

apetito deficiente, desasosiego anormal, consancio excesivo, rabieta, falta de poder de concentración y desfavorable conducta social. Algunos de estos síntomas pueden sobresalir de los demás o puede haber un grupo de ellos. La gravedad de los fenómenos nerviosos anormales está en razón directa con el método, tiempo e intensidad del hábito. Los efectos nerviosos sobre el estado mental y físico y sobre la personalidad, en algunos casos son más importantes que los trastornos estructurales.

6. Las conclusiones de las investigaciones precedentes pueden ser confirmadas en la práctica dental diaria. Por esta razón, la odontología, como salvaguarda de las estructuras de la boca y de la salud general, debe asumir su especial responsabilidad en la prevención y curación de estos perniciosos hábitos.

S SUCCION DEL PULGAR

ODONTOLATRIA

Efectos estructurales y nerviosos del hábito de succión del pulgar, por
EARL W. SWINEHART, D. D. S.—J. A. D. A., D. C., 25, 5. 80, 5.

Conclusiones:

1. En el acto de succión del pulgar se ejercen tres fuerzas anormales principalmente: (a) la fuerza pasiva del dedo albergado entre los arcos dentarios; (b) la anormal contracción de las mejillas contra dichos arcos, y (c) la anormal presión muscular del dedo contra el paladar. Estas fuerzas empiezan a actuar en la plástica edad de la infancia y con frecuencia son continuadas en el período formativo de la niñez.

2. En el grupo de niños que contraen este hábito, los efectos de estas fuerzas sobre los dientes producen un elevado porcentaje de maloclusiones regionales o generales. La fuerza "a" ocasiona la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores, dando como consecuencia, por resultado, la mordida abierta de estos incisivos. La fuerza "b" está íntimamente asociada con la estrechez de los arcos maxilares.

La íntima asociación de la fuerza "c" con la mesioclusión unilateral del arco maxilar indica que élla es la causa de este tipo de general maloclusión; la causa de este estado es desconocida. Los casos mencionados en este artículo de elevado porcentaje de maloclusión, estaban perfectamente delimitados hacia los tres años de edad. En la mayor parte de los casos, la maloclusión era de tal carácter que una corrección perfecta era extremadamente improbable, aunque el hábito hubiese cesado en edad muy temprana. Con tipos de maloclusión causados por este hábito son los responsables de un elevado porcentaje de maloclusiones en los adultos, de donde se deduce que este hábito es una de las más importantes causas de maloclusión.

3. La maloclusión de los incisivos causada por la succión del pulgar provoca hábitos anormales de los labios y lengua, y, además, la respiración bucal. Todos estos hábitos secundarios tienden a persistir a través de la vida y mantienen o exageran la maloclusión. La respiración bucal afecta gravemente a la salud general.

4. Las fuerzas anormales de las costumbres distorsionan la forma de las estructuras de la cara interna. En estos casos, siempre que las fuerzas se ejerzan en la misma dirección que sigue el curso del crecimiento normal de la cara ésta sufre un superdesarrollo. Si las fuerzas se ejercen

en sentido opuesto a proceso normal, tiende entonces a inhibirse. Estas inhibiciones de crecimiento se encuentran asociadas a disminución en la altura y anchura del espacio nasal, desviación del septum y otras manifestaciones anormales consecuentes a este estado anormal. Tales malformaciones casi siempre son incurables; son muy frecuentes, constituyendo una fuente de graves alteraciones de la salud. Si el hábito de succión del pulgar, es la causa de la instauración de tales estados patológicos, es tiempo ya de que se tomen serias medidas para tratar de eliminar este hábito.

5. El hábito de succión del pulgar es origen también de graves y definitivos trastornos nerviosos. Estos trastornos son tan corrientes y tan claros que no cabe de ellos la más pequeña duda. Cuando la práctica de este hábito está definitivamente eliminada por el empleo de medidas mecánicas los nerviosismos correspondientes al hábito son considerablemente reducidos o eliminados. Si el hábito se reanuda, los mismos síntomas anormales reaparecen. A causa de estos nerviosismos, este hábito ejerce su influencia sobre los procesos generales físicos y mentales. Los trastornos físicos son tics musculares, retardo en el crecimiento, peso deficiente o trastornos en las funciones orgánicas. Algunas de sus principales consecuencias nerviosas y psicológicas son: sueño intranquilo,

Manifestaciones psíquicas del déficit en ácido nicotínico, por SYDEN-
TRICKER (V. P.).—"Proceedings of the Royal of Medicine". Núme-
ro 36, pág. 169. II-1943.

