

PAROTIDECTOMIA:

Indicaciones y resultados

por el

DR. HAMILTON BAILEY

del Real Colegio de Cirugía de Inglaterra, etc.

Para la mayor parte de los profesionales y para muchos cirujanos la simple mención de la parotidectomía total suscita la visión de una horrible deformidad facial. Lobectomía superficial es una designación mucho más aconsejable que la de parotidectomía parcial, pero hasta tanto no se admita que las clásicas descripciones anatómicas son inexactas en lo referente al nervio facial—que el nervio facial no se hunde en el cuerpo principal de la glándula y allí se divide dentro del parénquima—, el término lobectomía, en relación con la glándula parótida, carecerá de sentido. Es sólo una de las tareas que me he impuesto la de dilucidar los falsos conceptos existentes respecto a la relación del nervio facial, rogando a los anatomistas contemporáneos que modifiquen sus lecciones y que cambien sus libros de texto en tal sentido. Es mi ambición disipar creencias profundamente arraigadas referentes a los tumores de la parótida, creencias que se podrían clasificar casi como “historias de vieja”.

El espectro de la parálisis facial

“Déjalo tranquilo. Si te lo haces extirpar probablemente se te produzca una parálisis facial.” Este fué el consejo dado al hermano de una de mis enfermeras en jefe por un profesional, relativamente joven, del norte de Inglaterra; el resultado fué que el paciente se negó rotundamente a hacerse operar. Un consejo similar fué dado a otro paciente por un médico de mediana edad que ejerce en la frontera de Gales. Hago mención de estos ejemplos a causa de que la mayor parte de mis pacientes proceden de Londres o de los condados vecinos a la metrópolis, donde parece que tales consejos son la regla. Una averiguación posterior me convenció de que esta actitud hacia la operación es la que adopta la mayoría de los profesionales en todo el mundo. Resulta pasmoso que la profesión no comprenda que es sólo cuestión

de tiempo que el séptimo nervio sea interesado por el tumor y que éste es un hecho más frecuente que la parálisis facial por obra del bisturí del cirujano. Además, cuando un neoplasma ha avanzado tanto como para producir la parálisis facial, es improbable que pueda extirparse el tumor "in toto".

Joseph McFarland (*), que desempeñó la cátedra de Patología en Filadelfia, estudió los tumores de la parótida durante treinta años. A diferencia de la mayoría de los patólogos, además de estudiar los caracteres macro y microscópicos de los ejemplares, él efectuó investigaciones sobre las historias clínicas de los pacientes. Como resultado de esto pudo afirmar que la proporción de las recidivas era mucho mayor en el caso de la extirpación de tumores pequeños en comparación con los más grandes. Kennon, de Liverpool, comprobó esta observación. Probablemente como resultado de estas observaciones bien fundamentadas comenzó la perniciosa práctica de esperar a que el tumor se hiciera más grande.

Nunca se llegó a establecer cuál debía ser el tamaño; se dejó que ello lo decidiera el paciente o su médico. Respecto a esto es importante señalar que desde el punto de vista clínico a mí mismo me ha resultado difícil estar seguro que un tumor determinado es pequeño. Algunas de estas tumefacciones se sienten netamente circunscritas y pueden ser desplazadas sobre las estructuras profundas; sin embargo, al ser expuestas a la luz del día demuestran ser verdaderos tímpanos de hielo, es decir, que las cuatro quintas partes se encuentran por debajo del plano superficial. Igualmente algunos de mis ejemplos más voluminosos se originaron en lo profundo de la glándula y consiguientemente no presentaban las excreciones más grandes. Por lo tanto, la fotografía clínica preoperatoria del enfermo no revela necesariamente la magnitud del neoplasma.

Se está de acuerdo en general que cuanto más precozmente se extirpa un tumor, tanto mejor es. ¿Por qué razón un tumor de la glándula parótida debería ser una excepción a esta regla? La razón es que otros falsos conceptos, especialmente la ilusión de podérselos enuclea y el mito de la fea cicatriz, han viciado los dictados del sentido común.

(*) Joseph McFarland murió en septiembre de 1945. Su hija, la doctora Helen McFarland Woodridge, continúa el estudio de conjunto que iniciara su padre sobre los tumores parótidos, en la Escuela de Odontología de la Universidad de Pennsylvania.

La ilusión de la enucleación

“Algunas veces he visto tumorcillos del tamaño de arvejas o de cabecitas de alfiler en estrecha yuxtaposición con el tumor mayor, fácilmente reconocible” (McFarland). He aquí una explicación de la frecuencia de las recidivas y un fuerte argumento para realizar la paratidectomía parcial o total en todos los casos de tumores mixtos de la parótida. A pesar de lo importante que es la observación de McFarland, yo estoy convencido de que la mayoría de las recidivas se deben a una incompleta extirpación del tumor madre, y mi explicación se basa en el hecho bien establecido de que los pequeños tumores son seguidos de rápidas y frecuentes recidivas (30 por 100 o más). Veamos cómo se produce esto. A través de una limitada incisión transversal, el cirujano trata de descubrir la superficie del tumor. La mejilla está tan ricamente irrigada que, a pesar de la aplicación de numerosas pinzas hemostáticas, la glándula parótida no puede verse claramente en las profundidades de la herida.

Por consiguiente, el cirujano confía en gran parte en la palpación para determinar los límites de la tumefacción. Habiéndose profundizado la incisión en el parénquima glandular, se produce una hemorragia mayor aún, y el cirujano podrá o no circunscribir la cápsula del tumor. Cuanto menor es el tumor, más probable es que este paso resulte poco satisfactorio. Se abre la cápsula y se intenta enuclear el tumor con el dedo, de manera muy similar a como se efectúa la enucleación suprapúbica de un adenoma prostático. En algunos tumores sólidos y fijos, de tamaño grande o regular, este procedimiento se cumple con un cierto grado de satisfacción. En otros casos, especialmente cuando se trata de pequeños tumores friables y cuando se ha producido la degeneración quística, el contenido capsular está fragmentado o deja escapar una sustancia gelatinosa. Es evidente que aun cuando una sola célula logre esparcirse por la herida, la recidiva será posible. Habiendo “enucleado” el tumor, el cirujano que ha dedicado su atención a la patología quirúrgica y que sabe que algunas células tumorales pueden hallarse aún adheridas a la parte interna de la cápsula, procede a quitar la cápsula. Cuanto más pequeña es la cápsula, tanto más difícil se torna este procedimiento, especialmente en un campo hemorrágico. La cápsula se halla propensa a desgarrarse cuando se ejerce tracción sobre ella. Además, la parte de mayor adherencia de la cápsula lo constituye su cara profunda. Aquí, el temor

de causar daño a una ramificación del séptimo nervio es a menudo lo que finalmente disuade de las buenas intenciones. Mi opinión es que las células malignas desparramadas durante la enucleación intracapsular, o las células que se dejan en el interior de una parte de la cápsula que no se ha quitado totalmente, explican el 90 por 100 de las recurrencias.

Detalles operatorios

Las operaciones de los tumores de la parótida se llevan a cabo por lo general a través de incisiones transversales.

“Cuanto menor es la incisión, tanto mejor es el resultado cosmético”, es la idea que predomina en la mente del cirujano. Además, temiendo dañar el nervio facial, el cirujano hace que su incisión en la glándula corra paralela a las ramificaciones del séptimo nervio. Las incisiones transversales limitadas, para extraer los tumores parotídicos, deberían abandonarse, pues es imposible determinar qué tipo de operación se necesita hasta que se haya visualizado la totalidad de la glándula y cualquier operación que tenga por finalidad la ablación total del tumor requiere una exposición completa de la glándula.

La incisión aconsejada.—El cirujano atraviesa el lóbulo de la oreja con una pinza de Lane y separa el lóbulo convenientemente. El ayudante estira la piel de la mejilla con la palma de la mano, en tanto que se hace una incisión en forma de jota, comenzando a nivel del arco cigomático y continuando hacia abajo al lado de la cara tan cerca como sea posible del pabellón de la oreja, contorneando la raíz del lóbulo, para terminar en la extremidad de la protuberancia mastoidea. Luego se despega la piel del labio anterior hasta reclinar un gran colgajo de piel. Si no se llega a ver en su totalidad la glándula parótida (la glándula constituye una estructura variable), la incisión deberá agrandarse aún más extendiéndola hasta el cuello, desde la extremidad de la protuberancia mastoidea, a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Contrariamente a lo que podría pensarse, esta formidable incisión deja una cicatriz sorprendentemente inaparente.

Operación.—No se intentará efectuar la extirpación de ningún tumor parotídeo hasta que la glándula pueda verse en su totalidad. Sólo entonces, o aun después de haberse comenzado una resección extracapsular, será posible saber hasta qué profundidad de la glándula pe-

netra el tumor. La ligadura de la carótida externa disminuye considerablemente la hemorragia, la cual, de otro modo, puede tornar sumamente difícil la disección de las ramificaciones del séptimo par. Una vez que se ha movilizado el lóbulo superficial, puede distinguirse claramente la rama témporofacial del nervio. En la resección extracapsular deberá quitarse suficiente cantidad de tejido parotídeo para asegurarse que no se diga nada de cápsula tumoral. Si se comprueba que el tumor se extiende profundamente, antes de correr el riesgo de cortar las ramificaciones del nervio facial convendrá abandonar tal operación, prefiriéndose la lobectomía superficial. En todas las operaciones de tumores parotídeos la herida deberá mantenerse humedecida con alcohol al 60 por 100 para inactivar las células tumorales extraíadas que pudieran haberse esparcido inadvertidamente.

Con asombro he descubierto que en la mayoría de los casos es posible practicar la resección de grandes porciones de la glándula parotídea, sin que luego aparezca la muy temida fístula salival. En la serie completa de mis operaciones, que comprende treinta y tres parotidectomías totales o parciales y un número aproximadamente igual de resecciones extracapsulares, se ha producido una fístula en un solo caso, y ésta fué una fístula diminuta que no produjo mayores inconvenientes al paciente. Cerró en el término de un año y aún permanece curada.

Anatomía quirúrgica

No existe la menor duda de que la cirugía de la región parotídea ha sido estropeada por las enseñanzas que han recibido los cirujanos, y que siguen recibiendo, de los anatomistas. En 1938, después de encontrarme accidentalmente con el lóbulo superficial de la glándula parótida durante el transcurso de una operación, y habiéndome inspirado posteriormente en los estudios anatómicos de MacWhorter (año 1938), me esforcé por popularizar el concepto de que la glándula parótida es una estructura bilobulada, constituida por un lóbulo grande y superficial y otro pequeño y profundo, unidos por un istmo. Comparaba el nervio facial al jamón dentro de un "sandwich" parotídeo.

En el departamento de Anatomía de la Universidad de Chicago (1945), un estudiante de Medicina, L. J. McCormack, trabajando con el doctor E. W. Cauldwell bajo la dirección del profesor B. J. An-

son, efectuó la disección, describió e ilustró la verdadera anatomía de la glándula parótida y sus relaciones con el nervio facial de una manera tan clara y convincente, que su descripción está llamada a hacerse clásica. Todo cirujano que efectúe operaciones en la parótida debería estudiar ese artículo.

Naturalmente, es posible que un neoplasma se origine en cualquier parte de la glándula parótida; no obstante, la mayor parte de los tumores parotídeos mixtos tienen su comienzo en una zona relativamente circunscrita, a saber, un poco por delante y encima del ángulo de la mandíbula. Tan constante es esta comprobación que puede describirse como la localización típica de este neoplasma.

El único otro punto corriente de origen (y es mucho menos común que el precedente) se halla en la región inmediatamente por delante del trago. En este caso el diagnóstico diferencial entre la tumefacción de un ganglio preauricular y un tumor parotídeo mixto resulta imposible a un primer examen, salvo que pueda descubrirse alguna causa para el agrandamiento de un ganglio linfático. Cuando tal ganglio no se reduce, o inversamente, si va aumentando paulatinamente de tamaño, es de buen sentido decidirse por el diagnóstico de tumor de la parótida.

El falso quiste

“Los tumores mixtos lo son de tal naturaleza que su materia puede ser muy blanda, hasta llevar al cirujano a suponer que está extirpando un quiste” (McFarland). A raíz de que la masa parece quística a menudo se supone que la tumefacción es inofensiva, y en algunos casos se ha llegado a aconsejar que desaparecería con masajes. Lo único que cabe presumir es que quienes han dado este consejo imaginaron que la tumefacción es causada por obstrucción de un pequeño conducto del árbol excretor de la parótida, pero las historias clínicas de los pacientes nunca indicaron que se haya empleado la sialografía para apoyar esta hipótesis. Los verdaderos quistes de la parótida son sumamente raros. Aproximadamente en cien casos de tumefacción era debida al bloqueo de una gran rama del árbol excretor de la parótida por un cálculo. Deberá hacerse notar que los adenolinfomas cistadenoma linfomatoso papilar, los cuales son tumores quísticos que proceden probablemente del conglomerado linfoide que rodea la primera hendidura bronquial, son definitivamente benignos. Tales

tumores son sumamente raros y resulta imposible distinguirlos de los tumores parótidos mixtos degenerativos. Por lo tanto, de ello se concluye que si tal diagnóstico implica que se halla indicado un tratamiento menos radical que para los tumores mixtos de la parótida, es peligroso intentar diagnosticar clínicamente un quistadenoma linfomatoso, a no ser que el estado sea bilateral.

Radioterapia irracional

Estoy seguro que una gran cantidad de cirujanos desconocen el hecho de que casi todos los tumores de la parótida son completamente radiorresistentes. En muchas ocasiones he visto pacientes con tumores parotídeos que han sido imbuídos con el espectro de la parálisis facial y que al oír la operación propuesta han buscado una segunda opinión, en algunos casos una opinión de un gran médico. En todos los casos, excepto en uno, se ha aconsejado la radioterapia. Una aguilatada experiencia me ha convencido de que la radioterapia no posee el más leve efecto beneficioso sobre los tumores de la parótida, excepto en casos muy poco frecuentes, que probablemente sean ejemplos de adenolinfomas. McFarland siguió a los pacientes con tumores parotídeos tratados por radioterapia en quince hospitales, la que había sido efectuada por veinte radiólogos distintos; no pudo comprobar que se obtuviera beneficio alguno con este tratamiento. Janes, de Toronto, quien ha estudiado este tema, no conoce caso alguno en que se haya logrado la curación mediante la radioterapia, pero ha observado úlceras profundas y penetrantes de radio y dolores intolerables como resultado de tal tratamiento. Se han logrado muchas más comprobaciones, pero parece superfluo mencionarlas aquí.

