

PROTECCION DIRECTA O INDIRECTA DE LA PULPA SANA Y AMPUTACION VITAL DE LA PULPA CORONARIA

por el

Prof. W HESS

Al hablar hoy del tratamiento pulpar y de los vletes radiculares por medio del *calixil*, del *sero-calcio* y del *endoxil*, y quizás también de cierto dentinógeno, me propongo el ofrecer un aspecto general de los resultados obtenidos hasta el momento actual según las investigaciones relativas a las propiedades terapéuticas del *calixil*, absteniéndome de entrar aquí en el problema relativo al tratamiento pulpar y de los filetes radiculares. Esto nos llevaría demasiado lejos, y, en consecuencia, me limitaré al análisis de los efectos terapéuticos del *calixil* en la protección directa e indirecta de la pulpa sana y a un examen del problema de la conservación de la vitalidad de la pulpa sana o de la amputada.

De paso haremos mención de otras terapéuticas, por ejemplo del empleo de la dentina de Mueller, el *tiranal*, el *vitapulpa*, etc., que se emplean igualmente, pero que nos llevan a distintos resultados. El *citronellol*, de Bernard, ha sido también utilizado como protector pulpal, y ya veremos después con que resultados.

En presencia del hecho que el tratamiento de una pulpa puede provocar ciertos efectos en los tejidos apicales, reacciones debidas a los efectos mecánicos, químicos, alérgicos o bacterianos y que el organismo, en general, ofrece el peligro de una diseminación, los investigadores continúan en el estudio de los problemas de orden biológico que interesan lo mismo a la pulpa que a los tejidos apicales.

Y he aquí que en tantos años sólo se han empleado medicamentos cuya acción violenta perjudica el protoplasma celular, sirviéndose de otros compatibles con los tejidos y que resultan

inofensivos. Es cierto que entre todas las preparaciones utilizadas actualmente no se sabría decir si resultan inocuas; pero gracias a las investigaciones, día a día se van imponiendo los medicamentos cuya aplicación puede resultar útil.

..... *Protección indirecta de la pulpa*

Si la profilaxis de la carie presenta su primera línea en la lucha contra las bacterias, una vez que la carie se ha establecido en el diente, la preparación de la cavidad, los canalículos dentinales con sus prolongaciones protoplasmáticas, así como la restauración inorgánica con los materiales de obturación, representan la segunda línea en este combate.

El odontólogo consciente de su responsabilidad tendrá siempre presente en sus intervenciones que en la preparación de la cavidad quedan al descubierto un sinnúmero de canalículos dentinales con sus prolongaciones protoplasmáticas expuestas a la acción térmica bacteriana o tóxica, irritaciones que pueden llegar fácilmente hasta la pulpa.

La dentina enferma ejerce una acción irritante, especialmente en la periferia, excitación transmitida hasta la pulpa y que puede lesionarla. Este es el caso que sucede particularmente en la preparación de muñones para coronas, en la que la pulpa no ha tenido tiempo de formar las zonas transparentes de la dentina, y en la que un gran número de canalículos dentinales están en comunicación directa con la pulpa; preparación de cavidades, en la que se desarrolla un grado de calor que puede llegar a alcanzar los 70°, lo que tenderá a evitar la coagulación del plasma en los canalículos de la dentina.

Entre las influencias químicas es necesario citar la de los medicamentos utilizados en la desinfección y limpieza de la cavidad. Todos los medicamentos que actúan profundamente o aquellos que tienen propiedades necrosantes deberán evitarse; por ejemplo, el fenol, el formol, etc., los cuales son demasiado fuertes. Por el contrario, las soluciones ligeramente alcalinas pueden ser empleadas para neutralizar los ácidos de la carie: soluciones de hidrato de carbono, agua oxigenada, fenol-alcanfor y quizás el ozono.

En consecuencia, el calixil ofrece, según nuestra opinión, grandes ventajas. Se caracteriza por una concentración de hidrógeno que se aproxima sensiblemente a la de las fibrillas de Tomes y de la pulpa, cuyo pH, establecido como de 7,3, se encuentra en parecido nivel al del calixil, con un pH 8,5.

Recientemente, Gottlieb, en su libro sobre la carie dentaria, ha recomendado, después de la preparación de la cavidad, su impregnación (de la dentina) con el nitrato de plata al 40 por 100, seguida de su precipitación con una solución de cloruro de calcio concentrado, de manera que se obstruyan los canalículos dentinales.

Se puede, asimismo, recomendar el empleo de la plata amoniacal durante un corto intervalo, recubriendo la dentina con óxido de cinc y eugenol en una mezcla con una pequeña cantidad de nitrato de plata al 10 por 100, o igualmente con calixil.

Nosotros recomendamos, debajo de toda obturación definitiva, un fondo de calixil, el cemento de óxifosfato y, eventualmente, una capa de óxido de cinc y eugenol, si la pulpa está próxima.

Esta protección indirecta de la pulpa proporciona al órgano pulpar la posibilidad de protegerse con dentina secundaria, y la zona transparente de la dentina, dificultando la acción de las influencias exteriores sobre la pulpa.

Algunos autores, como Batt, Bonsack y Dechaume, (1) han defendido últimamente la opinión que, después de la preparación de la cavidad en la carie, si existe el peligro inmediato de interesar la pulpa, puede dejarse una capa de dentina enferma, en razón de que las bacterias de la carie mueren bajo el cierre hemético, pudiendo así evitarse un nuevo perjuicio para la pulpa.

Estos autores fundan su opinión en las investigaciones de Besic, que ha demostrado que ciertas bacterias mueren bajo la obturación sellando herméticamente las cavidades. Pero él mismo señala que un número considerable—aproximadamente el 33 por 100 de las bacterias, sobre todo estreptococos—pueden

(1) Véase ODONTOLOGÍA, 464 (1946) y 353 (1949).

vivir bajo la obturación. Las investigaciones de otros autores, como Seltzer, han demostrado que bajo la obturación se encuentran año y medio después en la mayoría de los casos, las bacterias vivas y que aún la desinfección de la dentina no ha impedido el que las bacterias acidogénicas persisten y disponen de elementos de vida suficientes para poder formar toxinas que alteren los tejidos pulpaes.

Nada de esto son afirmaciones puramente doctrinales; pero tienen el peligro de inducir a los estudiantes a error y de incitar a los propios profesionales a la despreocupación y el abandono en la preparación de cavidades si se les aconseja dejar dentina enferma en el fondo de las cavidades bajo la obturación.

El deseo que pueda existir de practicar una terapéutica preventiva de la pulpa ha de recibirse con satisfacción, pero es necesario asimismo considerar en este criterio el peligro de los materiales, los mismos cementos de oxifosfato, que no se oponen radicalmente a él ni ofrecen un cierre hermético a los líquidos de la cavidad; y esto sin tratar del hecho de que por influencias mecánicas y químicas pueda aparecer una nueva cavidad en los bordes de la obturación.

De las investigaciones experimentales que hemos hecho con el empleo de la ósmosis, de la ioneforesis, y de la presión negativa se ha demostrado que las obturaciones realizadas en dientes, en boca o no, son permeables a las sustancias colorantes, cualquiera que fueran los materiales obturantes empleados, aun cuando dichos materiales no ofrecieran defecto alguno.

Estos hechos positivos prueban que es necesario considerar para todas las obturaciones una posibilidad, en el tiempo, de penetración secundaria de bacterias, de toxinas y de ácidos por la dentina enferma bajo la obturación, penetración que puede dar lugar a una nueva infección de la pulpa.

Este es el motivo por el que nosotros recomendamos resecar cuidadosamente, sin el empleo de la fresa, la dentina enferma, de colocar eventualmente una capa de calixil y de hacer una obturación provisional con óxido de cinc, eugenol y un cemento de oxifosfato de cinc, que mantenemos durante algunas semanas, con objeto de ofrecer a la pulpa la posibilidad de

formar dentina secundaria, y solamente tiempo después, realizar la obturación definitiva.

De esta forma podrían conservarse un gran número de pulpas, y gracias a una capa de protección de cemento de oxifosfato y un fondo de calixil, los resultados de la protección indirecta de la pulpa pueden considerarse como excelentes, sin que la infección tardía de la pulpa pueda producirse.

Protección directa de la pulpa

La tercera línea de defensa en la lucha contra las bacterias está constituida por la protección directa de la pulpa y por la amputación pulpar de la pulpa viva.

Hace ya algunos años que nosotros llamamos la atención sobre el desarrollo de ambos métodos. Las experiencias clínicas no pudieron ser ratificadas, sin embargo, sino con la investigación histológica y bacteriológica; el mismo examen radiográfico proporciona datos para poder registrar la efectividad de la protección realizada y de las nuevas formaciones drusas, de dentina, que se desarrollen en la superficie de la pulpa.

Consideremos, ante todo, los casos de lesión de la pulpa que no haya sufrido previamente inflamación, y en los que, como consecuencia, se trata de una pulpa sana, expuesta. Antes que nada, es necesario en estos casos obtener un campo operatorio estéril, empleo de instrumentos asimismo estériles y del propio material de protección estéril o ligeramente antiséptico.

En lo concerniente al empleo del calixil veamos lo que conviene considerar: por supuesto, se colocará el dique de goma, se procederá después al lavado del dique y del diente con tintura de yodo al 5 por 100, se resecará toda la dentina enferma con las precauciones necesarias, se lavará la cavidad por medio de una solución de calixil, y de ser necesario, con agua oxigenada al 3 por 100 para neutralizar los ácidos de las caries, estando indicado aquí el empleo del aseptizador de Riedener; se comprende fácilmente que todos los instrumentos empleados deberán estar estériles.

Con respecto a la anestesia se recurre a la troncular para el maxilar inferior y a la terminal para el maxilar superior. Puede emplearse en algunas ocasiones una pequeña lámina de metal con el calixil colocado bajo la lesión de la pulpa, procediendo a continuación al secado con cloroformo, con objeto de deshidratar el calixil, y se obtura con cemento de oxifosfato.

Es necesario, generalmente algunos días, para conocer si la protección realizada puede o no prosperar, si existe sensibilidad al frío y al calor acompañado de un dolor persistente podemos pensar que concluya nuestra intervención en un fracaso. La sensibilidad normal puede registrarse por medio de las corrientes de inducción. En cuanto a la formación de sustancias duras es la radiografía la que puede, a las pocas semanas, darnos cuenta de su estado.

Los resultados obtenidos con el calixil y que han sido registrados por el examen radiográfico, histológico y clínico en 600 casos son extremadamente satisfactorios. He aquí la relación numérica proporcional de los resultados obtenidos después de tres y doce meses, tras haber realizado la protección pulpar con calixil, aplicado sobre pulpas sanas o ligeramente inflamadas, resultados ratificados por el examen histológico.

Las pulpas sanas expuestas, estando la dentina sana, ofrecen resultados completos en el 95 por 100 de los casos. Las pulpas sanas expuestas, estando la dentina enferma, dan resultados satisfactorios en el 88 por 100, y para pulpas sanas expuestas, después de un breve contacto con la saliva, el éxito se obtiene en el 85 por 100. Por el examen histológico de la pulpa sanas o hiperhémicas protegidas con calixil, ha demostrado la presencia de células odontoblásticas, de nueva formación de dentina, engendradas en las fibras del tejido pulpar. Estos exámenes revelan, por otra parte, la presencia de dentina nueva, formada sobre la lesión de estas pulpas, las cuales se encuentran de esta manera obturadas.

En 1939, Bernard en su trabajo: "Estudio sobre la terapéutica de la herida dental" (*Odontolog.*, 4, 1948) aconseja el empleo del *citronellol* como medicamento para el tratamiento de las pulpas expuestas, no practicando la desvitalización, sino cuando los fenómenos ofrecen la pulpa hipersensibles, es decir,

en el 1 ó 2 por 100 de los casos bien raros de nefritis. Este tratamiento biológico viene siendo empleado por Bernard hace diez años, el cual ha sido sustituido actualmente por el citronol NB 47. Según Bernard, esta protección de la pulpa expuesta con el citronol, proporciona a las ocho o treinta horas una formación de una sustancia dura, que cierra la abertura expuesta de la pulpa.

Las investigaciones de Bernard se basan en un examen puramente clínico, y no han sido controladas histológicamente.

Marmasse, en 1947, ha examinado este método de protección de la pulpa sana por el citronellol. Clínicamente ha podido apreciar que las pulpas permanecen con vitalidad, pero no ha podido registrar el hecho de la formación de una sustancia dura que cerrara la abertura expuesta de la pulpa.

En los casos en los que fué empleado el citronellol no se pudo apreciar la formación de dentina un año después; pero si después de este tiempo se emplea el calixil, se pudo demostrar la formación de una sustancia dura. Con el calixil, únicamente, los resultados positivos fueron obtenidos en el 85 por 100 de los casos.

Bernard, más tarde, cambió su técnica de protección añadiendo al citronellol el 10 por 100 de gomenol y protegiendo el citronegol con una pasta que contiene ácido de cinc y yeso, y como líquido el citronellol-gomenol.

Ha faltado hasta ahora la posibilidad de fiscalizar estas protecciones después de un período de tiempo de larga duración por exámenes histológicos que permitieran apreciar si los resultados obtenidos con dicha protección del citronellol son realmente excelentes. Nosotros hemos emprendido en estos últimos tiempos investigaciones histológicas para estudiar las pulpas expuestas y tratadas con el citronellol, solamente después de un plazo de cuarenta y cinco días; hemos estudiado después las tratadas con el citronellol y el calixil, y, por último, lo hemos hecho después también de cuarenta y cinco días con las que solamente se empleó el calixil. De esta forma hemos podido comparar los resultados de las tres experiencias. Las investigaciones histológicas nos dieron resultados completamente diferentes.

Para el citronellool sólo, después de noventa días, el 90 por 100 de pulpas representaban una inflamación crónica de la pulpa, formación de abscesos en el tejido pulpar y calcificación irregular del tejido pulpar; pero no una formación de odontoblastos. Para los casos tratados con el citronellool durante cuarenta y cinco días, seguido de otro tratamiento con el calixil durante otros tantos días, las pulpas mostraron un 80 por 100 de inflamaciones, pero en algunos casos existía una formación de sustancia dura. En los tratados con el calixil solamente, después de noventa días, las pulpas aparecían sanas, y pudo apreciarse la formación de odontoblastos y de una dentina normal.

Estas investigaciones prueban que los resultados clínicos no son idénticos a los resultados histológicos, y que el calixil proporciona unos resultados muy superiores al citronellool.

Hemos empleado, igualmente, otros productos, por ejemplo, el *endoxil*. Es esta una preparación calcárea empleada en Suiza con un 80 por 100 de fracasos. Hemos empleado también la dentina esterilizada, proporcionada por el mismo diente afecto. Hemos hecho de experiencias durante seis meses y otras durante diez meses, y hemos podido confirmar resultados positivos en el 85 por 100 de los casos. La dentina esterilizada es un medio de obtener la formación de una capa de dentina neoformada sobre la superficie de la pulpa, pero si nosotros preferimos hoy el empleo del calixil es por la dificultad de que la dentina así obtenida quede estéril: las bacterias del aire penetran en el polvo de dentina y después de cierto tiempo los resultados obtenidos con ella son negativos.

Por esta razón, nosotros empleamos hoy el calixil, que es ligeramente antiséptico y que no tiene los inconvenientes de la dentina esterilizada.

Método de amputación de la pulpa viva

Considerando que el tejido pulpar es un órgano capaz de revertirse en sus funciones, él mismo constituye el mejor obturador para la raíz dental; nosotros hemos tenido la idea de examinar experimentalmente el método de amputación de la pulpa viva o para emplear la expresión de Hermann, de la con-

servación de la vitalidad pulpar de los filetes pulpaes. Las investigaciones a este respecto continúan actualmente. Existe, pues, hoy la esperanza de que el método de la amputación de la pulpa viva aplicado a la caries de este grado, nos proporcione resultados absolutamente irreprochables.

Si fuéramos a hacer aquí exposición de cada uno de los métodos existentes, iríamos demasiado lejos. Me limitaré, pues, a estudiar las investigaciones realizadas hasta nuestros días con el calixil.

En primer lugar, deseo tratar de los trabajos consagrados a la amputación de pulpas vivas, sanas, diagnóstico por rati-ficación histológica efectuada posteriormente.

Los trabajos relativos a la amputación de pulpas vivas fueron motivo de una discusión en el Congreso de Viena. Los informes presentados al Congreso no defendían los mismos puntos de vista. En aquella época los conocimientos relativos a la experimentación sobre amputación de pulpa viva, no estaban suficientemente argumentados, y es que acaso los comunicantes habían llegado a conclusiones, según las cuales, había lugar a recomendar la amputación. Mas después de trabajos realmente minuciosos se ha llegado a nuevos resultados. Un número bastante grande de autores han trabajado en este tema de amputación de la pulpa viva. Estas investigaciones demuestran que los resultados de la amputación de la pulpa viva son decididamente alentadores y dan un porcentaje de éxitos relativamente elevado.

Se ha señalado, es cierto, que las pulpas presentan frecuentemente, antes de la amputación o después, síntomas de degeneración; por ejemplo, los odontoblastos se ven afectados de degeneración vacuolar, atrofia retiforme, del tejido conjuntivo caracterizada por una calcificación intersticial del tejido y por la formación de dentículos.

