

LA HIALURONIDASA EN ESTOMATOLOGIA (*)

por el

DR. PASCUAL VALLESPÍN GÓMEZ

Estomatólogo. Zaragoza

Meyer y Palmer, en el año 1934, aíslan una sustancia del cristalino del ojo, que llaman ácido hialurónico (hyalos = cristal), formado, al parecer, por las células cebadas mesenquitamosas. El ácido hialurónico resulta del desdoblamiento de un fermento, descrito igualmente por Meyer, llamado hialuronidasa.

Durán y Reginal descubrieron con anterioridad que inyectando bajo la piel de conejos un extracto acuosotesticular (rico en hialuronidasa, aunque desconocido por ellos), simultáneamente con un colorante, se aceleraba notablemente la expansión de esta sustancia en los tejidos. Esta aceleración de la difusión la atribuyó a una sustancia a la que llamó "spreading factor" (factor de difusión). Pero hasta 1939 no reconocieron Chain y Duthier que este "spreading factor" era idéntico a la hialuronidasa.

La hialuronidasa disminuye la viscosidad del ácido hialurónico y del ácido condroitilsulfúrico, que son los principales componentes de las sustancias aglutinantes intracelulares del tejido mesodérmico, aumentando con ello la permeabilidad del tejido conjuntivo.

Las mayores concentraciones de hialuronidasa se encuentran en el testículo y en el epidídimo.

La hialuronidasa es un fermento de carácter albuminoso; se destruye por la pepsina o la tripsina y no es dializable. Se inactiva con pH superior a 7,5 o inferior a 4.

Visto lo que antecede, expondremos a continuación nuestra experiencia con este factor de difusión (hialuronidasa) en la práctica estomatológica.

Hemos de aclarar, en primer lugar, que no se ha establecido hasta ahora una "standarización" internacional; por tanto, para su dosifi-

(*) Publicado conjuntamente por A. F. M. de Z.

cación me valgo de las "Unidades" de un laboratorio, pudiendo éstas variar con relación a otros centros de producción.

El producto por nosotros empleado corresponde a una unidad, o sea la cantidad de hialuronidasa contenida en un c. c. de solución, cuando 1/10 de esta solución disminuye a la mitad la viscosidad de 0,5 c. c. de una solución de ácido hialurónico standard al 1 por 100, a 30° Celsius y con un pH de 4,5 en diez minutos.

La hialuronidasa no es tóxica ni empleada a las dosis terapéuticas más elevadas. La duración de sus efectos se prolonga un mínimo de doce horas.

CASOS EN QUE HEMOS EMPLEADO LA HIALURONIDASA EN ESTOMATOLOGÍA.—1.° En las extracciones de cordales inferiores. 2.° Hematomas faciales posoperatorios.

1.° *Extracciones de cordales inferiores.*—Cada día va en aumento el número de extracciones de cordales inferiores. Su erupción anormal es la regla; siendo minoría los casos normales, hace que nos veamos obligados a practicar su extracción en la mayoría de los casos. Su anormalidad suele ser de "malposición", que hace que la muela quede en "semierupción". Por fenómenos que no son del caso, dan algias muy considerables que obligan al paciente a acudir a nuestras consultas. Pero el temor de ellos no es la extracción en sí, sino la fase posoperatoria.

Para hacer la extracción, dada la "semierupción", debemos hacer un traumatismo superior al ordinario, traumatismo que trae como secuela la creación a su alrededor de una zona edematosa; edema que, a su vez, nos ha de producir trismus y dificultad a la deglución (sensación de anginas, según los pacientes).

Con la hialuronidasa, este período posoperatorio puede atenuarse en gran manera, y en la mayoría de los casos, anularse totalmente, persistiendo únicamente la sensación de herida, como si fuese una extracción vulgar.

Se practica la extracción procurando hacer el menor traumatismo posible, e inmediatamente se inyectan cinco unidades Schering de hialuronidasa (1,5 c. c.), siendo aconsejable hacerlo en dos o tres punciones, e incluso, por menor traumatismo, puede hacerse en una sola punción, como solemos hacer nosotros, según el caso, inyectando 0.5 centímetros cúbicos; retirando la aguja, pero sin terminar de sacarla de las capas blandas, cambiamos la dirección de la aguja y volvemos

a introducirla nuevamente, y de esta forma, con un sólo pinchazo externo, obtenemos zonas internas de infiltración.

La zona edematosa, que iba a quedar circunscrita a un pequeño espacio, se difunde en una mayor extensión, habiendo llegado en algún caso a ser perceptible en la zona supraclavicular, haciendo esta difusión que no se den las molestias ya descritas.

Una precaución ha de tenerse, y es que jamás se inyectará en zona de infección (absceso), pues de igual forma que se difunde el edema se difundiría la infección.

