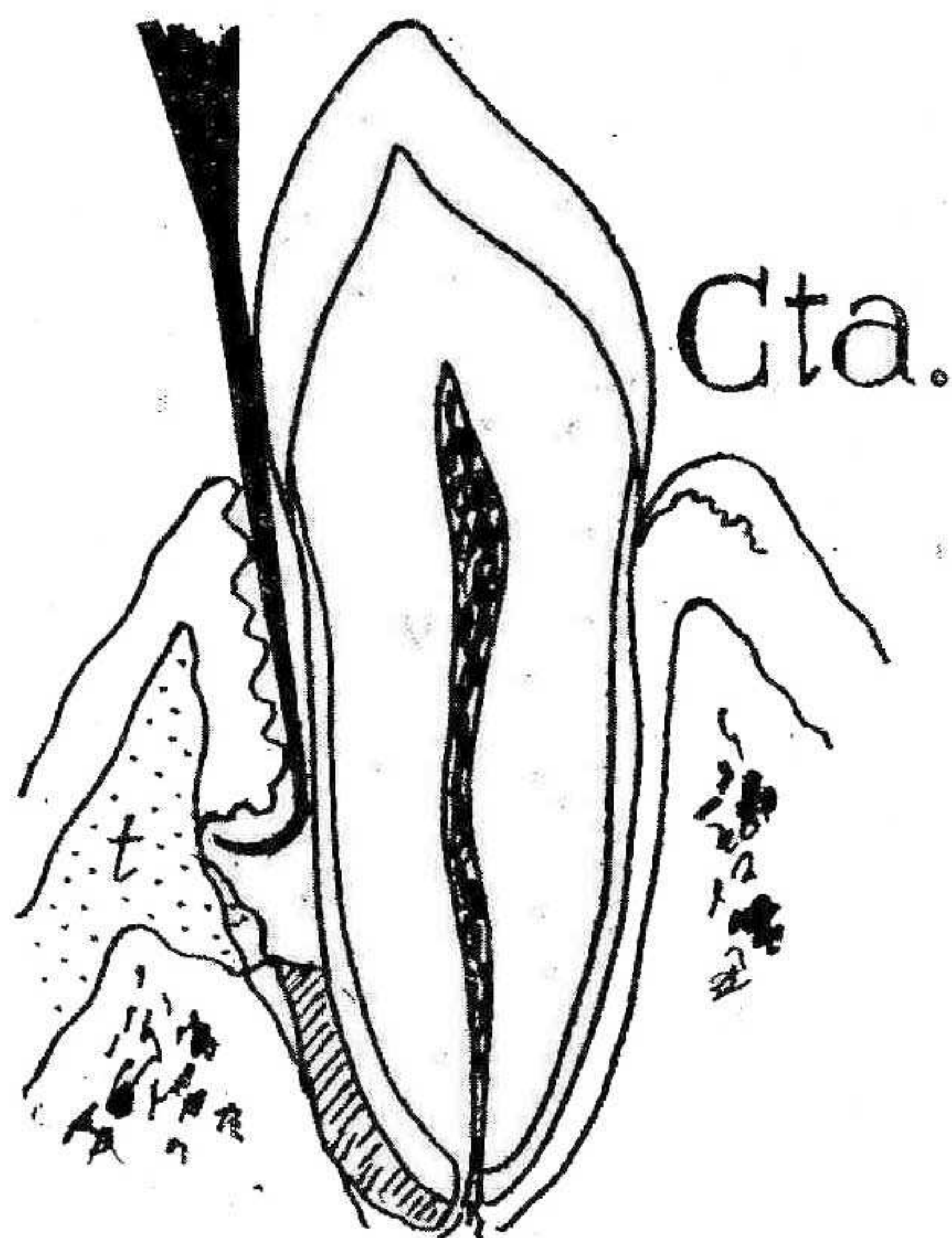


Fig. 10.—Curetaje. McColl

sados ocho días, previa anestesia local y con un bisturí (Figura 11) recto de hoja fina, de un milímetro de ancho aproximadamente y 10 de largo, activo en todo su perímetro, se empieza por incindir, desde la parte media de la cara vestibular del primer diente a tratar, contorneando hasta el espacio interdentario y así se va rebanando diente a diente hasta llegar a la cara vestibular del último que se desee tratar. Este corte ha de comprender toda la altura de la profundidad de la bolsa. En la parte lingual se efectúa de la misma forma.

Cuando la bolsa sea excesivamente profunda debe acortarse previamente con la *gingivotomía horizontal*.

De este modo queda desnudo el tejido conectivo y bañando toda la herida con un antiséptico, no cáustico ni irritante, que bien pudiera ser la tripaflavina o una solución de penicilina que quede unida al coágulo, a expensas del cual y a través de la red de fibrina proliferarán las nuevas células que se reinsertarán en el cemento.

La herida resultante la trata con toques diarios de ácido crómico al 20 por 100 por su acción astringente.

Como comentario de estas técnicas diremos que: 1.º) el curetaje nos proporciona una superficie cruenta más irregular, llena de dentillones, que la naturaleza ha de reparar, siendo el



Fig. 11.—Gingivectomy vertical. Box

esfuerzo regenerativo mayor que en la intervención por bisturí; 2.º) si la desepitelización no se hace perfecta y quedan zonas de bolsa con epitelio, la unión con el cemento en estos puntos es impracticable, y 3.º) ha de mantenerse aséptico el coágulo.

Este tipo de tratamientos están principalmente indicados en dientes anteriores, donde una intervención radical, gingi-

vectomía o Neuman, dan un aspecto estético desfavorable y sólo recurriremos a ellos cuando los anteriores tratamientos nos hayan fracasado, o cuando el enfermo tenga una edad avanzada donde los estímulos estén muy disminuídos, o cuando esté presente alguna tara orgánica que nos conduzca al fracaso; por ejemplo: intoxicaciones, diabetes, etc.

Una intervención con la que espero obtener resultados bastante satisfactorios es la de *revitalización de colgajo*, y cuya técnica, en síntesis, estriba en despegar una determinada zona de nurcoperiostio, dejando el tejido óseo expuesto, y después

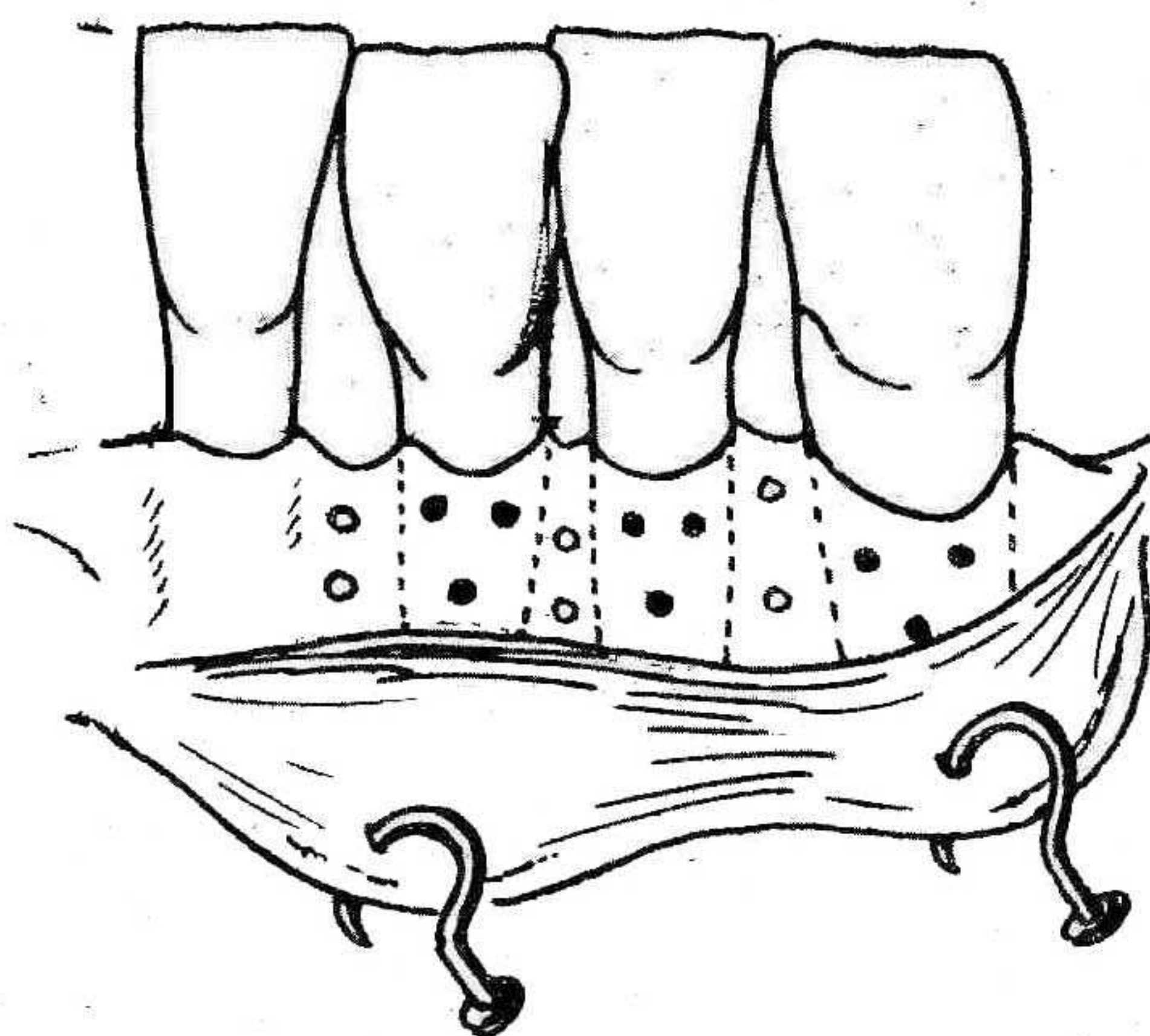


Fig. 12.—Operación de revitalización

(Los puntos negros indican las perforaciones en la parte radicular; los blancos, en las partes interradiculares.)

de regularizar crestas y demás asperezas, practicar con un trócar fino de un milímetro, o menor, perforaciones que afecten únicamente a la cortical en la forma que se indica en la figura número 6. Reponiendo, previo lavado con suero fisiológico, el colgajo. De esta forma conseguiremos establecer por aporte de nuevos vasos que provienen de la esponjosa, un refuerzo sanguíneo entre ésta y la mucosa, denominándola por este motivo *operación Revitalizante* (fig. 12).

También hemos de recordar la operación descrita por Sáenz de la Calzada de homotrasplantes intramaxilares de Osipov-Sinesti, presentada en su ponencia del XV Congreso Nacional de Odontología celebrado en Barcelona (mayo de 1947), y pueden ustedes encontrar todos los detalles de su técnica. Tiene su principal indicación en las piorreas distróficas.

Y su fundamento se basa en la saturación cálcica que se origina en las zonas injertadas.

Algunos autores, como Schwartz, consideran que el tratamiento ortodóncico en las desviaciones producidas por la piorrea puede dar lugar por las compresiones que se originan, a la formación de nuevas fibras ligamentarias. Para corregir las variaciones de posición está indicada la corrección y fijación permanente de aquellos dientes afectados, según técnicas conocidas.

Suavizaremos la articulación en aquellos puntos de excesiva sobremordida.

Tendremos también en cuenta la acción beneficiosa de otros medios. Así la insuflación subgingival del *oxígeno* estimula los procesos circulatorios y al tejido conjuntivo. El empaquetado con la pasta de penicilina ya indicada, nos proporciona la esterilidad de los focos y supresión de los síntomas inflamatorios cuando éstos existen.

La desvitalización tiene sus indicaciones, ya que ésta afianza los dientes, probablemente, por un mejoramiento de la circulación paradental al suprimirse la intradentaria.

La acción de la onda corta mejora también la circulación y sintomatología.

