

Estudio sobre el desarrollo dentario y facial normal.—POR EL DOCTOR
ERNEST COMTE. Schw. M. Zahn. 53. 7.

Como continuación de un artículo precedente en que describe con detalle la evolución que la dentadura y secundariamente la de la cara, en un muchacho joven, presenta el autor dos nuevos casos de dentaduras normales en muchachos que no presentan ningún trastorno aparente en el desarrollo.

Como consecuencia hace las siguientes observaciones, después de la comparación de los datos obtenidos por la mensuración de las diferentes distancias y radios: Los incisivos permanentes aparecen normalmente un poco por delante de los temporales.

La disminución de longitud de la arcada después de la aparición de los premolares es un fenómeno normal como consecuencia del reemplazo de los molares temporales por los premolares, más pequeños, y la mesiogresión subsiguiente de los primeros molares. Esta mesiogresión es mucho mayor que el adelantamiento de los incisivos permanentes con relación a los temporales.

El crecimiento de la cara tiene lugar regularmente en todos los sentidos. El tipo facial se marca ya desde la juventud; parece acentuarse un poco durante el crecimiento.

M METABOLISMO

ODONTOIATRIA

1.º.—*El efecto de las perturbaciones del metabolismo sobre los dientes,*
POR ISAAC SCHOUR, D. D. S. y Ph. D. D. I. of. I. 58. 9.

De los estudios generales sobre este tema se pueden deducir las siguientes conclusiones:

Primero, la mayor parte de nuestra evidencia sobre la delicada repercusión en los dientes de las perturbaciones metabólicas es derivada de los datos obtenidos de la experimentación animal, especialmente sobre los incisivos de las ratas, los cuales son dientes de crecimiento continuo. Debemos, por esta razón, ser cautos hasta no obtener conclusiones análogas sobre estudios humanos, pues nosotros no podemos afirmar que los dientes en el hombre sean igualmente sensibles, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Segundo, es importante distinguir entre los dientes del adulto, que están especialmente completados en su formación y calcificación y completamente fuera de la encía, y aquellos dientes que están todavía en período de crecimiento. Las relaciones biológicas de los dientes naturalmente varían con los diferentes períodos de su vida.—A. Pascual.

La altura ophryon-subnación permanece durante el crecimiento sensiblemente igual a la altura subnasion-gnathion.

El radio bitragion-nación conserva aproximadamente siempre, el mismo valor que el radio bitragion-prosthion.

El ángulo goniaco disminuye de valor al compás del crecimiento.

La bóveda palatina no se modifica en su altura.

CONCLUSIONES

Hay que insistir sobre el hecho que la latitud de la arcada aumente durante su desarrollo, no solamente por la aparición de segundos y terceros molares sino al nivel del mismo de los primeros molares y de los premolares. No debemos olvidar este fenómeno cuando se un hace un tratamiento ortodóncico durante este período de transformación de la arcada temporal en arcada permanente, que es el caso más corriente, y tomar las medidas apropiadas para que los aparatos no se opongan a este aumento de latitud. El arco lingual parece ser el aparato más apropiado; al contrario, la placa palatina que sujeta a los molares por ganchos, parece poco favorable. Si se utiliza, hay que tener cuidado de no bloquear los molares y premolares.—*B. García.*

La falta de esta vitamina acarrea trastornos de coagulación y predisposición a hemorragias.

Puede ocurrir que la flora intestinal no sintetice de manera suficiente, como ocurre en los lactantes, produciendo propensión a las hemorragias.

Se observa que la vitamina K, sintética, pasa mejor a través de los tejidos placentarios que la vitamina K natural; por tanto, se puede administrar a los fetos a través de la madre gestante.—G. Balletero.

V VITAMINAS

ODONTOIATRIA

Penuria vitamínica.—DOCTOR ERNEST MÜLLER. Stade-Hamburgo.
“Zahnärzt. Rundo”.

Por el estudio de las vitaminas, basado en datos científicos modernos, se conocen las consecuencias de su carencia y se sabe que son necesarias al organismo y cuya falta acarrea trastornos: las llamadas avitaminosis.