En un tipo de 130 casos perfectamente estudiados, se les inyectó hialuronidasa a 60, siendo los 70 los de control. Los no inyectados presentaron su cuadro inflamatorio (trismus y dificultad para la deglución) en mayor o menor grado, siendo su duración media de tres a cuatro días; en cinco casos el cuadro persistió más de siete días. Hemos de hacer constar que no se hizo ningún otro tratamiento, para que el control fuese perfecto.

En los 60 inyectados, las molestias fueron mínimas, no habiendo trismus ni sensación de anginas; únicamente en dos casos hubo un esbozo del cuadro, y al no presentar temperatura superior a 37° , se les inyectaron al día siguiente otras cinco unidades de hialuronidasa, y a las veinticuatro horas de la segunda inyección el cuadro había cedido.

2.º *Hematomas faciales posoperatorios.*—En extracciones muy laboriosas, en especial de los molares inferiores, suelen presentarse a las veinticuatro-cuarenta y ocho horas unos hematomas externos, que, aun no teniendo importancia patológica, la tienen estéticamente. La mayoría de las veces el paciente no nos consulta, pero, caso de hacerlo, con la hialuronidasa podemos abreviar enormemente su curso evolutivo; para ello se inyectan en el mismo foco del hematoma cinco unidades Schering (1,50 c. c.), que podemos repetir a las doce horas; sin ningún inconveniente se pueden inyectar más unidades: nosotros, con esta dosis aplicada en tres ocasiones, con intervalos de doce horas, hemos logrado la desaparición del hematoma, persistiendo únicamente una ligera sombra, que ha ido cediendo paulatinamente.

NUEVA TECNICA SOBRE IMPLANTES METALICOS

(NOTA PREVIA)

por el

DR. PASCUAL VALLESPÍN GÓMEZ

El trabajo que presentamos sobre implantes no es un trabajo terminado, sino que lo tenemos en pleno estudio. El interés despertado en el XII Congreso Internacional de Odontoestomatología, celebrado recientemente en Roma, ha sido lo que nos ha animado a su publicación.

Nuestra labor en el paciente está terminada, pero no tenemos los resultados finales; resultados que no los hemos de dar nosotros, sino el tiempo. En la actualidad (octubre de 1957), llevamos seis meses con el trabajo concluído en el paciente, y los resultados obtenidos no pueden ser más óptimos; pero queremos más, ya que consideramos muy pocos seis meses para dar por terminada la obra y menos para poder dar unas conclusiones definitivas.

Seguimos trabajando en el proyecto, y desde aquí nos ofrecemos incondicionalmente a todos los colegas que estén interesados en el procedimiento para darles detalles más amplios, estar en lo sucesivo en contacto con ellos, para confrontar datos y resultados, e incluso para hacerles demostraciones prácticas sobre pacientes.

Nuestra técnica ha tratado de resolver algunas de las dificultades de los procedimientos anteriores, dificultades que en la mayoría de los casos eran el motivo del fracaso.

Para iniciar la exposición de nuestro método haremos resaltar, en primer lugar, los puntos que constituyen la diferencia fundamental entre éste y los demás procedimientos.

Tal diferencia consiste:

- 1.º La localización de la incisión será por fuera del lugar que ocupa la férula (figura 1).

2.º La infraestructura está dividida en dos partes (férula y pivotes), con lo que evitamos que la misma, en el momento de su colocación, esté en contacto con la cavidad bucal (figura 3).

3.º Estar dividida la intervención en tres fases:

- a) Incisión e impresión.
- b) Colocación de la férula (infraestructural); y
- c) Colocación de los pivotes y de la supraestructura.

Hemos de advertir que es un implante subperióstico; por tanto, siempre que citemos la mucosa se entiende no sólo la mucosa, sino mucosa-



Fig. 1.—La férula (f) o infraestructura queda apoyada sobre el basamento óseo (h) y no está, en el momento de su colocación, en correlación con la cavidad bucal.

La incisión (s) de la mucosa (m) está por fuera del lugar que ocupa la férula (f).

periostio. Asimismo queremos aclarar que en nuestra exposición hablamos indistintamente de férula e infraestructura, ya que son una misma cosa.

Se comienza por hacer un minucioso estudio del paciente. Practicaremos un examen general del mismo por aparatos (respiratorio, digestivo, cardiovascular, etc.), y nos son necesarios los siguientes análisis:

En sangre: Fórmula y recuento de hematíes y leucitos,

Cantidad de hemoglobina,

Valor globular,

Velocidad de sedimentación,

Tiempo de coagulación,

Tiempo de hemorragia,

Determinación de urea,

Tiempo de protrombina,

Determinación de glucosa,

Determinación de calcio y

Reacción de Wassermann y complementarias.