La radioterapia en dosis de 70 a 75 r.r. mejora el factor terreno, modificando las lesiones en sentido favorable, dos sesiones semanales, seis u ocho en total.

c) En la forma *distrófica* o de tipo *vertical*, atenderemos en primer término a la rectificación de la sobremordida, y por tener un fondo constitucional se tratarán las taras orgánicas apreciables.

Es de interés cuando se asocia con la forma mixta, con inflamación y bolsas el transformar el tipo vertical en horizontal quirúrgicamente (Neumann) y proceder a la inmovilización, ya que esta forma es mucho mejor tolerada, obteniéndose resultados más definitivos.

13. *Atrofia Alveolar* o de tipo *horizontal*. Si se trata de un proceso inicial, con la fijación exclusivamente obtendremos buenos resultados; mientras que en aquellos casos más avanzados con reabsorción ósea más extensa, el tratamiento quirúrgico debe ser la regla, acompañado del químico, según las manifestaciones sobreañadidas de cada caso.

No hemos de olvidar los efectos beneficiosos de la inyección de *Novocaina* a nivel del agujero dentario inferior y en la fosa pterigo maxilar, 2 c.c. Como *tratamiento general*, y siguiendo las normas del Dr. Schermant, el primer día por 0,5 unidades antes de la comida principal como dosis de tanteo para ver la sensibilidad del paciente, los siguientes 10 unidades, durante quince días, descansar dos meses y repetir, después cada seis meses, fecha en que se hará una nueva revisión.

La inyección subgingival la utilizo en contados casos por el edema a que da origen.

Está contraindicada en aquellos pacientes afectos de insuficiencia de miocardio y alteraciones coronarias, únicamente podrá utilizarse en menores dosis y preparando al enfermo previa administración de un mayor aporte de hidratos de carbono. En los Adisonianos o con insuficiencia suprarrenal debe ser absolutamente proscrita. También se tendrá en cuenta si el paciente está sometido a algún tratamiento proteínico o de com-

puestos metálicos, ya que ante ellos actúa con mucha más intensidad, debiendo suprimirse éstos durante la cura.

Respecto a su manera de actuar favorablemente en este proceso, podía considerarse debida a un aumento de la circulación de los capilares gingivales y alveolodentarios. Proporciona al mismo tiempo mejores condiciones defensivas al hígado, por aumento de las reservas del glucógeno hepático. Su acción hipoglucemiante no parece tener eficiencia en este proceso ya que actúa favorablemente, tanto en los sujetos hiper como hipoglucémicos. Disminuye también los cuerpos cetónicos en sangre.

Durante los dos meses de descanso insulínico administro: un preparado de lóbulo anterior de hipófisis, (Prelobán-Bayer, Physex-Léo, Proephrinon-Promonta), tres inyecciones semanales en días alternos de 500 unidades, pudiendo inyectarse hasta 1.500 por inyección.

El fundamento de su acción está basado en los estímulos que por ser la glándula del crecimiento envía al sistema óseo, además por su influencia sobre los demás sistemas glandulares, regulando la impregnación de sus secreciones sobre nuestro organismo, siendo asimismo un proceso reversible.

En los tratados de endocrinología, bien expresados están los síntomas de aflojamiento de los dientes que se presentan en la caquexia hipofisaria.

La vacunoterapia puede actuar beneficiosamente en los casos agudizados, inmunizando al organismo, y la empleo en ciertas ocasiones en las que las molestias o la excesiva supuración la reclaman.

Tratamiento privado.—Aconsejo al paciente cepillado correcto con una pasta antiséptica y algo astringente, seguido de colutorios que tengan las mismas propiedades, masaje interdentario con palillo, así como digital con una pasta de Cebión,

dejando impregnadas las encías. Antes del masaje digital y por la noche es conveniente enjuagarse la boca durante un minuto con agua oxigenada a 10 volúmenes.

Se prescribirán preparados de vitamina C y de ácido Nicotínico durante quince días cada tres meses, tres comprimidos al día de Cantán, Cecrisina, Cebión, etc., antes de cada comida, y otro de Nicosán, Nicotinamida, etc., al mismo tiempo antes de la comida principal.

Las condiciones higiénicas del individuo serán las óptimas: aire, sol, ejercicio físico en relación a cada caso; alimentación sana, mínimo protéico, frutas y verduras abundantes, reducción de farináceos y azúcares, así como el alcohol y tabaco.

Evitará en lo posible todo aquello que pueda influenciar desfavorablemente sobre el sistema neurovegetativo, manteniéndolo en perfecto equilibrio; y con esto y sin reservarnos nada por nuestra parte en el menor sentido, espero haberles presentado una síntesis del tema que se me ha adjudicado. Síntesis que espero haya sido para unos sobradamente conocida, mientras que para los más legos constituya una orientación y base para el futuro.

Damos asimismo las gracias a los doctores Schermant y Massa, por sus iniciativas; así como por haber tenido la gentileza, éste último, de cederme una traducción en italiano del libro original de Gottlieb, del cual han sido proyectados los últimos grabados.

TOXICIDAD DE LA ESTREPTOMICINA

La toxicidad inmediata del sulfato de estreptomicina altamente purificado, administrado por un período largo y continuado, es suficiente baja para justificar el uso de la droga en el tratamiento de infecciones graves prolongadas, tales como muchas formas de tuberculosis, y, sin embargo, como la estreptomicina puede producir reacciones tóxicas graves potenciales, no se recomienda usar la droga en el tratamiento de aquellas infecciones benignas, tales como la tuberculosis recién adquirida. (Farrington; "Jour. Am. Med. Ass.", 679, 1947.)

LAS NEURALGIAS FACIALES SINTOMATICAS E IDIOPATICAS

por

H. Krayenbuchl

LA prosopalgia se produce por la acción de una irritación nociva sobre el organismo y se convierte, como el dolor en general, en una vivencia psíquica. La exteriorización del dolor es un fenómeno sumamente variable en la patología cotidiana, cuya valoración no resulta nunca fácil al médico. Esto depende de la relatividad del dolor, que, de un lado, es diferente según edad, sexo, raza y temperamento, y, de otro, de que, como vivencia psíquica, carece de toda fenomenología aprehendible objetiva y clínicamente: el dolor, en suma, no puede ser visto ni medido.

Todas las dificultades que se derivan de este hecho se encuentran en especial en el reconocimiento y en el tratamiento de la prosopalgia. Desde las investigaciones famosas de Magendie y las observaciones clásicas de Ch. Bell aceptamos sin más que el trigémino es "el nervio de la sensibilidad de la cara". Nicolesco ha comprobado, en 1924, que el dolor facial o es producido por una alteración de la neurona periférica, esto es, del ganglio de Gasser, o se debe a un trastorno de la sustancia gris de la medula oblongada, o, finalmente, obedece a una lesión del tálamo óptico. Recientemente se le reconoce, ocasionalmente, una cierta significación al sistema nervioso simpático como vía de conducción de la sensibilidad dolorosa, incluso en la cara. Se debe especialmente a la escuela francesa (Alaujouanine) y otros) la explicación del fenómeno paradójico de la anestesia dolorosa, por la participación del simpático. Si el proceso morboso llega a producir una destrucción en las neuronas periférica

o central del V par, se tiene la anestesia, y con ésta, la desaparición del dolor. Para el tipo de dolor intermitente y aguda es para el que se creó el término de neuralgia. El dolor simpático tiene otro carácter: los ataques son prolongados, violentos, quemantes y fácilmente exacerbados por excitaciones psíquicas. La realidad de dicha colaboración de los filetes simpáticos, la efectividad de esta "simpatalgia facial" la demuestra el alivio por las operaciones sobre el simpático servical, aunque la comprobación causal del papel de la misma no se pueda demostrar con nuestros actuales conocimientos anatómicos y fisiológicos, por lo que no podemos ocuparnos más con esta variedad de causalgia.

I. *Neuralgia sintomática del trigémino*

La prosopalgia se encuentra como fenómeno acompañante de todos los estados morbosos que determinan una lesión de las vías conductoras de la algestesia en el dominio del V par: ante todo, noxas toxi-infecciosas—caries y granulomas dentarios, quistes, etc.; sepsis periférica a consecuencia de piorrea, absceso, antral, sinusitis, etc.; diabetes, porfiria, alcoholismo, lúes—. Al neurocirujano le interesan especialmente aquellas afecciones intracraneales que afectan a la neurona periférica en la región del ganglio de Gasser o, en sus proximidades, la neurona central. Estas neuralgias faciales están condicionadas por un proceso inflamatorio de la base del cráneo, por un neoplasma asentado en las fosas media o posterior del cráneo, por cualquier tumor intracraneal merced a una acción a distancia o por un aneurisma de la base del cerebro. Se caracterizan siempre por las parestesias y anestias concomitantes, así como por la mayor o menor constancia del dolor, y se asocian, más o menos tardíamente, con otros síntomas cerebrales. He aquí algunos ejemplos:

B. Hans, de cuarenta y cuatro años; maestro pintor. Ingresado a causa de una grave oftalmoplejía y amaurosis izquierdas. El proceso actual comenzó hace ocho meses con una sensibilidad obtusa y dolores en la mejilla izquierda, que se atribuyó a una supuración del incisivo superior lateral izquierdo. Pese a una extracción de éste e incluso la extirpación de un quiste en el maxilar superior, persisten las molestias en el lado izquierdo sobre el labio superior, el ala de la nariz y la mejilla. A los once meses se presentan repentinamente, al parecer en relación con la acción de una corriente de aire, dolores en el ojo izquierdo, que luego se hicieron cada vez más violentos y constantes, terminando por extenderse también a la sien del mismo lado. Dos meses más tarde, diplopia, por vez primera, y poco después, imposibilidad para la apertura del ojo y ambliopía progresiva.

Examen al ingresar: Exoftalmos ligero, pero indudable, en el lado izquierdo. Ligera palidez de la papila izquierda. Visión en el lado derecho, 6/6; a la izquierda, percepción de la luz colocada inmediatamente delante del ojo. Pupila en dilatación media; algo más la izquierda que la derecha. Aquella no reacciona a la luz y ofrece una reflectividad consensual y a la convergencia perezosa. El globo ocular izquierdo mira espontáneamente a la izquierda y abajo. Ptosis izquierda. Reflejos corneales izquierdos superior e inferior muy debilitados. Hipalgesia ligera en la zona de distribución de la primera rama del trigémino izquierdo, y en la de la rama segunda, analgesia y anestesia táctil. No se ausculta ningún ruido anormal intracraneal. Sangre y "liquor" normales en el sentido de la lúes. Presión sanguínea, 140/85.

En el radiograma craneal, destrucción completa de la apófisis clinoides anterior izquierda, y en la proyección a. p., además, extensa erosión del tercio interno del ala menor del esfenoides, con una manifiesta dilatación de la "fisura orbitalis" superior.

Se plantea el diagnóstico entre un aneurisma y un meningioma de la fosa craneal media. La arteriografía, mediante dos infecciones, cada una de ocho c. c. de Torotrast, en la carótida interna izquierda, demuestra un rechazamiento hacia atrás y un acodamiento en ángulo recto de la porción inicial de la arteria cerebral media izquierda, concluyéndose en la existencia de un proceso compresivo en la región del ala menor del esfenoides, en dicho lado.

A los diecisiete meses del comienzo se le practica, pues, una craniotomía transfrontal izquierda, descubriéndose la zona del quiasma. Se encuentra un tumor globoso tenso, de superficie lisa, en la mitad medial del ala menor izquierda del esfenoides. Se le punza, en vista de su aspecto, extrayéndose, por aspiración, sangre pura, con lo que se tiene por asegurado el diagnóstico de aneurisma de la carótida, y no hay que pensar en la extirpación, cerrándose seguidamente la diéresis. Tres semanas más tarde se pone al descubierto la arteria carótida primitiva izquierda y se liga con dos hilos de seda, después que algunos días antes la compresión repetida de la arteria ha sido bien soportada. El paciente no ofreció en los días siguientes ningún síntoma neurálgico ni tuvo tampoco molestias subjetivas.

