SEGURO NACIONAL EN INGLATERRA (*)

por el

DR. FERGUSON, DE LONDRES

Señor presidente; señoras y señores:

Antes de hablar de nuestro Servicio Nacional de Sanidad estimo que sería oportuno un breve resumen de la historia de la odontología en mi país. En este momento el organismo directivo de nuestra profesión en la Gran Bretaña es el Consejo Dental, que fué creado en 1921. Históricamente, la profesión fué legalizada por primera vez en 1878 por una ley parlamentaria, pero ello no impidió que continuaran ejerciéndola quienes carecían de título para ello. Vino después la nueva ley de 1921, que prohibió el ejercicio no autorizado de la odontología y creó el Consejo Dental, al que encargó llevar un registro de dentistas. También se dió al Consejo poderes disciplinarios, autorizándole a investigar las quejas que se reciban sobre faltas de ética profesional, facultándole para eliminar y reinscribir nombres en el registro. La prohibición de ejercer sin título dió resultados eficaces. Las leyes del Servicio Nacional de Sanidad limitan el ejercicio de la odontología en dicho servicio a aquellos cuyos nombres están inscritos en el registro. Pertenece al servicio de Sanidad el 97 por 100 de los dentistas del país.

Constitución del Consejo Dental

El Consejo está constituído como sigue:

1. Por una persona elegida por cada universidad o corporación médica de la Gran Bretaña o la República de Irlanda, que actualmente conceda grado o licenciatura en odontología con derecho a ser incluído en el Registro.

2. Por ocho personas elegidas de vez en cuando por los dentistas registrados en Inglaterra, Escocia, Irlanda y Gales.

3. Por tres personas nombradas por Su Majestad la Reina, asesorada por su Consejo Privado.

(*) Texto de la argumentación oficial a la ponencia sobre "Asistencia social" del doctor Periçot. I Congreso Hispano-Americano de Odontología. Sevilla, 1953.

4. Por seis miembros del Consejo Médico General, sólo para fines de examen.

La responsabilidad de vigilar la enseñanza dental no fué transferida por el Consejo Médico al Consejo Dental en 1921, pero en 1946 un Comité especial, nombrado por el Parlamento, recomendó la transferencia de dichos poderes y ordenó que para el ejercicio de los mismos se incluyesen en el Consejo seis miembros del Consejo Médico General. El Consejo Dental así constituído tendría también poderes para examinar y para visitar escuelas.

Por derechos de registro se cobra una cuota anual de £ 2 10 s. 0 d., y después de pagar los gastos el resto se dedica a:

1. Becas para estudiantes.
2. Subvenciones para salarios de enseñanza.
3. Subvenciones para expansión de escuelas.
4. Subvenciones para investigación.
5. Subvenciones para propaganda de sanidad dental.

He traído conmigo muestras de esta propaganda, que se exhibe en escuelas, clínicas y otros lugares, y que puede obtenerse a un coste muy reducido. En el poco tiempo de que dispongo no me es posible entrar en detalles, pero después de esta reunión tendré mucho gusto en mostrarla a quien lo desee.

El Consejo Dental no envía propaganda a menos que se le pida, pero manda gratuitamente un catálogo en el que figuran todos sus folletos, películas, etc., y la escuela o la clínica pueden entonces comprar si lo desean. Es evidente que si se mostrase todo este material a cada niño de escuela, la demanda de cirugía dental sería tan grande que no podríamos dar abasto.

Esto nos lleva ahora a la parte dental del Servicio Nacional de Sanidad.

Servicio Nacional de Sanidad.—El Servicio Dental

Toda la población civil tiene acceso al Servicio General de Odontología, y la ley establece un servicio de prioridad para las mujeres embarazadas o madres lactantes y para los niños pequeños. El Servicio Dental Escolar no ha sido alterado por la ley, pero perdió muchos de sus dentistas que se vieron atraídos hacia el plan general por las elevadas ganancias iniciales. El rumbo ha cambiado de nuevo, como veremos más adelante.

