

En la actualidad, después de un año (fecha 5 de marzo de 1943), y observándole cerca podemos afirmar su completa curación.

CONCLUSIONES.

—El autor describe a grandes rasgos, la formación y desarrollo de los quistes dentarios.

—Expone las distintas tendencias sobre el particular.

—Da cuenta de un caso tratado sin operación con resultado satisfactorio.



• DISPOSICION FASCIAL EN LA REGION SUPRAHIOIDEA

por el

Dr. L. Gómez Cliveros

LA región suprahioidea, en sentido lato, es aquella que está comprendida entre el borde inferior del cuerpo del maxilar inferior y el mismo borde de la rama de la mandíbula hasta el ángulo, arriba y adelante, y un plano que pasará por el cuerpo del hueso hioides en la línea media y se continuará a ambos lados siguiendo el vientre posterior—*venter mastoideus*—del músculo digástrico de la mandíbula—*m. biventer mandibulae*—hasta el ángulo de la misma, por abajo y detrás. En esta amplia región suprahioidea, podemos distinguir a su vez otras regiones, como hacen muchos autores y se consigna en la Nomenclatura Anatómica de JENA y en la “Birmingham Revisión of Anatomical Nomenclature”; estas regiones parciales son distintas tanto por su Anatomía como por su Patología.

Estas partes integradoras de la región suprahioidea son: una impar y media colocada sobre el cuerpo del hioides, de forma triangular y limitada por el hueso hioides por abajo, que forma la base del triángulo, y por los vientres anteriores de los músculos digástricos, a los lados. Este triángulo suprahioideo impar, tiene su vértice de oposición a la base en el punto medio del borde inferior del cuerpo del maxilar inferior, entre la foseta digástrica—*fossa musculi biventeris*—de uno y otro lado. Esta región la llamaremos región o triángulo suprahioideo medio—*regio submentalis* (I. N. A), triángulo submental (B. R.)—. La otra región es par y simétrica, la denominaremos región o triángulo suprahioideo lateral o triángulo cervical supero-externo de KLEINSCHMIDT—*trigonum submandibularis* (I. N. A), triángulo digástrico (B. R.)—. Está situada a cada lado de la anterior y limitada por delante por el vientre anterior del músculo digástrico de la mandíbula que la separa de la misma, por detrás por el vientre posterior de este mismo músculo, y por arriba por el borde inferior del cuerpo y rama del maxilar inferior hasta el ángulo de este hueso. Los tres vértices de este triángulo son: uno anterior y superior en la inserción mandibular del vientre anterior del m. digástrico de la mandíbula; otro posterior y superior en el mismo ángulo de la mandíbula y otro, inferior, en el punto de fijación del tendón intermedio del músculo digástrico de la mandíbula en el hueso hioideo.

Estas regiones, cuya importancia anatómica y patológica no creo sea necesario subrayar, comprenden la siguiente conformación anatómica, que a continuación solamente esbozamos.

Región suprahioidea media.—Esta región se extiende desde la piel hasta el plano muscular formado por el milohioideo, encontrándonos en ella de la superficie a la profundidad, la piel, el tejido celular subcutáneo, algunas fibras del músculo cutáneo del cuello—*platysma*—, la fascia cervical superficial y los músculos milohioideos entrecruzados en su rafe y comprendidos lateralmente por los vientres anteriores de los músculos digástricos de la mandíbula. Más allá de los músculos milohioideos, lo consideramos como suelo de la boca por lo cual eludimos su citación. En esta región, encontramos como

elementos linfo-vasculares y nerviosos, los siguientes: La arteria submentoniana—*a. submentalis*—, ya en su territorio terminal; las anastomosis de ésta con la lingual—*a. lingualis*— y la dentaria inferior—*a. alveolaris mandibularis*—, la vena o venas submentalis—*v. submentalis*— con o sin anastomosis transversales originarias de la vena yugular anterior—*v. jugularis superficialis ventralis*— y algunas ramas nerviosas finas de la rama cervical transversa—*rami craneales del n. cutaneus colli*—del plexo cervical—*plexus cervicalis*—, así como las terminaciones del nervio milohioideo—*n. mylohyoideus*—. Además de todas estas estructuras en la región asientan los ganglios o ganglio linfático submental—*lymphonodi submentales*—. Estos o este ganglio, pues a veces sólo hay uno, recibe la linfa preferentemente del labio inferior, mentón, suelo de la boca, encías y punta de la lengua y acaso reciba alguno de la glándula submaxilar. Ellos son tributarios de la cadena de la yugular interna—*lymphonodi cervicales profundi*—y del grupo del vientre craneal del omohioideo (YOUNG, ROBINSON y BRASH).

La disposición fascial en esta región es de gran sencillez y se comprende fácilmente. En nuestro sentir, que en realidad no es sino el que ya en otro tiempo sustentara CHARPY, o sea, el de que la fascia cervical superficial al llegar al hueso hioides se fija en él, y salta al borde inferior del cuerpo del maxilar inferior donde se fija, no sin antes haber mandado una prolongación por encima del tendón intermedio que, por su cuenta, va a insertarse en el asta mayor del hioides. Por el momento esta prolongación no nos interesa en esta región y ella será motivo de comentario especial en la siguiente, que más tarde describiremos. Lo interesante de la fascia cervical superficial a este nivel, es que ella se encuentra reforzada por su cara profunda a uno y a otro lado de la línea media por fibras tendinosas (las mediales), que se originan en el tendón intermedio del músculo digástrico de la mandíbula, de tal forma, y como ya hemos manifestado en otro trabajo, que esta fascia se encuentra reforzada por estas fibras y ocasionalmente por otras que proceden del músculo estilohioideo—*m. stylohyoideus*—. Esta parte de la fascia cervical superficial, es la que nosotros

en otra ocasión llamamos porción fascial interdigástrica espesada y, efectivamente, algunas veces lo es tanto y tan conexiounada está con el tendón intermedio del digástrico, que forma ella por sí la llamada aponeurosis interdigástrica de otros autores. Otras veces, las prolongaciones de los tendones intermedios, no se fijan en la cara profunda de la fascia cervical superficial, sino que, entremezcladas entre sí, forman una laminilla aislada interdigástrica contigua, mas no continua a la fascia cervical superficial.