La autopsia, realizada año y medio más tarde, demostró que el tumor interpretado equivocadamente como un aneurisma, durante la primera intervención, era en realidad un heman-gioendoteloma maligno propagado del seno maxilar.

A continuación refiere otro caso semejante, éste de verdadero aneurisma carotídeo intracraneal en el punto de arranque de la arteria comunicante posterior izquierda. El enfermo es dado de alta bastante mejorado, después de haber sufrido la ligadura de la carótida primitiva y, media hora más tarde, de la carótida interna. A los nueve meses los síntomas objetivos están muy mejorados y no ha reaparecido la prosopalgia, aunque se exacerbaba en la semana siguiente a la intervención.

Los tumores primarios en la región del ganglio de Gasser conducen como síntoma capital a un dolor facial intenso y continuado combinado con la existencia de zonas circunscritas y localizadas de anestesia, en forma de focos o limitada a determinada rama. Por el contrario, en el neurinoma del trigémino los dolores son de lo más ligero y hasta faltan completamente, caracterizándose el cuadro por la sintomatología de un tumor del ángulo ponto-cerebeloso. Finalmente, los tumores supratentoriales que crecen lentamente con elevación considerable de la presión intracraneal, pueden conducir a trastornos trigeminales o prosopalgias intensas a consecuencia de un aumento de la presión localizada sobre el ganglio de Gasser. El autor aporta una observación demostrativa.

II. *Neuralgia idiopática del trigémino*

Se trata de una enfermedad monosintomática, caracterizada por ataques dolorosos cortos, desencadenados paroxísticamente, violentos, excruciantes, en una determinada porción del rostro. Otro carácter es el de no aparecer casi nunca antes de la pubertad: por regla general nunca antes de los veinticinco años, presentándose con los avances de la edad un aumento de la frecuencia y de la intensidad de los paraxismos. En los casos del autor la afección duró por término medio nueve años; el que menos, dos años y medio, y veinticinco el que más. En un caso fué bilateral y en la mayor parte de ellos el ataque se localizó en la zona de distribución de las ramas II y III.

Tales prosopalgias ofrecen como características el desencadenamiento de los ataques por irritaciones sensitivas, como corriente de aire, lavado de la cara, afeitado, el hablar, el comer, etc., y muestran el cuadro típico del "tic douloureux", esto es, sacudidas contráctiles en una mitad de la cara, con enrojecimiento y tumefacción de la misma, sialorrea, epífora, flujo

nasal, crisis sudorales y hasta dilatación pupilar. Ni durante el ataque ni en el intervalo libre pueden ser observados trastornos de la sensibilidad objetiva. Como únicos síntomas objetivos han podido ser señalados una debilitación del reflejo corneal en el mismo lado y un punto de Velleix de dolor a la presión.

La etiología de esta temible enfermedad sigue siendo desconocida. Las operaciones quirúrgicas y experimentales indican con gran probabilidad que la noxa actúa en el ganglio de Gasser o, más centralmente, en la raíz del trigémino, el tracto bulgoespinal o en los núcleos ventrales del tálamo. Existe también la teoría vascular que la interpreta como una angiopatía en la región de los citados núcleos ventrales del tálamo. Olivecrona ha hablado recientemente de un desencadenamiento mecánico de esta neuralgia. “Se pudiese pensar—escribe—que, cuando después de finalizar el período de crecimiento, se deja sentir paulatinamente el acortamiento de la columna vertebral a consecuencia de la compresión de los discos intervertebrales, el cerebro se hunde algo hacia el agujero occipital. Puesto que la raíz del trigémino está fijada al ganglio de Gasser, la consecuencia de ello será la distensión de dicha raíz que, además, es favorecida por el hecho de que la raíz discurre en ángulo sobre la punta del peñasco. En estas circunstancias resulta posible una irritación mecánica.” Las peculiaridades de la neuralgia facial y particularmente su carácter paroxístico hacen poco satisfactoria esta teoría.

Pese a su oscuridad patogenética, el “tratamiento” es prometedor, sobre todo el quirúrgico. Sin embargo, todavía se ve cómo estos desgraciados, después de haber agotado todos los recursos posibles, caen en la “quiropRACTIA” o en el “coueismo” y algunos terminan en el suicidio.

De entre los métodos quirúrgicos, ni la neuroexéresis ni la inyección de alcohol entran seriamente por más tiempo en consideración. Tales acciones no influyen perdurablemente sobre la

neuralgia de génesis central. El método recientemente señalado por Ertl de la colocación de una laña de plata sobre una de las ramas periféricas, al objeto de bloquear las excitaciones por la acción química de dicha laña, que causa la degeneración de muchos cilindro-ejes, está todavía sometido a control. También la inyección de alcohol en el ganglio de Gasser pierde actualmente en importancia ante los métodos propiamente operatorios. Si hay que decidirse por el método de la sección de la raíz sensitiva del trigémino (método temporal de Spiller-Fraizer, método suboccipital de Dandy), por la sección intramedular del "tractus spinalis n. trigemini" (tractomía v. Sjoqvist) o por la electrocoagulación del ganglio de Gasser, depende, de un lado, del punto de vista personal del cirujano y de su habilidad quirúrgica, y de otro, en todo caso, de un establecimiento estricto de las indicaciones.

Desde hace años emplea el autor el método de Spiller-Fraizer como método "de rutina" y sin mortalidad inmediata.

La operación se practica en narcosis mixta intratraqueal o faríngea (mezcla de gas hilarante-éter-oxígeno), en posición sentado del paciente, por vía extradural, en el temporal. El descubrimiento y la sección total o parcial de la raíz posterior inmediatamente antes de su ingreso en el ganglio de Gasser se realiza así, después de la apertura del "cavum de Meckel", por vía intradural. Se debe rechazar la proposición de Schoercher de buscar la raíz del trigémino por vía intradural en la fosa cerebral media, porque con ello se aumenta el peligro de una lesión del lóbulo temporal. La dura es la mejor protección, además, para el cerebro. La mortalidad operatoria no debe jugar hoy papel alguno en la elección del método. Los mejores operadores tienen una del 1 por 100. Peet opina que con una técnica ejercitada se pueden evitar todas las lesiones operatorias accidentales en el método temporal. De los casos del autor, una paresia del oculomotor fué aquejada por uno de los operados, la cual no

desapareció luego totalmente, mientras que en los restantes no observó nunca un trastorno duradero. En uno de sus primeros casos la queratitis neuroparalítica fué causa de la pérdida de un ojo. Desde entonces ha aprendido a evitarla por la aplicación de un vendaje con vidrio de reloj y, eventualmente, con la tarsorrafia. Tal evitación de todas las complicaciones graves postoperatorias no parece posible, ni incluso empleando la mejor técnica, con la electrocoagulación: es éste, en realidad, un procedimiento quirúrgico, en el que "se trabaja a oscuras".

Tocante a los resultados tardíos, es indudable que el mayor peligro de recidiva lo tienen los métodos de destrucción del ganglio de Gasser por la inyección de alcohol. El método temporal ofrece uno del 3,5 por 100.

En la sección parcial de la raíz, según Dandy, este autor ha tenido un 11,5 por 100 de recidivas. La fórmula ideal de Schaer, "conservar la sensibilidad haciendo desaparecer las molestias", sólo parece alcanzable, a lo sumo, por la tractotomía y también, eventualmente, con el método de Dandy. La electrocoagulación no parece poder alcanzar esta meta.

A las desventajas de los grandes riesgos de recidiva y de la producción de una anestesia masiva se asocia en la electrocoagulación, según Kirschner, y en la inyección del ganglio de Gasser, una enfermedad secundaria: la llamada anestesia dolorosa. Kirschner admite teóricamente "que la causa del dolor se encuentra centralmente al lugar de la interrupción completa del n. trigémino o que la cicatriz endo o perineural originada por aquélla comprime las fibras del cabo central, o que el dolor discurre por vías distintas que las interesadas". Una sensación de parte muerta, de tiesura y de calor continuo en la mitad de la cara es aquejada por estos desdichados, que recuerdan su estado anterior como menos insoportable. Tanto Harris y Kirschner como Olivecrona, que hasta ahora es el único que ha observado seguidamente a una sección total de la raíz, subrayan que en el

tratamiento de esta segunda enfermedad fracasan todas las medidas operatorias, incluso las intervenciones sobre el simpático. Al autor no solamente le ha fallado en un caso el ensayo de anestesia del ganglio estrellado, sino que éste fué seguido de un empeoramiento. Tal anestesia dolorosa se corresponde, en muchos aspectos, con la "simpatalgia facial" de los autores franceses, con la diferencia de que el dolor quemante es especialmente atormentador por la anestesia concomitante. Parece probable, aunque no esté demostrado, que se trate de una afección simpática tal vez en la región del plexo nervioso vascular de seno cavernoso y que las propias vías sensibles del trigémino no jueguen el menor papel. La presentación de esta enfermedad secundaria, extremadamente desagradable, el gran peligro de recidiva y la masividad de la anestesia facial inducen al autor a rechazar la electrocoagulación del ganglio de Gasser como método ordinario, pese a los brillantes resultados que obtiene en manos de los ejercitados. La sección operatoria de la raíz ha alcanzado hoy tal perfeccionamiento técnico, que se ha colocado en el primer lugar. En los sujetos muy viejos y corporalmente decrepitos, la inyección de alcohol en el ganglio de Gasser puede prestar todavía valiosos servicios. En concordancia con Olivecrona y la mayor parte de los autores anglo-sajones, el autor considera como método de elección para la mayor parte de los casos la sección parcial de la raíz según el método de Spiller-Frazier, puesto que con él son mínimos el riesgo de muerte, las complicaciones postoperatorias y los peligros de recidiva.

("Schweiz. med. Wschr." núm. 53, pág. 1.563, 1943 [616.833], per Bibl. Med. Int. 3.140.)

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española

MADRID

Jorge Juan, 39

Diciembre

Editorial

1947

PIORREA Y PARADENTOSIS

RIGGS Y WESKI

También Haupls, en el Congreso de Viena, clamó por la confusión a que da lugar la abundancia de términos con los que pueden expresarse los distintos estadios "piorreicos". Diríamos, sin embargo, con Weski, que esta falta de claridad no depende de la confusión en el problema planteado, pese al desconocimiento de la etiología paradentósica, sino de la falta de un orden u organización, de amplia visión, que unificare los conocimientos de las distintas escuelas y autores, con la cotejación de iniciativas y trabajos.

A este fin, precisamente, nació el ARPA Internacional, que fué fundado en Frankfort-am-Maine el 31 de mayo de 1932 por Weski y Loos (Alemania), Hulin (Francia) y Held y Jaccard (Suiza). Los estatutos fundacionales resumían su misión en la contribución al estudio de la paradentosis, así como en la íntima colaboración entre la Medicina y la Odontología. Su órgano de expresión fué "Paradentium", que se publicaba encartado en el conocido "Zahn. Rundsch.", hasta febrero de 1945, y luego en 1947 fundarse "Paradentologie", pasando la Redacción de Berlín a Ginebra, de Weski a Held y Jaccard.

Ha de reconocerse, cierto es, que habiendo sido varios los autores que han pretendido la ordenación de la terminología paradentósica, tal intento, por sí solo, parece demostrar la existencia de aquella confusión a la que Haupls hacía alusión. Pero estos estudios fueron hechos más bien desde el punto de vista etimológico, o como mera curiosidad filológica, y no como Weski acertadamente lo ha comprendido.

Esta diversidad terminológica no depende, pues, de confusión filológica alguna, como todos comprendemos, sino de la concepción etiológica, clínica o terapéutica de las distintas escuelas y autores.

