

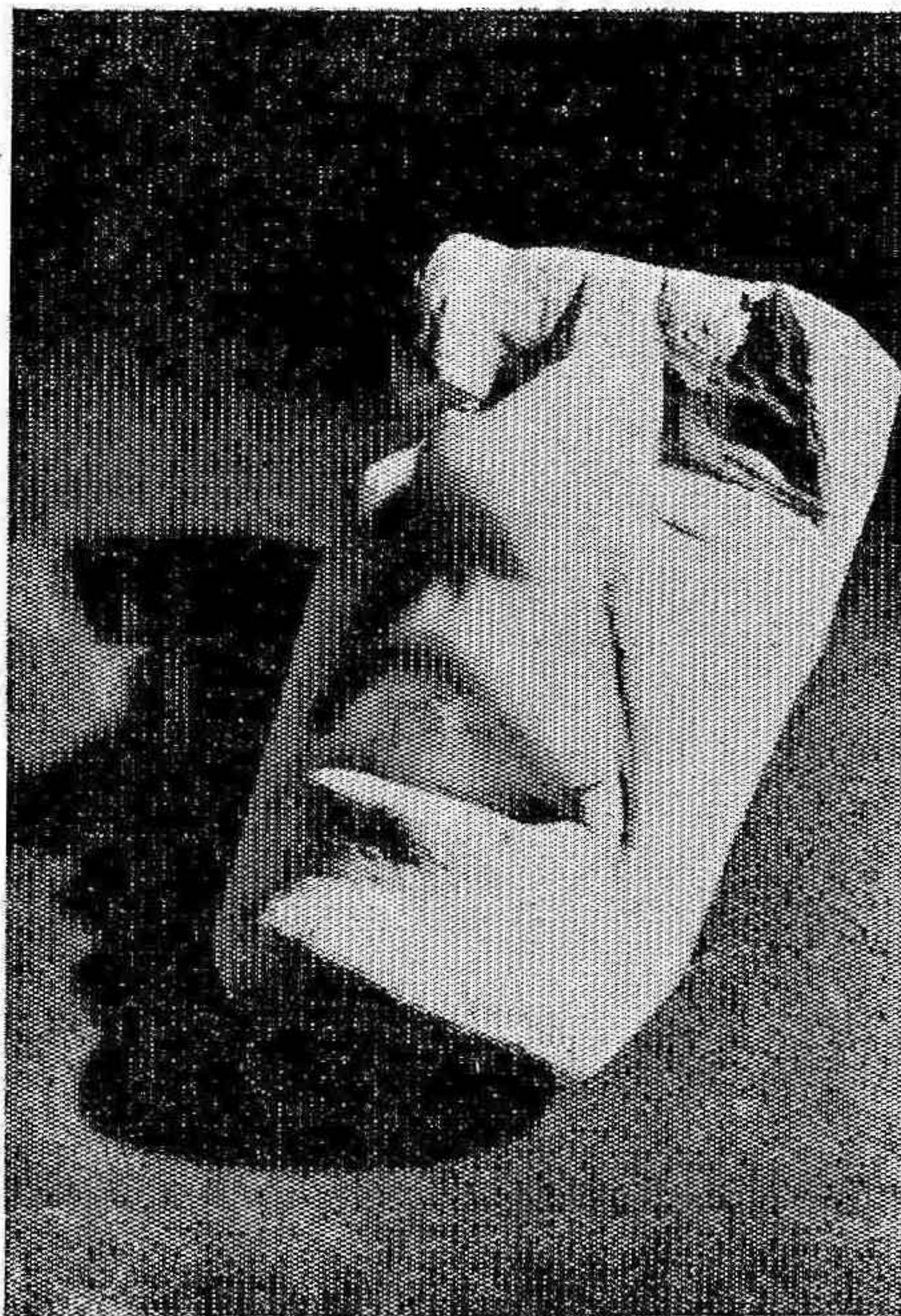
EL EMPLEO DEL CLORURO DE POLIVINILO EN LA PROTESIS QUIRURGICA

por

Sidney Rogerson, de la I. C. I.

Los compuestos de cloruro de polivinilo han tenido interesantes aplicaciones durante la guerra, habiéndose empleado esencialmente para forrar y aislar cables y para aumentar la resistencia de ciertos tejidos. Ultimamente han adquirido mayor importancia al ser utilizados por la cirugía plástica para la creación de narices, orejas o dedos artificiales. La guerra produce, desgraciadamente, un gran número de lesiones que desfiguran la cara o las manos y que ponen a prueba la pericia del cirujano y la resistencia del paciente. El tratamiento de tales lesiones exige una larga serie de operaciones, así como una constante asistencia médica, y la voluntad del paciente para cooperar con el cirujano desfallece al comprobar que quedará terriblemente desfigurado. Además de la pérdida de la piel y de los tejidos externos causada por quemaduras u otras heridas, hay pérdidas más graves y profundas producidas por diferentes lesiones, a las que no puede poner remedio la cirugía reconstructiva, necesitándose recurrir al empleo de partes o miembros artificiales que entran en el campo de la cirugía protésica o plástica.

En prótesis se han venido empleando diversos materiales: metales, compuestos de gelatina y glicerina, vulcanita, cera, resinas acrílicas, caucho, látex, etcétera. De los materiales duros, las resinas acrílicas dentales, tales como el "Kallorent", dan



los mejores resultados en aquellos casos en que se necesita restaurar una parte dura, mientras que el caucho látex constituye un buen material para partes blandas y menos permanentes. Estas piezas protésicas pueden adherirse a la cara por medio de una materia adhesiva o bien acoplándose a la armadura de unas gafas. Naturalmente, cuando la unión se hace mediante

un adhesivo, la parte restaurada ha de tener poco peso. Las imperfecciones que puedan existir en el ajuste de la parte restaurada o en el color de la misma, pueden corregirse por medio de cremas o polvos, pero la base grasienta de las cremas puede producir un efecto destructivo sobre el fino reborde de la parte restaurada con caucho látex. Las prótesis hechas con este caucho muestran también cierta tendencia a oscurecer de color a medida que pasa el tiempo.

En vista de la estabilidad y flexibilidad de las composiciones de cloruro de polivinilo, se pensó que este material sería apropiado para la prótesis, y como consecuencia de ello, Imperial Chemical Industries Ltd. ha llevado a cabo ciertos experimentos que vamos a describir, con el fin de que sirvan de ayuda o estímulo a los que deseen proseguir las investigaciones.

Es un hecho bien conocido que el cloruro de polivinilo se hincha en presencia de plastificantes tales como el fosfato de tricresilo, el ftalato de dibutilo o el ftalato de dihexilo, y puede disolverse a elevadas temperaturas para formar un producto flexible muy semejante a la goma. Las propiedades físicas del material resultante dependen tanto de la proporción como del tipo de plastificante empleado. Las composiciones completamente solidificadas son termoplásticas y pueden moldearse por los métodos de compresión o inyección. Las mezclas de cloruro de polivinilo con un plastificante pueden prepararse también en forma de pastas, pudiendo variar su consistencia desde la de una crema espesa hasta la de la masilla. Por medio de calor estas pastas pueden transformarse en un producto semejante a la goma, al cual puede dársele forma durante el proceso de transformación mediante una simple operación de mol-

deo. Se supuso, por tanto, que este producto sería muy apropiado para la confección de piezas protésicas, dada la complejidad de formas y los distintos espesores de éstas. Hubo de tenerse en cuenta, sin embargo, que había que prestar especial



atención a que los ingredientes usados en la composición fuesen apropiados para estar en contacto con la piel humana. El fosfato de tricresilo se emplea a menudo como plastificante en las pastas de cloruro de polivinilo; pero teniendo en cuenta lo que antecede, se decidió usar como plastificantes solamente los ésteres ftálicos, tales como el ftalato de dibutilo y el ftalato

de diexilo. Asimismo; las sales de plomo se usan como estabilizadores de calor en las composiciones de cloruro de polivinilo, pero fueron sustituidas por estearato de cal, que es menos tóxico, aunque también menos eficaz como estabilizador.

Los problemas a resolver fueron los siguientes:

1. Hallar una composición apropiada para la producción de partes o miembros humanos con la adecuada flexibilidad y una duración razonable.

2. Determinar la técnica de solidificación más apropiada, o sea el punto de temperatura más indicado para producir un material de la máxima resistencia. Para adherir estas partes protésicas a la piel es necesario que sus extremos tengan unos bordes muy delgados, y éstos no serán suficientemente consistentes o fuertes a menos que se use una alta temperatura de solidificación.