Las pulpas así afectadas están particularmente sujetas a infección, o necrosis, o al peligro de originar metástasis que por la vía sanguínea producirían focos de infección en cualquier parte del organismo.

Debo subrayar a este respecto que el examen de centenas de dientes extraídos, sanos cariados, paradentósicos, etc., re-

velan alteraciones idénticas a los fenómenos de degeneración referidos. Otras veces se aprecian pulpas sin el menor signo de inflamación o necrosis, y no ha lugar a exagerar para señalar su significación de que proceden.

El examen histológico comparativo de unos molares extraídos a la edad de diez años y de los cuales uno había sido sometido a la amputación de la pulpa sana, mientras los otros no habían sufrido tratamiento alguno, nos ha traído a la conclusión de que las alteraciones regresivas del tejido de la pulpa, por uno u otro de estos grupos, eran absolutamente parecidas.

En cuanto al peligro de anacoresis, debida a la presencia de estos procesos de degenerescencia, no existe la posibilidad de detenerlos, ya que las pulpas infectadas por vía sanguínea son, en realidad, raras, y aun mismo en los casos de paradentosis avanzada no se las encuentra a menudo.

Con objeto de obtener resultados de amputaciones de pulpa viva, como los obtenidos después de un período de observación prolongado, hemos registrado, con la ayuda de la corriente de inducción y el examen radiográfico e histológico, casos de amputaciones realizadas de uno a cinco años antes. Desde el punto de vista clínico, el 90 por 100 de los dientes habían conservado su vitalidad, y la radiografía no indicaba modificación alguna pulpar. Las radiografías sucesivas de los dientes a los cuales se había aplicado el tratamiento de la amputación de la pulpa viva los mostró el examen histológico en todo parecidos, lo mismo a los del año que a los de los cinco años; lo cual permite afirmar que es absolutamente falso el que dientes que han sufrido la amputación pulpar sean, a la larga, destinados a perecer. Las mismas pulpas atrofiadas mantienen la vitalidad después de muchos años. Esto significa que el método de amputación de la pulpa viva ha realizado ya sus pruebas como método terapéutico; de momento, él nos puede evitar en el 90 por 100 el desarrollo de los focos de infección, método que se puede fundamentar en los mejores resultados, muy superiores a la extirpación de las pulpas.

Se ha empleado igualmente la amputación pulpar en los dientes de leche. La aplicación de este método en los niños es,

naturalmente, ligeramente diferente que en el tratamiento de los adultos. Nosotros hemos realizado investigaciones a este respecto y hemos descubierto que en el 65 por 100 de los casos las pulpas de dientes de leche permanecen vivas, cubiertas de una sustancia dura, de una sustancia dentinal. El que las pulpas permanezcan vivas y la reabsorción del diente de leche, son hechos absolutamente normales.

Comentario

La terapéutica conservadora, por medio de obturaciones hechas adecuadamente, la protección pulpar contra cualquier irritación que haga peligrar su integridad la conservación de la pulpa por medio de su protección directa o indirecta, la amputación coronaria de la pulpa viva, he aquí soluciones terapéuticas que nos permiten poner diques a la infección evitando el desarrollo de los focos de infección.

En lo concerniente a los casos de gangrena, a los focos apicales, una indicación convenientemente establecida en relación con la aplicación de una terapéutica apropiada, nos permitirá asimismo el combatir la diseminación de los focos en el organismo con tantas probabilidades de éxito como con la extrema resolución de la extracción, que, por otro lado, no es siempre suficiente para impedir la diseminación o la agravación del estado general del enfermo.

Lo que hay de cierto hoy es que la terapéutica referente a la pulpa y su porción radicular tiende más y más hacia los métodos preservadores. Las investigaciones hechas en este aspecto se continúan sin interrupción. El trabajo experimental destinado a ampliar las bases de esta terapéutica y sus resultados nos permiten tener grandes esperanzas.

Cuando todas estas investigaciones hayan llegado a resultados definitivos que puedan ser apoyados en un período de observación, terminarán por imponerse a la práctica diaria y llegará el momento en el que la medicina dentaria ocupará, por derecho propio, el lugar que le viene correspondiendo en el campo de la terapéutica preventiva y en el de la curación de las afecciones de la pulpa y del tejido conjuntivo periradicular.

Resumen

La terapéutica concerniente al tratamiento pulpar tiende día a día hacia los métodos preservadores. Las investigaciones hechas en este aspecto, se suceden sin descanso. El trabajo experimental destinado a ampliar estas bases de la terapéutica, nos permiten ampliar nuestras esperanzas. Estas investigaciones podrían apoyarse en un amplio período de observación, tras el cual se impondrá en la práctica diaria.

El autor expone los métodos directos e indirectos de protección de la pulpa y de la amputación vital de la pulpa sana con el calixil y el citronellol-101 de Bernard, demostrando con cortes histológicos sus investigaciones. En la protección indirecta se aconseja no dejar dentina enferma cerca de la pulpa. Los ácidos, las toxinas y las bacterias en la dentina enferma pueden causar alteraciones de los tejidos pulpaes, y como las bacterias, bajo la obturación no mueren, la infección de la pulpa es de temer. Dado que los materiales de obturación no sellan herméticamente la cavidad, el autor da los resultados de sus investigaciones que demuestran el peligro que para la pulpa persiste. (per. *Rev. Odontoloque.*, 534, 1949.)

MILLER (J. B. y ABRAMSON (H. L.): *Un método de anestesia tópica mediante nebulización de anestésicos locales*. "Dis. Chest", 1949, 16-4, 408.

En la actualidad, los métodos usuales para conseguir la anestesia tópica de las vías respiratorias originan dificultades al médico y molestias a los enfermos. Para evitar estos inconvenientes, los autores describen detalladamente un método de administrar los anestésicos locales mediante pulverización.

Esta anestesia por pulverización ha dado resultados satisfactorios en la broncoscopia, broncografía, espirometría e intubaciones traqueales.

El buen éxito de este método depende del tamaño de las partículas de aerosol conseguidas por el pulverizador. El método está casi exento de los inconvenientes y riesgos de los métodos usuales, originando pocas o ninguna molestia al enfermo. (R. A. Stanek, per. "Rev. Esp. Tub.", 849, 1949.)

MUERTE POR DERMATITIS Y ESTOMATITIS DEBIDAS A LA TERAPEUTICA CON ESTREPTOMICINA

por el

DR. R. A. PALLISTER

del General Hospital de Penang, Malaya

La dermatitis es una de las posibles complicaciones que puede presentarse por la administración de estreptomicina, aunque generalmente sea esta complicación leve y de escasa importancia. También la estomatitis es otra de las complicaciones, pero todavía más rara. Por ello puede resultar interesante la referencia de dos casos nuestros en los que la muerte ha sido su resolución, y en los cuales hubo fiebre y lesiones de la piel y mucosas, complicaciones que tuvieron lugar durante el tratamiento de una tuberculosis pulmonar con dicha droga.

Historia clínica del caso primero

Se trataba de un chino de veinticinco años de edad, el cual fué admitido en el Hospital el 26 de noviembre de 1948, por padecer un catarro con esputos sanguinolentos y pérdida de peso. Su enfermedad duraba ya entonces alrededor de un año. Al examen radiológico de los pulmones se apreciaban lesiones bilaterales fibrocaseosas y conteniendo el esputo bacilos. También tenía epididimitis, estando la próstata más bien hipertrofiada, dura y con adherencias. Su temperatura se elevaba diariamente a 38'3° C. Por su fiebre le fueron administrados diariamente dos gramos de estreptomicina, desde el 29 de noviembre. Después de unos días con temperatura normal, volvió, a la semana, a tener fiebre diariamente (38'3° C). El 18 de diciembre tuvo una violenta subida de temperatura (40°) asociada con una sintomatología que detallamos más abajo. Esta irregularidad de temperatura continuó hasta el 21 o el mismo mes en que falleció.

La enfermedad terminó con fiebre, estomatitis y dermatitis. El 18 de diciembre, al comenzar la fiebre alta, hacía veinticuatro horas que no se encontraba bien el enfermo. Tenía una sensación de quemazón en los labios y garganta, irritación de los ojos y prurito en el pecho y abdomen. El enfermo apreció reducción de la cantidad de orina y sensación de quemazón al orinar.

Al examen general, el enfermo aparecía con reacción eritematosa. Estas estaba especialmente asentada en el tronco, estando libres de cara, dorso de las manos y plantas de los pies. Los labios estaban dolorosos y la cavidad oral plena de ulceraciones a ambos lados de los carrillos, en la encía de la arcada inferior y en la amígdala derecha. Padecía lacrimeo y estaba la conjuntiva congestionada. La estreptomycinina fué suspendida el día 18, siendo sustituida por penicilina. Asimismo se le administraron inyecciones de Pentnucleotide. En la mañana del 21 sufrió vómitos y su pulso se hizo rápido y débil. El enfermo murió aquella misma tarde.

El recuento globular durante la enfermedad demostró una leucopenia fuerte; el 19 d diciembre era: 2.000 leucocitos (10 por 100, polimorfonucleares; 78 por 100, linfocitos; 10 por 100, eosinofilos); el 20 del mismo mes, era: 3.200 leucocitos (21 por 100, polimorfos; 69 por 100, linfocitos; 8 por 100, mononucleares; 2 por 100, eosinofilos). El examen bacteriológico de muestras de la boca, evidenció algunos bacilos fusiformes, apareciendo el *streptococo viridana*.

Historia clínica del caso segundo

Este enfermo era un chino de veintiocho años de edad, el cual ingresó en el hospital el día 13 de marzo de 1949, a consecuencia de una hemoptisis. La historia de su enfermedad llega hace unos ocho o nueve meses en que le fué apreciado un ligero foco de tuberculosis en uno de los pulmones. Entonces rehusó el tratamiento adecuado, conservando su estado general hasta hace un mes, antes de su admisión en el hospital, época que empezó a perder peso, encontrándose con gran laxitud. Al

entrar en nuestro servicio se le apreció fiebre, pero su estado general era bueno. El esputo contenía bacilos, y los rayos X mostraban amplios focos en ambos pulmones. Su estado representaba una difusión actual, producida por un foco crónico en el lóbulo superior izquierdo.

El 24 de marzo se comenzó el tratamiento con estreptomina, al a dosis de un gramo diario. Hasta entonces la temperatura había permanecido alta, siendo la máxima entre 38'3° y 39'4° C; pero con la estreptomina bajó la temperatura muy señaladamente en tres días. Durante una semana permaneció con 37'8°, después de lo cual comenzó a subir; durante dos semanas el enfermo sufrió un aumento irregular en su fiebre, que llegó a 40°. El 18 de abril rehusó seguir el tratamiento con estreptomina por causarle dolores la inyección, pero se dejó convencer para ponérsela al siguiente día. El 20 de abril—después de haberle sido administrados 26 gramos de estreptomina—sufrió una nueva violenta subida, y el medicamento le fué suspendido. En este momento se presentaron los síntomas descritos más abajo. La temperatura permaneció alta durante unos diez días, yendo después hacia la normalidad. Durante las complicaciones el enfermo empezó rápidamente a empeorar, muriendo el día 26 de mayo.

Los primeros signos de su reacción fueron: enrojecimiento e inflamación de la piel, que hicieron sospechar al médico que le veía; se trataba de una urticaria. Al tercer día, sin embargo, aparecieron placas superficiales ulceradas del paladar, y días después, estos síntomas se agravaron seriamente. La piel de la cara estaba enrojecida, mostrando cierta descamación. En el tronco, la piel estaba brillante, enrojecida, y en las piernas aparecían unas vesículas. Los labios llagados, y las mucosas del carrillo, lengua y apladar estaban cubiertos con una membrana purulenta, estando toda la boca plena de fluídos orales. Los párpados estaban inflamados, y difícilmente podían abrirse. En el saco conjuntival existía algo de pus, pero la conjuntivitis era poco intensa.

El 26 de abril tenía 18.000 leucocitos por cm. (75 por 100 polimorfonucleares, 12 por 100 linfocitos, 1 por 100 mononucleares, 12 por 100 eosinofilos). En dos semanas, desde el co-

mienzo de las complicaciones el enfermo reaccionó algo, mostrando una mejoría. La piel inflamada revirtió, secándose las costras. El enfermo había perdido mucho peso y se encontraba en un estado general muy deficiente. Las lesiones de la boca habían también mejorado algo, muy lentamente, persistiendo el estado hemorrágico de los labios. Al morir el enfermo, cinco semanas después del comienzo de sus complicaciones, sus lesiones no habían curado completamente.

Aparte del tratamiento sistomático le fué administrada penicilina y calcio. Antes de la reacción a que nos hemos referido, la única droga administrada que pudo haberle causado estos síntomas fué el phenobarbiton.

Comentario

Los dos casos descritos tienen una semejanza grande con el eritema multiforme, grave, enfermedad endémica en Malaya. En colaboración con Hu, hemos referido el caso de un enfermo sometido a tratamiento general por tuberculosis pulmonar, éste padeció aqueca enfermedad. Sin embargo, este cuadro debería unirse a las condiciones que afectaron a ambos enfermos; es decir, al empleo de la estreptomina como posible factor etiológico. Es esto más probable que explicárselo como simple coincidencia, pues las lesiones de este tipo son verdaderamente poco comunes, y sería verdaderamente sorprendente encontrar dos enfermos semejantes en un grupo comparativamente pequeño por haber sido tratados con estreptomina, sin que esta droga sea parte en dicha causa. Beham y Perr (1948) han descrito tres casos de estomatitis, y Thevathasan (1949) otro caso al ser tratado con estreptomina. En ambos de estos informes la estomatitis fué el resultado de la sensibilidad del enfermo a la estreptomina. Summer (1949) ha descrito tres casos que sufrieron también lesiones en la boca y piel. Estas lesiones fueron, sin embargo, atribuidas a deficiencia de la alimentación por acción bacteriológica de la estreptomina en la síntesis de las vitaminas por los organismos intestinales, y este cuadro no era el mismo exactamente a los dos nuestros terminados fatalmente y descritos arriba. No obstante, quizás la deficiencia de

nutrición, que no es rara precisamente en Malaya, juegue alguna parte en la desencadenación de las lesiones de la piel y mucosas orales.

Es natural resaltar, después de todo, la anormal sensibilidad de estos enfermos para la estreptomycinina o la acción tóxica directa de la droga como causa, la más probable, de los síntomas referidos. (per *Brit. Med. J.*, 1271, 1949.)

El factor constitucional en las convulsiones anestésicas.—Las convulsiones anestésicas han sido atribuidas a numerosos factores, y especialmente se ha concentrado la atención sobre los factores ambientales que pueden motivar convulsiones; pero los autores señalan que no se le ha dado suficiente valor a la posibilidad de una predisposición constitucional a las convulsiones epilépticas. En el presente trabajo comunican las investigaciones electroencefalográficas en 22 enfermos, de un total de 42 casos que presentaron convulsiones anestésicas. Se obtuvieron electroencefalogramas anormales en aproximadamente las tres cuartas partes de los casos. Se observaron en más de la mitad descargas paroxísticas de ondas anormales y ataques epilépticos larvados en la cuarta parte. La incidencia y naturaleza de las diferentes descargas fueron idénticas con las halladas en un grupo grande de enfermos con epilepsia idiopática. De la consideración de las observaciones clínicas de los 42 casos se dedujo que las convulsiones anestésicas no diferían en absoluto de los ataques epilépticos, y, por tanto, sugieren el punto de vista de que las convulsiones anestésicas son debidas primariamente a una personalidad epiléptica congénita, pero latente. Los factores que precipitan las convulsiones en estas personas predispuestas varían entre los diferentes individuos; pero algunos de los factores que han sido achacados son precipitantes bien conocidos de los ataques epilépticos en sujetos conscientes. Parece que la principal diferencia entre los sujetos con convulsiones anestésicas y los de epilepsia idiopática descansa en el grado de predisposición a las convulsiones, factores que aparecen durante la anestesia, siendo simplemente precipitantes de la convulsión. (Per *Lancet*, "Rev. Clí. Esp.", 3, 280, XXI.)

El tratamiento de la neurología facial por la electrocoagulación

P O R

DR. PHILIPPIDES

Entre los métodos actuales para compatir la neuralgia del trigémino, la sección retro-gasseriana es, sin disputa, la más segura; permite seccionar, bajo control de la vista, según la extensión de la neuralgia, una parte más o menos grande de la raíz posterior. Para realizarla se nos ofrecen dos técnicas operatorias plenamente satisfactorias: la de Dandy y la de Frazier. Podemos citar todavía la tractotomía de Sjöqvist, pero es aún demasiado pronto para decidir su valor. Con este método se tiene la certeza de poder respetar las vías motrices, lo que está absolutamente indicado en los raros casos de neuralgia bilateral. La vía de acceso de Dandy tiene, además, el mérito de permitir la ablación de los pequeños tumores ponto-cerebelosos que, según este autor, son la causa del 10 por 100 de las neuralgias del trigémino.

La alcoholización pasa generalmente como un método inofensivo: puede ser empleada en sujetos de todas las edades, pero en cierta medida coloca la destrucción del ganglio de Gasser en manos del azar. Frecuentemente provoca la destrucción de la primera rama, con queratitis consecutiva y todos los inconvenientes que ésta acarrea. No es raro observar otros accidentes debidos a la difusión del alcohol en los espacios sub-aracnoideos, tales como parálisis óculo-motrices, acústica, vestibular y facial. Hay que añadir que su ejecución correcta implica la técnica precisa de la punción del ganglio de Gasser, lo que requiere una cierta experiencia.