Profundamente a esta última, no encontramos formación fascial y menos aún aponeurótica, pese a las aseveraciones de TROLARD, DESCOMPS y TRUFFERT, sino simplemente láminas conjuntivas poco densas que, a manera de perimio, contienen al músculo milohioideo y al vientre anterior del digástrico.

Región suprahioidea lateral.—Esta región, limitada según las indicaciones arriba citadas, presenta los siguientes planos que, en esquema, son: piel, tejido celular subcutáneo, músculo cutáneo del cuello, fascia cervical superficial, glándula submaxilar envuelta por un tejido conjuntivo laxo de fácil despegamiento, el milohioideo, y el hiogloso—*m. hyoglossus*—, comprendidos todos estos planos por delante y por detrás, respectivamente, por los vientres anterior y posterior del músculo digástrico de la mandíbula. En esta región, hallamos como elementos vasculo-nerviosos, los siguientes: la arteria lingual—*a. lingualis*—, la arteria facial—*a. facialis*—, las arteriolas submaxilares—*rr. glandulares*—, la arteria submentoniana—*a. submentalis*—, acaso la palatina inferior—*a. palatina ascendens*—, la vena facial—*v. facialis*—, la vena o venas linguales—*v. v. linguales*—, el nervio milohioideo—*n. mylohyoideus*—, el nervio hipogloso—*n. hypoglossus*—, y el n. lingual—*n. lingualis*—. Los ganglios linfáticos de la región comprenden diverso número de ellos que constituyen el llamado grupo *lymphonodi submandibularis*, repartidos por dentro y por fuera de la glándula, pero siempre encerrados en el compartimiento de ésta. Reciben la linfa de las encías, lengua, y en parte de la cara, y la envían en varias corrientes hacia los ganglios de la cadena de la yugular interna.

La disposición fascial en esta región, es sin duda, uno de

los motivos más apasionantes de la Anatomía y también uno de los más discutidos. Nosotros, después de exponer las diversas teorías que sobre la disposición fascial se dieron por los más distintos autores, fijaremos nuestro punto de vista apoyándonos en el gran número de disecciones (pasan del centenar), que de esta región hicimos, argumentadas además, por hechos

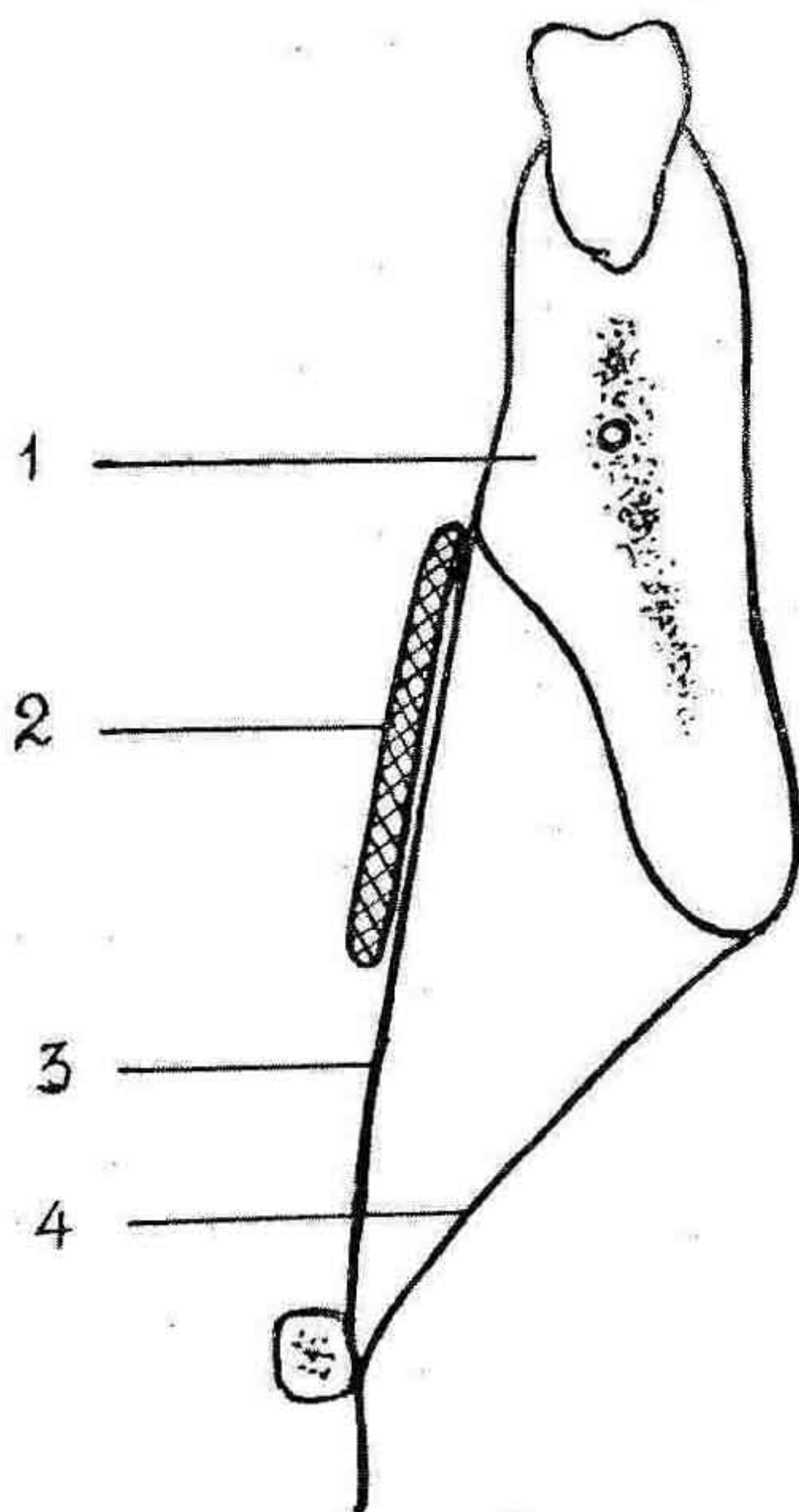


Fig. 1.—Esquema de la constitución del espacio submaxilar según los autores clásicos: 1, maxilar inferior; 2, m. milohioideo; 3, hoja profunda de la fascia cervical superficial; 4, fascia cervical superficial.

clínicos que abundan en nuestra manera de concebir las formaciones fasciales a este nivel.

