

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE BUCAL SOBRE EL RESTO DEL ORGANISMO

por

ANTONIO DE VICENTE ARGÜELLES

O d o n t ó l o g o

"El estado de la dentadura revela el grado de salud del individuo." (Landete.)

616.31—983

La cavidad bucal, como primera porción del aparato digestivo, tiene una influencia decisiva sobre la digestión y, por tanto, sobre la nutrición del individuo, que se refleja en el estado más o menos saludable del mismo. Pero es muy general preocuparse si el estómago, un oído o cualquiera otra porción del organismo no funciona de manera adecuada o nos ocasiona alguna molestia, y, sin embargo, no se concede la menor importancia a una boca colocada en unas condiciones de infección que puede originar trastornos importantes, y transcurre el tiempo sin recurrir al odontólogo, hasta que se da lugar a que se establezca enfermedad incurable; y todo por el horror, por el falso temor que inspira el dentista, y más aún por desconocer las consecuencias tan trascendentales que acarrearán los padecimientos de la boca y de los dientes.

Algunos órganos están más expuestos que otros a la acción patológica de los agentes materiales externos; así, la boca, como puerta de entrada al interior del organismo, sufre, en unión de los dientes en ella situados, la acción continuada de los mencionados agentes traumáticos, venenosos y microbianos.

Consecuencia de la enfermedad de la boca o dientes y de la ausencia de alguno de éstos, es la función imperfecta de la masticación y repercute, como decíamos más arriba, en la digestión que, al no realizarse adecuadamente, causa perturbaciones en la nutrición y estado general del individuo.

Higiene bucodentaria prenatal.—Los padres deben cuidar de la higiene dentaria de sus hijos desde antes de su nacimiento, cuando éstos se encuentran en el claustro materno, procurando a la madre una alimentación rica en vitaminas, principalmente en las A, D y C, de las que son tan ricas los frutos naturales (naranjas, uvas, tomates, plátanos, etc., etc.). También se cuidará bajo la dirección de su médico que no falten en su dieta las sales minerales, principalmente las cálcicas, porque para formarse los dientes y huesos del niño se precisan grandes cantidades de sales minerales, y si éste no las recibe en cantidad suficiente por intermedio de su

madre, sus futuros dientecillos serán poco calcificados, porosos, siendo fácilmente atacados por la caries, con todas sus consecuencias. Otro tanto le ocurrirá a la madre, que, al no recibir una dieta adecuada en calcio, suministra ésta sustancia a su hijo a sus propias expensas, es decir, se descalcifican sus huesos y dientes para que puedan formarse los de su pequeño; y le ocurre entonces lo que decíamos anteriormente: su dentadura decalcificada y porosa ofrece poca resistencia al ataque microbiano de la caries, que avanza rápidamente, ocasionando dolores insoportables e infecciones graves, máxime en el estado interesante en que se encuentra la enferma, que deberá acudir sin pérdida de momento al odontólogo para que éste le extraiga o cure las piezas afectadas, suprimiendo el dolor y los focos de infección y supuración, pues en el estado en que hoy día se encuentra la ciencia odontológica, estas operaciones se realizan sin riesgo alguno y sin dolor, con anestesia segura e inofensiva aun en el estado de embarazo de la paciente. Sin embargo, en ciertos casos, sobre todo en los últimos meses de la gravidez y si hay que practicar una intervención laboriosa, se podrá evitar un posible aborto con un tratamiento preliminar de luteína en inyectables; pero repetimos que es en excepcionales casos, pues no suele ser necesario.

Bajo la dirección del odontólogo o del dentista se administrará a la futura madre medicamentos que faciliten la reparación del exceso de consumo de elementos minerales que tiene, caso de no recibir los necesarios en su dieta alimenticia.

Higiene bucodentaria del niño.—Después de su nacimiento, continuaremos en el niño la práctica de cuidados higiénicos, que influirán de manera decisiva en el posterior estado de su boca.