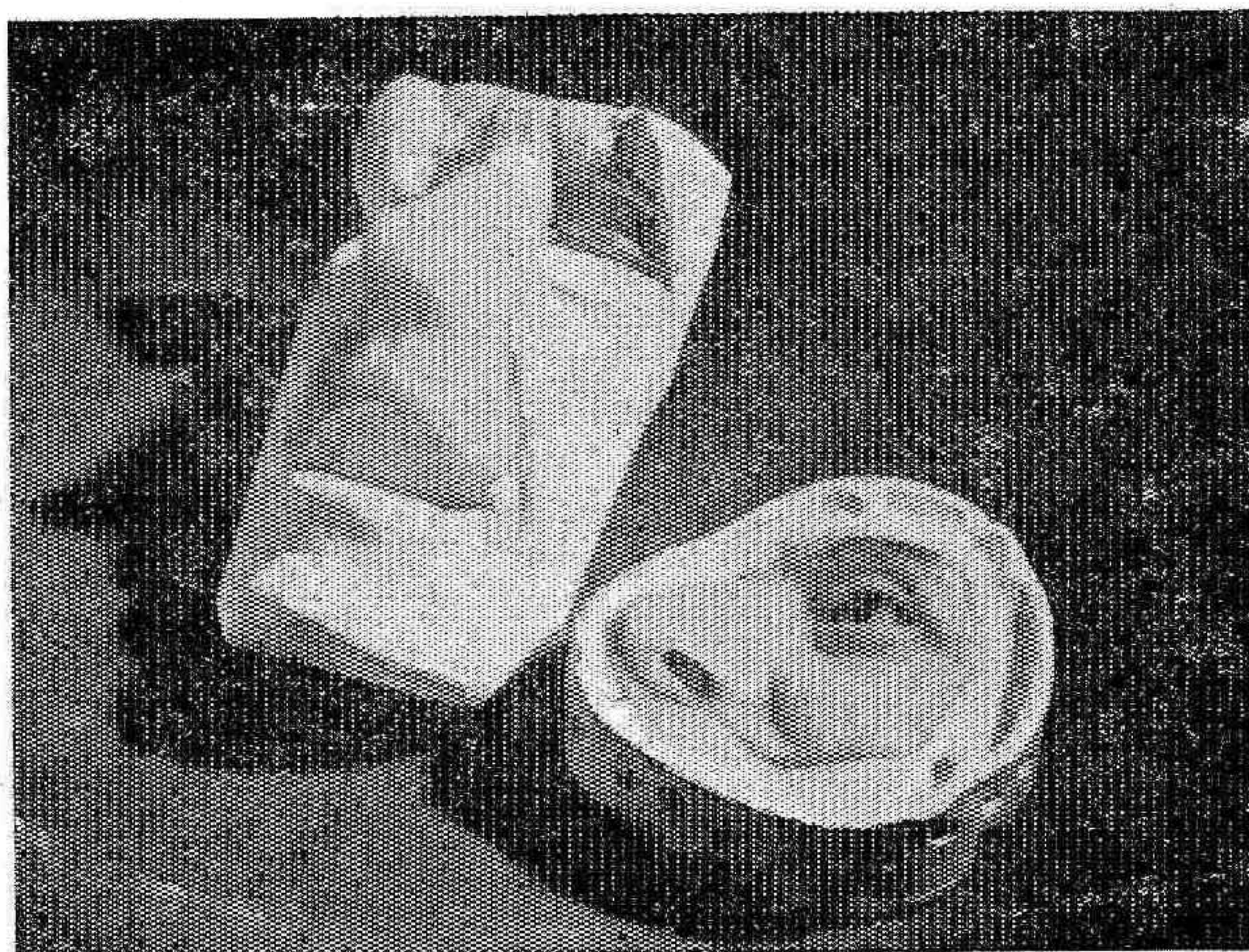
3. Hallar un color base que resulte agradable y adecuado.

4. Hallar el procedimiento para asegurar un ajuste perfecto.

Con el uso de ftalato de dibutilo en lugar del usual fosfato de tricresilo como plastificante, resultaba difícil obtener una pasta de una duración adecuada, y finalmente se decidió que por el momento se hiciese la pasta mezclando el polímero y el plastificante inmediatamente antes de su uso. Las composiciones de cloruro de polivinilo son más flexibles cuando se plastifican con ftalato de dibutilo que con una cantidad igual de fosfato de tricresilo.

Se averiguó que una temperatura de solidificación de 140° centígrados daba muy satisfactorios resultados para usos protésicos, pero añadía un nuevo problema debido a que la compo-

sición se decoloraba a causa de la falta de sales de plomo como estabilizantes. Todavía no se ha hallado una gran gama de colorantes satisfactorios, pero se han obtenido buenos resultados con la obtención de un tono sonrosado natural mediante el empleo de rojo de cadmio mezclado con un pigmento blanco. Al principio, este pigmento blanco fué el bióxido de titanio,



pero después se halló que el óxido de cinc daba una mayor estabilidad de color.

El procedimiento seguido para hacer una pieza protésica, por ejemplo, una nariz, es el siguiente:

Se hace la nariz en cera o "plasticina", modelándola en la misma cara del paciente o en una mascarilla de escayola obtenida de la cara del paciente por cualquiera de los procedimientos de moldaje conocidos. La cera o plasticida se sumerge des-

pués en la mitad de un molde de yeso. Cuando el yeso se ha endurecido, se saca la plasticina, y en la cavidad que deja se vierte cera derretida, de modo que se obtenga un espesor uniforme por todo el molde, espesándolo donde sea necesario; por ejemplo, en la punta de la nariz, pero teniendo en cuenta que cuanto más espesor se dé, más pesado resultará el miembro postizo. Se vierte entonces yeso, y la otra mitad del molde, rellena de yeso, se junta y se cierra. Cuando se ha endurecido el yeso, se mete el molde en agua caliente, a fin de sacar la cera. Después se seca el molde en un horno, para asegurarse de que se ha obtenido la necesaria temperatura de consolidación. Cuando está completamente seco se retira del horno y se deja enfriar a una temperatura de unos 50° C.

Se hace una pasta mezclando polvo de cloruro de polivinilo con ftalato de bibutilo, removiendo en el mortero hasta obtener una ligera consistencia. Se mezcla después esta pasta con el plastificante, a partes iguales de peso, teniendo en cuenta que la flexibilidad de la pieza resultante será mayor o menor según la cantidad de plastificante empleado. Entonces se llena el molde con dicha mezcla, que ha sido previamente pigmentada, de manera que se asemeje al color de la piel de la parte en que se ha de aplicar la pieza postiza en cuestión. Se cierra el molde y se mete en un horno, donde se tendrá por espacio de una hora a la temperatura de 140° C. Hecha la consolidación, se retira el molde del horno y se deja enfriar, para después retirar la pieza. Esta puede fijarse a la cara por medio de un adhesivo, como goma tragacanto, o por otro sistema convencional, tal como el de sujetar la nariz a unas gafas, etcétera. La pieza protésica tendrá una superficie más lisa si se emplea

en un molde de metal; pero estos moldes son más difíciles que los de yeso.

Imperial Chemical Industries, Ltd., ha creado nuevas pinturas y colorantes, que sirven para obtener en las piezas protésicas coloridos iguales a los distintos tonos de la piel humana.

per "I". V, 43



Roberto Koch nació el 11 de diciembre de 1843, en Harz, perteneciente a una familia numerosa. En su juventud destacaron dos grandes aficiones: el amor a la Naturaleza y el deseo de viajar.

Médico titular de Wolstein, pronto se manifestó en él un irresistible impulso por la investigación.

En pugna con Virchow, demostró los microorganismos vivos como causa de las enfermedades contagiosas.

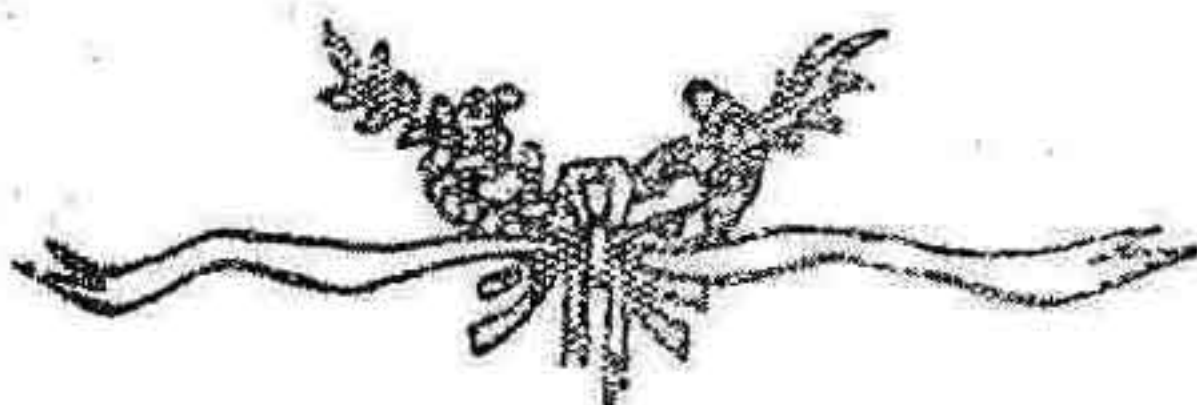
Su vida tuvo fin en Baden-Baden, el 27 de mayo de 1910, perdiendo con él Alemania uno de sus más preclaros hijos y el mundo uno de los más grandes investigadores de todos los tiempos.

En su casa de Wolstein ha sido descubierta una lápida, habiendo sido éste uno de los actos con que Alemania ha honrado su memoria.

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección y Administración: JORGE JUAN, 39



Marzo

Editorial

1945

NO nos ha extrañado leer actualmente en la prensa profesional extranjera sobre el tan debatido tema de las tarifas profesionales. Ultimamente también nuestras agrupaciones oficiales han tratado de plantear este problema como si con su planteamiento se ofreciera ya una solución infalible "para circunstancias adversas". Nosotros, que desgraciadamente contamos con una experiencia que atestiguan las canas de nuestras sienes, es muy posible que de este asunto no esperemos tales ilusiones.

Antes de entrar de lleno en estas consideraciones es curioso recalcar que el incremento en las campañas por las tarifas mínimas coincide siempre con las épocas de penuria; penuria que se plantea más agudamente al profesional o al hombre de recursos o capacidades más limitadas. No queremos con esto insinuar los peligros en la lucha por la vida de una "excesiva" especialización, cuando conocemos casos, muy honrosos, en los que colegas nuestros han tenido que recurrir a otras actividades, muchas veces dispares, para defender su diario sustento. De estas alternativas se desprenden las reflexiones que un día hicimos sobre Economía, y ellas nos demuestran que nada se salva de sus clásicos postulados.

Dejando a un lado este preámbulo, no acertamos a comprender exactamente cómo podemos armonizar los términos de liberalidad de nuestro ejercicio médico con la imposición de un catálogo de precios, como si se tratara de pagar por especies vendibles. Pero este catálogo o tarifa se pretende redactar con cifras inferiores topes, lo cual nos parece, además de arbitrario, inútil, por no decir peligroso, como ahora trataremos de demostrar.

Conviene, sin embargo, estudiar este problema de las tarifas mínimas o profesionales desde los dos puntos de vista en que puede interesarnos: a) en la práctica pública, y b) en la práctica privada.

