

ESTADO ACTUAL DE LOS TRABAJOS SOBRE LA PARADENTOSIS EN RUSIA

por el

DR. V. B. GOLDSTEIN-JOURDAN

De la Escuela Odontotécnica de París

Comencemos por recoger el trabajo de Entine y Piriatinski (1935) "Problemas actuales de la estomatología soviética", según el cual estos autores trabajaron experimentalmente sobre la fisiopatología de la piorrea alveolar con una contribución específica a la etiología y a la clínica de la patología de la paradentosis. Con este resumen:

a) Influencia de las aminas biógenas sobre los vasos del paradio.

1.º Influencia de la etilamina sobre el estado funcional de los vasos del maxilar aislado, de Schwarz.

2.º Influencia de la histamina sobre el estado funcional del maxilar aislado.

La etilamina, en tanto que produce la disociación de la albúmina en el intestino, da lugar al verterse en el torrente circulatorio a una constricción de los vasos del maxilar, mientras que las soluciones débiles producen una ligera dilatación de dichos vasos.

3.º Las fase de sobresaturación y de eliminación de la etilamina de los vasos del maxilar son más estables, más intensos y más prolongadas que con la adrenalina.

4.º La sensibilidad de los vasos del maxilar a la acción de la etilamina se acrecienta con su repetida administración.

5.º Hay razones para creer que los vasos del maxilar en los animales jóvenes son más sensibles a la circulación de la etilamina de los líquidos nutricios que los vasos de los animales adultos.

Schwarz estudia la influencia de la histamina sobre el estado funcional de los vasos, llegando a la conclusión siguiente:

a') La histamina en las soluciones al milésimo provoca una constricción prolongada y estable de los vasos maxilares y una dilatación de los capilares de la pulpa y el periodonto.

b') El método empleado para el estudio del estado funcional de los vasos de la pulpa de un diente separado del maxilar aislado permite estudiar a fisiología y la patología de los capilares de la pulpa.

c') Este método puede ser utilizado experimentalmente, con objeto de estudiar la influencia de diversos venenos sobre los capilares en general.

Schwarz hace alusión a la extrema sensibilidad del paradentio a los diferentes estados patológicos del aparato digestivo y a la importancia etiológica de las desintoxicaciones intestinales, según lo demuestran numerosas formas de paradenciopatías, estimando se cierne sobre el sistema vascular del paradentio por las aminas proteinógenas formadas en el intestino. El autor, después de haber establecido un método de aislamiento del maxilar, de acuerdo con Fraukoffarlainski, ha hecho una serie de experiencias en relación con la influencia de las aminas proteinógenas sobre el estado funcional de los vasos del maxilar aislado y del paradentio, lo que le ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

A) Utilizando el maxilar *in toto* se puede estudiar las influencias de las áminas biógenas sobre el estado funcional de sus vasos, y particularmente de los vasos del paradentio.

B) En lo referente a la etilamina, en lo referente a la tiamina.

C) Sobre que su acción constructiva es proporcional a la concentración de la solución. Sólo en soluciones a la milésima no producen efecto alguno.

Así llegamos al año 1937, con:

Ewdokimoff trabaja sobre la etiología y patogénesis de la paradentosis: "La enfermedad puede ser la consecuencia de un estado patológico general, y puede asimismo ser la causa de este estado patológico. Como sintomatología se observa un debilitamiento general, irritabilidad exagerada, dolores en los miembros, siguiendo, a título de ejemplos, observaciones hechas en pacientes de treinta y dos a cincuenta años de edad.

que se encontraban hospitalizados como consecuencia de sus parodontosis.

Los enfermos son considerados como curados cuando el estado general se hace normal. Para obtener estos resultados fué suficiente restablecer el saneamiento de la dentadura con la limpieza y la avulsión de los dientes movedizos.