Deberá, a ser posible, ser alimentado con lactancia materna, pues los dientes de los niños criados al pecho salen antes y más fuertes que los lactados artificialmente, porque la lactancia natural estimula las glándulas de secreción interna, favoreciendo el desarrollo y crecimiento de los dientes. Por el contrario, el biberón favorece el raquitismo, que, ateniéndonos exclusivamente a sus efectos dentarios, origina gran retraso en la erupción dentaria y dientes oscuros, pobres en sales cálcicas y, por tanto, con gran propensión a la caries.

Además, las arcadas mandibulares de los niños lactados naturalmente están más y mejor desarrollados que en los criados a biberón; los pequeños succionan haciendo muy poco esfuerzo en este último caso y contraen sus mejillas de modo que estrechan el paladar, mientras que los criados al pecho tienen que hacer una succión más enérgica y al mamar abarcarán no sólo el pezón, sino también gran parte de la areola, porque instintivamente favorecen de este modo el reflejo lácteo y abren más la boca, ensanchándose por añadidura el paladar.

En el niño normal, la erupción de los dientes no es origen de enfermedad; los trastornos que en ocasiones la acompañan son debidos a otras causas concomitantes, generalmente trastornos digestivos; pero como la salida de los dientes es un hecho que está más a la vista, se le

achacan injustamente efectos de los cuales no es la causa, amén de que es una creencia popular muy arraigada y, por lo tanto, difícil de eliminar (téngase presente que nos referimos a niños que se crían normalmente).

Lo que ocurre en ocasiones es que en las encías desgarradas por la erupción del diente pueden producirse infecciones locales producidas por la costumbre que tienen los niños de llevarse a la boca todo lo que encuentran a mano, o sea, que tales infecciones están favorecidas por la erupción, pero no son consecuencia de ella. Evitaremos éstas aconsejando a la nodriza que lave con agua hervida el pezón antes de cada mamada. No se deben usar chupetes ni se debe permitir al niño que introduzca objeto alguno en la boca, pues podrá estar limpio, pero no estará aséptico, es decir, desprovisto de gérmenes microbiano patógenos. Limpiar su boca con una gasa aséptica de vez en cuando o cuando vomite. No incidir la encía para favorecer la salida del diente, porque la herida suele infectarse, y, si no ocurre así, la cicatriz que se forma rápidamente estorba la normal erupción del diente por no poderla atravesar y, o no sale, o sale en mala posición y por donde no deba.

Los llamados jarabes para la dentición no consiguen más que ensuciar el estómago. Cuando el niño presenta síntomas de desazón y molestias en las encías, llorando incluso por el simple contacto al mamar y se nota muy roja y tumefacta, debe ser llevado al odontólogo, que recetará la fórmula tópica adecuada en cada caso e ilustrará a los padres de la manera cómo y cuando será aplicada, no incurriendo en modo alguno en la costumbre perniciosa en extremo de aplicar el tópico en las encías con el dedo, aunque éste se haya lavado y desinfectado previamente; lo mejor es una gasita aséptica sujeta en una pinza de presión continua o de Pean hervida durante quince minutos.

De efectos magníficos en casos de retraso o defecto en la erupción dentaria, cuando el médico o el odontólogo lo considere necesario, es el llamado choque vitamínico de vitamina D₂ (600.000 unidades internacionales), mediante el cual ingiere el nene el contenido de una ampolla mezclada con un poco de leche en una cuchara, facilitando a su pequeño organismo vitamina antirraquítica en cantidad suficiente para tres meses por lo menos.

A los siete meses aproximadamente de su nacimiento le empiezan a emerger al niño sus dientes incisivos centrales inferiores; a continuación salen los dos centrales superiores, continuando generalmente por el siguiente orden: incisivos laterales superiores, incisivos laterales inferiores, primeros molares de leche (a los quince meses aproximadamente), colmillos (dieciocho meses) y, finalmente, los segundos molares a los veinticuatro meses, con lo que queda completa la primera dentición o temporal, que, como sabemos, consta de veinte dientes.