Plan de administración del Servicio

Cualquier dentista puede participar o no, según lo desee, en el Servicio General. Al igual que los médicos, los dentistas tienen libertad para admitir pacientes particulares. En las oficinas de Correos y del Consejo Ejecutivo pueden obtenerse listas de todos los dentistas del Servicio Dental. Los pacientes no tienen que inscribirse con ningún dentista y están en completa libertad de elegir a uno cualquiera cuando lo necesiten, así como el dentista puede aceptar o rechazar a un paciente. Cuando un paciente requiere tratamiento, sólo tiene que acudir a un dentista y pedirle día y hora. No existe limitación alguna del número de pacientes que un dentista puede tratar.

Los dentistas adheridos al Servicio Nacional de Sanidad son inscritos en la lista del Consejo Ejecutivo de su área. La profesión ha instituído comités dentales locales, encargados de nombrar los tres miembros de cada Consejo Ejecutivo, así como de mantener el contacto entre la profesión y los Consejos Ejecutivos.

La ley estableció también una Junta de Presupuestos Dentales para la aprobación de los presupuestos para tratamiento dental. Se compone de presidente, vicepresidente, otros cinco miembros dentistas y dos no profesionales, todos ellos nombrados por el ministro. En todo el país se han nombrado funcionarios odontólogos regionales para asesorar al ministro, al Consejo, a los ayuntamientos, comités locales y dentistas sobre cuestiones profesionales relacionadas con el Servicio en aquellos distritos.

El tratamiento se divide en dos partes principales: el que puede llevarse a cabo sin previa aprobación y el que requiere autorización previa de la Junta Dental de Presupuestos.

Los tratamientos que no requieren aprobación previa incluyen los normales de conservación, es decir, de profilaxis normal, empastes y tratamiento de la raíz, extracciones para alivio del dolor o que no necesiten ser reemplazadas por dentaduras (incluso cualquier anestésico requerido) o reparaciones ordinarias de dentaduras. También pueden hacerse en el acto exámenes por rayos X que no cuesten más de una cantidad fijada. Los tratamientos que requieren previa autorización incluyen extracciones, a diferencia de las señaladas anteriormente; provisión de dentaduras, tratamiento extensivo y prolongado de las encías, empastes de oro, incrustaciones, coronas, aparatos especiales, tratamiento ortodóncico y cirugía oral.

El Servicio General de Odontología provee todas las formas de tratamiento necesarias para la restauración dental, incluyendo dentaduras nuevas o repuestos y todas las reparaciones necesarias. Por un curso completo de tratamiento dental que no exija la provisión de dentaduras, se carga £1 os. od., o el coste total del tratamiento si es menos de £1 os. od. (véase abajo el párrafo que trata de las exenciones), pero no se cobra nada a los pacientes por el examen clínico de la boca, ni tampoco tienen que pagar nada por atajarle una hemorragia o por una visita domiciliaria hasta una distancia de ocho kilómetros. También son gratuitas las reparaciones de dentaduras.

Los precios de las dentaduras a pagar por los pacientes son:

Completa superior e inferior	£4	5s.	od.
Una sola, con 1, 2 ó 3 dientes	£2	os.	od.
Una sola, con 4, 5, 6, 7 y 8 dientes	£2	5s.	od.
Una sola, con 9 dientes o más	£2	10s.	od.

Si el paciente recibe tratamiento que incluya la provisión de dos o más dentaduras, el coste no excede de £4 5s. od.

Estos precios no se aplican al tratamiento bajo el servicio de prioridad o el escolar. No se cobra nada por tratamiento dental bajo el Servicio General, aparte de provisión, refuerzo o adiciones a dentaduras, a las personas menores de veintiún años, a las mujeres embarazadas o a las que han tenido un hijo en los doce meses precedentes. Estos pacientes, al visitar al dentista, firman una declaración especial.

Aunque el Servicio Dental facilita todos los tratamientos y aparatos clínicamente necesarios, cualquier paciente puede, si así lo desea, pagar el coste extra de ciertos tratamientos o aparatos más caros que los clínicamente necesarios. Tales casos incluyen dentaduras metálicas o tratamiento especial consistente en empastes de oro, etc., cuando el estado clínico del paciente no lo requiere; pero si el empaste de oro u otro tratamiento es clínicamente necesario, no se cobrará al paciente más de una libra.