En orina: Caracteres generales,
Densidad,
Albúmina,
Glucosa, etc.

Asimismo, haremos radiografías seriadas intra y extraorales de la mandíbula, que nos darán datos precisos del estado de reabsorción del hueso, así como de la existencia de cualquier proceso patológico o restos de raíz.

Es preciso que el paciente esté desdentado por lo menos desde hace dos años para asegurarnos de la perfecta reabsorción, y así podremos asegurar no han de presentarse modificaciones óseas por esta causa.

La mucosa debe ser inspeccionada minuciosamente, asegurándonos de su buena irrigación por un color sonrosado uniforme.

Una vez realizados todos los reconocimientos y análisis con buenos resultados, se tomarán unas impresiones completas (superior e inferior), como para construir una dentadura completa de placa. Se construyen las placas de articulación, se articula y se prueba en dientes. De esta forma calcularemos los sitios exactos (figura 3) en que van a ir los pivotes exteriores, que han de soportar la prótesis propiamente dicha (supraestructura), ya que estos pivotes deben de estar en puntos clave, y éstos

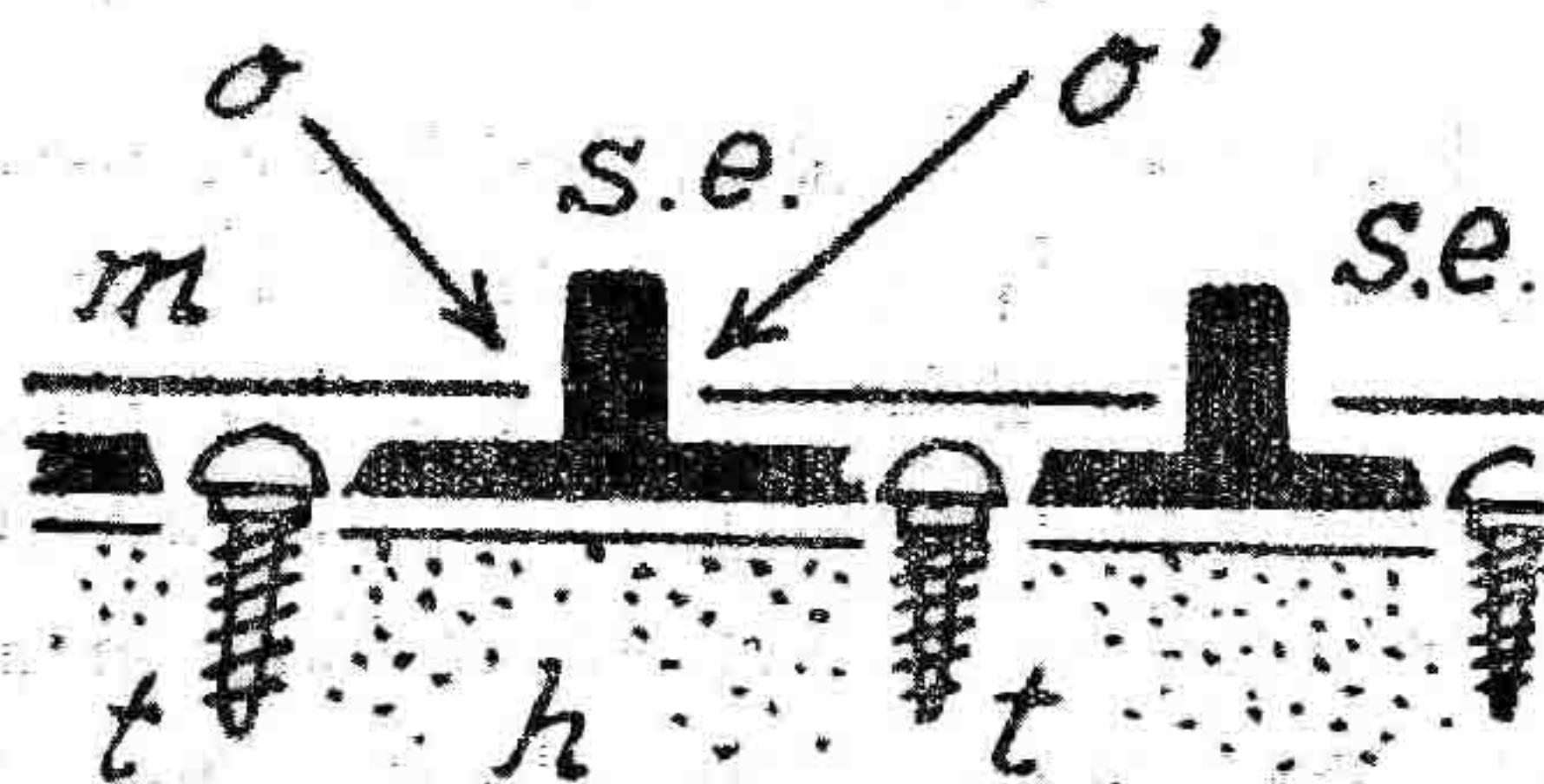


Fig. 2.—La estructura metálica en las otras técnicas deja a la mucosa (m) abierta (flechas o y o'), por donde aflora la parte superior de la estructura (s.e.), dejando un «ojal» ya en el período inicial.

h, basamento óseo.

t, tornillos de sujeción de la estructura.

s.e., supraestructura.

son el lugar de los caninos y primeros molares, con lo que obtendremos el equilibrio de fuerzas, punto muy interesante para el buen resultado del implante.

