

* DENTADURAS DETENIDAS EN EL ESOFAGO

por el

Prof. Dr. Antonio García Tapia

Hoy honra nuestras páginas el trabajo del Prf. García Tapia, pronunciado en la Real Academia de Medicina. "Los viejos —dice el Prf. García Tapia—vivimos de recuerdos. El tema. "Las dentaduras detenidas en el esófago" me trae a la memoria la grata visión del tiempo que pasó".

Agradecemos públicamente el Excmo. Profesor D. Antonio García Tapia la distinción que nos ha concedido.

LAS piezas dentarias son deglutidas, por descuido, con relativa frecuencia. Se detienen casi siempre en el esófago. Rara vez franquean el cardias y llegan a ser expulsadas en una deposición.

De todos los cuerpos extraños en el esófago, son los prótesis dentarias las más difíciles de extraer por las vías naturales. El problema técnico es muy complejo y variable, porque depende de multitud de circunstancias dispares en cada caso. El tamaño y la forma más o menos irregulares; la presencia de aristas, de dientes y, sobre todo, de ganchos metálicos fijadores; la manera de estar éstos colocados, que a veces sobresalen en forma de arpón y amenazan clavarse y rasgar el esófago si se intenta extraerlos violentamente; el tiempo de permanencia y la existencia de lesiones en las paredes del esófago... Todos estos detalles, y otros, imprevistos, obligan al operador a

meditar mucho y a estudiar los casos a la vista de la radiografía, que nos ilustrará sobre la forma y posición del cuerpo extraño y la posibilidad de la versión, a fin de colocarla del modo más práctico para ser extraído sorteando los peligros que rondan la intervención.

* * *

El número de dentaduras detenidas en el esófago que he tenido ocasión de observar pasa de treinta, pero sólo he podido encontrar la historia de veinticinco. Por economía de tiempo y por parecerme más didáctico, voy a agruparlas según el procedimiento que se empleó para su extracción.

Prescindo de la número 4, porque el paciente no se dejó operar ni siquiera hacer esofagoscopia. La pieza protésica se había detenido en el cardias, hacía diez años. Y como la toleraba perfectamente, no quería exponerse a riesgos innecesarios.

PRIMER GRUPO.—*Esofagoscopia y pinzas prensoras, según la técnica habitual para la extracción de cuerpos extraños*

Ob. n.º	Localización	Tiempo de permanencia	Intentos ciegos	Resultado
2	Estrechez cricoidea	2 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 3'
7	Hiatus diafragmático	20 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 3'
11	A 25 cm. 1.ª dentaria	10 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 6'
12	Hiatus diafragmático	12 días.	Varios.	Curación. Se extrajo en 5'
14	Yúgulum	24 horas	Jno.	Curación. Se extrajo en 10'
15	A 30 cm. 1.ª dentaria	3 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 4'
16	A 20 cm. 1.ª dentaria	2 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 1'
18	Yúgulum	1 día.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 5'
19	Hiatus diafragmático	2 días.	Ninguno.	Curación. Al hacer la anestesia, cayó al estómago.
20	Yúgulum	14 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 6'
21	A 30 cm. 1.ª dentaria	3 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 5'
22	Estrechez aórtica.	3 días.	Ninguno.	Curación. Se extrajo en 5'
23	Yúgulum	5 días.	Sondajes.	Curación. Se extrajo en 6'
24	Yúgulum	5 días.	Varios.	Curación. Se extrajo en 20'

Como se ve en el cuadro adjunto, en trece, de las catorce observaciones, se logró la extracción de las piezas dentarias. Sólo en un caso se desprendió el cuerpo extraño, siendo después expulsado en las heces.

SEGUNDO GRUPO.—*Esofagoscopia y dilatación del esófago*

Uno de los mayores peligros de los cuerpos extraños con aristas, enclavados en el esófago, es la rasgadura de las paredes del conducto al ser extraídos. Por eso, hace cuarenta años, el 21 de abril de 1906, ideé un esofagoscopio dilatador que describí en *El Siglo Médico* y dió a conocer el inolvidable Dr. Espina y Capo, en esta Real Academia.

Consistía, como ustedes ven, en un tubo esofagoscópico con un balón de goma insuflable, colocado en el extremo inferior, para dilatar las paredes del esófago. De esta manera, apresado el cuerpo extraño con la pinza, podría ascender, a la vez que el esofagoscopio dilatador sin rozar apenas las paredes. Algo parecido al papel de la bolsa amniótica en los preliminares del parto. (Fig. 1).

Pertenecen a este grupo las siguientes observaciones:

N.º	Localización	Tiempo de permanencia	Intentos ciegos	Duración	Resultado
1	Yúgulum	1 día.	Ninguno	2	Extr. Curación.
8	24 cm. 1 d.	Varias horas.	Ninguno	5 ₂	Caféa estómago.
9	Hiatus diafragmático	11 días.	Ninguno	6	Se propulsó al estómago.

Con el empleo del dilatador insuflable, se ha conseguido desenclavar y extraer una dentadura sin lesionar las paredes del esófago y desenclavar otras dos; una que se deslizó espontáneamente hacia el estómago, y la otra que fué empujada por

nosotros, deliberadamente, dada la proximidad del cardias. Las dos fueron expulsadas en las heces.

