

Paradentosis y medicina interna (Paradéntose et médecine interne), por el Dr. W. BOITEL.—“Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde”, vol. 5, núm. 12, pág. 988; diciembre 1941.

Presenta el autor el tema tratando de relacionar los trastornos internos y las alteraciones del sistema óseo, recalcando la sensibilidad del proceso alveolar de los maxilares para cualquier influencia nociva sobre el sistema óseo, siendo el primero atacado en la osteítis fibrosa. Son también afectadas en las anemias, leucocemias, enfermedad de Barlow, escorbuto y otra avitaminosis; en la diabetes, el reumatismo, la gota; en las enfermedades cardiovasculares, hepáticas y renales; en la tuberculosis, sífilis, intoxicaciones por metales pesados, afecciones ginecológicas, etc.

El autor ha examinado detenidamente 34 casos: la mayor parte estaban desdentados por pérdida de las paredes alveolares. Siguen los casos de dientes desplazados o movedizos, habiendo algunos de personas ya predispuestas por nefritis grave, hipertensión o herencia.

Cita asimismo casos de individuos con ocupaciones sedentarias, con mala circulación y sin lesión de corazón. Otros de tuberculosis crónicas, ligeras o curadas, como si se tratase de una eliminación de toxinas por la encía. En sistema nervioso no da ninguna indicación definida. En casos de afecciones ginecológicas mejoró el estado bucal cuando aquéllas fueron tratadas con hormonas.

V VITAMINAS

Vitamina D (choque), por el DR. E. JASO

En un resumen de actualidad estudia las posibilidades de la administración en dosis masiva, por única inyección, de vitamina D, debido a la propiedad del organismo de almacenarla en sus depósitos e irla cediendo conforme a las necesidades del metabolismo. Esto, que ha sido posible gracias a los progresos de purificación y conocimiento de la vitamina, con el aislamiento de la vitamina D₂, tiene sus aplicaciones en las dos modalidades: terapéutica y profiláctica.

Terapéuticamente se halla indicado en todas las formas de raquitismo florido. También está indicado en los casos, poco frecuentes, de raquitismo tardío en los escolares y en la osteomalacia. En cambio, en los raquitismos secundarios a otras alteraciones patológicas, tal como en la forma renal, en la celíaquia, los resultados son muy poco halagüeños. En las formas por mal funcionamiento intestinal se preferirá la administración por vía intramuscular. Otra importante indicación es la tetania raquitógena (pero no la del recién nacido, ni la parotireopriva). Asimismo tiene sus indicaciones en la bronconeumonía (Pfaundler), osteopsatrosis (Glanzmann) y en la disóstosis endocondralis metafisaria (Hassler).

Profilácticamente, como preventivo del raquitismo, debiendo administrarse una dosis a los dos meses y otra al cabo de los tres meses. Si se

meros días fué de 1 gr., después de los cuales sólo se excretaron pequeñas cantidades. La cantidad total recuperada de la orina fué de 2,5 gramos, lo que demuestra que mucho del compuesto se pierde en el organismo. La concentración media en sangre de la sulfanilamida libre fué 3,2 mgrs. por 100 c. c. a las seis horas; 2,7 mgrs., a las veinticuatro horas, y 1 mg. a las cuarenta y ocho horas. Se obtuvieron cifras ligeramente superiores cuando se aplicaron de 7,5 a 15 grs. Los autores concluyen que la sulfanilamida permanece en la herida en cantidades apreciables por un espacio no superior a los dos días.