Pronóstico y tratamiento de la parálisis facial

Después de las operaciones sobre la glándula parótida que involucren la disección del séptimo par y el generoso empleo de alcohol al 60 por 100 en la herida, se produce siempre un grado mayor de parálisis facial; ésta puede persistir durante semanas o meses. En las etapas preliminares no puede emplearse nada mejor que el método de Pickerill y Pickeril, consistente en sostener la musculatura facial por medio de tiras de tela adhesiva.

Posteriormente, en los casos en que persiste la caída de la comisura labial, el soporte interno de Dahbelg (que es una prótesis dental)

es superior al gancho y cadena comúnmente empleados. En cuatro casos en que yo me di cuenta que había cortado una división principal del nervio facial, los pacientes, en lugar de perseguirme para que curara su defecto, en forma eventual recobraron completamente o lo hicieron en un grado tal que ignoran que el nervio no está funcionando en su totalidad. Esta fué la segunda sorpresa agradable que he experimentado en mi incursión por el campo de esta cirugía, y es equiparable a mi asombro de que no se produzca una fístula como consecuencia de una lobectomía.

Después de estudiar las descripciones de McCormack, Cauldwell y Anson de la anatomía del nervio facial, he verificado en el ser vivo las ramitas anastomóticas que conectan las divisiones ténporofacial y cérvicofacial del séptimo nervio por delante del istmo de la parótida. Creo que es la existencia de estas comunicaciones la que explica el eventual restablecimiento de la función del nervio facial cuando se sabe que una de sus divisiones principales ha sido cortada.

Aun si se corta el tronco principal del nervio facial, por accidente o intencionalmente (y creo que lo primero es improbable supuesta una razonable habilidad), no es cuestión de convertirse en una persona más ante el muro de los lamentos. Sólo desearía que todas las tragedias de la vida fueran tan remediabiles como la parálisis facial. A decir verdad, mi experiencia al respecto ha sido escasa, pero he encontrado que en los únicos dos casos en los que empleé la operación de Lodge, consistente en la inserción de una tira subcutánea de aponeurosis, dicha técnica resultó de la mayor eficacia.

J. B. Brown afirma que mediante la sutura de los injertos aponeuróticos libres al músculo temporal se moviliza y también se rectifica la caída de la cara. El método de Sheehan, que consiste en utilizar hilo de tantalio subcutáneamente, se dice que da resultados iguales a los obtenidos mediante el injerto aponeurótico. Repito que operaciones como éstas son solamente necesarias cuando se ha cortado el tronco principal del nervio facial. En mi experiencia esto debería ser un acontecimiento excepcional. En efecto, si se sigue la excelente indicación de Janes y se efectúa la resección temporaria de la mayor parte de la apófisis mastoides con el objeto de dar libre acceso al orificio cleidomastoideo, a menudo puede hallarse el tronco principal del nervio facial al comienzo de la disección, aun cuando el tumor se halle acunado entre la mandíbula y el cráneo.

Quizás lo que más se debería temer, cuando se han dañado los nervios en el interior o vecindad de la glándula salival parótida, no es la parálisis muscular, sino el mucho menos conocido síndrome auriculotemporal de Frey. En el síndrome de Frey, cuando el paciente come, las mejillas se le ponen rojas, calientes y doloridas, apareciendo sobre ellas gotas de transpiración. Existe igualmente una hiperestesia de la cara, especialmente cuando se afeita.

C o n c l u s i ó n

Como maestro experimentado, estoy convencido que en el dominio de la clínica quirúrgica no existe enfermedad como los tumores mixtos de la parótida para inducir a un falso diagnóstico. He aquí un neoplasma que permanece en estado de ser curable durante años, algunas veces durante un decenio o más. Sin embargo, a causa de falsos conceptos relativos a su conducta y tratamiento, se deja que pase de su estado de curabilidad a la malignidad incurable. Pero aun mientras es todavía pequeño y está encapsulado, las células malignas, primitivamente encerradas por la naturaleza, son dejadas en libertad por la intervención del cirujano.

Si estos falsos conceptos pudieran borrarse y si el cirujano general dedicara a la parotidectomía siquiera una cuarta parte del tiempo y la atención que ha gastado en adquirir la habilidad para realizar operaciones, tales como esofagectomía y la gastrectomía total, creo que el "Cenicienta tumor mistus parotidis", hijo adoptado a la fuerza de la especialización ultraquirúrgica, ocupará su correcto lugar en una categoría a la que pertenece, según nos lo indica nuestra concepción de la patología quirúrgica: la absoluta curabilidad. (per "Sem. Méd." Bs. As., 559, 1949.)

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

- Bailey, Hamilton (1941).—Brit. J. Surg., 28, 337.
 Brown, J. B. (1939).—Ann. Surg., 109, 1016.
 Dahlberg, A. A. (1944).—J. Amer. med. Ass., 124, 503.
 Janes, R. M. (1943).—Surg. clin. N. Amer., 23, 1429.
 Kennon, R. (1922).—Brit. J. Surg., 9, 76.
 Lodge, W. O. (1929).—Brit. J. Surg., 17, 422.
 McCormack, L. J. y col. (1945).—Surg. gynec. obstet., 80, 620.
 McFarland, J. (1926).—Amer. J. Sci., 172, 804.

- McFarland, J. (1933).—Surg. ginec. obstet., 57, 104.
McFarland, J. (1936).—Ibid. 63, 457.
McFarland, J. (1943).—Ibid. 76, 23.
McWhorter, G. L. (1917).—Ant. Rec., 12, 149.
Pickerill, H. P. y Pickerill, C. M. (1945).—Brit. med. J., 2, 457.
Quattlebaum, F. W. y col. (1946).—Surg. gynec. obstet., 82, 342.
Sheehan, J. E. (1946).—Lancet, I, 263.
Bassoe, P. (1932): *El síndrome auriculatemporal*. Med. Clin. N. Amer, 16, 405.
Ewing, J. (1940): *Cistadenoma linfomatoso papilar*, "Neoplastic Diseases", 4.^a edic., pág. 798, W. P. Saunders y Co., Filadelfia y Londres.
Jaffé, R. H. (1932).—Amer. J. Cáncer, 16, 1415.
Ramage, J. S. y col. (1943).—Brit. J. Surg., 31, 189.
Robinson, D. W. y Harless, M. S. (1943).—Surg. gynec. obstet., 76, 449.
-

R. LEVEN: *Tratamiento de las obesidades funcionales*. "Rev. Med. Suisse Romand", t. 68, pág. 514, 1948.

Desde que terminó la pasada guerra han aparecido numerosas publicaciones relacionadas con la obesidad. La mayoría de autores han insistido acerca del papel del desequilibrio en la alimentación, de las emociones, de la fatiga, y también acerca de la asociación de retención acuosa y de sobrecarga grasosa, sobre su predominio en el sexo femenino y las alteraciones menstruales que acompañan, sobre la rapidez de aparición y su localización a nivel de la pared abdominal, caderas, raíz de los muslos, senos, etc. La guerra de 1939-45, con sus características de subalimentación y vegetarianismo, no sólo no ha suprimido la obesidad, sino que la ha aumentado.

Las investigaciones anatomoclínicas modernas tienden a confirmar la hipótesis de que existe un centro regulador del peso, al igual que existe un centro regulador de la temperatura, y que estaría localizado a nivel de los núcleos infundíbolo-tuberianos.

El papel del sistema nervioso, tanto central como periférico y autónomo, es esencial en el determinismo de la obesidad; en cambio, el de las glándulas endocrinas no queda tan bien precisado.

La terapéutica, que es la misma para todas las formas de obesidad, debe comprender una buena higiene nerviosa, muscular y respiratoria; un régimen alimenticio equilibrado, esto es, sin restricción calórica ni aumento excesivo de prótidos, compensado por un día a la semana de reposo en cama, durante el cual somete al paciente a dieta hídrica; administración de sedantes nerviosos, medicación tiroyodada y diuréticos.

Considera que el régimen seco constituye un error. Debe suprimirse el alcohol, las bebidas alcohólicas y el pan. Siguiendo la pauta precedente, consigue durante los tres primeros días, y por término medio, una disminución de tres kilos, y luego los pacientes adelgazan a razón de un kilo por semana.

EFFECTO DE LA PENICILINA SOBRE LA FLORA BACTERIANA DE LA BOCA

por

DAVID A. LONG

Aun cuando muchos de los microorganismos de la flora normal o patológica de la cavidad bucal son sensibles a la penicilina, hasta 1944 no se apreció debidamente la posibilidad del tratamiento de las infecciones de dicha cavidad por tal antibiótico. Garrod, fundándose en los hallazgos bacteriológicos en una serie de pacientes tratados localmente con penicilina, comprobó que numerosas especies de gérmenes encontrados en boca son sensibles a la droga, y aunque la flora de esta región es muy compleja y no perfectamente estudiada y, por tanto, las deducciones tienen un carácter provisional, los únicos gérmenes que se han mostrado resistentes son los *monilia albicans* y algunas razas de *neisseria* y *hemophilus*. Todos los demás, en mayor o menor grado, son afectados por el tratamiento. En este grupo de gérmenes debemos incluir estreptococos aerobios, estreptococos anaerobios, *b. fusiformis* y varios bacilos Gram-positivos. La variada y predominantemente flora anaerobia, tan frecuentemente encontrada en infecciones de boca, es sensible y, por tanto, los resultados terapéuticos son los que eran de esperar.

Estos hallazgos de Garrod fueron confirmados por MacGregor y Lory (1944 y 1945), que incorporaron la penicilina a comprimidos que se disolvían lentamente en la boca, instruyendo al paciente para que, una vez disuelto el comprimido, introdujese otro. En esta forma, la saliva conservaba su acción bacteriostática durante todo el día. Se obtuvieron prometedores resultados con este tratamiento local en distintas infecciones de boca y en la profilaxis contra la posible infección secundaria consecutiva a operaciones en esta cavidad y extracciones dentarias.

Aun cuando se han propuesto diferentes técnicas de empleo resumidas en el trabajo de Hutchnson y Cranston Low (1946), el autor no se propone el estudio de este tema, sino dar a conocer los hallazgos bacteriológicos en una serie de enfermos tratados por dicho método durante los años 1944-46. Estos pacientes se pueden dividir en

dos grupos: a) aquellos que recibieron tratamiento local con penicilina, y b) aquellos en los que se empleó el tratamiento general mediante inyecciones. El primer grupo lo constituyeron 500 enfermos y el segundo 60.

Excreción de penicilina en la saliva.—Es indiscutible que por la administración, bien local o general, de penicilina se producen cambios en la flora microbiana de la boca. Es probable que en el caso de tratamiento general mediante inyecciones, sea preciso atribuir dichas modificaciones a la penicilina excretada por la saliva, aunque en la mayoría de los pacientes el medicamento no se pudo demostrar en dicha secreción o la cantidad del mismo era muy exigua. No existe relación entre el contenido de penicilina en la saliva y la concentración del antibiótico en la sangre. Sin embargo, a pesar de estos hechos, Herrell cree que indudablemente pueden encontrarse adecuadas cantidades de penicilina en la saliva después de su administración por vía intramuscular. Pero para conseguir efectos sensibles en los gérmenes de la boca se precisan dosis elevadas de penicilina en veinticuatro horas, pues con dosis de 500.000 *pro die* se siguen encontrando en la cavidad bucal gérmenes sensibles a la misma; esto sugiere la necesidad de grandes dosis para alcanzar el nivel de excreción eficaz del medicamento en la saliva. Es interesante consignar que, aun así, la penicilina sólo existe en la saliva en la fase inicial del tratamiento, ya que tan pronto como los microorganismos del grupo *bacterium* se instalan en la boca, suplantando a la flora primitiva, producen penicilinasas en cantidad suficiente para destruir la penicilina que la saliva contiene.

Cambios en la flora de la boca. Ya se dé penicilina localmente o por vía intramuscular, a dosis adecuadas, los cambios producidos en la flora bacteriana de la boca son los mismos, aunque cuando si el tratamiento se realiza mediante inyecciones se afecte además la flora de las amígdalas, faringe y nariz. Además, esta acción terapéutica se puede mantener durante las veinticuatro horas, mientras que cuando se utiliza localmente hay que contar con la colaboración del paciente y con la escrupulosidad que éste ponga en realizar la medicación en la forma prescrita por el médico.

Después de la administración de penicilina por una u otra ruta, se produce una rápida caída en el número de gérmenes penicilino-resistentes. Estas modificaciones aparecen primero en los gérmenes de la saliva; así, por ejemplo, la cifra de 60 millones de gérmenes por

centímetro e bico desciende a ocho millones a los pocos minutos. Los cambios en las encías y parte superficial de las amígdalas se presentaron a las pocas horas y fueron más evidentes cuando se empleó el tratamiento por vía intramuscular. También actuó favorablemente sobre la flora bacteriana de la nariz, hecho importante, ya que la nariz es la fuente principal para la propagación del estreptococo hemolítico.

El tratamiento general mediante penicilina en la difteria nasofaríngea ha sido discutido por Long (1947). Los primeros ensayos acerca del uso de este método como tratamiento de los portadores de bacilos diftéricos y estreptococos hemolíticos parecen confirmar que el mismo es el arma más eficaz que en la actualidad poseemos. También los cultivos de las amígdalas escindidas atestiguan que la flora de las criptas permanece sin variación cuando se emplean comprimidos de penicilina. Se desconoce el efecto que tenga la administración general del medicamento, ya que, en estos experimentos, a los pacientes tratados por vía general no se les hizo amigdalectomía. La investigación de este problema es importante por otros motivos, tales como comprobar si el tratamiento general penicilínico tiene algún valor en las infecciones por estreptococos hemolíticos, en enfermos afectados de fiebre reumática y en otras afecciones ligadas a la existencia de criptas infectadas en las amígdalas.

A los pocos días de tratamiento por cualquiera de las dos vías, sólo se pueden descubrir, mediante cultivo, la presencia del *hemophilus influenzae*, *neisseria pharyngis sicca* y *monilia albicans*.