Las descripciones clásicas de fácil comprobación en cualquier libro, entienden la disposición fascial en la región suprahioidea de forma tal que, para ellos, la glándula submaxilar queda encerrada en un desdoblamiento de la fascia cervical superficial. Autores como TESTUT, ponen de manifiesto que la fascia superficial al llegar al hueso hioides, se desdobra en dos hojas, una superficial, que continúa la fascia hasta el borde inferior de

la rama de la mandíbula y cuerpo de la misma, y otra profunda —prolongación submaxilar— muy delgada que reviste la cara superficial del músculo milohioideo y con éste llega a la línea milohioidea del mismo maxilar, colocándose por tanto, medial a la glándula submaxilar. La cavidad prismática triangular que queda entre estas dos hojas completada por el mismo maxilar inferior, contiene la glándula submaxilar. (Fig. 1).

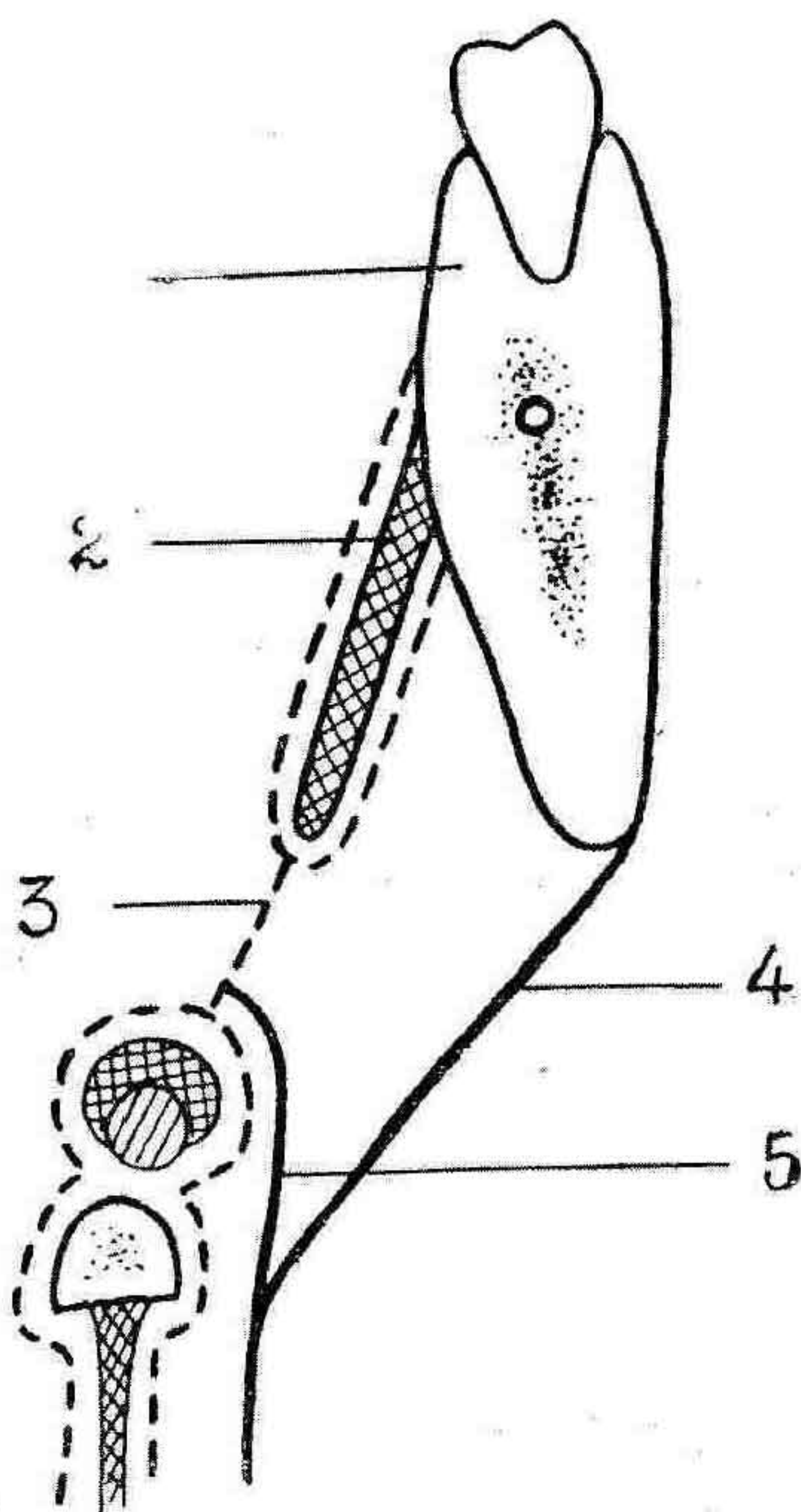


Fig. 2.—Esquema de la constitución del espacio submaxilar según Trolard y Descomps: 1, maxilar inferior; 2, m. milohioideo; 3, fascia cervical media; 4, fascia cervical superficial; 5, hoja profunda.

Otros autores como TROLARD y DESCOMPS, admitiendo que la fascia cervical media no se detiene en el hueso hioides sino que, por el contrario, asciende sobre él llegando al cráneo y envolviéndolo de camino los músculos suprahioideos, entre otros, requieren para la constitución del compartimiento de la glándula submaxilar esta fascia media que, en su sentir, formaría la pared profunda del mismo (fig. 2). De otra manera,

estos autores describen la fascia superficial en su paso de hueso hioides a maxilar inferior, *ad simili* de los clásicos, con la diferencia que para TROLARD y DESCOMPS, la prolongación profunda de la fascia cervical superficial, es pequeña y se fija por encima del tendón intermedio del digástrico y músculo estilohioideo en la fascia cervical media donde terminaría. De otro lado, para los autores que ahora referimos, la fascia media subiendo por encima del hioides vendría a envolver los músculos digástricos de la mandíbula estilohioideo y milohioideo, yendo con este último a perderse, insertándose, en la línea milohioidea; por ende, para estos autores profundamente a la glándula submaxilar existe otro plano fascial formado por la fascia cervical media en su porción suprahioidea, o sea, que la glándula sería, según esta concepción, interaponeurótica a diferencia de la teoría clásica, según la cual, sería intraaponeurótica.

