

Modelo original de obturador de velo palatino.—DOCTOR RAMÓN MARÍA DE LA CALZADA, Jefe Provincial de Higiene de Tarragona. Acta pediátrica. Año I, núm. 10.

Se trata de un niño recién nacido que ante la imposibilidad operatoria de reparar la ausencia de gran parte de la bóveda palatina y velo del paladar, el autor ideó un sencillo obturador consistente en dos trozos de película fotográfica recortados "ad hoc" y unidos entre sí por medio de acetona. Entre ambas hojas sujeta un hilo de goma en la parte central que sirve para su fijación, sacando el otro extremo, con ayuda de una sonda, por las fosas nasales, lo fija a la mejilla con un trozo de esparadrapo para evitar su desprendimiento.

R RESINAS SINTÉTICAS

ODONTOIATRIA

Resinas polímeras en Odontología.—F. TROMMSDORF. "Kunststoffe".
31. 139. 41

Las resinas sintéticas han encontrado en estos últimos años un gran empleo también en la técnica de la Medicina. Mientras que hasta hace pocos años en Odontología el caucho duro se consideraba como la única sustancia adecuada para la preparación de las placas del paladar y las resinas sintéticas a base de celulosa tenían sólo un empleo limitado, hoy se usan cada vez más las resinas polímeras mixtas, y especialmente las de cloruro de vinilo y los derivados de los esteres del ácido metacrílico.

Estas resinas pueden emplearse, bien sea para la prótesis parcial o para la producción de dientes artificiales.

Los preparados para prótesis dental pueden elaborarse de modo que se obtengan un tono de color y una transparencia que no les distinga de la mucosa de las encías y puedan soportarse más fácilmente por el paciente. Sus propiedades mecánicas son satisfactorias.

Los dientes artificiales obtenidos con resinas polímeras son preferi-

fosa tímpano-estilo-mastoidea y de la forma de la mandíbula en general como factor importante para producirse la luxación.

Examina las condiciones en que tiene lugar la luxación, transcribiendo la definición de Hacker, deduciendo de ella que la luxación es imposible cuando la boca está cerrada (caso de los boxeadores cuando teniendo la boca cerrada reciben un puñetazo en el mentón).

Describe el cuadro clínico en la siguiente forma:

1.º Imposibilidad de abrir la boca.

2.º Fuerte retrusión del proceso alveolar mandibular sin desviación lateral de la mandíbula.

3.º La firme aplicación de la mandíbula contra el maxilar.

4.º El manifiesto levantamiento hacia adelante de la parte inferior del pabellón auricular.

5.º Posibilidad de obtener la reposición o reducción, por presión, en el ángulo de la mandíbula, hacia adelante y hacia abajo, y por un movimiento de palanca haciendo un giro apoyando en la barbilla hundida, y el proceso condíleo.

A continuación habla de las características especiales de los casos

descritos por Hacker, en los que es frecuente observar cianosis, disnea e intranquilidad del paciente, debidos a la obstrucción de los orificios nasales por el labio superior, empujado por el labio inferior. Además, esto acarrea una extraordinaria fisonomía; a este respecto publica fotografías de algunos casos.

Después de hacer algunas consideraciones sobre el comportamiento de la cápsula y los ligamentos articulares en la luxación, analiza las posibilidades de la terapia medicamentosa, que, según Hacker, se reduce a inyección de alcohol absoluto con agua destilada en la proporción del 20 por 100 en la región enferma, repetida veinte veces durante algunas semanas; la punción será profunda en la pared posterior de la cápsula. La finalidad de este tratamiento es producir un infiltrado inflamatorio, con la consiguiente formación de tejido cicatrizal.

Describe después unos casos clínicos, y a continuación la técnica del tratamiento: consta de aparatos auxiliares para el primer momento, en evitación de la reluxación, fijos en una banda o casquete frontal, y después, férulas fijadas en bandas y que se sirven de la tracción de gomas. Más tarde, reeducación muscular y capsular.

