

UNA MEJORA EN LA SECCION DE ENFERMEDAD

por el

DR. J. LUIS YAGÜE ESPINOSA

Existe deseo constante de superación en el desarrollo de Previsión sanitaria nacional. Ahora le ha tocado a la sección de enfermedad. Para la percepción del subsidio correspondiente a dicha sección se precisa incapacidad laboral comprobable superior a treinta días. La inferior a este lapso de tiempo no es computable, ya que se consideran cubiertas las necesidades familiares por reservas económicas. Si bien la mayoría de los mutualistas pertenecen sólo a los grupos obligatorios y, por tanto, el subsidio de enfermedad es de corta cuantía, también puede llegar a mayor al hallarse inscrito el asociado, con carácter voluntario, en más grupos de la sección; alcanzando con los existentes un máximo de 1.950 pesetas mensuales, que equivalen a 65 diarias.

El espíritu de equidad de la Mutual llega a la devolución del depósito de garantía, al propio tiempo que el subsidio, en caso de fallecimiento del asociado, agregándole los días que le hayan correspondido en otras secciones (enfermedad, invalidez, vejez). Con lo que se suman pequeñas cantidades, muy útiles en aquellos momentos, que siempre se origina gastos crecidos extraordinarios, con dificultades para sufragarlos en gran número de ocasiones.

Una aportación más pudiera ser la correspondiente a los días de enfermedad, cuando la baja no alcanzase los treinta reglamentarios. Es propuesta que se ha estudiado y aceptado con gran cariño, para llevarla a la próxima Asamblea, ya que supone modificación reglamentaria. Aquella seguramente la aprobará complacida.

La propuesta señala la percepción del subsidio correspondiente de la sección de Enfermedad cuando entre la fecha de la baja y la del fallecimiento no hayan transcurrido treinta días.

Es cierto que el número de casos en los que pueda aplicarse esta modificación será muy exiguo, pero bastaría con que pudiera beneficiar en uno solo para considerarla muy aceptable. Sobre todo reflejará el constante anhelo de justicia y mejora de la Mutual que anima a su Consejo de Administración.

LA RETENCION DE LAS PLACAS A FINALES DEL XIX

por el

DR. M. S. DE P., D. D. S.

No es ésta la primera vez que advertimos la doble paternidad de una iniciativa, más o menos divulgada (ODTTRÍA., 191, 1950), adjudicación en cuya buena o mala fe no hemos de entrar.

Acabamos de leer («R. As. Od. Argtna.», 303, 1958) sobre «la técnica de Kemény para la retención de las prótesis»—expuesta por Bauchwitz-Emmel—, y, naturalmente, nos ha sorprendido teniendo en cuenta que mientras la bibliografía que aporta data de 1954 (Kemény), nosotros hemos visto practicar esta idea antes de la primera guerra mundial (por nuestro padre [*]), y si nuestra memoria no nos traiciona, influído por la odontología francesa (o al menos hispanofrancesa, por colegas hispanos establecidos en París, que al estallar la primera guerra mundial llegaron al Mediodía francés o se internaron en España, circunstancia que por estar en Irún le permitió conocer más íntimamente las técnicas de algunos de aquellos profesionales).

Pues bien, puedo recordar la gran frecuencia con que se recurría a estas soluciones, y a las que, en nuestros primeros pasos por la Prostoncia, nosotros mismos recurrimos. Solamente que mientras las proyecciones que nosotros habíamos visto iban estrecha y naturalmente adaptadas a la mucosa, periodoncio y corona dental, nosotros rebajábamos, alisándola la parte del periodoncio, y lo mismo una que otra la pulíamos al igual que la porción exterior.

Pero es obligación subrayar que a este tipo de proyección sólo se recurría, la mayor parte de las veces, cuando las condiciones económicas «no permitían» el empleo de los garfios de metal noble, que en casos exigían además pequeños colados o barras de metal de aleaciones nobles.

Efectivamente, estas soluciones dejaron de tener su razón en cuan-

(*) Habíamos insistido ante nuestro padre el que escribiera su *historia de la profesión*, dado que él conoció bien la de final y principios de siglo de Barcelona, Madrid y París. Conseguimos, en efecto, un día que lo hiciera, y cuando tratábamos de poner en limpio sus borradores, llegó su súbita defunción, con la triste coincidencia de haber perdido las cuartillas que le sirvieron de borrador. A ello es debido que no podamos aportar hoy otros datos que los de nuestra pobre memoria. (M. S. de P.)

to llegaron al mercado las barras metálicas de aleaciones de garantía recubiertas por baños de 2/3 décimas, las que permitían soldar directamente los ganchos sin perder sus cualidades físicas.