Hay que reconocer, sin embargo, que este dilatador tiene defectos e imperfecciones. La goma es muy delgada y no tiene suficiente fuerza para vencer la resistencia que ofrecen las paredes rígidas e inflamadas del esófago.

Además, la dilatación es uniforme, dando la forma de globo al balón cuando se insufla. Sería preciso reforzar el globo de goma por la parte anterior y posterior, con el fin de conseguir una dilatación en sentido lateral únicamente.

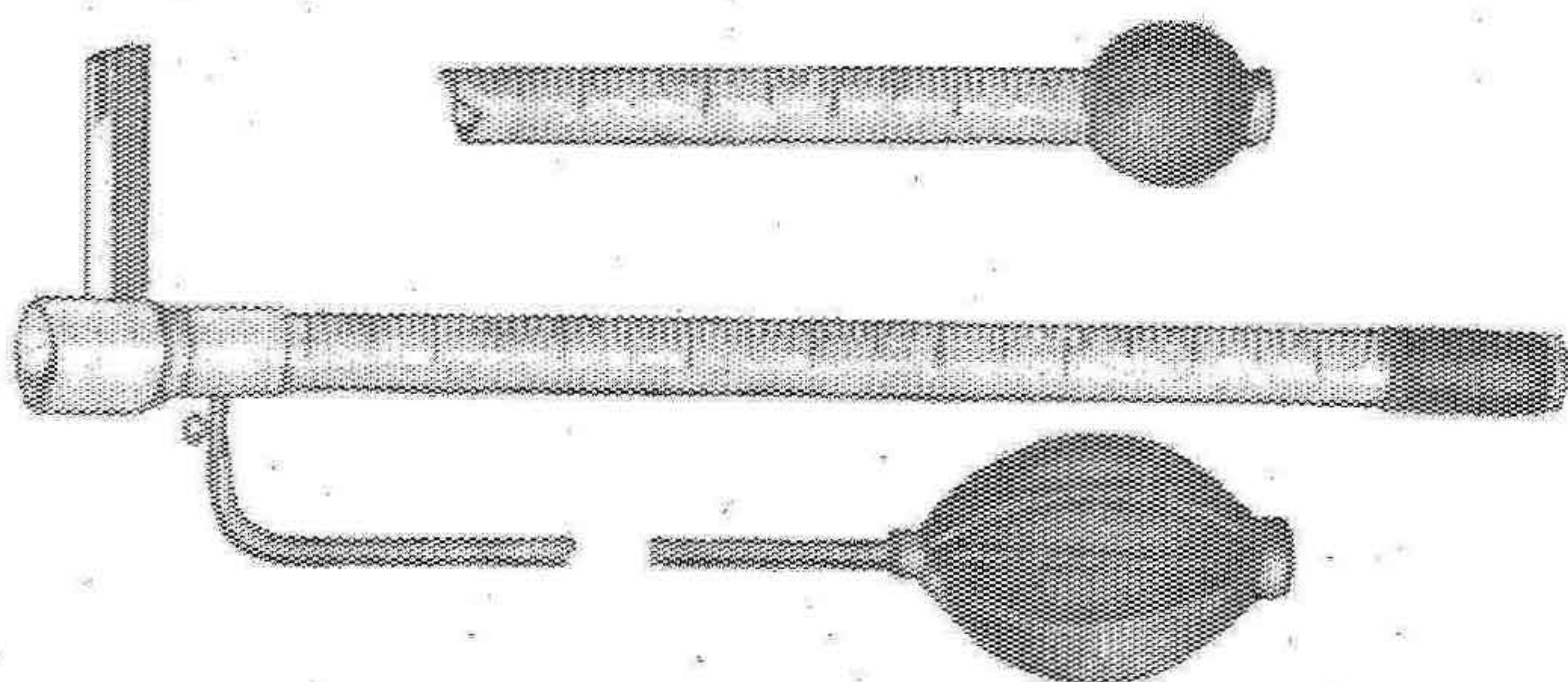


Figura 1.—Tubo esofagoscópico (García Tapia 1906).

Dos años más tarde, describió el Dr. Guisez, en la *Revue Hebdomadaire de Laryngologie* (17 de noviembre de 1908), otro esofagoscopio dilatador para facilitar la extracción de las piezas protésicas detenidas en el esófago.

Poco después, Brünning, sintiendo la necesidad de dilatar el esófago para desenclavar y extraer cuerpos extraños con aristas, describió el esofagoscopio dilatador de la proyección 3.

Y finalmente, Killian hizo construir un dilatador más sencillo, más cómodo y más práctico que los anteriores.

GRUPO TERCERO.—*Fraccionamiento de las dentaduras*

Como el estado de las paredes del esófago, fuertemente infiltradas y rígidas, impide muchas veces la dilatación, se pensó en dividir el cuerpo extraño y extraerlo en pedazos.

a) *Sección con pinzas cortantes.*—La pinza cortante de Kahler puede servir en algunos casos de cuerpos extraños frágiles, pero es ineficaz para las dentaduras de caucho, que son muy duras y la pinza apenas muerde.