Si, pues, para Loos y Hruska esta etiología es: "traumática", "sindrómica" e "idiopática", sus términos de expresión no pueden ser los mismos que, por ejemplo, para Held, cuya naturaleza es explícitamente: "idiopática" y "adquirida".

Lo mismo podría añadirse respecto a las manifestaciones clínicas, cuyo orden de aparición puede asimismo ser motivo de discusión, dando lugar al sinnúmero de expresiones o vocablos.

He aquí, tomados al azar, dos ejemplos de este orden:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| a) Diátesis. | 1) Estado piorreicógeno. |
| b) Reabsorción alveolar. | 2) Necrobiosis. |
| c) Formación del fondo del saco. | 3) Infección. |
| d) Supuración. | 4) Osteolisis. |
| e) Migración. | 5) Formación del fondo del saco. |
| | 6) Supuración. |
| | 7) Complicaciones estáticas. |
- (Roy)
- (Hulin)

estadios a los que habrían de corresponder expresiones distintas, no decimos sólo vocablos, aun tratándose de reflejar síntomas idénticos.

De esto se desprende la imposibilidad de que las distintas clasificaciones o sistematizaciones ofrecidas tengan tantos puntos de contacto, que su unificación sea sencilla o factible para cualquier intención. Como prueba de esta dificultad, veamos algunos ejemplos de estas sistematizaciones:

- | | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
| Enfermedad
paradental ... | { | Gingivitis crónica ... | { | Paradentitis marginalis crónica
progresiva. |
| | | Paradentosis | | Paradentosis complicata. |
| | | Atrofia alveolar involutiva | | |
- (Wannenmacher)

- | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------|---|--------------|
| Paradontoclasia | { | Paradontitis | { | Local. |
| | | | | Sistemática. |
| | | | | Mixta. |
| | { | Paradontosis | { | Idem. |
| | | Compleja | | Idem. |

(Simonton)

- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|-------------------------------------|
| Piorrea alveolar | { | Gingivitis marginal
superativa | { | Paradentitis supurada simple. |
| | | | | Distrofia difusa. |
| | | | | Paradentitis distrófica complicada. |
| | { | Paradentosis | { | Atrofia precoz. |
| | | Atrofia alveolar | | Atrofia senil. |

(Nord)

Periodontolisis	{ Senil. Normal. Precoz.		(Hulin)
Paradentosis	Gingivitis		
	Paradentitis margi- nal	{ Superficial. Progresiva crónica.	(Stutz)
	Paradentosis mixta..		
Paradentosis	Distróficas		(Rouget)
	Inflamatorias	{ Paradentitis simple. Profunda. Atrófica o mixta.	

Respecto a la “confusión” terapéutica nace de estas circunstancias etiológicas, en las que, si nadie duda al citarlas, sí existen disconformidades al valorarlas. Resoluciones terapéuticas que, por ahora, parecen poder resumirse en la redacción de Held: 1.º) Tratrotomía somera; 2.º) Equilibración; 3.º) Medicación paradentaria; 4.º) Reactivación, y 5.º) Higienización.

A la utópica, en su pretensión actual, unificación del concepto, habría de corresponder la del idioma. Así lo ha entendido Weski, el cual, al hacer el estudio comparativo entre su sistematización y las de Reichenbach y Gey, Wannenmacher y Rebel, ha acompañado el correspondiente vocablo formado del latín y griego, latín o griego, y asimismo a la unificación del idioma habría de corresponder la del criterio filologénico, pues en él ha habido motivos de controversia: “paradentium” (Anthony) o “periodontium” (McCall).

Obedeciendo a la misma tendencia de organización, se ha pretendido (Weski, Held) la sistematización de los trazados o expresiones gráficas, que correspondieran a los diferentes estadios paradentósicos, con lo cual la solicitada unificación contaría un día con nuevos medios de expresión. Ese día será el que se estudie, en el mundo entero, la misma etiología de la paradentosis con igual patogenia, y habrá llegado el momento de abandonar en el capítulo de historia aquellas expresiones de “gingivitis intersticial” (Talbot, 1899), o “periodontitis crónica marginal purulenta” (Romer, 1909), “karies alveolaris específica” (Arkovy, 1894), o “schmutzpyorrhoe” (Gottlieb, 1925).

Entretanto, sería útil que cualquiera de nuestros estudiosos fuera recopilando las equivalencias de los distintos autores, equivalencias que nos llevarían hacia la unificación, algunos de cuyos ejemplos hemos tenido oportunidad de deducir en la redacción de esta breve exposición. Veámoslos:

EQUIVALENCIAS

Parodontitis marginalis progresiva (Euler, 1939)	Paradentosis (Weski, 1921).
Schmutz-pyrrhoe (Gottlieb, 1925)	Gingivitis superativa.
Periodontal-dystrophia (Weski, 1921).	Atrophia interna (Wallischs, 1913).
	Atrophia difusa (Gottlieb, 1925).
	Paradentitis profunda (Haupl, 1936).
Paraderitis superficialis (Weski, 1921).	Gingivitis chrónica (Wannemacher, 1941).
	Schmutz-pyrrhoe (Gottlieb, 1925)
	Gingivitis chronica marginal (Rebel, 1941).
	Gingivitis supercialis (Reichenbach, Gey, 1943).
Distrophia catharralis (Wannemacher, 1941)	Gingivitis interna physiologica (Weski, 1921).
	Atrophia alveolaris seniles (Reichenbach, Gey, Rebel, 1943).
	Atrophia diffusa progresiva (Rebel, 1941).
Paradentitis progressiva (Wannemacher, 1941)	Paradentosis prop. (Weski, 1921).
	Atrophia alveolaris involutiva.

BIBLIOGRAFIA

Loos, O.: "Urspr. Entwck. dr. Kln. Prim. dr. Pardnts.", Inf. II, sec. IV, París, 1931.

Orban, B.: "Classifetn. and nmencltre. of P. D.", J. Periodnt., 13:88. Julio, 1942.

Inform. del Comt. Nomeltra., J. of A. D. Ass., 30:1112, julio 1943.

Weski, O.: "Pardntl.-stdien.", Paradtium, 7/8, 1943; 42.

Idem: íd., íd., 1/4, 1944; 5 .

GLOSA A UN DISCURSO

Si no fuera por la solemnidad de la ocasión no insistiría más sobre todo esto, que parece en mí, más que preocupación, manía.

Marañón

Mucho tenemos que agradecer al profesor Marañón el que en su discurso de recepción en la Real Academia de Ciencias tocara tema tan de palpitante interés y oportunidad como el que, al tratar de la obra y anhelos de nuestro Cajal—cuyo sitio iba a ocupar—, se refiriera a la Universidad española.

A la Universidad española y al terrible problema de la selección de su profesorado, por la inadecuada forma de reclutarlo, sobre todo para nuestras Escuelas especiales.

Nosotros, mucho más modestamente, por nuestra calidad y nuestra tribuna, que el sabio profesor, ofrecimos nuestro punto de vista en una de nuestras editoriales (1) de la pasada primavera. ¡Primavera! No parece esto sino simbólica coincidencia. Nuestro criterio quedó expuesto libre completamente de todo interés inconfesable o partidista. Por ello nos sentimos obligados en nuestro agradecimiento al profesor Marañón, cuyos argumentos estarán, ¡no puede dudarse!, muchísimo más que los nuestros, absolutamente libres de adjudicárseles pequeñez alguna, aun por sus mismos contradictores.

“El patriota crítico busca los defectos de su país no con pesimista abandono, sino para tratar de corregirlos”, dijo Marañón, mientras que, recordando a José Antonio, podríamos decir que nosotros amamos a la Universidad porque no nos gusta; la amamos con voluntad de perfección. “No amamos esta ruina, esta decadencia”; amamos la Universidad española de nuestros tiempos. La amamos con amor de perfección porque, no “habiendo tenido temores a los aires de afuera”, salimos mozos a respirarlos y volvimos con esa ansiedad españolista.

Nuestra inclinación, nuestro interés por estos problemas, no es, pues, de hoy y nuestro optimismo tampoco, aun cuando ya pueda parecer un poco larga la espera, pues, como siempre, “por obra de los malos tengamos que dudar de la buena fe de los buenos” (Benavente).

“¡Transformar la Universidad!”, decía Cajal; pero esta obra exige especiales arrestos y está expuesta a mayores sinsabores al romper con la cómoda rutina...

Leamos textualmente en esta parte, merece la pena, el discurso del profesor Marañón y glosemos especialmente aquella que representa “la vergüenza y cáncer de la Universidad española”:

(1) ODONTOLOGÍA, abril 1947.

“EL CANCER DE LAS OPOSICIONES”.—Y, sin embargo, la causa fundamental de los defectos de nuestro profesorado es clara como la luz del día. Reside en el modo de reclutarlo, en las bárbaras y anticuadas oposiciones, vergüenza y cáncer de la Universidad española.

Jamás he podido explicarme ese invulnerable “noli me tangere” que defiende el estrafalario procedimiento selectivo como si fuera milagrosa coraza. Los Ministros de Instrucción Pública o de Educación Nacional, los mejor intencionados y en los momentos de máxima autoridad y fervor reformatorio, jamás han intentado ni siquiera tocar este punto, que es trascendental. Cualquiera de los cambios de método de la enseñanza, a los que nuestros políticos son tan aficionados, requieren mayor dispendio de energía y originan, de momento, perturbación más honda que la simplicísima medida que sería sustituir las oposiciones, que sólo en España existen, por el método de selección que usan absolutamente todas las demás naciones de la tierra. Se dice que las oposiciones las defienden los intereses creados, y yo me he preguntado siempre quiénes son esos intereses intangibles. No veo que puedan ser otros que los opositores de la variedad del papagayo. Mas el hecho es que todo puede transformarse en España; pero pase lo que pase, las oposiciones siguen en pie. Cajal, que hubo de pasar por el trance de ser derrotado en sus primeras oposiciones por un contrincante más elocuente, pero cuya superioridad científica sobre el gran maestro no ha impedido que nadie vuelva a acordarse de su nombre, apenas dejó escapar leves protestas contra tamaño anacronismo. En su discurso en esta Academia se quejó, sí, de que en las oposiciones no se exijan pruebas objetivas de aptitud y vocación en vez de pruebas subjetivas y en cierto modo proféticas. Más adelante de su vida habló también, al lamentar su enemistad con Simarro, de que ella fué “fruto amargo de nuestro brutal y envenenado sistema de oposiciones a cátedra”. Pero en alguna ocasión en que toqué, hablando con él, este problema le hallé reservado y escéptico. Tal es la fuerza que tienen en España instituciones notoriamente dañinas, pero acomodadas a un modo peculiar de entender el sentimiento patrio, aceptando sus defectos como si fueran componentes esenciales y definitivos de nuestra vida nacional.

Si no fuera por la solemnidad de la ocasión no insistiría más sobre todo esto, que parece en mí, más que preocupación, manía. Pero no creo que pueda nadie rebatir la realidad de estos tremendos males ligados al método oposicionista; primero, aun suponiendo una absoluta competencia y ecuanimidad en los jueces, los ejercicios de oposición no revelan ni pueden revelar el saber verdadero ni la eficacia pedagógica del aspirante, sino un conjunto de cualidades como la memoria, la brillantez expositiva—la brillantez expositiva, que puede no ser la mejor técnica para enseñar—, la erudición improvisada e impresionante y la habilidad dialéctica, ninguna de cuyas cualidades es necesaria, ni siquiera importante, para el ejercicio magistral. Y así podrían multiplicarse los ejemplos de catedráticos que realizaron oposiciones brillantísimas, ante la entusiasta unanimidad de

jueces y espectadores y que fueron después adocenados o pésimos maestros. Como dice Cajal, son los de las oposiciones ejercicios "proféticos"; y las profecías humanas fallan muchas veces. Es, pues, mortal pecado encomendar a un azar toda la responsabilidad que una Cátedra representa.