Esta primera fase de espectacular reducción de gérmenes fué seguida de otra caracterizada por una invasión por organismos del grupo *bacterium*. De 312 enfermos que padecían gingivo estomatitis aguda (tipo Vincent), tratados con pastilla de penicilina, el 77 por 100 aparecieron infectados por bacilos Gram-negativos entre el segundo y séptimo día de iniciado el tratamiento. Es muy posible que este porcentaje descendiera algo si los pacientes hubieran realizado el tratamiento local correctamente, pero se hizo también la observación de que precisamente en los enfermos que hicieron el tratamiento en forma irreprochable se veía la cavidad bucal invadida por los mencionados bacilos Gram-negativos mucho más pronto que en los enfermos poco escrupulosos, que habían realizado mal, o de manera discontinua, el tratamiento. También se evidenció este cambio de flora en el tratamiento por vía intramuscular.

Una vez establecido este bacilo Gram-negativo prospera rápidamente, en tal forma que cantidades como 60 millones por c. c. de saliva fueron cifras habituales. Cuando el tratamiento se interrumpe, comienza a decrecer su número y a restaurarse la flora normal. Estos bacilos no produjeron estomatitis, pero fueron la causa de las complicaciones que se presentaron en las operaciones que se habían realizado en la boca. Por ello, Mowlem estima que las pastillas de penicilina pueden provocar la aparición de gérmenes no sensibles a la penicilina, cuya presencia es más desdichada que la de la flora normal de la boca. Sin embargo, la rapidez con que desaparecen los gérmenes sensibles mediante penicilinoterapia, antes de que se presenten los gérmenes resistentes permiten emplear con éxito el tratamiento en muchos casos.

Los 300 tipos de bacilos Gram-negativos aislados pudieron ser clasificados en los siguientes grupos:

<i>Bac. aerógenes</i> , Tipo I	40 por 100
<i>Bact. coli</i> , Tipo I	17 por 100
<i>Intermediato</i> , Tipo I	14 por 100
<i>Bact. coli</i> , Tipo II	4 por 100
<i>Intermediato</i> , Tipo II	4 por 100
<i>Bact. aerógenes</i> , Tipo II	1 por 100
Otros tipos	16 por 100
<i>Pseudomonas pyocyanea</i>	4 por 100

Como la mayoría de los coli fueron de tipo fecal, es probable que su origen haya que buscarlo en los alimentos y el agua.

Aun cuando las razas de *h. influenzae* son resistentes a la penicilina, es interesante observar que la variedad hemolítica es muy sensible y que consigue eliminarla rápidamente de la boca mediante la penicilina. También es interesante la acción sobre el *actinomyces bovis*. Se observan cambios en la morfología de este microorganismo, con pérdida de su característico dimorfismo y una tendencia a adoptar forma bacilar; estos cambios se asociaron al crecimiento de colonias atípicas, que hacen difícil la identificación de las mismas una vez comenzado el tratamiento. (Teófilo Morató, per "Bibl. Méd. Int.", 473¹.)

BLASTOMICOSIS PRIMITIVA DE BOCA

(*Paracoccidiode brasiliensis*) (*)

por los

DRES. FÉLIX F. GUNCHE, Jefe de Servicio; JUAN C. RADICE, Jefe de Servicio, y LUIS S. J. FEOLI

La blastomycosis paracoccidioides es una entidad mórbida que no había sido observada fuera del Brasil hasta 1933, época en que el doctor Domingo Mosto la comunica a la Sociedad de Anatomía Normal y Patológica de Buenos Aires, en un caso de forma linfático-visceral con una localización pancreática, que F. Almeida, en una comunicación que hiciera a la Sociedad de Biología de San Pablo, considera como la primera observación fuera del Brasil.

Posteriormente, el doctor Negroni y luego los doctores José W. Tobías y Flavio L. Niño citan nuevas observaciones, así como el caso relatado en esta Sociedad en 1938 por uno de nosotros en colaboración con Domingo Mosto y Luis Iapalucci.

Los estudios de Lutz-Splendore y especialmente Almeida han señalado un parásito brasileño que lo conceptúan distinto al coccidioides immitis, el paracoccidioides, especie brasiliensis que es el productor de las blastomycosis del Brasil. Es un parásito que varía según esté en el hombre, en animales o en cultivos. Es siempre más pequeño que el coccidioides. Si está bajo forma parasitaria es esférico y puede llegar a tener treinta micrones con doble membrana. Hay ausencia de endoesporulación. Los elementos de reproducción se disponen en torno de la célula previa fragmentación de su masa cromática y salen pequeñas formaciones esféricas o piriformes a través de su membrana, terminando su evolución fuera de la célula.

El cultivo es difícil, apareciendo tardíamente. La inoculación al cobayo es tan sólo posible por vía testicular, provocando trastornos locales sin generalizarse.

Almeida dice que la puerta de entrada en el hombre es la boca y sus anexos (lengua, amígdalas, úvula), propagándose rápidamente por el sistema linfadenóide. El mismo autor expresa que entre uno de

(*) Presentado a la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de la A. M. A.

los tantos caracteres de la paracoccidioidosis brasiliensis está el de no atacar el pulmón. En San Pablo, Floriano de Almeida y Lourival Santos refieren que en veintitrés necropsias que pudieron efectuar, solamente en tres, o sea cerca del 15 por 100, hallaron lesiones pulmonares. En los estados de Río, Minas y otros, el porcentaje parece ser semejante. Este hecho es bastante significativo si comparamos estos datos con la enfermedad de Posadas-Wernicke, donde la proporción de atacados pulmonares pasa del 70 por 100.

El paracoccidioide brasiliensis no ha sido hallado libre en la naturaleza. Según F. Almeida, dicho parásito tiene predilección por el tejido linfadenóideo, a veces verdadero medio de cultivo, donde el parásito se reproduce abundantemente.

O. da Fonseca describe dos formas anatómoclinicas:

A) Forma linfaticotegumentaria, que comienza por la pituitaria, boca, amígdalas, propagándose luego linfáticamente, provocando lesiones ulcerosas de boca, laringe, faringe.

B) Forma linfaticocervical o interna (frecuentemente continuación de la anterior); son menos marcadas las lesiones cutáneas; se aprecia hipertrofias tumorales de los ganglios abdominales (forma hepatoesplenoganglionar).

Aguiar Pupo clasifica los siguientes tipos:

- 1.º Forma tegumentaria, con lesiones cutáneas y mucosas.
- 2.º Forma ganglionar (semeja a la enfermedad de Hodgkin).
- 3.º Formas viscerales primitivas localizadas en hígado, bazo, intestino, apéndice, propagándose luego a peritoneo.
- 4.º Forma mixta, frecuente entre los casos de lesiones mucosas y cutáneas, que se propagan por el sistema linfático.

El caso que motiva esta comunicación viene a estar encuadrado dentro de las formas tegumentarias de Aguiar Pupo y en la linfático-tegumentaria de O. da Fonseca.

HISTORIA CLINICA

Enfermo V. S. Edad, treinta y tres años; argentino, nacido en Entre Ríos. Casado.

Antecedentes hereditarios: Padres vivos y sanos. Es hijo único.

Antecedentes personales: Nacido a término, lactancia materna, deambulación normal. Niega enfermedades de la infancia; proceso intestinal a los once años, que no sabe precisar qué fué. Blenorragia a los quince años, de la cual curó con lavados e inyecciones; niega otras venéreas, como así enfermedades ulteriores. Regular fumador y discreto bebedor.

Comienza a trabajar desde niño en Entre Ríos de peón de campo hasta el año 1933, en que se traslada a Resistencia (Chaco), donde se dedica a hachar quebracho, permaneciendo en dicho lugar hasta 1937. Posteriormente trabaja en el norte de Santa Fe (departamento de San Justo) en la Bolsa de Cereales estibando bolsas de trigo, lino, maíz, girasol; labor que realiza hasta 1942, fecha en que viene a Buenos Aires, dedicándose en un principio al comercio, y desde 1944 hasta la actualidad, trabaja de carpintero armador de cemento, empleando de preferencia en su labor madera de pino.

El enfermo manifiesta que tiene por costumbre escargar su dentadura, y con preferencia su último molar inferior derecho, por presentar una carie, maniobra que realizaba con trozos de paja, maderas, fósforos, etcétera. Especifica que últimamente esta maniobra era efectuada con trozos de pino durante las horas de trabajo.

Enfermedad actual: Comienza en agosto de 1947, refiriendo el enfermo que después de una comida percibió una pequeña erosión en región gingival a nivel del último molar, sintiendo subjetivamente una sensación de pinchazos; efectúa por su cuenta buches con agua oxigenada, no notando mejoría, y, por el contrario, la lesión va en aumento, percibiendo la aparición de nuevas placas, una en mejilla derecha y otra en velo de paladar. Según refiere el enfermo, las lesiones siguieron aumentando de tamaño hasta presentar los caracteres que en la actualidad se visualizan.

Estado actual dermatológico: Sobre hemivelo de paladar blando derecho, pilar anterior, mejilla, comisura labial y labio inferior del mismo lado; como así en labio superior cara interna, se visualizan lesiones, todas con los mismos caracteres de ser de forma redondeada, de bordes netos y ligeramente elevados, con un frondo granuloso blanco rosado en el que se destaca un puntillado hemorrágico que sangra con facilidad a la presión. Estas lesiones, en su evolución, se ve que fueron aumentando de tamaño, como así aparecieron nuevos elementos pequeños al principio, que luego aumentaron de extensión con tendencia a unirse entre ellos; lesiones todas dolorosas que dificultan la apertura de la boca, la masticación y la deglución, siendo, además, sumamente sensibles al calor.

Del lado derecho se palpa una adenopatía submaxilar discreta que no está en relación a la extensión del proceso mucoso, ni a la sintomatología subjetiva. Desde hace aproximadamente unos tres meses sufre un estado de decaimiento, con temperatura subfebril, cefaleas y somnolencia; ha disminuído ocho kilogramos de peso en estos tres meses, síntomas correlacionados con la gran dificultad que tiene para alimentarse, por el intenso dolor que acusa a la ingestión.

Presenta un buen estado de conservación dental, faltando algunas piezas y notándose la carie del último molar que ya mencionamos.

En el resto de mucosas (nasal, faríngea, laríngea) no se han comprobado lesiones algunas, según informe del doctor Alzogaray, del ser-

vicio de Otorrinolaringología del Hospital Pirovano, quien gentilmente prestó su colaboración. En piel no se han comprobado lesiones dignas de mención.

Examen clínico general: Aparato circulatorio: pulso regular, rítmico, frecuencia: 80 pulsaciones. Corazón, tonos normales, no se auscultan soplos. Tensión: máxima, 11,2; mínima, 7. No se palpan latidos aórticos.

Aparato respiratorio: A la inspección, palpación, percusión y auscultación no se encuentra nada de particular.

Dado que se citan casos en que el paracoccidioides puede atacar el pulmón, pedimos al doctor Fidel Díaz un examen radiográfico, quien nos informó gentilmente lo siguiente: Hilo derecho ensanchado. Trama broncoalveolar acentuada de tipo moniliforme, particularmente densa a nivel del lóbulo inferior derecho. Vértices claros. Senos costofrénico y cardiofrénico, libres. Area vascular dentro de los límites normales. Como se ve, el aparato respiratorio ha sido respetado, lo cual está de acuerdo con los conceptos vertidos por Almeida, ya mencionados al principio.

Aparato digestivo: Normal, no se palpa hígado ni bazo.

Sistema nervioso: Pupilas regulares e iguales, responden a la luz y a la acomodación. Reflejos normales.

Aparato urinario: Normal.

Exámenes de laboratorio: Wassermann y Kahn standard, negativas.

Recuento globular: glóbulos rojos, 4.850.000 por milímetro cúbico; glóbulos blancos, 9.625 por milímetro cúbico; fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos, 65 por 100; eosinófilos, 3 por 100; basófilos, 0; mononucleares, 2 por 100; linfocitos, 30 por 100.

Se efectuaron cultivos en medio de Sabouraud, con fecha 28 de mayo, con resultados negativos.

No se efectuó inoculación al cobayo.

Examen anatomopatológico: Efectuado con un trozo de paladar blando derecho y otro de mejilla del mismo lado, se comprueba lo siguiente: La biopsia toma epitelio pavimentoso estratificado, con acantosis y papilomatosis basal continua y típica.

Submucosa con denso infiltrado linfoplasmocitario con franco predominio de polinucleares que forman en ocasiones microabscesos o presentan neoformaciones vasculares y reacción histiorreticular, tejido de granulación. Es dable observar células gigantes multinucleadas y en el interior de las mismas, o en lo microabscesos, se observan con relativa frecuencia elementos redondos con membrana de doble contorno, con las características estructurales citológicas del paracoccidioides brasiliensis. Algunos cortes por congelación son coloreados por hemotoxilina o tratados durante quince segundos por ácido fosfomolibdico al 5 por 100, después de lavados son tratados durante diez horas por solución al 1 por 1.000 de primulina, deshidratados y montados son vistos con el microscopio luminescente a 3.650 N. A. con filtro selector Uveol y protec-

tor Euphos, se observa que la primulina ha coloreado la membrana envolvente del parásito haciéndose éste fuertemente fluorescente y emitiendo una luminosidad intensa blanca con tonalidad azul. Se registran con este proceder brotes mamelonares en el parásito, así como un mayor número de los mismos, registrándose muchos de pequeño tamaño, los que no son posible individualizar con hematoxilina eosina, y los cuales se ponen de manifiesto en forma indiscutible con el procedimiento de fluorescencia, dado el hecho de que coloreado el corte con hematoxilina, todos los núcleos y restos nucleares, al tomar la hematoxilina, pierden la fluorescencia permaneciendo éstos oscuros cuando son expuestos a 3.650 N. A.

Las microfotografías fluorescentes han sido tomadas en microscopio común, utilizando portaobjetos especiales para luminescencia—los cuales no son imprescindibles—. La película utilizada era la pancromosa; el tiempo de exposición varía con el aumento utilizado, pero se deja especial constancia que frecuentemente se necesita mayor tiempo en luminescencia que en la luz común; esto ha dado lugar a que algunos autores, frente a la imposibilidad de obtener en corto tiempo las microfotografías, hubieran afirmado que no es posible su obtención.

El diagnóstico clínico de paracoccidioidosis brasiliensis efectuado en un comienzo fué corroborado posteriormente por el estudio histopatológico, a pesar de que este proceso nos obligó a pensar en leishmaniosis.