Si una dentadura o cualquier otro aparato necesita ser reemplazado como resultado de descuido del paciente, éste pagará todo o parte de su coste (en el caso de dentaduras el coste excederá con frecuencia £4 5s. od., que sólo es una contribución al coste total de un

juego completo de dentaduras). Si el paciente niega descuido, el Consejo Ejecutivo, al recibir aviso de la Junta Dental de Presupuestos, investigará el caso, y si en realidad ha habido descuido, determinará si el paciente ha de pagar una parte y la cuantía de ésta e informará seguidamente al paciente, a la Junta de Presupuestos y al dentista.

En todos los consejos ejecutivos hay un Comité del Servicio Dental, compuesto de un presidente, tres personas elegidas de entre aquellos miembros del Consejo Ejecutivo que han sido nombrados por la autoridad sanitaria local o el ministro (ninguna de ellas dentistas) y otras tres personas nombradas por el Comité Dental de la localidad. El Comité de Servicio Dental investiga las quejas de que un dentista haja dejado de cumplir las condiciones del servicio. La queja oficial ha de ser presentada en el plazo de seis semanas después que el demandante tuviera conocimiento del asunto, o dentro de los seis meses posteriores a la terminación del tratamiento, cualquiera que sea el plazo menor. La vista del caso ante el Comité de Servicio Dental no tiene carácter formalista o judicial, pero el dentista puede ser representado por un amigo o colega y asistido (aunque no representado) por un abogado o procurador. La vista se lleva a cabo en privado. Después de la investigación el Comité envía su informe al Consejo Ejecutivo recomendándole, en caso necesario, las medidas a tomar. Entre las medidas que el Consejo puede adoptar figuran las siguientes:

Primera. Recuperar del dentista, en favor del paciente, todos los gastos incurridos por el paciente por no haber cumplido el dentista las condiciones del servicio.

Segunda. Recomendar al Ministro que la suma en cuestión sea deducida de la remuneración del dentista.

Tercera. En un caso extremo, solicitar al tribunal que sea eliminado de la Lista Dental el nombre del dentista.

Si se toman medidas de acuerdo con el apartado primero o segundo, el dentista puede apelar al Ministro, normalmente en el plazo de un mes. Si se actúa según el apartado tercero, toda acción posterior será tomada por el tribunal, que está formada por un abogado de reputación, nombrado por el lord canciller, como presidente; un dentista y otro miembro no profesional. Si la decisión del tribunal es en contra del dentista, éste puede apelar al Ministro.

Cuando un dentista facilita tratamiento en su clínica, se le paga de acuerdo con una escala determinada, basada en el número de tra-

tamientos llevados a cabo por él. Aparte de aquellos casos en que el paciente contribuye con una parte del coste, los pagos los efectúa el Consejo Ejecutivo, con el cual el dentista tiene un contrato.

1. Un dentista o un paciente que se consideren perjudicados por una decisión de la Junta de Presupuestos, por ejemplo, en el caso de que la Junta se niegue a aprobar el tratamiento propuesto o a pagar el precio que el dentista considere apropiadc, tienen derecho a apelar contra la decisión de la Junta. En la apelación entienden dos dentistas en activo, y su decisión es final.

2. Aunque hasta dentro de dos o tres meses no se conocerán las cifras detalladas, es ya evidente que los pagos impuestos en 1951 han tenido el efecto de disminuir el tiempo dedicado al trabajo de dentaduras artificiales y aumentar el dedicado al trabajo de conservación. Esto ha sido suplementado por el efecto de los pagos impuestos en 1952, que, en vista de la exención concedida a los menores de veintiún años, ha sido seguido por un aumento del tiempo dedicado a los niños y una reducción del tiempo dedicado a las personas mayores.