Segundo: la oposición elimina para la enseñanza un número importantísimo de posibles grandes maestros incapaces de vencer al opositor aguerrido en los lances de la absurda prueba. Nadie ignora que personas de profundo saber y de vocación didáctica decisiva han renunciado a formar parte de la Universidad por no sentirse aptos para la oposición. Y que no pocos que lo intentaron fueron vencidos, con toda justicia, dentro de la injusticia capital del método, por hombres menos capaces, pero duchos en la técnica opositora, adquirida, muchas veces, en una larga práctica; porque hay especialistas de las oposiciones, cualesquiera que éstas sean. Y entre los vencidos por ésta, esta injusta justicia, muchos se desaniman y se pierden para la enseñanza y aun para el cultivo de la ciencia. Esto le ocurrió a un hombre tan singular como Simarro, y a él podría añadir otros muchos.

Tercero: la oposición, al abrir la máxima puerta del profesorado mediante unas pruebas verbalistas que se pueden realizar en plena juventud, mejor dicho, que sólo en la juventud se pueden llevar a cabo con brillantez, elimina de la investigación y de la enseñanza a un número enorme de gentes aptas que tendrían que colaborar en la tarea pedagógica, si esta colaboración fuera, como es en todas partes, condición esencial para el acceso a la Cátedra. Cuando nos lamentamos de la ausencia de espíritu de equipo que malogra muchas actividades científicas en nuestro país, podría añadirse sin temor a errar que esa ausencia se debe, casi en absoluto, a que entre nosotros no pueden existir esos auxilios que vemos en otras partes, llenos de vocación, que trabajan al lado de los maestros, sabiendo que su éxito futuro dependerá de la entusiasta y larga permanencia al lado del gran profesor.

Cuarto: la técnica opositora tiene aún otro inconveniente, que parece banal y yo juzgo el peor: el que imprime, para siempre, en la cabeza de los opositores, que son la flor de cada generación, por su ambición y capacidad, la huella funesta del hecho de que, para triunfar, más que el saber verdadero se cotiza la exhibición verbal, el cientifismo. Para algunos es esto afortunadamente un trámite desagradable, una horca caudina, que hay que pasar y que después se olvida, reanudando la marcha por el camino recto. Pero otras veces, muchas veces, conseguida la prebenda—que trae consigo la categoría oficial vitalicia, el éxito profesional y el paso a otras posibles sinecuras—el triunfador se dice: ¿para qué molestarse en rectificar un camino que me ha sido tan pingüe? Y la torcedura mental—y moral—queda ya definitivamente impresa.

Y hay más todavía: el tipo de controversia que la oposición exige criticando al contrario no son argumentos serenos, sino con un navajeo dialéctico, que no tiene inconveniente en penetrar en zonas que la urba-

nidad y el respeto hacen normalmente intargibles, deforma para siempre el espíritu de los protagonistas. Un público tumultuoso y muchas veces soez, idéntico hoy al que nos describe Torres de Villarroel en los tiempos ominiosos de la decadencia de la Universidad de Salamanca, excita con su pasión la de los conterdientes, en el vergonzoso ejercicio de las trincas, y es así donde los alumnos aprenden a discutir los problemas de la ciencia. A las trincas se debe principalmente el que las discusiones, incluso en los ambientes académicos, sean tan arriscadas entre nosotros y sirvan tan pocas veces para el noble fin de que de ellas brote la luz.

Cada vez que he dicho esto se me ha respondido con los tres argumentos siguientes: uno, que los españoles hacemos la oposición y no la libre y consiente elección de los mejores, después de ya experimentados, porque sí, porque queremos, por "eso de la real gana", que, desventuradamente, ha pasado del vocabulario del arroyo a los labios y a los planes de los rectores de nuestra educación. Oí por primera vez esta mafeza a un joven convertido en profesor a las pocas semanas de licenciado. Hoy este ex joven vegeta sumido en la penumbra de su inepticia; pero ello no le impide regentar por toda su vida una cátedra española. Sobre esto, tan triste, pasará de largo.

Aducen otros el ejemplo de los maestros gloriosos que han honrado a nuestra Universidad, tras ganar sus cátedras por oposición. Es natural: los hombres como Cajal, como Menéndez Pelayo, como Ortega y Gasset y otros, si no de su categoría excelsa, de primera calidad, aunque no poseyeran las dotes oposicionistas, tienen un peso científico suficiente para inclinar a su favor la balanza de las pruebas. Pero adviértase que si los genios horran a la Universidad, la gran obra universitaria no la suelen hacer ellos. Menéndez Pelayo realizó su vasta labor cultural sin poner los pies en su cátedra, y el mismo Cajal, que era profesor puntualísimo, es evidente que fué desde su laboratorio y no en la Facultad de Medicina donde transformó la Medicina española. Esta misma labor fundamental de seminario, como la que realizó también Menéndez Pelayo, Asín Palacios, Ortega y Gasset y algunos más, es cierto que la Universidad la facilitó; pero estos hombres igual la hubieran podido hacer sin poseer cátedras; como la hicieron en Medicina, Madinaveitia; ; en Anatomía Patológica, Del Río Hortega; en Bacteriología Turró, para sólo citar a algunos de los contemporáneos. La fundamental y cotidiana tarea de la Universidad la realizan los hombres de talla media, bien preparados, y con profunda vocación. Son los que forman la cordillera de donde surgirán las altas cimas; y esos utilísimos ingenios, que no tienen otro acceso que la oposición, son diezmados por ésta, y muchas veces postergados ante el memorista brillante, que busca en la cátedra, no realizar una vocación, sino el acceso y el marchamo del profesor, necesarios para el auge profesional; por lo que no es frecuente que no vuelvan a pisar las aulas, delegando la enseñanza en modestos auxiliares. Este irromoral subterfugio ha alcanzado entre nosotros proporciones de escándalo. Tiene, sin embargo, un lado bueno: el que, con frecuencia, el modesto auxiliar que sustituye al titular

pomposo posee un celo didáctico muy superior al de aquél y acaba siendo mucho más útil.

Los partidarios de la oposición enumeran los grandes maestros que mediante ella han podido dar lustre a la Universidad. Pero es evidente que si se eligiera sin oposición a los más aptos estarían en la Universidad los mismos que ahora, y otros que ahora no están.

Y aun hay otro tercer grupo de argumentos, tristes argumentos, que aducen los oposicionistas. Es el reducto donde se refugian cuando no pueden contestar a la crítica del sistema. Lo oí incluso de los labios venerables de Cajal. Este argumento es que la oposición, en un país de favoritismos como el nuestro, resulta, con todos sus inconvenientes, la única garantía de justicia. Argumento recusable, empero, ante todo por dignidad nacional, porque presupone una corrupción en los encargados de juzgar que no podemos admitir, y que, por fortuna, puede terminantemente denegarse. Yo he formado parte de tribunales de concurso durante muchos años, y puedo asegurar que jamás se persó en otra cosa que en el bien de la enseñanza al decidir. Las cartas de recomendación, cada vez eran más raras, y se archivaban para responderlas con un "me alegro mucho" o "lo siento en el alma", según cuál fuera la sentencia. La política, hay que decirlo, apenas se atrevía a inmiscuirse en las decisiones. Si algún alto personaje nos hablaba, era para que certificáramos con unas líneas su interés, que él, a su vez, hacía valer ante los valedores del candidato, casi siempre electores suyos, pero sin que jamás asomaran ni indicios de coacción. La historia de los tribunales universitarios está llena de anécdotas verídicas de concursantes, y aun de opositores, amparados de altísimas, a veces egregias, influencias, que se contestaron con un "no", porque era justo hacerlo así. Si el intento de mariobra asomaba, era casi invariablemente movido por algún otro profesor, por los universitarios con madera caciquil, pues no debe olvidarse que el último reducto del clásico cacique español está en los cuadros profesionales de la Universidad. Pero no hay que decir que, invariablemente, su pretensión era sofocada, si no era justa, con los votos adversos. "Usted habla por experiencia", me han objetado a esto. Mas yo he preguntado a varias docenas de profesores que han tomado parte durante treinta años en numerosos tribunales, y su opinión coincide en absoluto con ésta, optimista, que acabo de exponer.

No es un elogio decir que en la Universidad española sería muy difícil que se reunieran cinco hombres para elegir un profesor por concurso y lo resolvieran a favor del menos bueno. El ponerlo en duda debe rechazarse como el máximo agravio. En el que opta a un concurso universitario se ha de suponer una historia larga y pública dedicada a la enseñanza y la investigación, y es muy difícil hacer juegos de manos con valores que están sancionados públicamente. Pero admitiendo que en determinadas circunstancias se decidieran desde las alturas a forzar una de estas elecciones por razones extrañas a la ciencia, yo estoy seguro de que los se prestasen al escamoteo de la verdad lo harían con el mismo desparpajo si en lugar de

ser jueces de un concurso, en los que se decide en la intimidad, lo fuesen de una oposición en la que hay que votar cara al público. No son muchos los casos de oposiciones escandalosamente venales en los últimos decenios, pero sí los suficientes para que conste su posibilidad, y en consecuencia, para echar por tierra argumento de que la oposición es una garantía de la justicia."

Repitamos—añadimos ahora nosotros—nuestro sincero agradecimiento al Prof. Marañón. Con el nuevo recipiendario de la Academia de Ciencias coincidimos, para nuestro honor, al señalar los motivos de los males de nuestra Universidad; coincidimos también en la fe que nos animó a redactar la catilinaria: "Las oposiciones desaparecerán por el bien de España" (Marañón). Día llegará—dijimos nosotros—en que "el fruto esté en sazón, y a la tímida añoranza de hoy por un régimen más sensato de selección del profesorado, seguirá la taxativa disposición ministerial que lo estatuya". Así sea.

El posible efecto perjudicial del D. D. T. sobre los animales no domésticos ha sido muy estudiado. Los vertebrados más sensibles son los peces. Las emulsiones o las suspensiones de D. D. T. superiores a 0,1 parte por millón son tóxicos para las carpas pequeñas de color dorado. En el curso de experimentos efectuados en el campo con larvicidas para mosquitos que contenían D. D. T., Ginsbury observó que tienen un efecto perjudicial sobre la lubina negra, el barbo y los "minnows" de agua salada. Eide y otros pusieron de manifiesto que otros seres acuáticos de sangre fría, tales como los sapos, las culebras, las arañas y los insectos pueden ser afectados por el D. D. T. en suspensiones; pero durante los ensayos, los animales de sangre caliente resultaron ilesos. No obstante, se llegó a la conclusión de que los peces y otros vertebrados no fueron envenenados por las dosis adecuadas para la lucha contra los mosquitos. (per Ion, 1947, 35.)

BIBLIOGRAFIA

Excerpta Medica.—Resúmenes correspondientes a revistas de la literatura mundial en el campo de la teoría y clínica médicas. Amsterdam (Holanda).

Una nueva publicación periódica dedicada a resúmenes de la prensa médica acaba de aparecer en Amsterdam. Comprende quince secciones, cada una de las cuales dispone de volumen separado, de forma que se hace posible la suscripción independientemente a cada una de ellas.

La dirección inmediata la llevan el Prof. Woerdeman, el Prof. Kleijn y el Prof. Zeeman, contando con editores para cada una de las distintas secciones en todas las partes del mundo. En su propaganda señalan disponen del necesario registro de las actividades médicas, que comprenden desde "la China hasta Rusia, por amabilidad de la embajada soviética en La Haya, haciendo posible el conocimiento de sus organizaciones científicas, hasta ahora más bien inaccesibles".