En la pelagra son conocidas, desde las descripciones clásicas, las manifestaciones psíquicas típicas. Pero existen también otros cuadros neuro-psíquicos debidos probablemente a carencia en ácido nicotínico, ya que curan con su administración.

La pelagra muestra muchas veces como síntoma inicial una alteración psíquica, en un principio de carácter neurótico: los pacientes aquejan desgana, abatimiento, ligero retraso mental, pérdida de memoria para los acontecimientos recientes y a veces algunas ilusiones fugaces y estados depresivos. En las recidivas de la afección las manifestaciones psíquicas se acentúan y paulatinamente se instala una intensa desorientación, confusión y accesos histéricos y a veces estados maníacos. Finalmente, el enfermo cae en una profunda depresión o en un estado delirante. Sólo en los primeros momentos se puede obtener éxito por la administración de ácido nicotínico; probablemente después existen ya graves lesiones nerviosas.

Muy diferente del cuadro de la pelagra, en el que el déficit de ácido nicotínico no es brusco, es el que ofrecen los casos de lo que pudiera llamarse carencia "aguda". El síndrome aparece en sujetos sometidos a una dieta limitada prolongada (por ejemplo, en enfermos digestivos) o en los agotados por una fiebre duradera; casi siempre se ha inyectado a tales enfermos durante los últimos días una gran cantidad de suero glucosado, con objeto de mejorar su estado de nutrición. De un modo súbito

O ORTODONCIA: EL PRIMER MOLAR

ODONTOIATRIA

Estudio de los cambios ortodóncicos y faciales, y efectos sobre la dentición en relación con la pérdida de los primeros molares en quinientos adolescentes, por J. A. SALZMANN, D. D. S.—J. A. D. A.; D. C.; 80, 6.

Los perniciosos efectos subsiguientes a la extracción de los primeros molares permanentes están bien definidos en muchachos y chicas adolescentes, hacia los estados finales de crecimiento y desarrollo. En contra de lo sostenido por algunos, el segundo molar no se viene hacia adelante para ocupar el espacio dejado vacante por la extracción del primer molar. A lo que sí da lugar esta extracción es a una perturbación general de la oclusión dentaria, pues ocasiona los más perniciosos efectos sobre el estado general de la boca, y, por añadidura, eleva la propensión a la presencia de caries. Hay también un aumento concomitante a propensión de la existencia de "ex-dientes", es decir, de dientes que no están en el estado físico del momento de su erupción en los jóvenes de quince a diecinueve años de edad. Este aumento en los "ex-dientes" demuestra una elevada correlación con el aumento en el número de primeros molares perdidos. El espacio dejado después de la extracción de los primeros molares permanentes no se cierra uniformemente en todos los casos, pues depende de factores individuales que varían en cada uno. En la mandíbula superior el espacio se cierra más rápidamente que en la inferior. El segundo molar superior causa siempre, comparativamente, una mayor cantidad de cambios de posición que el segundo premolar superior o que el segundo molar inferior. El segundo premolar y el se-

aparece un estado de delirio, alucinaciones o manía, precedido en ocasiones por un breve estadio confusional. Probablemente la administración de glicosa a un sujeto con un estado de nutrición defectuoso, pero aun compensado, es capaz de originar un agotamiento de las reservas de ácido nicotínico, así como de tiamina y quizá de otras vitaminas. La sintomatología desaparece rápidamente con la administración de ácido nicotínico.