El insigne Dr. Pérez Mateos, de Murcia, expone un caso en que necesitando la fragmentación, empleó la pinza de Kahler, y dice que se le agotó la paciencia, porque cada mordisco de la pinza le costaba media hora de labor.

b) *Sección galvanocáustica.*—A Mickulitz se le ocurrió seccionar las prótesis dentarias con el cuchillo galvanocáustico, que fué pronto desechado, porque, recto, no se adaptaba a la superficie curva de la prótesis. La sección era difícilísima.

Con el mismo propósito de seccionar con el galvacauterio, Killian pretendió abarcar la pieza dentaria con un asa de platino. La imposibilidad de introducir el asa hasta incluir en ella el cuerpo extraño en un esófago inflamado, fué motivo de desear también este procedimiento.

Por otra parte, era lógico pensar que el cuchillo o el asa, al rojo, produciría graves quemaduras en las paredes del esófago. Además, el humo de la fusión del caucho es tan espeso, que impide la visión endoscópica, y tan caliente, que puede dar lugar a difusas quemaduras de primer grado en el interior del resto del conducto.

En este estado la cuestión del fraccionamiento de las prótesis, fué requerido el 21 de julio de 1910, para asistir, en el Hospital de la Princesa (el Dr. Rueda estaba de vacaciones), a un paciente (observación número 3 de la serie de dentaduras) que había deglutido, veinte días antes, en Orihuela una pieza protésica. Después de múltiples intentos de extracción con pinzas o de propulsión hacia el estómago con sondas, había quedado detenida la dentadura en el esófago a nivel del hiatus diafragmático. Se trataba de un hombre de veintiocho años, demacrado por no poder deglutir desde que tragó la dentadura, con fiebre y fuertes dolores en el cuello.

En el primer examen esofagoscópico, vi, a 35 centímetros de la línea dentaria, una gran infiltración inflamatoria de las paredes. Limpié los exudados mediante el aspirador y embadurné la zona afecta con una solución de cocaína-adrenalina;

la mucosa se retrajo lo suficiente para vislumbrar el borde de la prótesis. Con una pinza hice presa en el borde visible, pero se frustró el intento de extracción. Estaba tan clavado el cuerpo extraño, que era imposible desprenderle, ni siquiera movilizarlo. Forzar la tracción me pareció una temeridad indisculpable. Al día siguiente repetí la maniobra con el esofagoscopio insuflable dilatador. Las paredes del esófago, rígidas por la infiltración, no se dilataban. También se frustró la versión que intenté de nuevo. Era imposible movilizar el cuerpo extraño.

No había otro remedio que dividir la prótesis seccionándola con *i* cauterio. Me agencié una dentadura artificial para hacer sobre ella tantos ensayos como fueran necesarios.

Todo era motivo de preocupación. Pero me alentaba la esperanza de que, con prudencia, buen sentido y tenacidad, se podrían vencer los obstáculos.

Y a fuerza de pensar tranquila y serenamente, logré solucionar el problema técnico, merced al instrumental que presento.

A) Un tubo esofagoscópico de Killian de 13 milímetros de diámetro con una longitud de 40 centímetros. (Fig. 2.)

B) Un galvanocauterio con los reóforos para la toma de corriente; un tallo donde van juntos, pero aislados, los cables de cobre y el seccionador. Este es una especie de A cuya rama transversal, ligeramente arqueada, es de alambre de platino, que al paso de la electricidad ha de ponerse incandescente. (Fig. 3.)

C) Un tubo protector del esófago. Consta de un mango fino tubular que sirve de conductor y también de chimenea, para la aspiración del humo, enchufado a una bomba aspirante impelente. Dicho mango está soldado (respetando su conducción aérea) a la parte que constituye especialmente el protector. Este consta de dos valvas destinadas a colocarse, una, entre la prótesis y la pared posterior y otra, entre la prótesis y la pared anterior, con la misión de protegerla contra los riesgos del cauterio.

Construídos en poco tiempo estos aparatos, procedimos a hacer un ensayo general antes de llevarlos a la práctica en el enfermo. Y, en efecto, el resultado fué magnífico. La parte cor-

tante, cabalgado sobre el borde de la prótesis como indica el esquema (fig. 4), seccionaba lentamente, hacia abajo, sin desviarse de su trayecto (fig. 5).

Intervención.—Ante la presencia de muchos colegas (entre ellos el Dr. Barberá, de Valencia, y los médicos del Hospital Dres. Cifuentes, Arredondo, Blanc, Albasanz, Alvaro Gracia