Ya con estos modelos previos pasamos a la primera fase.

PRIMERA FASE

En la primera fase de la intervención quirúrgica hacemos una anestesia local al 2 por 100, mezclada a su vez con hialuronidasa para aumentar su poder de difusión. La anestesia puede ser también general. Practicamos seguidamente dos incisiones, una derecha y otra izquierda, a nivel de los espacios retromorales incisiones perpendiculares a la línea que marca la cresta alveolar, y de una longitud de 1,5 cm.; estas incisiones se unen por otra longitudinal que va unos 7 mm. (figura 1) por

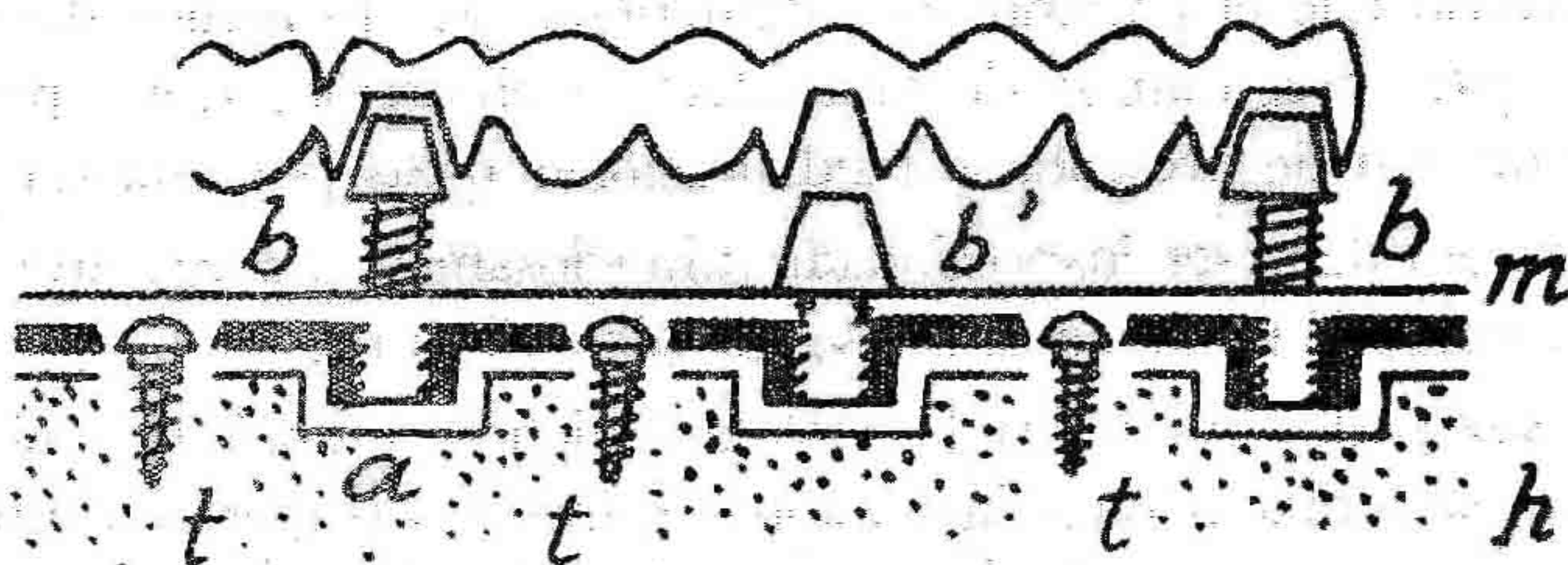


Fig. 3.—Técnica de Vallespín. La infraestructura queda fijada al maxilar (h) por sus tornillos (t), desprovista de sus pivotes (b); estructura que lleva una zona roscada hembra (a), que albergará más tarde al pivote (b'), que constituyen la supraestructura.