Estos datos son de niños normales, bien calcificados y saludables, en los raquíticos suele haber un retraso exagerado de la salida de sus piezas dentarias.

Caries de los niños.—Son debidas a defectos en la alimentación, a desaseo, escasa calcificación de sus dientes o mal uso de los mismos, como, por ejemplo, romper nueves, avellanas u otros objetos con sus muelecitas.

Si en los mayores tiene importancia el estado de su dentadura, en los niños la tiene también extraordinaria. Vulgarmente se piensa que, como son dientes que han de ser reemplazados, si enferman, con extraerlos ya está arreglado, y eso si duelen, que si no, con esperar a que se caigan es suficiente; es una creencia muy equivocada, porque la dentadura temporal hay que cuidarla con esmero para prevenir las perturbaciones y enfermedades de la permanente, pues como hay períodos de tiempo en que se encuentran piezas dentarias de una y otra clase, las caries de la primera se contagian a las de la segunda que van apareciendo. Tienen aún más importancia los dientes del niño que los del adulto, porque tienen una misión más amplia que cumplir: desarrollar la cara.

Con dientes de leche cariados no se puede tener buena dentadura permanente. Los dientes de leche deben empastarse, dándoles la importancia que se da a los permanentes...

Breve reseña de la maloclusión dentaria.—Se denomina maloclusión las variaciones de posición que experimentan las piezas dentarias en relación con su posición u oclusión normal, de lo que derivan alteraciones de la estética bucal y hasta desfiguraciones antiestéticas del rostro del individuo y dificultades de la función masticatoria y de la fonación.

En el niño normal, los dientes están situados en arcadas de curva regular y tienen una correspondencia determinada la superior con la inferior.

Las causas de las maloclusiones son muy variadas; entre las más frecuentes tenemos: respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, lo que generalmente se debe a dificultades por estrechamiento del conducto nasal originadas por vegetaciones adenoideas, desviaciones del tabique nasal, etc. Otra causa frecuente es el uso del chupete, la costumbre de chuparse el dedo, la extracción muy prematura de sus dientes de leche, la costumbre habitual de no ingerir más que alimentos muy blandos, etc., etc.

La costumbre de respirar solamente por la boca determina deformaciones del paladar, que adquiere una forma demasiado ojival, acompañada de estrechamiento de las arcadas dentarias superiores y proyección hacia adelante de los dientes anteriores, que, en lugar de estar colocados verticalmente, lo están oblicuos, muy próximos a la posición horizontal, algo así como un tejadillo, por lo que se desfigura el perfil de la cara (cara de pájaro).

El chuparse el dedo provoca también proyección hacia adelante de la arcada dentaria superior y hacia atrás de la inferior, paladar ojival, que dificulta la respiración nasal, tomando la cara y dientes la misma configuración del caso anterior.

La extracción muy prematura de las piezas dentarias de leche influye de manera decisiva en el desarrollo de los huesos maxilares que, al faltarles el estímulo masticatorio realizado por los dientes, es un desarrollo escaso e imperfecto que determina estrechez de las arcadas dentarias, y las piezas de la dentadura permanente, al salir, cuando les llega su tiempo, al no encontrar espacio suficiente, emergen por donde pueden y en posiciones viciosas, amontonadas unas sobre otras, con el perjuicio consiguiente en la belleza de la dentadura y en la función masticatoria.

