

La alteración del equilibrio potásico-calcio en las afecciones facultativamente alérgicas, por H. JESSERER.—“Deutsches Archiv für Klinische Medizin”, vol. 190, núm. 2, pág. 193, de 3 de febrero de 1943. [616.0].

Las enfermedades que acostumbramos llamar alérgicas pueden tener un desencadenamiento no alérgico, en personas con tendencia a tales respuestas. También en personas normales se pueden desarrollar fenómenos semejantes, siempre que el estímulo tenga una suficiente intensidad. Lo peculiar de las enfermedades alérgicas parece ser, por una parte, el substrato material en el que se realiza la reacción (músculos lisos, capilares, mesénquima), y, por otra, la existencia de personas con una fácil respuesta, a causa de una probable “constitución alérgica”.

Es muy poco lo que se sabe sobre tal constitución, aunque es indudable la existencia de factores hereditarios, así como el que tales elementos distintivos se reflejan en la constitución del sistema nervioso vegetativa, cuya capacidad de reaccionar ofrece características especiales en los sujetos alérgicos.

Ya muy antiguamente se descubrió un aumento de potasio durante el shock anafiláctico K/Ca. Estudia el autor este cociente en personas normales y en sujetos alérgicos. En los normales es casi constantemente alrededor de dos, si bien en un 11 por 100 de los normales existen cocientes con valores que se desvían de esta cifra (quizá individuos de constitución alérgica, aunque sin manifestaciones). El 87 por 100 de los alérgicos mostraba, en cambio, desviación de la cifra normal, generalmente en el sentido de aumento, aunque algunos ofrecen valores bajos. La mayoría de los alérgicos que presentaban cifras normales eran indivi-

Q **QUISTES**

ODONTOIATRIA

Los quistes mucosos nasales y su tratamiento, por SANZ GARCÍA (Valencia).— *Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología*, núm. 1, páginas 58-66, enero 1944. Valencia.

Resume el autor sus principales características: asiento típico, unilateralidad, mayor frecuencia en el lado izquierdo y naturaleza benigna.

Revisa las principales referencias sobre etiología, destacando la de Jacques como una de las más completas, y hace una descripción extensa de la clínica de tal variedad de quistes mucosos.

Se apoya en la radiografía, después de inyección lapiodolada para demostrar que la bolsa quística se encuentra sobre un plano netamente anterior al plano óseo del maxilar superior, permitiendo apreciar que los dientes no son la causa y que la formación quística es independiente del maxilar superior (Halpen). Señala la rareza de su degeneración maligna.

Parece ser indiscutible el origen embrionario de estos quistes, atribuyéndose a retención glandular; no se anda muy de acuerdo respecto al órgano de origen y al punto exacto de partida. Según los distintos autores, el quiste provendría:

Es grave la constricción que produce la fractura de la apófisis cigomática y puede ser definitiva de no intervenir. Si es fractura de malar y cigoma, al reponer por vía bucal el malar, el cigoma se pone en su sitio, pero si es sólo el cigoma el fracturado y está desviado y hundido, hay que actuar sobre él. Por vía bucal resultará prácticamente difícil a causa de la tumefacción, que disminuye más aún el pequeño espacio para operar. Se impone la vía cutánea, mediante incisión vertical u oblicua hacia adelante, de 1,5 cm., subcigomática, a distancia intermedia de oreja y órbita, con el fin de evitar tocar los filetes palpebrales y frontales del facial. Separada la aponeurosis temporal superficial, se rodea con un gancho el fragmento y se pone en su sitio. Prefieren anestesia general. Mecanoterapia desde el día siguiente a la operación.

Insisten en los casos de constricción, consecutivos a accidentes de circulación, de diagnóstico precoz difícil por la tumefacción, pero en los que la radiografía confirma la causa sospechada en la constricción primitiva, aconsejando las tomografías, que objetivan bien las lesiones óseas.

Ante estas fracturas se impone, y con rapidez, la intervención quirúrgica y la mecanoterapia, reprobando los autores a los que así no lo hacen.

Lesiones traumáticas de la apófisis coronoides son muy raras en estado aislado y corrientemente sin desplazamientos, por estar envainada por las inserciones del músculo temporal ante choque directo. Da trismus, que desaparece a continuación.

En las heridas por arma de fuego, el proyectil hiere la coronoides y

la hace estallar, ofendiendo también los huesos vecinos, malar y cigoma. La herida, llena de restos óseos y periósticos, con la cicatriz fibrosa profunda, dará una "sinequia" entre los diversos elementos; se produce un callo ósteofibroso, que unirá más o menos establemente malar, zigoma y coronoides. Sólo se podrá prevenir con la mecanoterapia mucho tiempo practicada.