Platonov, en 1937, también trata, en su trabajo sobre "las neuro-toxinas en la patogénesis" de los resultados obtenidos en un estudio experimental llevado a cabo en un material de quince conejos, repartidos en tres grupos:

El primer grupo de conejos recibió una emulsión de cerebrotoxina. El segundo grupo, de tejidos nerviosos. El tercero, de suero de caballo. El cuarto, de suero fisiológico normal esterilizado; y el quinto, sirvió de testigo.

Técnica seguida para el grupo I:

Conejos 1, 2 y 3; inoculación de dosis crecientes de cerebrotoxina:

25 de octubre de 1935	...	...	...	0,3 c. c.
31 de octubre de 1935	...	...	...	0,5 "
5 de noviembre de 1935	...	...	...	1 "

Dieciséis días después de la primera inyección y cinco después de la última, se pudo observar en el conejo número 1, al nivel del incisivo central, una inflamación purulenta; en el conejo número 2, al nivel de los molares, ulceraciones, y al final de la segunda semana, después de la primera inyección, movilidad de los dientes. La supuración desapareció. La movilidad persistió tiempo después, comenzando a retroceder después del día treinta seis de la primera inyección, pero estaba aún presente cinco meses después. La espontánea consolidación apareció hacia el séptimo, octavo y décimo mes después de las inyecciones. El autor observó en otro de los conejos la aparición de una hipersensibilidad del borde incisivo de los dientes al final del segundo mes.

Grupo II:

Conejos 4, 5 y 6; inyecciones de una emulsión de tejidos nerviosos:

10 de noviembre de 1935	...	...	0,2 c. c.
15 de noviembre de 1935	...	...	0,4 "
19 de noviembre de 1935	...	...	0,4 "

Estas inyecciones fueron unilaterales y locales, considerándose el lado opuesto como testigo. Pudo apreciarse movilidad de los dientes desde el sexto día después de la primera inyección. Después del día 18 que siguió a la tercera inyección, la movilidad disminuyó. Tres meses después se observó todavía una movilidad y asimismo hipersensibilidad del borde (incisivo). Sólo a los seis-diez meses después de la primera inyección todos estos síntomas desaparecieron.

Grupo III:

25 de noviembre de 1935	...	...	0,2 c. c.
1 de diciembre de 1935	...	...	0,4 "
7 de diciembre de 1935	...	...	0,4 "

Al trece día después de la tercera inyección apareció la movilidad que fué creciendo hasta el diecinueve día, en que adquirió el máximo de movilidad, la que persistió hasta el quinto y sexto mes. Al séptimo mes estaba todo normal.

Estas experiencias nos muestran que los productos tóxicos actúan activamente sobre el sistema nervioso en acción trófica, dando lugar a una serie de síntomas que pueden equipararse al comienzo de la paradentosis y que el máximo de los efectos tóxicos ha sido observado con las emulsiones de neurotoxina y de *suero de caballo*.

Geker, también en 1937 hizo un estudio sobre "Los cálculos salivares y la piorrea alvéolar." Según este autor, la piorrea aparece tras los depósitos de sarro y los cálculos salivares. Son ellos los que desplazan el festón gingival formando criptas, en las que se alojan los microorganismos, dando lugar a la inflamación de los tejidos.

El autor demuestra, después de una descripción de los diferentes cálculos, que no son éstos la causa, sino la consecuencia de la *piorrea alvéolar*.

Agapov, en la estomatología (3, 1937), en un trabajo sobre el "Tratamiento de la piorrea alvéolar", trata de los siguientes puntos:

Sobre la etiología: Las causas pueden ser:

A) Locales:

1) Falta de cuidados de la boca. 2) Malposiciones. 3) Anomalías maxilo-dentales; y 4) Cingivo-estomatitis crónicas.

B) Generales:

I) Lesiones cardíacas no compensadas. II) Enfermedades de los riñones, con edema. III) Diatesis urinarias. IV) Diabetes. V) Malaria. VI) Embarazo; y VII) Gingivitis generalizada.

Tratamiento: Etiológico local:

1) Limpieza y cuidados higiénicos. 2) Ortodóncico y cuidados gingivales periódicos. 3) Normalización de la articulación (por el devastado), para evitar las recidivas. 4) En esta clase de tratamientos (A y B) los medios físicos están contraindicados seriamente.

