

La sulfamidoterapia en el campo odontológico, por G. BOSCHETTI.—*La Stomatologia Italiana*, 1943, núm. 3.

La experiencia recogida permite al autor concluir que la administración de sulfamídicos como tratamiento coadyuvante, proporciona no pocas ventajas en el campo odontológico.

En la piorrea alveolar son preferibles las aplicaciones locales de polvo de sulfamidas, que permiten obtener una más rápida detención de los sacos piorreicos. La administración general por vía bucal puede ser útil en los casos con exacerbaciones y reagudizaciones: es decir, en los casos en que a la piorrea crónica se sobrepone un proceso inflamatorio más o menos agudo. En cambio, escaso éxito permiten los sulfamídicos sobre la piorrea propiamente dicha.

La aplicación local es también útil después de las extracciones dentarias, especialmente si hay infección; el polvo se aplica en el alvéolo dental con fines preventivos.

Los sulfamídicos serán utilizados con éxito en los procesos supurativos dentarios. Si no hay aún fluctuación, muchas veces una cura sulfamídica podrá hacer regresar el proceso, llevándolo a curación completa sin necesidad de intervención quirúrgica dental; si es necesario incidir, igualmente la terapéutica sulfamídica influirá favorablemente sobre la temperatura y hará más rápida la curación.

Si el flemón flutúa, sólo raras veces se reabsorbe por completo y cura sin intervención; con frecuencia tendrá que practicarse la incisión, y será mejor no esperar inútilmente a hacerlo; en tal caso, la sulfamidoterapia actuará también favorablemente sobre el curso sucesivo de la dolencia.

C CEMENTO DENTARIO

ODONTOIATRIA

La biología del cemento, por RUDOLF KRONFELD, M. D., D. D. S.

RESUMEN:

1. La distribución del cemento a través del reino animal varía grandemente según las diversas especies. Por regla general, los herbívoros tienen un cemento grueso, y los carnívoros, delgado. El hombre ocupa una posición intermedia.

2. La diferencia biológica básica entre el cemento y el hueso es que el cemento se está depositando continuamente sin reabsorción, mientras que en el hueso la formación y la reabsorción se está verificando continuamente a través de la vida.

3. Los dientes que tienen antagonista y, por lo tanto, que tienen una constante oclusión presentan un cemento delgado, mientras que los dientes sin antagonista y los impactados lo tienen muy grueso. Ocasionalmente, el cemento es distribuido sobre la superficie radicular en relación con los esfuerzos funcionales más destacados.

4. La formación de cemento sobre la superficie del esmalte (cemento coronario) se encuentra frecuentemente en los dientes impactados. Algunas veces también ocurre esto en las fisuras oclusales de los dientes normales no eruptados de los niños.

Un caso de flemón de suelo de boca tratado con sulfamida y anavacuna dental polivalente, por F. MUÑIZ TOCA.—ODONTOIATRÍA, 1944, I, pág. 77.

En una niña de seis años de edad, que presenta una caries de cuarto grado con periodontitis poco acentuada y gran movilidad del segundo molar temporal del lado izquierdo, no apreciándose linfocelulitis, adenitis, etc., por no estar indicado el tratamiento conservador, se practica la extracción con anestesia. Para esto, y con objeto de no llevar la infección a zona más profunda, se usa superficialmente el cloruro de etilo. Se presenta hemorragia postoperatoria; hemostasia por compresión, haciendo las indicaciones precisas para el aseo de la cavidad bucal.

A los dos días se diagnostica flemón de suelo de boca, y se prescribe el siguiente tratamiento: anavacuna polimicrobiana cada dos o tres días según la reacción que provoque, comenzando por 0,2 c. c., aumentando la dosis en cada inyección en otros 0,2 c. c.: cepillado de boca con perborato y buches de agua perboratada muy caliente, completando el tratamiento con la administración, por ingesta, de sulfamida en dosis adecuada a la edad de la enfermita.

En días sucesivos se observa que la inflamación aumenta ligeramente, pero continúa siendo unilateral. Persiste la induración y la temperatura elevada durante siete días. Se inicia entonces la mejoría, que prosigue en días sucesivos, disminuyendo la inflamación, y la temperatura se acerca a la normal. Se suprimen las sulfamidas y se continúa hasta los quince días con la anavacuna, obteniéndose la curación completa.

El criterio del autor es que en casos semejantes, y antes de acudir a las incisiones (siempre desagradables, sobre todo en el aspecto estético cuando se trata de pacientes femeninos), debe de imponerse desde un principio un tratamiento mixto sulfamido-vacunoterápico.

5. Los procesos de reabsorción de la superficie radicular están normalmente equilibrados con los procesos de formación. La reabsorción excesiva puede ser originada por trauma, presión, inflamación o perturbaciones generales.

6. En muy raras ocasiones se puede producir una unión ósea (anquilosis) entre el proceso alveolar y la raíz durante la formación del cemento de reparación subsiguiente a la reabsorción radicular.—Murcia.

Un tratamiento eficaz de las aftas bucales recidivantes

En una corta nota, donde se resume una comunicación a la Société de Therapeutique de París, efectuada por P. Viard, leemos en "Presse Médicale" (núm. 3, pág. 21; 1943) un procedimiento aconsejado por este autor para la terapéutica eficaz de las aftas recidivantes.

