

RECIENTES AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE LA BOCA Y DE LAS MANDIBULAS

por

T. H. Sommervell

EN los distritos costeros de la India meridional y de Ceilán el epiteloma de la boca, incluyendo la lengua, los maxilares, mejillas y labios, es extraordinariamente frecuente y ocurre con una frecuencia mucho mayor que todas las demás localizaciones del cáncer y del sarcoma reunidas.

La amplia experiencia del autor se condensa en las tablas siguientes:

TABLA I

Número de operaciones por enfermedades malignas en diversa situación realizadas en el Hospital de Neyyoor durante los años 1923-1942, inclusive.

Boca	Mandíbula superior.	349	Pene	171
	Mandíbula inferior...	1.338	Recte	48
	Mejillas	2.177	Cervix	558
Lengua	623	Piel	316	
Diatermia de las mejillas ...	356	Laringe y faringe	82	
Glándulas	2.590	Otras	277	
Pecho	113	Abdominal	124	

TABLA II

Frecuencia, según localización, del epiteloma de la boca.

Mejilla y labios	2.533 (52 por 100)
Mandíbula inferior	1.338 (28 por 100)
Mandíbula superior	349 (7 por 100)
Lengua	633 (13 por 100)

El autor resume así la etiología:

I. Irritación química debida a los alcaloides poducidos por la acción de la cal sobre el tabaco mascado con la hoja y

la nuez de areca. Cuanto más prolongada es esta irritación tanto más probable es que dé lugar al carcinoma. Así:

2. La gente pobre, que mantiene en la boca durante mucho tiempo (a veces toda la noche) una misma porción, están más expuestos que aquellos que pueden permitirse el cambiar la areca a intervalos más frecuentes.

3. La deficiencia en vitamina A es un factor etiológico, siendo la enfermedad más frecuente en las áreas cuya dieta es más pobre en dicha vitamina.

4. El uso de cal procedente de conchas es más nocivo que la procedente de piedras calizas, debido a su fina división y, por tanto, a la más rápida liberación de los alcaloides del tabaco. Esta es la razón de la mayor frecuencia en los distritos costeros.

5. La hoja y la nuez de areca son en sí mismas inofensivas, y lo mismo el tabaco, a menos que se las mezcle con cal.

El objeto del presente artículo, sin embargo, es el tratamiento y no la etiología. En el curso de los últimos veinte años, el autor cree haber llegado a discernir cuál es la mejor terapéutica para cada clase de cáncer: en muchos es la operación; otros se tratan mejor con la electrocoagulación por la diatermia; muchos requieren el radium; unos pocos deben ser tratados por la radioterapia profunda, y un buen número reclama la combinación de dos o más de estos métodos de tratamiento.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BUCAL

Mejilla y labios.—En general, se puede decir que son muy sensibles al radio las neoplasias de la mejilla, excepto cuando son muy superficiales o de tipo leucoplásico. Cuanto más blandas y carnosas sean, tanto más probable es el buen resultado de este tratamiento. Para la forma más inmediata a la variedad leucoplásica, emplea el autor la escisión combinada con la diatermia, seguida inmediatamente de la implantación de agujas de radio alrededor del contorno de la neoplasia, e insertando unos cuantos miligramos de radio en el espacio de intervención ocupado primitivamente por la neoplasia.

Considera la leucoplasia de la mejilla altamente sospechosa y la trata con diatermia, a veces en combinación con el radio, como se acaba de mencionar. La leucoplasia de la lengua, en cambio, sólo se considera maligna cuando es muy gruesa y de tipo denso. Esta localización puede dejarse bajo vigilancia si no se pierde el contacto con el enfermo.

