

de lesiones específicas el asunto sería cosa de discutirlo; en la actualidad ya son varias las publicaciones de este orden que con el uso y abuso de preparados vitamínicos se han observado la presencia en niños de cálculos hepáticos y nefríticos, consecutiva a la fijación de sales cálcicas, y es que hay que tener en cuenta el modo de reaccionar de los distintos individuos para determinados medicamentos, pues mientras unos, y esto es de observación diaria, lo soportan sin la menor molestia y lo eliminan con gran facilidad, otros, por el contrario, sufren una serie de trastornos de verdadera intolerancia que obligan a la suspensión.

Existe otro grupo de enfermos que tienen una particular tendencia a constituir depósitos, consecuencia de una defectuosa eliminación o fijación excesiva por presencia de gran cantidad de hormonas.

La remineralización y, sobre todo, la recalcificación, dan efectos curativos que no son negados por nadie, pero sería funesto creer que es la única arma que tenemos contra la tuberculosis, es también un error continuarla demasiado y no interrumpirla.

Sin querer demostrar con esto que sean perjudiciales las sales cálcicas, puesto que a diario estamos viendo con su uso buenos resultados, no podemos compartir con la administración a grandes dosis sin estudiar el destino que el organismo va a dar y el modo de reaccionar el sujeto frente a una recalcificación intensa.

C CALCIO

ODONTOIATRIA

Trastornos de las inyecciones intravenosas de calcio a altas dosis, por DR. PABLO BAUZANO GUILLEN (Cádiz). Médicas, VIII-22-1936. Lab. Andrómaco.

El uso, y sobre todo el abuso del calcio, no debe ser instituido en todos los enfermos, pues dependen del modo de reaccionar frente a soluciones concentradas, de su eliminación (riñón amilóideo, nefritis intersticial crónica, etc.); la cantidad de calcio que se ha de fijar, pues se sabe que en la tuberculosis se pierde grandes cantidades de fosfatos hasta el punto que se tenía a la fosfaturia como un signo diagnóstico, y sobre todo, que si lo que se pretende es encapsular la lesión primitiva hay que tener en cuenta que es la única capaz de este proceso, pues los focos secundarios jamás llegan a calcificarse, y, por último, que si bien es cierto, según ha demostrado Ott, que los tuberculosos graves tienen un balance de N negativo y pérdida de Ca., por el contrario, en los casos benignos el balance es mas bien positivo, y en este caso, si la eliminación es defectuosa, la sal tiende a formar depósito con la consiguiente hipercalcemia; por otro lado, para la absorción de estas sales hay que tener en cuenta que su metabolismo está íntimamente unido al del anión $\text{P. O}_4\text{H}$ y que para su retención duradera hay que administrar $\text{P. O}_4\text{H}$, según depende también de su grado de ionización en sangre.

Recientemente he tenido ocasión de observar un caso en el cual existían depósitos pulmonares que dieron lugar a la expulsión de bronquiólito consecutivo a un prolongado tratamiento con inyecciones cálcicas en un enfermo no portador de lesiones tuberculosas.

Tratábase de una enferma que diagnosticaba anteriormente de tuberculosa únicamente por los datos estetoscópicos y clínicos, empezó a ex-

pulsar periódicamente concreciones calcáreas y colessterínicas con relativa frecuencia.

El caso de referencia era individuo bien constituido de treinta años, sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, casada, con cuatro hijos, pero desde el primer embarazo sufría brotes de bronquitis de pequeños ataques pseudoasmáticos asma calculosa de Cullen), con ansiedad, tos espasmódica de aspecto pleural (traqueobronquitis de Bezancon), durante estos ataques y anteriormente suponiendo la existencia de pequeños brotes bacilares, fué investigado bacilo de Koch, por extensión e inoculación, con resultado siempre negativo, lo mismo ocurría con la albuminoreacción y la investigación de fibras elásticas, los signos estetoscópicos demostraban la existencia de estertores, roncus y sibilantes, propio de toda bronquitis vulgar, estertores crepitantes en base y alfonos estertores húmedos diseminados con tendencia a un pequeño aumento a nivel del lóbulo central derecho; no obstante, la eliminación del bacilo de Koch, puesto que por los métodos anteriormente investigados no se pudo demostrar su existencia, la enferma adelgazaba, se quejaba de disnea de esfuerzo, sudores nocturnos, febrícula y tos hemetizante.