Había, y hay, otra razón para abandonar tales proyecciones, y es que exigían una meticulosa y frecuentísima atención higiénica del portador, aparte de la siempre posible irritación que podían producir.

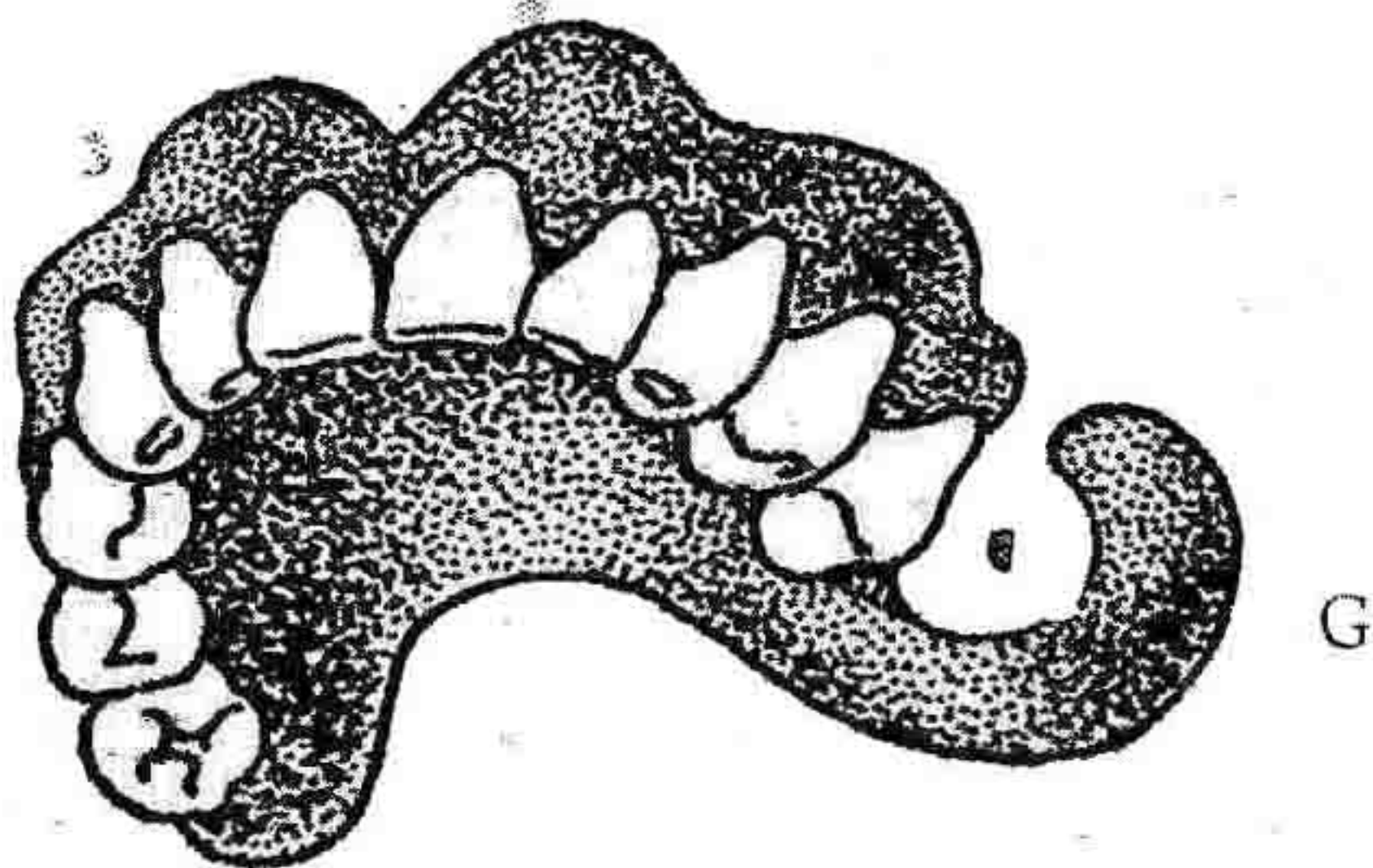


Fig. 1.—*Placa superior con gancho (G) en caucho o resina sobre el último molar*

Por todo ello, y aun cuando las actuales resinas ofrecen sobre el caucho algunas ventajas para estas elongaciones, no se comprende cómo se puede a estas alturas ofrecer estas retenciones como soluciones, que vienen a ser del mismo orden que aquellas *placas sin paladar* («roof-less») o tantas otras ideas de limitadísima aplicación.