Las aftas, que en su período de estado se manifiestan en forma de exulceraciones lisas, de color blanco opalino, de bordes algo despegados, rodeadas por un pequeño halo inflamatorio, de tamaño generalmente lenticular o más pequeño y que, como es sabido, se encuentran localizadas típicamente en las mucosas bucales, constituyen una afección que si por lo común resulta sumamente banal, no es menos cierto que en ocasiones su intensidad, su pertinacia y sus casi continuas recidivas dan lugar a un cuadro patológico que si no puede ser calificado de grave, es por lo menos tan molesto que justifica sobremanera que el médico intente por todos cuantos medios se presenten a su alcance una solución favorable del mismo, que en tal caso, y por lo general, suele determinar un problema terapéutico de verdaderamente difícil solución. Por eso juzgamos útil dar a conocer a nuestros lectores cualquier procedimiento que haga concebir esperanzas de que pueda resultar de eficacia en este sentido.

Pues bien, con tal objeto propone Viard la práctica de una serie

CH

CHANCRO

ODONTOIATRIA

Chancro de la encía: Reseña de un caso, por FLOYD F. STRITH, D. D. S., J. A. D. A., D. C., 24, 6.

Conclusiones:

El chancro primario de la encía no es corriente, pero tampoco es raro.

Indudablemente, esta afección debe ser mucho más frecuente de lo que lo acusan las reseñas científicas, debido indudablemente a que pasa desapercibido.

Puede presentarse en cualquier edad.

Con frecuencia, es inocentemente adquirido.

Lo indoloro, persistente y no extensivo de las lesiones, junto con la adenopatía regional indolora, ultra positivo y Wasserman y Kahn positivo ocasiona un diagnóstico concluyente.

El caso reseñado ilustra la necesidad de un precoz reconocimiento si se quieren evitar los múltiples contactos contagiosos.

de 40 inyecciones intramusculares trisemanales de biclorhidrato de histamina a dosis que al comienzo deben ser [fractísima. Nosotros podríamos utilizar para ello cualquiera de los excelentes preparados histamínicos, hoy en el mercado nacional de especialidades farmacéuticas, con los que—siguiendo las instrucciones del autor—empezaríamos aplicando intramuscularmente una décima de c. c. para continuar estas inyecciones aumentando de décima en décima hasta llegar a 1 c. c. por inyección. Para consolidar los resultados que se obtengan, aconseja Viard la práctica sin pausas y a continuación de dos o tres nuevas series consecutivas de inyecciones.—*per Med. Esp.*

Visibilidad en Odontología: iluminación y transiluminación, por A. LAURENCE DUN, A. B., D. D. S., J. A. D. A., D. C., 24, 6.

Resumen:

La visibilidad es una de las piedras angulares, tanto del diagnóstico como de la parte operatoria, en Odontología. Estas piedras angulares son: 1.^a Accesibilidad; 2.^a Limpieza del campo, y 3.^a Iluminación.

La iluminación puede ser general o local, así como también puede ser sobre los tejidos o a través de ellos. Consecuentemente puede ser clasificada como: 1.^o Iluminación general; 2.^o Iluminación general directa; 3.^o Iluminación local, y 4.^o Transiluminación.

Los tipos más eficientes son los dos últimos, los cuales pueden ser conseguidos por la lámpara de boca del tipo del antro. Esta lámpara, cuando está manejada apropiadamente, también ayuda a que se cumplan los otros elementos de visibilidad, obteniéndose de este modo el acceso y manteniendo la conveniente claridad en el campo.

B BACTERIOFAGIA

ODONTOIATRIA

Bacteriophagia y sus relaciones con la infección oral. (Bacteriophage and Its Relation To Oral Infection, por LESLIE A. SANDHOLZER, Ph. D., J. A. D. A., D. C., 24, 1.

El empleo de bacteriófagos en el tratamiento de las infecciones orales, ha recibido entusiástica adhesión de algunos investigadores. Thus, Raiga y otros han reseñado casos tratados con éxito de abscesos y de piorrea. Muchos investigadores han encontrado este procedimiento de valiosa aplicación en casos de osteomielitis y de infecciones localizadas. El empleo con éxito de la fagia depende: 1.^o De su especificidad por los microorganismos invasores; 2.^o Del estado de disociación del organismo, y 3.^o De la retención de la actividad lítica en la presencia de los tejidos y restos tisulares. En la mayoría de los casos, el organismo causante de la infección oral no es conocido, y por tanto, no es posible la terapéutica racional. Aun cuando razonablemente pueda afirmarse que el invasor es un estafilococo o un estreptococo, a menos que la lisibilidad por un fago particular sea determinada, la lisis puede no tener influencia sobre el curso de la infección. La bacteriophagia es inactivada por los

tejidos, por restos de tejidos y por la saliva, por lo que de esta manera hay muy poca oportunidad para actuar, aun cuando las otras condiciones de lisis sean satisfactorias. En vista de estos hechos, parece muy probable que el éxito terapéutico obtenido con la bacteriofagia debe ser debido a algún otro proceso distinto al de la bacteriolisis. Cualquiera de las siguientes teorías pueden explicar su valor terapéutico: 1.º Las lisinas pueden actuar como vacunas, por lo cual lo que verdaderamente se emplea es la vacunoterapia y no la bacterofagia; 2.º el *shock* proteínico procedente de la lisina cruda, puede estimular otros mecanismos protectores en el huésped; 3.º El paciente puede ser asiento de una invasión temporal de microorganismos no patológicos, que pueden ser eliminados espontáneamente.