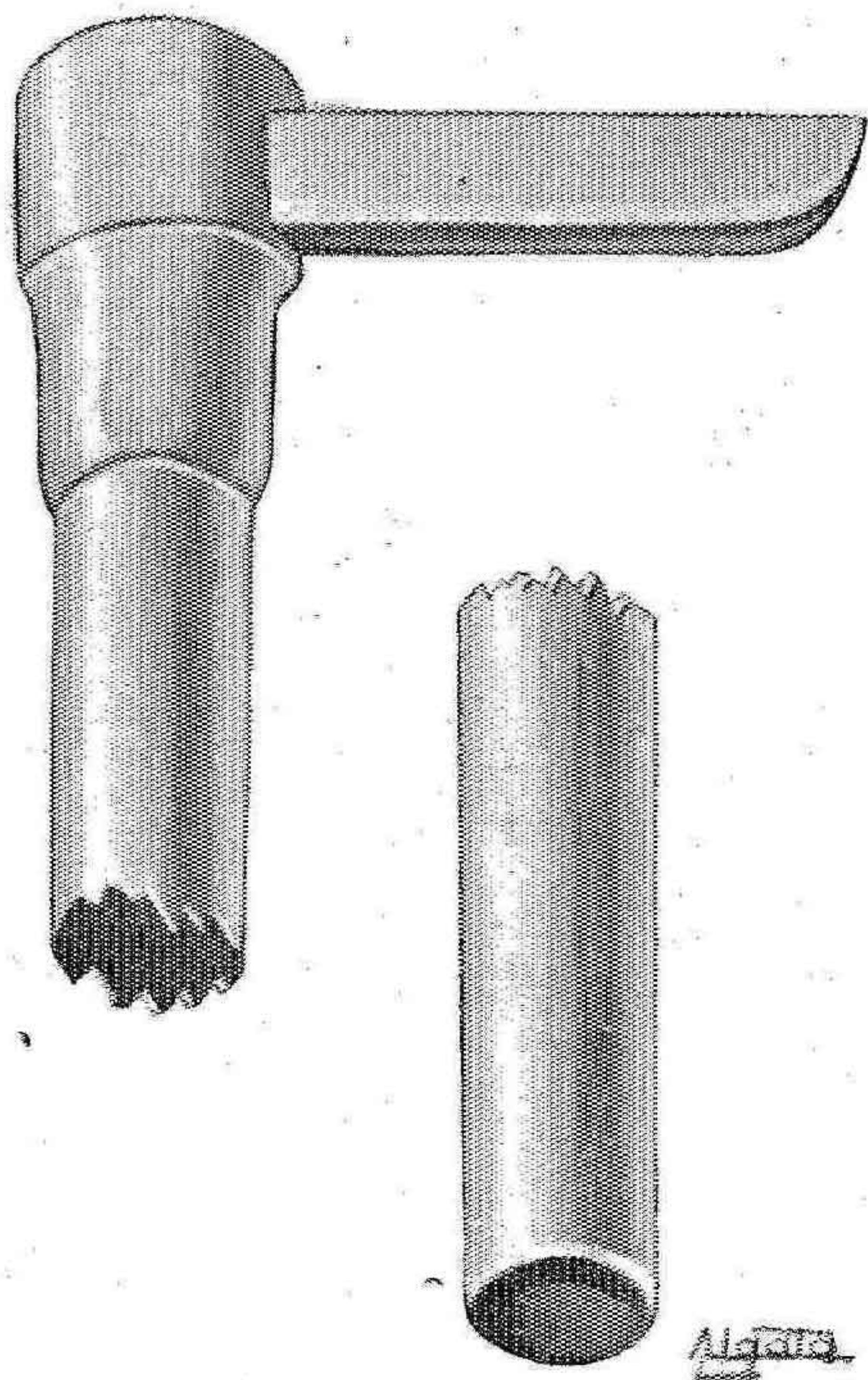


Figura 2.—Tubo esofagoscópico de Killian.

y varios internos, entre ellos García Cortés, hoy Coronel Médico), interesados por el resultado, y ayudado por los Dres. Slocker, R. Illera y García Vicente, comenzó la maniobra.

a) Anestesia local con cocaína. Esofagoscopia con el tubo de Killian y el mango iluminador de Brunnings.

Limpieza del campo con la bomba y estiletes algodónados. Refuerzo de la anestesia con cocaína adrenalina, por delante y por detrás de la prótesis.

b) Introducción, por deslizamiento, del aparato protector dentro del esofagoscopio hasta colocar las valvas entre el cuer-