El problema en la asistencia pública (a) lo creemos más digno de resolverlo con la determinación fija de los emolumentos profesionales. Las gratificaciones extraordinarias o el puro espíritu de caridad cristiana podrían ser compensación suficiente por el esfuerzo extraordinario. Mas si en algún caso podría disculparse la aceptación de tarifas profesionales, mas no explícitamente señaladas o publicadas, podría ser en esta circunstancia de la práctica profesional. Es curioso, sin embargo, observar que los que defienden el criterio de tarifas mínimas para la práctica en general, aceptan otras inferiores como remuneración de un servicio contratado.

Nosotros, que no quisiéramos perder nuestra tradición de profesión liberal, preferimos dejar en libertad al profesional para que obre en la fijación de la cuantía de sus honorarios con arreglo a su propia conciencia. Ahora bien, lo que sí exigiríamos es que en el momento adecuado se conformara esta conciencia. Y como aquí está la verdadera esencia del problema que debatimos, habremos de insistir luego.

Mas muy pocos son los que hablando de tarifas pretenden referirse a otras que a las que exigen implantar para la práctica privada. (b).

Al llegar a este punto debemos hacer una subdivisión en nuestra exposición sistemática. Y hemos de considerar: 1) que esta práctica privada se refiera a las grandes capitales, o 2) que se trate de las pequeñas poblaciones.

Las tarifas profesionales, establecidas por lo general por los colegas más sobresalientes además, de las grandes ciudades, (1), sólo significan el mejor deseo por parte de todos de que los modestos colegas puedan defenderse en su ejercicio profesional; pero es un deseo que, con el lenguaje actual, podríamos calificarlo de *burgués*, en el sentido de no imponerse sacrificio o estudio con el que llegar a la entraña del problema y deducir las soluciones.

En las pequeñas ciudades (2), la imposición de estas tarifas mínimas puede representar hasta una maniobra inmoral. Efectivamente, los profesionales mejor colocados perciben por sus servicios profesionales honorarios que corresponden exactamente, la mayor par-

te de las veces, a aquellas tarifas mínimas, o se diferencian muy poco de ellas, anulando así la posible competencia que un recién graduado pudiera entablarle.

Estos profesionales, modestos o jóvenes, no tienen otra posibilidad—con tarifas mínimas o sin ellas—que defenderse con la diferencia de precios. Y esta diferencia dependerá, es evidente, del tipo de honorarios de los de superior categoría; categoría superior por el tiempo en la especialidad o por su preparación.

Y así es la realidad. Y tan es así, que, según la riqueza de la región, los honorarios medios en todas las categorías profesionales son superiores o inferiores. En estos ambientes menos favorables, todos conocemos al profesional que percibe honorarios que increíblemente llegan a remunerarle hasta de los mismos gastos del caso. Son, más que graduados de una Universidad, simples jornaleros. Como éstos, precisamente, carecen de todo conocimiento no ya deontológico—como quieren hacer ver los que se creen libre de pecado—, sino simplemente económico u organizativo, conocimiento que debieron adquirir en la Universidad, y que ni siquiera lo adquirieron ni lo adquieren.

El problema de los honorarios profesionales tiene su solución (!) en la Facultad universitaria, en el tiempo escolar, enseñando al alumno a algo más que a *t a p a r a g u j e r o s*, según expresión de un célebre maestro, o poner dientes. Nosotros, que tenemos puestas nuestras ilusiones de españoles en nuestra "Alma Mater", insistentemente hemos de lamentarnos de la orientación docente que durante veinte años a esta parte se viene dando a la enseñanza de nuestra especialidad...

Abandonemos, pues, el dedo de la llaga e insistamos en el tema.

Hasta aquí hemos tratado de las posibilidades de las tarifas o de las tarifas mínimas en la práctica profesional; sólo nos resta comentar el tema si se plantea ante los tribunales. Veamos:

Considerada, arbitrariamente o no, por el enfermo una minuta exagerada, interviene en diligencia de curso el juez. Recurre éste al dictamen de las Academias o Colegios profesionales, los que lógicamente dictaminan improcedente la impugnación. Mas el juez, ante lo que las partes le hubieren expuesto, y de los informes obtenidos, estimará o no la impugnación, haciendo si así lo apreciare, las alteraciones que interprete justas y sin derecho a ulterior recurso.

Es decir, que el juez es árbitro en la fijación de la cuantía de honorarios.

Con las tarifas de honorarios, tarifas mínimas, el juez dispondría de un recurso para esta minutación en litigio y en perjuicio de los profesionales mejor colocados y sin beneficio para nadie, en fin de cuentas. Perjuicio probable, por cuanto que la psicología del empleado del Estado, considerándose insuficientemente retribuido, estima excesivos siempre los ingresos de las profesiones liberales.

Hemos visto, para resumir, que al profesional distinguido no le interesa el debate sobre las tarifas mínimas y hasta puede perjudicarle; el profesional modesto, le interesen o no, no dejará marchar a su cliente por reparos de este tipo, los que en último término soslaya no extendiendo constancia o tergiversando la facturación (1).

Por otro lado, o representan una indignidad de clase, si son bajas, o no se respetan y favorecen al intruso, si son elevadas.

Nadie discute el que cada profesional debe mantener una misma norma para su clientela, pero ésta no puede ser la rígida y taxativa de un catálogo de precios por cosas vendibles, aun para los profesionales modestos.

Algunos han pretendido resolver estas tendencias creando diversas tarifas, dependientes de las categorías que los mismos profesionales se adjudicasen. Esta proposición no evita ninguno de los cargos que se le imputan a las tarifas y agrava o complica el problema.

La solución posible, posible en lo humano, está en el propio individuo, en el centro donde se le forma profesionalmente. y... ¡ah!, en esperar tiempos mejores. Entonces todo el mundo olvidará, por unos años, el tema de las tarifas mínimas.

(1) Esto dicho sea para los que participan del criterio, opuesto al nuestro, de detallar con minuciosidad las partidas de sus honorarios.

BIBLIOGRAFIA

Libros recibidos: "Odontología y Medicina Interna" de Hermann Mathis y Wilhelm Winkler, versión española del Doctor Plá Janini, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Con 70 ilustraciones y una lámina en color. Un tomo de trescientas cuarenta páginas, publicado por la Editorial Labor, S. A., al precio de sesenta y ocho pesetas el ejemplar. Fechado en 1945. Acaba de aparecer.

NOTICIAS

XIV CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Del 13 al 20 de mayo de 1945.—Madrid

A los Odontólogos españoles:

Os suponemos informados del firme propósito de celebrar nuestro XIV Congreso Nacional de Odontología.

Con todo interés y entusiasmo está llevando a cabo este Comité Ejecutivo Científico la organización acordada.

Para la solemne inauguración de nuestro Congreso, se ha fijado definitivamente la fecha del 13 de mayo.

Por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación nos ha sido conferido el carácter de oficial para el XIV Congreso, mereciendo del mismo el más decidido apoyo y patrocinio. El Excelentísimo Sr. Ministro de Educación Nacional nos concede los locales de la nueva Escuela de Odontología de la Ciudad Universitaria.

Nos hemos de reunir además, obligadamente, para honrar la memoria de los compañeros muertos, así como para convivir científicamente con el brillante plantel de jóvenes odontólogos

incorporados al campo profesional durante esta época en que nuestras reuniones estuvieron suspendidas.

Aspiramos a que nuestro XIV Congreso sea aún más brillante que los anteriores.

Necesitamos, por tanto, que os inscribáis prontamente como congresistas para acudir más tarde a Madrid disfrutando de la época primaveral. También es preciso traigáis alguna comunicación o aportación personal a la obra de progreso.—

El vicepresidente del Comité Ejecutivo Científico, F. CABALLERO.

ASOCIACION OFICIAL DE TISIOLOGIA

*Curso práctico de cirugía pulmonar para médicos del P. N. A.
Madrid, 20 de abril y 20 de mayo de 1945*

Este Curso está destinado a ejercitar y perfeccionar a los médicos del Patronato en las modernas técnicas de la Cirugía pulmonar aplicables en el tratamiento de la tuberculosis y ha de ofrecer un carácter eminentemente práctico. Los asistentes al Curso intervendrán en las operaciones realizadas por profesorado competente.

La matrícula constará de 20 médicos, con cargo activo en los servicios del Patronato, cubriéndose por este orden: 1.º Directores de Centros. 2.º Jefes clínicos. 3.º Ayudantes. 4.º Encargados de las Consultas de Tisiología de los Centros Secundarios. 5.º Becarios. Dentro de cada categoría se harán las admisiones por riguroso orden de antigüedad en el escalafón. La lista de admitidos será enviada a todos los solicitantes el día 11 de abril.

Los matriculados que lo necesiten podrán consignar en su Boletín de inscripción que desean percibir beca de 1.000 pesetas para ayuda de su asistencia. Esta beca será sufragada, contra presentación del correspondiente certificado oficial de la O. P. S. E., en el que avalará la asistencia y el aprovechamiento el señor Presidente de la Asociación Oficial de Tisiología. Dichos certificados se otorgarán en el acto de la clausura y el mérito correspondiente se hará constar para cada caso en la

respectiva historia cultural de la O. P. S. E., a fines posteriores de utilización en pruebas selectivas.

El día 20 de abril, a las nueve de la mañana, se congregarán todos los matriculados en el salón de actos del P. N. A., donde les será comunicado el plan de trabajo, que comenzará seguidamente.

Han sido invitados a tomar parte en este Curso diversas personalidades internacionales de la Tisiología, hallándose pendiente la concurrencia de las circunstancias que permitan su desplazamiento.

* * *

ORDEN de 14 de marzo de 1945 por la que se nombra odontólogo del Servicio Provincial de Sanidad de Madrid a don Isaac Sáenz de la Calzada.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso voluntario de traslado convocado en 14 de septiembre último entre odontólogos de Servicios Provinciales de Sanidad, en activo servicio o en expectación de destino, para proveer los destinos vacantes de su plantilla, así como sus resultas;

Resultando que dentro del plazo fijado en la convocatoria han acudido a la misma D. Isaac Sáenz de la Calzada, D. Miguel del Palacio Andrés, D. Gregorio Espejel Sánchez, D. José López Carrión y Gómez Serranillos y D. José García de la Cruz;

Vistas la Orden de convocatoria, las peticiones formuladas por los aspirantes y el informe al efecto emitido por el Consejo Nacional de Sanidad;

Considerando que para la resolución del presente expediente se han observado todos los preceptos legales prevenidos.