Hace poco más de veinte años que PAUL TRUFFERT, discípulo de SEBILEAU, estudiando los trabajos de FARABEUF y OMBREDANNE, referentes a las láminas vasculares abdomino-pelvianas y tras un gran número de disecciones, dió a conocer en su libro sobre las aponeurosis y espacios del cuello, sus impresiones sobre tan interesante asunto, impresiones que formaron una teoría que su mismo maestro tituló de original.

TRUFFERT, partiendo de consideraciones embriológicas, explica que el esbozo de la glándula submaxilar en su crecimiento desliza por detrás del músculo milohioideo hasta alcanzar su borde posterior, momento en que la glándula se embute hacia los planos superficiales “cofiándose” con la pared del espacio visceral—a este nivel formada por las láminas vasculares faciales—. En su crecimiento ulterior la “cofia” lamino-vascular de la glándula submaxilar se recubre de la fascia media que para este autor como para TROLARD y DESCOMPS, llega hasta la base del cráneo. De esta forma la glándula queda encerrada en una bolsa submaxilar integrada por las láminas vasculares y por la fascia cervical media, fascia, que de acuerdo con esta teoría vendrá en última instancia a pegarse a la cara profunda de la fascia cervical superficial. (Fig. 3). O sea que para TRUFFERT el espacio de la glándula submaxilar está constituido

por la “superposición de la aponeurosis media y la aponeurosis vascular evaginadas en bolsa a través de un orificio limitado: atrás y arriba, por la facial,; atrás y abajo, por la viente posterior del digástrico y su tendón intermedio; adelante, por el borde posterior de milohioideo”.

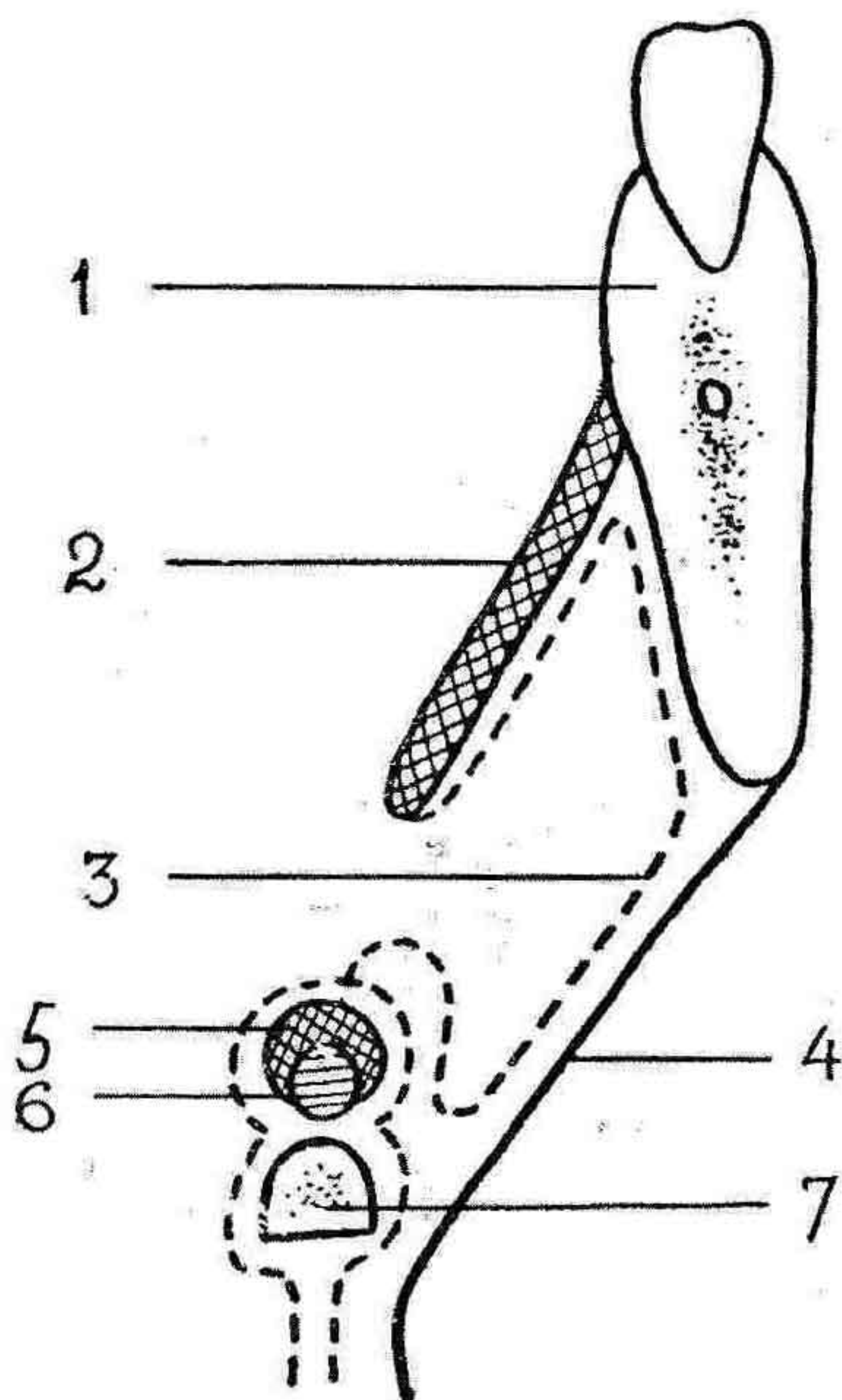


Fig. 3.—Esquema de la constitución del espacio submaxilar según Truffert: 1, maxilar inferior; 2, m. milohioideo; 3, fascia cervical media; 4, fascia cervical superficial; 5, m. estilohioideo; 6, tendón intermedio del m. digástrico; 7, hioides.

Realmente CONSTANTINI, y el mismo TRUFFERT en parte, lo reconoce, ya señaló la existencia de la bolsa submaxilar al describir el diafragma cervico-cefálico. Posteriormente a los trabajos de TRUFFERT se publicaron otros en los que como por ejemplo el de ALBANESE se consigna con ligeras variantes las disposiciones instituídas por el tan citado TRUFFERT.