En opinión del autor, en los enfermos no muy viejos, la sección retro-gasseriana de Dandy es la que se acerca más a la intervención ideal. No obstante, este método exige la apertura de la fosa posterior, lo que supone una buena formación neuroquirúrgica, y comporta, a pesar de todo, una mortalidad del 2 al 10 por 100. El proceder de Frazier es mucho menos peligroso, pero no puede ser impuesto a todos los enfermos sin distinción de edad y de estado general.

La electrocoagulación del ganglio de Gasser puede ser considerada como un proceder intermedio entre la sección retro-gasseriana y la alcoholización. Fue imaginada en 1931 por Kischner y se caracteriza por una cierta posibilidad de dosificación individual y por su simplicidad. Se la puede, por otra parte, considerar como inofensiva. En efecto, sobre más de 150 coagulaciones, el autor no ha tenido que deplorar ningún accidente mortal. Este proceder reclama, sin embargo, una técnica muy

precisa para la punción del ganglio de Gasser. Se basa sobre el reconocimiento radiológico del agujero oval y el empleo de un estribo especial con aparato señalador. Gracias a esto es posible no solamente dirigir la aguja de coagulación en el agujero oval, sino hasta reglar la profundidad de penetración en el ganglio. Además, se puede hacer variar la extensión de la destrucción en función del tiempo de coagulación y de la intensidad de la corriente. El reglaje del aparato comporta la puesta en evidencia radiológica del eje que une los agujeros ovales y la proyección sobre la placa de la distancia que los separa. La distancia real se obtiene

D. f.

seguidamente por la fórmula: $d = \frac{D \cdot f}{F}$. La D representa la distancia

proyectada de los agujeros ovales; f, la distancia ampolla base del cráneo, y F, la distancia ampolla-placa.

Hace falta saber si es menester, como lo exigen ciertos autores para la alcoholización, destruir todo el ganglio de Gasser; la experiencia ha demostrado que no es indispensable una destrucción total para obtener la supresión del tic doloroso. El autor renuncia deliberadamente a la destrucción completa, que en el 10 a 15 por 100 de los casos provoca una queratitis.

Zenker ha pretendido excluir individualmente las diversas partes constituyentes del ganglio de Gasser por cambios en el eje de punción; pero este método carece de seguridad; se ha demostrado que hasta en las neuralgias de las tres ramas la exclusión de los fascículos de la segunda y de la tercera ramas basta para suprimir los dolores. En la neuralgia de las ramas segunda y tercera se pueden obtener los resultados apetecidos con la sola destrucción de los fascículos de la tercera rama. En otros términos, se recomienda ser parsimonioso en la destrucción del ganglio, tanto más que se pueda reemprender la intervención dos o tres días más tarde si la primera no ha dado resultados completos; un hecho es cierto, a saber: es menester evitar la exclusión completa de las tres ramas. Si, por desgracia, se llega a tocar la primer rama, hay que colocar inmediatamente al enfermo bajo la vigilancia del oftalmólogo. En dos años y medio, entre 41 casos tratados, el autor ha observado dos queratitis. Resulta inútil recordar que la coagulación no se debe aplicar más que a los casos de neuralgia facial comprobada, pues en particular en las simpatalgias y en las neuralgias postzonatosas la coagulación no tiene éxito.

Desde luego que existen recidivas tanto después de la coagulación como de la alcoholización; pero son tanto más raras cuanto la anestesia es más completa. En los casos en que después de la coagulación se comprueba un cierto grado de hipoestesia en el territorio de la neuralgia, es posible la recidiva. Esta no es irreparable, pues se puede repetir la coagulación a voluntad y las recidivas reaccionan también a una nueva intervención como al primer tiempo. El riesgo de recidivas varía del 5 al 10 por 100 en un lapso de tiempo indeterminado. En los 41 casos de

estos últimos treinta y seis meses, el autor ha tenido dos recidivas y ha visto sobrevenir una después de nueve años. Excepcionalmente ha observado fracasos completos a pesar de coagulaciones repetidas. En los treinta y seis meses últimos un solo caso refractario ha requerido una operación de Dandy: se trataba de una mujer de cuarenta y cinco años que continuaba sufriendo a pesar de tres coagulaciones sucesivas, curando por la neurotomía retro-gasseriana. En un segundo caso ha comprobado, a pesar de dos consultas, crisis dolorosas pasajeras que duraban de uno a dos segundos en el dominio de la segunda rama, pero que no molestaban particularmente al enfermo. Todos los restantes enfermos abandonaron el servicio libres de sus tics dolorosos. Los casos raros en los que, pese a una técnica rigurosa, no se obtiene analgesia, parecen deberse a una anomalía topográfica del ganglio de Gasser.

Algunos neurocirujanos rechazan este método porque lo consideran como no quirúrgico, reprochándole el coagular a ciegas la base del cráneo. Los bellos resultados terapéuticos contradicen tal juicio, y no hay que olvidar que la operación quirúrgica está lastrada con una cierta mortalidad hasta en las manos más expertas.

Por otra parte, cuando fracasa la coagulación se puede siempre recurrir a la neurotomía. Finalmente, la electrocoagulación tiene la ventaja de poderse aplicar hasta a los enfermos de edad avanzada. La experiencia del autor permite afirmar que la coagulación del ganglio de Gasser es muy superior a la alcoholización por su inocuidad, la facilidad de su dosificación y la precisión de su técnica. Sus resultados resisten la comparación con los métodos operatorios, que también tienen sus fracasos y no están exentos de recidivas. Este proceder parece responder a la idea de Dandy, que no busca más que la exclusión parcial de la sensibilidad, y no se aleja de ella más que por la lesión inevitable de la rama motriz.—*José L. Serrano.* (per "La Presse Medicale", núm. 37, 21 de julio de 1947, pág. 423.) [616.833.]

Estomatitis por estreptomycin.—Se han descrito numerosas manifestaciones de intoxicación o intolerancia en el curso del tratamiento con estreptomycin. Entre ellas figuran la irritación en el lugar de la inyección, fiebre, dermatitis, prurito, rinitis, conjuntivitis, hinchazón de la mucosa bucal, eosinofilia, etc., y más frecuentes que todas las citadas son las afecciones permanentes o transitorias del octavo par craneal. En el trabajo se refieren tres casos en los que aparecieron unas manifestaciones ulcerosas en la boca, semejantes a aftas. Las úlceras eran dolorosas y desaparecieron a los catorce días de interrumpido el tratamiento; al reanudarle, recidivaron las lesiones, lo cual parece indicar que realmente se debían a la estreptomycin. S. A. M. A., per R. C. E., XXXIII, 5.

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

1949

PROTECCION PULPAR EN LOS DIENTES TEMPORALES

613.314.18

Siempre tiene que resultar interesante el comentario sobre la protección pulpar, y este interés no puede perderse al tratar de los dientes temporales.

Ya en otra ocasión hicimos alguna referencia a este respecto al hablar de la amputación pulpar en los dientes de leche. Hoy queremos ampliar el interesante tema abundando en la misma opinión, confirmada continuamente por la práctica.

La protección pulpar viene, pues, siendo—sobre todo desde estos últimos años—motivo de curiosidad, y hasta los profesionales más rutinarios la aceptan alentados por su efectividad en el tratamiento dental de los niños.

Sin embargo, como lógicamente se comprende, este proceder ha de estribar en la acertada diferenciación diagnóstica, respecto a la dentina atacada, es decir, la valoración de profundidad de la cavidad.

La resección de la dentina enferma puede, pues, dejarnos la cámara pulpar abierta.

INDICACIONES DE LA PROTECCION PULPAR

Como se deduce de lo que acabamos de decir, resulta fundamental la precisión en el diagnóstico diferencial. Son casos éstos de exposición pulpar en los que sin una historia clínica de grandes dolores o una sintomatología sin manifestaciones exteriores la resección elemental y cuidadosa de la dentina enferma nos lleva a la comunicación directa con la cámara pulpar. En esta situación es de aconsejar el reconocimiento radiológico del diente interesado, aun cuando sólo nos lleve a él el interés por el estado de los ápices radiculares, por cuando que la producida comunicación es posible no la acusen los rayos roentgen. Sin embargo, estará

fuera de toda duda la indicación de la protección pulpar: por la ausencia de toda sintomatología y de sombra radiológica.

La cámara nos queda abierta y con una pulpa expuesta sensible al tacto y quizás ligeramente hemorrágica o hiperhémica, "aun cuando la dentina rodeando la perforación se encuentre normal de color".

También ha de ponderarse el tamaño de la perforación o comunicación con la cámara.

La sensibilidad al tacto es factor importante para juzgar sobre la vitalidad de la pulpa, pero la ausencia de dolor al tacto no indica necrosis, sino que no estando la pulpa hiperhémica, el contacto, o no se establece, o lo hace en menor grado. Son casos en los que el fondo de la perforación aparece con un suave color rosa; mas si, por el contrario, el aspecto de esta ventana abierta a la cámara es el rojo oscuro, es prudente, aun en los casos en los que los síntomas clínico no hubieran sido alarmantes, o desistir de la protección o establecerla como ya hemos indicado en otra ocasión, a lo Watson, y sin abandonar la observación del diente y sus posibles reacciones.

Si a todas estas consideraciones locales añadimos las pertinentes al aspecto de la dentina que rodea la perforación, podremos contar con las mayores probabilidades para una acertada indicación. El color de la dentina es, no obstante, por sí solo de menor valor, aunque es lógico deducir que tanto más normal sea su aspecto tantas mayores probabilidades de éxito existirán en la inmediata protección. Es también evidente que este dolor dependerá de que haya o no sido anteriormente obturado el diente, variando en consecuencia, desde el ligeramente negruzco, al "marrón", o al simplemente amarillento.

El hecho de que el tamaño de la perforación sea mayor que un milímetro no supone inconveniente alguno en cuanto a su tamaño, pese a la opinión de Rosenstein, sino por su relación con el estado de la pulpa, como en correlación inversa, toda vez que mecánicamente puede establecerse la protección biológica de la cámara pulpar (protección no sólo del exterior, sino del propio material protector) con la técnica de Watson, es decir, valiéndose de laminillas metálicas apropiadas. La demostración de este hecho estaría en la amplia (?) abertura aséptica de una cámara y su cierre posterior con aquella técnica.

En fin de cuentas, lo que el operador debe valorar es este conjunto de pruebas que bien ponderadas le llevarán a juzgar "a priori" sobre la posibilidad de recuperación de la pulpa afecta, es decir, de la facultad de reversibilidad del proceso lesivo.

TECNICA DE LA PROTECCION

Una vez abierta la cámara, sobre todo si se trabaja—como ya es corriente—sin el dique de goma, ha de cuidarse el evitar la contaminación del fondo de la cavidad por la saliva. Si, por cierto, las circunstancias

de toda índole nos obligan a trabajar sin el dique de goma, no puede ni aceptarse ni dejar de ser severamente criticado el no utilizar los rollos de algodón como dique para la contención salivar, que, junto con el aspirador, nos permitirá evitar, las más de las veces, la invasión y preservar así la cavidad de tal peligro.

Con uno u otro dique los instrumentos que se pongan en contacto con la dentina deberán asimismo ser estériles. Descubierta, pues, en estas condiciones la cámara pulpar, se continuará, si así fuera preciso, la cautelosa resección de la dentina, siempre que no nos lleve a la apertura de la cámara por imprudencia. Esta maniobra nos será facilitada con el estado perfecto del corte de las cucharillas; nosotros jamás empleamos para ello la fresa. Con este "modus operandi", cualquier exposición que pueda provocarse se encuentra uno en las mejores condiciones mecánicas para organizar la "protección":

Seca la cavidad—nosotros, ya lo dijimos, recomendamos hacerlo de la manera más suave y delicada posible—, Rosenstein aplica en ella femol (solución al 0,5 por 100) por medio de un algodón que lo mantiene un minuto en la cavidad, afectando lo mismo a la dentina que a la parte expuesta. Esta aplicación no debe ser seguida de la de alcohol, secando nuevamente con pequeños algodoncitos o ligera corriente de aire templado.

Rosenstein, que ha trabajado sobre este tema con distintos tipos de materiales de protección, ha empleado el: (1) cemento rojo de cobre con su propio líquido y (2) también mezclado con líquido saturado con nitrato de plata; (3) cemento de cinc y (4) el mismo mezclado con líquido saturado de nitrato de plata; (5) óxido de cinc y timol y (6) óxido de cinc y eugenol.

De todos ellos ha podido deducir que el material de elección para estas protecciones son los cementos dentales. Rosenstein los mezcla en consistencia más blanda que la empleada para la cementación de incrustaciones, cemento que aplica con un instrumento en una simple operación. Nosotros, sin embargo, aconsejamos se haga en proporción que, comparándola a la de la cementación de incrustaciones, domine el polvo. También añadimos al líquido unas gotas (50 por 100) de eugenol, batiendo rápidamente. No obstante lo espeso de la consistencia del batido, da tiempo suficiente para su cuidadosa aplicación, lo que hacemos procurando muy mucho no ejercer la más mínima presión en el centro de esta aplicación de cemento y cuidando, por el contrario, de sellar bien en su periferia.

Tras esta protección—debidamente fraguado el cemento—debe colocarse el material de fondo (cemento o resina, como ahora ha empezado a utilizarse), pudiendo terminarse tras él la obturación con el material definitivo elegido; generalmente en el diente temporal, la amalgama.

El óxido de cinc y el timol fraguan rápidamente y poseen ciertos efectos sedantes. De ser empleados, no siendo su consistencia comparable a

la del cemento, se aplicará una capa de éste, siempre precavidos de no ejercer presión en el centro al aplicarlo.

Rosenstein, que ha tratado unas 628 cámaras expuestas en dientes temporales, de las cuales 512 han sido observadas durante un período de diez años 463 (90 por 100) constituyeron un éxito y sólo 49 (9 por 100) exigieron tratamiento posterior. En dicha estadística fueron empleados, como ya se ha dicho, el cemento de cobre mezclado con su propio líquido, con un 92 por 100 de éxitos; el cemento de cobre mezclado con líquido saturado en nitrato de plata, con el 91 por 100; cemento de cinc con líquido de nitrato de plata, con el 92 por 100; el óxido de cinc con timol, con el 85 por 100, y el óxido de cinc con eugenol, con escasamente el 85 por 100 de los resultados aceptables.

Estos tratamientos de los dientes temporales supusieron para el diente una prolongación de su normal permanencia en la boca, que osciló desde seis meses a siete años.

Quizás pueda también deducirse que la proporción del éxito esté en relación directa con la edad del diente, de forma que los resultados positivos parecen disminuir entre los cuatro y medio y cinco y medio años, parte del tiempo en el que las raíces temporales acaban su formación, mientras que aumentan las probabilidades de éxito en las edades más avanzadas, cuando las raíces temporales han comenzado ya su período de reabsorción.

Para terminar podemos recalcar, en todo caso de exposición de la cámara pulpar, la importancia de los siguientes factores:

- a) Ponderación de la sintomatología.
- b) Cronología de la exposición.
- c) Sus dimensiones.

Estas consideraciones serán primordiales en toda apertura de la cámara con pulpa viva, y, decidida con cordura la protección, el resultado nos proporcionará éxitos y comodidades. Para esta decisión, repetimos, todos los medios diagnósticos son utilizables. La técnica debe seguirse cuidadosamente, y mucho más delicadamente la manipulación dentro de la cavidad del diente, no ejerciendo la más mínima presión.

La esterilización con fenol coagula el fondo de la cavidad y esteriliza el tejido pulpar afectado por el probable traumatismo; sin embargo, nosotros aconsejamos emplear tópicos menos irritantes, y después de haber utilizado el polvo de sulfamidas usamos la pomada de penicilina, como es actualmente recomendado por la mayoría de los autores. Fish cree que si existe riesgo de contaminación estreptocócica se debe, además, someter al niño a un tratamiento de dos o tres días con aplicación intramuscular de penicilina, comenzando inmediatamente tras la intervención odontológica; esto nos permitirá localizar la bacteria y evitar su diseminación.

Nuestro consejo, ciertamente que no puede apoyarse en una tan larga estadística como la propia de Rosenstein, de la Columbia University, pero sí en la experiencia personal y en la tan autorizada como la de Prinz.

EL PROFESOR Dr. D. BERNARDINO LANDETE ARAGO

Jubilación del profesor Landete

Por haber cumplido la edad reglamentaria, ha sido jubilado el catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid don Bernardino Landete Aragón ("Boletín Oficial del Estado" de 25 de octubre de 1949).

616.31 (092)

Don Bernardino Landete y Aragón nació en Valencia el 12 de septiembre del año 1879. Era primogénito de una familia de siete hermanos, en la que el padre se dedicaba al ejercicio de la Medicina.

A los dieciocho años, Bernardino Landete obtenía el título de perito químico, con nota de sobresaliente, y un año después (1898) el de perito mecánico, evidenciando así la habilidad manual que desde entonces había de caracterizarle.

Su vocación y la primogenitura le llevaron a la licenciatura de Medicina (1902), obteniendo al año siguiente el título de doctor, con nota de sobresaliente.