El estado general lo hacen remitir por una mejor dieta.

7) Tratar la causa general reservándose el pronóstico, y no hacer la cura quirúrgica; y 8) En el último período de la gestación evitar toda clase de intervención quirúrgica.

Principios generales del tratamiento quirúrgico:

Este tratamiento comprende cuatro fases: Primera fase, preparación del enfermo; segunda fase, Gingivectomia propiamente dicha; tercera fase, tratamiento de la herida post-operatoria, y cuarta fase, fortificación del paradentio.

Primera fase: Preparación del enfermo.

Después del examen general desde el punto de vista estomatológico por el médico, se prepara la boca con la limpieza y el curetage minucioso de los cálculos, con la avulsión de los dientes condenados. Tratar los dientes que se espere poder conservar.

Se levantan todas las prótesis, como puentes, coronas defectuosas, y se coloca al enfermo en observación durante tres días que precedan a la intervención.

La intervención tiene lugar en medio maxilar y continúa después que los alvéolos han comenzado la cicatrización. Se comienza siempre por el maxilar superior. La mandíbula no se opera, sino cinco o seis días después. (Hacemos abstracción sobre la gingivectomía ya conocida.)

Se hace hacer al enfermo lavados de boca post-operatorios durante una semana con *kaolin mongaz*, al 1/10.000. Al terminar este período comienzan los masajes vibratorios. La fuerza de vibración eléctrica varía según la sensibilidad gingival y es aumentada gradualmente. El número de sesiones es como mínimo el de 15 y el máximo de 50. Al final de las 25 sesiones ya pueden apreciarse los buenos resultados. Como regla deberán repetirse las sesiones cada seis meses. El masaje vibratorio debe ser dirigido por el odontólogo. Hay casos en los que estos tratamientos deben establecerse de tres en tres meses. (El autor no precisa si estos tratamientos vibratorios los sigue por la vibración ultra-sónicas u otro medio.)

Si se presentan hemorragias prescribe cloro-calcio al 10 por 100, a razón de una cucharada de sopa cada veinticuatro horas. No se puede esperar acción antes de las doce horas después de la toma. En caso de mayor necesidad es aconsejable la inyección intravenosa, de 10 ó 20 c. c., obteniendo el cese de la hemorragia en las tres o cuatro siguientes.

Se practica igualmente la autohemoterapia, que proporciona resultados rápidos. Para evitar incidentes hemorrágicos en la mujer, no se opera en los tres días precedentes a la menstruación.

Durante los cinco o siete días que siguen a la intervención se somete el enfermo al régimen líquido, restaurando las arcadas dentarias, según los casos, con prótesis fijas.

Chimchelevitch, en 1938, habla sobre el "Tratamiento de la piorrea alvéolar por las corrientes de alta frecuencia". El autor piensa, como tantos otros, que la paradentosis es debida a una mala asimilación. El estado piorrérico es un estado patológico que está caracterizado por la destrucción de los tejidos

de sostén del diente, que ve aparecer las más de las veces la piorrea, terminando por la caída del diente y puede ocasionar complicaciones locales y generales por una septicemia crónica.

Ultimamente, Linderbaum y Endokimoff han demostrado que el momento etiológico y patogénico (nosotros decimos el *primus movens* de la piorrea) es una arteritis de los capilares de la ramificación alvéolo-cementaria.

Para Mc Donald y Richards la piorrea, considerada en los artríticos, la fagocitosis y la vitalidad de los tejidos están en un estado de menor auto defensa. Después de haber pasado revista a todas las grandes diátesis, el autor llega a la conclusión de que los agentes físicos no son sino coadyuvantes locales, por lo que es necesario cuidar las causas profundas.