Como el enfermo presentaba discreta reacción ganglionar, descartamos la tuberculosis, sífilis, linfogranulomatosis maligna y neoplasias, diagnósticos que se imponen, especialmente cuando se trata de paracoccidioidosis a forma linfática.

Dado que el pronóstico de esta afección es muy serio y que el tratamiento a base de yoduros, oro, arsenicales, radioterapia, etc., nunca han surtido efecto alguno en este proceso, se le medicó intensamente desde un principio (10 de junio de 1948), sulfamida local "Collubiazol) y sulfapiridina por boca, cuatro gramos diarios; llevando ocho días de tratamiento el enfermo manifestó que la parte dolorosa había disminuido, facilitándole en algo la deglución. (per "Sem. Med.", B. A., 866, 1948.)

Número de estudiantes de la Universidad de Praga.

El número de estudiantes de las diferentes Facultades de la Universidad de Praga inscritos para el semestre de invierno 1948-1949 ascendía a 20.229. De esta cifra, 13.079 son varones y 7.150 mujeres.

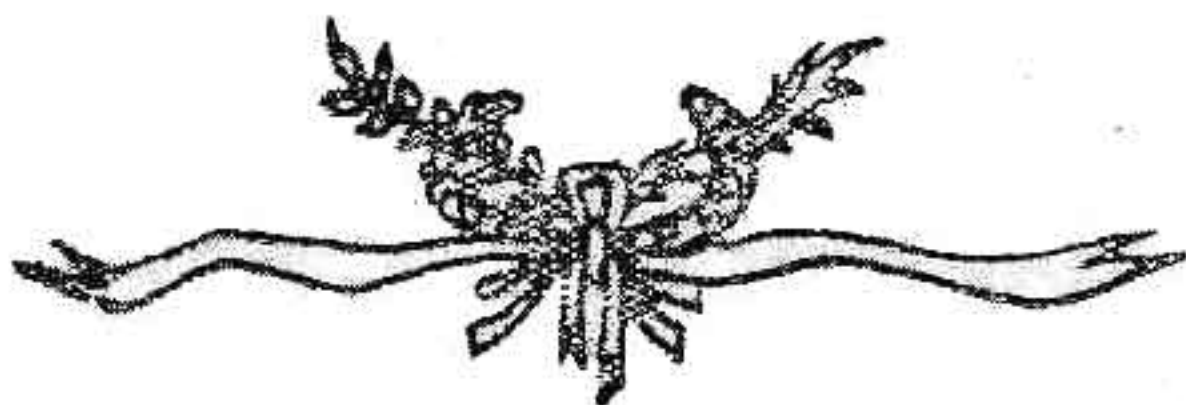
La Facultad de Medicina encabeza la lista con 5.489 alumnos (3.608 varones y 1.881 mujeres), contra 5.141 en el semestre anterior. Luego sigue la Facultad de Letras: 4.662 inscritos (2.395 varones y 2.267 mujeres), contra 4.735 del semestre precedente. Finalmente figura la Facultad de Derecho, con una notable disminución con respecto al anterior semestre: 3.325, contra 4.653.

Entre los futuros médicos se cuentan 209 extranjeros, de los cuales 155 son búlgaros y 48 rusos. (per S. Mdca.)

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S
de la Asociación de Prensa Médica Española



MADRID

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 66

1949

SANTA APOLONIA VS IÜPITER DOLICHENUS

2:616.314

Día a día se va extendiendo el Patronato de Santa Apolonia por el ámbito odontológico mundial, en los países cristianos. Precisamente por ello, y en el momento crucial por el que el mundo pasa, no nos puede extrañar que "espíritus con telón de acero" propongan para la Odontología (sea del país que fuere), frente al Patronato de Santa Apolonia, el de Iupiter Dolichenus.

Por esta proposición se nos informa que el pretender declarar a Santa Apolonia Patrona de la Odontología mundial, por el hecho de que en su martirio le fueran arrancados sus dientes, no es ni lógico ni razonable. "No es — dice el impugnador — la "extracción", la parte tradicional de nuestra profesión, lo que debemos considerar, sino que lo esencial en ella es la técnica, como ayuda de la cirugía a la curación de las enfermedades orales"...

Se hace necesario, pues, para estos espíritus, encontrar nuevo candidato al puesto que, según tal impugnador, tan sin razón ocupa la Santa alejandrina. Al efecto, ágilmente propone a Hephaestus, para retirar rápidamente su nombre y presentar definitivamente el de Iupiter Dolichenus.

Sin reponernos del asombro que esta proposición nos produjo, hemos recurrido a la modesta erudición de Pauly Wissowa para que nos aclarara las posibles dudas:

He aquí lo que nos dijo:

Iupiter, el más grande de los dioses del Olimpo, era hijo de Cronos (Saturno) y de Rhea; hermano de Poseidón (Neptuno), Hades (Plutón), Hestia (Vesta), Demeter (Ceres) y Hera (Juno). A Iupiter quedó como herencia el dominio del cielo, quedando la tierra en condominio para todos los hermanos.

El culto de Iupiter fué célebre, aunque la historia de este culto permanezca en la oscuridad, por lo menos hasta el tiempo de Vespasiano,

en el Imperio romano. El tiempo más remoto, sin embargo, en que podemos datar su culto sería la época de Adriano, perteneciente al dominio de Severo.

Iupiter (Zeus) tuvo santuarios y templos por el Asia Menor principalmente y costas del Mediterráneo oriental, y así, a su nombre seguía el del lugar del culto. En Egipto fué célebre con el nombre Anmón, culto que pasó también a los helenos.

Entre la diversidad de estos cultos adquirió especial renombre el de Iupiter Dolichenus, templo de Doliche, antigua ciudad de Siria, en Kommagene, cerca de Aintab, y a orillas de un afluente del Eufrates. Y, efectivamente, fué tal la extensión de su culto, que su nombre se nos aparece con variadísima grafía: Dolychenus, Dolichinus, Dolicenus, Doligenus, Dolecenus, Dulcenus, Dulicenus, nombre con los que fué llamado por griegos y romanos.

Del templo de Doliche no ha quedado la menor huella, mas la colina en donde estuvo asentado todavía continúa llamándose Tell-Dülük. en donde actualmente se halla el santuario de Dülük-Baba.

La extensión de su culto es debido a las incursiones de las tropas orientales al Asia Menor, en donde lo introdujeron los baal, de donde se difundió entre las legiones romanas, las cuales lo adoraron también. Testimonio de ello lo tenemos en las inscripciones que nos han llegado, con nombres de soldados y oficiales de estas legiones (siglo III).

Junto a los soldados, las tropas orientales llevaban los "negociadores" encargados de la extensión de este culto a Iupiter Dolichenus; culto que se extendió también entre libres y esclavos del Imperio. Roma fué quien lo predicó por los más importantes puertos del Mediterráneo, rindiéndose culto a Iupiter a todo lo largo de las costas italianas, donde todavía hoy existen restos de sus templos, descubiertos en el Aventino (siglo IV).

Por la flota romana llegó también su culto a las costas de Cerdeña y las Galias, y muy débilmente a Britania, España y Africa, a excepción de Lambaesis, en que se ven algunas ruinas de santuarios.

Por el contrario, en tierras del Danubio fué fervientemente adorado, y lo mismo en la Dacia y en Dalmacia (Salona). Mas su Meca, en esta región, fué Carnuntum, en cuyos templos aparecen un sinnúmero de inscripciones. De aquí pasó a Germania (Pforzheim, Heddernheim, Saalburg, Bonn, Colonia, etc.), en donde castillos y plazas fuertes dedicaron a su culto altares y santuarios.

Este triunfo de la divinidad iupiteriana fué debido a la protección que le dispensaron los emperadores romanos, y muy especialmente Commodus y Severo. Los altos dignatarios de la corte, senadores, cónsules, etc., seguían, pues, el ejemplo del monarca. Pero este exagerado favor dió lugar, tantas veces, a discordia en el seno del mismo ejército, lo que, por otro lado, contuvo la mayor extensión de su culto.

Del carácter de esta religión de Kommagene poco, hemos dicho, se puede decir, pues las inscripciones que nos ha llegado la posteridad nos proporcionan muy pocos datos de su credo, no estando, pues, ni su importancia, como tal, ni su significado aclarados.

A Iupiter Dolichenus se le representa con penetrante mirada, en una faz de acusados rasgos y poblada de gruesa pelambre. En su mano izquierda blande un tridente como emblema del trueno, mientras con la derecha sostiene un hacha, símbolo del relámpago. Está, pues, como el Dios romano Mars Ultor, bien armado, llevando sobre el yelmo un gorro frigio.

Sin embargo, en la misma época podemos ver representado a Iupiter Dolichenus en los templos persas con vestiduras de la región, diferentes de aquellas con las que fué representado en la cuenca mediterránea.

Por lo demás, su divinidad está representada siempre al lado de un toro, como resto de cultos más antiguos, tan frecuentes en el viejo Oriente.

La misma oscuridad que respecto a los extremos que hemos dicho ignorados, existe sobre si su nombre en su propia patria fué el de Reschaf.

El culto de Iupiter Dolichenus se confunde en los tiempos con el de Sanda (durante el poder o hegemonía de los heltischen, mas de todas formas su esencia parece de origen semítico (Paulys).

Adorado como supremo dios del Olimpo, es árbitro soberano de bienes y males, alimentador de los hombres y a veces tenido como dios del Sol, confundiéndolo así con Iupiter Heliopolitanus.

Como el griego Zeus, es el águila santa, y como dios de la guerra, se le tiene por "dueño y señor del hierro" (1).

Los templos destinados al culto de esta divinidad disponían de varios sacerdotes, dudándose de si en el Imperio romano el rito era o no sirio. No obstante, parece estar fuera de toda duda el del empleo del agua santa o bendecida, así como el del pan o comunión.

Al dejar ahora a Paulys Wissowa y enfrentarnos con otros eruditos, nuestro asombro no ceja, incapaces que somos de encontrar fundamento a la intencionada proposición del impugnador, dirigida—en tan oportuno momento—poco menos que al Ministro de Sanidad, al célebre Arzobispo de Canterbury y a la Brit. Dent. Ass., a los que propone para el Patronato de la Odontología dos nombres: Hephaestus, y mucho sobre él, a Iupiter Dolichenus (2), que, como trabajador del hierro..., hizo posible dispusiéramos en nuestra Era, la Odontología, de variado instrumental.

(1) El proponente se extiende a las legiones armadas y a los peregrinos que trabajaban el hierro, haciéndolo hábil para las necesidades del hombre, peregrinos que identifica con los chalybes, los cuales, a su vez, lo hace con los hittitas, y a Iupiter Dolichenus con Teschub, una de las más caracterizadas divinidades de los hittitas.

(2) Doliche aparece también como ciudad de Grecia, en Tesalia, junto al afluente del Tifaresyus, cerca de la actual Tyrnolos.

También en el Asia Menos existe una isla, Dolichiste, muy cerca de la costa de Lycia y de la ciudad de Aperla, Dolichiste, que es la actual Kakaoa.

BIBLIOGRAFIA

Photographic aids to Clinical Dental practice, por el Dr. Jaime M. Dyce, con un prólogo del Dr. R. A. Broderick. Tomo de 175 págs. en cuarto mayor y 199 grabados, 40 de los cuales son tetracromías. Editado por Staples Press, Londres y Nueva York. Primera edición, 1948. Precio, 50 chelines.

Basado en su trabajo de tesis realizado en Pensylvania (1935), el Dr. Dyce, gran aficionado a la fotografía, vuelve cinco años después a los EE. UU. para poner al día sus conocimientos fotográficos y realizar así su idea, redactando el libro que comentamos.

Bibliográficamente, esta recopilación sobre fotografía clínica dental ocupará un espacio propio, ya que todas las contribuciones científicas de este tipo sólo han formado participaciones de publicaciones mensuales o incidentalmente alusiones en obras de distintos títulos.

Entendemos que el autor debió haber añadido a sus ejemplos las circunstancias técnicas fotográficas en el supuesto de emplear distintas cámaras, placas y luces, factores éstos que hubieran servido verdaderamente de ayuda, dado que no siempre resulta factible, para el profesional odontológico disponer de los mismos elementos con los que el autor realizó sus pruebas.

También objetaríamos al trabajo de Dyce el no haberse referido al "retoque" en fotografía didáctica, de tal forma que se sepa que, con una mala (?) fotografía técnica se puede hacer un excelente "grabado" o figura de texto, siempre que el campo de la fotografía sea buena y se disponga de un buen dibujante. No existe una buena figura (comercial o de propaganda) precisamente en donde se nos exige *mostrar* más detalles, que no vaya profundamente *trabajada*.

Quedarían, pues, no obstante, los buenos deseos de autor y editorial, tema para un excelente libro sobre fotografía en el arte dental, si ello no fuera prenda exclusiva de los profesionales con vena artística, precisamente para los que el libro de Dyce no resulta indispensable.

El libro del Dr. Dyce está magníficamente presentado en papel couché y encuadernado en tela.

NOTICIAS

LAS BACTERIAS EN LA COCINA

por el

LAWRENCE P. GARROD

Profesor de Bacteriología de la Universidad de Londres

Para bien o para mal, las bacterias tienen mucho que ver con los alimentos. El bien que pueden hacer, si incluimos a los mohos, comprende las fermentaciones que producen el vino, la cerveza y el vinagre y los cambios complejos que dan su sabor distinto a muchos géneros de quesos. Sus tendencias malignas son de dos clases: simplemente, el estropear los alimentos por descomposición y la producción de formas específicas de intoxicación bacteriana. Como se evita que se estropeen los alimentos se sabía mucho antes de que se reconociese a las bacterias como su causa. Todos los métodos, ya sean antiguos o modernos, convierten a los alimentos en un medio que no habrá de soportar el crecimiento bacteriano o destruyen las bacterias que contiene. El calor es casi el único procedimiento que habrá de conseguir el segundo de estos fines; el primero puede lograrse de distintas maneras. Una de ellas es el desecado, que se ha usado desde hace mucho tiempo para carnes de muchas clases, y más recientemente para la leche, y sólo en los últimos años para los vegetales y los huevos. Otra alternativa es la de elevar la presión osmótica a un punto incompatible con el crecimiento bacteriano. Esto puede conseguirse o bien poniendo los alimentos en salmuera o añadiendo una elevada concentración de azúcar, como cuando se hace mermelada. El uso del frío es casi demasiado conocido para que necesita ser mencionado, pero conviene recordar que también éste evita simplemente el crecimiento bacteriano y, lejos de ser letal para la mayor parte de las bacterias, tiende a prolongar su vida. Por último, pueden usarse los preservativos químicos que actúan a modo de antisépticos; algunos de éstos, tales como el formaldehído, son perjudiciales y su empleo es ilegal; otros, comprendidos los ácidos bórico, salicílico, sulfuroso y benzoico, son relativamente inocuos cuando se usan en cantidades limitadas.