Nosotros, teniendo en cuenta los hechos de observación práctica en la Sala de disección de un lado y de otro basándonos en las aseveraciones de auténtico valor, tales como las de

CHARPY, VILLA y KUHN, además de las demostraciones de la Clínica Quirúrgica, hemos aceptado de plano la disposición fascial de la región suprahioidea según la concepción de CHARPY que, en esencia, es la misma que KUHN, en su magnífico trabajo anatomo-embriológico describe. Veamos esta disposición:

La fascia cervical superficial antes de ocupar la región su-

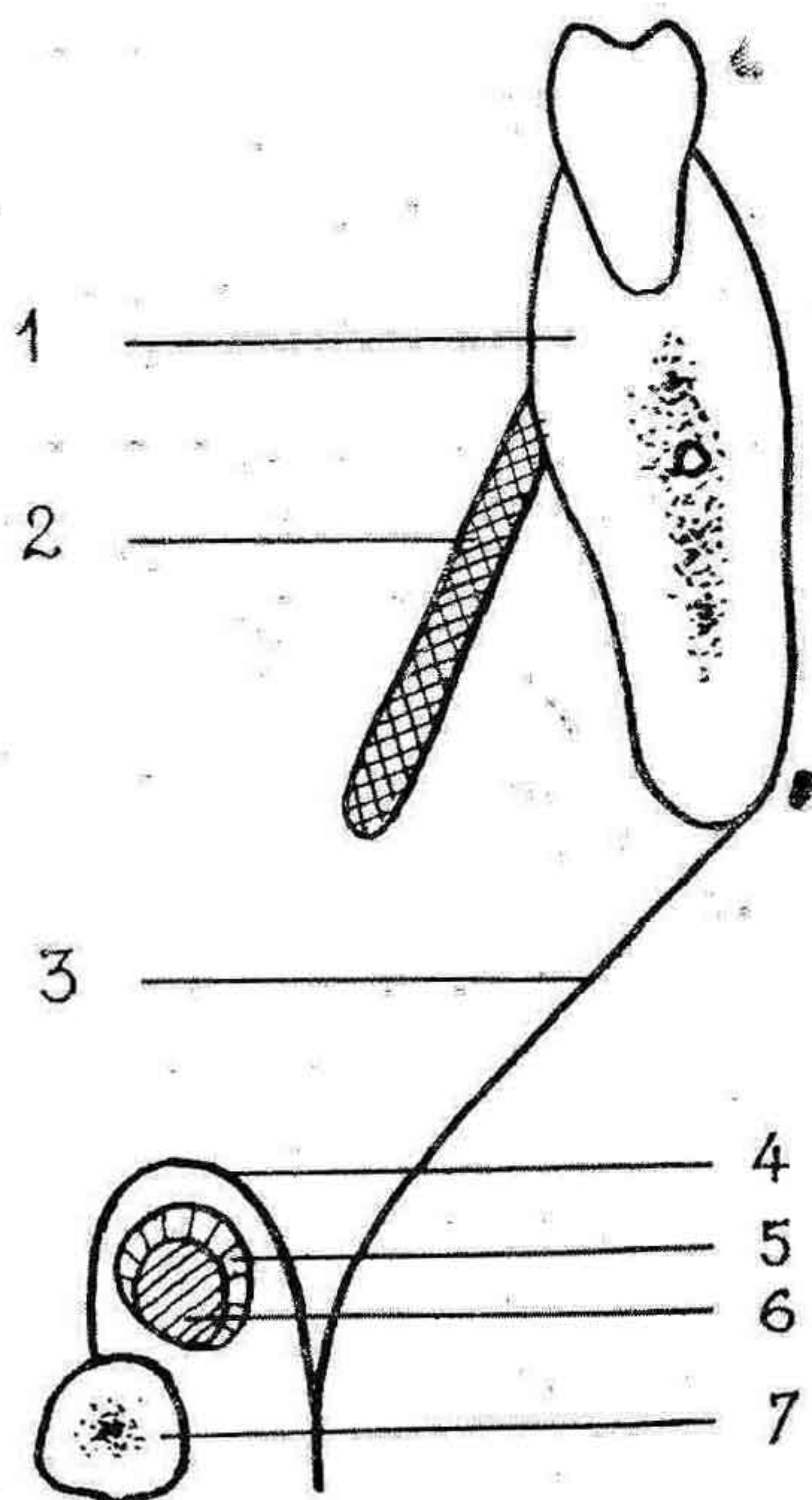


Fig. 4.—Esquema de la constitución del espacio submaxilar, según Charpy: 1, maxilar inferior; 2, m. milohioideo; 3, fascia cervical superficial; 4, hoja profunda; 5, m. estilohioideo; 6, tendón intermedio del m. digástrico; 7, hioides.

prahioidea a nivel de la glándula submaxilar se fija en la cara anterior del hueso hioides en la cresta de éste, tal inserción es bien manifiesta y resiste buen número de tracciones. La fascia, a este nivel se desdobla en dos hojas o mejor aún, la fascia emite una hoja hacia la profundidad que busca el tendón intermedio del digástrico y el mismo estilohioideo los recubre, formando una curva de concavidad inferior, yendo a fijarse en el mismo hueso hioides, mientras que ella como tal fascia cer-

vical superficial continúa su recorrido cubriendo la región suprahioidea hasta llegar al borde inferior del maxilar inferior donde se inserta. Esta disposición crea un receso fascial en la parte caudal del compartimiento submaxilar que a manera de bolsillo fascial (VILLA), contiene la glándula submaxilar. (Figura 4).

Para nosotros el compartimiento submaxilar—*spatium submandibulare*—, de acuerdo con la disposición fascial señalada, tiene una cara externa o mejor supero-externa formada por la cara interna del maxilar inferior en el territorio de la fosa submaxilar y en parte por la zona de esta cara del maxilar cercana a la anterior y ya en la vecindad de las inserciones del músculo pterigoideo interno; otra cara inferior, o mejor infero-externa, constituida por la parte correspondiente de la fascia cervical superficial que, por lo demás, a este nivel es bastante neta; y, en fin, otra cara interna formada por dos cortinas musculares delgadas, ventral la una, el milohioideo, dorsal la otra, el hiogloso, entre las que queda una hendidura para el paso de la prolongación anterior de la glándula.

Por delante este compartimiento (correspondiendo al extremo anterior de la glándula), está limitado por la conjunción fascio-perimisial del vientre anterior del músculo digástrico de la mandíbula y del molohioideo; por detrás (extremo posterior de la glándula), por la cinta maxilar o submaxiloparotidea bastante fuerte y resistente que forma la frontera entre el compartimiento que estamos describiendo y el que encierra la glándula parótida: por abajo (borde inferior de la glándula) el bolsillo fascial de VILLA; y por arriba (borde superior de la glándula), la intersección maxilomilohioidea de una parte, y la mucosa bucal en el surco gingivo-lingual por otra. Para completar diremos que el borde externo de la glándula, corresponde a la inserción de la fascia cervical superficial en el borde inferior de la mandíbula.