De momento se puede asegurar que una buena y acertada dieta casera cubre “en general” las necesidades vitamínicas del hombre.

Decimos “en general” porque una alimentación no siempre será bastante completa, en cuanto a vitaminas se refiere, cuando por la prolongada cocción y el mantenimiento durante algún tiempo, de los alimentos calentándolos, dañan o destruyen las vitaminas.

Lo mejor es ingerir los productos naturales en el mayor estado de frescura o condimentándolos en la cocina de manera que no padezca su composición vitamínica. Naturalmente, se ha de tener en cuenta que

frutas, legumbres, etc., no se pueden encontrar frescas durante todo el año y que habrá que recurrir a los productos conservados.

La necesidad de vitamina C y en parte también de vitamina A durante los períodos de falta de legumbres frescas, en los que hay que recurrir a las conservas, se cubre con patatas.

A esto debemos el que en Alemania sea el escorbuto casi desconocido. La mejor preparación para las patatas es hacerlas hervir con cáscara y de esta forma bastarían 250 gramos diarios para cubrir más o menos las necesidades orgánicas de vitamina C. En caso de requerir una mayor cantidad de vitaminas (embarazo, convalecientes, trabajos corporales rudos y crecimiento) es necesario aumentar las dosis en invierno y primavera. En estas épocas se puede alcanzar la dosis vitamínica necesaria con limones, naranjas o ácido ascórbico.

Se hace notar que la falta de vitamina A puede ocasionar una oftalmía y que hace al ojo poco adaptable a la oscuridad.

La vitamina B, que se encuentra en la carne y otros órganos de animales, así como en los granos de cereales, frutas con cáscara, patatas, legumbres, leche y levadura, pueden obtenerse todas en nuestra alimentación casera.

De una gran importancia será la administración obligatoria de vitamina D a los niños en su primer año. Se supone que de esta forma se les preservaría con toda seguridad del raquitismo. Teniendo en cuenta que esta administración de vitamina D ha de ser con preferencia de la que se obtenga del aceite de hígado de bacalao, mejor que las que se obtienen por medios sintéticos, que tanto abundan en el mercado. Posiblemente con esta vitaminoterapia adecuada y regular acabará por deterrarse el raquitismo.

Después de la edad infantil puede quedar cubierta la necesidad orgánica de vitamina D con los alimentos que la contienen y una vida de sol y aire libre.

La vitamina E está muy repartida en la naturaleza, especialmente en las partes verdes de las plantas y en los gérmenes de los cereales. Es muy estable y no se altera su composición por la ebullición. Tiene importancia la ingestión de pan candeal, que es muy rico en vitamina E.

La vitamina K (coagulante) se encuentra en las plantas verdes y es elaborada por la flora intestinal y absorbida por la mucosa, de forma que no es necesario administrarla con los alimentos.

7.º — *Valor comparativo de los vasoconstrictores en las soluciones de anestesia local: Su aplicación práctica*, por HOWARD C. MILLER, D. D. S., F. A. C. D., y CARROLL W. STUART, D. D. S., M. D., F. A. C. D.

Con los agentes anestésicos locales utilizados en la actualidad, la toxicidad debida a la rápida absorción es una amenaza siempre presente. Por consecuencia, el empleo de un vasoconstrictor es necesario para retardar la absorción del agente anestésico, fijándole de este modo en el punto de la inyección. La epinefrina, el hidrocloreuro de cobefrina y el hidrocloreuro de neosinefrina son los vasoconstrictores que mejor cumplen estas necesidades. Como nosotros hemos indicado repetidamente, y otros autores han comprobado, el empleo de la epinefrina (adrenalina) es una fuente, no pocas veces frecuente, de desagradables reacciones. Los resultados obtenidos por nosotros en los estudios comparativos que hemos llevado a cabo con soluciones anestésicas locales conteniendo un 1 : 20,000 y 1 : 50,000 de epinefrina, en combinación con un 2 por 100 de procaína y otra de un 1 : 10,000 de hidrocloreuro de cobefrina con un 2 por 100 de solución de procaína, nos permite establecer las siguientes conclusiones:

1.ª Aun con soluciones muy diluídas de epinefrina se notan cambios perceptibles en la presión sanguínea, pulso lento y tendencias a perturbaciones en la reacción clínica.