Otra causa muy frecuente de maloclusiones y hasta de menor resistencia para la caries y demás enfermedades buco-dentarias es la habitual ingestión de alimentos blandos (purés, legumbres, carne picada, etc.), con la falsa creencia de que alimentos duros y fibrosos (de los que la carne es el mejor ejemplo) irritan las encías y perjudican a los dientes al hacerlos experimentar un trabajo excesivo; pero, lo repetimos una vez más, los que así piensan están completamente equivocados. Es muy conocido el axioma de que la función crea al órgano; por tanto, si la dentadura tiene un trabajo duro, se adaptará a la función, robusteciéndose notablemente. Es el caso de los obreros manuales, que, como sabemos, tienen brazos musculosos y robustos; los ciclistas profesionales, los miembros inferiores, etc., etc. Esto no quiere decir que los dientes se empleen para partir nueces, avellanas, cortar hilos o sacar corchos, por ejemplo, pues están expuestos a roturas y a desgastes o fracturas microscópicas de los prismas del esmalte, en las cuales los microbios de la caries encuentran fácil cobijo; resumiendo: los dientes se deben usar solamente para cumplir su función masticatoria; el mal uso los perjudica notablemente.

Toda clase de maloclusiones son tratadas modernamente por los odontólogos, principalmente los especializados en estas cuestiones u ortodontistas y los que, sintiendo verdadero entusiasmo profesional, se dedican al ejercicio de todas las ramas de la odontología, de las cuales ésta es una de las más interesantes.

Para ser tratados estos pacientes es necesario que se encuentren en edad infantil; sin embargo, se han obtenido éxitos incluso en adultos, pero es más difícil, por encontrarse los huesos más calcificados y, por tanto, más duros que en los niños y jóvenes.

El odontólogo estudiará la maloclusión y atacará en primer lugar la causa determinante, y a continuación, mediante los aparatos necesarios en cada caso (escogidos tras minucioso estudio), irá colocando paulatinamente las arcadas dentarias en oclusión normal y perfecta, dándoles el tamaño preciso y haciendo recobrar al rostro la belleza anatómica perfecta.

Dentadura permanente.—Comienza con la aparición a los seis años de edad aproximadamente de los cuatro molares llamados de los seis años, que no sustituyen a ninguno de los veinte dientes temporales, sino que salen una a cada lado de las arcadas superior e inferior detrás de los mismos; posteriormente, y casi en el mismo orden que fueron apare-

ciendo los dientes de leche, se van cayendo, siendo sustituidos por los permanentes; los molares de leche lo son por los llamados premolares o bicúspides, muelecitas situadas, como su nombre indica, delante de los grandes molares.

A los doce años hacen su aparición los cuatro segundos molares permanentes y, finalmente, de los dieciocho años en adelante los terceros molares o muelas del juicio; ninguno de estos molares sustituye a ningún temporal.

Los molares de los seis años son las piezas dentarias más atacadas por la caries, indudablemente debido a que en la edad del niño en que aparecen, éste encontrándose en pleno crecimiento, está más descalcificado de lo conveniente y son atacados más fácilmente por los agentes microbianos; estos molares constituyen lo que pudiéramos llamar "piedra básica de la dentadura", pues son el fundamento y sostén de la armonía y eficacia de la dentadura del adulto. Si se pierden, se siguen grandes deficiencias masticatorias, el maxilar no se desarrolla bien, se originan malposiciones dentarias y se deforman los contornos faciales, se pierde belleza.

Higiene buco-dentaria del adulto. Estudio de la caries y sus complicaciones.—La caries es la enfermedad más frecuente en la especie humana, es la principal causa de la pérdida de los dientes. En las grietas o defectos del esmalte de los dientes pobres en sales cálcicas, en las producidas por el mal uso, entre los dientes colocados en posición viciosa y entre diente y encía en las personas desaseadas, quedan partículas alimenticias que, abandonadas en la boca, se descomponen con el calor y la humedad en la unión de los microbios que en la misma existen, principalmente cuando son alimentos hidrocarbonados (azúcar, almidón, celulosa), produciéndose fermentaciones que dan lugar a ácidos que destruyen el esmalte dentario, y, entre ácidos y microbios, provocan la desintegración y destrucción del diente, mediante acciones muy complejas.

Comienza la destrucción del diente en el esmalte, en cuya zona es indolora, constituyendo la caries de primero y segundo grados, según la profundidad, y que no tiene otro síntoma que la mancha o pequeña cavidad negruzca que se observa a simple vista. Es el momento óptimo de acudir al odontólogo para que frese la caries y la desinfecte enérgicamente para evitar siga adelante, empastándola a continuación, con lo que el diente queda perfectamente curado.