Es por esto por lo que da una visión resumen de la acción beneficiosa de las corrientes de alta frecuencia sobre el sistema nervioso local y sanguíneo. Su acción es igualmente bactericida sobre los gérmenes por la elevación de temperatura y de la fagocitosis. El autor nos muestra la localización de sus electrodos retro-bucal. Se ha de considerar, por supuesto, las propiedades bactericidas de los agentes físicos. Esto concierne a la aplicación de todos los agentes físicos en el caso de la piorrea. Es por lo que la utilización de la fisioterapia ocupa el primer plano en esta enfermedad.

Las corrientes de Arsonval tienen una acción favorable en el curso de este proceso, actuando sobre el espasmo de los vasos, y sus propiedades bactericidas actúan sobre la microflora de la cavidad bucal, que se encuentra disminuída y atenuada. Estas corrientes dilatan los vasos y con su influencia aumentan la cantidad de oxígeno en los tejidos con la emanación de una cantidad de ácido carbónico.

Según las experiencias de Burstein, la Arsonvalización proporciona la dilatación de los vasos que dura cierto tiempo después de la interrupción de la corriente. En muchos casos, esta dilatación va precedida de su espasmo de corta duración.

Según la advertencia de distintos autores, el espaciamento de los dolores se aprecia ya en las primeras sesiones. Se ha podido determinar que después de la Arsonvalización de la región del hígado el número de leucocitos en sangre aumenta

de 5.900 a 9.400, aumentando también el número de linfocitos y el de neutrófilos polimorfos. El número de glóbulos rojos queda inalterado y, asimismo, el de la hemoglobina. La velocidad de sedimentación se acelera. A la aplicación de la Arsonvalización local en forma de efluvios o por electrodos condensadores sobre la mucosa de la boca, se produce una fuerte migración de leucocitos. Se sabe que la corriente diatérmica no provoca irritación de la piel ni de la mucosa. A esta propiedad se debe el que obtenga en el organismo, sobre todo en los puntos de aplicación de los electrodos, un número de cambios biológicos, notablemente una recrudesencia de la circulación de la sangre, de la corriente linfática, elevación de la temperatura; lo que trae consigo un cambio de la vitalidad de los tejidos y de los órganos, y, en general, aumento de la actividad de la asimilación local y general. Esta terapéutica estimula los procesos oxidantes en el organismo sometido a los fenómenos y procesos inflamatorios. Según Brounstein, el aflujo de sangre aumenta la linfa, ayudando también a la reabsorción más rápida de los productos patológicos.

Hemos de reparar asimismo en la acción antiespasmódica de la diatermia. Activa favorablemente los diferentes estados espasmódicos de los músculos y de los vasos, etc.

Se aplica en la parte inferior de la espalma una placa metálica (40 cm. cuadrados), que es el electrodo negativo. El enfermo se acuesta y sujeta bien el electrodo. Dos electrodos de 12-14 cm. cuadrados de longitud y 4-5 cm. de ancho, se aplican en las encías. El enfermo sujeta bien ambos electrodos con los labios, y por medio de una pinza adecuada. En ciertos casos se colocan rollos de algodón en los labios y carrillos, para evitar las quemaduras de la mucosa, y, sobre todo, es necesario no olvidar el colocar una compres en las dos extremidades de los electrodos en el sitio en el que se ha aplicado la pinza de sujeción. El enfermo sostiene el cable del electrodo. Debe sentir el calor a 0,8 — 1 amperios. Si es demasiado el calor, debe reducirse a 1/2 amperios; en ciertos casos puede aumentarse a 1/5 amperio, 1/8 y quizás a 2 mperios, que resulta más eficaz. Se aumenta gradualmente la duración del tratamiento de quince a treinta minutos. Es necesario 30 sesiones.

Antes del tratamiento el odontólogo debe preparar al enfermo las encías, según el sistema Sax; es decir, limpiando bien las criptas y suprimiendo el sarro. En el curso del tratamiento se recomienda trabajar cuidadosamente, tratando cada diente con el ribonal.

Rabinowitz, en 1938, estudia el "Tratamiento de la piorrea alvéolar con barro".