F FRACTURAS DENTARIAS

11.—*Tratamiento y restauración de las fracturas de los incisivos permanentes*, por JONH C. BRAUER, D. D. S., A. B. M. S.; J. A. D. A. 23-12

La salud, las necesidades estéticas y la eficiencia masticatoria de los dientes permanentes anteriores exigen su tratamiento cuidadoso en los casos de fracturas. Un golpe en la parte anterior de la boca que no haya recibido tratamiento por el dentista en el momento del accidente, termina muchas veces en infección peri-apical y destrucción del hueso. Una restauración inapropiada o la falta de restauración en los dientes anteriores a menudo conducen a dar al enfermo una sensación de inferioridad. Las coronas fracturadas, con o sin exposición pulpar, pueden ser tratadas con éxito, como ha sido demostrada por muchos autores. Ha sido bien demostrado también que las raíces fracturadas no expuestas a la saliva o a un área infectada puede ser mantenida en vitalidad. Las consideraciones que deben hacerse en todos los casos de fracturas de los incisivos son: una breve historia clínica, un examen radiográfico para determinar la extensión de la fractura de la coro-

2.^a Estos cambios son apenas perceptibles empleando concentraciones de hidrocloreto de cobefrina en combinación con la procaína, en cantidades suficientes para obtener una anestesia prolongada para operaciones dentales.

Hemos bosquejado las condiciones que tienden a aumentar la incidencia de las reacciones desfavorables a las soluciones de anestésicos locales que contienen agentes vasoconstrictores. Cuidadasas observaciones de las condiciones físicas, del temperamento nervioso y de las condiciones generales del paciente, así como el seguir una cuidadosa técnica de preparación y administración de las soluciones anestésicas reducirán al minimum estas reacciones.—A. Pascual.

na o su extensión a la raíz, la protección de la dentina o de la pulpa expuesta y la estabilización, por último, de la corona o de la raíz fracturada. La edad y la salud del enfermo, así como la salud del diente, la extensión de la fractura y el tipo de restauración, son los factores del éxito o del fracaso del tratamiento.—A. Pascual.

No tiene sentido observar cortes microscópicos en los tratados, sino que hay que ver de comprender un órgano plásticamente, tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico, y tratar de seguir en él los procesos vitales.

Naturalmente lo que yo presento no es más que una teoría que no se basa en pruebas irrefutables, pero ¿qué no es teoría, en fin de cuentas, en la Ciencia?—*G. Ballestero.*

D SENSIBILIDAD DE LA DENTINA

ODONTOIATRIA

Consideraciones acerca de la sensibilidad de la dentina, POR EL DOCTOR
WILHELM MEWES (Hamburgo). De 51-31.

Las fibras de Tomes, prolongación de los odontoblastos, que se extienden radialmente en todas direcciones por la dentina, constituyen los portadores de las funciones fisiológicas del diente. Para averiguar su número y su fuerza o, para decirlo mejor, para hacérselas perceptibles, carecemos de todo órgano sensorial. Los estímulos que actúan en ellas son tan pequeños para nuestros sentidos que no pueden ser medidos, por la misma razón que no pueden serlo los grandiosos acontecimientos del Universo. Grande y pequeño son conceptos humanos que no existen en la Naturaleza.

Mientras el diente está asentado de manera normal en la mandíbula, es decir mientras no sobresale del nivel de los otros dientes y no está averiado por la carie o por el desgaste del esmalte, todos los procesos del metabolismo se verifican en él normalmente. La sangre llega por los vasos sanguíneos de la pulpa (cómo, no se sabe), a los odontoblastos, y en éstos se verifica la misteriosa transformación en materias cálcicas que mantienen el equilibrio cálcico en el diente.