

en glicerina ha sido sugerida como desensibilizante dentinario. ¿Es efectiva e inofensiva? R.—Es inapropiado referirse a la evidencia que este preparado sea adecuado. De todos modos, no debe sellarse sobre o dentro de la dentina recién cortada, porque se ha visto que los fluoruros devitalizan la pulpa cuando se sellan en contacto de dentina recientemente cortada.

P.—¿Podría mezclarse piedra pómez con fluoruros para usarla en el pulido de dientes, en la oficina dental? R.—Hay alguna evidencia en añadir peróxido de hidrógeno y fluoruros a las mezclas usadas en profilaxis. Es aún experimental este uso de los fluoruros.

P.—¿Por qué el Consejo de Terapéutica Dental adopta esta actitud tan conservadora hacia el uso de los fluoruros, aunque ellos parecen ofrecer posibilidades para una positiva reducción de la caries? R.—Siempre hay tendencia de abusar de cualquiera nueva droga, basándose en que "si un poco es bueno, más es mejor". Sobredosificar los fluoruros es manifiestamente peligroso, sobre todo si se permite al paciente ejercer control sobre la manera y la cantidad en que es usado. Una actitud conservadora propende a reducir tal peligro y limitar a los fluoruros a su apropiado uso en terapéutica.

Romo Alvarez.

ODONTOLATRIA

F FLUORURO

Comunicación del Consejo de Terapéutica Dental "American Dent. Ass." J. of the "Am. Dent. Ass.", vol. 36, núm. 3), per "Rev. Dent. Chle.", 1948.

Este trabajo es uno de una serie de artículos en forma de preguntas y respuestas que han sido preparadas por calificados especialistas, a solicitud del Consejo de Terapéutica Dental. Otros, en preparación, estarán dedicados a los anestésicos generales y a la desinfección del instrumental.

P.—¿Se está en condiciones para generalizar la aplicación de alguno de los usos sugeridos de los fluoruros en dentística? R.—Las aplicaciones hechas por el dentista, de una solución acuosa diluida (0,05 a 2,0 por ciento) de fluoruros de sodio o potasio, parece tener valor en los dientes de los niños, inmediatamente después de la profilaxis, como un medio de reducir la incidencia de caries, si la solución se usa adecuadamente.

P.—¿Cuál es la solución acuosa de fluoruro de sodio o potasio más adecuada para usar en estos casos? R.—No hay evidencia que alguna concentración o algún tipo especial de fluoruro sea superior a cualquier otro, o que el agua pura sea el mejor solvente. Sin embargo, el uso de una solución de fluoruro de sodio al 2 por 100 está comprobada por la mayor evidencia alcanzada clínicamente.

P.—¿Cómo debería aplicarse la solución de fluoruro? R.—A continuación se describe un método que ha demostrado ser experimentalmente útil:

“El tratamiento consiste en aislar los dientes con rollos de algodón, secar los dientes con aire comprimido y humedecer las superficies coronarias de los dientes con una solución al 2 por 100 de fluoruro de sodio. La solución se deja secar por espacio aproximado de cuatro minutos. Después que se han sacado los rollos de algodón, se instruye al niño que expectore y luego se le despide.”

La aplicación de fluoruro de sodio debe ir precedida de una profilaxis, cuando sea posible.

P.—¿Es inócuo este procedimiento? R.—Sí, siempre que se lleve a cabo con razonable cuidado.

P.—¿Se podría reforzar el agua potable deficiente en fluor, hasta la concentración óptima de fluor (1,0. parte por millón)? R.—Es presunta la evidencia que, la adición de fluor al agua potable deficiente, traiga consigo una reducción en la incidencia de la caries. Sin embargo, experiencias epidemiológicas sostienen enfáticamente la idea, y se progresa cada vez más en demostrar experimentalmente la inocuidad y la efectividad de tales adiciones. Se espera que la fluorurización de las aguas potables reduzca la incidencia de nuevas caries en un porcentaje de 40 a 60 por 100 en las poblaciones que las usen. Métodos más pro-

misorios para controlar y prevenir la caries dental parecen muy remotos en la actualidad, pero es evidente que una fluoruración más extensiva de las aguas potables del servicio público podría aguardar la comprobación de resultados positivos de los experimentos que se están llevando a cabo.

P.—¿Pueden prescribirse para su uso por el paciente las tabletas a base de fluoruros? R.—Parece que ningún agente anti-caries sea efectivo en manos del paciente. Los fluoruros son tóxicos a dosis relativamente bajas. La evidencia de su efectividad es insuficiente. De ahí que el empleo de productos a base de fluor para administración oral por el mismo paciente debiera considerarse experimental, hasta que puedan tomarse en cuenta evidencias más satisfactorias.

P.—¿Reducen la incidencia de caries los enjuagatorios bucales o los dentríficos a base de fluor? R.—No se ha visto que sean efectivos. El hecho es que la evidencia con respecto a los enjuagatorios y dentríficos es esencialmente negativo.

P.—¿Puede agregarse fluoruros a la leche u otros alimentos con el objeto de prevenir la caries? R.—La inocuidad y efectividad de este procedimiento son dudosos, porque es difícil controlar la cantidad diaria ingerida. No ha sido demostrado el valor terapéutico de los fluoruros agregados a los alimentos.

P.—Una pasta de fluoruro de sodio al 33 por 100, mezclada con caolín

cidad de sedimentación acelerada, etc. Frente a este cuadro se puede hacer tal diagnóstico siempre que se pueda excluir otra infección aguda respiratoria de etiología ya conocida.