Los cuidados incluídos en el curetage no se muestran lo suficientemente eficaces, y el método quirúrgico no resulta cómodo. Lvov, en su monografía "Piorrea alvéolar" (1933), dice: "Que esta enfermedad es prácticamente incurable." En 1937 decidimos utilizar cataplasmas de barro. Estas aplicaciones dan en ginecología magníficos resultados, desapareciendo las inflamaciones crónicas de los órganos genitales femeninos, por lo que decidimos aplicarlos en las inflamaciones bucales (piorrea alvéolar y gingivitis hipertrófica).

Se hicieron ensayos en siete enfermos que padecían piorrea y en tres que sufrían gingivitis hipertrófica. Los resultados positivos de todas estas experiencias nos incitaron a llamar la atención de los médicos sobre este modo de tratamiento.

El método y la técnica son: limpieza previa durante dos sesiones de los dientes, privándoles del sarro que pudieran tener, para después aplicar el barro vestibularmente sobre ambas encías durante diez minutos, a una temperatura de 40-50°. La fijación se obtiene por una compresa. La aplicación se hace mientras el enfermo toma su baño de barro contra su poliartritis general. Después de tres o cuatro aplicaciones se colocan las compresas en las mismas encías, respetando las reglas de asepsia.

Para obtener el barro estéril, es decir, libre de los microorganismos patógenos, se cojen del centro del lago Gorkí, que todavía está sin explotar. La recogida del barro y su transporte se hacen en condiciones de rigurosa asepsia. Para impregnar las compresas se calienta el barro a 70°, con la ayuda de una espátula, extendiéndose una capa de un centímetro sobre la compresa estéril, compresa de 10 cm. por cuatro centímetros. Se deja enfriar hasta unos 45°, y luego se aplica en la encía. La consistencia del barro permite que éste adopte la forma de

la arcada. Se hace cerrar la boca al enfermo durante diez o doce minutos, y a continuación se enjuaga la boca. Se observa como una sensación subjetiva de hiperhemia gingival y ligero dolor agudo de los dientes interesados. Los enfermos no se quejan nunca de dolores agudos ni de irritaciones gingivales o mucosas. Se explica fácilmente este resultado, pues las aguas del lago Gorki son ricas en coloides y contienen muy pocas sales solubles, 3,2 por 100, mientras que las del lago Elton, por ejemplo, contienen 15,90 por 100. La cura consiste en seis o diez sesiones. Nosotros hemos aplicado este método a siete enfermos afectados de piorrea: seis del primero y segundo grado, uno de tercer grado y tres de gingivitis hipertrófica. Los resultados en todos estos casos se manifestaron con la desaparición de la supuración, reafirmación de los dientes movibles y desaparición del eritema inflamatorio y del edema gingival. Los tres enfermos de gingivitis hipertrófica recuperaron su estado normal, sin gingivorragia, sin prurito y sin la fetidez patognomónica.

Desde el punto de vista general, todos los enfermos estaban afectados de poliartritis.

Platanov, en *Stomtlgia* (1938), habla de "El estado de los nervios del aparato dento-maxilar en la piorrea alveolar", del que se deduce:

1.º El examen de las encías de los enfermos de piorrea alveolar demuestra una generación de los tejidos nerviosos e infiltración de los tejidos vecinos. Al lado de esta metamórfosis nerviosa se aprecia igualmente modificaciones en los vasos del conjuntivo.

2.º Estas observaciones son positivas respecto al papel del sistema nervioso en la etiopatogenia del a piorrea, alvéolo-dentaria.

En uno de los cortes que ilustran el trabajo se aprecia el tejido nervioso normal en un maxilar sano. En otro se ve el tejido nervioso, y capilares que llevan el mismo camino de la enfermedad. Se aprecia, asimismo, una disociación por espesamiento de la trama conjuntiva.

También existen en dicho trabajo grabados de cortes, en los que se aprecia una desmineralización más avanzada y una

pérdida de sustancia. Asimismo se pueden ver cortes con la esclerosis, fin de la enfermedad.