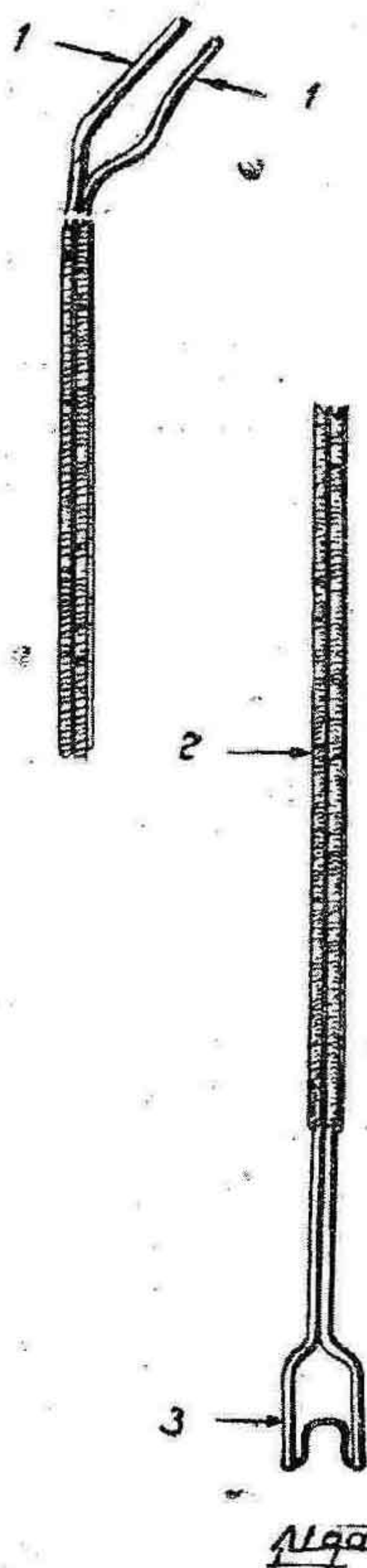


Fig. 3.—1 El tubo protector del esófago.
2 Tubo que sirve de aspiración.
3

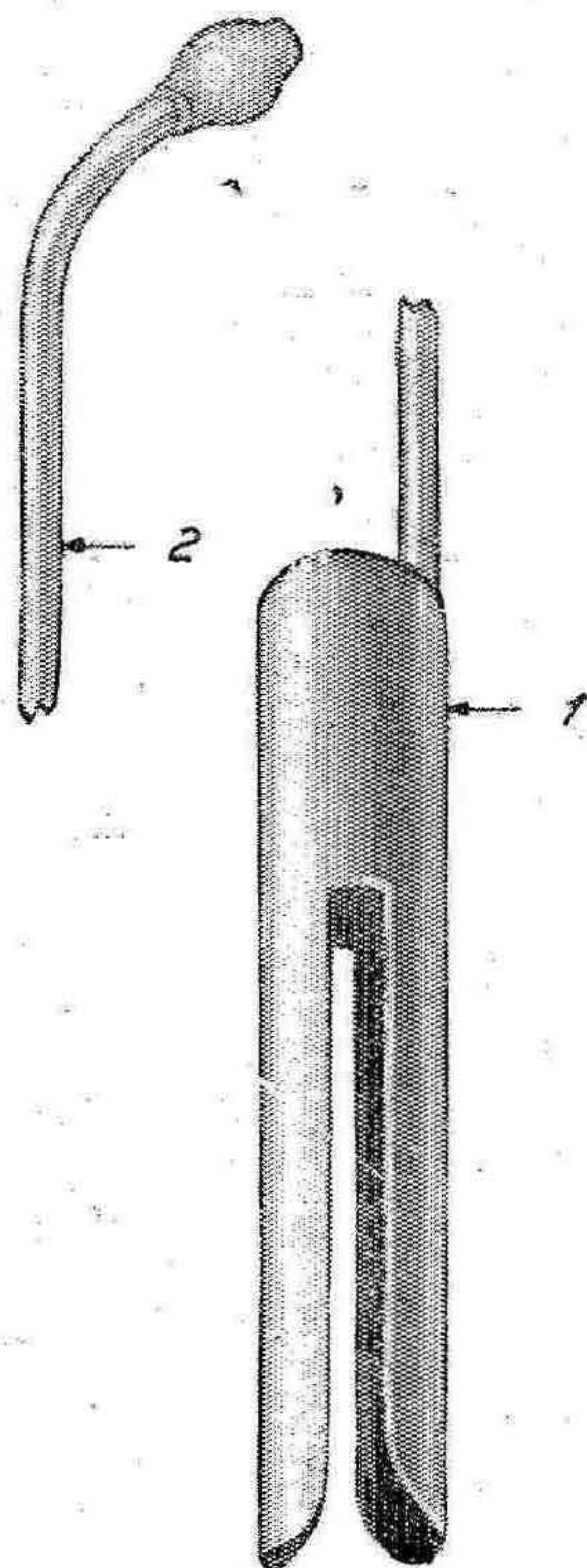


Fig. 4.—1 Reóforos para la forma de corriente.
2 Seccionador que corta las piezas al ponerse incandescente.

po extraño y las paredes anterior y posterior del esófago, cosa que resultó relativamente fácil.

c) Introducción del galvanocauterio hasta cabalgar sobre el borde bien visible de la prótesis. Entonces se enchufó el mango chimenea del tubo protector en la bomba aspirante-impelen-

te y los reóforos del cauterio en el reostato. Y comenzó el acto, que fué, en verdad, impresionante. Con suave presión, el cau-