Con un nuevo título, el de la especialidad odontológica (1904), obtuvo asimismo y de manera bien distinguida el de la Otorrinolaringología, que le había de llevar al dominio del terreno que quirúrgicamente habría luego de frecuentar. Con tan profundo bagaje se aprestó a la conquista de la corte, la que le había de tratar con sus agridulces, proporcionándole satisfacciones y desengaños.

Por aquel entonces, los estudios universitarios de la especialidad eran regidos por Aguilar y por Cuzzani, y siendo llamado, por su vocación pedagógica, a la enseñanza, fué nombrado profesor auxiliar de Odontología, primer curso, función que desempeñó durante cinco años (1907-12).

Pensionado por el Ministerio de Instrucción Pública, visitó en 1911 Dresde, Londres y París con objeto de ampliar sus estudios sobre cirugía protética.

De 1912 a 1914 quedó encargado de la cátedra de Odontología, segundo curso, siendo nombrado más tarde, por concurso, encargado de la cátedra de Prótesis, la que desempeñó durante ocho años, hasta 1932, en que, instaurada la República en España, fué desacumulada la cátedra de Odontología, segundo curso, y convocada a oposición. El Prof. Bernardino Landete, después de realizar unos brillantes ejercicios, alcanzaba en esta ocasión (1932) el título que le hacía apto para desempeñar en pro-

piedad la cátedra de Odontología, segundo curso. A partir, pues, de esta fecha, el Prof. Landete abandonaba las explicaciones de la disciplina de Prótesis para dedicarse exclusivamente a la enseñanza de la Estomatología.

En abril de 1939, el Prof. Landete se encontraba en su tierra natal como director del Hospital de la Cruz Roja. Tras este trágico período de la vida española, el Prof. Landete Aragón esperó en situación de interinidad hasta ahora, en que por la edad ha sido jubilado. Es de lamentar que estos años de azarosa vida hayan mermado las fecundas expresiones científicas del Prof. Landete.

La habilidad del Dr. Landete se tradujo frecuentemente en simplificaciones y proyecciones de nuevos dispositivos mecánicos, instrumentos, etc., como son buen ejemplo la jeringuilla para inyecciones diploicas, el mango para espejos, el fórceps de presión, el fórceps de alvéolotripsia, el universal, etc. Producto también de su concepción clara y de síntesis fueron sus métodos peculiares en las extracciones dentarias difíciles, el de los cordales inferiores, el de la hemiresección mandibular, el de la contricción maxilar, el de la extirpación del maxilar superior, así como sus técnicas personales en la urano-estafilorrafia, en el labio leporino, en la prótesis extensible, en la previa. etc.

El Prof. Landete Aragón se casó a los treinta y tres años de edad, justamente cuando acababa de poner sus ilusiones en la enseñanza. De su matrimonio tuvo siete hijos, de los cuales viven en la actualidad seis. De ellos, dos tienen el título de farmacéutico; otro es doctor en Ciencias Naturales; un cuarto, odontólogo, y otro, casi bachiller. Todos ellos, imbuídos de la recia personalidad del progenitor.

El Prof. Landete desempeñó cargos y le fueron conferidos honores, de cuya larga lista le recordamos como jefe del dispensario de Estomatología del Instituto Rubio (1905-14), jefe de la consulta municipal de Estomatología (1907-14), especialista de la Inspección Médico-Escolar (1908), instalando el primer gabinete odontológico en las Escuelas Aguirre, de Madrid; especialista del Manicomio de Ciempozuelos (1910-14); médico de Sanidad de la Armada, por oposición (1903); secretario general de la Academia Médico-Quirúrgica Española (1911-13), vicepresidente de la Sociedad Odontológica Española (1911-14), vicepresidente de la Academia Médico-Quirúrgica (1913-15), secretario adjunto para el VII Congreso Deontológico Internacional (1914), socio fundador de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (1913) y de la Asociación Española de Estomatología (1914), siendo socio honorífico de muchas agrupaciones profesionales sudamericanas.

En 1925 funda, en colaboración con el Dr. Mayoral, "Odontología Clínica", como órgano oficial de la Federación Odontológica Española, segunda época de la "Revista de Odontología", que se editó en Zaragoza.

El Dr. Landete Aragón fué ferviente paladín de la colegiación obligatoria, en cuya consecución gastó buena parte de sus energías. En cola-

laboración con el Prof. Aguilar, fué, asimismo, reformador y ampliador de la enseñanza de la Odontología (1912-14).

Al hacer aquí punto en esta breve biografía del Prof. Landete Aragón nos cumple sentir, juntamente, a no dudar, con el propio biografiado, el que las circunstancias en las que han transcurrido estos últimos años no fueran propicias para la preparación y edición de la obra cumbre, el "Tratado de Estomatología clínica", que de los conocimientos y experiencia médico-estomatológica esperábamos todos los que sentimos la solera y el abolengo de la Odontología española.

BIBLIOGRAFIA DEL PROFESOR LANDETE ARAGO

081

- "Prótesis dental", L. Odontología., 607, 1904.
- "Consideracins. sob. la extre. d. ls. dnts. d. ls. niños", Revst. de Esplds. Médes., 1904.
- "Osteomillitis. dl. mxlar. inf.", Revst. d. Esplds. Médes., 1904.
- "Posibilidad. de que hablen ls. sord.-muds.", Cong. Español. de Sord.-Mudos, Madrid, 1905.
- "Estafilorrafia", Acdm. Méde. Quigica., 10, 1906.
- "Quists. radiolo. dent.", ídem íd.
- "Quists. radiolo. dent. invgnos. en el seno max.", L. Odontología., 249, 1906.
- "Modelo de correccn.", L. Odontología., 231, 1907.
- "Extrac. dent. indolras. cn. el somnoformo", Acdm. Méd.-Quigica., 9, 1907.
- "Anests. local en Odontología", L. Odontología., 326, 1907.
- "Fisiología d. l. pulp. dent.", L. Odontología., 375, 1907.
- "Indcens. del somnoformo", IV Cong. Dent. Español., Valencia, 1907.
- "Sinusitis maxlar.", L. Odontología., 239, 1907.
- "Los dient. en la aprec. de la temp. d. ls. aliments.", L. Odontología., 375, 1907.
- "Pintad. d. ls. prótesis" (Aplicación original), L. Odontología., 517, 1907.
- "Dient. naturales en piez. artificles.", L. Odontología., 375, 1907.
- "Caso de extr. d. un bicúspd.", L. Odontología., 145, 1908.
- "Fístlas. cutáns. de orgn. dent.", L. Odontología., 252, 1908.
- "Opercn. radcal. d. l. sinsitis. maxlr. y anest. local" (Método original), L. Odontología., 345, 1908.
- "Fractura del maxlr.", L. Odontología., 345, 1908.
- "Fístuls. y deformens.", L. Odontología., 251, 1908.
- "Prens. orignal. para colados", L. Odontología., 347, 1908.
- "El perborato sódco. en Odontología.", L. Odontología., 117, 1909.
- "Sugestn. en Odontología", L. Odontología., 391, 1909.
- "Cirug. de urgncia. en Estomtología., comunen. al Atneo. Médeco. Municipal., 1909.
- "Alveolitis", L. Odontología., 353, 1909.
- "Teraptica. indolora en Odontología.", V. Cong. Dent. Español., 1909.
- "Anomalías dent.-maxlrs. corrgrbls. quirgicamente.", L. Odontología., 237, 1910.
- "Neuralgs. faciales", L. Odontología., 96, 1910.
- "Cinc. cas. de neuralg. fac. trtds. con inyecens. d. alcohol.", Acdm. Méde.-Quirgica. Española., 9, 1910.

- "Resecn. subtal. dl. maxlr. sup. por vía bucal y anest. local" (Procedmto. orgnal.), L. Odontlgía., 147, 1910.
- "Anest. local en l. reseccn. subtal. dl. maxlr. sup.". (Método. original.) III Cong. Español. de Cirugía, 303, 1910.
- "Resecn. dl. maxlr.", III Cong. Español. de Otorrinolrglgít., 18, 1910.
- "Resltdos. fnétes. d. ls. paltoplstas (fonogrmass.)", III Cong. Español. d. Otrínlgía.
- "Prótesis restaurdra. en ls. hundmtos. d. l. cara de orig. dent.", L. Odontlgía., 436, 1911.
- "Prótes. y reseccn.", L. Odontlgía., 434, 1911.
- "Sinusitis", L. Odontlgía., 553, 1911.
- "Anestes. regional", VI Congreso Dent. Español., 1911.
- "Extraens. dent.", L. Odontlgía., 33, 1911.
- "Dolors. post-oprtres. en ls. alvolitis y periodnttis.", L. Odontlgía., 309, 1911.
- "L. extren. d. ls. dnts. d. ls. niñs.", Cong. de Obst. y Gínclgía. y Pediatría, 1911 (L. Odontlgía., 237, 1911).
- "Foliclo. dent. infecc.", L. Odontlgía., 304, 1911.
- "Neurlgía. facl., nuev. vía p. el dent. inf.", L. Odontlgía., 96, 1911.
- "Complicacions. gástres. d. orgn. dent.", L. Odontlgía., 98, 1911.
- "Epulis reprodcido.", L. Odontlgía., 98, 1911.
- "Lesn. ósea alvelar. sin altrens. dent.", L. Odontlgía., 140, 1911.
- "Afen. labal. sifltea. trtada. con el 606", L. Odontlgía., 140, 1911.
- "Aprto. par. inyecc. gingvls. a presn.", L. Odontlgía., 140, 1911.
- "Anquilosis manblar. (20 añs.)", L. Odontlgía., 384, 1911.
- "Anests. local en cirgía. oral", L. Odontlgía., 384, 1911.
- "Salvarsán en estomtolgía.", Comnen. a la Acdm. Med. Quirgca. Española., 5, 1911.
- "Resec. maxl. inf.", íd., íd.
- "Fistla. cutá. suprestrnal. d. orgn. dent.", íd., íd., 7, 1911.
- "Fístula del menton", L. Odontlgía., 434, 1911.
- "Neurlgias. rfljas. de orgn. dent.", VI Cong. Dent. Español., Madrid, 1911.
- "Prótesis inmediata en l. reseccn. del maxl. inf.", Acdm. Méd. Quirgca. Española., 7, 1912.
- "Combinacn. de oro y mat. select.", L. Odontlgía., 500, 1912.
- "Próts. laríngea. Aparato Fonador", L. Odontlgía., 274, 1912.
- "Anests. regional", L. Odontlgía., 585, 1912.
- "Trsimus. cicatrcal. d. 18 añs.", L. Odontlgía., 150, 1912.
- "Hipertrf. dfsa. d. ls. maxlrs. por probble. tumor d. l. hipofisis", L. Odontlgía., 274, 1912.
- "Fístlas. dl. mentón d. orgn. dent.", L. Odontlgía., 275, 1912.
- "Probble. quist. foliclar. d. parts. blands. situado en el paladar", L. Odontlgía., 275, 1912.
- "Mal perfrante. bucal", L. Odontlgía., 500, 1912.
- "Felclo. dent. infctdo. cn. fstla. en l. bas. d. l. nariz", íd., íd.
- "Atrsia. bcal. cn. estmtitis. post-sarmpionsa.", íd., íd.
- "Sinusitis maxlr. y anstsia.", IV Cong. Nacionl. de Otornglgía., 14, 1912.
- "Cuidos. prevs. d. l. boca en ls. intervns. farngs.", íd., íd.
- "Rsltdos. lejnos. tratmto. d. ls. neurlgias. facls. por inyecens. de alcohol", Acdm. Méd. Quirgca. Española., 7, 1912.
- "Abus. d. ls. extrecens.", L. Odontlgía., 50, 1912.

- "Fract. dl. inf. izqdo. y fístula mentnana.", L. Odontlgía., 450, 1912.
- "Trs. cas. de seis incsvs.", L. Odontlgía., 274, 1912.
- "Dnte. muert. sin cars. y fístula. dl. barba", L. Odontlgía., 274, 1912.
- "Ahumdo. iódico en odontlgía.". (Método. orgnal.), L. Odontlgía., 443, 1912.
- "Restauren. dl. ánglo. mes. en incsvo. vivo, en. porcelna.", L. Odontlgía., 500, 1912.
- "Cas. de triada de Hutchinson.", L. Odontlgía., 414, 1913.
- "Dient. inclido pr. traumtsmo.", *id.*, *id.*
- "Epulis y elctrilisis.", L. Odontlgía., 414, 1913.
- "Folicul. dent. aljdo. en bas dl. seno, curdo. por past. iódica", L. Odontología., 414, 1913.
- "Pérdda. dl. mxlar. sup. izqdo. por tratmto. merccral.", *id.*, *id.*
- "Espina ventosa. dl. maxlr.", *id.*, *id.*
- "Osteomilitis. grve. en. hipertfia. dfa.", *id.*, *id.*
- "Sinustis. maxlr. y pasta iódca.", *id.*, *id.*
- "Sinerg. muscular. dl. orbcal. dl. ojo y lab.", L. Odontlgía., 467, 1913.
- "Resecen. maxlar.", Acadm. Méd. Quirgea. España., 6, 1913.
- "Próts. inmediata en un niño de diez años, por sarcoma", L. Odontlgía., 49, 1913.
- "Anestes. reginal.", L. Odontlgía., 267, 1913.
- "Póts. imdta. y osteosarcoma", L. Odontlgía., 352, 1913 (en colb.).
- "Pasta iodofórmca.", L. Odontlgía., 435, 1913.
- "Próts. imdta. y resecc. del max.", L. Odontlgía., 341, 1914.
- "Tartretmía.", L. Odontlgía., 342, 1914.
- "Nvo. tratmto. sinstitis. maxlr. crónea.", VII Cong. Dent. Español., Barcelona, 1914.
- "Clasfcen. d. ls. afecens. odnto-estmglcs. de indle. médca.", VII Cong. Dent. Español.
- "Osteomilitis. mortal por hidrgrsmo.", L. Odontlgía., 469, 1914.
- "Sarcoma del maxlr. inf.", Acadm. Méd. Quirgea., 440, 1914.
- "Estomatitis ulcerosa", *id.*, 452, 1914.
- "Sinsitis curda. por radiotrpia.", *id.*, 452, 1914.
- "Supuren. alvolar. curda. con pasta Mosetig", *id.*, *id.*
- "Un cas. de flmón. leñoso del cllo. cudo. por vacuna estafilocóca.", VI Cong. Dent. Internenal., Londres, 1914.
- "Surgry. of. th. mxl. postoprty. trtmt. by iode. flngs.", VI Cong. Dent. Internenal. Londres, 1914.
- "Anestes. local en odontlogía., innvens. técnicas.", VII Cong. Dent. Español., Barcelona, 1914.
- "La radiografía en odontlogía.", VII Cong. Dent. Español.
- "Periodontitis", L. Odontlgía., 518, 1914.
- "Flem. leñoso de orig. dent.", *id.*, 685, 1914.
- "Tratmto. periodnttis. crónea.", *id.*, 513, 1915.
- "Tratmto. piosnsitis. max. d. org. dent., con pastas iodfórmeas.", L. Odontlgía., 3, 1916.
- "Ostemlitis. dif. maxl. inf. tratds. con autovcuna.", L. Odontlgía., 324, 1916 (en colb. con Dr. Mayoral). Comunicación al VIII Cong. Dent. Español., 1916.
- "Ensyos. de obt. de dents. con aleacns. de baja fusión, con el galv.-cautri.", Conf., Madrid, 1916.

- "Vacuns. en la práctc. odontestomtlg.", Odontlgía., 3, 1917 (en colb. con Dr. Mayoral).
- "Consolidaon. vicos. maxl. inf.", Odontlgía., 360, 1917.
- "Alveolitis", seis pág. en octv., adc. a la obra de Preiswrk: "Atl. tratd. odont.", Madrid, 1912.
- "La electro.-coglucn. en l. desinf. d. ls. nervductos.", Medicina Ibera, Madrid, 1916.
- "La bca. d. l. nodriza; hig. y proflxs.", Odontlgía., 19, 1918.
- "Cáncer ling.", Odontlgía., 479, 1918 (con Dr. Chornet).
- "Patlogía del cordal", Odontlgía., 15, 1919.
- "L. extre. dent.", Odontlgía., 113 y 183, 1919.
- "Vacunotrpi. d. ls. inf. bucales", Odontlgía., 295, 1919.
- "Complicans. inf. orig. dent., etc.", Odontlgía., 109, 1920.
- "Id. íd. polimerbns., etc.", íd., 145; 223, 1920. (con la brasn. Dr. Mayoral).
- "Id. íd. fístlas.", íd., 278, 1920 (Dr. Mayoral).
- "Vacunotrpi. en la piorrea", íd., 554, 1922.
- Comunicación al X Cong. Dent. Español.
- "Enfrmds. d. l. mucosa bucal", capítulo de l. obra Hernando y Harñón., Madrid, 1925.
- "Fractrs. mandblres.", tradcto de Herpin, con aporten. de técnos. simplificadas), Madrid, 1925.
- "Tratd. d. Estontlgía.", de Gaillard y Nogué, Anotacns. al. Barcelona, 1925.
- "Ideas fundmtls. e. l. patolg. tratmto. piorr.", Od. Cl., 5, 1927 (con Dr. Mayoral).
- "Diagnóstes. difrnc. lesns. sífiltes. d. l. boca", Odon. Cln., 725, 1929.
- "Caccinothrp. dans l. malds. d. l. bouch.", V Cong. frances d. Estomtlg., París, 1927.
- "Vacuntrp. genrl. y espcl. inf. quirg. y bcles.", 550 pg. y 260 fig., Madrid, 1927 (colb. con Dr. Mayoral).
- "Intrdcc. al estd. d. l: Odontlg.", 221 pg. y 57 fig. en octv. Madrid, 1929 colabrc. Dr. Mayoral).
- "Divulgen. odontlgca.", Odnt. Cln., 263, 1930.
- "Divulgen. odontlgca.", , 263, 1930 (colbre. Dr. A. Cervera).
- "El arte y la odontlg.", 86, pg. y 97 fig., Madrid, 1930 (colb. de Xaudaró, Francés, Chicharro y Ontañón).
- "Alrmantes hemrrgs. d. l. boca", 66 pg., 9 fig., en octv. (colb. Dr. Mayoral). Madrid, 1929.
- "Cómo puedn. morri. ls. enfrms. d. l. boca", Odon. Clna., 475, 1931 (colb Dr. Mayoral).
- "Valoracn. invludz. dl. aparto. bucal", Odontl. Clnca., 153, 1931, XII Cong. Dent. Español. (Colm. Dr. Mayoral).
- "Electro-cogulen. en odontlg.", Odon. Cl., 681, 1931.
- "Inf. bucales", Odon. Cl., 1, 1932 (colb. Dr. Mayoral).
- "El acero inoxidable.", capitulo. en l. tradc. espñla. de l. obra de Turner y Anthony, Madrid, 1933.
- "Hemireseco. maxl. inf. y prtes.", Odont. Cl., 539, 1933.
- "Patología d. l. muela del juicio", Poncia. oficial del XV Cong. Dent. Español., Barcelona, 1947.