Actas de las jornadas médicas de Kiev, 1940.

Es durante estas jornadas que los médicos de la U. R. S. S. han revelado la acción del suero de Bogomoletz en plan de experimentación desde 1937. Este suero se encuentra en el tejido conjuntivo. Bogomoletz le ha llamado "Sistema fisiológico del tejido conjuntivo." Sus diferentes funciones son las siguientes:

Primera. *Función de sostén*, basada en el hecho de que no sólo el esqueleto, sino también la trama elástica de los órganos está constituida de este tejido.

Segunda. *Función plástica*, estos elementos son de los más aptos para los procesos de regeneración en los casos de heridas, fracturas y otros defectos.

Tercera. *Función defensiva*, basada en la aptitud de estos elementos del tejido conjuntivo para la fagocitosis y elaboración de anticuerpos.

Cuarta. *Función barrero-trófica*, hoy conocemos la existencia de una barrera hemato-parenquimatososa que se encuentra colocada entre el torrente sanguíneo y los elementos paraquimatosos, constituidos por elementos celulares y por los del tejido conjuntivo; comprendiendo ya la importancia de que de esta barrera depende la alimentación de los elementos parenquimatosos (epitelio, nervios, etc.).

Quinta. *Función hematopoyética*, esta de la fabricación de sangre. Entre los diferentes métodos terapéuticos resulta de elección el suero antireticulillar citóxico de Bogomoletz: 40 por 100, de mejoramiento; 20 por 100, de fracasos, y 40 por 100, de curación de la parodontosis. (Resumen de Katetzvy.)

Libinov en 1946 ha tratado de la "paradentosis en los tuberculosos". Durante la guerra, el 59,9 por 100 de los tuberculosos estaban afectados de parodontosis en sus diversos grados, y correspondiendo a todas las edades: el 20 por 100, entre quince y diecinueve años, y el 88 por 100, en los que ya habían cumplido los cincuenta años. Las lesiones estaban más marcadas en los tuberculosos con trastornos en el metabolismo, especialmente con avitaminosis o hipovitaminosis C. La disminución de los síntomas fué obtenida por la asociación del tra-

tamiento local y la vitaminoterapia C; en los tuberculosos, la gingivitis escorbútica pareció revestir un carácter particular denominado por la lisis alveolar. Estos, en tales enfermos, serían los síntomas precoces de la vitaminosis C. Si bien es cierto que por la sola paradentesis se ha de proceder a la dosificación del ácido ascórbico en los humores; en el tuberculoso menos de cuatro mgr. de ácido ascórbico en litro de sangre, exige la terapéutica y vitamínica C. (Este texto es debido al doctor Lebourg, al que le agradecemos vivamente su colaboración.)

* * *

Tratamiento de la piorrea por el suero de Zbarski

Suero de Zbarski: Dos soluciones bactericidas.

Forma: a) solución acuosa y b) solución alcohólica.

I) *Primera técnica:*

Primero, limpieza y curetage del sarro; segundo, lavado con M2O, a 3 por 100; tercero, tratamiento gingival; cuarto, aislamiento con compresas salivares; quinto, desecación de los fondos de saco, y sexto, aplicación, con las sondas de Miller embebidas del bactericida, al 1 por 3.000, durante diez minutos, los resultados fueron dudosos.

II) *Técnica segunda:*

Lavados con jeringuilla y masaje con la solución. Se pudo apreciar una mejoría sobre la técnica número 1.

Fué necesario hacer una aplicación de 8 a 100 sesiones, con la solución al 1 por 1.000 en 21 casos, tratados al mismo tiempo por su tuberculosis; el autor supone que conocemos el suero Zbarski. Después de nuestra información se trata de un bacteriófago específico en sus dos formas: acuosa y alcohólica.

* * *

“Estadísticas sobre la piorrea alveolar” (1946), resumen de Soukholskaya.

Primero. *Edad:*

En 752 sujetos: 19 tenían veinte años; 64, veintidós-veinticinco; 305, veintiséis-treinta y cinco; 236, treinta y seis-cuarenta y cinco, y 128, más de cuarenta y cinco.