Sobre dichos pivotes en posición se construirá después el arco dental.

fuera de la cresta alveolar (por su cara vestibular) teniendo mucho cuidado al pasar por cerca de los agujeros mentonianos, agujeros que habremos localizado por radiografías practicadas con antelación. Separaremos la mucosa totalmente y dejaremos la cresta ósea alveolar descubierta, tomando en estas condiciones una impresión con alginato; con una cubeta fabricada al efecto, sobre el modelo que nos ha servido para la dentadura previa; cubeta que será metálica para su más fácil esterilización.

El positivo de esta impresión lo obtenemos en escayola-piedra para evitar pequeños desgastes por la manipulación durante la construcción de la férula.

Una vez obtenida la impresión, lavamos la herida con suero fisiológico y saturamos con seda muy fina. Se administran antibióticos desde el día anterior a la intervención, indicándonos el postoperatorio cuándo debemos suprimirlos. Generalmente, de no haber ninguna complicación, al día siguiente de la intervención puede suprimirse la aportación de an-

tibióticos. Suele haber después de la intervención un ligero aumento de la temperatura (38 a 38,5 grados), que cede rápidamente.

Se construye la férula en el tiempo que media entre la primera y segunda intervención (un mes aproximadamente), teniendo presente que no debe llegar nunca a la línea de incisión (figura 1-s). Se construye en aleación de cromo cobalto y molibdeno. Este primer tiempo, como puede verse, difiere del de las otras técnicas en la localización de la incisión longitudinal, pues mientras los otros autores la sitúan en la misma cresta alveolar, nosotros la hacemos unos 7 mm. por fuera de la cresta alveolar, con lo que pretendemos y conseguimos que la línea de incisión-sutura en la segunda intervención (colocación de la férula) no quede superpuesta al metal, sino en las condiciones anatómico-biológico-funcionales, o sea, superpuesta al hueso, con lo que evitamos la posible infección.

En las otras técnicas, como la encía no se adapta firmemente al metal, queda entre ella y la férula un túnel mucoso que reúne las mejores condiciones para la proliferación de los microorganismos, ya que dicho túnel, al seguir las otras técnicas, puede quedar en comunicación con el exterior por un punto de sutura defectuoso por mucho espacio entre dos puntos o por los espacios que forzosamente quedan entre el pivote y la mucosa (figura 2; la flecha marca el punto de entrada) si procediésemos a la colocación de los mencionados pivotes por los procedimientos ajenos al nuestro, o sea: cuando la infraestructura está formada por férula y pivotes unidos, constituyendo una sola pieza.

SEGUNDA FASE

En la segunda fase se procede al implante de la férula, desprovista de pivotes (figura 3), que es la característica diferente de nuestro método. Nuestra férula, en lugar de llevar fijamente insertos los pivotes, lleva en los puntos en que habrá de procederse a su inserción posterior una zona roscada (hembra) (figura 3-a), que corresponde a otra que llevan los pivotes (macho), por las que, como queda dicho, con posterioridad han de unirse. Los pivotes, aparte de su zona roscada, son unos tronco-conos (figura 3), sobre los cuales, y por medio de unas coronas telescópicas (figura 3-b), fijaremos la supraestructura (figura 3-bt).

De esta forma, con la infraestructura hecha en dos partes, férula y pivotes, conseguimos que al colocarla en posición, exenta de los pivotes, sea absolutamente imposible su comunicación con el exterior en esta

fase en que por hallarse traumatizados hueso y mucosa se da el momento crítico favorable a la infección; imposibilidad que tiene su fundamento en el perfecto cierre de la incisión-sutura, al estar ésta directamente superpuesta al hueso (figura 1-f) y al carecer de los puntos abiertos de mucosa que lleva consigo la fijación simultánea de férula y pivotes (figura 2).

Una vez colocada la férula y saturada la encía, examinamos periódicamente el hueso mandibular por medio de radiografías seriadas, para comprobar la buena cicatrización del traumatismo óseo. Una vez estamos seguros de la feliz marcha del proceso, realizamos la tercera fase.

TERCERA FASE

Esta tercera fase consiste en la colocación de la supraestructura; para ello basta con localizar radiográficamente las zonas roscadas de la férula (figura 3-a), y en tales zonas se da un punto de cauterio y se colocan en ellas los pivotes. La quemadura de la cauterización es mínima y, además, hemos de tener en cuenta que en el momento de realizarla no existen ni vestigios de los primitivos traumatismos y que, dada su localización absolutamente superficial, no afecta para nada la estructura ósea.

En estas condiciones se coloca la supraestructura (figura 3). Deben de pasar, desde la colocación de la férula hasta la de los pivotes y supraestructura, unos dos meses; de todas formas, el estudio radiográfico determinará el momento oportuno de su colocación.

Quiero que sirvan estas líneas de agradecimiento a los colaboradores doctores Hernanz Cerveró, Bernad Clavería, Puente Sanz, Marín Górriz, Bestué Fuster y señores Bravo Ortega, Urieta Solanas y Duro Borque y a Laboratorios, que con su colaboración desinteresada han hecho se haya llevado a feliz término.