NOTICIAS

LAS NUEVAS JUNTAS DE GOBIERNO

Cerrado ya este número, y cuando nos disponíamos a proceder a su reparto, se nos remite, con el ruego de que sea publicada, la siguiente noticia:

“Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Sección 7.ª Número 6.884.—Adjunto tengo el honor de remitir a usted su nombramiento de Presidente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Odontólogos, así como también los correspondientes a los demás miembros que lo integran, a fin de que tenga a bien hacerlos llegar a sus destinos.

Dios guarde a usted muchos años. Madrid, 29 de octubre de 1949.—El Director general, *José A. Palanca*.

Señor don Gregorio Espejel, Presidente del Consejo General de los Colegios de Odontólogos. Jorge Juan, 41. Madrid.”

“Ministerio de la Gobernación.—Siendo necesario renovar los cargos directivos del Consejo General de los Colegios Oficiales de Odontólogos, este Ministerio ha tenido por conveniente designar a usted para el cargo de Presidente del mencionado Organismo.

Dios guarde a usted muchos años. Madrid, 24 de octubre de 1949.—Firmado: *Blas Pérez González*.

Señor don Gregorio Espejel.

Estos oficios y los correspondientes a los demás miembros del Consejo tienen registrada la fecha de salida el día 2 de noviembre de 1949, habiendo tomado posesión ante el excelentísimo señor Director general de Sanidad el día 5 del corriente mes, habiendo recaído estos cargos en los siguientes compañeros:

Presidente, don Gregorio Espejel; Vicepresidente, don Rafael Bergareche; Secretario, don Arturo López Viejo; Tesorero, don Alfredo de la Torre; Vocal de Previsión, don Eduardo Gutiérrez Bedoya; Vocales: don Enrique Pérez Klett y don José María Escudero Tellechea; Vocal de Falange Española Tradicionalista, no ha sido propuesto aún.

Este Comité ejecutivo envía un cordial saludo a todos los compañeros de España, haciendo votos por el engrandecimiento de la profesión, y a cuyos altos ideales se consagra, comprometiéndose a servirla con el mayor entusiasmo e interés, esperando de todos una leal colaboración.

Ha sido renovada la Junta de gobierno de la primera región (Madrid), que tomó posesión ante el excelentísimo señor Director general de Sanidad el día 7 del corriente mes, quedando constituida de la siguiente forma:

Presidente, don Florentino Mallol de la Riva; Vicepresidente, don José María Escudero Tellechea; Secretario, don Jesús Pérez Gómez; Tesorero, don Manuel Rubio Conde; Vocales: don Luis Iribarren Cabanilles, don Tomás García Díaz y don Fernando Caballero Santero; Vocal de F. E. T., don Luis Maza Lazbal.

Con el Presidente del Consejo General de Odontólogos, doctor D. Gregorio Espejel (*)

Una antigua y buena amistad con mi compañero Gregorio Espejel, a quien recientemente se le ha conferido el honroso cargo de presidente del Consejo General de Colegios de Odontólogos de España y de quien no nos ha separado más que la distancia en kilómetros de nuestras actuales residencias, pero unidos siempre por el mismo amor profesional, las mismas inquietudes y yo presiento que también por la misma visión de los problemas nuestros profesionales, hoy de más importancia que nunca, me animaron a hacerle una visita y poder oír su opinión y planes ahora al frente de este Consejo, órgano rector de nuestra profesión. Y para que esta charla fuese todo lo jugosa que yo deseaba, solicité de él esta entrevista, que me ha concedido inmediatamente, dejando por un momento de trabajar entre papeles en su despacho de la sala de Juntas del Colegio de Médicos de Madrid.

Quiero hacer su presentación siquiera de un modo esquemático. Es el hermano mayor de tres compañeros también odontólogos e hijo de cirujano-dentista. Odontólogo en el año 1922 y premio extraordinario en su licenciatura. Doctor en Medicina en 1925. Profesor ayudante en la Escuela de Odontología durante seis cursos. Profesor auxiliar, por oposición, durante cuatro cursos. Encargado de cátedra durante los cursos 1939-40 y 1940-41. Es odontólogo por oposición de los Servicios Provinciales de Sanidad desde el año 1936 y odontólogo por concurso-oposición de la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión y de la escala del Seguro de Enfermedad. Ha colaborado en revistas médicas y de la especialidad, divulgando sus experiencias y enseñanzas. Tiene en su haber, además de sus veintiocho años de ejercicio profesional, su eficaz iniciativa y apoyo por las causas justas, por el engrandecimiento de la clase, y de quien ahora hemos de esperar, sin duda, que el acierto presida su actuación al frente del tan difícil cargo de presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos.—A. HELLER.

* * *

(*) Remitido por A. Heller.

—¿Por qué has establecido aquí la sede social del Consejo?

—La absoluta falta de medios económicos (ya que la tesorería del Consejo en la liquidación que nos anuncia así nos la presenta) es un motivo fundamental, y, por otra parte, la insuficiencia del local del Colegio de Odontólogos de Madrid nos decidió a solicitar del presidente del Colegio de Médicos de Madrid que nos cediese un pequeño local para oficinas, que puso inmediatamente a nuestra disposición, como asimismo las diversas dependencias de que dispone y de las que hemos utilizado en nuestras reuniones del Comité ejecutivo. La sala de Juntas, en donde ahora estamos, y en los próximos días celebraremos las sesiones del Pleno en una de sus magníficas salas de conferencias, prefiriendo este local al del Colegio de Odontólogos por tener ya aquí instaladas nuestras oficinas y al alcance de la mano todos los documentos que habremos de necesitar y el personal auxiliar, escaso pero valioso, que por ahora disponemos. Te ruego hagas constar la gentileza del doctor Velasco Pajares, ilustre presidente del Colegio de Médicos de Madrid, que con una magnanimidad y esplendidez ejemplares ha puesto a nuestra disposición no sólo sus locales, sino toda su magnífica organización de personal y oficinas para que pudiéramos, siquiera provisionalmente, instalarnos en tanto vemos el modo de hacerlo definitivamente.

—¿Cómo vas a instalarte definitivamente y hacer frente a los gastos que ello ha de ocasionar si dices que no dispones de fondos?

—En efecto, no tenemos fondos. Sólo hemos heredado cuatro trastos viejos que remozaremos, y todo lo demás que hemos de necesitar y comprar no puede salir de nuestros escasos ingresos de las cuotas colegiales, si por supuesto se nos ocurriera elevar estas cuotas. Esta carga no puede ni debe pesar sobre los colegiados ni sobre los Colegios regionales. Hemos hecho gestiones y tenemos promesas del propio excelentísimo señor ministro de la Gobernación y del director general de Sanidad que han de traducirse en el transcurso de breves días en unos miles de pesetas, suficientes para la puesta en marcha de nuestro Consejo, y poder así tener un alojamiento digno, aunque por el momento tengamos que conformarnos con su modestia. Como ves, el primer milagro que vamos a hacer, y no lo es poco, es el de obtener fondos para nuestra instalación, milagro que debemos, repito, a los excelentísimos señores ministro de la Gobernación y director general de Sanidad.

—¿Quieres decirme cómo fuiste elegido para este puesto?

—Imposible contestarte, porque ni yo mismo lo sé. Puedo decirte, sin embargo, que fui llamado por el excelentísimo señor director general de Sanidad y el delegado nacional de Sanidad para que expusiese mi punto de vista respecto a la solución que se me ocurría para evitar la disociación que podría ocasionar en nuestra profesión las pretensiones desorbitadas de los recientes estomatólogos. Para salir de dudas y que se supiese ciertamente de dónde podía partir esta disociación, solicité y obtuve una entrevista con el director de la Escuela de Estomatología, y en

presencia de estos dos personajes. El resultado fué la promesa del Director de acceder a estos tres puntos:

1.º Que fuese disuelta o no volviese a dar señales de vida la recién constituida Sociedad de Estomatología, que se creó; sin duda, con ánimo de agrupar a los estomatólogos en sus actividades científicas y que en la práctica podría ocasionar la división de los profesionales en dos grupos de distinto rango, división perjudicial siempre y en este caso totalmente artificiosa, ya que no por el hecho de ser estomatólogos iban a ser ni los más científicos ni los más capacitados, pues no se te oculta, como profesional que eres, que la inmensa mayoría de los que somos médicos y odontólogos no hemos canjeado nuestro honroso título por el nuevo de estomatólogo, que nada nos puede dar, y yo, como tantos otros, seré de los que siempre ostentarán con orgullo un título de odontólogo, que ya fué una victoria y magnífica superación profesional, que debemos a aquella gran figura, don Florestán Aguilar, que obtuvo para nuestra clase una enseñanza universitaria eficiente y una dignificación que a nosotros nos corresponde mantener y aun mejorar no con títulos rimbombantes, sino con un espíritu amplio de armonía y unidad en lo colectivo, y en el orden individual, que cada cual se supere con conocimientos, investigaciones, mejoramiento de técnicas, que esto han de ser siempre títulos con los que se logrará una mayor categoría para la colectividad. Y ahora permíteme siquiera dos palabras de recuerdo y en honor de los cirujanos dentistas, de esos antiguos y muy buenos profesionales todos ellos, que suplieron a sus escasas enseñanzas académicas de hace medio siglo un entusiasmo y un deseo de aprender y superar que en el transcurso de su vida profesional han demostrado poder figurar al lado de los mejores odontólogos, quienes en todo momento se han mostrado orgullosos de agruparlos en nuestros Colegios profesionales a los que con su ejemplo y eficaz laboriosidad se hicieron dignos de poder ser considerados como maestros.

2.º Que cursara las órdenes oportunas a sus afiliados para que se diesen de alta en el Colegio de Odontólogos de sus respectivas regiones, ya que habían solicitado su baja por creer que el ser estomatólogos o médicos odontólogos era en el Colegio de Médicos donde creían que debían estar colegiados. Equivocación lamentable y además fuera de la ley, puesto que ésta exige taxativamente la obligación de estar colegiados en los Colegios de Odontólogos a aquellos profesionales que ejercen la Odontología, ya sean cirujanos, dentistas odontólogos o estomatólogos, pudiendo éstos, en lo que se refiere a su tributación a la Hacienda, elegir otra agrupación.

3.º Que facilitase las negociaciones para que se cambiase el nombre del Consejo y Colegio de Odontólogos por el de Estomatólogos y Odontólogos, cambio pedido y autorizado, sólo pendiente de dictar la correspondiente orden ministerial.

—Y estas promesas, ¿son ya un hecho o han de tardar mucho en ser realidad?

—La verdad es que después de aquella entrevista no hemos celebrado ninguna más, y como la celebración del Pleno es cuestión de muy pocos días, espero que se consigan como consecuencia de la opinión unánime del Pleno y como conquista de éste, que es el representante de toda la clase. En apoyo de nuestra razón tenemos, además, el peso de la ley, y aun te doy una razón más en apoyo del acierto de esta solución, y es que el hecho de estar agrupados en un mismo Colegio todos los profesionales de la Odontología, llámense como quieran, no tiene ni un solo inconveniente y, en cambio, reúne todas las ventajas de ir unidos en la reivindicación de nuestras legítimas aspiraciones y en la cruzada, gran cruzada, que está a punto de comenzar contra esa plaga fatal que es el intrusismo.

—¿Tienes personalmente soluciones prácticas para acometer y acabar con el intrusismo?

—Mis iniciativas en este aspecto y en cualquier otro que afecte a nuestros altos intereses de clase no pueden ser más personalmente; serán siempre del Comité ejecutivo, ya porque sus miembros me hagan partícipes de sus opiniones o que sea mi opinión la que haga suya el Comité por parecerle acertada, y en este sentido puedo anunciarte con orgullo y satisfacción que tenemos un plan de actuación en que todos los detalles han sido estudiados y previstos y para cuya puesta en marcha esperamos solamente la celebración del Pleno que te anuncié y del que han de salir unas conclusiones, cuya aprobación esperamos merecer y conseguir, con las que el intrusismo ha de recibir un golpe mortal, contando de antemano con la ayuda valiosa y decidida del excelentísimo señor ministro de la Gobernación, a quien someteremos en último término nuestras justas peticiones. Tenemos la absoluta seguridad de que se dictarán disposiciones importantes por los ministerios de la Gobernación y de Trabajo para delimitar bien los campos y poder sancionar de un modo ejemplar a los que hasta ahora han venido trabajando al margen de la ley y al amparo de disposiciones hasta ahora poco claras o insuficientes en el castigo.

—Has hablado de golpe mortal. ¿Puedo interpretarlo como mortal necesariamente?

—Puedes asegurar categóricamente que en el transcurso del año que empieza y antes de que termine, el intrusismo dejará de ser un problema. Habrá, es posible, algún caso esporádico que terminará por desaparecer ante la ejemplaridad del castigo, que recaerá con mayor fuerza aún sobre los malos compañeros que encubren o amparan al intruso, y en esta labor estoy seguro que no ha de faltarnos la ayuda individual y colectiva de todos los buenos compañeros.

—Esta ayuda que esperas de los buenos compañeros, ¿no crees que tropezará con la apatía de siempre ante los problemas generales, por grandes que sean?

—Puedes decir muy alto que estoy encantado y orgulloso de que se me haya ofrecido este cargo, en donde tanto se puede hacer y en donde

he de contrastar opiniones de todos los que quieran ayudarme y en el que seguramente cosecharé sinsabores a lo largo de mi actuación. Pero nada de lo que pueda ser negativo ha de tener influencia en mí, y, a pesar de no haber querido nunca aceptar ningún cargo de confianza, he aceptado ahora el de más responsabilidad, sin duda, porque como español y como profesional he creído un deber, ante la gravedad del momento actual, gravedad en todos sentidos, crisis aguda, de causas diversas, que es preciso vencer y contener y ante la que no caben soluciones intermedias ni posturas cómodas, y te repito, aun a sabiendas de que podemos no lograr cuanto ambicionamos, he aceptado con gran contento la presidencia del Consejo, al frente de la que espero que la clase pueda apreciar no tardando que no les hemos defraudado y poder así merecer la confianza y ayuda que he solicitado.

Y estrechando la mano al compañero de siempre, al darle un abrazo y mi enhorabuena, aun me dijo:

—La acepta con toda mi alma; no creas que pienso, y menos aún puedo decir, que este cargo es un sacrificio. ¡No! Es un deber al que entrego disciplinadamente, con energías y optimismo que espero no me falten, y de ello el tiempo nos lo dirá.

La Dirección General de Enseñanza Universitaria anuncia haber sido admitido provisionalmente a las oposiciones convocadas para proveer la cátedra de Estomatología quirúrgica, de Madrid, el siguiente aspirante:

Doctor don Pedro García del Villar Pérez.

Han sido excluidos provisionalmente, por defectos en su documentación, los aspirante:

Doctores don Antonio Góngora Durán y don Juan Carlos Marcos Gómez. ("Boletín Oficial del Estado" de 2 de enero de 1950.)

El próximo I Congreso Médico del Sur

El 23 de enero comenzará sus tareas el I Congreso Médico del Sur, que estudiará importantes ponencias. Intervendrán más de cuatrocientos cincuenta congresistas, representantes de varias universidades de España, principalmente de Sevilla y Granada. Los temas que serán estudiados son: "Protección maternal de recién nacidos", "Aportaciones a la Patología" y "Empleo abusivo de medicamentos". Además se celebrarán conferencias magistrales, que estarán a cargo del profesor don Gabriel Sánchez de la Cuesta, catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Sevilla, y de otros de las de Cádiz y Granada. En honor de los congresistas se organizan varios actos.

El doctor don Francisco Rodríguez Muela, del Colegio de la XX Región, ha contraído matrimonio con la señorita María Luisa Insausti. La ceremonia tuvo lugar en la capilla del Cristo de Menagaray (Alava) el pasado mes de octubre.