Cuando se aplicaron de 5 a 7,5 grs. de "sulphanilamide hypoloid L. S. F." (solución al 15 por 100 de la sulfanilamida lactósido formaldehído sulfoxilato de sodio), la mayor parte de la excreción tuvo lugar dentro de las primeras doce horas, lo que indica que el compuesto desapareció rápidamente de la herida y que no es adecuado para aplicación local. Se trataron cuatro casos con 4 gramos de sulfadiazina micro-cristalina aplicada intraperitonealmente. La mayor parte de la excreción tuvo lugar en el segundo día, pero en el primero y tercer día se excretaron cantidades más pequeñas. El promedio de concentración de sangre del compuesto libre fué de 9 miligramos por 100 c. c. a las seis horas; 5 miligramos a las veinticuatro horas, y 3 miligramos a las cuarenta y dos horas. Los efectos clínicos de este tratamiento parecieron ser buenos teniendo en cuenta la grave naturaleza de los casos, pero en dos pacientes que fallecieron de otras causas al octavo y décimo día, respectivamente, se encontraron en la fosa recto-vesical pe-

queños grumos de sulfadiazina sin absorber, rodeados de adhesiones y linfa; histológicamente hubo escasas pruebas de irritación debida a estos depósitos; pero los autores consideran, sin embargo, que la sulfadiazina no es el mejor compuesto para uso intraperitoneal debido a estos residuos. Cuando se rellenaron heridas de pequeña área superficial en comparación con su volumen, con un preparado de sulfanilamida al 30 por 100 en una base oleosa extendido sobre gasa, la absorción de sulfanilamida quedó muy retrasada y seguía incompleta al cabo de seis días. Los experimentos animales han demostrado, sin embargo, que existe riesgo cuando se aplican preparados oleosos en las heridas, ya que la mayor parte de los aceites causan reacciones fibroblásticas si se enquistan en los tejidos (Hawkin, 1943).

Uno de los autores posee gran experiencia en el empleo de las sulfonamidas para heridas causadas durante "raids" aéreos. Cuando se aplican localmente parecen haber sido clínicamente de gran valor para prevenir o disminuir el desarrollo o difusión de la infección, y lo mismo puede decirse de casos en los que el peritoneo se hallaba contaminado de diferentes maneras. Cuando se administró oralmente, sin embargo, la sufapiridina no fué suficientemente activa para impedir el desarrollo de gangrena gaseosa en una herida limpia de pierna, dos días después de escisión quirúrgica radical con drenaje, habiéndose administrado durante este tiempo dosis completas del compuesto. En esta serie no se observaron efectos tóxicos generales después de la aplicación local.

En vista de sus propias observaciones y de las registradas en la literatura, los autores recomiendan sulfanilamida, sulfatiazol o la mezcla de ambos como las preparaciones más adecuadas para aplicación local, aplicadas en forma de polvo o como fina suspensión en solución salina; por ejemplo, sulfatiazol micro-cristalino. Desde que se produjo en Londres un caso de tétanos a consecuencia de la inserción intraperitoneal de sulfapiridina sin esterilizar, es necesario esterilizar todo el polvo que se emplee con este fin.—Y., *per Bibl. Med. Inter.*, 2.175.

S SULFONAMIDAS

ODONTOIATRIA

Sulfonamidas usadas localmente, por HAWKING y HUNT.—“British Medical Journal”, núm. 2, págs. 604-606, 1942. [615.7].

Las sulfonamidas están generalmente aceptadas como los compuestos más satisfactorios para la aplicación profiláctica local a heridas contaminadas. Debido a la mayor concentración lograda en el lugar de la infección potencial, son más eficaces cuando se aplican en la herida que cuando se administran oralmente. El valor relativo de los diferentes compuestos de sulfonamida depende en parte de su actividad bacteriostática (siendo el sulfatiazol el más activo), y en parte, de su solubilidad. compuestos más solubles producen una mayor concentración en los líquidos de la herida, pero se absorben más rápidamente, de modo que su acción es menos prolongada.

Los autores dan cuenta de un estudio sobre la velocidad de absorción desde las heridas operatorias humanas. Las sulfonamidas se aplicaron en forma de polvo (5-10 g.) dentro de las heridas al final de la operación, que de ordinario fué abdominal. La absorción subsiguiente se estudió tomando muestra de sangre a las seis, veinticuatro y cuarenta y ocho horas y midiendo la excreción de la droga en la orina. Los resultados variaron grandemente de caso a caso y no dependieron en particular del sitio o naturaleza de la herida. En 11 casos se aplicaron 5 grs. de sulfanilamida. Como promedio para el grupo, la excreción diaria en los pri-