(«Archivos de la Fac. de Med. de Zaragoza», Tomo V, N.º 5.)

AL DR. FRANCISCO MORA MORENO

SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ESTOMATOLOGIA DE ESPAÑA

por el

DR. PASCUAL VALLESPÍN GÓMEZ
Médico y estomatólogo

A todos mis colegas (cirujanos-dentistas, odontólogos, médicos y estomatólogos).

Ante todo, le ruego me perdone por molestar su atención con esta misiva, tras lo cual cumpliré con el deber de presentarme. Soy estomatólogo de la última promoción salida de la Escuela, la que tengo el honor de encabezar por los méritos contraídos en mis estudios, que me han hecho acreedor del Premio Nacional Fin de Carrera, y del Víctor de Plata de la especialidad, concedido recientemente por Su Excelencia el Generalísimo. Por este motivo y por creer que conozco el sentir de mis compañeros de curso, e incluso de los que me precedieron, me atrevo a escribirle esta carta, con la pretensión de ver en ella reflejado lo más claramente posible nuestro pensar, que, en definitiva, es el de la juventud estomatológica, a quien se ataca y hiere por todos los sitios, sin que todavía haya respondido a estas heridas, que, aunque (hasta la fecha) podemos calificar de leves, es llegado el momento de prestarles los cuidados necesarios para que ni tan siquiera llegue su pronóstico a ser "leve salvo complicaciones".

Le diré, también como presentación, que desde mi niñez estoy entre dientes, ya que desde los diez años estoy estudiando y trabajando en ellos. Al principio, dada mi corta edad y, por tanto, careciendo de conocimientos básicos, di mis primeros pasos en la prótesis, batiendo escayola, secando modelos, deshaciéndome los pulpejos de los dedos lijando el endiablado acero. A los dieciséis años empecé mis prácticas clínicas; he trabajado con cirujanos-dentistas, odontólogos, médicos-odontólogos (antes de crearse el nuevo título) y estomatólogos. De todos ellos guardo los mejores recuerdos, y si yo dijese lo

que pone un querido profesor en la dedicatoria de uno de sus libros: "A los que me enseñaron y a los que me dejaron aprender", en esta dedicatoria, le aseguro, estarían incluidos todos los que la suerte me ha permitido trabajar a su lado. En los años transcurridos desde los dieciséis he trabajado hasta en tres consultorios a la vez, con un promedio de unas 40 visitas diarias (Clínica Dental del doctor Armand, Hospital Militar y Mutua de Accidentes de Zaragoza).

Me extiendo sobre el particular, quizás más de lo debido, con el exclusivo objeto de que vea que no soy un bisoño en la materia. Usted, según dice, ha cumplido sus bodas de plata con la profesión, y por tal motivo le felicito muy sinceramente y hago votos por que cumpla las de oro; pero reconozca conmigo que, a pesar de su larga vida profesional, mis dieciséis años de experiencia y mis superiores estudios, que salvan cumplidamente la diferencia que con la suya pudiera existir, me ponen en condiciones, al menos, de igualdad para poder dialogar con usted en materia profesional teniendo, además, en cuenta que mi formación se ha desarrollado en un período de evolución hacia el progreso científico muy superior al de los años en que usted se formó; y aunque no dudo de su capacidad de asimilación de nuevos postulados científicos, los que, como yo, han nacido al par que los mismos, hemos hecho de ellos no ya unos conocimientos adquiridos, sino consustanciales con nuestra formación científica.

Después de lo que antecede, paso al motivo fundamental que me ha movido a escribirle: el artículo que publica en su número 125 la revista ODONTOLATRÍA firmado por usted.

La verdad es que todavía no he llegado a comprender qué es lo que usted pretende con él, y, además, creo que lo ha escrito y después no lo ha repasado y meditado. Con todos los respetos, mi criterio sobre el mismo es que contiene unas aseveraciones bastante gratuitas y, desde luego, carentes de todo fundamento lógico. ¿Acepta usted mi proposición de meditarlo juntos? Pues pasemos a ello:

¿Ha visto usted alguna boca paseando por las calles? Seguro que no, pues la boca es una parte de un todo, un todo que es el cuerpo humano. Me parece muy bien que, en principio, la separemos de ese todo para así facilitar su estudio, pero sólo momentáneamente. En seguida la uniremos y la estudiaremos de nuevo; pero ahora, en su relación al todo, y de esta forma, unida, es como debe permanecer para siempre. Piense que mañana, cuando usted salga a la calle, encuentra un hermoso edificio con el siguiente rótulo: "Facultad de

Oftalmología" o "Facultad de Obstetricia". Seguro que creería estar soñando, ¿no es cierto? Pues lo mismo es lo que usted propone.