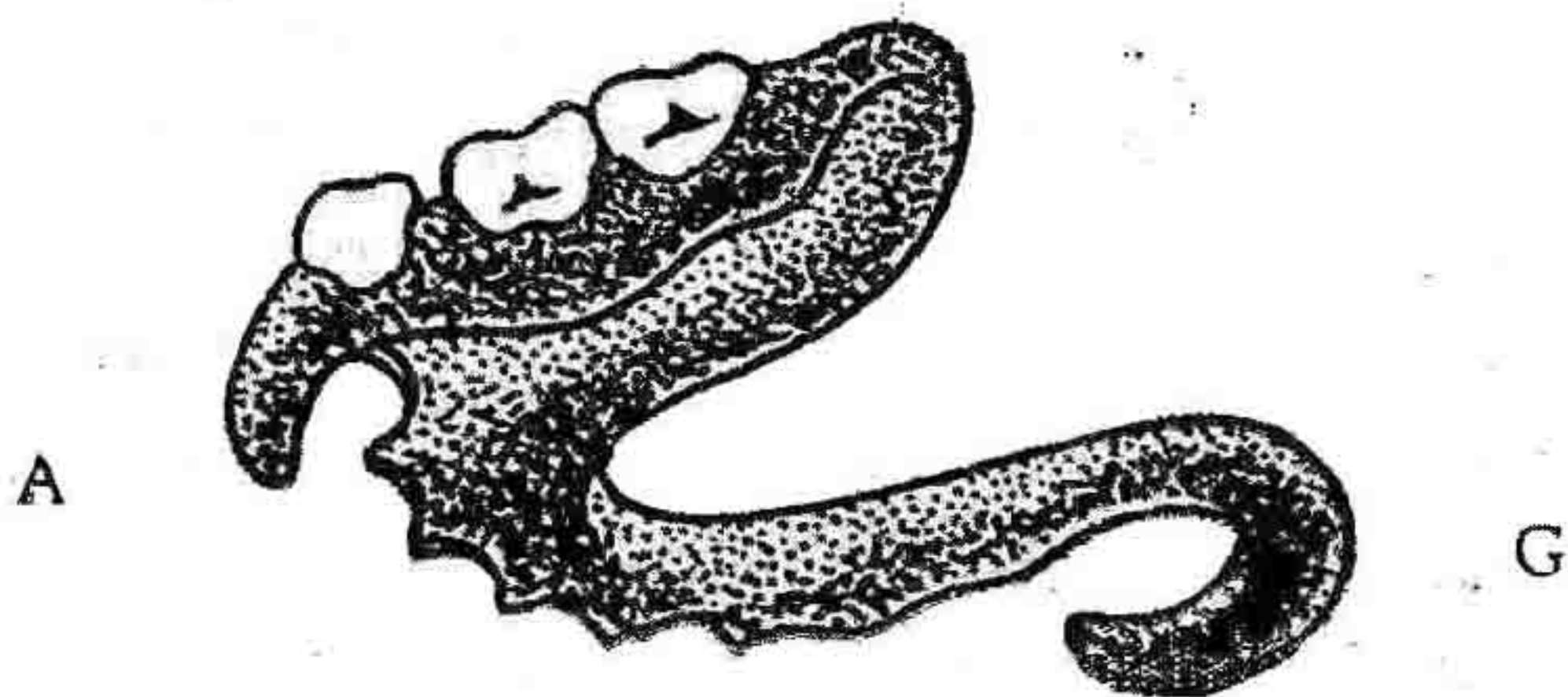


Fig. 2.—*Placa inferior con gancho (G) al último molar y aleta (A) vestibular*

Si repasamos «cronológicamente» la génesis de estas soluciones, en seguida podemos apreciar que mientras las placas no alcanzaron las tuberosidades maxilares (criterio difundido por Clapp y Tench en 1926) la retención de las totales dejaba mucho que desear, por cuya necesidad nacieron las succiones de goma, más tarde las cámaras, etc. Fué, pues, la necesidad de ampliar la base para mantener el equilibrio la que sugirió el llevar la placa hasta cubrir las tuberosidades retromolares, y en

el caso de existir algún molar rodearlo con la parte terminal de la placa, extensión que en medio de todo evitaba o dificultaba el desequilibrio funcional o la entrada de aire durante la masticación.