La sangre demostraba pequeña elevación de los eritrocitos, la formaba leococitaria un pequeño aumento de los linfocitos, la reacción de B. Wassermann y complementarias eran negativas, el examen radioscópico demostraba a nivel del hilio derecho la existencia de una sombra difusa que envolvía una opacidad completa mal limitada.

Se pensó primeramente en una osificación de cartílagos bronquiales, un absceso de pulmón, quiste hidatídico, un ganglio cretificado; espontáneamente la enferma expulsó un esputo gris oscuro de consistencia dura, erizado de ramificaciones que analizado químicamente daba carbonato y fosfato cálcico y abundante cantidad de colessterina.

Se basa que los bronquiólitos primitivos plantean problemas análogos a la litiasis urinaria, o bien asientan sobre lesiones inflamatorias de una esclerosis cicatrizal o calcificaciones de un núcleo caseoso o supurado (Amullet y Bordet), o bien en procesos de calcificación de lesiones tuberculosas, los mismos autores creen que siempre la calcificación sucede a un grado más o menos avanzado de caseificación y que los factores son siempre de orden local y general, localmente los ácidos grasos, la colessterina, su afinidad por las sales de calcio, con las que formaría, según Villard, jabones solubles, combinaciones con ácidos grasos y formación de sales de estos ácidos, oleatos, estearatos (Rondoni).

Las otras de orden general, pues según las fluctuaciones del estado general se producen alternativas de desmineralización y remineralización que favorecen o dificultan la calcificación de lesiones tuberculosas o, por el contrario, casos de infiltración calcárea de tejido pulmonar sano parecido a la pneumocomiosis o la pseudotisis calculosa de Forguet y de Paulalien, capaces por sí solas de dar lugar a un estado consuntivo sobre el cual se injertará más tarde una tuberculosis.

Pero dejando aparte todas estas opiniones que tienen gran importancia al objeto que nos referimos, sin negar las causas locales muy de tener en cuenta, en este caso intervienen causas generales de más importancia, cual es la administración, como dejamos reseñado anteriormente, de grandes dosis de gluconato cálcico intravenoso, que por un fenómeno de precipitación químico formase un carbonato cálcico insoluble que, depositado sobre un medio orgánico (no encontrado en este caso en el interior del cálculo) y unido a la colessterinemia del embarazo por su afinidad por las sales de calcio, fuera un medio propicio para su formación. ¿Puede deducirse de esto un argumento en favor de la medicación adrenalino-cálcica, como dice Amullet y Bordet, en lesiones tuberculosas? En este caso tal vez sí, pero en un enfermo no portador

Régimen dietético y caries dentaria (Diet and Dental Caries), por

RICHARD S. MANLY, B. S., M. A.—J. A. D. A.—D. C. 24-1

Aunque las comparaciones estadísticas de los cambios en los regímenes dietéticos debidos a la civilización y de ciertos estudios clínicos sugieren que el empleo de ciertos regímenes con alto contingente de hidratos de carbono influyen sobre la caries dentaria, muchos de los trabajos experimentales hechos no permiten afirmar terminantemente esta conclusión.

También la falta de vitaminas A, B y C, el exceso o falta de la D y las cantidades relativas inapropiadas de calcio y de fósforo en la dieta han sido ligadas con la causa de la caries dentaria por ciertos investigadores. Como de otros puntos a investigar, en éste hacen falta todavía muchos trabajos para poder afirmar que un simple factor alimenticio pueda ser definitivamente evaluado como causante de caries. Unicamente puede afirmarse un aserto: Un régimen dietético apropiado es más efectivo que una dieta deficiente para prevenir o combatir la caries dentaria.

C CALCIO Y MAGNESIO

ODONTOIATRIA

El efecto de la ingestión de proteínas sobre la absorción de calcio y magnesio. McCANCE, WIDDOWSON y LEHMANN. Biochemical Journal, número 36, págs. 686-691, 1942. [616.39].

Lehmann y Pollak (1942) observaron que los fosfatos y los carbonatos de calcio y magnesio eran mucho más solubles en soluciones de aminoácido que en agua. Por consiguiente, dichos autores sugirieron que los aminoácidos pudieran facilitar la absorción de calcio. Con objeto de comprobar o refutar dicha hipótesis, los presentes autores decidieron estudiar en sujetos humanos el efecto del consumo de proteínas variadas sobre la absorción y excreción de calcio y magnesio.