Estas son algunas de las cuestiones tratadas por C. E. Dukes en un pequeño librito de texto titulado *Bacteria in relation to domestic science*. La bacteriología es en la actualidad una de las materias que estudian las alumnas de ciencia doméstica y ciencia del hogar y social, y este libro les dice lo que necesitan saber de las propiedades generales y distribución de las bacterias, de sus actividades beneficiosas y destructoras y, por último, de las formas específicas de intoxicación alimenticia bacteriana. Está escrito con un estilo grato, evitándose los términos técnicos o interpretándolos en lenguaje sencillo, y lleva mucho material de interés para otros géneros de lectores, que no son sólo los estudiantes para quienes se escribió en principio. (per B. Med. Brit.)

APLICACION TERAPEUTICA DE LAS ONDAS ULTRASONORAS

por la

Doctora HEDE OLMES DE CARRASCO

Las ondas ultrasonoras o ultrasonido no son ningún descubrimiento nuevo, sino que han sido empleadas ya desde hace unos veinticinco años en otros campos de la biología, química, etc., como especialmente en los Estados Unidos para limpieza de la ropa, pasteurización de la leche, combinación de metales y otros más. Sin embargo, su aplicación en la Medicina data de muy poco tiempo. Como ya indica el nombre, se trata de ondas o vibraciones que se escapan de la audición. Las ondas perceptibles por el oído humano oscilan entre 16 y 17.000 vibraciones por segundo; la voz humana tiene oscilaciones entre 80 y 1.024 por término medio. Cuando las vibraciones exceden de las 17.000 se les llama ultrasonoras.

¿Cómo podemos producir estas ondas? Hay tres métodos fundamentalmente diferente: 1) Método mecánico, por medio de las diferentes clases de flautas; 2) Mediante magnetoestricción de los metales; y 3) Por medio del efecto piezoeléctrico recíproco, fenómeno descubierto ya en 1880 por los hermanos Curie.

Estos tres procedimientos dan lugar a vibraciones de distinta intensidad y se complementan en tal forma que el primero produce ondas hasta 30 kHz; el segundo da origen a las ondas desde 30-100 kHz, y las frecuencias más altas de muchos miles de kHz son originadas por los fenómenos piezoeléctricos. Y son precisamente estas últimas las que por ahora se vienen empleando en el terreno de la terapéutica, por lo que conviene ampliar algo más este concepto.

El fenómeno piezoeléctrico se basa en el hecho de que ciertos cristales, entre éstos especialmente el cuarzo, al ser extendidos o comprimidos en una dirección determinada, acumulan grandes cargas eléctricas. El cuarzo es preferido sobre otros elementos porque soporta la mayor carga eléctrica, debido a sus cualidades mecánicas y eléctricas especiales. El proceso elemental de la electricidad "Piezo" consta del hecho de que la construcción iónica del cristal o de SiO_2 (en el caso del cuarzo) se deforma; el ión silicio se traslada hacia el interior, subiendo el oxígeno hacia la periferia, causando así una carga eléctrica negativa que anteriormente no existía. En caso de tracción, se produce todo lo contrario. Según la ley de P. Curie, las cantidades de electricidad originadas son proporcionales a las alteraciones de presión. Por cada kilogramo de presión se producen alrededor de $2 \cdot 10^{-11}$ coulombios; expresado de manera más clara, corresponde a aquella cantidad de electricidad que carga un pequeño condensador de 10 pF a la tensión de dos voltios.

En 1918 este efecto piezo ha sido invertido por el francés Langevin, es decir, él cargaba al cristal de cuarzo con cargas eléctricas, viendo cómo se le ponía en vibración, vibración que se exteriorizaba en forma

de ondas sonoras. Como hoy día los generadores de electricidad son muy potentes, de ahí que se pueden producir también ondas sonoras de muchos cientos de kHz. Para fines terapéuticos se emplean generalmente los de 800-1.000 kHz por segundo.

La intensidad de estas ondas es tal, que supera a la acción de los altavoces en muchos cientos de millones; a un trueno de cañones en varios cientos de miles de veces. El rendimiento electromédico es aproximadamente de cuatro vatios por centímetro cuadrado. Para producir esta energía se necesitan, por tanto, dos elementos: el generador de alta frecuencia y el productor de las ondas sonoras, respectivamente ultrasonoras, en forma de cristal de cuarzo. Para el mejor manejo médico, éste está introducido en una pieza en forma de mango de muy pequeñas dimensiones. El generador sólo necesita la mitad de energía eléctrica que la que se necesita para calentar un hervidor eléctrico corriente. Esto en cuanto al fenómeno físico.

Lo que ahora interesa es la manera de actuar de estas ondas. No tienen nada que ver con los rayos Roentgen ni con la onda corta. Es algo muy diferente y, como se verá más adelante, de trascendencia fundamental. El mecanismo biológico aun no ha sido aclarado totalmente. Sin embargo, se sabe ya que existen tres acciones diferentes. En primer lugar, se produce un aumento de la temperatura en los tejidos, temperatura que puede ascender en unos -seis-ocho grados; sin embargo, esta producción de calor es la que menos interesa. Cuando la intensidad de las ondas asciende, produciéndose un verdadero bombardeo de ondas, entonces se produce en los tejidos un masaje profundo con aumento del metabolismo y del intercambio intercelular. Más adelante se producen acciones del tipo mecánico con movimientos intracelulares, y, por último, a causa de la formación de cavidades o de vesículas gaseosas dentro del tejido, se originan roturas completas de complejos celulares. Ensayos "in vitro" demostraron, incluso, disociación de combinaciones químicas.

Con respecto a los tejidos, parece que a base de una experiencia ya bastante amplia se puede hablar ya de una acción selectiva de las ondas ultrasonoras sobre el tejido enfermo. Esta se explica de tal forma, que el tejido sano ofrece más resistencia y no se rompe con tanta facilidad como aquellas que ya se hallan en un proceso de destrucción.

Dominio de la terapéutica con ondas ultrasonoras.—Desde 1939 se viene empleando el ultrasonido en el tratamiento de las más diversas enfermedades, sin que hasta la fecha se hayan observado perjuicios inmediatos ni tardíos. Preferentemente se curan neuralgias y neuritis, en especial la ciática. En segundo lugar, se tratan las afecciones articulares, tanto de origen traumático como derrames, como inflamaciones agudas y crónicas, es decir, dos grandes grupos de enfermedades que hasta la fecha se venían tratando preferentemente con la onda corta. Lo que aquí varía es el tiempo del tratamiento. Cuando con la onda corta se precisaban varias semanas para la curación, con las ondas ultrasonoras so-

lamente se precisan días, y cuando con la onda corta se necesitaban varios días, con las ultrasonoras solamente hacen falta varias horas, como, por ejemplo, en caso de sinusitis agudas. También se recomienda su empleo en las enfermedades de la próstata, afecciones cutáneas, especialmente en el carcinoma cutáneo.

Una mención especial precisa la aplicación del ultrasonido en el terreno quirúrgico. Damos un resumen de un artículo publicado en la "Münch Zeitung": Dice el autor de la publicación que ha asistido a una intervención no cruenta de una úlcera gástrica en una clínica universitaria de Munich. "Causa gran impresión ver vivificar una operación de esta clase en una habitación reducida, sin necesidad de sala de operaciones, instrumentos, médicos con caretas y personal auxiliar." Se trataba de un enfermo que ya había sido operado en otra ocasión, habiéndose reproducido la úlcera, como se podía comprobar de las radiografías presentes, que mostraban claramente el lugar de la úlcera. Antes de iniciar el tratamiento con onda ultrasonido, el operador engrasa la piel del lugar del tratamiento con aceite, el cual sirve de masa de contacto, pues una capa de aire entre el tejido a tratar y el instrumento productor de las ondas ultrasonoras interrumpe la acción de éstas.

A los cinco minutos del tratamiento, el paciente empieza a notar una sensación agradable de calor; éste se va intensificando, sin dar lugar a la sensación de dolor. A los diez minutos el tratamiento está terminado. "Al principio, después de la aplicación de las ondas ultrasonoras—dice un enfermo—, me encontré bastante peor que antes del tratamiento. Los dolores se intensificaron; no podía comer nada en absoluto. Expulsé sangre, mucosa y tejido destruido por vía bucal y rectal. Pero esto solamente duró unos días. Entonces noté rápidamente una mejoría creciente."

Otra nota recién llegada es la de la aplicación terapéutica en los tumores cerebrales, cosa de mayor trascendencia aún, teniendo en cuenta la gravedad de la afección y de la intervención.

Los aparatos contruidos hasta ahora, que ya se encuentran en el comercio, tienen el tamaño de un aparato de onda corta o de radio, por lo que son fácilmente transportables y permiten el tratamiento a domicilio. (per "Medena.", 384, 1949, Madrid.)

Una nueva válvula para rayos X

Se acaba de anunciar en Nueva York la creación de una nueva válvula para rayos X, que dura muchísimo tiempo y que ayudará a los dentistas a diagnosticar las enfermedades dentales. La válvula soporta 70.000 voltios y puede durar hasta veinte años. Es una de las válvulas de rayos X más pequeñas que se han construido y su tamaño no excede del de la válvula de potencia de un receptor corriente.

La nueva válvula se pone a la venta después de haber funcionado constantemente durante mil horas en plan de prueba, o sea el equivalente de unos dos años de uso normal en una clínica odontológica, según informa el ingeniero Joseph Lempert.

Esta válvula es el resultado de la mejora introducida en un equipo alemán de rayos X capturado durante la guerra. Su proyecto reduce al mínimo las radiaciones de dispersión, que algunas veces debilitan los contornos de las radiografías y hace necesario sacar otras nuevas. Lempert ha explicado que la característica fundamental del nuevo proyecto es una caperuza de cobre que rodea el ánodo de la válvula, un "blanco" de tungsteno, contra el que chocan los electrones a razón de 144.000 kilómetros por segundo, con objeto de producir los rayos X. Estos electrones se desplazan aproximadamente a la mitad de la velocidad de la luz.

Lampert añade que los electrones productores de los rayos X son "cazados" dentro de la zona cubierta de la válvula, que apantalla al resto de ella del bombardeo por dispersión de las radiaciones. Cuando los electrones chocan contra el blanco, el haz de rayos X resultante sale por un diminuto orificio de la caperuza y se enfoca sobre la película a través de una ventanilla que hay en la ampolla de cristal y que tiene el diámetro de un cristal de reloj de pulsera. Esta ventanilla, que está hecha de un cristal duro especial que deja pasar los rayos X, se ha pulido hasta tener un espesor uniforme de 50 milésimas de centímetro para todas las válvulas, con lo que el operador puede lograr una exposición constante para todas las radiografías.

En otras válvulas las ventanillas tienen que ser más gruesas como protección contra los electrones no utilizados y liberados dentro de la ampolla. Estos electrones sin utilizar hacen que las paredes de la ampolla despidan gases, acortando así la vida de la válvula.

Los científicos agregan que la nueva válvula es un perfeccionamiento del proyecto alemán primitivo.—*Efe-United Press*. (per "Gazt. Med. Esp.").

Dos dentistas en la palestra de de la notoriedad periodística

Están dando que hacer y que pensar los dentistas en todo el mundo.

Sin referirnos a los colegas argentinos que tanto se vienen destacando por sus actividades de los distintos sectores de la vida pública, vamos a reproducir hoy sendas notas periodísticas—con su inevitable ribete sensacionalista y novelesco—relacionadas con dos dentistas que han saltado de la modestia a la notoriedad más llamativa por razones que el lector conocerá en seguida.

"Crítica" del 24 de marzo publica una nota, con títulos a cinco columnas, que dice: "Cómo llegó Felipe Molas López a la Presidencia provisional del Paraguay". Y como subtítulo: "Una serie de dramáticos episodios fueron jalonando su arribo al Poder."

Molas López es bien conocido en la Argentina. Estuvo en Buenos Aires hace tres o cuatro años, dictó conferencias y publicó un libro sobre in-

jertos dentarios. A su regreso al Paraguay cambió fundamentalmente su vida. Pero dejemos al cronista de "Crítica" que nos cuente cómo sucedieron las cosas:

"Felipe Molas López, dentista de profesión, de unos cincuenta años de edad, exilado político durante el régimen del general Higinio Moríñigo, será muy posiblemente el Presidente constitucional de la República del Paraguay, siempre que no ocurra algo imprevisto antes de que se realicen los comicios generales.

El 15 de febrero último, la Junta de gobierno del partido Colorado, en un manifiesto firmado por todos los sectores del mismo, proclama la candidatura de Felipe Molas López para Presidente de la República, ya fijada la fecha del 17 de abril para la realización de los comicios. Tres días después, el 18 de febrero, el comandante en jefe de las fuerzas armadas paraguayas general Mutsuhito Villasboa y los diversos comandantes de unidades, entre ellos el coronel Adalberto Canata, proclaman la candidatura del general Raimundo Rolón en un documento titulado "Acta número 1 de las fuerzas armadas", no obstante el anuncio de Rolón de que no aceptaría su candidatura. El 20 de febrero, la Junta de gobierno del partido Colorado envía una nota al general Villasboa insistiendo en la candidatura de Molas López. Como no obtienen contestación, Molas López decide actuar nuevamente y prepara el golpe. Es la noche del 26 de febrero, y el Presidente provisional, general Rolón, y todos los firmantes del "Acta número 1", alrededor de 20 jefes, son invitados, en nombre del regimiento de Artillería, a un banquete a realizarse en el cuartel de Paraguarí, asiento de dicho Cuerpo, a unos 70 kilómetros al este de Asunción. Promediaba la comida cuando hace su dramática aparición el coronel Stroener, quien secretamente había regresado del exilio. Revólver en mano, les da orden de detención a todos los invitados. El coronel Canata quiso resistirse e hizo ademán de echar mano a su revólver. Una ráfaga al aire de una ametralladora manejada por el teniente Sardi los redujo, cesando toda oposición."