Si hay que extraer el proyectil, no se hará por la vía de entrada, sino por la bucal, sobre la coronoides, para no aumentar los destrozos hechos por el proyectil. La vía bucal permite la utilización de planos de deslizamiento.

Por la radiografía se evidenciará la pérdida de substancia en la coronoides y huesos vecinos, sustituida por tractos fibrosos y producciones osteofíticas que deforman y relacionan la coronoides con los huesos vecinos.

Irreductibles médicamente, precisa quitar el obstáculo, seccionando la apófisis por su base. Aconsejan la vía bucal, preconizada por DIEULAFE, en 1917, como vía de acceso a esta región.

La incisión de la mucosa, frente a la rama ascendente, borde anterior del maxilar inferior, conduce a la coronoides; las dificultades son: la profundidad de la cavidad bucal y la estrechez del vestíbulo, compensables, en parte, separando ampliamente la mejilla y usando espejo frontal. Secciónese entonces por su base con sierra de mano o sierra eléctrica Difrà, o bien con el osteótomo, de acción algo a ciegas. Rebájese la vertiente superior con pinza-gubia, para separar los dos segmentos óseos.

Esta intervención se hace con anestesia local; no hay hemorragia; lo único temible es una fractura de la rama ascendente o del cóndilo.

Al seccionar la apófisis coronoides, la abertura bucal se consigue sin dificultad; para darle amplitud normal, se abre bajo anestesia de cloruro de etilo y mantiénese por un tapón muy grueso. En los días que siguen se usa un aparato movilizador de DARCISSAC u otro, para sustituir la mecanoterapia. Sin este tratamiento complementario es inútil la intervención, pues se desoldarán los fragmentos.

Citan los autores las historias de dos casos de fracturas, con radiografías y fotografías, que terminaron felizmente con los medios terapéuticos antedichos.—J. FONT LLORENS. por Med. Española. XI. 62.

L LESIONES OSEAS

ODONTOIATRIA

Constricción mandibular consecutiva a lesiones óseas extraarticulares ("Constriction des mâchoires consecutive a des lesions osseuses extra-articulaires"). GINEST y PAPILLÓN.—"La Revue Stomatologie", vol. 44, números 7-8, pág. 90; julio-agosto 1943.

Se refieren especialmente los autores a lesiones óseas posttraumáticas extraarticulares que originan un impedimento serio y rápido de la abertura bucal; catalogan las del hueso malar, apófisis cigomática y apófisis coronoides.

Las bien conocidas fracturas del hueso malar tienen poco papel en la constricción, pero mayor perjuicio estético, deformando la mejilla. Necesaria es una buena radiografía para el diagnóstico; hay que hacer, con la mayor rapidez posible, reposición del hueso descendido por vía bucal, con gancho de Freide o de Lambotte, o de una espátula fuerte y roma.

Las fracturas de la cornisa cigomatomalar, si traumatizan o dificultan el deslizamiento del músculo temporal, hacen que los movimientos estén dificultados o abolidos.

Es más raro que la fractura en el centro del punto medio del puente acuñe el músculo temporal y bloquee la mandíbula.

La fractura del pilar posterior lesiona directamente la articulación.

Son de difícil diagnóstico radiográfico; los perfiles tomados del alto de la rama ascendente y región articular muestran la solución de continuidad de la arcada, y las de cara, la desviación del malar.

7. El "Micrococcus gazogenes" se presentó en trece dientes, siempre en asociación con el "Streptococcus viridans".

8. El hallazgo de numerosas variedades o géneros de bacterias en dientes piorreicos vivos fueron probablemente producto de contaminación.

Conclusiones:

1. Los tejidos pulpares de los dientes negativos al examen radiográfico que presentan un ligero grado de periodontoclasia, están por lo general libres de gérmenes.

2. Es incuestionable que si estos dientes son capaces de tratamiento operatorio, debe ser eliminado el saco gingival, que es lo que constituye el área de infección focal.

pacidad del diente a resistir un esfuerzo, es reducido por la disminución de resistencia o por la pérdida de las estructuras de fijación del diente.

Un diente con estas estructuras alveolares debilitadas, es más susceptible de fracturas del cemento que el que las conserva aquéllas normales.—*P. M.*

Incidencia de la infección pulpar en periodontoclasia, por CLARENCE P. CANBY, D. D. S.—J. A. D. A., 23-10.