Segundo. *Estado de la piorrea:*

En 752 enfermos: era primaria en 106 enfermos; segundo grado, 368 enfermos, y tercer grado, 278 enfermos.

Tercero. *Sintomatología:*

Ciento uno habían sufrido hemorragias gingivales; 128. anemias; 66, prurito; 125, dolores; 11, halitosis; 22, desdentados; 299, presentaban síntomas subjetivos.

Cuarto. *Color de la encía:*

Doscientos diez enfermos hiperdromia gingival; 346, con encías cianóticas; 64, sin color apreciable.

Quinto. *Estado de las encías:*

Cuatrocientos veintiséis enfermos tenían las encías compactas sin desintegración; 214, despegadas.

Sexto. *Atrofia de las encías* (en relación con los dientes descarnados):

Sin atrofia, 61 enfermos; con atrofia en diferentes formas, 691 enfermos.

Séptimo. *Fondo de saco gingivales:*

Ciento veintisiete enfermos no presentaban fondos de saco; 625, si los presentaban.

Dientes descarnados:

Cincuenta y siete enfermos no tenían los dientes descarnados; 695, si los tenían.

Estado de la dentadura:

Trescientos ochenta y nueve sujetos la tenían en mal estado; 227, en buen estado.

Ausencia de dientes:

En casi todos los enfermos hospitalizados (de estos 752) examinados, faltaban dientes.

Caries:

Ochenta y ocho enfermos tenían dientes cariados no obturados; 326, obturados; 330, con pulpa necrosada.

Articulación:

Normal, 585 enfermos; isodaquia lateral, 17 enfermos; profunda, 103 enfermos; progenie, 14 enfermos; prognathil, 12 enfermos; Ellixta, ocho enfermos.

Sarro:

Mucho, 437 enfermos; poco, 315 enfermos.

Estado higiénico de la boca:

Bueno, 58 enfermos; aceptable, 442 enfermos; malo, 241 enfermos.

Maxilares afectados:

Superior, 45 enfermos; inferior, 619; ambos, 88.

Enfermedades concomitantes observadas:

Reumatismo, 170 enfermos; neurastenia, 98; artristismo, 51; malaria, 36; miocarditis, 5; miocardiopatía, 11; insuficiencia, 9; intestino, 12; hepáticas, 7; insuficiencia endocrina, 18; sistema respiratorio, 18; diabetes, 7. El resto no presentaba enfermedades de los órganos internos.

Glóbulos blancos:

					1 a 20	1 a 30	1 a 40
Hombres ...	180	62	146	112	59	25	14
Mujeres ...	154	55	138	102	63	35	18
	334	117	135	204	122	60	32

TABLA LEUCOCITARIA

Piorrea:

	Leuc.	Linf.	R. O. F.
Primer grado	7	12	27
Segundo grupo	34	49	168
Tercer grado	76	74	252

Análisis de sangre:

Calcio: 53 enfermos hipercalcificados; glucosa: 27, hipoglucémicos; ácido úrico: 37 enfermos hiperglucémicos.

Análisis de orina:

Ciento dos enfermos con ácido úrico; 137, oxaltos; 13 uratos; 100, albúmina; 343, orina normal.

Consideraciones:

1) Entre los enfermos observados, el mayor número corresponde entre las dos edades.

2) El 50 por 100 de los enfermos no se apercibieron de su estado, sino muy tarde, no poniendo remedio al comienzo de la enfermedad.

3) La piorrea es mucho más frecuente en el maxilar inferior que en el superior. Los caninos parecen ser los menos afectados.

4) Una vez que la piorrea ha atacado el diente, éstos resultan poco afectados por la caries. No obstante, la piorrea parece sentir preferencia por las bocas con caries avanzada.

5) El reumatismo, la pelagra, neurastenia y otras enfermedades complican la piorrea. Sin embargo, no existen motivos para acusarlas, de ser origen de paradentosis.