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien aprobar el presente expediente y, en su consecuencia, nombrar odontólogo del Servicio Provincial de Sanidad de Madrid a don Isaac Sáenz de la Calzada, con derecho al percibo de la indemnización anual de 2.700 pesetas, que se hará efectiva del capítulo primero, artículo segundo,

grupo sexto, concepto quinto, de la sección tercera del Presupuesto vigente.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de marzo de 1945.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

Felicitamos al doctor Calzada por tan merecido nombramiento.

* * *

Nos es grato consignar que en el cuestionario para las oposiciones a la plaza de Medicina interna del Hospital Provincial de Avila, el primer tema de su cuestionario de examen está redactado en los términos que siguen:

Tema primero. Estomatitis benignas y graves. Paraden-
tosis y granulomas dentarios; su importancia en Patología.

Lo que podemos interpretar como el reconocimiento público de la importancia que la especialidad odontológica va adquiriendo en el campo de la medicina interna. Es, pues, hora de que todos contribuyamos a merecer esta consideración con la continua aportación científica sobre los problemas médicos que nuestra especialidad tiene planteados.

* * *

PREMIOS DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID

1944-1945

Premio de la Dirección General de Sanidad.—Tema: “La lucha antirreumática en la infancia”.

Premio de la Sociedad de Pediatría de Madrid.—Tema libre.

Premio Nestlé.—Tema: “Leche entera acidificada en polvo como alimento normal del lactante sano y enfermo”.

Premio Artiach.—Tema libre.

Premio Alter.—Tema: “Fisiopatología del metabolismo en enfermos raquíticos”.

A cada uno de los cuatro primeros premios corresponderán mil pesetas y cinco mil al "Premio Alter", con diploma especial para el autor del mejor trabajo que se presente en cada premio y según acuerdo de la Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

Para el conocimiento de las condiciones generales de estos concursos deben dirigirse a la Sociedad de Pediatría de Madrid, precisamente en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

NECROLOGIAS

El día 6 del actual dejó de existir, a los setenta y siete años de edad, el Dr. Ribera Gomis (D. José) cirujano dentista de Madrid y padre de nuestros queridos colaboradores Carlos y Alfonso Ribera Sanchis.

El Dr. Ribera, que ejerció su profesión en Madrid, alcanzó merecida fama como dentista. Aun cuando le afectaba una lesión cardíaca, su fin nos ha sorprendido; quizá sea verdad que por el sincero afecto a sus hijos, siempre nos duelan estas pérdidas de los seres queridos.

Acompañamos muy sinceramente a su familia, especialmente a sus hijos e hija, colegas nuestros, en su irreparable dolor.

Joven todavía, dejó de existir a final del pasado año, en La Coruña, nuestro apreciado colega el doctor Vilar Sixto. Acompañamos a sus familiares con tan triste motivo en su justo dolor.

También en la misma ciudad gallega ha fallecido el doctor Mitchell Beatie, apellidado de abolengo odontológico, y cuya muerte ha sido muy sentida.

En Lisboa, la capital hermana, murió el doctor Roberto Carvalho, eminente radiólogo, que dedicaba sus actividades a la estomatología y era muy apreciado entre sus colegas.



NUEVAS CUBETAS DE RESINA PARA IMPRESIONES

TRANSPARENTES - ADAPTABLES - RESISTENTES
MEJOR APARIENCIA Y MEJOR TOLERANCIA

Se suministran en dos superficies y dos inferiores en dos tamaños diferentes, para completas.

EXTENSO SURTIDO EN ARTICULOS

S. S. WHITE

DEPOSITOS DENTALES

A. Solé Palou

Notariado, 3, 5 y 7
BARCELONA

Avenida José Antonio, 13, ent.
MADRID

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca



LA REVISTA DE LOS ODONTOLOGOS
PARA LOS ODONTOLOGOS

SUBSCRIPCIÓN ANUAL: 75 PESETAS

Anuncios clasificados

Tarifa: Una peseta por palabra e inserción.

Una sobretasa de cinco pesetas por anuncio se cargará a los que utilicen nuestra dirección, no siendo en este caso necesario proveer en él la del anunciante.

Nuestros suscriptores tienen derecho a cinco palabras gratuitas.

Odontólogo: Impresiones con escayola Tavira.

Para piorrera: Polvos antipiorreicos Lema.

Chellini: Escayolas. Revestimientos. Puente Vallecas. Madrid.

Rétana. Ortodoncista. Carmen, 14. Barcelona.

Optalidon. Analgésico eficaz contra odontalgias.

La Glefina Lasa: Reconstituyente ideal.

Se traspasa gabinete buena clientela en Marruecos. Informes: A. Solé Palou. José Antonio, 15, Madrid.

A V I S O

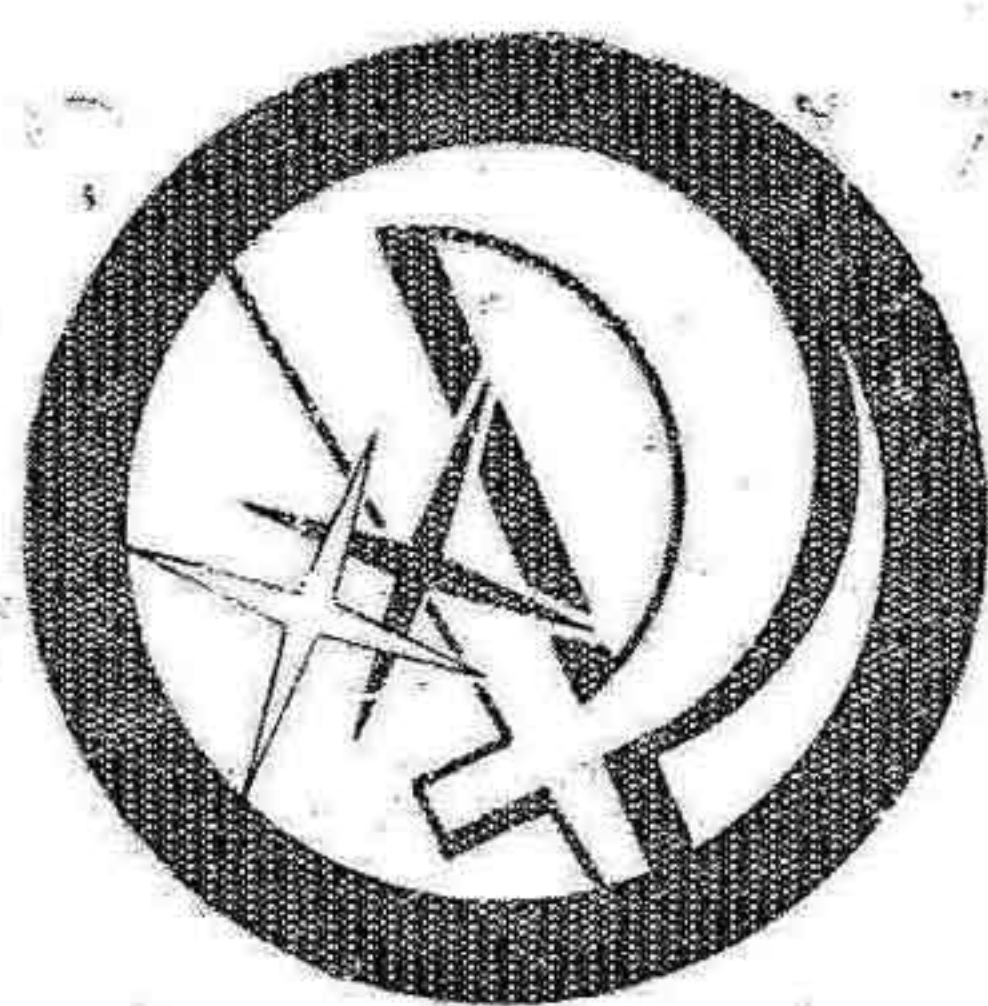


Rogamos al remitente de Valladolid que nos hizo su envío por giro postal con el núm. 3.598, nos participe su nombre, por resultar éste ilegible



Asimismo, al suscriptor que lo hizo con el núm. 547, y cuyos demás detalles ignoramos por no haber constancia. La única referencia de la Oficina de Correos remitente es la cifra 1.735

PUBLICIDAD



L A M A R C A
PROFIDÉN
REPRESENTA LA MÁXIMA
GARANTÍA DE UN DENTÍFRICO

PORQUE conociendo la importancia de la higiene oral, los LABORATORIOS PROFIDÉN, (S. A.) han llevado el estudio de los dentífricos al campo científico.

PORQUE para realizar este estudio dispone en sus laboratorios y fábrica de las instalaciones más modernas y adecuadas.

PORQUE su personal técnico-facultativo, compuesto de doctores en Medicina y Farmacia, químicos y odontólogos, está especializado en el estudio de la boca y ponen la contribución de su ciencia única y exclusivamente a investigaciones y preparaciones odontológicas.

PORQUE en su publicidad no atribuyen virtudes que ni pueden ni deben tener los dentífricos, y colaboran con el odontólogo en la divulgación de la higiene oral.

LABORATORIOS PROFIDÉN, (S. A.)
INVESTIGACIONES Y PREPARACIONES ODONTOLÓGICAS

FABRICANTES DE PRODUCTOS DE HIGIENE DENTAL

CREMA DENTAL CIENTIFICA
PROFIDÉN



A V I S O

QUERIENDO DAR UNA EXPLICACION

a todos aquellos subscriptores que nos demandan una justificación a las irregularidades en la recepción, así como a las pérdidas de ejemplares de nuestra publicación, copiamos a continuación la siguiente carta:



EL DIRECTOR GENERAL
DE
CORREOS Y TELECOMUNICACION

Madrid, marzo 1945.