Este compartimiento tiene dos salidas; una anterior, ya señalada entre el milohioideo y el hiogloso, y otra posterior hacia el plano interno siguiendo el músculo estilohioideo, hacia los espacios laterofaríngeos. Los puntos débiles del compartimiento submaxilar o mejor los lugares por donde se escapan

las inyecciones a presión, practicadas en esta región, o las colecciones purulentas del mismo, son las puertas o salidas citadas y la arista superior en su parte correspondiente al surco gingivo-lingual. A este respecto recordaremos las experiencias ya antiguas de POULSEN, que con sus inyecciones observó que estos sitios permitían la salida de la masa gelatinosa.

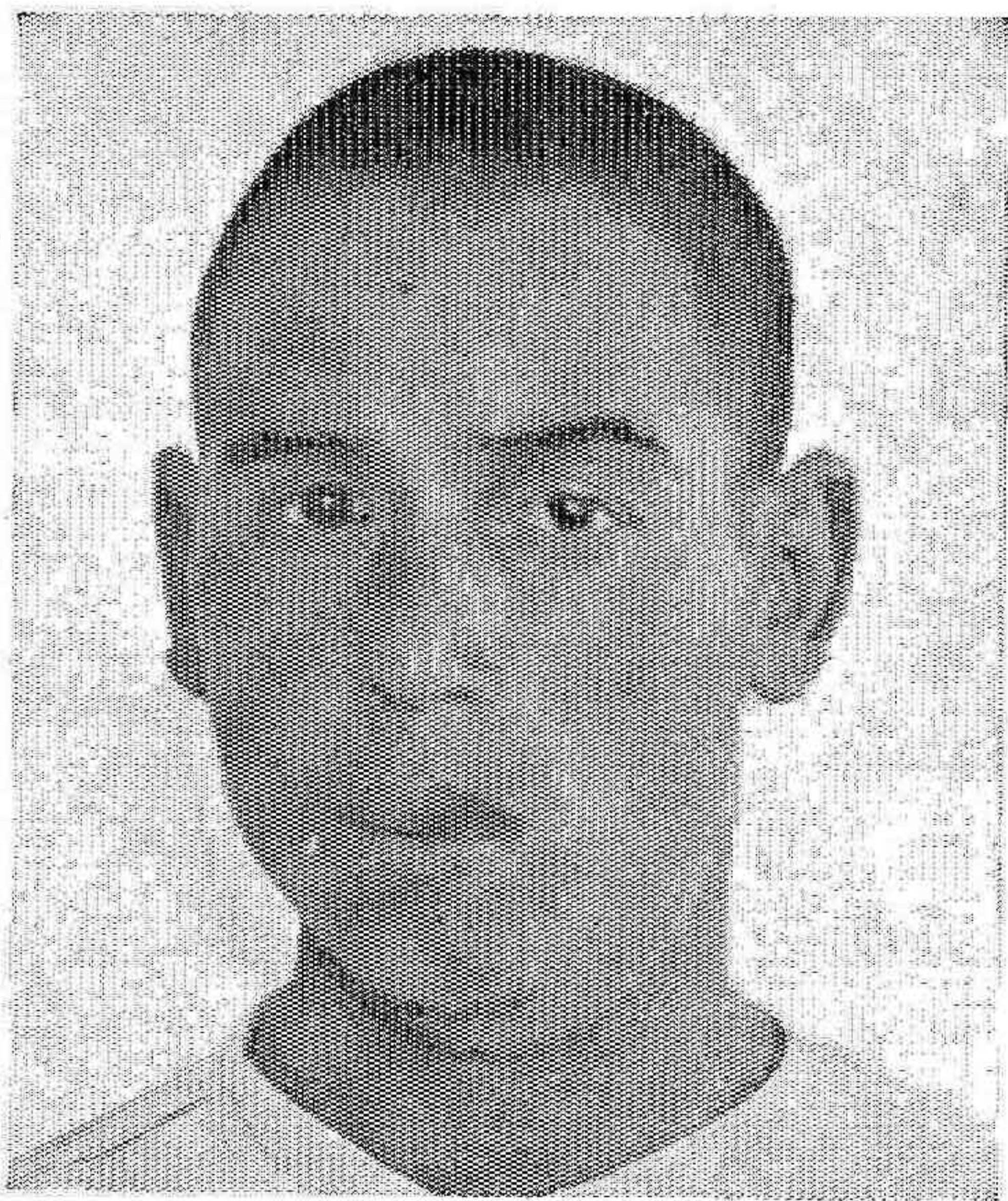


Fig. 5.—Aspecto del caso.

De acuerdo con cuanto acabamos de señalar, insistiremos en que la tapadera de la cavidad submaxilar o sea la cara infero-externa del compartimiento formada por la fascia cervical superficial, es lo suficientemente fuerte para resistir las presiones de las inyecciones gelatinosas o de los acúmulos purulentos, como hoja fascial que es; en oposición a la cara interna que sólo presenta unas cortinas musculares delgadas con soluciones de continuidad entre ellas y en sus contornos que permiten escapes purulentos, ya que esta pared y a despecho de la teoría clásica y de la de TROLARD y DESCOMPS, no tiene formación fascial definida, y solamente un tejido conjuntivo

poco espesado que, a manera de perimisio, contiene los músculos a este nivel. Esta concepción de la capa conjuntiva fina que recubre el músculo milohioideo sobre todo y al hiogloso, fué ya considerada como tal y no como fascia, por el mismo MERKEL, y lo es en la actualidad por KOPSCH y KUHM, este último lo refiere aún con la evolución de los abscesos de la región que vienen a demostrar con claridad todo cuanto decimos.

Nosotros reseñaremos que hemos tenido un caso (fig. 5), con la historia que exponemos, bien demostrativo de todo lo anterior.

Enfermo M. B. A. (no sabe los años, es indígena marroquí). Se presenta a la consulta aquejando fiebre, fuertes dolores en cuello, grandes molestias en la masticación y deglución; tener mal olor de boca y escupir saliva turbia y de mal sabor.