Esta publicación, que carece de sección odontológica o estomatológica, va redactada en inglés. La clasificación adoptada es la misma que la de nuestra "Bibliografía Médica Internacional". El criterio de la publicación difiere del de ésta, al parecer, en ser sus resúmenes más reducidos, comprendiendo cerca de 500 en unas 125 páginas, para unas mil que comprende el volumen anual. Cada resumen lleva su firma correspondiente.

Los precios de suscripción oscilan entre 15-45 dólares o 3-11 libras. Existen representaciones en casi todos los países del mundo; la de España radica en Barcelona.

Boletín Médico Británico

Hemos recibido el número 5-6 de esta publicación, editado con carácter extraordinario. Está dedicado a "Carcinogenesis Química".

Los interesantes problemas de tan importante tema están tratados y comentados por Haddew, Kon, Berenblum, Holiday, Joep, Dickens, Boyland, Weigert, Hieger, etc., y se subdivide en siete apartados: I, Naturaleza de los compuestos carcinogénicos; II, Mecanismo de la carcinogenesis; III, Metabolismo de los compuestos carcinogénicos; IV, Carcinógenos de origen biológico; V, Acción carcinogénica a distancia; VI, Cáncer profesional; VII, Quimioterapia del cáncer.

El número, de 148 páginas de apretado texto y numerosos grabados, está editado con el esmero que es proverbial en la prensa inglesa.

Al propio tiempo nos hacen constar que en lo sucesivo esta publicación, que hasta ahora venía dedicando cada uno de sus números a una especialidad, se dividirá en dos partes, la primera para tratar una rama especial y la segunda para comentarios de la Medicina en general, con sus habituales secciones de "Biblioteca", "Revista de Libros", "Cine-matografía o Películas" y "Guía de la Prensa Médica".

INDICE DE AUTORES

A

	<i>Páginas</i>
<i>A de A.</i> —El pescado como alimento y medicamento	233
<i>Alonso Jiménez, Dr. V.</i> —Alteracns. dent. concmtants. en l. gestacn.	173
— Enfermedades de la encía, etc.	559
<i>Arasa, Dr. F.</i> —Diagnóstico diferencial d. ls. osteomielitis. crónes. ...	429
<i>Armijo Valenzuela y C. Ustasun, Dres.</i> —Un nuev. antibiótico.: la estreptomomicina	18
<i>Aznar Reig y Trincado, Dres.</i> —La penicilina. en un cs. d. osteomielitis.	543

B

<i>Blanco Bueno, Dr. T.</i> —Importancia d. l. paradentosis, etc. ... 107,	161
--	-----

C

<i>Cadrecha Alvarez, Dr. José.</i> —Alergia bacteriana en odontología ...	522
<i>Calderín, Dr. M. M.</i> —Tuberculs. dl. oído	101
<i>Campos Bertolo, Dr. P.</i> —Los traumatismos com. factrs. d. ectopias dentarias	309
<i>Clement, R.</i> —Invstgen. médeo.-socl. d. l. caris. en niños	292

D

<i>Dufourmentel, Dr.</i> —Deformaciones d. ls. maxlrs. d. orgen. dent. ...	555
--	-----

E

<i>Estes, Dr.</i> —El proceso del colado	35
---	----

F

<i>Fernández Cabrera, G.</i> —Las saponinas en los dentífricos	263
<i>Ferreira da Costa, Dr.</i> —Anquil. fibrsa. d. l. articulación.	391
<i>Fides, Dr. P.</i> —La nutrición de las bacterias	478
<i>Forteza, Dr. Santiago.</i> —Recients. adquisnes. en Odontlgía. argonativa.	457
<i>Fernández Martín, Dr. A.</i> —Anatomía dent. en ls. tiempos de Galeno y Vesalio	269

G

<i>Grinda, Dr. P. J.</i> —Tratamto. d. l. neuralg. facial por electroeglen.	242
<i>Gustafson, Nystrom y Stelling, Dres.</i> —Hipocalcificacn. dl. esmalte.	494
<i>Guzmán Seseña, Dr.</i> —Penicilina en aceite	41

H

<i>Hamperl, H.</i> —Microscopia de fluorescencia	468
<i>Held, A.</i> —Amputación del. pulpa	496
— Proflxis. d. l. carie con el fluor	497
— La gingetmía total en l. paradentosis.	497 498
<i>Humphreys, H. J.</i> —Infec. específs. d. ls. manos dl. odontólogo. ...	145
<i>Houet, Dr. R.</i> —Metablsmo. dl. calcio y fósforo	125

K

<i>Kneeland, V.</i> —Agentes hemostátcs. absorbntes.	326
---	-----

L

<i>Lorenzo Velázquez, B.</i> —Génesis d. l. carie dent.	192
--	-----

M

<i>Macintosh, R., y W. Mushin.</i> —Recientes progresos en anestesia ...	436
<i>Macorra Rivilla, L. de la.</i> —Nueva técnica d. reimplantons. dent. ...	53
<i>Macorra de la Revilla, Dr. L.</i> —Coronas funda de resina ...	427
<i>Martín Legos, Dr. F.</i> —Craneoplastia con plexiglás ...	535
<i>Martínez Sardá, Dr. J. A.</i> —Penicilina en Odontología ...	207
<i>McCall, Dr. J. O.</i> —Roentgenodoncia clínica ...	155
<i>Muñiz Toca, F.</i> —Tratamiento tóxico. de las fístulas. d. origen. dent. por ls. sulfmadas ...	1
<i>Mellanby, E.</i> —La ciencia d. l. nutrición ...	81

N

<i>Navarro Sala, Dr. P.</i> —Antibióticos en la cavidad oral ...	315
--	-----

O

<i>Olaviaga, Dr. T.</i> —Nueva fundacn. d. Ortodncia ...	422
<i>Oliva Gonzalvos, Dr. P.</i> —Regulacn. neuro-hormonal d. ls. procesos de crecimiento ...	179
<i>Oresanz, Dr. Fernando.</i> —Prótesis fija en desdentados ...	451
<i>Olmos de Carrasco, H., y Azúa Dochao, L.</i> —Hemiatrofia facial progresiva ...	275

P

<i>Parfit, J. B., y Herbert, W. E.</i> —Odontología clínica ...	343
<i>Peñas Bellón, Dr. J. d. D.</i> —Leishmionis infantil ...	347
<i>Planas, Dr. P.</i> —Las placas selectivas ...	7
— La extraen. en ortodncia. ...	116
<i>Puig, Ig.</i> —Efects. biolgs. d. ls. ondas hertzianas ...	194

R

<i>Royo Montañés, Dr.</i> —Peniclna. y noma ...	367
<i>Ruiz Esquiú, Dr. E.</i> —Controversia sobre el descubrimiento de la anestesia ...	225

S

<i>S. de Pipaón, Dr. Miguel.</i> —El diente como puerta de entrada. dl. virus. d. l. poliomiélitis ...	411
— Restaurac. inmediats. ...	65
<i>Salzmann, J. A.</i> —Principios d. Ortodoncia ...	447
<i>Seipel, C. M.</i> —Variacns. en l. posicn. d. ls. dientes. ...	47
<i>Suárez, Dr. C.</i> —Heterotopia dent. y sinusitis maxilar ...	321

T

<i>Tenenbaum y Karshan, Dres.</i> —Estudi. d. l. sang. en l. periodnlelsia. ...	75
---	----

V

<i>Vicente Argüelles, Dr. A. de.</i> —Ligadura interdientaria d. l. arcada ...	357
— Mecánica funcional de los huesos del macizo maxilo-facial. ...	503
<i>Villar, Dr. P. G. del.</i> —Bio-mecanca. em. fundamto. d. l. cirugía ...	495

W

<i>West, G. I.</i> —Auxiliares dl. odontlogo. ...	255
---	-----

INDICE DE MATERIAS

Páginas

ANATOMIA

- Mecánica funcional de los huesos del macizo maxilo-facila*, por el Dr. A. de Vicente Argüelles ... 503

ANESTESIA

- Controversia sobre el descubrimiento de la anestesia*, por el Dr. E. Ruiz Esquiú ... 225
- Recientes progresos en anestesia*, por los Drs. R. Macintosh y W. Mushin ... 436

BACTERIOLOGIA

- Luminiscencia bacteriana con ayuda de la microscopia ultra-violeta* ... 17
- La nutrición de las bacterias*, por el Dr. P. Fides ... 478

CIRUGIA

- Craneoplastia con plexiglás*, por el Dr. F. Martín Legos ... 535
- Bio-mecanica. cm. fundamto. d. l. cirugia*, por el Dr. P. G. del Villar ... 495

DENTIFRICOS

- Las saponinas en los dentífricos*, G. Fernández Cabrera ... 263

DEONTOLOGIA

- La moral profesional (edit.)* ... 97

La Documentacion

ESTETICA

- Estética de la restauración (edit.)* ... 384

ESTOMATOLOGIA

- Tratamiento tópico de las fístulas d. origen dent. por ls. sulfmdas.* por F. Muñiz Toca ... 1
- Nueva técnica d. reimplantons. dent.*, por L. de la Macorra Rivilla. 53
- Estudi. d. l. sang. en l. periodontelsia.*, por los Dres. Tenenbaum y Karshan ... 75
- Infec. específcas. d. ls. manos dl. odontólogo.*, por H. J. Humphreys ... 145
- Un molar como cuerpo extraño* ... 172
- Alteraciones dent. concomitant. cn. l. gestación*, por el Doctor V. Alonso Jiménez ... 173
- Tratamto. d. l. neuralg. facial por electreoglen.*, por el Doctor P. J. Grinda ... 242

	Páginas
<i>Franct. d. l. mandibla. por avulsn. del sgdo. molar</i>	245
<i>Hemiatrofia facial progresiva</i> , por H. Olmos de Carrasco y L. Azúa Dochoa	275
<i>Lupus vulgar</i> 291, 314,	426
<i>Los traumatismos com. factrs. d. ectopias dent.</i> , por el Doctor P. Campos Bertolo	309
<i>Heterotopia dent. y sinusitis maxilar</i> , por el Dr. C. Suárez ...	321
<i>Agentes hemostáticos. absorbntes.</i> , por V. Kneeland	326
<i>Leishmionis infantil</i> , por el Dr. J. d. D. Peñas Bellón	347
<i>Ligadura interdientaria d. l. arcada</i> , por el Dr. A. de Vicente Argüelles 357,	533
<i>Estomatitis neumocócica</i>	366
<i>Penicilina y noma</i> , por el Dr. Royo Montañés	367
<i>Anquil. rbrsa. d. l. articlción.</i> , por el Dr. Ferreira da Costa ...	391
<i>Diagnóstico diferencial d. ls. osteomylitis. crónics.</i> , por el Doctor F. Arasa	429
<i>Deformaciones d. ls. maxlrs. d. orgen. dent.</i> , por el Dr. Dufourmentel	555

FARMACOBIOLOGIA

<i>Un nuev. antibiotco.: la estreptomcna.</i> , por los Dres. Armijo Valenzuela y C. Ustasun	18
<i>La estreptomcina. sob. las bacterias</i>	37
<i>Penicilina en aceite</i> , por el Dr. Guzmán Seseña	41
<i>El porvenir d. l. estreptomcna.</i>	64
<i>Inyec. indolrs. d. penicilina</i>	80
<i>Terapéutica contra el hambre</i>	198
<i>Penicilina en Odontología</i> , por el Dr. J. A. Martíncz Sardá	207
<i>Nuevo bactericida: furacina</i>	224
<i>Tratamto. d. ls. afecc. periapicles. c. penicilna. (edit.)</i>	248
<i>Acido fólico</i>	295
<i>Terapéutica del oxígeno (edit.)</i>	305
<i>Antibióticos en la cavidad oral</i> , por el Dr. P. Navarro Sala ...	315
<i>Absorcn. y destruc. d. l. penicilna.</i>	320
<i>Estreptomicina y tuberculosis</i>	356
<i>Penicilna. y noma</i> , por el Dr. Royo Montañés	367
<i>Nebulizcn. d. penicilna.</i>	441
<i>Nueva reacc. d. l. vitamina C</i>	444
<i>Pulverizcn. d. sulfnilamida. en l. laringtis. tub.</i>	477
<i>Terapéutica del curare</i>	521
<i>Niveles hemáticos d. l. penicilna.</i>	534
<i>Inactivacn. d. penicilna. F. G. K y X</i>	542
<i>La penicilna. en un cs. d. osteomylitis.</i> , por los Dres. Trincado y Aznar Reig	543