Sr. D. Miguel Sáenz de Pipaón
Director de "Odontoiatria"
Madrid

Mi distinguido amigo:

He recibido su atta. carta del pdo. día 17 y escritos que a la misma acompañaban y lamentando mucho las irregularidades que me denuncia, sufridas por los envíos de esa Revista confiados al correo, ordeno se practique una información conducente a averiguar las causas determinantes de tales retrasos o pérdidas para, en caso de ser imputables al servicio postal, tomar las medidas pertinentes a fin de evitar de la manera más urgente y eficaz su repetición.

Ofreciéndole la seguridad de darle cuenta en su día del resultado que se obtenga de tal información, le saluda atentamente y queda suyo afmo. amigo,

L. Rodríguez Miguel
(Firmado)

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LA
CARIES DENTARIA *por el*

Calcio • GEVE

CALCIO POR VÍA BUCAL. - EN
COMPRIMIDOS DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO VAINILLADO

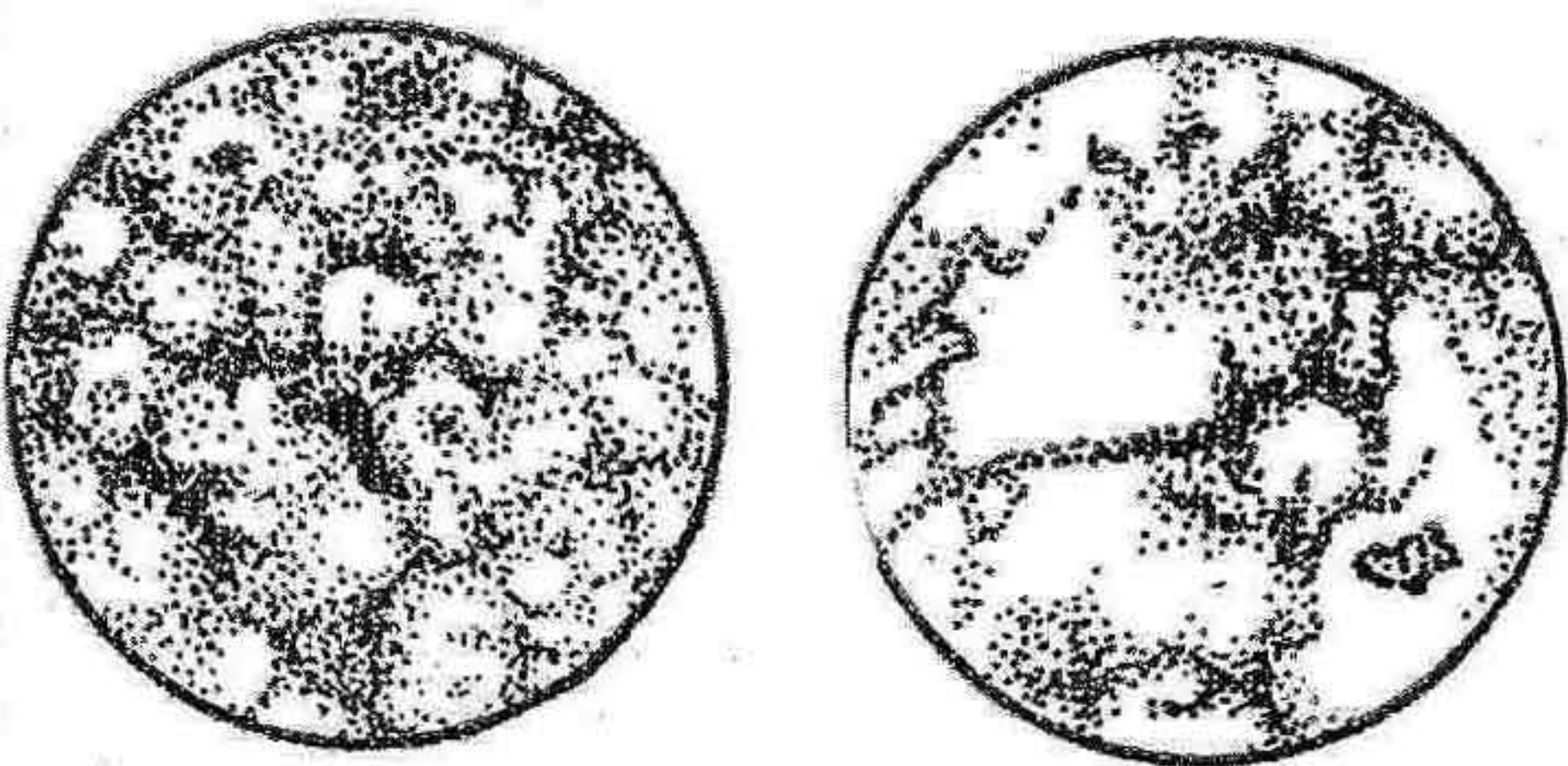
DOSIS CORRIENTE

ADULTOS.—Dos comprimidos, antes o des-
pués de cada una de las tres comidas.

NIÑOS.—Mitad anterior dosis.

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A. - TORTOSA

PIDA MUESTRAS PARA ENSAYOS CLÍNICOS



2 aleaciones

de la misma fórmula no son iguales
cuando una la prepara la

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
METALES PRECIOSOS, S. A.

SAN MARCOS. 3.-MADRID

Barcelona	Valencia	Bilbao
Zaragoza	Mahón	Málaga
	Córdoba	

Aleaciones especiales para Odontología

Artículos dentales

de la

Casa Schmidt

Plaza del Angel, 16
MADRID

Teléfono
2 5 4 7 1

¡He aquí la



marca Tavira!

ESCAYOLA PURA DE ALABASTRO

Calidad especial para

ODONTOLOGOS
M E D I C O S
HOSPITALES

GARANTIA DE LA MEJOR CALIDAD

Unicos fabricantes: Elorriaga, Mendizábal y Cía., S. L.

Alameda, 14
Telf. 12032

SAN SEBASTIAN

Aptdo. 225



CALCIUM-SANDOZ

AMPOLLAS, JARABE, GRANULADO,
COMPRIMIDOS EFERVESCENTES,
TABLETAS CON CHOCOLATE

OPTALIDON

CALMA EL DOLOR
SIN EFECTOS SECUNDARIOS

BELLADENAL

SEDANTE
DE LOS ESTADOS EMOTIVOS
ANTES DE LA INTERVENCION

SE HALLAN EN FARMACIAS

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ

Plaza de Isabel II, n.º 5. - MADRID. - Apartado 1036. - Telf. 27501

Estudios sobre caries dentarias. Frecuencia relativa de la caries en los diferentes dientes permanentes, por JOHN W. KNUTSON, D. D. S.; HENRY KLEIN, D. D. S., y CARROLL E. PALMER, M. D., J. A. D. A. 25-12.

Para la redacción de este artículo ha sido hecho un análisis de la distribución de la caries dentaria en los diferentes tipos morfológicos de dientes por grupos de cien niños, por edad específica y seis grupos, dando un total de 4.416 niños.

Las deducciones obtenidas son las siguientes: 1.^a Las niñas tienen una mayor predisposición para la caries en cada tipo de dientes y por cada edad cronológica que los niños. 2.^a En ambos sexos, el número de caries en los primeros molares es marcadamente superior que el de cualquier otro, así como el número de primeros molares inferiores careados es significativamente mayor que el de primeros molares superiores. 3.^a Los incisivos, caninos y primeros bicúspides inferiores y caninos superiores están caracterizados por una baja proporcionalidad a los ataques de caries. 4.^a Dispuestos en orden decreciente en el cual contribuyen a la total experiencia de la caries las distintas clases específicas de dientes, según edad y sexo, el primer molar inferior y el superior constantemente mantienen la primera y segunda posición respectivamente. La relativa posición de los demás dientes cambia constantemente con los avances cronológicos de la edad. Este cambio está caracterizado por una marcada tendencia para los segundos molares inferiores y superiores para alcanzar la tercera y cuarta posición respectiva-

Sarcoma de maxilar inferior confundido al principio con una pericoronaritis banal. DÉLIBÉROS, JEAN.—L'Odontologie, X, 1943.

Délibéros nos presenta una observación particularmente interesante; primero por la extraordinaria rapidez en la evolución de la enfermedad (cinco meses). Después, y sobre todo, por la oposición clínica entre la extrema banalidad de los síntomas de comienzo y la exposición del conjunto sintomático revelador de la naturaleza real de la enfermedad, y, en fin, por la presencia de metástasis, que en los sarcomas no son la regla.

He aquí en algunas palabras la historia de la enfermedad: El paciente se presenta un día en la consulta. Presenta cierta molestia al abrir y cerrar la boca, y la encía, detrás de la muela del juicio, está ligeramente inflamada. Se encuentra una tumefacción poco dolorosa en la región angular.

Se diagnostica de accidente de erupción de la muela del juicio y se prescriben enjuagues calientes después de haberle dado un toque con un cáustico.

Este tratamiento es seguido de una mejoría. Tres meses después nueva recaída que no parece marcar una agravación sobre el primer ataque. Igual tratamiento que la primera vez y se aconseja la extracción de la muela.

Un mes después el cuadro clínico es completamente diferente. La tumefacción angular ha descendido hasta la región parotídea; es dura, insensible. Esta insensibilidad se extiende a todo el territorio

mente, mientras que los incisivos, colmillos, primer bicúspide inferior y colmillo superior alcanzan las cinco últimas posiciones. 5.^a Observando la cuantía en que cada diente contribuye a la experiencia de la caries en cada mandíbula, se observa una amplia diferencia en la forma y en la extensión de la caries en las respectivas mandíbulas. En parte, esta diferencia se explica sobre la base de la marcada resistencia que a la extensión de la caries ofrecen los incisivos inferiores, colmillos y primeros bicúspides también inferiores; de los superiores, únicamente los colmillos ofrecen resistencia análoga. 6.^a Los quince años son el momento, en ambos sexos, en que el número de dientes careados en ambas mandíbulas es aproximadamente igual. Con anterioridad a esta edad hay más dientes careados en la mandíbula superior que en la inferior, ocurriendo lo contrario con las edades más avanzadas a este punto.