Los dentistas, lo mismo que los médicos, participan en un plan de jubilación que funciona de la manera siguiente:

El dentista ingresa en el fondo de jubilación el 6 por 100 de la suma de sus ingresos netos, después de haber deducido sus gastos. El Gobierno contribuye con el 8 por 100 de la misma suma. Al retirarse el dentista recibe de una vez una cantidad igual a $\frac{3}{80}$ de la suma así ahorrada, y además una pensión anual equivalente a $\frac{1}{80}$ parte por cada año de servicio, de forma que un dentista que haya trabajado durante cuarenta años para el Servicio Nacional de Sanidad, que es la vida de trabajo que se le calcula a un dentista, recibirá la mitad de sus pagos, es decir, $\frac{40}{80}$ de sus contribuciones como ingreso anual por todo el resto de su vida.

Además del Servicio Dental General hay:

1. El Servicio Dental Escolar; y
2. El Servicio de Hospital.

1. *El Servicio Dental Escolar.*

El Servicio Dental Escolar ha recuperado ya casi el total de los dentistas que tenía antes de la guerra, como resultado de la reintegración gradual de los mismos a este servicio, a consecuencia de la reducción de emolumentos. Este total es de 900 y están encargados de atender a los niños de las escuelas públicas. Este número les dará una idea de la falta de personal que padece y siempre ha padecido este servicio, ya que viene a resultar una proporción de un dentista por cada 8.000 niños. El salario es de 800 libras al año, con un incremento anual de 50 libras hasta llegar al tope de 1.250 libras. Un jefe de este servicio puede llegar hasta 1.550 libras.

2. *El Servicio de Hospital.*

Antes de aprobarse la ley para el establecimiento del Servicio Nacional de Sanidad, muchos hospitales generales facilitaban tratamiento dental gratuito, principalmente para aquellos que no podían pagar a un dentista particular; pero entre los pacientes había también algunos enviados por los dentistas particulares para algún tratamiento especial. El servicio de hospitales y especialistas del Servicio Nacional de Sanidad existe con el fin de facilitar diagnóstico y tratamiento a los pacientes externos, cuyo estado dental o general requiere servicios fuera del alcance del plan general, y también para el tratamiento de internos.

En los hospitales-escuelas la situación es mayormente la misma, con la excepción de que el personal superior, que antes no era pagado, recibe ahora un salario como funcionarios que dedican todo o parte de su tiempo al hospital. Muchos de los hospitales y sus departamentos dentales han sido reconstruídos en parte y reequipados.

Desde el comienzo del servicio hasta el 31 de marzo de 1953:

1.	Cursos completos de tratamiento que han necesitado la previa aprobación de la Junta (el 90 por 100 para dentaduras artificiales)	13.000.000
2.	Cursos completos que no han requerido aprobación previa	20.300.000
3.	Tratamientos de urgencia bajo procedimiento simplificado introducido el 1 de abril de 1949	8.900.000

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD

TARIFAS

	£	s.	d.
1. Examen clínico e informe		5	0
2. Limpieza de la dentadura		12	6
3. Empastes:			
I. a) Amalgama: Una sola superficie		15	0
Máximo por diente	1	2	6
b) Amalgama: Más de una superficie	1	2	6
II. Silicatos		18	0
Máximo por diente	1	7	6
4. Empastes: Dientes de leche		7	6
5. Tratamiento de la raíz:			
a) Una sola raíz (no séptica) ...	1	10	0
b) Raíces múltiples y todos los dientes sépticos	2	5	0
6. Extracciones		7	6
Según el número extraído	1	17	6
7. Administración de anestésico general		10 0	0 0
8. Dentaduras:			
I. Completas, superior e inferior...	9	9	0
II. Por dentadura:			
1, 2 ó 3 dientes...	4	5	0
De 4 a 8 dientes	5	0	0
De 9 a 14 dientes	5	7	0
El importe a cobrar por ambas dentaduras, superior e inferior, completas, no podrá exceder de	9	9	0
9. Refuerzo o recubrimiento de dentaduras	2	0	0
10. Reparaciones:			
I. Dentaduras de plásticos o vulcanita	1	15	0
11. Apicectomía	3	0	0
	3	15	0
12. Gingivectomía	1	7	6
	11	0	0

	£	s.	d.
13. Exámenes radiológicos:			
a) Películas intra-orales:			
Primera película		7	6
Cada película adicional		5	0
b) Películas extra-orales		15	6
	4	0	0

14. Ortodoncia ... ... La cantidad que fije la Junta Dental de Presupuestos.

15 Tratamiento que requiera un aparato especial, aplicadores de radio, entablillado ... ... La cantidad que fije la Junta Dental de Presupuestos.