En otro párrafo dice que se debían crear las Facultades de Odontología y, a su vez, un cuadro de especialidades dentro de las mismas. Imagine esta placa: "Doctor Fulano de Tal. Avulsión del canino superior derecho." Con esto, sólo conseguiríamos poner en un aprieto al Ministerio de Educación Nacional, al verse obligado a incluir en los planes de enseñanza un cursillo de nomenclatura dental, para que los pacientes supieran a qué especialista debían acudir para que tratase su dolencia.

Dice que nosotros, los estomatólogos, recurrimos a los otros especialistas, dando, quizás, a entender con ello que para nada nos sirve nuestro título de médico; pero está usted equivocado. Le puedo asegurar que el estomatólogo requiere con gran frecuencia la colaboración de otros especialistas, con más frecuencia que antes lo hacía el odontólogo. ¿No será por mayor conocimiento de causa? Porque —¡qué atrevida es la ignorancia!— lo que todavía no he visto es que un estomatólogo pida la colaboración de un especialista odontólogo. ¿Se ha dado perfecta cuenta de lo que ha dicho? Sinceramente, creo que no.

Recomienda la lectura de otros artículos también suyos, los cuales me he tomado la molestia de leer, y saco de ellos una opinión parecida a la que me merece el artículo a que va dirigida esta contestación.

Clama usted al cielo porque nuestros Ejércitos no tienen Cuerpo de Odontólogos. ¿Quién le ha dicho a usted semejante cosa? Ese Cuerpo está perfectamente creado dentro de nuestras Fuerzas Armadas. Lo que ocurre es que para pertenecer a la Sanidad Militar es preciso poseer el título de médico, y esto le aseguro que no es una orden de ayer. El crear una escala especial y exclusiva para odontólogos sería una carga y un problema no sólo para el Cuerpo de Sanidad, sino para el mismo Estado, con la creación de unas nuevas Clases Pasivas. En fin, que por algo se ha reglamentado tal como está. Cuando lo hicieron no existía el problema que usted cree que hay en la actualidad, de odontólogos y estomatólogos, y ya ve: exigían el título de médico... Por algo será. Además, sabrá que lo militar va por riguroso escalafón. ¿Imagina un odontólogo de director de un Hospital o de jefe de un equipo de campaña? Porque es lógico que por

su graduación lleguen a corresponderle estos puestos. Piénselo bien y me dará la razón.

Todo su escrito se resume en que no es preciso el título de médico y que ahora los estomatólogos salimos sabiendo de la especialidad lo mismo que cuando usted cursó los estudios. ¡Ni mucho menos, mi querido colega! ¿Tenía usted idea al ingresar en la Escuela de Odontología de lo que era una radiografía, una fractura ósea o una diátesis hemorrágica? Probablemente, no; o sea, que o no se enteró debidamente de estos temas, o tuvieron que perder sus profesores un tiempo preciosísimo explicando todo desde sus puntos más elementales. Estos puntos básicos, el que va en la actualidad a la Escuela de Estomatología los lleva sabidos, y el profesorado puede profundizar más en los temas desde el principio del curso.

¿Sabe usted que la mayoría de las diátesis hemorrágicas, por sólo citar un ejemplo, dan sus primeras manifestaciones en boca? ¿Y qué me dice de las algias de las gestantes? ¡Cuántas piezas dentarias sanas se han perdido por este motivo!

La lista podría ser interminable, pero para muestra basta un botón. Todo evoluciona en esta vida, y la evolución genera el progreso en la ciencia. ¿Dice usted que en este o en aquel país no son médicos los que tratan los procesos bucales? Muy bien; que hagan lo que quieran. No veo la necesidad de imitarlos. En fin, que ahora somos estomatólogos, y creo debemos seguir siéndolo.

El plebiscito que propone es en extremo ingenioso; pero, si no tiene nada que alegar en contra vamos a esperar cinco años a hacerlo, cuando nuestras fuerzas estén más equilibradas. ¿Le parece? Pues no hay que hablar más; a esperar, que el tiempo pasa rápido.

Quiero terminar mi carta; pero antes voy a ofrecer a su consideración de mi *plan de estudios*, no sistematizado como el suyo, pero si le diré que contiene lo que en la actualidad iría bien a la Escuela y a sus alumnos.

Me limito a presentar ideas; todo lo demás es de la exclusiva competencia de la Superioridad.