Empezó hace diez días con dolores en la región suprahioidea—como pinchazos—que relaciona con dolor en el segundo molar inferior izquierdo en días anteriores. En fechas sucesivas y ya con mucha fiebre—no precisa cuánta—, que le obligó a guardar cama, nota cuantas molestias se señalaron anteriormente (no se puede historial más por ser estos indígenas poco propicios a ser historiados).

Reconocido, se le aprecia individuo bien constituido con facies congestionada y febril. Tumoración como un huevo de gallina en región suprahioidea cubierta de piel rubicunda. Boca terriblemente séptica, con olor nauseabundo. Numerosas caries, una de las cuales ha destruido toda la corona del segundo molar inferior izquierdo, apreciándose en el fondo de la cavidad, fungus de aspecto pardonegruzco francamente séptico. El surco gingivo-lingual izquierdo está edematoso y hacia su parte posterior se puede reconocer una pequeña solución de continuidad que deja escapar gotas de pus. En la exploración siguiente se recogen datos tales como: fiebre, 39°; tumoración suprahioidea dura muy dolorosa y caliente que da sensación de empastamiento profundo. No fluctuación. Su presión determina la salida de pus amarillo sucio, por el pequeño orificio patológico situado en el surco gingivo-lingual ya señalado, un poco por detrás del segundo molar izquierdo inferior; orificio que representa, no cabe duda, la vía de menor resistencia que

siguió el pus acumulado en el compartimiento submaxilar, posiblemente por supuración de los ganglios linfáticos de tal compartimiento fundamentalmente los profundos, estaciones de las vías linfáticas gingivo-linguales. El resto de la exploración no denota nada anormal. Análisis de orina de urgencia, normal. Con el diagnóstico de flemón suprahioideo se le interviene bajo anestesia por cloruro de etilo practicándosele incisión paralela al borde del maxilar inferior, comprendiendo piel, tejido celular subcutáneo y fascia cervical superficial que, por lo demás, se encuentra muy tensa. Seguidamente, empieza a salir gran cantidad de pus, no muy espeso pero de mal olor. Evacuado este, se amplía la incisión hasta cerca del ángulo de la mandíbula con lo que proporcionamos una amplia vía de salida por la que fluye más pus. Reconocemos el compartimiento submaxilar y nos encontramos con que la glándula está en gran parte destruída, existiendo una fusión purulenta de casi todo el milohioideo y aun del hiogloso. Limpiamos hasta lo permitido, dejando parte de glándula que esperamos se elimine en días sucesivos. Practicamos contraabertura por encima del hioides a nivel del bolsillo fascial, y colocamos drenajes de gasa muy flojos. El curso post-operatorio es muy bueno obteniéndose la curación total y sin secuelas en veinte días. Pasados los cuales ordenamos una revisión y tratamiento odontológico del enfermo, pues nosotros creemos que padeció un flemón submaxilar linfógeno consecutivo a procesos inflamatorios de las piezas dentarias (*abceso apical*), y en especial del segundo molar izquierdo inferior.

Se debe tener muy en cuenta, para la interpretación etiopatogénica de los flemones y abscesos suprahioideos, las conexiones linfáticas gingivales y la constitución anatómica de esta región. Todo cirujano general y, en especial, los cirujanos buco-faciales, deben tener presente que la inflamación linfógena de la celda submaxilar con punto de partida dentario, es de una gran importancia. Parecidos comentarios hace SCHÖRCHER.

Este caso que nosotros hemos presentado colateralmente en este trabajo, viene a reforzar nuestra manera de comprender la disposición fascial en la región suprahioidea que, en suma, no es sino la concepción que dió CHARPY.

Con MERKEL y otros muchos, no admitimos la existencia de una hoja fascial y menos aponeurótica como pared interna del compartimiento submaxilar. Es decir, el desdoblamiento fascial de los clásicos o la disposición de TROLARD y DESCOMPS, no las consideramos verídicas ni desde el punto de la Anatomía teórica, ni práctica, ni desde el punto de vista de la Anatomía quirúrgica y ello, porque, como dice KUHN, las fascias sólo se

