

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. XI

Núm. 125 (5)

1954

ESTUDIOS ODONTOLÓGICOS EN ESPAÑA

por el

DR. VÍCTOR GONZÁLEZ MENDOZA

En mi reciente viaje a España, con motivo de asistir al I Congreso Hispano-Americano de Odontología, llamó poderosamente mi atención la discusión en torno a la ponencia sobre plan de estudios para una Escuela de Odontología, pues aunque la ponencia no era sino una opinión de cómo debía interpretarse en la actualidad una organización de estudios odontológicos, dió origen a muchas intervenciones y a la exposición de muchos criterios.

De ellas se colegía con toda facilidad la existencia de dos corrientes contrarias: de un lado, quienes abogaban por los estudios puros de acuerdo al plan expuesto; del otro, quienes defendían los estudios odontológicos posteriores a los estudios médicos.

Para otros, sujetos a un plan similar al que rige en las Universidades americanas, despertó mucho interés dicha discusión, pues siempre nos habíamos preguntado el porqué de esta organización y si en verdad es útil desde el punto de vista práctico y justificado desde el científico que una persona, para ser dentista, deba ser previamente médico. De los argumentos expuestos por quienes defendían el sistema que rige en la actualidad los estudios odontológicos en España, ninguno fué lo suficientemente fuerte y concreto que lograra convencernos.

Alguien nos dijo que dicha organización tiende a elevar el prestigio profesional, a darle más personalidad científica al odontólogo español; este argumento es más aceptable desde el punto de vista de la justificación, pero, sin embargo, no excluye que esa misma elevación del prestigio profesional se logra siendo simplemente un *buen dentista*.

Cuando ejercemos nuestra profesión con eficiencia y honradez, cuando dominamos las técnicas, estamos rindiendo una labor positiva y estamos situándonos a la misma altura en dignidad y en prestigio que los otros profesionales.

Los últimos años han sido más que pródigos para el desarrollo de la Odontología; no se puede pensar, hoy por hoy, en obtener un dominio completo de la profesión como se lograba ayer, cuando presenciábamos en la actualidad nuevas y concretas especialidades. Y ante este innegable desarrollo, nos preguntamos: ¿Hasta dónde es posible leer esta profunda disciplina científica en el corto tiempo de dos años? Un profesor de la Universidad Central de Venezuela opinaba como médico, y demostraba con ello su más profunda ignorancia, que la Odontología era carrera de meses; esto hubiera sido verdad en los tiempos de Fouchard, mas hoy es ya imposible impartir una enseñanza completa y lograr que los cursantes salgan con una habilidad suficiente en los cuatro años que prevén casi todos los países americanos.

Quienes hemos tenido alguna experiencia docente comprendemos que ya la Odontología debe cursarse en cinco años; por ello, estamos perfectamente de acuerdo con lo resuelto en la reunión de decanos de las escuelas dentales de América, celebrada recientemente en Buenos Aires, de elevar a cinco años la duración de los estudios de Odontología.

Haciendo abstracción voluntaria de las materias médicas, ¿serían suficientes dos años únicamente para técnicas? Si pensamos que no todos los cursantes tienen la suficiente habilidad manual requerida, que ella es necesario crearla y que tal cosa se logra con un trabajo escalonado, ascendente, gradual, comprendemos fácilmente que es muy corto dicho tiempo.

La operatoria dental, por ejemplo, requiere un esfuerzo creciente: primero, el trabajo sobre modelos; después, sobre pacientes. En Venezuela, donde el alumno cuenta con cuatro años, no adquiere como estudiante la completa habilidad manual en esta rama tan difícil de la Odontología. Recuerdo que un famoso cirujano cubano, hoy médico y ayer dentista, me decía que para él resultaba más fácil una intervención quirúrgica abdominal, por ejemplo, que una preparación M-O-D.

Es innegable la situación ventajosa de la organización de la Facultad en España en cuanto al dominio de las clínicas médicas ne-

cesarias a nuestra especialidad. Pero si pensamos con un criterio utilitario tenemos que concluir que es más útil formar dentistas con pleno dominio de sus técnicas. Y crear para el médico interesado los estudios estomatológicos, como creo se hace en Francia.

La necesidad de ser médico para estudiar Odontología limita, a mi juicio, el estudio completo de ésta, expone a sus egresados a un dominio pobre de las técnicas, y resta la energía de los mejores años en estudios que serán de escaso interés para quien abrigue dedicarse, por ejemplo, a los problemas protéticos.

Como quiera que los breves comentarios esbozados nacieron de la discusión que sobre la enseñanza dental se originó en el I Congreso Hispano-Americano de Odontología, yo me atrevería, con el perdón de quienes tal cosa defienden, a proponer se establezca un plebiscito entre la clase odontológica española, para ver si existen un consenso general que justifique tal organización. Pues los argumentos expuestos en dicha oportunidad y los comentarios personales que pude recoger señalan un gran desacuerdo sobre dicho sistema.

De ser positiva dicha encuesta, establezcamos entonces una discusión entre los países que poseen otros sistemas, pues es conveniente no que la Odontología se unifique en cuanto a plan de estudios, sino que la enseñanza se ubique dentro de las características que el desarrollo y la experiencia señalen, pues carece de sentido lógico que las condiciones básicas para ser odontólogo varíen al unísono de las diferencias geográficas.

Mesencefalotomía en el tratamiento del dolor facial intratable, por el Dr. E. Spiegel ("Arch. of Neurol and Psych", 1953, 69, 1).

En algunos casos, el dolor facial resiste a todas las terapéuticas; esto sucede especialmente en el tic doloroso, del que los autores han tratado tres casos resistentes a una neurectomía retrogasseriana. En total, han tratado seis casos de dolor facial persistente, mediante la lesión electrolítica con un estereocéfalo-tomo, en las vías sensitivas del mesencéfalo, solamente o combinada con la lesión de los núcleos dorsomediales del tálamo (mesencéfalo-talamotomía). En dos de los casos se ha obtenido una supresión completa del dolor. En otro de los casos se produjo una recidiva pasajera a los tres años de la intervención. Los enfermos han sido operados demasiado recientemente para poder asegurar el resultado. El sexto enfermo, con dolor talámico, sólo mejoró durante cuatro meses, probablemente por ser incompleta la interrupción de las vías conductoras del dolor.