

4.º.—*Alimentos y su masticación como factores ambientales externos en la causa y prevención de la caries dentaria.*

por MEYER KLATSKY D. D. S.

D. C. 78. 8

En el momento actual, cuando la caries dentaria está tan ampliamente extendida entre nuestras comunidades civilizadas que afecta a más del 90 por 100 de nuestra población escolar, el problema mayor con el que se enfrenta la profesión dental, es el de oponerse al creciente flujo de este azote. Los interrogantes de mayor importancia que han de ser contestados son los siguientes: ¿Por qué la caries dentaria es más abundante en la actualidad? ¿Por qué es tan rara entre las razas incivilizadas y aparece sin embargo, entre individuos de estas razas que se ponen en contacto con la civilización? ¿Por qué aumenta tan extraordinariamente con la vida refinada? Todas estas cuestiones pueden ser satisfactoriamente contestadas después de un amplio estudio de la diferencia en la aprehensión de los alimentos, en los pueblos primitivos y en los civilizados. La mayor diferencia no descansa en la composición química sino en el estado físico de los alimentos utilizados en los regímenes dietéticos y en la forma de ser masticados. Las razas primitivas utilizan frutas poco maduras, alimentos rudos, fibrosos fuertes y voluminosos, los cuales contribuyen grandemente a un apropiado desarrollo de la musculatura masticadora. El acto de la masticación es llevado a cabo de una manera vigorosa, lo cual contribuye a una apropiada función de los dientes y a una conveniente higiene de la boca, todo lo cual impide la caries. Por el contrario, los alimentos usados

M MILITARIZACION DEL ODONTOLOGO

ODONTOIATRIA

El Cuerpo Dental en el Ejército Americano.—Trad del The British Dental Journal, núm. 3, 1943.

El servicio dental en el ejército americano data del año 1901, donde fueron enrolados 30 cirujanos dentistas, con el grado militar de primer teniente (alférez). El enrolamiento era por tres años y ampliable. Dependía de un exámen bastante severo.

En abril de 1917, al momento de entrar en guerra los Estados Unidos, contaban con 75 dentistas que podían ascender al grado de capitán después de 5 años de servicios.

Desde 1940 el número ha aumentado; pero entonces se podía dar como seguro un dentista por 1.000 soldados. Aparte del cuerpo de médicos dentistas militares activos, de menos de 32 años, existe un cuerpo de reserva, formado por dentistas civiles, que han pasado por un examen militar, y cumplen servicios anualmente de 15 días, y son enrolados por 5 años. Aún existe un servicio organizado en la guardia Nacional en cada uno de los 48 Estados, que en caso de necesidad son llamados igualmente por 15 días anuales.

En caso de guerra los dentistas civiles, pueden presentarse como voluntarios, después de pasar un examen son declarados aptos o no, para el servicio militar.

El ascenso a grado superior se hace de la siguiente forma. Después de tres años, ascienden a capitán; 9 años más a comandante; con 8 años más a Teniente Coronel; y en 6 a Coronel. El retiro les es concedido a los 64 años de edad. En tiempo de paz pueden pedir el retiro y se les concede con 15 años de servicio; recibiendo un sueldo proporcional al

por los pueblos modernos son blandos, refinados y preparados de tal manera que evitan la necesidad de una vigorosa masticación. Esto desvía el aparato masticatorio de su función natural, lo cual conduce a su inapropiado desarrollo. La falta de función del aparato masticatorio significa falta de función de los dientes. La falta de función de los dientes significa pobre higiene de boca. La higiene de boca pobre significa predisposición de los dientes a sufrir caries.

Aunque muchos realzan este peligro nacido de nuestros medios de civilización, de preparar y de masticar los alimentos, parecen resignarse a esta situación como si fuese algo inevitable. Nosotros no creemos que sea este el caso, pues estamos firmemente convencidos de que cuando se realza este gran peligro nacido del desuso del ejercicio masticatorio y de la función de los dientes, es nuestro deber educar al público en el uso apropiado de los alimentos y su también apropiada masticación, lo cual es la medida profiláctica más importante para mantener una buena higiene de boca, medio el más preventivo de la caries dentaria.—*A. Pascual.*

que recibían. Con más de 30 años de servicio reciben una pensión equivalente al $\frac{3}{4}$ del sueldo hasta el fin de sus días.

Para entrar en el Cuerpo Dental del Ejército necesitan hacer un curso de 6 meses en el centro medical en donde reciben una instrucción militar. Este curso lo hacen igualmente con los médicos. Dos o tres años más tarde el dentista es enviado a la Escuela Dental militar para perfeccionarse en los últimos adelantos del arte dental, cirugía del maxilar y prótesis. Cada hospital militar de 500 camas, contiene una sala con 15 sillones; rayos X y laboratorios.

Cada serie de estas organizaciones está dirigida y mandada por un Teniente Coronel Dentista, responsable del orden y administración de las salas. A sus órdenes así mismo el personal, que consta de 30 dentistas por 15 sillones.

En caso de guerra, cada unidad de campaña tiene junto al personal sanitario su dentista con su gabinete de campaña, donde realiza sus curas urgentes; y durante los combates ayuda al personal sanitario en las curas.