Teniendo en cuenta que el tipo medio de edad de erupción para los diferentes dientes varía muy extensamente, se ha tomado un tipo medio de edad de erupción que sirva como punto básico para determinar la relativa susceptibilidad de los dientes para la caries, obteniéndose las siguientes conclusiones: 1.^a Los segundos molares inferiores tienen, aproximadamente, el mismo orden de susceptibilidad para la caries que los molares inferiores de los seis años. 2.^a Los segundos molares superiores, también presentan la misma susceptibilidad que los primeros superiores. 3.^a En general, los molares tienen un índice de susceptibilidad más elevado; los incisivos, primeros y segundos bicúspides superiores y el segundo bicúspide inferior tienen un orden de susceptibilidad intermedio; y, finalmente, los incisivos, caninos y primer bicúspide inferiores, y el colmillo superior son los dientes de índice de susceptibilidad más bajo.

del nervio dentario inferior derecho. El trismus es muy intenso, la saliva abundante, el aliento fétido. El capuchón mucoso está ulcerado; la muela del juicio, muy móvil, cae durante el examen.

Se practica una biopsia que da el diagnóstico de sarcoma polimorfo. La radiografía muestra la destrucción de toda la rama ascendente.

Cuarenta y ocho horas después el enfermo siente vivos dolores en forma de ciática en la pierna derecha. El estado general se altera, la temperatura se eleva, hay diarrea y el abdomen aumenta de volumen. Rápidamente se instala el síndrome atípico de una ascitis que no puede explicarse sino es por una metástasis en hígado o páncreas.

Doce días después de su ingreso en el hospital muere. No es posible practicarle la autopsia.

Para terminar, Délibéros recuerda algunos signos muy importantes al principio de las neoplasias:

- 1.º La presencia de un ligero trismus.
- 2.º La exploración de la sensibilidad, táctil, térmica y dolorosa no solamente a nivel de los dientes, sino sobre todo a nivel de los puntos suborbitario y mentoniano.—J. Calvo.

(De "Schw. Monat. für Zahn". Septiembre 1944.)

Sobre el calcio ligado a la albúmina en la coagulación de la sangre.—
F. WIDENBAUER. "Klinische Wochenschrift", abril de 1943, pág. 320.
[616.15.]

Acerca de la cuestión tan debatida de la importancia del calcio en la primera fase del proceso de coagulación (formación de la trombina), Wöhlisch opina que no es el calcio combinado, sino la presencia de iones de calcio, como catalizador, lo que es necesario en los sistemas de coagulación fisiológicos (sangre completa, plasma, suero), mientras que en los sistemas purificados de coagulación, también sin la presencia de iones de calcio, puede tener lugar una transformación de la protrombina en trombina.

Investigaciones del autor comunicadas anteriormente permiten reconocer importancia al calcio combinado en la coagulación de la sangre. El precipitado de euglobulina que se produce, según Lenggenhager, por dilución de plasma oxalatado y tratamiento con ácido carbónico contiene todos los componentes necesarios para la coagulación, es decir, fibrinógeno, protrombina y trombocinasa y calcio combinado con albúmina. De la disolución del precipitado en solución fisiológica de sal común se precipita cloruro cálcico al añadir fibrina. Sin embargo, también sin adición de este cuerpo se presenta después de un cuarto de hora hasta varias horas (en ciertas circunstancias cuarenta y ocho horas), formación de trombina y fibrina, bajo nueva aparición de iones de calcio, que antes no existían. Estos sólo pueden producirse por descomposición del complejo calcioalbúmina. Si inmediatamente después de disolver este precipitado de euglobulina en solución fisiológica de sal común se añade a una mitad oxalato amónico y a otra mitad, después de aparecer la fibri-

R RAYOS X

ODONTOIATRIA

El tratamiento de las molestias producidas por los rayos X con la amida del ácido nicotínico.—R. KURT KEPP. "Medizinische Klinik", 1942 número 45, pág. 1.070.

La patogenia de las molestias producidas por los Rayos X ha sido objeto de muy numerosas investigaciones; hoy día se acepta tratarse de una albuminotoxicosis producida por los materiales de destrucción celular de las células irradiadas (Kirchhoff).

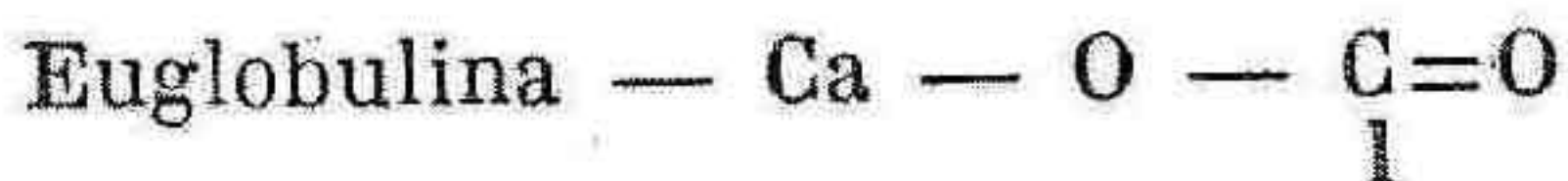
La cantidad de sustancias tóxicas producidas depende principalmente de la extensión de la zona irradiada, así como de la intensidad de la radiación. La destrucción celular de los tejidos sanos es mucho menos acentuada que cuando se irradia un tejido neoplásico, siendo en estos casos cuando se presenta la albuminotoxicosis. Pero la acción de los venenos tisulares no solamente depende de su cantidad, sino también de la reaccionabilidad general del organismo.

El gran número de medicaciones propuestas para el tratamiento del síndrome postradioterápico demuestra la inexistencia de un procedimiento terapéutico eficaz.

La sintomatología de las molestias producidas por los Rayos X consiste en: náuseas, vómitos, cefaleas, anorexia, pérdida de fuerzas, sensación de angustia, excitabilidad, insomnio y, a menudo, intensas diarreas con penoso tenesmo. En el tratamiento de este cuadro el autor ha empleado el tratamiento combinado de vitamina C por vía oral, con Feremesin, sin obtener resultados completamente satisfactorios. La comunicación de los éxitos obtenidos por los autores americanos e italianos con el empleo de la amida del ácido nicotínico decidió al autor a ensayar el tratamiento con dicha vitamina.

na, una cantidad igual de dicho oxalato, entonces, al cabo de varias horas de contacto (para separación del oxalato cálcico), en la segunda preparación con separación de fibrina se forma por término medio doble cantidad de oxalato cálcico que en la primera preparación, en la que no se presenta la coagulación.

De esto hay que deducir que el oxalato detiene la disociación de iones de calcio del complejo calcio-euglobulina y se presenta una formación de trombina cuando se ha desprendido una cantidad suficiente de dichos iones del complejo calcio-globulina. El efecto anticoagulante del ión oxalato se basa, pues, en que por un lado elimina los iones clásicos y, por otro, impide la separación de calcio del complejo calcio-euglobulina de acción coagulante, probablemente a causa de adición a éste según la fórmula hipotética siguiente:



También las euglobulinas precipitadas del suero por diálisis y ácido carbónico contienen protrombina, trombocinasa y calcio combinado. En resumen, las euglobinas coagulantes obtenidas del plasma o suero contienen siempre calcio fuertemente combinado. Otras globulinas no coagulantes activas carecen de calcio. El calcio no es separable por el ión oxalato; en cambio, la adición de oxalato impide la separación del calcio. Por tanto, en la formación de la trombina parecen ser de gran importancia el calcio combinado y los iones de calcio también en sistemas de coagulación purificados. (A. P., per B. M. I. IV, 42.)

Por su unión con sustancias proteicas, la amida del ácido nicotínico—vitamina antipelagrosa—forma en el organismo diversos fermentos, que intervienen en los procesos de oxidación celular, en el metabolismo de los hidratos de carbono y de los pigmentos y en la formación de la hemoglobina. También en los procesos de desintoxicación hepática influye activamente un fermento integrado por la amida del ácido nicotínico.

El fundamento del empleo de la vitamina PP en el tratamiento del síndrome post-radioterápico se basa en el importante estímulo que ejerce sobre la función antitóxica del hígado. Experimentalmente, la irradiación Röntgen del intestino aislado o del útero produce un estado espástico, que se suprime por la amida del ácido nicotínico; sobre el corazón aislado, los Rayos X ocasionan una disminución general de la actividad cardíaca, efecto que se suprime agregando amida del ácido nicotínico al líquido de perfusión.

El autor ha tratado con factor PP 40 casos de síndrome post-radioterápico, completamente desarrollado, administrando una tableta de amida nicotínica media hora antes de las comidas principales, así como momentos antes de la sesión de radioterapia. De los 40 casos, en 39 obtuvo resultados excelentes, con desaparición rapidísima de los síntomas a poco tiempo de comenzado el tratamiento.

El autor tiene una experiencia menos favorable de la vitamina PP en el tratamiento del síndrome de molestias consecutivas al tratamiento con radium. Después de retirado el preparado de radium, las molestias ceden rápidamente a la terapia con la amida del ácido nicotínico; en cambio, mientras el preparado de radium está colocado, dicha terapia es ineficaz. Este hecho se explica por las observaciones de Bodiani de que la irradiación por Rayos X o por radium produce una intensa destrucción de la amida del ácido nicotínico.—(Per Extret., II-44.)

Empleo del ejercicio muscular en la práctica ortodóncica, por ASA J. LAGROW, D. D. S., J. A. D. A. 25-9.

1. El aparato dentario es un mecanismo dinámico y como tal está compuesto no solamente de dientes y sus tejidos subyacentes e inmediatos, sino también de la mandíbula y del maxilar, juntamente con los músculos empleados en la masticación y en la deglución, a más del grupo de músculos faciales.

2. El crecimiento y diferenciación del aparato dentario, y en alguna extensión el de la cara, están influenciados por las fuerzas funcionales del mismo.

3. Un desequilibrio entre el grupo de músculos de apertura y el grupo de los de cierre de las mandíbulas parece existir en algunos casos de la Clase II de maloclusión y debe ser corregido como una medida de retención.