Se utilizaron cinco sujetos humanos, cuatro varones y una mujer, y cada uno de ellos realizó dos experimentos. Un experimento se llevó a cabo con una ingestión de elevado nivel de proteínas y otro con un nivel bajo en proteínas. Hasta donde fué posible, la ingestión de calcio, magnesio y fósforo se igualaron en cada serie de dos experimentos.

Los autores vieron que aumentando la cantidad de proteínas en la dieta se elevaba la cantidad de calcio y magnesio absorbida del

intestino y excretada a continuación en la orina. Señalan los autores que este resultado explica anomalías en experimentos anteriores realizados por otros investigadores, verbi gracia, Mellanby (1921), quien encontró en sus estudios sobre el raquitismo canino que la carne magra tenía un efecto antirraquítico, aparte del calcio que contenía.

Los autores llaman la atención sobre el hecho de que la carne es una fuente pobre en calcio, pero puede favorecer la absorción de calcio proporcionado una abundante cantidad de aminoácidos, de tal modo que resulte el equivalente de un alimento rico en dicho mineral. Esto explica por qué los esquimales, que son en gran parte carnívoros y cuyas ingestiones de calcio no pueden ser grandes, tienden a estar bien desarrollados y tiene buenos dientes, y proporciona otra nueva razón para recomendar dietas ricas en proteínas en el embarazo y la lactacia.

Los experimentos proporcionaron asimismo pruebas de que la proteína facilita la absorción del fósforo, pero que este efecto es pequeño.

(Per Bib. Med, Int. IV, 40.)

Orion H. Stuteville

Lesiones de los dientes y de sus estructuras subyacentes causadas por la aplicación de elementos ortodóncicos y métodos para prevenir estas lesiones, POR O. H. STUTEVILLE, B. S., D. D. S., M. S. D.

Conclusiones:

1. La reabsorción radicular se presenta prácticamente en todos los casos de maloclusión que son tratadas ortodóncicamente.
2. Areas necróticas se producen en la membrana peridental en un gran porcentaje de casos de maloclusión que han sido tratados ortodóncicamente.
3. La membrana peridental necrótica y las áreas de reabsorción radicular experimentarán reparación si la fuerza no es reactivada demasiado frecuentemente.
4. Es posible mover un diente bucal o labialmente muy rápidamente con tal de que este movimiento permita obliterar el proceso bucal o labial.
5. Los muelles auxiliares movilizan los dientes que están en oclusión, causando con mucha frecuencia reabsorción radicular.

O OSTEOMIELITIS.

ODONTOIATRIA

Osteomielitis aguda. Su diagnóstico y tratamiento precoz.—CAMPBELL. "El Día Médico", núm. 16, pág. 346. 1943 (616.71).

Realiza el autor interesantes consideraciones con respecto a las estadísticas basadas en grandes series de casos de osteomielitis. Señala que la osteomielitis hematógena es de preferencia una enfermedad de la niñez y de la adolescencia; se la encuentra raras veces en los individuos cuyas epífisis se han soldado. Los huesos más comúnmente afectados son: el fémur, la tibia, el húmero y el radio, y los de las extremidades inferiores con más frecuencia que los de las superiores. Uno de los factores que más predisponen es el traumatismo local. En otros casos, el proceso de destrucción tiene su origen en forúnculos u otras lesiones cutáneas infectadas, o una sepsis oral, etc. El agente etiológico es, por lo general, el estafilococo o estreptococos. Al referirse a la sintomatología, destaca que si la infección es de tipo virulento o fulminante, puede producir la muerte, antes que los síntomas locales se hagan aparentes aun al examen más cuidadoso. Observa que las radiografías tienen muy poco valor para el diagnóstico durante las primeras etapas, siendo muy a menudo negativas durante las tres semanas subsiguientes a la aparición de los síntomas. Manifiesta que en todos los casos deberán efectuarse exámenes de laboratorio completo, incluyendo hemocultivo, los que pueden, sin embargo, no revelar al microorganismo causal.

Al referirse al tratamiento de la osteomielitis, dice que deberá considerarse a la vez el estado general del paciente y la lesión local, porque el proceso local, ya sea agudo o subagudo, constituye solamente una parte del trastorno constitucional provocado por una infección hemató-