Si, por el contrario, se deja continuar la destrucción de la caries, ésta invade el marfil o dentina y el paciente comienza a notar dolor con los líquidos fríos o muy calientes, e incluso con los alimentos dulces; es un segundo grado profundo, que el odontólogo tratará del mismo modo que las anteriores, pero insistiendo algo más en la desinfección química de la cavidad, y antes de empastarla convendrá que ponga un cemento en la cavidad, o, por lo menos, una ligera capa de barniz especial para cavidades, que tienen por objeto, dada la proximidad del fondo de la cavidad a la pulpa, llamada vulgarmente "el nervio", aislarla del ma-

terial de obturación o empaste y evitar de este modo las irritaciones, que se traducen en dolor y hasta motivo de extracción del diente.

El estado siguiente de la caries o tercer grado se caracteriza por un dolor insoportable, lancinante, agudo; es el clásico "dolor de muelas", que no se calma con nada, aunque el paciente ingiera en ocasiones cantidades excesivas de aspirina y otros calmantes del dolor; si se acuesta, duele aún más, debido a que se congestiona mucho el territorio inflamado; las vulgares hilas mojadas en líquidos que venden en el comercio sólo ejercen un alivio momentáneo, cuando se trata de caries que ofrecen una cavidad amplia, pero ya sabemos que en ocasiones el agujerito es insignificante e incluso no se encuentra, y entonces no sirven para nada. Pasado el efecto (muy rápidamente, como hemos dicho), duele con más intensidad aún, y en este estado es en el que suele acudir el enfermo al odontólogo, después de tres o cuatro noches de insomnio y casi sin comer, porque los alimentos algo calientes, fríos o dulces le exacerban el dolor, y si no ha ido al dentista antes es por el equívoco temor que inspiran a algunos temperamentos pusilánimes dichos profesionales. Llegan, como decimos, a la consulta con el exclusivo pensamiento de hacerse la extracción, y... hasta otra; ¡qué poco se tiene en cuenta la sentencia de Cervantes: "En más se ha de estimar un diente que un diamante"! Es verdaderamente una pena la cantidad de piezas dentarias que se extraen pudiendo haberlas conservado; así se ven personas muy jóvenes con dentaduras completas o desdentados.

Lo que procede en un tercer grado al presentarse al dentista es la inmediata extracción de la pulpa o nervio bajo anestesia local, con lo cual el dolor desaparece por completo, pues su inflamación o pulpitis era la causante de las molestias. El odontólogo desinfectará enérgicamente el diente enfermo, extirpará concienzudamente los restos pulpares en los canales radiculares y cámara pulpar, que serán rellenos posteriormente con materiales antisépticos; colocará después un cemento de fondo y, finalmente, el material de obturación elegido, con lo cual la pieza dentaria que parecía inmediatamente perdida continúa en su sitio y completamente curada.

En ocasiones, el tercer grado de la caries transcurre con dolores que son soportados fácilmente por el paciente, y pasa a cuarto grado, por necrosis o muerte de la pulpa, que fallece finalmente al ataque microbiano; la infección invade entonces los tejidos vecinos, siendo el primer afectado el periodonto o ligamento que une la raíz o raíces del diente al hueso (periodontitis), manifestándose el dolor al hacer presión sobre el diente afecto, al tropezar con el antagonista (está recrecido), en el momento de la masticación es cuando más molesta.

Este es el momento de la aparición del flemón dentario y cuando más indicada está la extracción, a pesar de la creencia vulgar en contrario, y hasta de algunos profesionales, que prefieren esperar a que el flemón desagüe; pero hay que ser lógicos: ¿cuál es la causa del flemón? El diente enfermo; pues mientras no se extraiga el diente no se resolverá

el flemón, y si esperamos a que desagüe, corremos el riesgo de que el pus se abra camino y salga por la superficie de la cara, con lo cual queda una cicatriz que no se borra en la vida; otro riesgo que se corre es que la infección invada la sangre y se haga general, llegando a producir la muerte del individuo (septicemia). Afortunadamente no suele ocurrir así gracias a las defensas orgánicas, pero el peligro es cierto y las complicaciones son posibles.