FISICA

<i>Roentgenodoncia clínica</i> , por el Dr. J. O. McCall	155
<i>Efects. biolgs. d. ls. ondas hertzianas</i> , por Ig. Puig	191
<i>La física atómica</i> , por R. M. B.	378
<i>Microscopia de fluorescencia</i> , por H. Hamperl	468

HISTORIA

<i>Recemos a Santo Apolonia</i> , por el Dr. Santg. Fortea	92
<i>Controversia sob. el descbrmto. d. l. anestesia por inhalación</i> , por el Dr. E. Ruiz Esquiú	225
<i>Claudio Bernard</i> , por Xenius	260
<i>Anatomía dent. en ls. tiempos de Galeno y Vesalio</i> , por el Doc- tor A. Fernández Martín	269
<i>Instrumentos dentls. del siglo XVIII</i> , por el Dr. E. Ruiz Esquiú.	462
<i>Homenaje al Cirujano-Destinta: Pita Varela</i>	493

LABORATORIO

<i>El proceso del colado</i> , por el Dr. Estes	35
<i>Determinacn. dl. azufre en caucho</i>	325

MEDICA

<i>Desensiblzn. a ls. picaduras de insectos</i>	6
<i>La ciencia d. l. nutrición</i> , por E. Mellanby	81
<i>Tubercls. dl. oído</i> , por el Dr. M. M. Calderín	101
<i>Importancia d. l. paradents. en la patología gral.</i> , por el Doc- tor T. Blanco Bueno 107,	161
<i>Cáncer y color del pelo</i>	115
<i>Metablsmo. dl. calcio y fósforo</i> , por el Dr. R. Houet	125
<i>Infec. específs. d. ls. manos dl. odontólg.</i> , por el Dr. H. J. Hum- phreys	145
<i>Organisms. patógs. expulsdos. por el aparato respiratorio</i>	147
<i>Alteracns. dent. concmtants. en l. gestacn.</i> , por el Dr. V. Alon- so Jiménez	173
<i>Carencia cálcica y régm. alimenticio</i>	178
<i>Regulacn. neuro-hormonal d. ls. procesos de crecimiento</i> , por el Dr. P. Oliva Gonzalvos	179
<i>Digestión</i>	191
<i>Terapéutica cont. el hambre</i>	198
<i>El pescado como alimento y medicamento.</i> , por A. de A.	233
<i>¿Hay que operar la angina de pecho?</i>	241
<i>Leche de mujer</i>	247
<i>Un caso de enfermedad de Rombergs</i> , por los Dres. Holmes de Carrasco y L. Azúa Dechao	275
<i>Lupus vulgar</i> 291, 314,	426
<i>Agentes hemostáticos</i> , por V. Kneeland	326

	Páginas
<i>Pan</i>	333
<i>El síndrome de Costen</i> (edit.)	341
<i>Leishmaniosis infantil</i> , por el Dr. J. de D. Peñas Bellón	347
<i>Tuberculosis y estreptomycin</i>	356
<i>El diente como puerta de entrada. dl. virus. d. l. poliomielitis</i> , por el Dr. Miguel S. de Pipaón	411
<i>Nebulización de penicilina</i>	441
<i>Nueva reacc. d. l. vitam. C.</i>	444
<i>Hierro y acid. acórbico. en l. anemia dl. niño</i>	467
<i>Pulverizcn. d. penicilina en l. laringitis. tub.</i>	477
<i>Alergia bacteriana en odontología.</i> , por el Dr. José Cadrecha Al- varez	522
<i>La poliomielitis en ls. EE. UU.</i>	532
<i>La penicilina. en un cs. d. osomelitis.</i> , por los Drs. Trincano y Az- nar Reig	543

MISCELANEA

<i>El azúcar</i>	140
<i>El sol es frío y oscuro</i>	261
<i>La farmacia en Rusia</i>	33
<i>Premios Nóbel</i>	386
<i>Homenaje al Cirujano-Dentista: Pita Varela</i>	493
<i>Transfomac. dl. agua de mar en potable</i>	421
<i>La bomba atómica</i>	500
<i>La documentación</i>	148

ODONTOLOGIA

<i>Examen clínico</i> , por B. C.	99
<i>Higiene del niño</i> , por el Dr. A. de Vicente Argüelles	102
<i>Importanc. d. ls. infec. periapicales. en l. patología. gral.</i> , por el Dr. T. Blanco Bueno	107, 161
<i>Calcificación secundaria. dl. esmalte</i> , Brl. Den. J.	141
<i>Infec. espesca. d. ls. manos dl. odontolgo.</i> , por el Dr. H. J. Hum- phreys	145
<i>Génesis d. l. carie dent.</i> , por B. Lorenzo Velázquez	192
<i>Penicilina en Odontología</i> , por el Dr. J. A. Martínez Sardá	207
<i>Tratamto. d. ls. afec. periapicales en. penilna.</i> (edit.)	248
<i>Auxiliares dl. odontlogo.</i> , por G. I. West	255
<i>Car. d. ls. dient. d. lche. en Suecia</i> , por R. Clement	292
<i>Odontología clínica</i> , por J. B. Parfit y W. E. Herbert	343
<i>El diet. cmo. prta. d. entrada. d. l. poliomeletis.</i> , por el Dr. Mi- guel S. de Pipaón	411
<i>Cambs. en l. composcn. dl. diente</i> , Rev. Clin. España.	442
<i>Recients. adquisnes. en Odontlogia. areonativa.</i> , por el Dr. San- tiago Forteza	457
<i>Aplicacns. locales d. fluoruro sódico en l. prevención d. l. caries.</i>	491

<i>Hipocalcificacn. dl. esmalte., por los Dres. Gustafson, Nystrom y Stelling</i>	494
<i>Amputación del. pulpa, por A. Held</i>	496
<i>Proflxis. d. l. carie con el fluor, por A. Held</i>	497

ODONTOLOGIA LEGAL

<i>El Consejo d. teraptea. legal (edit.)</i>	95
<i>Congreso Nacional d. Odontlogía.,</i> 105, 156, 254, 296,	334
<i>Un molar com. cuerpo extraño.</i>	172
<i>Fract. d. l. mandbla. por avulsn. dl. sgdo. molar</i>	245
<i>Ls. estautos. d. l. organzen. colgial. (edit.)</i>	251
<i>Estad. sanitar. d. Europa</i>	259
<i>Investgaen. médcop.-socl. d. l. caris. en niños, por R. Clement</i> ...	292

La documentación

ORTODONCIA

<i>Las placas selectivas, por el Dr. P. Planas</i>	7
<i>Variacns. en l. posicn. d. ls. dents., por C. M. Seipel</i>	47
<i>La extracn. en ortodncia., por el Dr. P. Planas</i>	116
<i>Nueva fundacn. d. Ortodncia., por el Dr. T. Olaviaga</i>	422
<i>Principios d. Ortodoncia, por J. A. Salzmann</i>	447
<i>XXIV Cong. d. l. European Orth. Soc.</i>	500

PARADENTOSIS

<i>importancia d. l. paradentosis, etc., por el Dr. T. Blanco Bueno</i> 107,	161
<i>Paradentologie</i>	255
<i>Enfermd. d. l. encía y estadu actal. dl. problma. d. l. piorrea, por el Dr. V. Alonso Jiménez</i>	559
<i>La gingetmía total en l. paradentsis., por A. Held</i> 497,	498

PEDAGOGIA

<i>Material cientfco.: La documentcn. (edit.)</i>	148
<i>El profesorado (edit.)</i>	199
<i>Cultura germánca. (edit.)</i>	307
<i>Premios Nóbel</i>	386
<i>Terminolgía. y lexcgrfía. (edit.)</i>	445
<i>Premios internacionales</i> 449,	492
<i>La cátdra. de Paradentosis</i>	449
<i>Cong. de Praga</i>	501
<i>La divulgación. en l. clínica (edit.)</i>	554
<i>Congres. d. Italia</i>	558

PROSTODONCIA

<i>Estabilizacn. d. ls. placas completas (edit.)</i>	38
<i>Restauracns. inmediatas, por el Dr. Miguel S. de Pipaón</i>	65
<i>El síndrome de Costen (edit.)</i>	341
<i>Coronas funda de resina, por el Dr. L. Macorra de la Revilla</i> ...	427
<i>Prótesis fija en desdentados, por el Dr. Fernando Oresanz</i>	451

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

Los trabajos más importantes se orientarōn hacia el tratamiento de la tuberculosis experimental en animales y en el tratamiento de la lepra, cuyos agentes específicos pertenecen a la misma familia.

El empleo inicial de la "estreptomina" en la especie humana se debe a Herrell Nichols, en 45 casos tratados con esta droga en diversas enfermedades, como fiebre de Malta, fiebre tifoidea, gripe, sífilis, fiebre ondulante, meningitis y ocena, con resultados sorprendentes.

En la actualidad, el profesor Waskman dirige todos sus esfuerzos de investigación al problema de la curación del cáncer, fundamentándose en estas palabras suyas: "Las bacterias que forman el ácido láctico de la leche animal, las levaduras del vino y de la cerveza y del pan y muchos microorganismos tan sólo representan una pequeña fracción del mundo microbiano. Estamos dominando, domesticando millares de microbios que han de combatir las enfermedades de las plantas y de la raza humana."

IV. Estamos, pues, en el comienzo de una era de la medicina contemporánea de insospechados horizontes de posibilidades terapéuticas, que ya constituyen realidades. He juzgado del máximo interés exponer en este Instituto la historia clínica primeramente descrita de un caso de tuberculosis laríngea curado con "estreptomina", y al exponeros este caso, que seguramente ha de ser histórico, máxime si tenéis en cuenta los años de pesadumbre y desaliento de cuantos se afanaron por encontrar un remedio contra esa terrible plaga de la Humanidad que

T TIROTRICINA Y ESTREPTOMICINA

ODONTOIATRIA

Tirotricina y estreptomina, por el DR. M. JIMÉNEZ QUESADA. (El primer caso de curación de tuberculosis laríngea con estreptomina.)

I

I. El descubrimiento de la tirotricina se debe al doctor René Dubós, miembro del Instituto de Rockefeller de Investigaciones Médicas. Este investigador, discípulo y colaborador de Selman A. Waskman, pensó que en la tierra del suelo debería existir alguna bacteria enemiga del estreptococo, en virtud de los escasos gérmenes patógenos existentes en la tierra cercana a los cementerios.

Después de investigaciones penosísimas, en virtud de la enorme cantidad de microbios diferentes (se calcula que la tierra que puede alojarse en la uña de un dedo contiene ocho millones de microorganismos) dió con un microbio del suelo capaz de matar a los gérmenes más virulentos, encontrando una substancia antibiótica a la cual denominó tirotricina, substancia que no podía inyectarse por su acción tóxica y por su poder destructivo de los glóbulos rojos de la sangre.

Al mismo tiempo, el doctor Waskman, máxima autoridad en estos estudios, dedicó todo su tiempo y todo su personal científico a la busca de las múltiples substancias químicas segregadas por los hongos, bacterias y actinomicetos.

Tras múltiples ensayos, el doctor Waskman y su colaborador Woodfruff descubrieron un microbio del suelo de enorme poder bactericida capaz de matar las bacterias más virulentas, microbio que designaron con el nombre de "Actinomices Antibioticus" y denominado "actinomicina" a la sustancia segregada por dicho microbio.