Este, pues, es el plan de que le hablo:

1.º Creación, en todas las Facultades de Medicina, de una Cátedra de Estomatología, con una doble misión:

a) Que todos los alumnos de Medicina, en el curso que se juzgue más propicio, asistan a dicha Cátedra, con el fin de obtener unos conocimientos estomatológicos generales, de gran utilidad y suma-

mente necesarios para el médico rural, que lógicamente, lo han de ser el 80 por 100 de cada promoción.

b) Preparación de futuros especialistas mediante cursos teórico-prácticos, dando únicamente certificados de aprovechamiento. De esta forma, la Escuela de Estomatología podría comenzar sus clases con el verdadero programa estomatológico. ¿No imagina usted el tiempo que se ganaría si el primer día de clase se pudiera mandar a los alumnos hacer una avulsión o tomar una impresión? Con esto, simplemente, dos cursos serían suficientes para obtener el mínimo de conocimientos para ser unos buenos especialistas.

2.º Un problema que se plantea en la actualidad en nuestra Escuela es la falta de pacientes. El Seguro se ha llevado a los que antes eran nuestros clientes. La solución es bien sencilla; previo estudio por los organismos a quienes corresponda, se podrían habilitar todos los consultorios de Beneficencia y del Seguro de Enfermedad, con el fin de que a cada uno de ellos asistan grupos de cinco o seis alumnos como máximo; estos alumnos tendrían en estos consultorios dependencia directa del jefe de dicho servicio, sea éste o no profesor de la Escuela. De esta forma, nuestros especialistas serían completos. En estos períodos de prácticas sería donde los alumnos se enfrentarían con la verdadera realidad y con los problemas de la especialidad, problemas que solucionaría el jefe del servicio correspondiente, y que incluso podrían plantearlo después los mismos alumnos en la Cátedra para que sirviera de ejemplo y estudio para todos.

No tiene ningún mérito mi plan de estudios, se lo aseguro; ello ha sido únicamente lo que he hecho yo hasta conseguir el título que en la actualidad poseo, y le puedo asegurar que no he salido de la Escuela "con los mismos conocimientos que hace cuarenta años", como usted dice.

Todas las especialidades son "saber más de menos"; la Odontología era también esto mismo; pero, en la actualidad, la Estomatología ha pasado a "saber más de más".

Piense y recapacite bien, querido colega; piense todo lo que ha dicho, y sin ningún temor, pues usted mismo se ha abierto el camino con el encabezamiento de su escrito: "De sabios es cambiar de opinión", cambie usted la suya.

Le he escrito hablándole con el corazón y sin ningún apasionamiento. Creo que usted no hizo lo mismo al escribir su artículo.

Han hablado ya todos en este asunto, pero faltaba, como digo en el comienzo, la opinión de la juventud estomatológica; a ella he querido representar con mis palabras, y con esto podemos dar por zanjado este asunto.

"Laboremus pro Patria", dijo el gran maestro que fué don Florestán Aguilar. Cumplamos, pues, su voluntad, y dejémonos de pequeñeces.

Reciba un saludo cordial de su colega.

Automovilismo y fisiología

Por otro lado, la tiroides puede, a su vez, estar influenciada por tal o cual otra glándula, que le prestará aptitudes particularísimas. Veamos.

La surrenal: Es la glándula de la combatividad. La combinación surrenaltiroidiana da la cólera y la ineficacia de los gestos derivados de aquélla.

La hipófisis: Es la glándula del cálculo y de la razón: facilita la precisión, al mismo tiempo que la resistencia muscular.

La genital: Es una glándula de doble efecto. Como reproductiva, facilita la disciplina y la voluntad, Como intersticial, procura el sentido moral, el altruísmo y la preocupación de evitar cualquier accidente.

* * *

¿Cuántos conductores se han dado cuenta de que el sueño les dominaba en el volante? Este es, también, un efecto de la insuficiencia de las secreciones tiroidianas. Por esta razón, el automovilista debe evitar tanto la monotonía que le adormece como la distracción que perturba su atención, apartándose de la verdadera finalidad de su función.

¿Qué consecuencias sacamos de este estudio?

El mejor conductor, física y moralmente, es el de tipo intersticial. Esta es una glándula cuyo funcionamiento puede desarrollarse mediante una adecuada terapéutica, en beneficio de nuestro equilibrio fisiológico y nuestra salud.

Lo ideal sería hallar una fórmula que nos condujese a una mayor eficacia en el funcionamiento de las glándulas, las unas en relación con las otras, lo que equivaldría, en conclusión, a regularizar las oscilaciones de la tiroides.

El conducir es un arte complicado, mal conocido. Pero... ¿es que el ser humano no está él de por sí lleno de misterios?

Por nuestra parte, hemos pretendido, simplemente, abrir al automovilista algunas perspectivas nuevas, dándole a entender que es, precisamente, dentro de sí mismo donde deben ser buscadas las razones de su comportamiento. Y es también ahí donde hay que buscar las más adecuadas soluciones al problema de la seguridad en la carretera.

(Per B. O. I. Aut. Club Guipúzcoa, III, 15.)