16. Extirpación de quistes, raíces enterradas ... ... Máximo: 5 17 6 junto con una tarifa especial por anestésico, cuando sea necesario, de hasta 2 0 0 o más por este mismo concepto que pueda ser aprobada en circunstancias especiales.

17. Otros tratamientos no incluídos en esta tarifa ... ... El importe que fije la Junta Dental de Presupuestos.

18. Dentaduras metálicas, por dentadura ... ... Lo que fije la Junta Dental de Presupuestos, dentro de los siguientes límites:

a) Oro	7	17	6
	a 14	10	0
b) Oro blanco...	7	12	6
	a 12	15	0
c) Acero inoxidable	6	10	0
	a 9	10	0

19. Empastes en oro, por cada empaste. Lo que fije la Junta Dental de Presupuestos, dentro de los siguientes límites:

	1	10	0
	a 4	2	6

20. Incrustaciones ... ... Lo que fije la Junta Dental de Presupuestos, dentro de los siguientes límites:

		£	s.	d.
a) Una sola superficie		3	12	6
	a	4	7	6
b) Dos superficies		4	12	6
	a	5	15	0
c) Tres superficies		5	2	6
	a	6	5	0
21. Coronas:				
a) Coronación, excluyendo tratamiento de la raíz		3	17	6
b) Post-coronación, incluyendo tratamiento de la raíz		5	0	0
c) Fundas		6	10	0
	a	8	5	0
		o una suma mayor que pueda aprobar la Junta Dental de Presupuestos.		

22. Aquellos tratamientos para los que se requiere la aprobación previa de la Junta Dental de Presupuestos.

Todas las tarifas anteriormente mencionadas han sido reducidas ahora en un 10 por 100.

Esta lista cubre una gran variedad de tratamientos dentales, pero muchos de ellos requieren aprobación especial, que no siempre es fácil de obtener y que en muchos casos es denegada. Siempre queda el recurso de apelar, pero el paciente tiene que ser examinado entonces por un funcionario nombrado por el Ministerio, lo que a veces se lleva semanas, y aun así puede ser denegado.

Los casos de ortodoncia no son aprobados con la frecuencia que debieran desde el punto de vista clínico. En la Junta Dental de Presupuestos hay falta de especialistas en ortodoncia.

Coste de los servicios dentales generales

	1948-49 (9 meses) *£m*	1949-50 *£m*	1950-51 *£m*	1951-52 *£m*	1952-53 (calculado) *£m*
Coste total	17,5	42,6	40,3	41	31
Contribución de los pacientes	—	—	—	5	11
Coste neto en millones de £	18	43	40	36	20

Número de dentistas: 11.000 aproximadamente.

Las tarifas originales se calcularon para que produjeran unos ingresos de 1.778 libras anuales. Sobre este particular tuvieron lugar negociaciones entre la profesión y el Ministerio de Sanidad antes de que comenzaran a funcionar los servicios, y se han repetido después, pero nunca se ha llegado a un verdadero acuerdo. El Ministerio es el que tiene la última palabra, y en una ocasión, mientras se llevaban a cabo las negociaciones, el Ministro impuso repentinamente una nueva reducción de tarifas sin previo aviso.

Tres años de este servicio han producido tres resultados:

1. En la salud dental.
2. En el público y en su reacción al Servicio Dental.
3. En la profesión.

Con referencia al primero, 33.300.000 personas han recibido tratamiento. Se han hecho nueve millones de dentaduras. Millares de personas que no podían habérselo costeado han sido tratadas. Se han llevado a cabo 8.900.000 intervenciones de urgencia.

Con respecto al segundo, el público cayó sobre la profesión en número abrumador en demanda de tratamiento y dentaduras. Miles de personas que jamás se habían interesado en la higiene oral se sintieron repentinamente preocupadas por su dentadura. Aquellos que no pudieron ser tratados sin tardanza pusieron el grito en el cielo, y la prensa dió gran publicidad a sus protestas, olvidándose de que los prudentes habían convenido ya una cita a tiempo con su dentistas.