Con el nombre de encefalopatía por carencia de ácido nicotínico han descrito Jolliffe y otros clínicos un estado que aparece en sujetos de edad, casi siempre alcohólicos y con un estado de nutrición deficiente. Tales sujetos son hallados inconscientes en la calle y conducidos al hospital en un estado estuporoso, con alteraciones de los reflejos, rigidez muscular, fenómeno de prensión forzada y a veces manifestaciones neuríticas. Suele pensarse en tales casos en un coma urémico, y es frecuente que se les administre suero glicosado, con lo cual empeoran considerablemente. El cuadro, que recuerda intensamente al síndrome de Wernicke, desaparece rápidamente al administrar ácido nicotínico, mientras que no se modifica con tiamina. El conocimiento de este cuadro comatoso tiene importancia práctica en el tratamiento de un paciente hallado en estado de pérdida de conocimiento.

El tratamiento de todos los descritos síndromes de carencia en ácido nicotínico consiste en administrar grandes cantidades de ácido nicotínico o su amida. El autor emplea ordinariamente 100 mgs. de ácido nicotínico (o 30 mgs. de amida) cada hora, diez veces al día los días primeros. Posteriormente, 500 mgs. diarios, y luego dosis decrecientes hasta 75 mgs. al día. Conviene asociar a este tratamiento la administración de tiamina en dosis diez veces menores que las de ácido nicotínico.—L. G.

gundo molar inferiores están en estrecha relación en estos cambios de posición, después de la extracción del primer molar.

Los efectos de la extracción del primer molar se manifiestan en aumento en las caries, en perturbaciones oclusales, en cambios en el aspecto del contorno facial y frecuencia en interferir la pronunciación y el crecimiento y desarrollo físico general. El hecho de que el término medio de los jóvenes de quince años tienen extraídos por lo menos dos de sus primeros molares es una prueba adicional de que el examen dental periódico y el tratamiento cuando sea necesario debe ser establecido tan pronto como estos molares permanentes hacen erupción. Un hecho que debe ser reconocido, publicado y prevenido por el profesional odontológico es el estrago que se inicia en la dentición como consecuencia de la extracción del primer molar permanente, sin tener en cuenta, como medida de previsión, el mantenimiento del espacio que debe quedar para la preservación de las relaciones oclusales.

con frecuencia hasta una semana, que es cuando las condiciones del enfermo permiten instaurarlo. El peligro de meningitis en las fracturas que afectan a la región etmoidal exigen su inmediato tratamiento.

Cuando el desplazamiento se ha corregido, y esto ocurre, generalmente, en un período de dos a cinco días, la mandíbula inferior debe ser bloqueada con alambre a la superior durante tres semanas aproximadamente. Después de que se haya corregido el desplazamiento lateral o posterior, la instauración de la tracción mecánica o elástica contra la mandíbula corregirá el desplazamiento hacia abajo y restaurará la dimensión facial correcta.

F **FRACTURAS DE LOS MAXILARES**

ODONTOIATRIA

Fracturas de los maxilares. por A. P. GINGRASS M. D. — D. D. S. —
J. A. D. A. 25, 5.

Fracturas de la mandíbula inferior.—La mandíbula inferior es de todos los huesos de la cara el que con más frecuencia sufre de fracturas. Esto es debido indudablemente a su sobresaliente posición, gran tamaño y forma peculiar, comparativamente considerado, con los demás huesos de la cara; el sitio más frecuente de las fracturas simples es la región de los bicuspídes; en frecuencia, le sigue como sitio de elección el ángulo. Las fracturas dobles se presentan de ordinario en la región bicuspídana de un lado y en el ángulo del opuesto. Prácticamente, todas las fracturas del cuerpo del maxilar inferior son complicadas, es decir, comunican con la cavidad oral por la presencia de la raíz de un diente en la línea de fractura. Por estas razones las fracturas del maxilar inferior en sujetos desdentados son de ordinario no complicadas. Las fracturas de las ramas ascendentes tampoco se infectan de ordinario.

El desplazamiento en las fracturas mandibulares es debido a la violencia externa y al tiro muscular.

El diagnóstico está basado principalmente en los siguientes datos: maloclusión dentaria, movilidad anormal, dolor a los movimientos y evidencia radiográfica. La radiografía es de un valor indudable en la determinación de las líneas de fractura, las fracturas conminutas y las raíces dentarias afectadas; ahora bien, odontológicamente considerado, no nos es de ningún valor en la corrección del desplazamiento en las fracturas del cuerpo, puesto que la oclusión de los dientes es el mejor guía para tener seguridad en la perfecta corrección de estas fracturas. No