Una vez al año cada soldado del Ejército de los Estado Unidos, pasa su visita al dentista, el cual clasifica en fechas adecuadas el estado de la boca del soldado segun las siguientes categorías.

- 1.º Necesidad de asistencia urgente (pulpitis-periostitis).
- 2.º Necesidad de un tratamiento normal.
- 3.º Necesidad de un tratamiento largo, pero no urgente.
- 4.º Ninguna necesidad de tratamiento.

Realizado este fichaje los soldados son enviados a su batallón o a la Clínica dental correspondiente. Como se verá por este resumen el soldado está bien atendido.—*Arbide.*

tudio clínico y la preparación del enfermo. La técnica quirúrgica es de real importancia. En cada caso hay que seguir el camino adecuado. Lo esencial es practicar la extracción con el menor traumatismo posible, exclusivamente por la pared alveolar externa o bucodistal del maxilar, respetando, por consiguiente, la interna o lingual. Se quitarán las aristas o esquirlas óseas y el colgajo mucoperióstico traumatizado, y, salvo temor de hemorragia, no se introducirá en el hueco alveolar gasas medicamentosas.

(De "Bibliografía Médica Internacional". 133-1982-I.44.)

A AMIGDALAS Y DIENTES

ODONTOIATRIA

Flemones amigdalinos de origen dentario. GUSTAVO Y LATTANZI. "La Semana Médica". 8-443-1943

Conocemos la septicidad de la cavidad bucal, las septicemias y las septicopiohemias de origen dentario en relación con la virulencia microbiana y la resistencia individual. En consecuencia, el diente con lesiones crónicas apicales y alveolares y las amígdalas sépticas tienen caracteres patológicos semejantes, por ser focos silenciosos en potencia y ser factores de infección por contigüidad, y a distancia. El proceso primitivo dentario tiene, en cuanto al maxilar inferior, cualidades patológicas propias, por sus características anatómicas y por sus relaciones de vecindad también repercute sobre las amígdalas, a menudo partiendo de la región del tercer molar, en un accidente de difícil erupción o por infección traumática en el curso de su extracción. La infección se propaga al tejido óseo y a los tejidos blandos, primero en el mismo alvéolo, para ser luego subperióstica, y, por fin, supraperióstica.

En el maxilar inferior ofrece interés la porción alveolar del tercer molar: la zona triangular (trígono retromolar) que está en relación con la erupción del tercer molar. Las inserciones musculares en el hueso, que reaccionan primitivamente por el edema interfase-

cicular, explican también la orientación que siguen las supuraciones hacia la amígdala.

Importancia de la etiología dentaria.—Desde los trabajos de Sebi-leau, Escat, Canuy, etc., los accidentes del tercer molar y de su ve-cindad han señalado su etiología. Así se observan: a) Amigdalitis ul-cerosas o de Vincent con etiología bucodentaria; b) Amigdalitis agu-das por focos apicales y por los mismos trastornos eruptivos y trau-máticos; c) Todas las restantes complicaciones en el curso de la evo-lución del tercer molar inferior. La evolución y la sintomatología co-mún con el proceso periamigdalino se explican por razones de conti-nuidad de tejidos, y otras veces, por la invasión que hace el pus for-mado en la zona yuxtaamigdalina, o como lo haría el pus proceden-te del absceso maxilofaríngeo preestiliano.

Tratamiento preventivo odontológico.—En efecto, el odontólogo es consultado frecuentemente por enfermos cuya sintomatología es ori-ginada por caries con repercusiones amigdalinas; cada vez que la sep-ticidad bucodentaria y menor resistencia orgánica agrava el foco den-tario se exalta la virulencia de los microbios anidados en las criptas amigdalinas, produciéndose una inflamación aguda o la reactivación de una amigdalitis crónica. Suprimiendo el foco dentario ya no ob-servamos esta amigdalitis de repetición.

El odontólogo puede realizar el tratamiento preventivo: a) En el momento eruptivo; y b) En el “momento quirúrgico” de eliminación de la pieza dentaria.

Cuando la erupción es incompleta, la infección yace bajo el ca-puchón mucoso o saco pericoronario, donde se establece el punto ini-cial; al no tratarlo convenientemente, se estimulan los síntomas in-flamatorios a distancia, pudiendo provocar repercusiones gangliona-res, osteoperiósticas y musculares, es decir, desde la simple estoma-titis de erupción hasta la angina de Ludwig; si esta pericoronitis se inicia simplemente con una hiperhemia, se puede pensar en la po-sibilidad de evitar las demás complicaciones, instituyendo el trata-miento de la fibromucosa ulcerada mediante las cauterizaciones quí-micas progresivas; con este método se obtienen mejores resultados que con el galvano o electrobisturí.

Si la bolsa subgingival presenta fluctuación, será necesario drenar-la. Hay que tratar la estomatitis con lavados antisépticos a base de cloro; se tratarán las carias existentes y se hacen aplicaciones locales de medicamentos arseniosos antiespirilares con la siguiente fórmula:

Resorcina	}	a. a. 1'	gramo.
Novo - arrenobenzol			
Azul de Metileno		0'50	"
Glicerina	}	a. a. 10'	"
Agua destilada			

Toda muela de juicio que provoque accidentes graves debe ser ex-traída. La extracción de un tercer molar incluído es una intervención seria y que necesita el estudio radiográfico bien documentado, el es-