4. La función estática de los labios y de los músculos asociados, normalmente limitan los movimientos de los dientes hacia

A ARTICULACION TEMPORO-MAXILAR: PERTURBACIONES DEL OIDO

Perturbaciones del oído de origen temporomandibular, por ROSS F. BLEIKER, A. B., D. D. S., J. A. D. A. 25-9.

Conclusiones:

1. Desde el momento en que hay muchos factores en este problema dental que pueden causar perturbaciones del oído, no se puede establecer ninguna regla definitiva, pero es conveniente anotar los cambios existentes en la región anatómica en relación con un determinado punto, tal como la fisura petrotimpánica, la cual puede ser empleada como guía para evitar un exceso de cierre o, por el contrario, un también excesivo aumento de la dimensión vertical.

2. El laminógrafo, para enfocar en profundidad y para eliminar el arco cigomático, revela la fisura petrotimpática, la cual se emplea como punto anatómico para registrar los cambios efectuados en la articulación y las condiciones patológicas no reveladas por las radiografías corrientes.

afuera, pero cuando esta función se altera existe un desequilibrio de estas fuerzas que se transforman en causa de maloclusión.

5. El ortodoncista deberá emplear, donde y cuando sea indicado, ejercicios para corregir la malfunción y el desequilibrio de los grupos musculares, tanto de los músculos de la masticación como del grupo muscular de los labios.

6. Las fuerzas musculares actuando sobre el aparato dentario son de gran complejidad y de muy difícil análisis.

3. Para tratar las perturbaciones del oído precisa un conocimiento anatómico y clínico perfecto de la articulación normal; el tratamiento debe ser planeado para un período de tiempo con la cooperación y las sugerencias del otólogo.

4. Los síntomas desaparecen en proporción con la restauración de la función fisiológica de la articulación temporomandibular.

Aplicación de los principios mecánicos en la construcción de las coronas tres-cuartos, por WALTER E. JONES, D. D. S.

Las ventajas de la preparación de los dientes descrita en el presente artículo son:

1. Una preparación prácticamente indolora, sin irritación pulpar ni durante ni después de la preparación, sin precisar anestesia ni protección del diente.
 2. La mínima cantidad de destrucción del diente dejándole el máximo de resistencia.
 3. No debilitamiento ni del diente en general ni de ninguna de sus partes, no quedando tampoco ningún saliente de esmalte sin previo soporte, y dejando suficientemente protegida la porción incisiva del diente por la corona.
 4. Provisión positiva para el diente y para la corona, al objeto de resistir las fuerzas de la masticación, controlando los efectos de cuña del diente y el efecto del esfuerzo en plano inclinado.
 5. Una preparación a propósito para todos los dientes en relación con la forma, tamaño, grosor o relaciones intermaxilares.
 6. Una técnica sencilla que no requiere instrumentos ni material especial.
-

C CARIES

Cambios tisulares en la caries dentaria, por EDMUND APPLEBAUM, D. D. S., D. C. 80-8.

De tiempo ha quedado ya establecido la dificultad de afirmar cuál es, de los factores del mecanismo de la caries dentaria, el más importante de ellos. Evidentemente, hay una determinada serie de actos que conducen a la destrucción del diente. Cuál de éstos es el de mayor importancia creemos que es cuestión únicamente de punto de vista. Un hecho esencial o central es la decalcificación del esmalte, pues siempre se presenta en la iniciación de la caries. Un medio ambiente especial conduce a la supervivencia de los gérmenes acidófilos, y este medio ambiente es ofrecido por ciertas áreas del diente, lo cual les hace permanecer inmunes. Los hidratos de carbono en la dieta juegan también un papel de importancia en la proliferación de los gérmenes acidófilos, por su impacto en favorables regiones.

La reducción de la caries por medidas protectoras demuestra la operación del mecanismo de resistencia. Esto puede operarse a través de la saliva o de la pulpa. La saliva puede volverse hostil a la actividad de los gérmenes productores de ácidos. Ciertos estu-

7. Una preparación conveniente al éxito de la cementación.
8. La mínima cantidad de oro visible en relación con una buena construcción.
9. Eliminación de las palancas o control de sus efectos.
10. Una forma dada a la corona que le permite resistir las fuerzas a las que está sujeta.

dios radiográficos eliminan la duda sobre la posible remineralización de las áreas de caries incipientes.

Hemos encontrado evidencia de variación en la resistencia tisular, por una intensa variación en el aspecto de trozos diferentes de esmalte invadido por caries. Tal resistencia pasiva a los ácidos puede ser debida a "esclerosis" del esmalte. Mucho más marcada es la resistencia de la dentina. Una zona de aumentada densidad se puede demostrar por debajo de la zona de caries en muchos casos. Esta barrera es la dentina secundaria.

Accidentes y efectos de la extracción prematura de los dientes de leche.
SCHACHTER, H. L. D. S. Eng.—The British Dental Journal, Agosto 6, 1943.

El autor hace un estudio profundo de las consecuencias de las extracciones prematuras de los dientes de leche. De sus observaciones y estadísticas saca la conclusión de que mientras desde un punto de vista ortodóncico se deplora la pérdida de un molar de leche como la causa de una mala oclusión, observa que en la mayoría de los casos no resulta nada desastroso.

Después de los ocho o nueve años la extracción no es considerada como prematura. La de los molares inferiores produce menos perturbaciones que la de los superiores, y los primeros menos que los segundos.

La tercera parte de los niños que han sufrido la extracción de dientes de leche tienen las arcadas bien desarrolladas y el hueso bien formado.

En cuanto a los casos de maloclusión encontrados en los niños,

A ANESTESIA

ODONTOIATRIA

The Posterior Superior Dental Injection. ANGELMAN, J. H. D. D. Edin.—
The British Dental Journal. Agosto 1943.

Para introducir la aguja se toma como guía el borde inferior de la eminencia malar; guiarse por los molares no es tan seguro, dependiendo de la edad del paciente o de otros defectos de oclusión.

Se coloca la jeringa con una inclinación de 45° con relación al plano oclusal. Introducir la aguja hacia atrás, arriba y adentro, hasta una profundidad de 1,5 cm.; continuar introduciendo la aguja en la misma dirección, llevando la punta en contacto con el hueso. Introducir la aguja tres centímetros en total. Se llega así a la fosa subtemporal, por donde pasa el nervio buscado. La anestesia aparece de los tres a los cinco minutos.

Si la aguja no se ha llevado en contacto del hueso sobre la superficie postero lateral del maxilar y si se la introduce más de tres centímetros, se alcanza el músculo pterigoideo interno o el plexo venoso pterigoideo. La perforación del primero no es grave; puede

sólo un tercio sería debido a extracciones prematuras, y en su mayor parte pertenecerán a la clase I de Angle. No serían de carácter grave en la mayoría de los casos.

Después de la extracción prematura de un diente séptico donde el hueso periapical es destruido, es frecuente que el premolar permanente haga erupción más pronto que de costumbre, mientras que ocurre lo contrario por la extracción de un diente vivo.—J. Calvo (T.).

producir un edema de la mejilla, y la anestesia deseada no se efectuará. La penetración en el plexo puede producir la ruptura de una vena, causando una hemorragia en el tejido adiposo vecino, produciendo un flemón de la mejilla y la región malar posterior. La inyección en una vena puede producir síntomas tóxicos en el paciente.—J. Calvo (T.).

(De "Schw. Monat. für Zahn". Junio 1944.)

calcio. Un cuarto método de investigación es mediante determinaciones del balance de calcio.

La proporción en los alimentos ha quedado sumamente mejorada mediante la adición de calcio al pan, medida que fué establecida en Méjico y en el Perú cuando Colón descubrió América, y se empleó en Alemania en 1914-18.

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

C CALCIO

ODONTOIATRIA

Metabolismo del calcio y problemas de la nutrición. ROBERTSON. Nature, núm. 151, págs. 379-381, 1943. [616.39].

El esqueleto constituye el único almacén de calcio del organismo. El calcio en la corteza ósea es relativamente constante y estable, pero el calcio en las trabéculas óseas forma una reserva endógena lábil (y participa continuamente en los intercambios de calcio del organismo), por medio de la cual se mantiene al calcio en suero dentro de los estrechos límites de 9,9-11,1 mgr. por 100 ml., a pesar de amplias fluctuaciones en la ingestión y excreción del calcio.

Las fuentes exógenas principales del calcio son la leche, los huevos, quesos y mantecas y verduras. La absorción del calcio puede verse alterada debido a un elevado contenido en la dieta del ácido oxálico (por ejemplo, en las espinacas), o de ácido fítico (en los cereales), o de fósforo, todos los cuales inutilizan cierta proporción del calcio. La presencia del ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico y de proteínas en la dieta y la absorción colateral de grasas, todo ello tiende a favorecer la absorción del calcio. En los niños de pecho, la relación entre calcio y fósforo en la dieta tiene la mayor importancia para favorecer una absorción eficiente. La relación óptima entre calcio y fósforo es 2 : 1. A medida que aumenta

la edad, el mantenimiento de esta relación ideal va teniendo menos importancia, a condición de que el fósforo no supere con exceso al calcio. La vitamina D en dosis de 700 a 1.000 unidades internacionales diarias ayuda a la absorción de calcio del intestino, pero las dosis muy elevadas de 50.000 a 1.000.000 de unidades internacionales movilizan el calcio y promueven su excreción.

El metabolismo del calcio del organismo es influido por la actividad de las paratiroides, y en grado inferior, por la glándula tiroidea. La paratiroidectomía tiene por consecuencia un descenso en el calcio en sangre que se corrige mediante la administración de extractos paratiroides. En la tirotoxicosis la excreción urinaria de calcio aumenta, y en los casos graves, la decalcificación ósea es evidente radiológicamente.

El calcio se excreta en la proporción de 25 por 100 en la orina y de 75 por 100 en las heces. Sin embargo, una proporción variable de este último representa calcio sin absorber. También se pierde calcio en el esqueleto fetal, del cual se forman dos tercios durante los últimos tres meses del embarazo, y en la leche de la madre lactante. Cuando la ingestión de calcio es baja, el organismo responde disminuyendo la excreción. Sin embargo, el calcio nunca se halla ausente de la orina y heces, incluso con una dieta sin calcio, y durante el embarazo y la lactancia se excreta el mismo calcio que normalmente.