Toda vez, pues, que estas cualidades están garantizadas por las técnicas actuales, tales extensiones carecen de razón para ser proyectadas hoy día, aparte de que por su volumen o sección son antilógicas, aun en las restauraciones de economía más modesta.

Estas elongaciones, ofrecidas en toda la gama que lo hace Kemény, no las consideramos prácticas ni en aquellos casos en los que una marcadísima reabsorción gingival de los dientes anteriores parece sugerir el empleo de porciones de «encia falsa», pues resulta tan dificultosa o imposible una adaptación al nivel del cuello del diente que se nos presenta más escandaloso y llamativo el remedio que la propia *enfermedad*.

CONCLUSIÓN

En resumen, que las soluciones que ofrece Kemény (1954) se utilizaban ya en 1905—según nuestro testimonio—(¡y quizás antes!), y actualmente no son aconsejables ni para los casos de restauraciones más económicas, ya que con inserciones o garfios de alambre de acero es factible resolver todos los casos que se nos presenten, y lo mismo por y en el más modesto laboratorio dental.

LA TERAPEUTICA CON HORMONAS SEXUALES EN LAS AFECCIONES EXTRAGENITALES

Aparte su acción específica, las hormonas sexuales ejercen también efectos múltiples, actuando por sus propiedades farmacodinámicas generales por su actividad sobre los vasos y el esqueleto, así como por sus efectos anabólicos y roborantes.

Se emplean los estrógenos en la mujer, en la madurez sexual sobre todo, y el andrógeno, en el hombre y en la mujer menopáusica. Sin embargo, se ensayará mejor la hormonoterapia heterosexual, o sea, estrógenos en el hombre y andrógenos en la mujer, o mejor la asociación andrógeno-estrógeno. Este tratamiento combinado no es antifisiológico, puesto que el organismo masculino produce estrógenos y en el femenino hay una secreción considerable de andrógenos.

Las principales posibilidades de empleo de las hormonas sexuales en los trastornos extragenitales son:

En los *trastornos circulatorios periféricos*, la acción vasodilatadora de las hormonas femenina y masculina ha sido confirmada, o en el tratamiento de los *trastornos de la circulación coronaria*, y en la *dureza de oído de los ancianos*. También se puede influir favorablemente en los *trastornos generales de la vejez*, en particular los andrógenos, que permiten intensificar los procesos de asimilación, por lo menos por lo que respecta al metabolismo de las proteínas (efecto anabólico), obteniendo así una cierta revitalización del organismo, así como en los trastornos generales, falta de energía y desgana, falta de concentración, etc., como lo prueban las transformaciones psíquicas impresionantes que aparecen cuando las glándulas sexuales empiezan a fallar, la vida afectiva, dependen de gran medida de estas glándulas: la *depresión y la melancolía de involución* constituyen, por tanto, una indicación suplementaria de la hormonoterapia.

Teniendo en cuenta la influencia de las glándulas endocrinas sobre el crecimiento del esqueleto y las alteraciones óseas que aparecen en los eunucos, se comprende fácilmente que las hormonas genitales, en vista de su efecto sobre el sistema óseo, sean empleadas también para tratar ciertas afecciones del esqueleto. En los casos de *fractura con retardo de la formación del callo*, las hormonas sexuales pueden estimular esta formación y acelerar la consolidación de los fragmentos.

La experiencia demuestra también que en los casos de *osteoporosis de involución* un tratamiento con las hormonas sexuales a dosis suficientemente elevadas puede detener la progresión de las lesiones óseas.

Mencionaremos, en fin, el tratamiento con estrógenos del *cáncer de próstata*, que permite obtener una atenuación del dolor y, por lo menos, una mejoría del estado general o una regresión de las metástasis.

(Entscdo. *per* Ciba.)