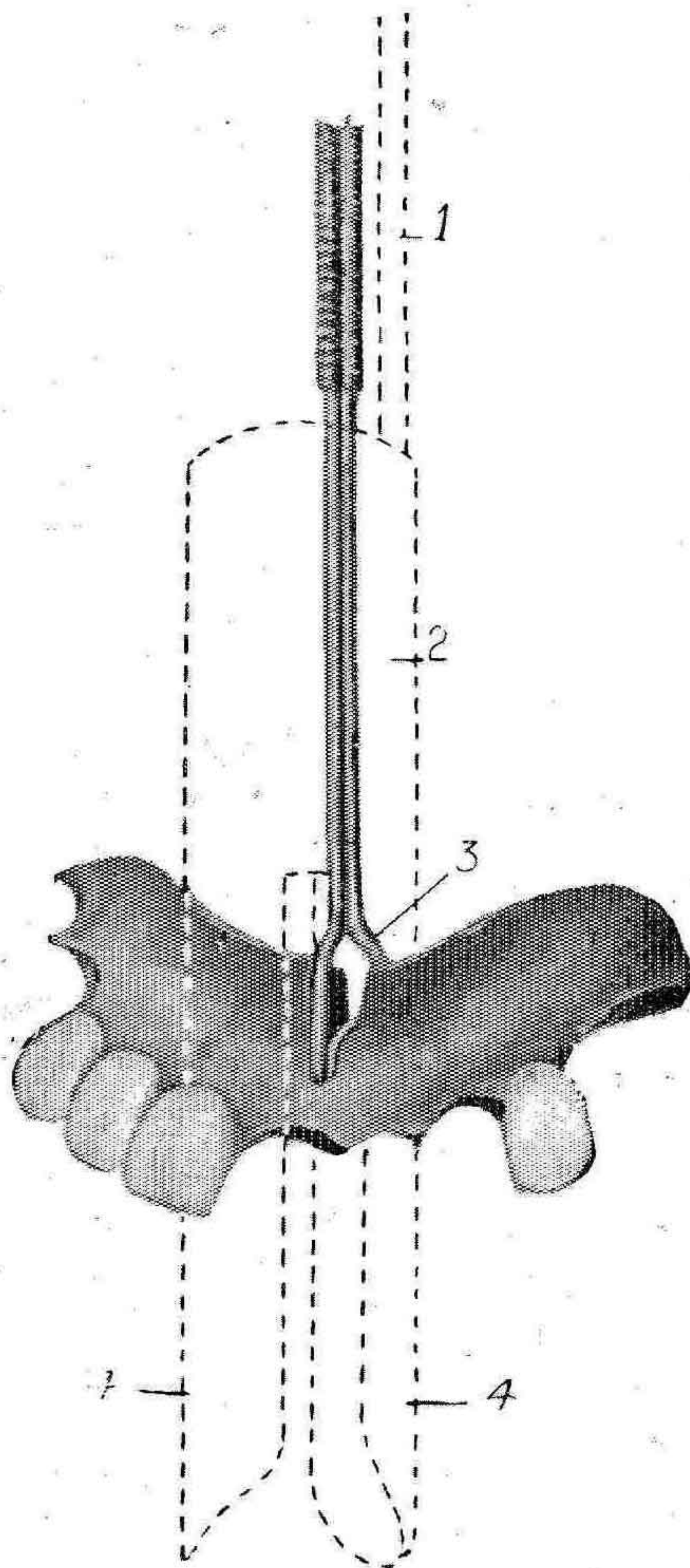


Fig. 5.—1 Tubo aspirador.
2 Idem protector.
3 Seccionador
4 Valvas del tubo protector.

terio penetraba seccionando el caucho y era notable observar que, mientras nosotros seguíamos viendo la escena local sin que el humo desprendido lo impidiera, en la sala de operaciones se

notaba el fuerte olor de caucho quemado. Pronto notamos la sensación de resistencia vencida. La prótesis había sido seccionada.

Sacamos el tubo protector y extrajimos con la pinza uno de los fragmentos de la prótesis, a la par que el tubo esofagoscópico. Nuevamente se introdujo éste y de nuevo logramos hacer presa sobre la otra mitad, que fué también extraída en la misma forma sin el menor obstáculo.

¡Eureka! La operación terminó. ¡El enfermo se había salvado! El favorable éxito obtenido se debió, en gran parte, al paciente, que, hombre joven y animoso, toleró sin la menor protesta todas las maniobras, con la esperanza ilusionada de que era el único medio de salvación. Su alegría fué indescriptible, pero no mayor que la mía y la de los que presenciaron la faena.

Inmediatamente se bebió con fruición un vaso de agua esterilizada, y a los dos días marchó del hospital completamente curado.

Este procedimiento ha sido utilizado en las siguientes observaciones:

N.º	Localización	Tiempo de permanencia	Intentos ciegos	Duración	Resultado
3	Hiatus diafragmático	20 días.	Varios	2 sesiones 20 m. cada.	Extracción.
5	Yúgulum	8 días.	2 anteriores.	No se pudo extraer.	Esofagotomía. Extr. muerte.
10	26 cm. L. d. ..	33 días.	Varios	15 m.	Extracción. Curación.
13	25 cm. L. d. ...	16 días.	Varios	24 m.	Extr. Cur.
17	28 cm. L. d. ..	6 días.	Varios	30 m.	Estr. Cur.

El instrumental que acababan de ver los señores Académicos fué presentado también al Congreso de O. R. L. de Berlín en agosto de 1910, donde fué elogiado por Killian. Además, es citado en muchas revistas extranjeras. En España, lo han utilizado con éxito los Doctores Acosta; mis hijos, Antonio y Rafael, y en algunos otros, entre ellos el Dr. Cobos, de Sevilla.

El caso del Dr. Cobos (1): "Era un hombre de cuarenta y tres años, con una gran pieza dentaria que llevaba trece días de permanencia detenida a 23 centímetros; había gran edema y todas las tentativas resultaron frustradas al tratar de desenclavarla; en vista de eso y rechazando el enfermo la intervención esofagotómica que se le propone, intenta la sección con el galvanocauterio de Tapia, provisto del protector de paredes esofágicas, y logra la sección en dos trozos: el uno, que logró atraer y otro, que había desaparecido cuando introdujo el tubo nuevamente y que tres días después fué eliminado con las heces."

CUARTO GRUPO.—*Esofagotomía externa*

En los 25 casos de prótesis dentarias detenidas en el esófago que he tenido ocasión de tratar, sólo en dos fué preciso hacer la esofagotomía externa.