La situación actual.—Lo que sucedió después es historia de los últimos días. Felipe Molas López asume la Presidencia provisional y es candidato a seguir siéndolo constitucionalmente después del 17 de abril próximo. Mirada de lejos, la situación todavía parece confusa, pues se nota que ahora se hallan juntos quienes antes se odiaban y perseguían. Por otra parte, Molas López perdió a quien aparecía como uno de sus principales puntales, el coronel Canata, que era jefe de la división de Caballería, en cuyo reemplazo se nombró al coronel Mallorquín, hermano del ministro de Justicia y Comercio. El actual mandatario paraguayo, durante su exilio en Buenos Aires, trabajó dos años en el Instituto de Cirugía Plástica del ministro de Educación, Dr. Oscar Ivanissevich, y se dice que es un simpatizante de la gestión gubernativa del Presidente argentino, general Juan Domingo Perón. Por desgracia para el Paraguay, es muy difícil que esa última fase de la evolución de su política interna pueda resultar definitiva.

Veamos ahora el otro caso. "Clarín" del 11 de abril anuncia muy formalmente: "El dentista y filatélico Samuel Solnik reclama el trono de Israel para su hijo." Entresacamos de la crónica algunos párrafos:

"Samuel Solnik, polaco de origen judío, dentista, de treinta y seis años de edad, se gana la vida vendiendo y comprando estampillas en un negocio que ha adquirido ya renombre mundial y que se halla instalado en la ciudad de Jerusalén, en Palestina, desde 1940. Pero lo que quizá le ha tornado más famoso aún que su negocio filatélico son sus dos pleitos. El primero, iniciado hace poco, lo sigue contra el Gobierno de España por una reclamación que remonta al año 1492, el mismo en que Colón descubriera América y los Reyes Católicos expulsaran de la Península a los judíos. El segundo se remonta más allá todavía en el tiempo, puesto que reclama para su hijo nada menos que el trono de Israel, como descendiente directo de David."

Primera reclamación.—"Solnik nació en la ciudad polaca de Kaliez el 13 de febrero de 1910, y aunque su hijo Manuel—"Manuel I"—vió la luz el 22 de junio de 1943, la "fecha oficial" de su nacimiento es el 13, puesto que dicha cifra "nos trae suerte", afirma el padre.

Solnik, según parece, ha logrado demostrar que descende de la familia Abarbanel, que vivía en España desde el siglo v y cuyos miembros habrían sido reconocidos como sucesores del rey David. Al ser expulsada la familia de Isaac Abarbanel en 1492 de España, yendo a residir a Nápoles, le fué confiscada su fortuna, consistente en una suma de ducados que de entonces acá representa una suma de varios miles de millones de pesetas, las que son reclamadas al actual Gobierno peninsular."

Segunda reclamación.—"La segunda reclamación ha sido presentada al Gobierno del Eretz Israel, el nuevo Estado judío palestino, que, según también las afirmaciones de Solnik, debe ser considerado un reino y cederse de inmediato el trono a su hijo Manuel I, quien, dada su corta edad, deberá contar con un regente, que bien podría serlo el mismo Solnik."

El león de Judá.—"Mientras se solucinan ambos pleitos—a cinco y veinte siglos de distancia en la Historia—, Samuel Solnik continúa en Jerusalén vendiendo estampillas y usando un anillo cuyo sello tiene grabado el león de Judá, idéntico al que le fuera regalado a Haile Selassie cuando pasó por esa ciudad, exilado, en 1936." (per "Trbna. Odnt.", B. A., 190, 1949.)

Orden de 10 de mayo de 1949 por la que se nombran odontólogos en los Centros Secundarios de Higiene Rural que se mencionan a los señores que se citan

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien nombrar odontólogos de los Centros Secundarios de Higiene Rural que a continuación se detallan a los señores que también se expresan:

Almansa, don José Martí Royo; El Ferrol de Caudillo, don Andrés Barreiro Munín; Aguilas, don Jesús Hernández Ramos; Avilés, don Arturo Sauras Fernández; Langreo, don Alfredo Echevarría Tros de Ilarduya; La Guardia, don Francisco Troncoso Carera; Villagarcía, don Luis Cordal Carús; Los Llanos, don Antonio Pino Pérez; Alcañiz, don Rafael Sauras Fernández.

Todos ellos con carácter eventual y de agregados a dichos Centros y con la indemnización actual de 2.000 pesetas, que les serán hechas efectivas del capítulo primero, artículo segundo, grupo sexto, concepto segundo de la sección tercera del presupuesto vigente, por un período de un año, prorrogable por períodos de igual duración, previo informe de las respectivas Jefaturas Provinciales de Sanidad.

Madrid, 10 de mayo de 1949.—P. D. *Pedro F. Valladares.*

IV Congreso Internacional de Médicos Católicos

La Federación de Hermandades Médico-Farmacéuticas de San Cosme y San Damián ha recibido una expresiva invitación del presidente de la Asociación de Médicos Católicos Italianos, doctor Luigi Gedda, para asistir al IV Congreso Internacional de Médicos Católicos, que, según acuerdo del tercero, celebrado en Lisboa en 1947, se celebrará en Roma los días 24 al 30 de septiembre próximo.

La Comisión ejecutiva del Congreso ha nombrado delegado en España al doctor Zúñiga, secretario general de la Federación de Hermandades. El tema general del Congreso, que será desarrollado por cinco ponencias de distintas naciones y lenguas, es "La persona humana a la luz de la ciencia médica".

Los detalles de organización se remitirán, cuando se reciban en la Delegación para España, a todas las Hermandades, para conocimiento de sus asociados.

El doctor don Lorenzo Velázquez, catedrático de la Facultad Central de Medicina, ha sido objeto de un homenaje, el 29 de abril, en Zaragoza, tomando parte en el mismo representaciones de la Universidad, del Colegio de Médicos, de la Academia de Medicina y de la Institución Fernando el Católico, acto que se celebró en el salón de conferencias de la Facultad.

El doctor Barcia Goyanes ingresa en la Academia de Valencia

Con gran solemnidad ha leído su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Valencia el doctor Barcia Goyanes. Su disertación versó sobre el tema "Las orientaciones actuales de la morfología". En nombre de la Corporación le contestó el doctor Durich.

Con este motivo enviamos al ilustre profesor y director de "Medicina Española" nuestra felicitación entusiasta y cariñosa.

Los odontólogos bilbaínos y el doctor Larrazábal

El prestigioso odontólogo bilbaíno doctor Larrazábal ha sido objeto, por parte de sus colegas, de un cariñoso acto de homenaje, en el que se le hizo entrega de un pergamino con motivo de cumplir cincuenta años en el ejercicio de su profesión. Al acto asistieron las autoridades sanitarias vizcaínas.

Nueva Junta en el Colegio de la X Región

El Colegio Oficial de Odontólogos de la X Región (La Coruña) tiene el honor de participar a usted que por el excelentísimo señor director general de Sanidad ha sido nombrada la nueva Junta de gobierno que regirá los destinos del mismo y cuya composición es la siguiente:

Presidente, don Pedro Campos Bértolo; vicepresidente, don Agustín Pita Varela; secretario, don Ramón Varela Rico; tesorero, don Francisco Paz Durán; contador, don Diego E. Mitchell Sánchez; vocales por La Coruña: primero, don José Luis Paz Durán, y segundo, don Manuel Martínez Fernández; vocal delegado por Santiago, don Francisco García del Villar; vocal delegado por El Ferrol, don Andrés Barreiro Munín; representantes por Lugo y su provincia; vocal nato, don Agustín Pita Varela; vocal, don Luis Alfonso Pardo, y vocal de F. E. T., don Gerardo Harguindey Salmonte; vocal delegado por Monforte, don Luis Ayres Gallego; subinspectores de Odontología: La Coruña, don Carlos García Fajardo, y Lugo, don Gerardo Harguindey Salmonte.

Nota complementaria.—Creemos necesario advertir a los señores colegiados que por disposición de la Ley de Sanidad, el cargo de presidente del Colegio lleva consigo el de inspector regional de Odontología, dependiendo del mismo, según dicha Ley y a tales efectos, el subinspector de Odontología de cada una de las dos provincias integrantes del Colegio, cuyo cargo habrá de ser desempeñado por aquellos colegiados que ocupen la plaza de odontólogo del Instituto Provincial de Higiene.

Lo que le comunicamos a los efectos oportunos, significándole que la fecha para la toma de posesión y Junta general extraordinaria, que se celebrarán conjuntamente, será avisada con la debida antelación.

ODONTOIATRÍA desea a estos apreciables colegas los mayores aciertos en su nueva gestión, al final de la cual desearía también felicitarles con la mayor efusión, dada la responsabilidad que en los tiempos que se acercan habrá de recaer sobre ellos.

*Academia Deontológica Matritense. Conferencia del Prof. Matilla sobre
"Aspectos deontológicos generales del Seguro de Enfermedad"*

Comenzó glosando el acierto de este ciclo de conferencias. Hace referencia a la labor de asesoramiento y que ha elevado numerosas y fundamentales propuestas a la Superioridad para corregir o encauzar las deficiencias y dificultades que de dicho problema se derivan. Se extiende en los fundamentos legales y morales que han dado lugar a la implantación de la obra Seguro de Enfermedad, como resultante de la apremiante necesidad en que las colectividades se sienten de prevenir la enfermedad. El Seguro de Enfermedad persigue clásicamente tres finalidades suficientemente estudiadas: reparación del daño físico, mediante la asistencia médica; reparación del económico, gracias al abono del subsidio correspondiente, y, por último, una señalada finalidad preventiva, eminentemente sanitaria y socialmente mucho más trascendente.

La implantación en España del Seguro de Enfermedad ha encontrado las naturales dificultades. La marcha burocrática de la Organización adolece de defectos que paulatinamente se van conociendo y se tratan de subsanar. A juicio del conferenciante, se precisa hacer una radical transformación de los servicios administrativos que dirige el Seguro.

Analiza sucintamente otras cuestiones, tales como la elevación de la cuota a percibir por el profesional, la desproporción de los gastos que en concepto de administración se hacen, nombramiento de especialistas, hace tanto tiempo esperado; construcción de residencias, etc.

Estudia a continuación las características especiales y actuales del grave problema que origina la plétora profesional, tanto en su aspecto cuantitativo como de distribución, para poner de manifiesto su agudización con ocasión de estas nuevas obras sociales.

N e c r o l o g í a

Tenemos que anunciar el fallecimiento de la madre de nuestro apreciable colaborador el profesor doctor Eduardo Ruiz Esquiú y de nuestro colega, hermano de éste, don Andrés, a quienes con tan triste motivo acompañamos en su dolor.

La conducción de los restos mortales a su última morada fué clara expresión de las simpatías con que los doctores Ruiz Esquiú cuentan entre sus amigos y colegas.

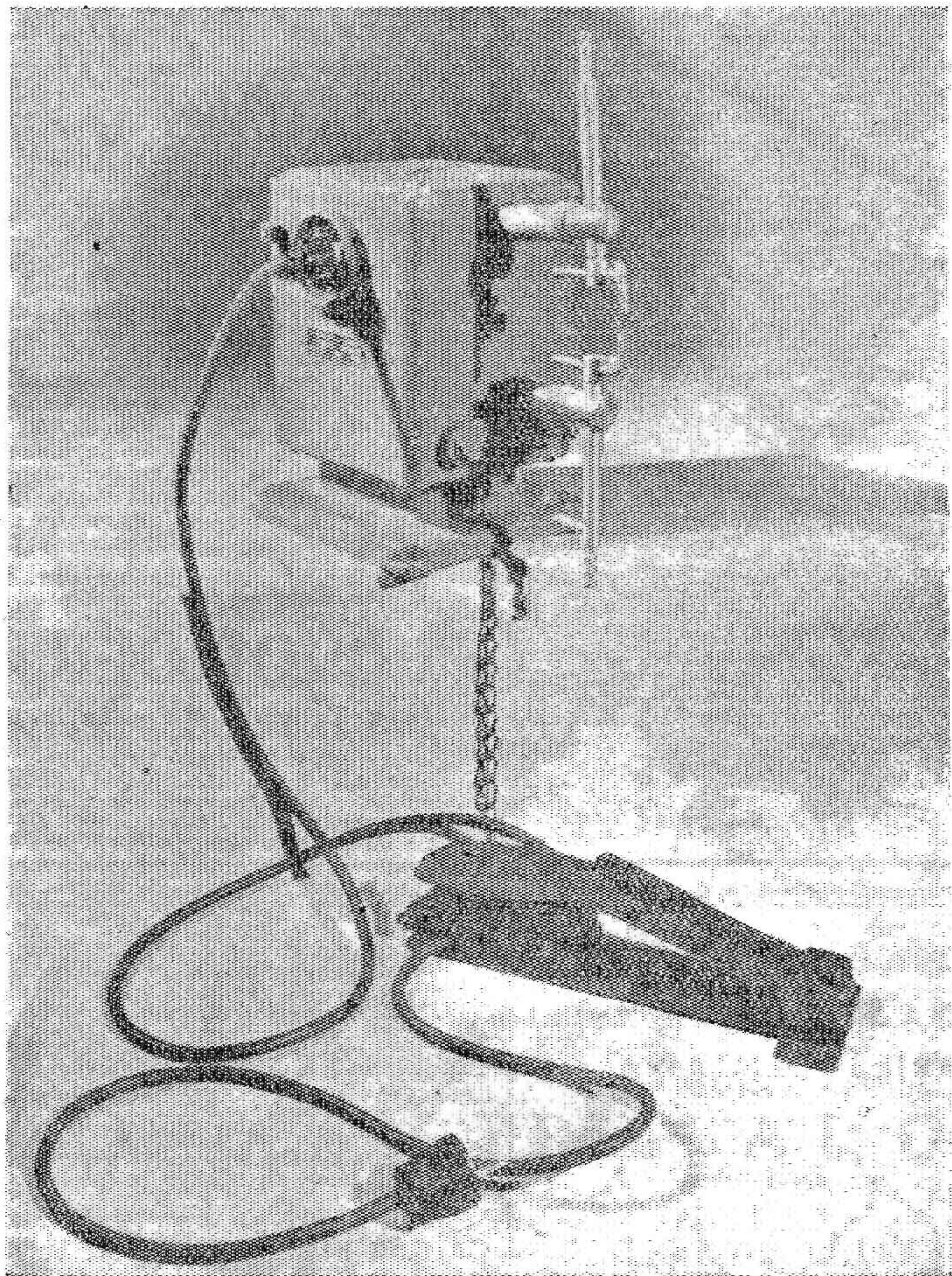
—En trágico accidente dejó de existir el joven colega don Marcial Escolar.