Resumen:

1. El resumen de este artículo es consecuencia de 164 exámenes bacteriológicos hechos en dientes piorreicos vivos, según acusaban los correspondientes exámenes radiográficos.

2. El número de cultivos positivos del grupo completo fué el 28 por 100.

3. Aquellos dientes afectos conjuntamente de caries y periodontoclasia dieron cultivos positivos en el 29,2 por 100.

4. Cuando los dientes eran clasificados con respecto a la cantidad de estructuras subyacentes afectadas, el porcentaje de cultivos positivos aumentaba con la gravedad de las lesiones periodónticas.

5. Todos los dientes examinados, menos quince, estaban afectos de un tipo de periodontoclasia grave y avanzado. Todos fueron obtenidos de pacientes hospitalizados, en los que estaba indicada la extracción de todos los dientes remanentes.

6. El "Streptococcus viridans" fué aislado en cuarenta casos (el 24,3 por 100 de los casos), veintiseis veces en cultivo puro y catorce en cultivos mezclados.

O | OCLUSION TRAUMATICA

Lesiones traumáticas y funcionales que se presentan en los tejidos que soportan a los dientes humanos, por EDGAR D. COOLIDGE, M. S., D. D. S.—J. A. D. A., D. C., 25-3,

Las lesiones funcionales y traumáticas de las raíces y de los tejidos periodónticos resultantes de un esfuerzo anormal o excesivo en las mandíbulas humanas, son semejantes a las lesiones experimentales producidas en tejidos análogos en los animales.

Estas lesiones en los tejidos periodónticos de los dientes humanos, parecen curar cuando el esfuerzo anormal o excesivo mejora. Sin embargo, si el poder reparador de los tejidos es sobrepasado por repetidos esfuerzos lesivos durante un largo período de tiempo, el daño no reparado, puede conducir a la producción de una enfermedad periodóntica y a la pérdida del diente.

Un esfuerzo normal puede transformarse en excesivo, cuando la ca-

Las intoxicaciones no han jugado un papel importante en los casos observados por el autor. Cita, sin embargo, las producidas por dos metales: el oro y el hierro; el primero en los tratados con sanocrisina, y el otro en los mecánicos y fundidores.

En los enfermos diabéticos, tras un régimen antidiabético, acompañado de vitamina C, que se normalizó con curas de seis pastillas diarias de Redoxon. En un caso, que fué imposible la saturación, al cabo de dos meses, se trataba de un hombre con cáncer de lengua tratado con radium. Las personas difíciles de saturar fueron de edad avanzada y supone sería por otros disturbios más difíciles de compensar. En los jóvenes se alcanza la saturación con facilidad.

Cree el autor que la hipoavitaminosis C juega un papel importantísimo en la etiología de la mayor parte de las parodontosis, pero sin poder enjuiciar en cuáles, ya que depende esta afección de otras causas accesorias y locales, añadiendo que la necesidad de vitaminas varía según los individuos. En una persona se tradujo el déficit en una gingivitis congestiva que mejoró rápidamente sin llegar a la curación.

Señala la desaparición de la catiga primaveral con vitamina C, así como los estados de agotamiento nervioso, con insomnio, etc.

La saturación con vitamina C produce mejoramiento del estado gingival con reafirmamiento de los dientes movedizos en muchos casos; como tratamiento local se hizo tartrectomía y diéronse toques de ácido crómico y tintura de mirra.—*Font, per Med. Esp.*, VIII, 46.

trata de un prematuro, la administración será al mes o seis semanas.

Respecto a las dosis, Rudder aconseja las siguientes:

1) Dosis terapéutica media de 7,5 miligramos (que es la que llevan disuelta en un c. c. de aceite los tubitos del concentrado denominado Vigantol forte). Esta dosis se empleará en el raquisimo florido del lactante, no complicado.

2) En los casos complicados con espasmofilia o infecciones febriles, neumonías o tos ferina) está indicada una dosis doble, o sea 15 miligramos.

3) En el raquitismo grave, toda vez que no se obtiene ventaja de sobrepasar las dosis únicas de 15 miligramos, se repetirá dicha dosis a las cuatro, seis u ocho semanas, bajo control del proceso curativo, radiológica y hemoquímicamente.

4) La dosis profiláctica media es de 7,5 miligramos; su acción se agota en tres o cuatro meses, debiéndosela repetir entonces, caso de persistir las condiciones que hacen necesaria la profilaxis.

(De la *Revista Clínica Española*, pág. 124, enero 1944) per *Farma. y Terap.*, 41, 1944.