Enviamos a los jóvenes esposos nuestra cordial felicitación.

INDICE DE AUTORES

A

	<i>Páginas</i>
<i>Abramson, H., y Miller.</i> —Anestesia tópica	717
<i>Argüelles, Antonio de Vicente.</i> —Anests. tronclar. d. l. mandbla. inferior	1
— Importancia d. l. higne. bucal sob. el rest. dl. orgnsmo. ...	362
<i>Antini Riveros, Luis.</i> —Materiales elásticos. d. imprsn., ls. algnatos.	454

B

<i>Bailey, Hamilton.</i> —Paratidctmía., indens. y resltados.	320
<i>Bañuelos, M.</i> —Más sob. l. etiolg. virásca. d. ls. cáncres.	539
<i>Black.</i> —N. theo. of Dent. Surg.	677
<i>Beltrán, Julio.</i> —L. angna. Vincent en ls. niños.	174
<i>Brow, A.</i> —Tratmto. d. l. glosits. d. l. anemia pern.	453
<i>Bueren, J. M. de.</i> —La última. palbra. d. l. ciencia electrñca.: el capacitrón	106

C

<i>Campo, Juvencio.</i> —Adamantinoma d. l. mandbla.	601
<i>Campos Bertolo, Pedro.</i> —Abscesos labiales	297
<i>Carranza, Fermín A.</i> —Lo q. he vsto. en periodncia. en ls. EE. UU.	24
<i>Carrea, Juan U.</i> —Premio Miller	238
<i>Cernea.</i> —Véase Bibliografía	481
<i>Correa Ferndz., Adolfo.</i> —Prevcn. d. l. car. en niños.	95
<i>Croos, W. G.</i> —Reaccns. orles. al empl. d. l. penclina.	148

D

<i>Dechaume.</i> —N. ther. of Dent. Surg.	677
<i>Di Biaggio.</i> —Foliculitis expulsiva	553
<i>D'Halluim, M.</i> —La muerte no es lo q. se cree	111
<i>Doer Z., Carlos.</i> —Prevcn. d. l. caries dent. en niños.	95
<i>Dood.</i> —El furacin	177

E

EDITORIALES

Aureomicina	611
Amputación pulpar en ls. incsvos. fractrados.	549
<i>Landete, Bernardino.</i> —Biografía del Prof.	730
Bibliografía del Prof. Landete	732
El método. de Howe con el ntrto. d. plata	112
El método de Gottlieb en la profilaxis de la caries	49
El Seg. de Enfermdad. y la libre iniciativa en ls. EE. UU.	233
<i>Etchegoyen.</i> —Erup. dent. en lactn. revldora. caren. vitm. C.	133

	<i>Páginas</i>
El ultrasonido	671
La Escuela de Medicina de Chile	113
Ls. dentífcos.: irium y amonio	408
Odontolgia y diabetes	477
Protección pulpar	726
Reaccns. orales a la penicilina	178
Reaccns. orales a la estreptomícina	179
Reforma docente d. l. odontolgia. spñola.	51
Santa Apolonia vs. Jupiter Dolichenus	339
Tirotricina	280

F

<i>Fernández Correa, Adolfo.</i> —Preven. d. l. car., en niñs.	95
<i>Fernández Martín, Andrés.</i> —Estd. morfologico. dl. maxl. sup. dl. niño. recn. nacido y n. ss. prmros. añs.	192
<i>Phillips, W. R.</i> —La car. del esmalte dental	581
<i>Fierz.</i> —Véase Bibliografía	481
<i>Forteza Forteza, Santiago.</i> —Perbrato. sódco.	134
<i>Furstenberg, A. C.</i> —Enf. gland. salv	23

G

<i>Gamberoni, Pedro.</i> —Fract. dl. hueso malr. en ls. deportistas.	405
<i>Garrod Lawrence, P.</i> —Ls. bactrs. en l. cocina	343
<i>Gil Mariscal, Aurelio.</i> —Un cs. intersnte. d. quiste dentifro.	534
<i>Gómez Comes.</i> —Cndo. dbñ. ser extr. ls. dnls. d. lche.	423
<i>Gottlieb, Bernard.</i> —Técnca. p. l. imprgnacn. en l. preven. d. l. caries y p. l. insnsiblzacn. d. l. dentina	395
<i>Guergue Mtnz. de Marañón, A.</i> —Dients. resna.	40
— Enceramto. y colocación en mufla	101
— El chque. com. cons. funcnal.	423
<i>Gunche, Félix F.</i> —Blastomicosis prmtv. d. l. boca	334

H

<i>Halluim, M.</i> —La muert. no es lo q. se cree	111
<i>Hamilton, Bailey.</i> —Paratidectmia., indcns. y resltos.	320
<i>Heller, Antonio.</i> —Capedad. lgal. dl. odontlgo.	286
<i>Henault.</i> —Véase Bibliografía	481
<i>Hennion.</i> —Idem	481
<i>Hess, W.</i> —Protec. pulpar	706
<i>Holic, Ricardo.</i> —Regstro. céntreo. en dent. folles.	165
<i>Hunnikutt, Leland S.</i> —Tratmto. d. l. sinustis. crónca.	175
<i>Huysen van G.</i> —La car. del esmalte dental	581

I

<i>Iglesias, Julio.</i> —Defnsa. dl. alvolo. sg. l. interven.	156
<i>Illanes, Alberto P.</i> —Reaccns. tslares. d. ls. dversos medcments. usdos. en odontlglía.	223

Isola, Marcelo B.—Pulpectomía con trmoeoglaen. 196

K

Karlsruher G., H.—Lo q. el azar ha contrbdo. a la ciencia 412

Kaufman, J.—Fisotrpia. en odontlgía. 410

King.—Defensa atómica 372

L

Lambert.—Véase Bibliografía 481

Landete, Bernardino.—Biografía del Prof. 732

Lapinel Escalante, Silvia.—Tratmto. d. l. pulpa en ls. dnts. temprales. 264

Larregla, Santiago.—Sol. de novocaína penclina. par. anest. en estomtlogía. 485

Lebourg.—Véase Bibliografía 481

Lechevalier, H. A.—Neomicina, nvo. antibotco. 608

Lehman, PAS. 667

Lepoivre.—Véase Bibliografía 481

Leven, R.—Tratmto. d. las obesids. funcionles. 329

Long, David A.—Efectod. l. penclina. sob. l. flora bact. d. l. boca. 330

Louvel Bert, Renato.—Folicultis. expulsva. 553

— Siflis. prmria. d. ls. encías 425

— Tuberclosis. bucal 623

— Chanero sifltco. d. l. encía 499

M

Mac-Cauley, H. B.—Eficac. d. ls. dentíf. polv. y pasta 283

Macorra de la Rivilla, L.—Perbrto. sódico 489

Maire.—Véase Bibliografía 481

Marcos Gómez, J. C.—Solens. d. novcaína. y pnclina para l. anestesia en estomtlogía. 185

Martínez Díaz.—Disolen. d. l. substncia. d. ls. dnts. por el zumo d. limón 284

Medonca, F.—Patog. y dietterpia. d. l. delgdez. 404

Miller.—Resist. a ls. antibiótcos. 600

Miller, J. B.—Anestesia tópica 717

Molas López, F.—Noticias 347

Montero Rodríguez, A.—L. dentcn. y sus trstrnos. 597

Mulhern, J. C.—Estmtitis. y dermtofosis. 602

N

Navarro Sala, P.—Penicilnterpia. 617

— Alopecias

Neumann, Prof.—Noticias 487

O

<i>Oesch, F.</i> —Proposens. práctcs. p. comb. l. caries	610
<i>Olmes de Carrasco, H.</i> —Aplic. d. ls. ond. ultrasnra.	344
<i>Orensanz Gutiérrez, F.</i> —Anest. dl. nerv. dentrio. inf. acc. lateral.	241

P

<i>Pallister, R. A.</i> —Muet. p. derm. y estm. por estptm.	718
<i>Pastor, Lorenzo.</i> —Empl. dl. perborto. de sosa en l. terptica. bucal.	309
<i>Peset Lorca, V.</i> —Sindrm. lágrms. d. coodrlo.	603
<i>Peñas Bellón, J. d. D.</i> —L. sponj. d. geltina., el plsm. humno. y ls. vitamns. C, K y P	121
— Premio Martínez Molina	424
<i>Pipaón, Sáenz de, M.</i> —L. dentn. carda. y l. preparcn. d. caviddes.	353
— Impronts. y estbilidad.	685
<i>Philippides.</i> —Neural. facial y electreglacn.	723
<i>Phillips, W. R.</i> —La car. del esmlte. dental	581
<i>Prada, Joaquín d. l.</i> —L. fieb. Q en España.	596

R

<i>Radice, Juan C.</i> —Blastomicosis prmtva. d. l. boca	334
<i>Ricinos, J. Gilberto.</i> —Evolcn. embrion. d. l. prim. dent., infl. sob. el estdo. gral.	210
<i>Roig Tarin, M.</i> —Acc. dl. perborto. sódico	65
<i>Rosas Di Biaggio, G.</i> —Foliclitis. expulsva.	553
<i>Royo Montañés, M.</i> —Ls. seclas. dl. noma y los asptos. terptcos. q. plantean	525
<i>Reekie, AA.</i> —Estomat. con el Bal.	668

S

<i>Sáenz de Pipaón, M.</i> —L. dentn. carda. y l. preparcn. d. cavidades.	353
— Improntas y estabilidad	685
<i>Saint Martini, J. M. L.</i> —Anest. dl. nervio dent. inf.	349
<i>Sanz Escanciano, F.</i> —El perbrato. de sosa puro en l. desinfeccn. e higene. d. l. boca	15
<i>Soraluce, J.</i> —Cura radcal. d. l. sinusitis etmomxlar. crónica ...	589
<i>Suárez Valentín, R.</i> —Estomtitis. en l. infancia	502
<i>Solnik, S.</i> —Noticias... ..	349

T

<i>Teper, Felipe.</i> —Electrdgnstco. en odontolgía	247
--	-----

V

<i>Valenzuela, Octavio.</i> —Tratmtos. consrvadres. pulp. y su pronstico.	373
<i>Vallejo Nájera, F.</i> —El foco septco. dentario, etc.	80

	<i>Páginas</i>
<i>Van Huysen, G.</i> —La car. del esmlte. dental	581
<i>Veranger.</i> —Erup. dent. lact. revl. caren. vitm. C	133
<i>Vicente Argüelles, A., de.</i> —Import. d. l. hgne. bucal sob. el rstol dl. orgnsmo.	362
— Anests. tron. mandb. inf.	1
<i>Viveros, Fernando.</i> —Tratmtos. conservdors. pulp. y su pronstioc.	373
<i>Volker, J. F.</i> —Efetos. d. l. goma d. mascar en el dte. y estretras. soprtes.	202
<i>Vrasse.</i> —Véase Bibliografía	481

W

<i>Waksman, S. A.</i> —Neomicina, nvo. antibtico.	608
<i>Wartenberg.</i> —El fenóm. dl. giño. y l. mandbla.	552
<i>Weski, O.,</i> en la Argentina	614

Y

<i>Yagüe Espinosa, Luis.</i> —Prev. Sant. Nacnal.	421
--	-----

INDICE POR MATERIAS

ANATOMIA

	<i>Páginas</i>
<i>Estudio morfologco. del maxlar. sup. dl. niño recn. nacido y en ss. primros. años.,</i> Dr. A. Ferndz. Martín.	192
<i>Evolucn. embriona. d. l. primra. dent., infl. sob. stdo. gral.,</i> Ri- cinos J. Gilberto	210

ANESTESIA

<i>Anestesia, Convulsiones en la...</i>	722
<i>Anestsia. del nerv. dent. inf., acceso latral.,</i> Dr. Prof. Fernando Orensanz Gutiérrez	241
<i>Anestsia. dl. nerv. dent. inf.,</i> Dr. Saint Martini	544
<i>Anestésco. poderoso</i>	296
<i>Anestsia. tronclar. d. l. mandbula. inf.,</i> Dr. Antonio de Vicente Argüelles	1
<i>Anestesia tópica...</i>	1
<i>Solcn. de novocaína y pencilina. para l. anestsia. en estomtlogia,</i> Dr. Santiago Larregla y J. C. Marcos Gómez	185

ANTIBIOTICOS

<i>Aureomicina</i>	611
<i>Efects. d. l. penicilina sob. l. flora bact. d. l. boca,</i> Dr. Long, Da- vid A.	330

	<i>Páginas</i>
<i>El furacin</i> , Dr. Dood	178
<i>Estomatitis en la infancia</i> , Dr. Suárez, V.	502
<i>Neomicina</i> , nvo. antibotco., Drs. Wa sman, S. A., y Lechevalier.	608
<i>Penicilinterapia.</i> , Dr. Navarro Sala, P.	617
<i>Reaccns. orales a l. estrptmicina</i>	179
<i>Reacc. orales a l. pencilina.</i>	178
<i>Resistencia a. ls. antibiotcos.</i> , Dr. Miller	600
<i>Solcns. d. novocaína y penclina. para l. anestesia en estomtlogía.</i> , Drs. Marcos Gómez y Larregla	185
<i>Titotricina</i>	280

BIBLIOGRAFIA

<i>La estomatolgia. ante la infección focal</i> , Dr. José Font Lloréns ...	115
<i>Manual de Prothése Dentaire Courante</i> , Dr. Cauchie, F.	291
<i>Operative Dental Surgery</i> , Drs. Parfitt y Herbert	115
<i>Oral Dental Diseases</i> , Dr. Stones Hubert, H.	114
<i>Pasaporte médico d. l. vida</i>	114
<i>Photographic aids to Clinical Dental Práctice</i> , Dr. Jaime M. Dyce.	342
<i>Surgical Pathology of the Mout</i> , Dr. Fish, Wilfred	291
<i>Tuberculosis bucal</i> , Dr. Louvel Bert. Renato	481
<i>Les ostetis. ds. maxllrs.</i> , Fierz, Maire, Lepoivre, Lambert, Vrasse, Henault, Cernea, Lebourg y Hennion	481

CIRUGIA

<i>Contribución al estudio del catgut</i>	538
<i>Defensa del alvéolo sg. l. naturaleza d. l. intervención</i> , Dr. Iglesias, J.	156
<i>La inyección sin aguja</i>	394

EDITORIALES

<i>Amputación pulpar en ls. incsvos. fractrados.</i>	549
<i>Aureomicina</i>	611
<i>Bernardino Landete Aragó</i>	730
<i>Bibliografía del Prof. Landete</i>	732
<i>El método de Howe con el nitrto. d. plata</i>	112
<i>El método de Gottlieb en la profilaxis de la caries</i>	49
<i>El Seg. de Enfermdad. y la libre iniciativa en ls. EE. UU.</i>	233
<i>El ultrasonido</i>	671
<i>La Escuela de Medicina de Chile</i>	113
<i>Ls. dentfrcos.: irium y amonio</i>	408
<i>Odontolgia. y diabetes</i>	477
<i>Protección pulpar</i>	706
<i>Reaccns. orales a la penicilina</i>	178
<i>Reaccns. orales a la estreptomicina</i>	179
<i>Reforma docente d. l. odontolgia. española.</i>	51
<i>Santa Apolonia vs. Júpiter Doclichenus</i>	339
<i>Tirotricina</i>	280

ELECTROLOGIA

<i>Defensa atómica</i> , King	372
<i>El ultrasonido en Medicina</i> , edit.	671
<i>Electrodinóstico en odontología</i> , Dr. Teper, F.	247
<i>Fisioterapia en odontología</i> , Dr. Kaufman	410
<i>La imagen radiográfica</i>	466
<i>La última palabra d. l. ciencia electrónica: el capacitron</i> , Dr. Buenren, J. M. d.	106
<i>Pulpectomía con termocoagulación</i> , Dr. Isola, A.	196

ESTOMATOLOGIA

<i>Abscesos labiales</i> , Dr. Campos, Pedro	297
<i>Adamantinoma de la mandíbula</i> , Dr. Campo Juvencio	601
<i>Alopecias</i>	681
<i>Blastomycosis primaria d. l. boca</i> , Dr. Gunche, F.	334
<i>Cura radical d. l. sinusitis etmoidal crónica</i> , Dr. Soraluee, J.	589
<i>Chancro sifilítico d. l. encía</i> , Dr. Louvel Bert, R.	499
<i>El foco séptico dent.</i> , Dr. Vallejo Nájera, F.	80
<i>Enfermedades d. ls. glándulas salivares</i> , Dr. Furstenberg	23
<i>Estomatitis y dermatitis</i> , Dr. Mulhern, J. C.	602
<i>Estomatitis en l. infancia</i> , Dr. Suárez Valentín, R.	502
<i>Estomatitis por estreptomycin</i> 100 y	275
<i>Id. con Bal.</i>	668
<i>Foliculitis expulsiva</i> , Drs. Louvel y Di Biaggio	553
<i>Fracturas del hueso maxilar en ls. deportistas</i> , Dr. Gamberoni, P.	405
<i>La angina de Vincent en ls. niños</i> , Dr. Beltrán, J.	174
<i>La esponja de gelatina, el plasma humano y ls. vitaminas C, K y P.</i> Dr. Peñas Bellón, J. d. D.	121
<i>Las secuelas del noma y ls. aspectos terapéuticos que plantean</i> , Dr. Royo Montañés, M.	525
<i>Muerte por dermis y estomatitis por estreptomycin</i>	718
<i>Neuralgia facial y electrolisis</i> , Philipides	723
<i>Odontología y diabetes</i> , edit.	477
<i>Osteomielitis (en los niños)</i> 79, 105 y	476
<i>Paratidectomía, indicaciones y resultados</i> , Dr. Bailey Hamilton	320
<i>Sífilis prim. d. ls. encías</i> , Dr. Louvel Bert, R.	553
<i>Síndrome d. ls. lágrims. d. coedrolo</i> , Dr. Peset Lorca	603
<i>Sobre la etiología viral d. ls. cánceres</i> , Dr. Bañuelos, M.	539
<i>Solcn. d. novocaína y penicilina para l. anestesia en estomatología</i> , Drs. Marcos Gómez y Larregla	185
<i>Tratamiento d. l. glositis d. l. anemia perniciosa</i> , Dr. Brow, A.	453
<i>Tuberculosis bucal</i> , Dr. Louvel Bert, R.	623
<i>Un caso interesante d. quiste dentífero</i> , Dr. Gil Mariscal, A.	534
<i>Tratamiento sinusitis crónica</i> , Hunnikutt L. S.	175