Por consecuencia, debe practicarse la extracción lo más rápidamente posible, salvando los inconvenientes de la presencia del flemón, haciendo una anestesia troncular a distancia, con lo cual, al no inyectar en la zona inflamada, desaparecen las contraindicaciones, o haciendo una anestesia local con carbocaina antiséptica reforzada, por ejemplo, anestésico que tiene a la vez un poder antiséptico poderoso y no hay inconveniente hasta de inyectar en pleno foco inflamatorio; caso de practicar esta última anestesia, habrá que practicar la inyección muy lentamente, para no ocasionar mucho dolor al penetrar el líquido, y se esperará algo más de lo corriente a que surta efecto.

Si no se practica la extracción, lo más frecuente es que, después de varios días de malestar, fiebre, hinchazón, etc., el flemón se abre en un punto y desagua, remitiendo entonces los síntomas, hasta parecer que aquello se ha curado; pero no, en el punto en que se abrió persiste un botoncito, punto de desagüe de una fístula que parte de los restos del diente o muela, por cuyo botón brota pus, que se extiende y siembra por toda la boca, que se aspira con el aire, que se traga con la saliva y alimentos. Este pus respirado y tragado se difunde por todo el interior del organismo, y si bien al principio es esterilizado por las defensas naturales, al repetirse incesantemente la agresión o con motivo de debilitarse las energías por cualquier enfermedad o indisposición, un día prende y se producen enfermedades internas y más graves, en nariz, garganta, pulmones, estómago, intestinos, etc.; casi no hay enfermedad infecciosa crónica que no pueda tener origen en un foco purulento de la boca.

También se propagan las enfermedades bucales a través de la corriente sanguínea, distribuyéndose por todo el cuerpo; son muy corrientes las enfermedades de corazón, ataques reumáticos, meningitis, enfermedades del riñón, etc., que tienen su origen en un foco infeccioso bucal, que sanan curando o extrayendo el diente responsable. Enfermos, inútiles o perdidos los dientes, la masticación se hace mal, se hace deprisa o no se hace, el estómago suple ésta deficiencia forzando el trabajo; pero un día se agota, funciona mal; un paso más, y tenemos el mismo problema en el intestino, el hígado, etc., y no sólo enferman estos órganos, sino que se absorben productos mal elaborados y viene la intoxicación o envenenamiento general y, como consecuencia, el agotamiento prematuro, que se manifiesta por digestiones lentas y molestas, estreñimiento, desnutrición, pereza, dolores de cabeza, insomnios.

Piorrea alveolar.—Dada la importancia y frecuencia de esta afección, hablaremos, aunque sea muy ligeramente, de ella.

Consiste en la atrofia prematura de la articulación alveolo-dentaria, caracterizada por la movilidad y desviación y expulsión de los dientes, acompañada de infección polimicrobiana y supuración de las encías. Aunque una vez establecida la piorrea es una afección curada en multitud de casos (sobre todo si son tratados precozmente), en otros no responde el tratamiento.

Se debe recurrir al odontólogo al menor síntoma de movilidad dentaria, para que pueda tratar la afección en sus comienzos, que es cuando (como decíamos) tiene más probabilidades de éxito. Desde luego, hay que desterrar la creencia vulgar fatalista, hasta el punto que considera irremisiblemente perdido todo diente atacado de piorrea, pues, repetimos una vez más, que hay innumerables casos de curación, y si el dentista opina que el diente ya no puede curar, debe extraerse lo antes posible para evitar la constante ingestión de pus que mana de la encía.