Enviamos a sus deudos nuestra sincera condolencia.

—A los setenta y tres años de edad dejó de existir don Antonio F. Fernández, conocido cirujano dentista, que residía en esta ciudad.

A sus hijos y demás familia les expresamos nuestra condolencia.

—Ha fallecido en Madrid el doctor don Rafael Argüelles López Tuñón, catedrático de Cirugía y médico del Hospital Provincial, especialista del sistema óseo y ortopedia, siendo su muerte muy sentida de cuantos le conocían y trataron.



SOLDADORA ELECTRICA SOPAL

Potencia, 1'5 kw. Cinco graduaciones de intensidad. Pueden soldarse gruesos de hasta 1'5 mm. Dispositivo para refrigeración por agua para espesores de más de un milímetro y trabajo continuo. Esmaltada en color gris

DEPOSITOS DENTALES

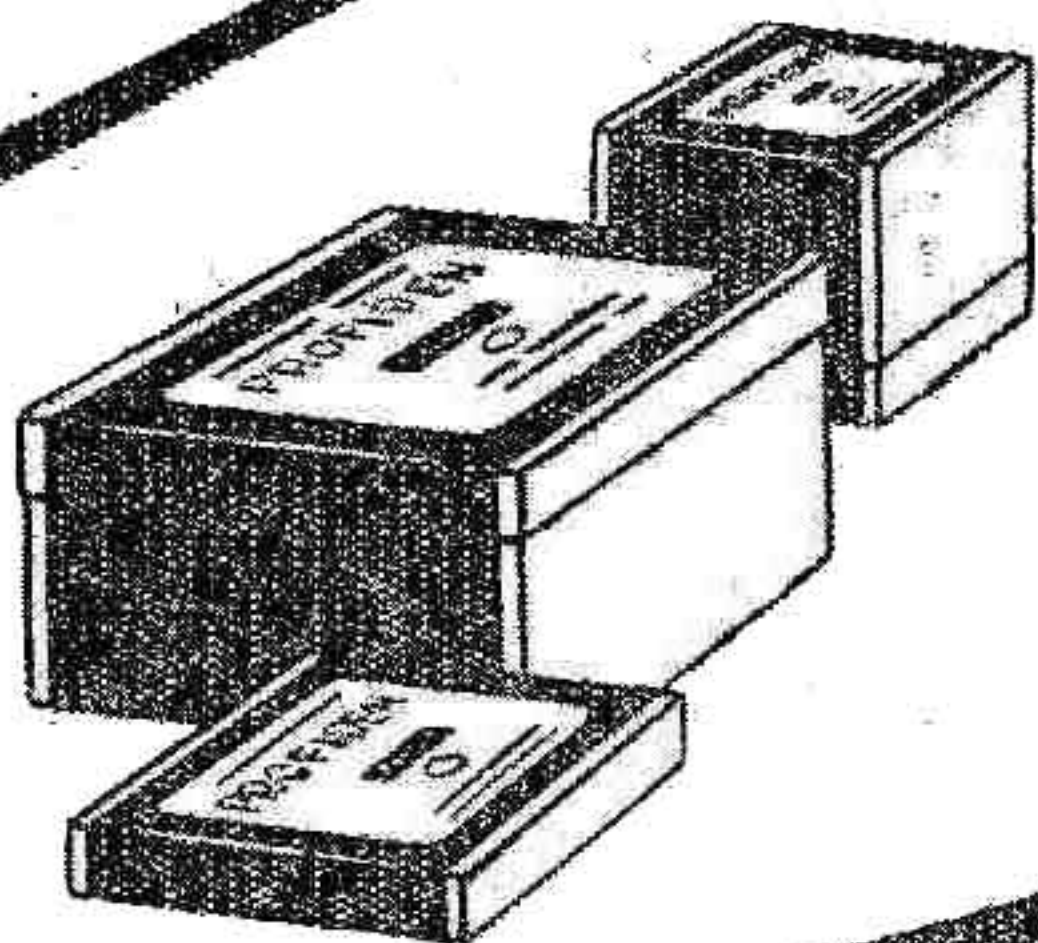
A. SOLÉ PALOU

BARCELONA
VERGARA, 7

TELEGRAMAS: SOPAL

M A D R I D
AV J. ANT^o 15

En cada caso la fórmula adecuada



Los profesionales odontólogos podrán encontrar en las Soluciones Anestésicas PROFIDÉN la fórmula más indicada para cada caso clínico.

Por ejemplo, para conseguir una anestesia rápida, poderosa y prolongada en pacientes sin taras patológicas, se utilizan los tipos NA-2 y NA-4. Y en aquellos enfermos con trastornos metabólicos de los hidrocarbonados, vagotónicos o de los aparatos renal y circulatorio, en que está contraindicada la adrenalina, puede conseguirse la anestesia más perfecta, de menos duración pero tan poderosa y sin temor de accidentes desagradables con los tipos N-2 y N-4.

CON ADRENALINA

al 1 1/2 % en amp. de 5, 10 y 20 cc.	Tipo NA-1
" 2 % " " " 1 y 2 " "	NA-2
" 4 % " " " 1 y 2 " "	NA-4
" 5 % " " " 5 " "	NA-5

SIN ADRENALINA

al 1 1/2 % en amp. de 5, 10 y 20 cc.	Tipo N-0,5
" 1 % " " " 5, 10 y 20 " "	N-1
" 2 % " " " 2, 5, 10 y 20 " "	N-2
" 4 % " " " 1 y 2 " "	N-4



SOLUCIONES ANESTÉSICAS PROFIDÉN

LABORATORIOS PROFIDÉN, S. A.
INVESTIGACIONES Y PREPARACIONES ODONTOLÓGICAS

Tres máximas recompensas y Premio extraordinario (única mención del Estado) en el I Congreso de Medicina Práctica, Madrid, 1941. Diploma y Medalla de Bronce en el XIV Congreso Nacional de Odontología, Madrid 1945.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LA
CARIES DENTARIA CON

Calcio GEVE

CALCIO POR VÍA BUCAL. - EN
COMPRIMIDOS DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO VAINILLADO

DOSIS CORRIENTE

ADULTOS.—Dos comprimidos, antes o des-
pués de cada una de las tres comidas.

NIÑOS.—Mitad anterior dosis.

Laboratorio Quimioterápico del Ebro

VERGÉS & OLIVERES, S. A. - TORTOSA

PIDA MUESTRAS PARA ENSAYOS CLÍNICOS



*Preferido
en odontología
por su contenido
en fluor*



CALCIUM - SANDOZ

MÁXIMA GARANTIA Y EFICACIA

Ampollas al 10 %: de 2, 5 y 10 c. c.

Ampollas al 20 %: de 5 y 10 c. c.

Tabletas con chocolate.

Comprimidos efervescentes.

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ

Puerta del Sol, 10

MADRID

Apartado 1036

Teléfonos 31 06 00 y 31 06 09

Anuncios clasificados

ODONTÓLOGO: Impresiones con escayola
Tavira.

VITAMINAS de los Laboratorios ALTER.

RETANA. Ortodoncista, Carmen, 14. Bar-
celona.

ANTISÉPTICO dental REGAL. Labora-
torio ANDROMACO.

UTILICE dientes resina sintética GRAP-
TIM.

ASTRINGENTE Spá sulfaminado. Hemos-
tático. Antipiorreico.

EMPLEE siempre productos De Trey.

SE vende, puesta en Madrid, prensa ter-
moplásticos.

PALADOR. Sociedad Española. Metales
Preciosos.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE METALES PRECIOSOS, S. A.

SAN MARCOS, 3 - MADRID.

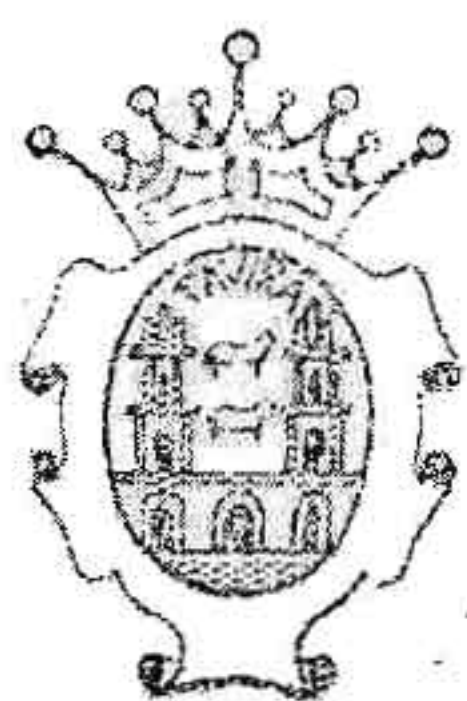
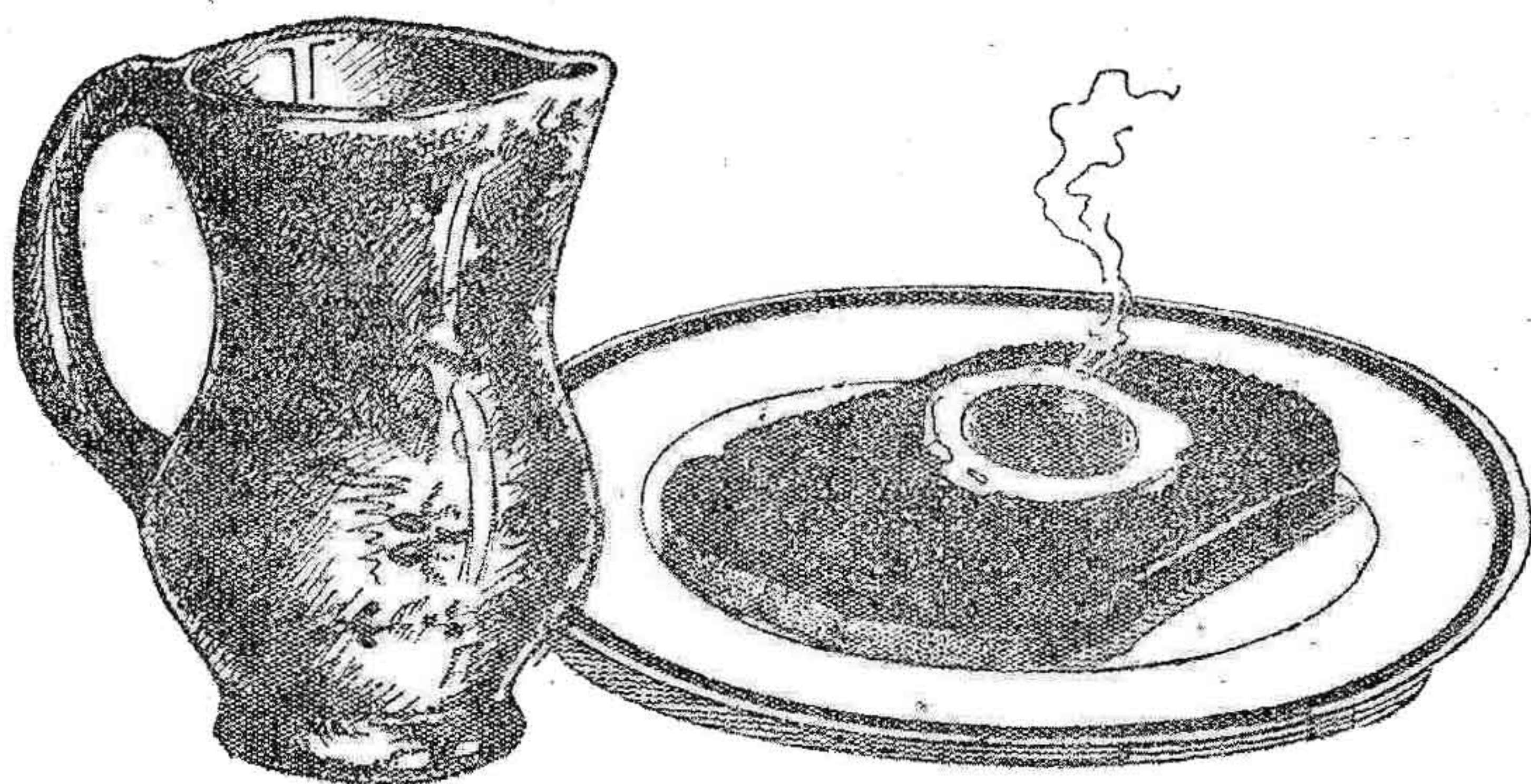
PALADOR

(NOMBRE REGISTRADO)

ALEACION BLANCA
DE METALES PRECIOSOS
para toda clase de trabajos
COLADOS - TROQUELADOS
CORONAS, ETC.

TELEFONOS

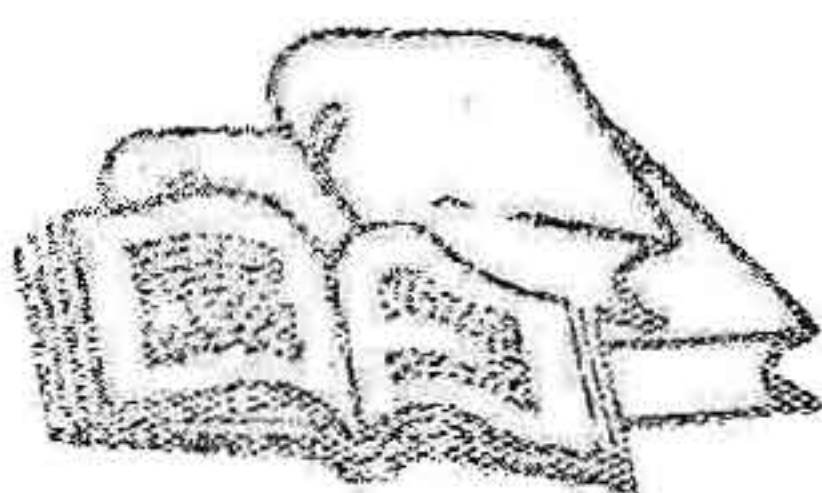
Madrid, 22 - 11 - 41; Zaragoza, General
Franco, 22; Barcelona, 15225; Valencia/
15467; Bilbao, 11183; Córdoba, 2990;
Málaga, Sta. María, 27; San Sebastián,
15696; Oviedo, 2896; Santander, 1049



Una obra de artesanía con una técnica simple

resultarán todos sus trabajos protésicos si utiliza en el Laboratorio la escayola que nosotros preparamos para uso odontológico, garantía de la mejor calidad.