Por último, el efecto en la profesión.

Al principio, sus ingresos aumentaron considerablemente, pero en igual proporción aumentaron sus horas de labor, el tiempo requerido para llenar formularios y atender al trabajo de oficina, el ritmo y el esfuerzo. Esto dió también lugar a un cambio de actitud hacia la cirugía dental como profesión. Un número excesivamente elevado de pacientes y un número excesivamente reducido de dentistas terminó con la competencia, dando lugar a la indiferencia de muchos dentistas para con su clientela.

Dicen los dentistas en la Gran Bretaña que la peor característica del plan es la pérdida de incentivo. Todos reciben el mismo pago por el mismo trabajo, por muy hábiles que sean. Los reglamentos son rígidos y, para todos los fines prácticos, la profesión ha perdido el control de su propia disciplina, ya que de los casos de infracciones de los reglamentos se encarga el Comité de Servicios Dentales, com-

puesto de dentistas. Buenos profesionales, se ven enfrentados con largas negociaciones que con frecuencia terminan en una negativa, y para evitar esto, y en contra de su propio parecer, presentan muchas veces a la aprobación de la Junta de Presupuestos una clase de tratamientos que saben han de ser aprobados sin dificultad. Aproximadamente un 2 por 100 de los dentistas obtuvieron enormes ingresos—hasta 25.000 libras al año—, lo que dió lugar a un clamor general para que se redujesen los honorarios a toda la profesión. La prensa no se tomó gran empeño en publicar la información sobre la verdad del caso, presentada por la Asociación de Dentistas Británicos, para refutar la campaña. Los cambios introducidos en los reglamentos han sido mayormente reducciones de costos y han resultado, naturalmente, en una reducción de los ingresos de los dentistas.

En 1952 fué aprobada una nueva ley que autorizaba cobrar a los pacientes. En virtud de esa ley el paciente había de pagar la primera libra del coste del tratamiento. En consecuencia, la persona prudente que visita a su dentista dos veces al año y cuya cuenta puede muy bien no llegar a una libra cada vez, tiene ahora que pagar el coste completo, mientras que el paciente descuidado que sólo acude al dentista después de un intervalo de un año o más, cuando le impulsa el dolor, y cuya cuenta puede llegar a cinco libras, no paga más que una libra. La Asociación de Dentistas sugirió que lo mejor sería cobrar la última libra. El Ministerio contestó que no podía administrarse de esa manera. Como podrán ver, el factor decisivo es siempre la administración. Habría un gran aumento, dice el Ministerio, en el trabajo de oficina, tanto en las clínicas como en la Junta Dental de Presupuestos.

En 1948, muchos dentistas, aun reconociendo que la legislación no era buena, expresaron la esperanza de que gradualmente fueran introduciéndose enmiendas para mejorar el servicio. Después de cuatro años, muchos se sienten descorazonados y no creen que el servicio pueda mejorar en el futuro.

En el pasado, un dentista que trabajase con habilidad y eficiencia podía aspirar a mejorar sus ingresos y su seguridad. Ahora, un simple cambio de reglamentación puede alterar toda su vida profesional, dejándole impotente para modificar la situación. Al parecer, mientras no varíe la actitud oficial, no es probable que se produzca

ninguna mejora, especialmente si ésta se interpreta en beneficio de la profesión (*).

El doctor Ferguson continúa:

Todo país que piense implantar un servicio dental nacional hará bien en avanzar despacio, consolidando cada posición ganada paso a paso. La cirugía dental gratuita debe ser para aquellos que la necesitan más. En primer lugar deben ser tratados los niños, las mujeres embarazadas y las madres lactantes, y después ampliar gradualmente el servicio a otros sectores de la comunidad, bien por medio de enfermeras o practicantes dentales que harían los trabajos sencillos, o aumentando en una gran medida la producción de las escuelas dentales. Todo otro camino nos parece, a mí y a la gran mayoría de mis colegas, imprudente, por no decir otra cosa.