EXODONCIA

<i>Cuándo se debe extraer ls. dnts. d. leche</i> , Dr. Gómez Comes	423
<i>Defensa del alvéolo seg. l. intervencn.</i> , Dr. Iglesias, J.	156

HIGIENE

<i>Eficacia d. ls. dentífrcs. en polv. y pasta</i> , Dr. MacCaulea, H. B. ...	283
<i>El bienestar de la siesta</i>	94
<i>Importancia d. l. higiene bucal sob. rest. dl. orgnismo.</i> , Dr. A de Vicente Argüelles	362
<i>Las bactrias. en l. cocina</i> , Dr. Garrod, L.	343
<i>Los dentífrcos.:irium y amonio</i> , edit.	408
<i>Perborato sódico</i> , Dr. Forteza, Santiago	134
— Dr. Macorra de la Rivilla, L.	489
— Dr. Pastor, Lorenzo	309
— Dr. Roig Tarín, M.	65
— Dr. Sanz Escanciano, F.	15

MEDICINA

<i>Accn. d. l. pencilina. y estrptomcina. sob. l. coagulen. sanguínea</i> , Moldasky, Haselbrock y Cateno	116
<i>Alopecias</i>	681
<i>Aplicancions. d. ls. ondas ultrsonoras.</i> , Olmes de Carrasco	344
<i>Blastomicosis primitiva. d. l. boca</i> , Gunche, Félix	334
<i>Cáncer, el compuesto Af2</i> 45 y	231
<i>Cura radical d. l. sinustis. exmoidmxlar. crónca.</i> , Soraluze, J. ...	589
<i>Chancro sinflítico. d. els. encías</i> , Louvel Bert.	499
<i>Defensa atómica</i> , King	372
<i>Dieta y destruccn. dent.</i>	201
<i>Efecto d. l. pencilina. sob. ls. bacterias d. l. boca</i> , Long. D.	330
<i>El fenómnno. dl. giño y la mandbula.</i> , Wartenberg	552
<i>El foco séptico. dent.</i> , Vallejo Nájera, F.	80
<i>El ultrasonido en Medicina</i> , edit.	671
<i>Enfermedades d. ls. glándlas. salivares</i> , Furstenberg, A. C.	23
<i>Estomatitis y dermatofitosis por l. estreptmcna.</i> , Mulhern, J. C. ...	602
<i>La B. C. G.</i>	118
<i>Id. con Bal.</i>	668
<i>La esponja d. geltina., el plasma humano y ls. vitaminas C, K y P.</i> Peñas Bellón, P. d. D.	121
<i>La fiebre Q en España</i> , Prada, J. d. l.	596
<i>La muert. no es l. q. s. cree</i> , D'Halluin, M.	111
<i>Las seculas. del noma y ls. aspctos. trpeticos. q. plantean</i> , Royo Montañés, M.	525
<i>Los dents. y la administracn. de hierro</i>	607
<i>Muerte por dermttis. y estomttis.</i>	718
<i>Odontología y diabetes</i> , edit.	477
<i>Osteomielitis, en los niños</i> 79, 105 y	476
<i>Paratidectomía, indcns. y resultdos.</i> , Bailey Hamilton	320
<i>Patología y dietetotrapia. d. l. delgadez</i> , Medonca, F.	404
<i>Reaccns. orals. a la penclina.</i> , edit.	178
<i>Reacns. orals. al empleo d. l. anemia pernnciosa.</i> , Brew, A.	453
<i>Reacns. orals. a la estreptmicina.</i> , edit. y not. 179, 184, 39, 100, 180..... 232 y	602

	<i>Páginas</i>
<i>Sífilis primria. d. ls. encías., Louvel Bert</i>	425
<i>Síndrome d. ls. lágrmas. d. cocdrilo., Peset Lorca</i>	603
<i>Sob. la etiología. virásca. d. ls. cáncres., Bañuelos, M.</i>	453
<i>Tratamto. d. ls. obesidades funcionales, Leven, R.</i>	329
<i>Tratamto. d. l. sinusitis crónca., Hunnikult, L. S.</i>	175
<i>Tuberculosis bucal, Louvel Bert</i>	623
<i>Valor nutritivo de ls. extractos de carne</i>	308
<i>Tratmto. d. l. glositis anm. perm., Braw, A.</i>	453
<i>Ultrasondo, edil....</i>	671

NECROLOGIA

<i>Argüelles López Turón</i>	352
<i>Cospedal</i>	240
<i>De Vicente Argüelles</i>	240
<i>Escolar</i>	352
<i>Fernández, Antonio F.</i>	352
<i>Juaristi</i>	240
<i>Orensanz</i>	240
<i>Ruiz Esquiú</i>	352
<i>Schottlander</i>	488
<i>Torres Sampetro</i>	488

NOTICIAS

<i>Juntas de gobierno</i>	736
<i>Academia. Deontológica., Seguro d. Enf.</i> 237 y	352
<i>Amós García Lago Hoz</i>	61
<i>Arpa</i>	296
<i>Colegio d. Odontólogos. de la X Rgn.</i>	351
<i>El Premio ODONTOIATRÍA 1948</i>	58
<i>Estudios dentales en Francia</i>	484
— en España	485
<i>Ex libris</i>	184
<i>F. D. I.</i>	616
<i>Facultad de Odontología. de Buenos Aires</i>	614
<i>II Cong. de Neurocirugía, Valencia</i>	615
<i>Federico García Marín</i>	61
<i>XXII Jornadas Dentales de París</i>	61
<i>Fósiles de monos primates</i>	62
<i>Socialización de la Medicina</i> 63, 183 y	294
<i>La B. C. G.</i>	118
<i>Un Premio Nóbel (Profecías de)</i>	117
<i>"¡Diez años, Señor, diez años!"</i>	120
<i>Santa Apolonia</i>	120
<i>XXIII Jornadas Dentales de París</i>	181
<i>Higiene rural</i> 181, 349, 483 y	616
<i>Convalidacn. d. títulos (Argentina)</i>	181
<i>Prevsn. Nacional</i> 183, 292 y	421
<i>L. electrolgía. en el tratamto. d. l. caries de quart. grdo., Dr. García Laguardia</i>	183

	<i>Páginas</i>
<i>Juan Ubaldo Carrea</i>	238
<i>Servicio. Estomtología. dl. Hospital Gral. d. Madrid</i>	239
<i>De Portugal</i> 194, 240 y	486
<i>Válvula. para rayos X</i>	346
<i>IV Cong. Interncional. d. Médicos. Católicos.</i>	350
<i>Lorenzo Velázquez</i>	350
<i>García Goyanes, de Valencia</i>	350
<i>Larrazábal, de Bilbao</i>	351
<i>Hospital dl. Niño Jesús</i>	423
<i>Peñas Bellón, de Ubeda</i>	424
<i>Planas Casanova</i>	483
<i>Premios Nóbel</i>	684
<i>Neuman, el Prof.</i>	487
<i>IV Cong. Brasileño</i>	487
<i>San Ibáñez, la Encomienda de Sanidad al Dr.</i>	488
<i>XI Cong. Estom. París 1949</i>	679
<i>Premio Nóbel...</i>	684

ODONTOLOGIA

<i>Amputacn. pulpar d. ls. incisivos. fracturados, edit.</i>	549
<i>Cuándo deben ser extrdos. ls. dints. de leche, Dr. Gómez Comes.</i>	423
<i>Disolucn. d. l. substancia d. ls. dnts. por el zumo d. limón, Dr. Mar- tínez Díaz</i>	284
<i>Efectos. d. l. goma de mascar en el diente y estructas. soportes, Dr. Volker, J. F.</i>	202
<i>Eficacia d. ls. dentfres. en polo. y pasta, Dr. Mac-Cauley, H. B.</i> ...	283
<i>El método Gottlieb en l. proflaxis. d. l. caries, edit.</i>	49
<i>El método Howe con el nitrato de plata, edit.</i>	112
<i>Electrodgnstco. en odontolgía., Dr. Teper, F.</i>	247
<i>Enfermdades. de las glándlas. salivares, Furstenberg, A. C.</i>	23
<i>Erupción dent. en lactants. reveladora d. l. carencia de vitami- na C, Etchegoyen y Veranger</i>	113
<i>Fisioterapia en odontlogía, Kaufman, J.</i>	410
<i>Foliculitis expulsiva, Drs. Louvel Bert y D. Biaggio</i>	553
<i>Importncia. d. l. higne. bucal sob. el rsto. dl. orgnsmo., Dr. De Vi- cente Argüelles</i>	362
<i>La caries del esmalte dental, Drs. Phillips, W. R., y Huysen</i> ...	581
<i>La denticn. y sus trastrnos., Monteros Rodríguez, A.</i>	597
<i>La dentna. cariada y l. preparcn. d. caviddes., Dr. Sáenz de Pi- paón</i>	353
<i>La esponja d. gellina., el plsma. y l. vitamna. C., Dr. Peñas Be- llón, J. d. D.</i>	121
<i>Los dentífricos: el irium y el amonio, edit.</i>	408
<i>Odontología y diabetes, edit.</i>	477
<i>Ondas ultrasonoras, aplicacns. de ls., Dr. Olmes de Carrasco</i>	344
<i>— Edit.</i>	671
<i>Prevención d. l. caries en ls. niños., Drs. Fernández Correa y Z. Carlos</i>	95
<i>Proposcns. prácticas. para combtir. l. caries, Dr. Oesch, F.</i>	610

	<i>Páginas</i>
<i>Protección pulpar</i> , Hess y Edit....	706 y 726
<i>Pulpectomía con termocoagulación</i> ., Dr. Isola, Marcelo ...	196
<i>Reaccns. tisulares d. ls. medicaments. usados en odontlogía</i> ., doctor Illanes Alberto ...	293
<i>Técnica d. l. impregnación en l. prevención d. l. caries y para l. insensiblización. dl. dentina</i> , Gottlieb, B. ...	395
<i>Tratamtos. conservdrs. pulpares y su pronóstco.</i> , Drs. Valenzuela, O., y Oliveros, F. ...	373
<i>Trátamto. de l. pulpa en ls. dents. temprales.</i> , Dr. Lapinel Silvia.	264

ODONTOLOGIA LEGAL

<i>Capacidad legal del odontólogo</i> , Dr. Heller, A. ...	286
<i>El Seg. de Enfmdad. y la libre iniciativa</i> , edit. ...	233
<i>La ley de inseminación</i> ...	209 y 545
<i>Universidad de Praga. Número de estudiantes</i> ...	338

ORTODONTOPEDIA

<i>Estud. morfológco. dl. maxlar. sup. dl. niño recn. naedo. y en ss. prmcros. años</i> , Dr. Fernández Martín, A. ...	192
<i>Evolución embrionria. d. l. primra. dentcn.</i> , infl. sob el. estdo. gral., Dr. Ricinos, J. Gilberto ...	210
<i>Importnc. d. l. hgne. bucal sob. el rsto. dl. orgnsmo.</i> , Dr. A. de Vicente Argüelles ...	1

PARADENCIOLOGIA

<i>Efects. d. l. goma de mascar en el dnte. y estrctras. soportes</i> , Dr. Volker, J. F. ...	202
<i>Lo que he visto en periodoncia en ls. EE. UU.</i> , Dr. Carranza, Fermín A. ...	24

PROSTODONCIA

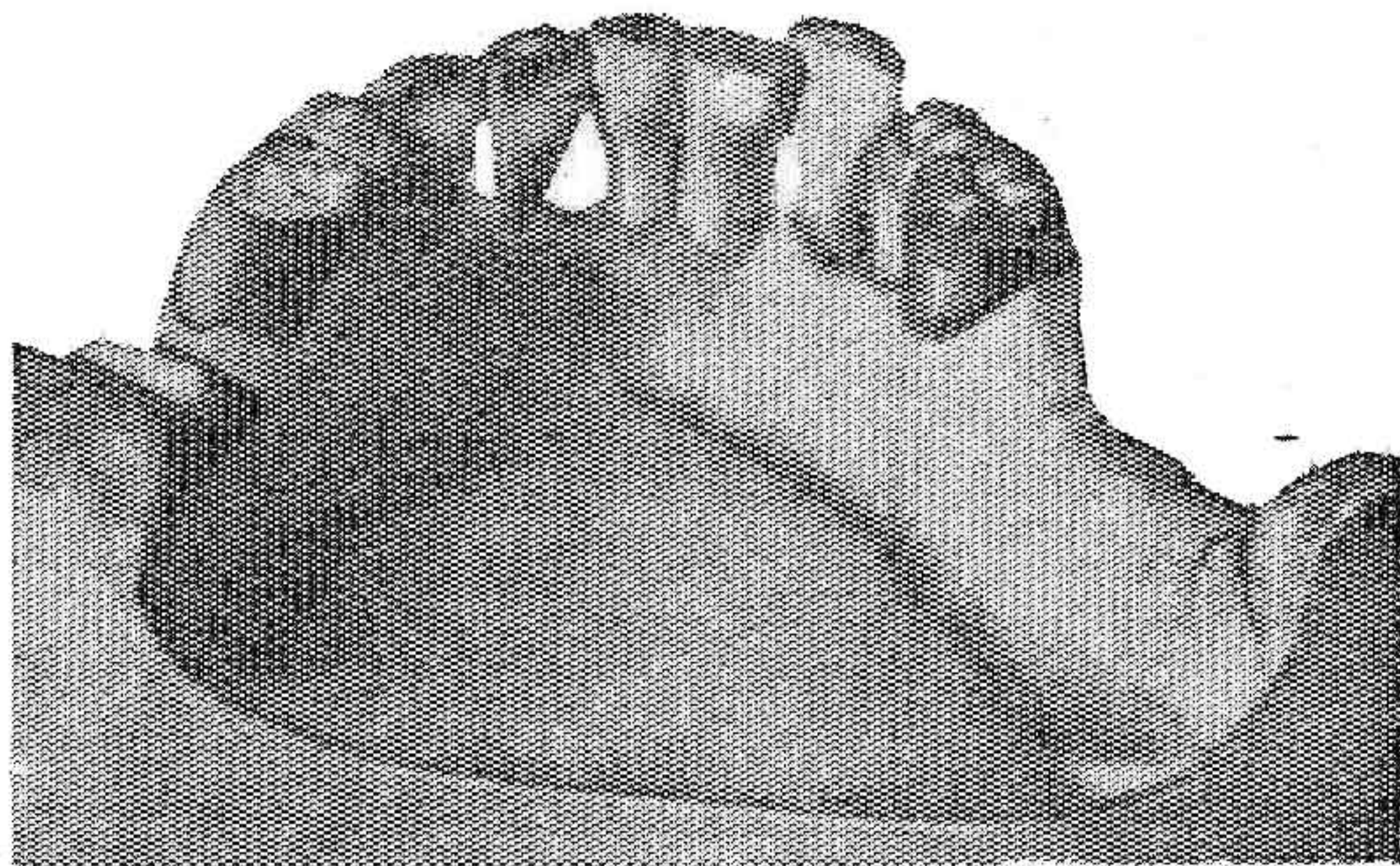
<i>Dientes de resina</i> , G. y Mtnz. d. M. ...	40
<i>El chque. como conscuencia. funcional</i> , G. y Mtnez. de M. ...	229
<i>Enceramiento y colcacn. en mufla</i> , G. y Mtnz. de M. ...	101
<i>Improntas y estabilidad</i> , Dr. Sáenz de Pipaón, M. ...	685
<i>Materiales. elástcos. d. impresn.</i> , los alginatos, Dr. Antoni Riveros L. ...	454
<i>Registro céntrcó. e. ls. dent. totales</i> , Dr. Holie R. ...	165

PEDAGOGIA

<i>Bernardino Landete Aragó</i> , edit. ...	730
<i>Bibliografía del Prof. Landete</i> , edit....	232
<i>La Escuela de Medicina de Chile</i> , edit. ...	113
<i>Lo q. he visto en Periodoncia en ls. EE. UU.</i> , Dr. Carranza, F. ...	24
<i>Reform. docent. d. l. odontolgía</i> , edit. ...	51
<i>Santa Apolonia vs. Jupiter Dolichenus</i> , edit. ...	339
<i>Cátedra Estomatolg. Quirgca.</i> ...	741

"COLEX"

POLVO PARA IMPRESIONES ELASTICAS



COLEX

le dará una impresión sin fragmentos

COLEX

registra detalles microscópicos

COLEX

no requiere equipo especial

COLEX

tiene un sabor agradable

COLEX

es MUY ECONOMICO

COLEX

para toda clase de impresiones y el ideal para ortodoncia

DEPOSITOS DENTALES;

A. Solé Palou

Vergara, 7 - Barcelona. — Av. José Antonio, 15 - Madrid

Telegramas: SOPAL

**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

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.