6) La piorrea, sobre todo en el tercer grado, preside los cambios considerables de la composición sanguínea en glóbulos blancos.

7) Como lo demuestra la radiografía, la piorrea da lugar a una atrofia considerable del alvéolo.

Empleo de vacunas en el tratamiento de la piorrea alveolar:

(Se trata del empleo de vacuna de Goldenberg, cuya composición es conocida.)

Todos los casos fueron considerados como que se trataba de piorrea con: 1), gingivitis; 2), prurito y supuración de los fondos de saco gingivales; 3), atrofia del alvéolo, y 4), traumatismo.

La vacuna es inyectada lentamente después de haber pintado en la encía con tintura de yodo. Cada cuarenta y ocho, progresivamente, se emplean de una a seis gotas. Después de un intervalo de ocho días se comienza nuevamente la vacunación, en las mismas dosis que la vez anterior.

Reacción de los tejidos:

A) *Piorrea con gingivitis*: 3 sesiones cada cuarenta y ocho horas, de una a tres gotas.

B) *Piorrea localizada en el fondo de saco gingival*: 5 sesiones de una a cinco gotas. Intervalo de siete días y seguir.

C) *Atrofia del alvéolo*: 5 sesiones. Intervalo de siete días y seguir.

D) *Traumatismo*: Inyecciones prolongadas aun cuando la encía adquiriera su estado normal. Observar el estado general.

La multiplicidad de terapéuticas propuestas prueban bien que las causas reales no están bien aclaradas. Las terapéuticas se dividen, asimismo, en *físico-terapéutica* (agentes físicos) y *médico-terapéuticas* (vacunas, cirugía, prótesis de contención).

En conclusión. Se aprecian tres novedades:

- 1.º Tratamiento con el bactericida Zbarsky (bacteriófago).
- 2.º Tratamiento por los barroes radioactivos de Tcheliobinsk, del lago Gorki, cerca de Nijniniygorod.
- 3.º En fin, para la semilla precoz, el método de Bogomoltz y su equivalente francés el suero ortobiótico Bardach, del Instituto Pasteur (trabajos de Hulin, Bardach).

JOLIFFE, N., y FEIN, H. D. (Nueva York): *Algunas observaciones sobre glositis aguda y crónica*, "Rev. Gastroenterology", 15, 2, 132-145. Nueva York, 1948.

El cuadro clínico de la glositis aguda de la pelagra y del esprue es bastante conocido. El enrojecimiento y edema de las papilas y de todas las mucosas es característico. La sialorrea y el dolor y escozor son los síntomas subjetivos más importantes. Las ulceraciones que aparecen en las fases más avanzadas suelen ser debidas a la infección por el espirilo de Vincent. La terapéutica específica, con niacina o niacinamida, o con ácido fólico, logra la curación del proceso en pocas semanas. A veces se observan glositis en ausencia de diarrea, las cuales ceden a la administración del ácido fólico, resultando así la expresión clínica única de esta carencia.

La glositis crónica es mucho más frecuente y puede ser provocada por gran número de causas. Además de los diversos estados carenciales, se cuentan las infecciones por hongos, el líquen plano, la leucoplasia y la sífilis secundaria. Algunos casos son de naturaleza alérgica y otros producidos por el contacto con piezas dentarias erosivas o mal toleradas. La rozadura de una prótesis puede llegar, sin otra concausa, a la atrofia papilar completa del borde en contacto.

Los autores estudian un numeroso grupo de enfermos con glositis agudas y crónicas, resumiendo los resultados obtenidos en su tratamiento con los diversos factores vitamínicos, prescritos según lo requería la historia clínica y la observación de cada paciente. La niacinamida parece ser la vitamina más eficaz en muchas glosopatías, pero no en todas, existiendo algunas formas de glositis que requieren vitamina A y ácido ascórbico para su curación. Las glositis con diarrea se benefician casi siempre del ácido fólico.

El procedimiento seguido para la observación de la lengua ha sido en todos los casos el fotográfico.—ARIAS VALLEJO.