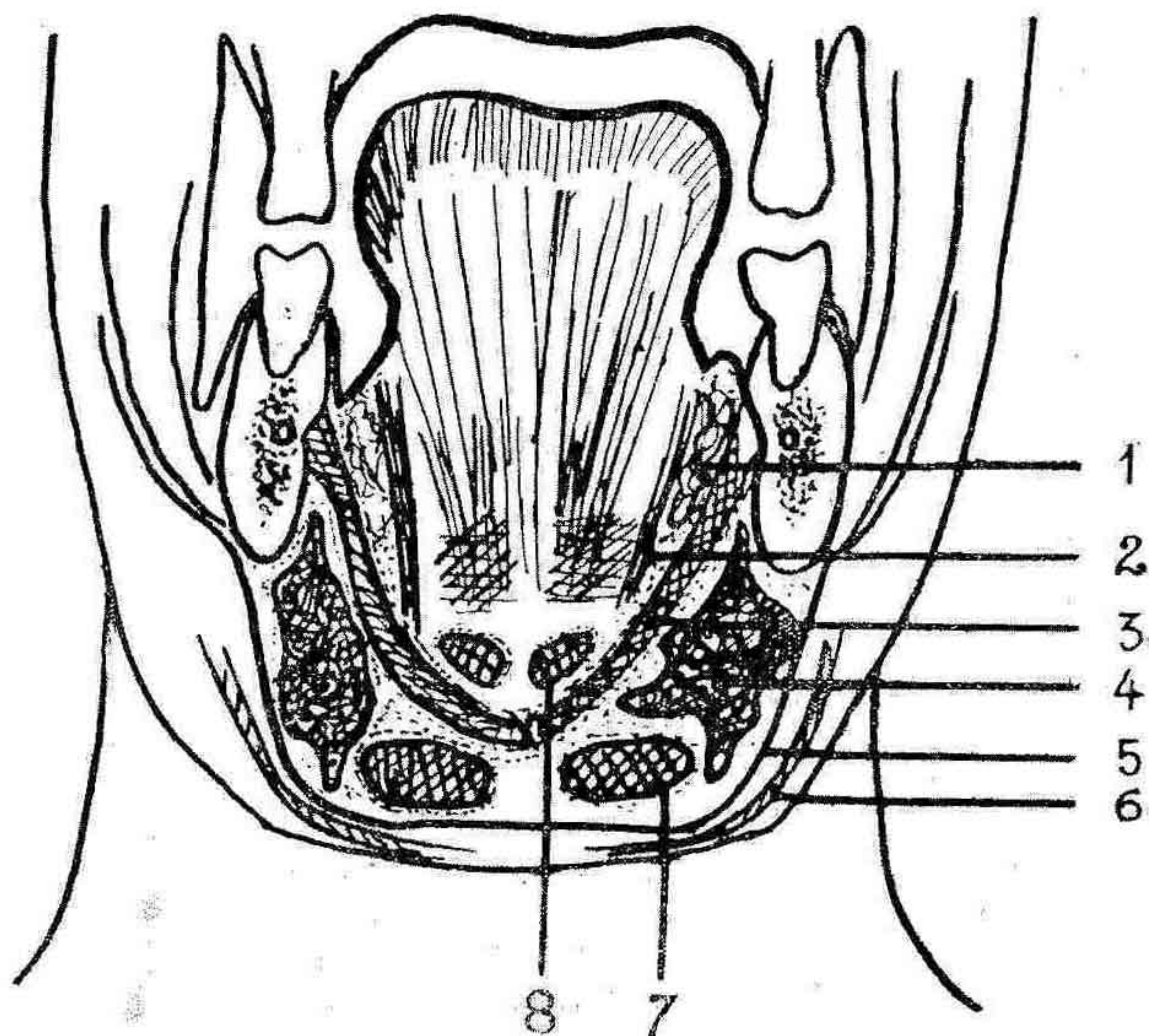


Fig. 6.—Corte esquemático vértico-frontal de la región suprahioidea: 1, glándula sublingual; 2, m. hiogloso; 3, m. milohioideo; 4, glándula submaxilar; 5, fascia cervical superficial; 6, m. cutáneo del cuello; 7, v. anterior del m. digástrico; 8, m. genihioideo.

desdoblan para envolver músculos; además, porque no es posible en la disección y a la vista de piezas *ad hoc* enjuiciar como hojas fasciales o aponeuróticas, la delgada lámina conjuntiva (MERKEL, KOPSCH, KUHN), o perimisial que cubre al milohioideo y al hiogloso, y de otra parte, porque si tal lámina fuera una formación fascial neta, nos encontraríamos con que ella formaría un dique sino muy resistente, sí lo suficiente para soportar al menos comedidamente, nuestras inyecciones o la invasión purulenta y no se dejaría rasgar y aun deshacer en los proce-

sos de fusión puógena, como es lo ordinario que ocurra y como ocurrió en nuestro caso, en oposición al tabique resistente que forma la propia fascia cervical superficial que impidió la salida del pus resistiendo presiones que, en última instancia, condujeron el pus hacia los puntos débiles no fasciales de los planos profundos (fig. 6).

Respecto al modo de pensar de TRUFFERT, argüimos que tal disposición no hemos podido comprobarla jamás en nuestras disecciones ni ensayos, y esto a pesar de seguir numerosas técnicas anatómicas, entre ellas, las mismas que propone ALBANESE. Pero, es que, además, la concepción de la fascia cervical media de TRUFFERT, TROLARD, etc., no es exacta, ni siquiera, desde el punto de vista embriológico, y, adhiriéndonos al punto de vista de KUHN, sostenemos que la fascia cervical media, como tal fascia de la Anatomía descriptiva y topográfica, sólo llega hasta el hueso hioides, pues los cortes seriados de embriones y fetos de este último autor sugieren otro comentario que en nada se acerca a las ideas de TRUFFERT. Las condensaciones perimisiales de origen mesenquimatoso y como diferenciaciones conjuntivas condensadas en los alrededores de los músculos de esta región, en ningún modo muestran una continuidad efectiva en el embrión como para poder afirmar la existencia de extensas láminas fasciales que, además, y en último lugar, no son comprobables en el adulto.

Esto por un lado, que de otro, no nos explicamos, cómo TRUFFERT ha descrito como bolsa vascular glandular, lo que es simplemente ambiente conjuntivo embrionario, que circunda esta glándula y la limita de los esbozos embrionarios vecinos.

En nuestra monografía en preparación sobre las fascias del cuello, nos ocupamos *in extenso* de estos asuntos y, en especial, comentamos las concepciones de TRUFFERT, que dentro de su originalidad tienen algo que es nuevo, algo que ya se dijo, en parte rebatible y en parte aceptable.

En fin, que nosotros creemos con CHARPY y gran número de autores, que la disposición fascial en la región suprahioidea lateral, queda reducida a la fascia cervical superficial que va de hioides a maxilar y a su hojilla profunda formadora del bolsillo fascial. Y que la pared profunda carece de plano fascial

propiamente. En su consecuencia y con miras quirúrgicas, se tendrá en cuenta que las afecciones supuradas a este nivel, se abrirán camino antes en la región estilia, en la región de la glándula sublingual y en la misma cavidad bucal, a través de hendiduras preformadas o neoformadas, antes que rasgar la fascia cervical superficial bastante neta a este nivel.



● ORTODONCIA EQUILIBRADA E IMPORTANCIA DEL DIAG- NOSTICO EN ORTODONCIA

por el

Dr. Pedro Planas

DIVIDIRE este estudio en dos partes: una primera definiendo los siguientes conceptos "Ortodoncia", "fuerza dominante mandibular", "Ortodoncia equilibrada" y "Mínimo esfuerzo", conceptos que creo pueden ser útiles tanto para el diagnóstico como para la terapéutica de un caso.

Otra segunda exponiendo la orientación para la realización de la ortodoncia en nuestra clínica particular, destacando el valor primordial del diagnóstico y su importancia, a fin de elevar esta especialidad al punto que corresponda.

Ortodoncia.—Es la parte de la medicina que estudia la etiología y génesis de las anomalías funcionales y morfológicas del cráneo facial y cara, y tiene por objeto su profilaxis, diagnóstico y terapéutica.

Vemos pues, que no se reduce al empirismo de enderezar tal o cual diente, sino que el diente es el último elemento que visa nuestra cara terapéutica. Primero debemos apreciar el cráneo facial y cara; después como contenido del mismo los maxilares, y, por último, como contenido a su vez de éstos, los dientes.