Aunque algunos individuos pueden lograr equilibrio entre la ingestión y la excreción con una ingestión diaria de 200 miligramos, la ingestión óptima del calcio es mayor, ya que ha quedado demostrado que ingestiones mayores benefician el crecimiento, peso, buen estado de salud y eficacia material, tanto en los animales como en el hombre. Como resultado de los estudios sobre el balance de calcio de personas sanas normales, las cantidades óptimas de calcio que deberían ingerirse diariamente para conseguir una salud ideal, los especialistas en nutrición consideran que deben ser las siguientes: adultos, no menos de 800 miligramos diarios; niños, no menos de 1.000 miligramos diarios, y mujeres embarazadas y lactantes, alrededor de 2.000 miligramos diarios. Las deficiencias graves de calcio pueden descubrirse mediante examen clínico—reblandecimiento e inflexiones de los huesos, huesos quebradizos, fracturas patológicas y tetania—, y estas afecciones se han observado en la Gran Bretaña a consecuencia de baja ingestión de calcio por Maxwell (1934), y más recientemente, por Anderson y Brown (1941). El examen radiográfico del esqueleto es una indicación algo más sensible de la deficiencia en calcio, y dichas pruebas se han obtenido en Inglaterra por Owen, Irving y Lyall (1940). Un método diferente de enfocar el problema es el estudio dietético en masa; Orr (1936) calculó que aproximadamente 22 millones de personas en las capas sociales más pobres de la Gran Bretaña no ingerían suficiente

Frecuencia de las alveolitis, por HAROLD W. KROGH, D. D. S., J. A. D. A.
D. C. 24-11.

Resumen:

1. Las conclusiones siguientes son producto de la experimentación hecha de 6.403 extracciones dentarias en un período de seis años.
 2. Todos los dientes fueron extirpados bajo anestesia por procaína.
 3. Se presentaron 138 alveolitis en 130 pacientes distintos; el 1,2 por 100 en dientes en erupción, y el 2,2 por 100 de todos los tipos.
 4. El sexo no afecta en nada a la susceptibilidad para contraer esta afección.
 5. El 95 por 100 de los casos se dieron en bicúspides y molares inferiores.
 6. Hemos notado una definida correlación entre la dificultad mecánica de las extracciones y la presencia de las alveolitis.
 7. No hemos percibido una variación apreciable entre las alveolitis y la estación del año en que se hagan las extracciones.
-

R RADIOTERAPIA**ODONTOIATRIA**

Radium y rayos X en el tratamiento de las lesiones orales malignas, por HAROLD A. SOLOMON, D. D. S. y MELVIN C. REINHARD, M. A., J. A. D. A.,
D. C. 24-10.

Resumen:

1. Para apreciar el uso de la radiación es necesario algún conocimiento de la química y de la física del agente usado. El radium tiene tres tipos distintos de rayos: el alfa, el beta y el gamma. El primero no tiene aplicación en terapia; el segundo es empleado en cerca del 5 por 100 de todos los casos de tratamiento general; mientras que el tercero, o gamma, es el tipo de radiación empleado en la mayoría de los casos. Los filtros son usados para eliminar los rayos del primero y segundo tipo cuando está indicado.
2. En plan de tratamiento deben ser considerados los factores anatómicos, histológicos y fisiológicos.
3. En la radioterapia son empleados tres métodos: intersticial, en superficie y telerradiación.
4. Los rayos X son más ampliamente utilizados debido a la limitación del empleo del radium por la pequeña cantidad existente de este metal y su exclusivo empleo por determinados Institutos.

8. En el 71,7 por 100 de los casos el tratamiento comenzó al segundo o tercer día.

9. En el 73,9 por 100 de los casos este tratamiento terminaba entre el séptimo y el décimo día.

10. Ninguno de los medicamentos empleados en el tratamiento de esta afección acortaba el tiempo de duración ni la intensidad de las molestias.

11. La infiltración anestésica no es una causa de las alveolitis.

12. Cuantos más dientes juntos se extraigan en la misma operación, menos peligro existe de desarrollo de la alveolitis.

Ellos proporcionan admirable tratamiento de muchas lesiones orales y son de particular valor en el tratamiento del sistema regional linfático.

5. En adición a la total cantidad de radiación aplicada (dosage), el tiempo e intensidad son factores muy importantes en todas las formas de radioterapia.

Accidentes de la muela del juicio. BENNEJEANT, Ch. L'Odontologie, X, 1943.

El hombre presenta en comparación con el chimpancé retardos de crecimiento que no afectan por igual a todos los órganos. El desarrollo particular de las facultades cerebrales en el hombre acarrea un crecimiento prolongado de la bóveda craneana, donde las suturas no se sueldan hasta la edad adulta, mientras que lo hacen a los doce años en el chimpancé. Por el contrario, los maxilares que disminuyen de importancia en razón inversa del desarrollo cerebral, siguen una evolución inversa. Los dientes registran estas desigualdades orgánicas por la cronología de su erupción.

Los molares permanentes tienen sus coronas desarrolladas mucho antes que el hueso haya terminado el suyo. Por poco que el desarrollo óseo se retarde, los molares permanentes encuentran dificultad para colocarse en el espacio disponible.

Es el último molar en hacer erupción el que soporta todos los inconvenientes de la situación. En el hombre, cuando hay un vacío en la arcada, y en los negros no hay nunca accidentes de muela de juicio.

De otra parte, la erupción de los molares permanentes es conforme van hacia atrás más oblicua. El tercero suele entrar en contacto con el segundo con un cierto ángulo. Si este contacto se produce en la parte inferior de la corona del segundo molar, la muela del juicio no puede abrirse paso y queda incluida.

Para que los accidentes se desencadenen es suficiente que el saco

A ALVEOLECTOMIA

ODONTOIATRIA

Alveolectomía experimental, por ROLAND S. CLAFIN, D. D. S., M. D. S., J. A. D. A., D. C. 24-9.

Sumario y conclusiones:

1. Este artículo es el resultado de estudios hechos con heridas experimentales resultantes de simples extracciones y heridas resultantes de extracciones y subsiguiente alveolectomía.

2. Después de la extracción de los dientes se separaba el tejido suprayacente mucoperióstico de la cresta, y el hueso de esta cresta fué preparado quirúrgicamente como en la alveolectomía en el hombre. Después de esto el tejido blando era suturado por encima del alvéolo abierto.

3. Por cada herida quirúrgicamente preparada se estableció un control consistente en una simple herida extractiva hecha en el lado opuesto de la mandíbula.

4. En general, los cambios tisulares reparativos en las simples heridas extractivas y las heridas quirúrgicamente preparadas son similares.

5. El cierre del epitelio y de la submucosa en las heridas quirúrgicamente preparadas tiene lugar casi inmediatamente después de la operación a causa de la estrecha adaptación y sutura de los colgajos mucoperiósticos.

6. En las heridas simplemente extractivas el epitelio prolifera por debajo de las heridas cerradas en cuatro o cinco días.

dentario de la muela del juicio entre en comunicación con la cavidad bucal o en su proximidad inmediata. Se infecta, y no pudiendo distenderse en su estuche óseo sobrevienen agudos dolores. La pericoronaritis que sobreviene es primeramente congestiva con remisiones, después puede supurar. Es entonces el punto de partida de accidentes graves.

Tratamiento: Con enjuagues calientes mejora rápidamente la pericoronaritis congestiva. Después es necesario evitar la recidiva: a) Sea por la liberación de la corona, cortando el capuchón, cuando tiene sitio suficiente. b) Sea por la extracción. Según Bennejeant, no es forzoso hacer invariablemente la extracción de la muela del juicio; la extracción del segundo molar deja un campo suficiente para la erupción de la muela del juicio. Es más fácil y se hace correr menos riesgos al paciente.

El tratamiento debe ser sobre todo profiláctico; nada de conservar a toda costa los primeros y segundos molares. Su extracción precoz da el espacio suficiente en la arcada. Una buena radiografía hecha a tiempo evita todo contratiempo.—J. Calvo.

(De "Schaw. Monatss. für Zahn". Septiembre 1944.)

7. Con la sutura de las heridas procedentes de la alveolectomía la regeneración del tejido de fibras conectivas se verifica más rápidamente en estas bolsas que en las heridas de las simples extracciones.

8. La formación de hueso en las bolsas de las mandíbulas quirúrgicamente preparadas es algo más avanzada que la que tiene lugar en las mandíbulas de control. Esto puede ser parcialmente debido a la reducción de la altura de las bolsas y parcialmente también a la sutura de la ventana muco-perióstica.

9. En todas las mandíbulas quirúrgicamente preparadas se dejaron algunas limaduras de hueso en el borde de la cresta ósea.

10. Estas limaduras de hueso colocadas entre el perióstico y la superficie quirúrgicamente preparada parecen ser bien toleradas por los tejidos subyacentes.

11. Las limaduras de hueso que accidentalmente caen en los coágulos durante la preparación quirúrgica de la mandíbula actúan como centros de osificación. En algunas muestras de limadura de hueso se han encontrado algunos osteoclastos.

12. Las fases de curación de las heridas quirúrgicamente preparadas son las mismas que las simples heridas de extracciones, pero el proceso completo de curación estaba acelerado a causa del cierre inmediato del epitelio sobre la bolsa.

A V I S O

Rogamos a nuestros subscriptores que únicamente al recibir un número nos reclamen inmediatamente la falta del anterior, el cual les será enviado por correo certificado. Pasado el tiempo indicado quizás nos viéramos en el trance de no poder dar satisfacción a la petición.

El querer mantener nuestra presentación nos obliga a ciertas dilaciones. Participárselas, en cada ocasión, a nuestros subscriptores carecería de significación práctica, complicando la administración.

Rogamos y agradecemos a nuestros subscriptores y anunciantes acepten este

A V I S O



NÚMERO SUELTO: DIEZ PESETAS.