Los tumores parotídeos y su tratamiento quirúrgico, R. McNEALY y McCALLISTER, "Internat. Coll. Surg.", XIII, 5, 523, 1950. [617.52.]

Los conocimientos respecto del tratamiento quirúrgico y de la patología de las parótidas tienen que ser considerados como incompletos, en especial por lo que se refiere al nervio facial. Los malos resultados se producen, principalmente, por una espera demasiado larga tocante al crecimiento del tumor y en la realización de intervenciones quirúrgicas insuficientes, por temor a una lesión del nervio facial. Estos dos hechos, así como la injustificada roentgenterapia, son manifiestos. El método de elección consiste en una parotidectomía subtotal (lobectomía superficial) y en la parotidectomía total. Ambas intervenciones se practican en anestesia general. Hay que prestar atención especial a una ablación suficiente del tejido glandular. Naturalmente que el nervio facial debe ser siempre respetado, pero por esto no se debe convertir una extirpación total en otra parcial. En caso de que el nervio facial deba ser sacrificado, contamos con métodos suficientes para la terapéutica de la parálisis transitoria o permanente del nervio facial.—JOSÉ L. SERRANO.

(*) El Dr. Ferguson pronuncia otras palabras que son motivo de una estruendosa ovación de la sala palabras que no nos ha sido posible recoger, pero que dieron lugar a un breve y sustancioso debate.

Complicaciones neurológicas de las parotiditis, J. MACRAE y A. M. G. CAMPBELL, "British Medical Journal", 1949, II, p. 259.

Revisada amplia bibliografía relativa a las manifestaciones menfngeas de la parotiditis, se ocupan los autores de 14 casos que evolucionaron con meningo-encefalitis, registrados en un área limitada y en el transcurso de un corto período de tiempo.

La mayoría de los enfermos ingresaron en el hospital con un diagnóstico—completamente justificado—de meningitis. Su aspecto era el de pacientes que aquejaban una enfermedad grave. La intensa cefalea frontal y la pirexia eran facetas características. En la mayoría de los casos se observó nistagmos. En todos ellos la tensión del l. c. r. estaba acentuada, y el cuadro general era igual al observado en otros tipos de encefalitis por virus. La anamnesis reveló que la mayoría de los pacientes habían estado previamente en contacto con enfermos de parotiditis. En todos los casos se llegó a la curación, sin secuelas.

En seis de los enfermos, la sintomatología meníngea precedió a la de parotiditis.

Se discuten las distintas localizaciones del virus. Se han descrito casos de orquitis (Humphries, 1947) y pancreatitis (Box, 1946) como única manifestación de parotiditis. Por ello consideran los autores que puede hablarse de predilecciones del virus infectante por distintos tejidos. Es posible que casos descritos como meningitis asépticas no hayan sido, en realidad, más que meningoencefalitis parotídeas.

Después del estudio de otras numerosas manifestaciones de las parotiditis, se considera que la infección es generalizada y apta para influir sobre cualquier tejido—incluso sobre el feto (Humphries, 1947)—. Siendo así, resulta muy lógico que el sistema nervioso sea afectado también en ocasiones, incluso de modo preferente. Por lo tanto, no habría ya que hablar de virus neurotrópico, sino de un virus que puede situarse en distintos tejidos—glándulas salivales, sistema nervioso central, páncreas, ovarios, testículos, pericardio—, dependiendo del grado y rapidez con que se desarrolla la inmunidad.

Toxicidad del flúor, RANGANATHAN, "Indian J. Med.", 233, 1944

Empleando ratas de unos 50 gramos de peso, se ha efectuado un estudio experimental de los fluoruros inorgánicos y de sus antídotos. Las sales de calcio actúan como antídotos, e igualmente las de magnesio, pero en grado menor. Las sales de aluminio y de bario no tienen nigún efecto protector. El orden de toxicidad de los fluoruros es Mg Na Ca. No existe relación alguna entre la toxicidad de los fluoruros y su solubilidad en el agua. La vitamina C no mitiga el envenenamiento fluórico en las ratas, y tampoco la D beneficia de los efectos raquíticos de la intoxicación.