Se evita mucho la piorrea con el cepillado varias veces al día de la dentadura, y en individuos predispuestos practicando masaje (con el dedo bien desinfectado con alcohol de 90°) en la encía en sentido vertical y exprimiéndola hacia la parte libre del diente para expulsar cualquier partícula purulenta que comenzara a formarse. También con el uso de colutorios astringentes que el dentista recomendará en cada caso. Como lo esencial para evitar la piorrea es suprimir el movimiento exagerado de las piezas dentarias, caso de practicarse alguna extracción, conviene reponer la pieza perdida lo antes posible, porque, al tener un hueco, las próximas, faltas de apoyo, se remueven, suponiendo este pequeño traumatismo de la articulación alveolo-dentaria una de las causas más influyentes para la aparición de la enfermedad.

Por eso, uno de los tratamientos que más éxitos tiene es la colocación por el dentista de aparatos de contención, que, al sujetar entre sí todas las piezas dentarias, evitan el movimiento exagerado de que antes hablamos, y que se quitan de la boca una vez curada la enfermedad.

Limpieza de la boca y dientes.—Se realiza por medio del cepillado, que debe realizarse por lo menos después de cada comida, pues hay quien considera suficiente cepillarse la boca una vez al día, que es en el momento de irse a dormir; pero, repetimos, que es mucho mejor limpiarse después de las comidas, pues de esta manera los restos alimenticios que hayan podido quedar son fácilmente arrastrados por el cepillo y no entran en fermentación, con lo cual logramos dos objetivos: primero, suprimir un factor predisponente para la caries, y segundo, evitar el mal sabor y olor de la cavidad bucal.

El cepillo debe reunir las siguientes características: 1.ª Tener las cerdas agrupadas en pequeños grupitos que están algo separados entre sí, con objeto de ser más fácilmente desinfectados. 2.ª Han de tener cortadas desigualmente las cerdas, con el fin de que se introduzcan mejor entre los espacios interdentarios. 3.ª La superficie del cepillo debe ser ligeramente curva, para adaptarse mejor a la forma de las arcadas.

El dentífrico de elección es, sin duda, el perborato sódico químicamente puro (a veces es adulterado), pues limpia químicamente al engendrar en la boca un agua oxigenada neutra y de reciente formación, cuya riqueza en oxígeno destruye millones de microbios bucales y blanquea los dientes, uniéndose su eficaz acción a la mecánica del cepillo.

Los dentífricos que pudiéramos llamar comerciales que anuncian blanquear los dientes, los cuales tienen algunos polvos insolubles (piedra pómez, carbón vegetal, etc.), ácidos, etc., son francamente malos, porque destruyen el esmalte. No usar ningún dentífrico que no os haya recomendado vuestro odontólogo, pues hoy se fabrican en España algunos muy excelentes a base de sulfamidas, yodo atómico, etc., que, sin llegar a aventajar al perborato sódico, se le aproximan, y son más agradables al gusto. Un buen dentífrico debe reunir las siguientes condiciones:

1.^a No ha de ser decalcificante; los ácidos son decalcificantes químicos; el carbón vegetal pulverizado, la piedra pómez finamente pulverizada son decalcificantes mecánicos. 2.^a No ha de ser cáustico. 3.^a Ha de ser inofensivo, no venenoso. 4.^a Debe ser alcalino. 5.^a No debe atacar a la saliva. 6.^a Será lo más agradable posible al gusto y al olfato. 7.^a No fermentescible (no usar polvos vegetales, porque contienen almidón y éste fermenta). Los jabones saponifican las grasas; sólo en pequeña cantidad deben entrar en el dentífrico, porque si no, son cásticos y repugnan.