En el resumen nos dice el autor que esta luxación cede con el tratamiento medicamentoso de Hacker, igualmente que con el odontortopédico, o con los dos combinados. Ambos tienden además a evitar recidivas. Es también aplicable la diatermia y el masaje.

L LUXACION MANDIBULAR

ODONTOIATRIA

La luxación mandibular hacia atrás, desde un punto de vista ortopédico.—RICHARD KRETZ, de Dessau. "Deutsch. Zah. Mod. Kief". 10-2. 4-43.

Según el autor, esta luxación es poco frecuente y pasada por alto por muchos autores. Desde 1759, en que fué descrita la primera, han sido referidos trece casos en la literatura; tres casos en varones, nueve en hembras y en uno no se habla del sexo.

Se ocupa primeramente de la anatomía de la articulación y sus territorios adyacentes; de la membrana capsular articular, débil y delgada; de las superficies articulares óseas y el ligamento témporo-mandibular. Plantea primero la cuestión de si la cápsula articular interesa únicamente al proceso zigomático del temporal o también a la parte anterior de la porción timpánica del temporal. O bien si la cápsula está íntimamente unida a la pared media de la región timpánica.

Expone diversas teorías sobre este parecer, entre ellas la de Sobotta, que afirma que la porción timpánica está unida a la porción principal del hueso.

Se ocupa a continuación de la influencia de la configuración de la

formados dentro de una vaina y unidos entre sí por una substancia interprismática.

Numerosos investigadores han demostrado hasta la saciedad la penetración de fibras nerviosas en la dentina. Algunas de ellas se han encontrado acompañando a las fibrillas dentinales y otras localizadas extratubularmente y aun penetrando en el esmalte. Podemos considerar, pues, tres tipos de fibras que transmiten las sensaciones, tipos cuya existencia han sido claramente demostrada.

dor capaz de apreciar movimientos de $1/100$ de mm. Este indicador está conectado con una balanza horizontal, en cuyo extremo opuesto se sujeta al diente en su borde incisivo por medio de una muesca.

Las consideraciones prácticas que el autor deduce de la obtención de estos valores las funda en ser esta luxación uno de los primeros síntomas clínicos que indican el comienzo de una paradentosis, y no hay duda que su tratamiento será más efectivo cuanto más precoz sea.

Para determinar el coeficiente de movilidad del diente dado han de determinarse los grados de luxación lingual y vestibularmente.

El autor reconoce, no obstante, que es en los incisivos en donde únicamente pueden determinarse claramente estas cifras.

Crítica sobre recientes investigaciones histológicas.—PROC. ROY. SOC. MED., "The J. of A. D. A." Vol. 27, núm. 10. 38-563.

El problema actual sobre la primera y la segunda cutícula del esmalte no está todavía dilucidado.

Por otro lado, la posibilidad de permeabilidad de esta membrana para determinadas sales y flúidos orales ha sido revisada desde el punto de vista de considerar a la membrana de Nasmyth como dializadora.

La solubilidad de esta estructura varía según los investigadores; Kronfeld es de la opinión de que se disuelve claramente en los ácidos, mientras otros autores le conceden una naturaleza queratinosa y altamente resistente a los ácidos.