Unicos fabricantes: Elorriaga, Mendizábal y C.ª, S. L.
Alameda, 14 - Teléfono 12032 - Apartado 225 - San Sebastián



TRATADO DE METALURGIA DENTAL

del Dr. Tomás Blanco Bueno

Prólogo. *Capítulo I.* Propiedades de los metales. *Capítulo II.* Estructura. *Capítulo III.* Aleaciones. *Capítulo IV.* Toxicidad. *Capítulo V.* Análisis. *Capítulo VI.* Oro. *Capítulo VII.* Método para la determinación de sus aleaciones. *Capítulo VIII.* Plata. *Capítulo IX.* Platino. *Capítulo X.* Niquel. *Capítulo XI.* Cobre. *Capítulo XII.* Aluminio. *Capítulo XIII.* Magnesio. *Capítulo XIV.* Hierro. *Capítulo XV.* Siderurgia. *Capítulo XVI.* Aceros. *Capítulo XVII.* Cromo-Cobalto

225 páginas.

En las principales librerías

D DIETETICA Y CARIES

W. Boitel: *Alimentación moderna y caries dentaria*.—"Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde", vol. 44, núm. 8.

W. Boitel, doctor en Medicina, presentó un extenso trabajo en el Congreso Dental Suizo, celebrado en mayo de 1934. Después de unas consideraciones sobre la alimentación moderna, en su concepto mal orientada por la industria química y farmacéutica, divide las causas posibles de la caries de los dientes en seis grupos: 1.º Causas alimenticias por exceso (azúcar, almidón). 2.º Causas alimenticias por carencia (minerales y vitaminas). 3.º Causas bacterianas. 4.º Causas mecánicas (consistencia de los alimentos y trabajo masticatorio). 5.º Causas resultantes de la manera de consumir los alimentos. 6.º Causas endógenas (raquitismo, trastornos endocrinos).

Termina Boitel su extenso artículo formulando las conclusiones siguientes:

Se admite en general y en particular por la industria alimenticia; las vitaminas y otros excitadores fisiológicos son catalizadores que actúan por simple presencia y que pueden experimentar reducciones cuantitativas indefinidas; esta afirmación es errónea y no descansa sobre pruebas objetivas. Al contrario, son necesarios para la asimilación de nuestros

H HERIDAS

ODONTOIATRIA

Factores nutritivos en la curación de las heridas

La importancia del estado nutritivo para el proceso de curación de las heridas ha sido puesta de relieve por muchos autores en distintas ocasiones, pero no es frecuente encontrar un estudio sistemático de este problema. Esta es, sin duda, la razón que ha movido a la Sociedad de Nutrición inglesa a dedicar una reunión a dicho problema. Los resultados comunicados son especialmente interesantes por incluir un buen número de datos recogidos durante la última guerra.

La relación entre las necesidades proteicas y el proceso de curación de las heridas es cuidadosamente revisada, poniéndose de relieve la existencia de un balance nitrogenado negativo después de la producción de lesiones graves. Este balance puede hacerse positivo por medios dietéticos, lo que se traduce en una mayor rapidez del proceso de curación. La significación de las proteínas y en especial de los aminoácidos azufrados para la curación de las quemaduras extensas y para explicar algunos de los trastornos metabólicos de los quemados es discutida ampliamente, tomando como base los importantes trabajos de Peters y sus discípulos en Oxford.

Una parte importante de la reunión ha sido destinada a discutir el papel de la vitamina C en la curación de las heridas. Los datos referidos coinciden en demostrar la importancia de esta vitamina para el proceso de la curación de la herida, y es especialmente interesante la contribución de Danielli, Fell y Kodicek, en la que se describe la disminución

alimentos; existe un cierto margen de tolerancia en los individuos sanos, pero que de bajar de cierto mínimo, variable según las personas, se producen en el organismo desórdenes de los que no está exento el sistema dentario. Todo aporte suplementario de alimentos calorígenos debiera ser acompañado de un suplemento de excitantes. Existe, pues, un equilibrio entre estos dos elementos que no se da en nosotros por el aporte exagerado de elementos caloríficos y la disminución de los excitantes. Es, pues, un error y aun una culpa de parte de los fabricantes de productos alimenticios el dejar perder estos excitantes bajo el pretexto de que lo restante de nuestra alimentación los contiene siempre bastante.

Todo ello está agravado por la disminución del trabajo masticatorio a que tiende nuestra industria alimenticia y culinaria.

Desgraciadamente, como la gente continuará pidiendo alimentos agradables a la vista y el gusto y en las cocinas se seguirán utilizando harinas blancas y productos alimenticios baratos, no habiendo que pensar por ahora en reformar la industria alimenticia, sólo queda para mejorar nuestros dientes que dos medios: seleccionar los alimentos entre los que sean frescos y naturales o bien completar lo que falta de nuestra alimentación por medio de productos artificiales bajo la dirección del especialista y siempre expuestos a dar demasiado de unas vitaminas y poco de otras, con el riesgo consiguiente.

de fosfatasas que se observa en el tejido cicatricial de los animales desprovistos de vitamina C. La fosfatasa no parece relacionada con la proliferación celular misma, sino más bien con los procesos metabólicos que conducen a la formación de la colágena.

El papel de la vitamina C es importante, aun en ausencia de síntomas de escorbuto, y a este respecto es interesante la comunicación de Bourne, en la que se describen cuatro pacientes observados en Ceilán, en los que la herida de una operación abdominal no mostraba signos de cicatrización. La adición de vitamina C a la dieta de tres de estos sujetos se tradujo en una rápida curación. Es evidente que la dieta de estos pacientes contenía cantidad de vitamina C suficiente para evitar la aparición de los signos de escorbuto; pero no para mantener el poder de regeneración de los tejidos dentro de sus límites normales. El valor de la administración de vitamina C en los individuos operados y en los heridos es evidente, aun cuando la ausencia de signos escorbúticos haga pensar que el aporte dietético de dicha vitamina es suficiente. Las necesidades de ácido ascórbico del herido y del operado deben ser más elevadas que las que habitualmente se aceptan para el hombre normal.

El estado nutritivo debe considerarse, por tanto, como un factor decisivo en la curación de las heridas, dependiendo la capacidad de cicatrización de éstas principalmente del aporte proteico y de la cantidad de vitamina C que la dieta contiene. (per. "Iby.", I, II, 1947.)

Nutritional Factors affecting Wound Healing. *Proc. nutrit. Soc.* 4, 195, (1946).

P PIORREA

Maurice Roy: *Pronóstico de la piorrea alveolar*.—“L'Odontologie”, vol. 72, número 11.

El doctor Roy, profesor que fué de la Escuela de Odontología de París, es conocido mundialmente por sus publicaciones acerca de la piorrea alveolar, condensadas en su reciente libro sobre este azote de la humanidad, en el que, con insuperable maestría, estudia por completo esta enfermedad. Este artículo es un capítulo de dicho libro, en el que comienza por afirmar que la piorrea alveolar es una enfermedad curable para el que quiera y sepa aplicar las reglas del tratamiento que el autor ha expuesto en muchas ocasiones.

Refiere Roy numerosos casos tratados diez, veinte y hasta veinticinco años en los que se ha mantenido la curación de su enfermedad, contra el criterio de algunos profesionales que creyeron que la mejor solución era la extracción de todos los dientes.

Roy afirma que la enfermedad, una vez instalada, no es de curación espontánea, y esto, unido a que la piorrea es esencialmente crónica, hace que el pronóstico sea extremadamente variable.

De entre las siete formas que ha podido diferenciar Roy, la forma hiperémica, por ejemplo, tiene un pronóstico mucho más sombrío que la forma común y la forma isquémica. La forma sin fondos de saco por

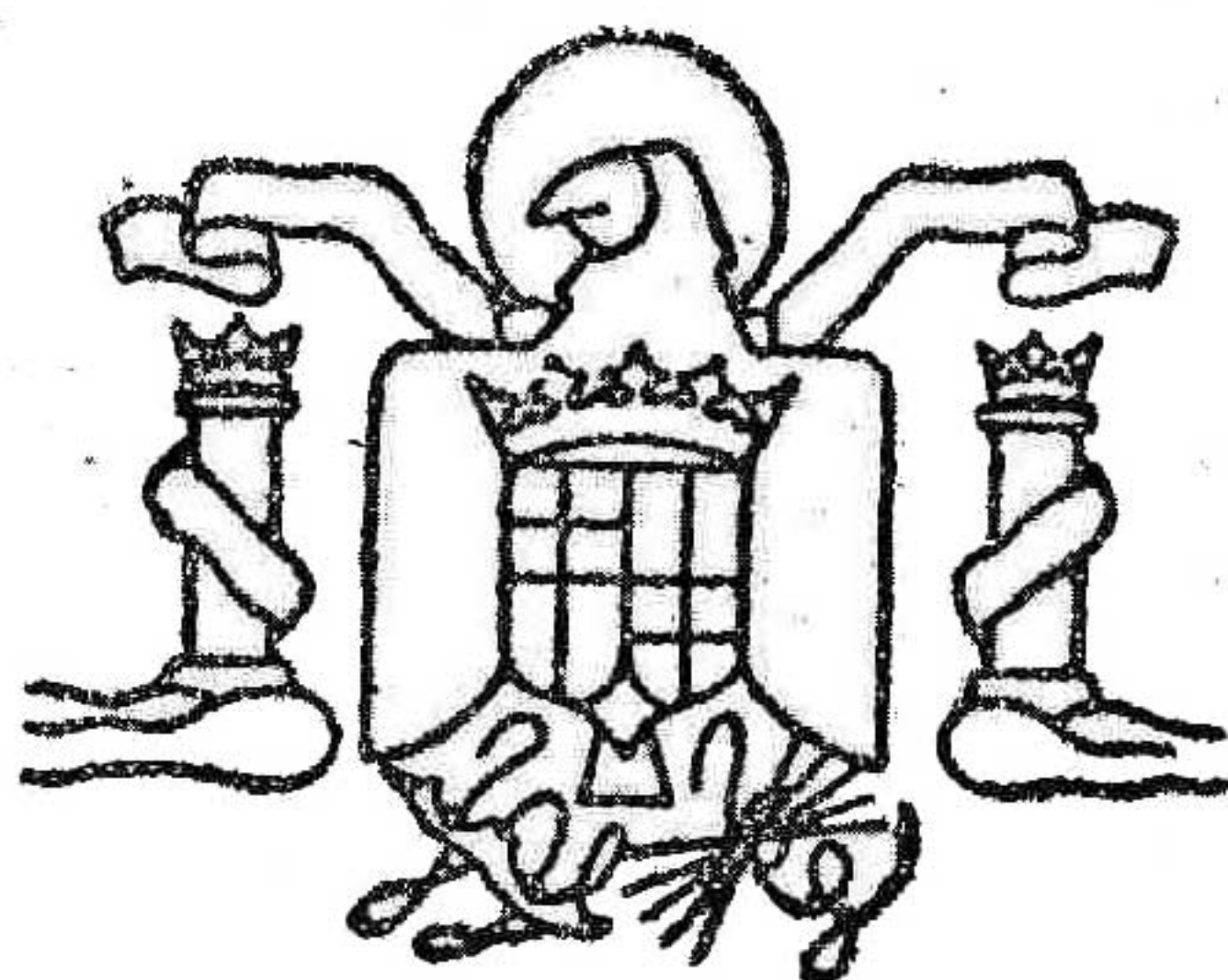
ausencia de causa local y la forma atrófica juvenil son mucho más favorables desde el punto de vista pronóstico.

Aparte de datos generales y factores difíciles de determinar, condicionan la marcha de la enfermedad: 1.º, la edad; 2.º, las condiciones anatómicas; 3.º, las condiciones patológicas generales; 4.º, las condiciones patológicas locales. En lo que se refiere a lo primero, el pronóstico será tanto más grave cuanto más precoz sea la aparición de la enfermedad. En lo que se refiere a lo segundo, la reabsorción de los bordes alveolares influye en el pronóstico según el grosor y la altura de los mismos, así como de la longitud de las raíces en los diversos individuos, pudiendo afirmarse que la piorrea es mucho más grave en los individuos de raíces cortas que en los de raíces largas.

En tercer lugar, Roy cree que la piorrea alveolar es una enfermedad causada por una perturbación de la economía general, pero una enfermedad autónoma, es decir, que no depende de otra enfermedad fuera de la perturbación general inicial original. Sin embargo, es fácil comprender que toda enfermedad intercurrente que sobrevenga en el curso de la piorrea, debilitando y modificando el terreno orgánico, es capaz de acelerar la evolución de la misma. La piorrea, por otra parte, siendo una afección que se puede colocar en el cuadro de las enfermedades artríticas, fácil es comprender que cualquier afección que pertenezca a este grupo nosológico, que sobrevenga o coexista en un piorreico, no podrá sino precipitar la marcha de la afección alveolar.

Las perturbaciones endocrinas en la etiología de la piorrea se consideran posiblemente, y aun probablemente, como capaces de provocar la enfermedad, al menos en ciertas formas.

En cuanto a las condiciones patológicas locales, hay que recordar en especial lo que se refiere a la defectuosa higiene gingivodentaria, que influye de una manera manifiesta en la evolución de la enfermedad, así como las perturbaciones en la estática de las arcadas dentarias por malposición o pérdida de los dientes, si bien las causas de orden general influyen; si a esto se añaden las de orden local, la enfermedad evoluciona de una manera mucho más rápida. En lo que se refiere al pronóstico terapéutico, es más favorable cuanto más precoz es el tratamiento y cuanto mayor sea el cuidado higiénico de la enfermedad, pudiéndose a este particular concentrar la importancia en la siguiente frase de Roy: "Los dientes se conservan en razón directa del número de cepillos de dientes que se consumen sobre las encías."



Número suelto: 15 Ptas.