El cepillado debe realizarse de abajo a arriba y viceversa, procurando introducir las cerdas del cepillo entre los intersticios interdentarios; poco o nada debe moverse el cepillo en sentido horizontal. Se comenzará cepillando la superficie exterior de las arcadas; después, también verticalmente, la superficie interior, y, por último, la superficie triturante de las piezas dentarias superiores e inferiores en sentido antero-posterior; para enjugarse la boca después del cepillado debe usarse, a ser posible, agua ligeramente templada o, por lo menos, quitada la frialdad y disuelta en la misma la cantidad aproximada de una cucharadita de las de café de perborato sódico en un vaso grande, o simplemente, como aconseja el doctor Landete, unas gotas disueltas en ella de agua de colonia; también podrá usarse alguno de los preparados existentes en el comercio, cuidadosamente seleccionado por el odontólogo.

Hay personas que no cepillan sus dientes porque les sangran las encías; pero precisamente les sangran por no limpiarse asiduamente; la prueba es que, si no hacen caso de esta pequeña hemorragia y no dejan de cepillar sus dientes, no tienen la más ligera hemorragia al cabo de dos o tres días de llevar limpiándose; si aun así continúan sangrando, es síntoma de enfermedad bucal y, por consiguiente, debe visitarse al odontólogo lo antes posible.

Resumiremos lo expuesto diciendo: repercusión directa sobre el imponderable bien de la salud, de la belleza y la vida, tiene la higiene de la boca y de los dientes, y ésta depende de acudir a tiempo al odontólogo; por tanto: a) Es indispensable tener los dientes y la boca en buenas condiciones; b) Si se tienen, debe cuidarse adecuadamente para conser-

varlos. c) Si están enfermos, debe restaurarlos o curarlos. d) Si pierde alguna pieza dentaria, debe reponerse.

B I B L I O G R A F I A

- Angles Girad (José): O. Clin. núm. 8, pág. 583.
 Cervera (Antonio): O. Clin. núm. 7, pág. 413.
 Domínguez Villagras (David): O. Clin. núm. 5, pág. 367.
 Marte Lorente (Emiliano): O. Clin. núm. 7, pág. 509.
 Santamaría Guillén (Rafael): O. Clin. núm. 6, pág. 433.

Defensa atómica

King admite que no existe una protección contra la explosión atómica. Después de ésta se produce una extensión que contiene letales concentraciones de radiación, en la cual es inútil todo poder humano para intentar un trabajo de socorro.

King estima que si hubiera un ataque con armas atómicas en una ciudad americana, se requeriría no menos de 1.000 médicos durante varias semanas para prestar sus servicios a la población. En opinión de King, hospitales y centros médicos deben estar fuera de los centros industriales o densamente poblados. La constitución de "bancos de sangre" es una importante faceta de la defensa atómica, puesto que la transfusión de sangre, por lo menos medio litro a cada persona, constituye ahora el único tratamiento para las personas afectadas por las radiaciones. Los alimentos y medicamentos en la zona afectada absorberán las radiaciones y, por tanto, serán inutilizables para la alimentación y la terapéutica; por ello debe procurárseles en refugios subterráneos. En el ensayo de Bikini se usaron, con buenos resultados, dosis masivas de penicilina para prevenir la infección de los animales expuestos.

Otro punto a considerar es que los depósitos de abastecimiento de aguas pueden "contaminarse" por las gotas de agua de lluvia que arrastran material radiactivo o por el viento; por ello propone reforzar las paredes de los depósitos haciéndolas más gruesas o la instalación de grandes equipos para destilación de agua.

Cualquiera que proceda de la zona radiada debe ser desposeído de su vestido y objetos que lleve y bañado en agua no radiactiva y vestido con un nuevo traje, y el despojo de ropas se ha de realizar en la zona irradiada, protegiendo al personal encargado de estos servicios con el uso de vestidos y máscaras especiales. La protección eficaz sólo puede obtenerse en refugios subterráneos con a lo menos cinco pies de cemento por techo, y puesto que la población debe de permanecer en los mismos hasta que todo polvo, agua o radiación haya desaparecido en el exterior, deben ser aprovisionados para una larga permanencia en los mismos.

Estas son, en líneas generales, las indicaciones más convenientes en caso de desastre atómico. (per "The Lancet", 24 de julio de 1948.)