Muy característico de estas neumonías primitivamente atípicas es la presencia en la sangre de las llamadas aglutininas del frío (0° - 5°) para las hemáties de cualquier grupo.

Thomas, Curnen y otros han aislado del pulmón, de cinco casos fallecidos de neumonía atípica, un estreptococo anhemolítico, que ha sido denominado provisionalmente por sus descubridores "estreptococo M. G.", el cual también ha sido hallado en esputos de enfermos, existiendo un 50 por 100 de pacientes que desarrollan aglutininas específicas para este germen, frente a un 5 por 100 en personas sanas o afectas de otros procesos.

En opinión de sus descubridores y de otros, este estreptococo puede tener un papel etiológico en el proceso, ya solo o asociado a un virus determinado, que pudiera ser el aislado por Eaton, neutralizable por el suero de los enfermos, y que ha podido ser cultivado en embriones de pollo.—Suárez Palacios ("Per. Clín. Lab.").

ODONTOIATRIA

V VIRUS

Las enfermedades a virus (Reseña de su concepto actual y de las neumonías atípicas), por el Dr. SA FLEITAS, J. "La Medicina Colonial", tomo XII, núm. 4, págs. 252-266, octubre 1948. Madrid.

Empieza el autor haciendo resaltar cómo los progresos alcanzados por la virulología se deben, en parte, al perfeccionamiento de sus métodos de estudio la microscopía electrónica (cuyo límite de visibilidad de diez a doce milimicrones permite ver moléculas aisladas e incluso la estructura de algunos virus), la ultrafiltración (mediante membranas filtrables de colodión de porosidades variables), la ultracentrifugación (mediante turbinas en vacío, con velocidades de hasta 200.000 revoluciones por minuto), los procedimientos de purificación y concentración, y, finalmente, los medios de cultivo en embriones de pollo.

Actualmente se asignan a los virus las siguientes características: 1) Ser elementos de pequeño tamaño, por debajo de la visibilidad ordinaria. 2) Ser generalmente ultrafiltrables. 3) No cultivarse en los medios artificiales, requiriendo para hacerlo la presencia de células vivas en el interior de las cuales parasitan. 4) Manifestar en su acción patógena, natural o experimental, afinidades hacia determinados tejidos (dermotropismo, neurotropismo, etc.). 5) Poseer una gran capacidad de trans-

formación en sus propiedades patogénicas por adaptación o mutación; y 6) Producción en las células parasitadas de elementos especiales llamados "cuerpos de inclusión" y "corpúsculos elementales".

Habla después el autor de la clasificación actual de las enfermedades por virus en cuya taxonomía se han seguido tres criterios: A) Morfología del virus. B) Afinidades electivas del virus hacia determinados tejidos; y C) Síndromes clínicoanatómicos que producen en su acción patógena.

A) *Morfología del virus*.—Borrel fué uno de los primeros en estudiar "los corpúsculos elementales" del virus de la viruela aviar, los cuales son el punto de partida hacia formaciones intracelulares de mayor tamaño, los llamados "cuerpos de inclusión", que terminan provocando el estallido de la célula parasitada y ponen en libertad "los corpúsculos elementales", que iniciarán el mismo ciclo al penetrar en otra célula. Estas particularidades evolutivas las presentan un conjunto de virus a los que se les ha dado el nombre de "borreliotas" (en honor de Borrel), y "borreliosis", a las enfermedades por ellos producidas.

Dentro del grupo de las borreliotas se distinguen dos subgrupos: uno, con un marcado tropismo por los tejidos ectodérmicos (viruela, vacuna, varicela, zona, tracoma, linfogranuloma venéreo, etc.), y otro, con afinidad sobre el aparato respiratorio (psitacosis, neumonitis de Eaton, de Kempff, etc.).

Y frente a las borreliosis estarían las enfermedades a virus no corpusculares (influenza, fiebre amarilla etc.).

B) De acuerdo con las afinidades tisulares de los virus se han clasificado las virasis en: ectodermosis (fiebre aftosa, estomatitis vesiculosa, etc.), ectoendodermosis (laringotraqueitis y coriza de las aves, etcétera), mesodermoendodermosis (peste aviar), ectodermosis neurotropas (herpes, encefalitis de San Luis, japonesa B, encefalomiелitis equina no anterior aguda, etc.), endodermosis neurotropas (fiebre amarilla), retículo-endoteliosis (linfogranuloma venéreo, fiebre ganglionar de Pfeiffer, leucemia de las aves, etc.), septicemias (influenza humana y porcina, fiebre Papatasi, etc.), enfermedades por ultravirus neoformantes (sarcoma de Fous, papiloma y mixoma de los conejos, condilomas acuminados, verrugas planas, etc.).

C) Con arreglo a los síndromes clínico-anatómicos se clasifican las virasis en: virulosis respiratorias, digestivas, cutáneo-mucosas, circulatorias, neurovirulosis, etc.

En la última parte de su trabajo, el autor hace una reseña etioclínico-diagnóstica de la neumonía atípica primitiva, como síndrome pulmonar agudo y febril, con condensación de parénquima, que da signos muy discretos, en desproporción manifiesta con los radiológicos (opacidad irregular en sus contornos, localizada en base o en zonas nulares), con bradicardia y bradipnea relativas, con fórmula leucocitaria normal y velo-