Esta sustancia poseía propiedades casi increíbles, pues cien millones de bacterias eran capaces de yugular el crecimiento y desarrollo bacteriano de las bacterias causantes de multitud de enfermedades humanas.

II. En los comienzos, la "actinomicina" parecía mucho más prometedora que la penicilina; mas estudios posteriores demostraron que mataba igualmente a un animal que a un microbio, y que con una dosis inferior a tres centigramos podía matarse a un hombre, por ser esta sustancia antibiótica seis veces más mortífera que el ácido cianhídrico.

Este enorme inconveniente inicial tan sólo sirvió de acicate para proseguir la admirable investigación de Waskman y sus colaboradores, culminadas con el hallazgo de "Actinomices levadue", cuya sustancia segregada denominaron "estreptocina". Si esta sustancia se hubiera descubierto antes que la penicilina, habría sido considerada como una de las mayores hazañas científicas de todos los tiempos, siendo, pues, de justicia hacer resaltar los nombres de Waskman y de René Dubós al lado del genial descubridor Alexander Fleming.

La importancia de la nueva droga era extraordinaria, pues tenía un poder destructivo contra diversos gérmenes insensibles a la acción de la penicilina.

Investigaciones posteriores fueron superadas por Waskman y Albert Schaltz al descubrir un nuevo antibiótico segregado por otro microbio del suelo denominado "Actinomices griseus", sustancia que denominaron "estreptomycinina", de mayor acción antibiótica que la estreptocina, de mayor acción bacteriostática y ofreciendo la enorme ventaja de estar exenta de la toxicidad de la tirotricina.

III. Los primeros éxitos curativos de la "estreptomycinina" se lograron en la fiebre ondulante de Bang, producida por el "brucelas abortus", germen similar al de la fiebre de Malta, afección que hasta el momento no tenía remedio curativo alguno; en la fiebre tifoidea y tifus, en las que las sulfamidas y la penicilina no tienen acción curativa. Posteriormente, los investigadores de la Mayo Clinic y principalmente Feldman y sus colaboradores ensayaron la estreptomycinina en la tularemia, fiebre infecciosa transmitida por los roedores y por la garrapata, cuyo agente productos es análogo al bacilo de Yersin de la peste bubónica.

Los primeros ensayos de la "estreptomycinina" en la especie humana se deben a Reiman Williams Elias y Allison Price, publicados en el "Journal of the American Medical Association", de Filadelfia, los cuales trataron los primeros casos de fiebre tifoidea.

absorbidas cuando se fuma. La dosis liminar, indicada anteriormente para el efecto excitante de la nicotina, sólo corresponde a la 1/640 parte de la dosis media mortal de 32 miligramos por kilogramo, determinada en los mismos animales. Estos ensayos hablan en favor de que la supresión del cansancio que se produce al final debe referirse, por lo menos en una gran parte, al efecto de la nicotina absorbida. Claro es que tampoco puede negarse que desempeñen además un papel la costumbre, los reflejos condicionados, etc. El efecto sedante del tabaco, que persiste breve tiempo en el individuo excitado, no ha encontrado un paralelismo seguro. Sin embargo, en este caso, se trata, sobre todo, de la dificultad en obtener este efecto. Los autores pudieron conseguir un efecto sedante manifiesto también en perros que, bajo la acción de la nicotina, después de la atropina, no mostraron excitación alguna, sino un estado semejante al sueño.

Como resumen de todo lo expuesto, se puede decir que en las ratas la nicotina, en pequeñas dosis, produce un efecto excitante central de carácter semejante al de la cafeína y pervitina. En los animales excitados la nicotina parece producir, algunas veces, un efecto sedante pasajero.

Estos efectos hablan en favor de la opinión de que se fuma no "a pesar" de la nicotina, sino "a causa de la misma".—A. P. (3.007.)

T TABACO

ODONTOIATRIA

Sobre la acción excitante central de la nicotina, por G. KUSCHINSKY y R. HOROVY.—"Klinische Wochenschrift", oct. 1943, pág. 469 [615.9].

La experiencia de la vida cotidiana nos enseña que los síntomas de cansancio en un fumador pueden suprimirse haciéndole fumar un cigarrillo, y también que en los estados de hiperexcitabilidad en aquél el tabaco puede actuar como sedante. Hull pudo observar también experimentalmente mejorías producidas por el tabaco en las funciones intelectuales. Todavía no existe prueba alguna de que tales efectos correspondan a la nicotina misma. Se supone, por el contrario, con frecuencia, que los hábitos adquiridos cuando se fuma eran los responsables de tales efectos. Heubner, basado en que la nicotina no producía en el hombre ningún efecto deseado, cree que se fuma no a causa de esta substancia, sino "a pesar de la misma". Los efectos secundarios perjudiciales sobre los órganos circulatorios no son negados, sino considerados únicamente como un factor complementario desagradable.

Teniendo en cuenta que el efecto excitante producido por el tabaco en el individuo cansado se verifica en forma semejante al de la cafeína, parecía lógico estudiar en un animal apropiado el efecto de la nicotina mediante el mismo método que permite comprobar objetivamente el de la cafeína. Con este objeto se introdujeron ratas en las llamadas "jau-

las temblantes". Se trata de jaulas con suelo movable sobre muelles. Con este método se pueden comprobar claramente los efectos excitantes centrales de la cafeína, pervitina, etc.

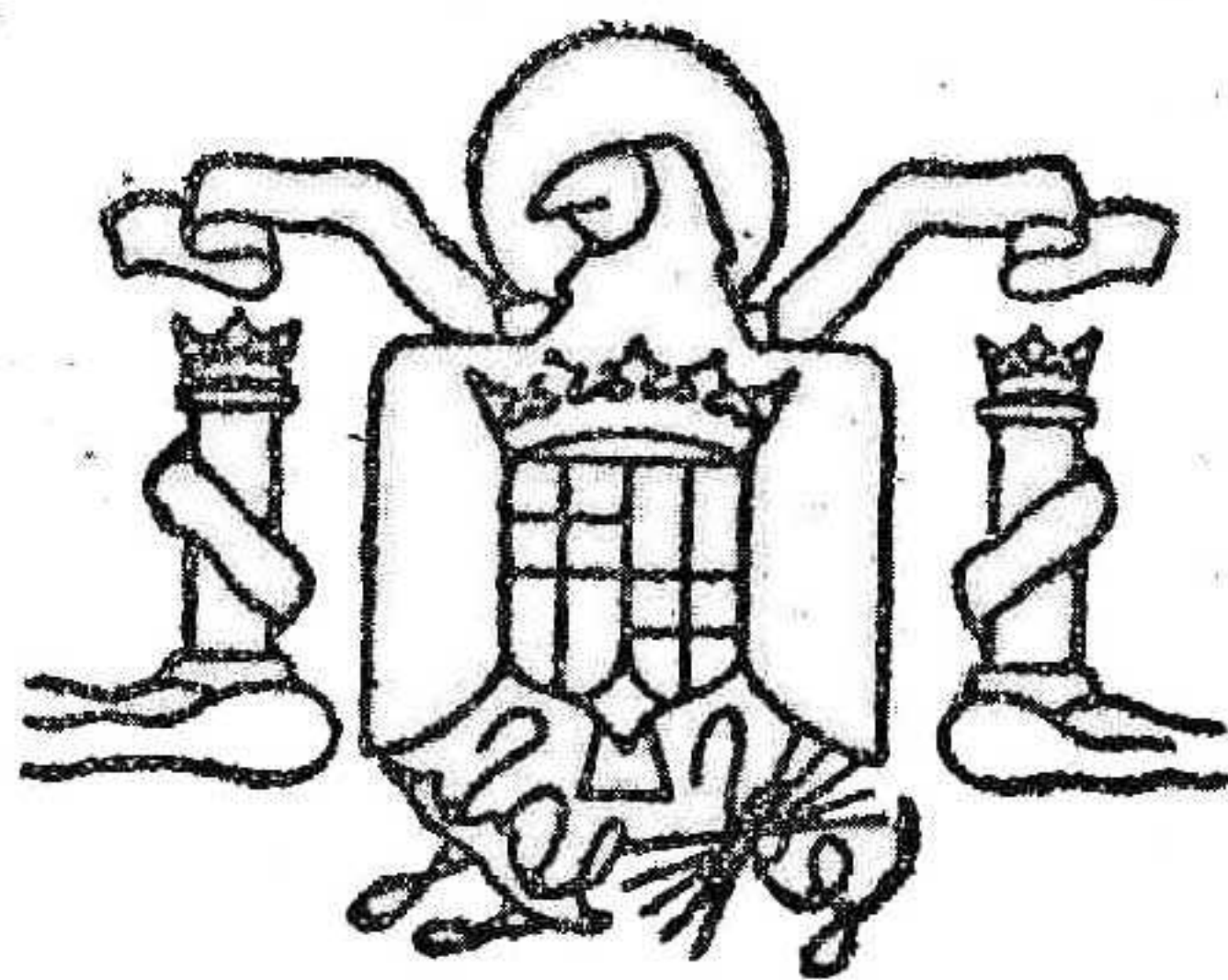
Se inyectó por vía subcutánea a ratas machos 165-330 gramos de diluciones de nicotina del 1 : 2.000 hasta 10.000 en dosis de 50-500 por kilogramo. Después de 350 por kilogramo, se observa un fuerte estado de agitación que persiste más de media hora. La curva registrada tiene el mismo aspecto que la de la cafeína y pervitina, pero difiere de la del cardiazol (el cardiazol provoca especialmente temblores finos, mientras las demás sustancias dichas provocan carreras, debidas seguramente a los altos impulsos que se producen). Si las dosis son mayores, su efecto es todavía más intenso y más persistente, siendo, en cambio, menor cuando las dosis son más pequeñas. También en este caso se observa un modo distinto de reaccionar los animales. Cuando las dosis se aproximan a la liminar de unos 50 por kilogramo se observa, al principio, algunas veces un efecto sedante de unos diez minutos de duración.

Este efecto sedante impulsó a los autores a variar el estado de reacción de los animales de experimentación. Se les administró primeramente una dosis excitante de pervitina para ver si la nicotina actuaba entonces de un modo sedante. Se consiguió, en efecto, con frecuencia, esta acción, que duraba unos diez minutos. Ciertamente, estos resultados no son tan patentes, porque también después de inyectar solución fisiológica de sal común se puede ver en ciertos casos una sedación pasajera.

Sin embargo, en todos los casos, con la nicotina, en los animales previamente tratados con pervitina, después del breve efecto sedante, se produce un efecto excitante más fuerte que después de administrar dichas sustancias solas. Se trata, pues, de un efecto de adición. De este modo se produjeron excitaciones extraordinarias. Si volvía a administrarse cada vez la misma dosis, se conseguía siempre este mismo efecto, incluso al repetir aquélla cuatro veces. Tampoco en las ratas que durante tres meses y medio habían sido tratadas previamente con grandes dosis de nicotina se observó debilitación segura alguna del efecto excitante.

Los autores creen, por tanto, que la nicotina es realmente capaz de producir efectos excitantes centrales que en las condiciones experimentales dichas son muy semejantes a los de la cafeína o pervitina. También la posibilidad de la adición de pervitina y nicotina habla en favor de esta semejanza. Estos ensayos no permiten deducir con precisión el punto de ataque. Puede pensarse, sin embargo, en que la acción ganglionar periférica de la nicotina tiene su paralela en una central, ya que sabemos que el mecanismo transmisor de la excitación presenta igualmente este paralelismo.

Si comparamos las dosis absolutas de nicotina y pervitina, podemos comprobar que en la rata se necesita una cantidad de esta última cincosiete veces mayor para poder producir los mismos efectos excitantes que la nicotina. Se trata, en este caso, de dosis que referidas al hombre son



Número suelto: 15 Ptas.