El primero, que hace el número 5 de la colección de dentaduras, era un señor de sesenta y cuatro años, de Valencia. Estaba localizada en la boca del esófago desde hacía doce días en el transcurso de los cuales se le habían hecho numerosos intentos ciegos para desenclavarla y extraerla.

En malísimo estado, con fiebre elevada, inflamación dolorosa de cuello, fué a ver al Dr. Antolí Candela, quien, con su gran competencia, le hizo una cuidadosa esofagoscopia, y dándose cuenta del intenso estado inflamatorio de las paredes, de la gravedad del caso y de las extraordinarias dificultades para la extracción, quiso compartir conmigo la responsabilidad. Y, provisto del instrumental necesario, fuí a Valencia.

(1) Comunicación al III Congreso Nacional de Ciencias Médicas, Sevilla, octubre de 1924.

La esofagoscopia confirmó la opinión de mi colega; era imposible el desenclavamiento y no quedaba otra solución que fragmentarla. Pero tampoco lo pudimos lograr, puesto que el cauterio se detuvo ante una lámina metálica que, como esqueleto, tenía la pieza dentaria. Ante tal fracaso de la extracción por vía natural, procedimos a hacer la esofagostomía externa bajo anestesia clorofórmica. Rápidamente dimos con un absceso periesofágico y con el cuerpo extraño, que fué extraído. La incisión amplia de la piel y de la pared del esófago hizo muy fácil el desenclavamiento y la extracción. Se colocó una sonda y a su alrededor se drenó con gasa. Desgraciadamente, el enfermo murió a las cuarenta y ocho horas, con síntomas de medias-tinitis.

El segundo caso, el número 6 de la colección de dentaduras, era un joven de veinticinco años, que hacía once días se le había detenido la dentadura artificial en la boca del esófago: a pesar de repetidos intentos ciegos, no lograron extraerla. Tampoco nosotros mediante la esofagoscopia, porque se habían clavado en el esófago los ganchos de la prótesis y porque las paredes estaban fuertemente inflamadas y con lesiones, edema de cuello, fiebre alta.

Se le hizo, sin dificultad alguna, la esofagostomía bajo anestesia general y sin el menor incidente. A los doce días se fué a su pueblo (Infantes, Ciudad Real) completamente curado).

Si revisamos el resultado obtenido en los diversos grupos, podemos apreciar claramente que lo que más agrava el peligro de la intervención en las dentaduras detenidas en el esófago son los intentos ciegos de extracción: el empujar el cuerpo extraño violentamente hacia el esófago, el emplear pinzas o ganchos sin el control de la vista, la existencia de apéndices metálicos existentes en la prótesis para su sujeción en los dientes y el largo tiempo de permanencia en el esófago. Los flemones periesofágicos constituyen por sí solos una razón suficiente para decidirse por la esofagotomía externa.

Consecuencia: ante los casos de dentaduras detenidas en el esófago se impone la abstención absoluta, si el médico general no domina la técnica. Sólo los habituados a las maniobras esofagoscópicas, previo un examen radiográfico, y provistos de

instrumental necesario y, sobre todo, de una gran prudencia y suavidad manual, pueden estar autorizados a intervenciones tan delicadas y graves, como son las requeridas en estos casos. Esofagoscopia, desenclavamiento: extracción.

DISCUSION

DR. LORENZO VELAZQUEZ:

Aunque parezca paradójica la intervención de un farmacólogo en la discusión de la comunicación del Profesor Tapia sobre cuerpos extraños en el esófago, no lo es en realidad, ya que la Farmacología toca todas las especialidades. Al pensar nosotros, a lo largo de la magnífica disertación, que un cuerpo extraño al enclavarse en el esófago puede provocar espasmos localizados, y al ver que durante las maniobras de extracción, al dilatar la porción supraobstáculo esofágica caen frecuentemente al estómago las piezas de dentadura artificial, hemos creído la posibilidad de sugerir el empleo previo de espasmolíticos esofágicos. La misma *atropina* en dosis del miligramo (sublingual o en inyección hipodérmica); la *glicerina* por la vía bucal, 10 a 20 c. c., pudiendo actuar localmente en el esófago, y quizá mejor que todos ellos la *papaverina* (clorhidrato o sulfato) en cantidad de 20 a 30 centigramos en inyección (si intravenosa, lenta). Necesitando, antes de aceptar nosotros como posibles estas sugerencias, el juicio valioso y definitivo del Profesor Tapia, es por lo que hemos creído conveniente exponerlas en este momento, por si de tal aplicación resulta ventaja en la resolución espontánea o por extracción de tales piezas enclavadas en esófago.

Dr. CARRO

Quiero sumarme al homenaje de esta Academia al Profesor Tapia, que durante tantos años ha contribuido al progreso científico español y que en esta Corporación presentó las primicias de sus técnicas para la extracción de cuerpos extraños en el esófago, con la resonancia y el éxito que todos conocéis.

Como especialista en enfermedades del aparato digestivo, tuve que practicar numerosas esofagoscopias, sobre todo cuando este método exploratorio estaba en auge, pues actualmente, con los perfeccionamientos de la técnica radioscópica y radiográfica, ha pasado bastante a segundo término. La esofagoscopia, mucho más molesta para el enfermo y para el operador, sólo permite ver la imagen accesible, o sea la del primer plano, y, aun ésta, dificultada por las secreciones abundantes, determinadas por la esofagitis y lesiones existentes, mientras que por radiografía se aprecia todo el trayecto afectado, dando una idea del calibre, infiltración de paredes y dificultades del tránsito.