Fórmula por comprimido: Fenil-dimetilamino-antipirina 24 cgrs.
Dietilmalonilurea . 12 »
Hidrato de tricloroetanal . 3 »
Excipiente c. s.

SALE

Laboratorios
APARTADO 4042



MADRID

contra el dolor

Precio de venta al público: Ptas. 8'30
(TIMBRE INCLUIDO)

Registrado en la Direc. Gral. de Sanidad con el núm. E. N. 7.735

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LA
CARIES DENTARIA CON

*Preferido
en odontología
por su contenido
en fluor*

Calcio GEVE

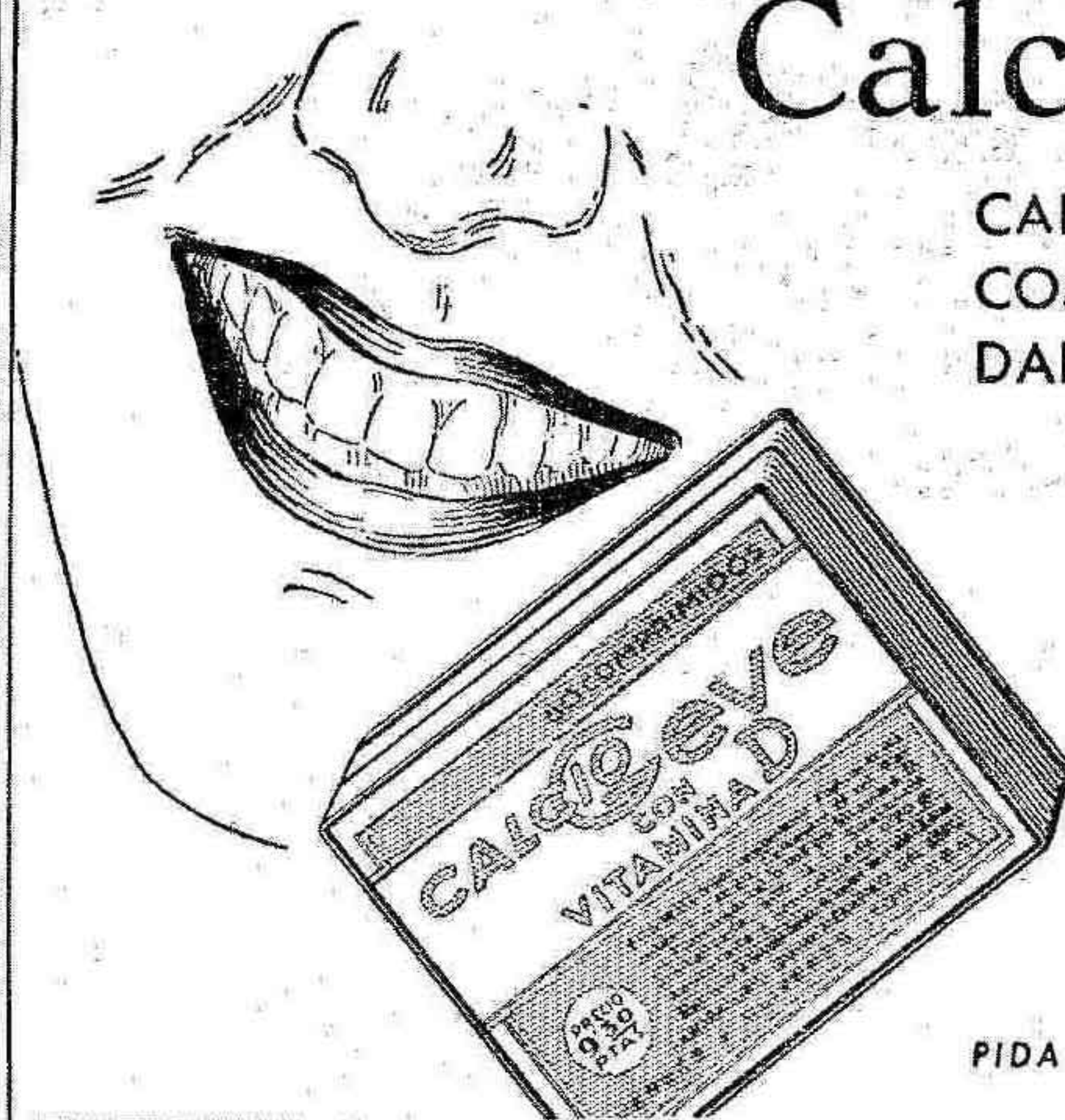
CALCIO POR VÍA BUCAL. - EN
COMPRIMIDOS DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO VAINILLADO

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



CUALIDADES GRATAS...

... tan interesantes para el paciente
como para el odontólogo:

- FRAGUADO RAPIDO
- FACIL FRACTURA
- SABOR AGRADABLE

He aquí las características por las
que la Escayola E-80 "PROFIDÉN"
ha sido adoptada por la inmensa
mayoría de los Profesionales.

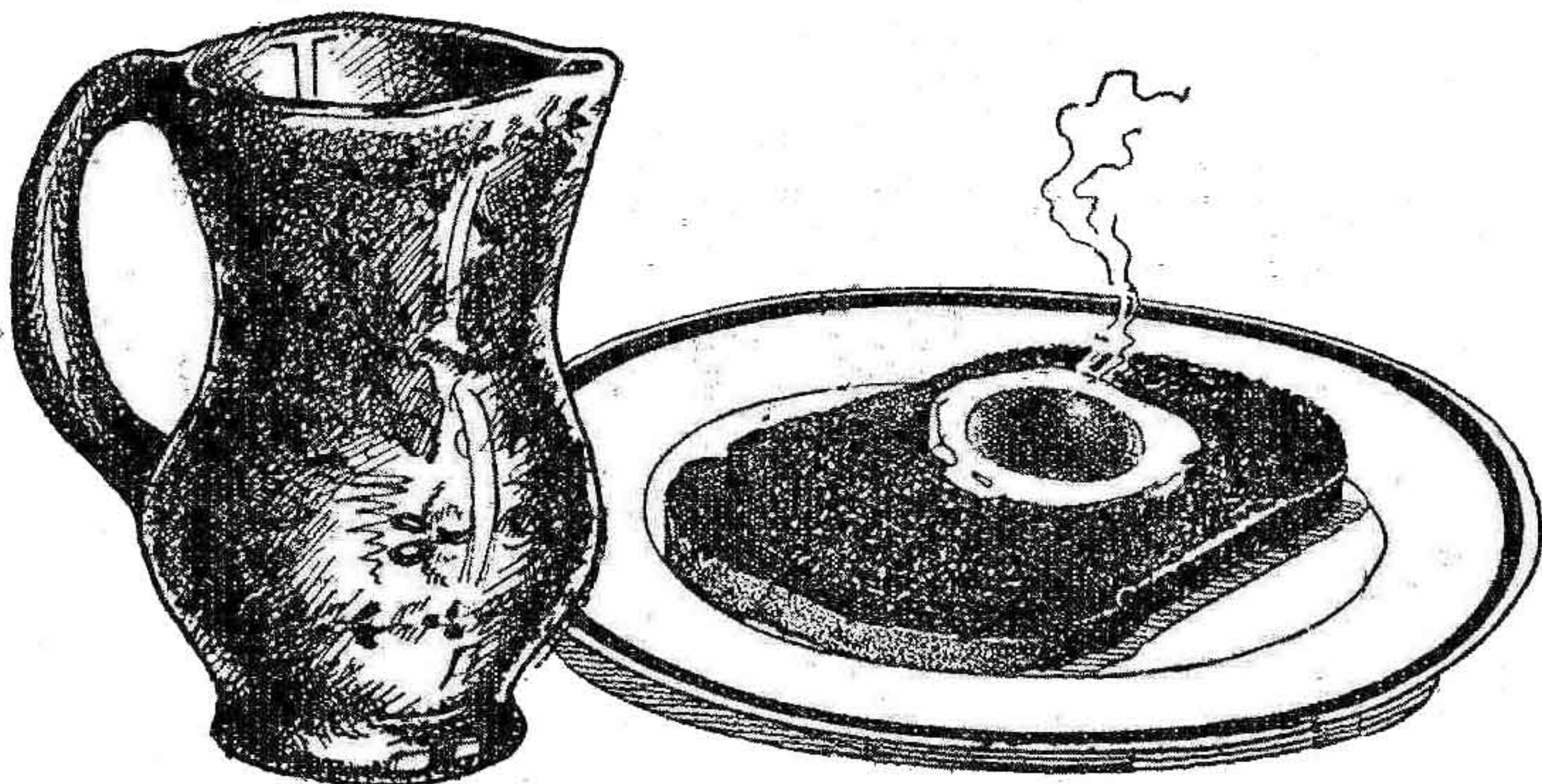


ESCAYOLA "E-80"

PROFIDÉN



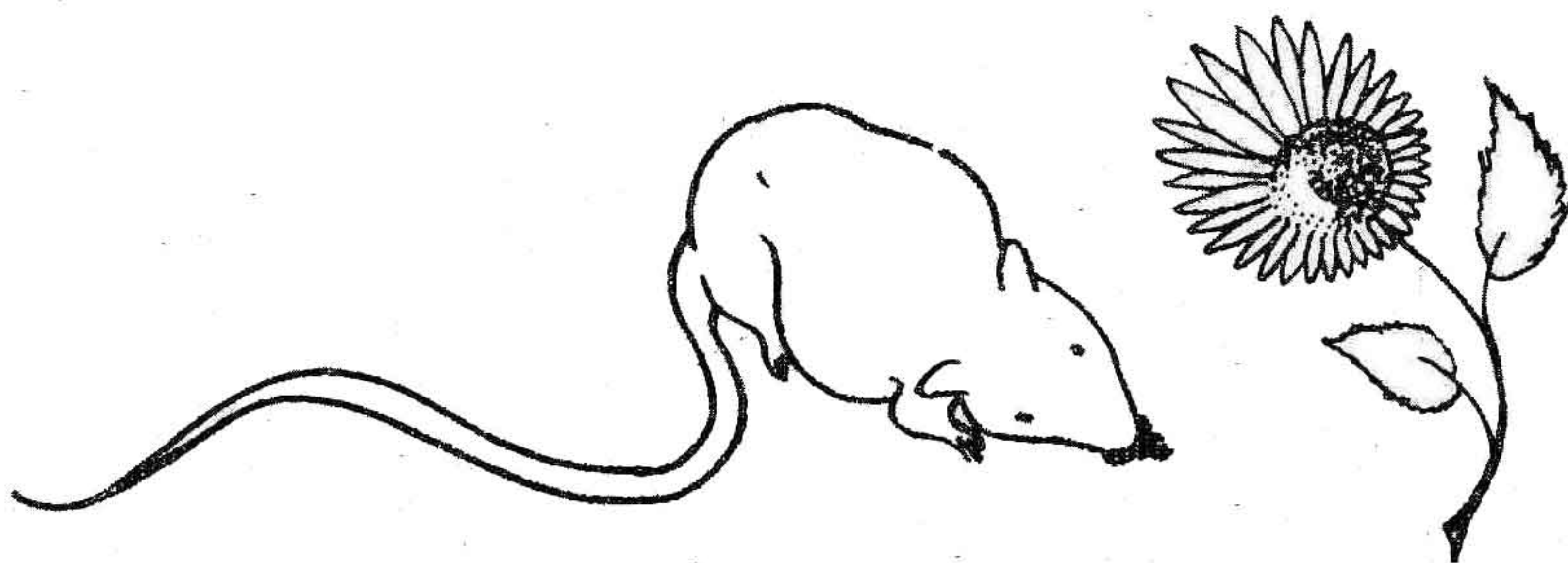
SOLICITE MUESTRA



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



Admiración!!...

es la sorpresa que causa el contemplar una cosa maravillosa.

Admiración que place y entusiasma...

Cause admiración su industria!!

Departamento de publicidad
ODONTOIATRIA

Nuestros colaboradores 1948

Arias Vallejo, Eduardo: Interno en San Carlos (1929), fue premio extraordinario de la licenciatura (1931); estudió en Francia e Inglaterra. Gran publicista, actuó como secretario de la "Revista Española del Aparato Digestivo". Encargado de clínica en el Hospital Provincial de Madrid (1947), es miembro de honor de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (1947) y premio de la Real Academia de Medicina (Madrid, 1947). Nació en Madrid en octubre de 1908.

Beltrán Codina, Juan: Odontólogo (1927), se licenció en Medicina en 1930. Médico de la Cruz Roja con medalla de plata (1940). Ex profesor numerario, por oposición, de la Beneficencia (Barcelona, 1934) y académico de la Real de Medicina de Barcelona (1948). Ha intervenido en la vida colegial de la Segunda Región y en los congresos nacionales (1945, 47 y 49). Es orador y publicista, nacido en Barcelona en mayo de 1906.

Campos Bertolo, Pedro: Presidente del Colegio de la 10.ª Región. Odontólogo (1934) y doctor en Medicina (1942). Es inspector municipal de Salud (1934). Amplió sus estudios odontológicos en el Instituto de Estomatología de Madrid con el profesor Landete y en L'Ecole Française de Stomatologie, de París. Ha colaborado científicamente en los Congresos de Madrid y Valencia, así como en las Jornadas Hispano-Portuguesas de Estomatología (1948). Nació en Pontevedra en marzo de 1910.

Fernández Cabrera, Carlos: Químico y técnico industrial, graduado en 1941, es autor del único método de dosificación de esencias. Trabaja activamente en Química Analítica y Biología, sobresaliendo su aportación al Congreso Hispano-Portugués de Farmacia (1948). Es jefe técnico y asesor químico de varias empresas industriales. Colabora en diversas revistas científicas nacionales y extranjeras. Nació en Madrid en junio de 1930.

Fernández Martín, Andrés: Licenciado en Medicina (1929), se doctoró en 1945 y obtuvo el título de odontólogo en 1932. Profesor auxiliar de Anatomía Descriptiva en la Facultad de Medicina de Valladolid, está encargado de dicha cátedra desde 1942. Perteneció a la Sociedad Española de Anatomía y preside el Colegio de Odontólogos de la Octava Región. Ex médico de la Institución Valdecilla (1930) y becario (1944), dirige el Servicio de Odontología en la Facultad de Medicina. Es colaborador asiduo de las publicaciones científicas. Nació en Villarramiel (Palencia) en marzo de 1905.

Pont-Lloréns, José: Director de la especialidad en "Medicina Española", gran publicista, ha colaborado en congresos internacionales, siendo su labor muy conocida en Hispanoamérica. Acaba de publicar una interesante obra titulada "La estomatología y la infección focal" (Valencia, 1948). Reside en Valencia.

Guergué Martínez de Marañón, Angel: Odontólogo y médico, trasladó sus actividades allende el océano, en donde se estableció. Nació en Alava, contando en la actualidad treinta y cuatro años de edad.

Gimena Mañas, Justo: Licenciado en Medicina (1927), se doctoró en 1928, siendo interno, por oposición, del Hospital Provincial (Madrid, 1925) y jefe clínico del Instituto de Patología Médica, que dirige el profesor Marañón (1928). Ha publicado numerosos trabajos sobre medicina interna. Nació en Villarrobledo (Albacete) en agosto de 1902.

Olguera González, Julio: Odontólogo (1933), se doctoró en Medicina y Cirugía (1947), dedicando su entusiasmo al estudio de la Prostodoncia. Nació en Madrid en mayo de 1909.

Orensanz Gutiérrez, Fernando: Odontólogo en 1933, se doctoró en Medicina y Cirugía (1943). Perteneció a la Beneficencia Municipal de Zaragoza por oposición (1941), habiendo sido becario del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1942-43) y actualmente profesor adjunto de Anatomía en la Facultad de Medicina de Zaragoza. Nació en dicha ciudad aragonesa en noviembre de 1909.

Sáenz de Pipaón y Tejada, Miguel: Funda ODONTOMATRIA en 1943. Nació en Irún el 14 de julio de 1905.

Schermant Waldberg, Jacobo: Nació en Lemberg (Austria) en septiembre de 1887, cursando sus estudios de Medicina en Viena, de donde se marcha a los Estados Unidos, obteniendo en la Universidad de Pensilvania su D. D. S. Colaboró con el profesor Agallier en su clínica de Madrid, ostentando actualmente la presidencia de la Comisión Científica del Colegio de la Primera Región (Madrid).

Vicente Argüelles, Antonio de: Alumno interno en la Escuela de Odontología, obtuvo su título en 1941. Actualmente reside en Guadalupe, en donde ha desempeñado la plaza de jefe de Servicio en el Hospital Provincial. Es presidente de la Junta Provincial, vocal de la de la Primera Región. Ha colaborado en varias revistas profesionales. Nació en Madrid en marzo de 1919.



Número suelto: 20 Ptas.