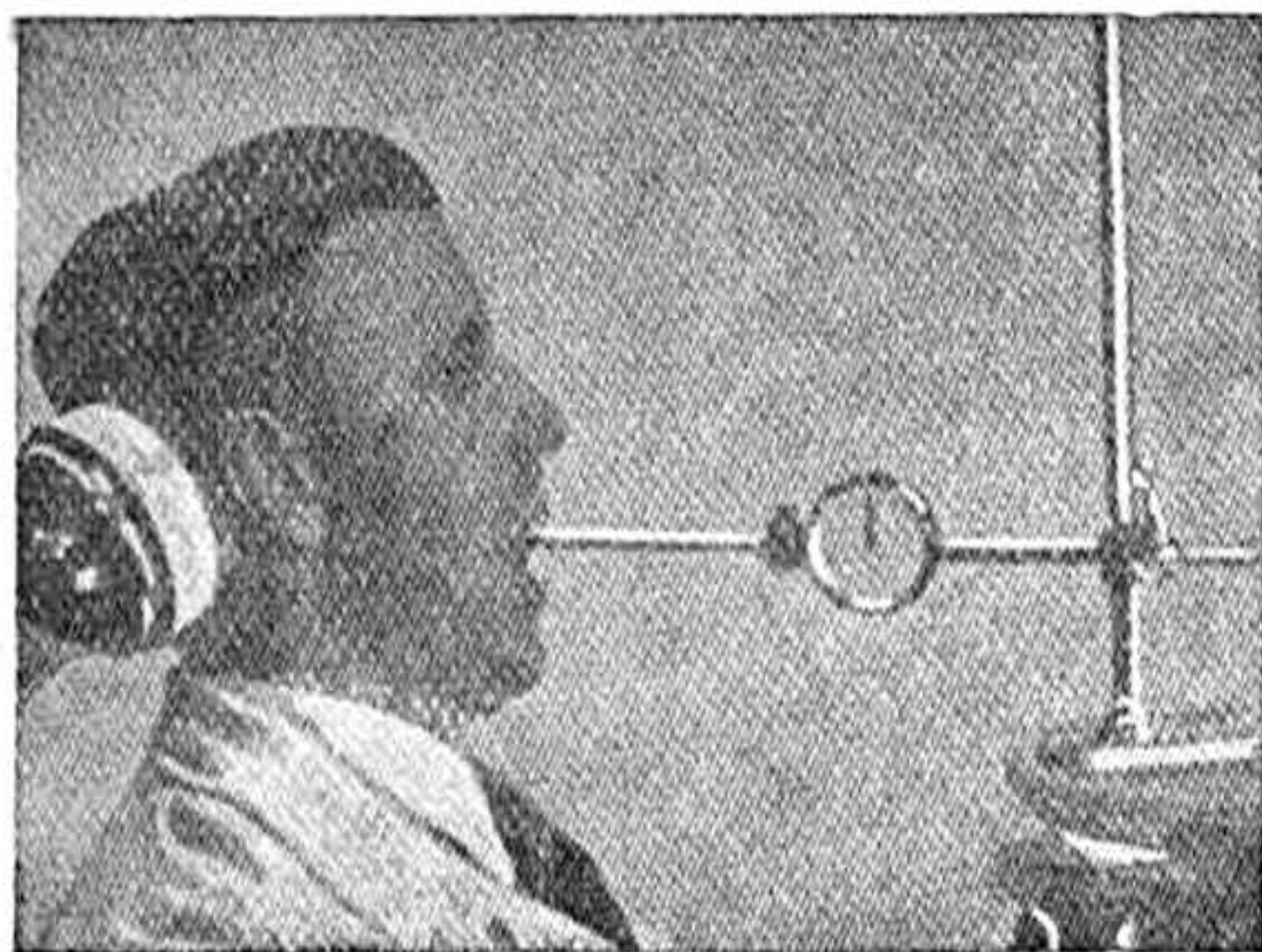
Existe una gran confusión por su estructura y función acerca de las células germinativas del esmalte, así como de las materias intercelulares e interprismáticas, origen de las vainas de Tomes. El esmalte va siendo considerado cada vez más como un producto de secreción de los ameloblastos, los que se consideran como células de secreción. La teoría aceptada de la estructura del esmalte es la de que se trata de prismas

L LUXACION DENTAL, SU MEDIDA

ODONTOIATRIA

Determinación del grado de luxación de los dientes.—DOCTOR ELBRECHT. "Paradentium". Año 3.º Núm. 9. X-943, pág. 55.

En tanto el grado de luxación pueda, con otros síntomas, determinar el juicio sobre el tipo de paradentosis que tenemos delante, el profesional se halla en la necesidad de valorarlo exactamente.



El movimiento del diente no es tan pequeño que no pueda precisarse con delicados aparatos de medida. El autor se vale de un reloj indica-