La extracción de cuerpos extraños es difícil, sobre todo cuando están enclavados, requiriendo un gran dominio, como el adquirido por Dr. Tapia, sus hijos y sus colaboradores.

En varios casos he visto cómo después de algunas horas cedía el espasmo esofágico y circulaban fácilmente por todo el tractus digestivo, diversos objetos, en algunas ocasiones monedas de diez céntimos, que radioscópicamente vigilábamos hasta su fácil expulsión con las heces. Entre los cuerpos extraños, recuerdo una branquia de pescado, de gran tamaño, atravesada en el tercio superior del esófago, enclavada por uno de sus extremos, que puede agarrar con la pinza, bajo el control esofagoscópico, y extraer fácilmente.

El aparato dilatador presentado por el Profesor García Tapia facilita enormemente las extracciones de cuerpos extraños del esófago, habiendo sido objeto de modificaciones por parte de autores extranjeros, sin que ninguno le aventaje.

Reitero mi felicitación cordial al Profesor Tapia, haciendo votos por que durante muchos años siga presentando en esta Academia los copiosos frutos de su prestigiosa labor científica y profesional.

DR. TAPIA (*Contestación.*)

Agradezco mucho a los señores Académicos la atención con que han escuchado mi modesta comunicación.

Muy especialmente doy las gracias más sinceras a los Doctores Velasco y Carro, que me han hecho el honor de completarla con su valiosa intervención. Sus cariñosas frases son profundamente estimadas por mí como reveladoras de leal compañerismo y de sincero afecto.

El Profesor Velázquez, nuestro gran farmacólogo, que, siempre certeramente, pone al servicio de los clínicos su precisa y preciosa aportación, ha tenido la bondad de hacerme algunas indicaciones estimabilísimas y muy oportunas, respecto al empleo de los espasmolíticos para vencer los graves espasmos del esófago, que dificultan, a veces, las intervenciones esofagoscópicas.

En los casos que yo he expuesto de dentaduras en el exófago en los que la dilatación del conducto era difícilísima, a causa de esofagitis intensa, resultado de las maniobras ciegas previamente ejecutadas y de las lesiones que en las paredes del esófago produjeron estos cuerpos extraños con aristas, propone el Dr. Velázquez la terapéutica espasmolítica como medio auxiliar. Pero las paredes del esófago fuertemente inflamadas a veces ulceradas, con fungosidades nacidas en las ulceraciones, sus fibras musculares lisas, incluídas en el proceso inflamatorio, todo hace pensar que ninguno de los fármacos espasmolíticos tendría eficacia.

En cambio, su acción pudiera aprovecharse muy bien, cuando el único obstáculo es el espasmo, no estando las paredes del esófago infiltradas ni rígidas.

Pienso seguir el consejo del Dr. Velázquez, lo aplicaré siempre y yo le comunicaré lealmente los resultados.

Al Doctor Carro, cuyas bondadosas frases se explican por nuestra amistad de más de cuarenta años, he de decirle que, en efecto la esofagoscopia que antes se utilizaba con amplios fines diagnósticos, va dejando paso a los progresos de la exploración por otros medios; sin embargo, creo que es un complemento utilísimo para el diagnóstico de muchas enfermedades (como el cáncer, úlceras pépticas, estenosis, etc.). En lo demás estoy completamente de acuerdo con él salvo en un pequeño detalle; él cree que la extracción del cuerpo extraño es más fácil cuando asienta en la entrada del esófago que cuando está por

debajo, desde el yúgulum hasta el cardias. Mi experiencia me ha hecho ver sobre todo en lo que se relaciona con las dentaduras, que es mucho más difícil la exploración esofagoscópica y la extracción, cuando está situado en la boca misma del esófago, ya que no pudiendo penetrar el esofagoscopio en el conducto, no puede obtenerse la misma estabilidad que cuando está envainado en él, porque exige un continuo esfuerzo con el aparato para sostener separada la base de la lengua y poder maniobrar con soltura y comodidad.

M. B. Markus

M. B. MARKS.—*Tratamiento penicilínico de las inflamaciones bucales en la infancia.*

El trabajo del autor se refiere al empleo de la penicilina en el tratamiento de las tres inflamaciones más comunes de la boca en la infancia: aftas, infecciones de Plaut-Vincent y estomatitis herpética. Como se sabe, es muy frecuente el fracaso de la corriente medicación en tales afecciones; entonces está indicado el tratamiento penicilínico. La penicilina se puede usar tópicamente en diluciones de 250 unidades por centímetro cúbico cuando no se cree justificable el empleo de la técnica inyectable. Indudablemente, este método es menos intenso que el de la inyección intramuscular. Los resultados son buenos y, desde luego, mucho más efectivos que los de los procedimientos comunes por agentes esterilizantes, por antisépticos, etc. La vía intramuscular debe reservarse para los casos graves. Raramente se necesitan más de 4-5 inyecciones, y éstas pueden darse en un período de doce a catorce horas. Con la administración tópica, la duración del tratamiento es ligeramente más larga.