En general, se puede decir que las agujas de radio de 1 centímetro de longitud activa conteniendo cada una 1 mgr. de radio-elemento se deben matener en la mejilla durante diez días si se las coloca a 1 cm. Es decir, cada centímetro cúbico de epiteloma necesita, aproximadamente, 250 mgrs.-hr. de radio; para doble potencia de radio como la mencionada (por ejemplo, 2 mg. por 1 cm. de longitud activa de la aguja) se obtiene el mismo efecto en cuatro días. Una aguja de 5 miligramos, de 3 cms. de longitud activa, es dos veces tan eficaz como una aguja de 3 mgrs. de la misma longitud. Para una neoplasia blanda en la lengua o en el labio o cualquier proliferación fungosa, 1 mgr. de radio por 1 centímetro cúbico de tejido es eficaz en, aproximadamente, ocho días. Con todo, siempre es de aconsejar añadir un 20 ó 25 por 100 de la cantidad calculada de radio en caso de irregularidad en la distribución de las agujas o radio-resistencia inesperada de los tejidos. Es menester evitar absolutamente la infradosificación.

En las neoplasias muy proliferantes se debe extirpar con el bisturí eléctrico toda la parte fungosa, al objeto de economizar radio, que se usa entonces sólo para la parte no prominente de la tumoración y los tejidos próximos. El resultado cosmético es menos bueno entonces que cuando se emplea tan solamente el radio.

Los ganglios se tratan siempre por la operación, aunque, ocasionalmente se pueda emplear asimismo la radioterapia sola o combinada con la intervención.

No es rara la secuestración cuando es imprescindible colocar el radio muy próximo a cualquiera de los maxilares. La extracción de los dientes contiguos se debe hacer al mismo tiempo que se quitan los ganglios, pero nunca antes o al tiempo de aplicar las agujas de radio: hay que evitar la implantación de las células neoplásicas en los alvéolos y, con ello, la apa-

rición de un carcinoma de la mandíbula algunos meses más tarde.

El pronóstico del tratamiento por el radio de los carcinomas de las mejillas es excelente si se emplea una dosis suficiente; en cambio, la infradosis va seguida casi siempre de recidiva.

La mejilla enferma debe ser examinada a las dos o tres semanas.

Mandíbula inferior.—Aquí es pocas veces aprovechable el uso del radio: si el cáncer es destruido por el radio, también será destruido el maxilar y, eventualmente, habrá de ser resecado algunos meses más tarde.

Los pacientes con cáncer de la boca soportan, en general, bien una o dos anestесias, pero no muchas más, y aquellos que necesitan una serie de operaciones, tales como plastias, etcétera, desarrollan con frecuencia abscesos del pulmón después de su cuarta o quinta operación. Por esto, el autor hace todo lo posible en una sola operación y extirpa en bloque el semi-maxilar correspondiente con su cóndilo, los ganglios submaxilares y submaxilares con la glándula salivar submaxilar y el gran ganglio cervical superior conocido como ganglio tonsilar. La vena yugular debe ser respetada siempre, pues su ablación es causa de congestión cerebral en muchos casos, algunos de los cuales mueren de ello al cabo de pocos días.

El autor considera que el cloroformo es un buen anestésico para la India meridional, porque, empleando una mascarilla abierta, gran parte del anestésico se evapora, lo que procura un gran margen de seguridad.

Para los cánceres maxilares ha ensayado, además, estas dos otras formas de anestesia: a) Basal con paraldehído, por el recto, con inyección de novocaína en el foramen ovale y anestesia local; y b) Eter rectal en aceite de olivas, con o sin novocaína local, que tiene sus ventajas, pero que también, muy a menudo, parece producir complicaciones pulmonares con más frecuencia que el cloroformo. Inmediatamente que el paciente ha perdido los reflejos se practica la laringotomía y se rellena con gasa la garganta del paciente. Cuando se emplea sólo clo-

roformo y se ha hecho laringotomía, se puede administrar el anestésico por medio de una botella Junker.

Lengua.—Cabe decir que, en general, todos los cánceres de la lengua se tratan de la mejor manera con las agujas de radio, pero en algunas localizaciones también se puede emplear la operación.

a) Borde de la lengua.—La localización más usual y al mismo tiempo la más accesible al tratamiento. Las agujas se insertan por pares. El autor usa unas de 4 cms. y 2 mgrs. con longitud activa de 3 cm. Se implanta una desde delante y la otra desde la base, de forma que se crucen, fijándolas entre sí. Si la neoplasia está limitada a uno de los lados de la lengua es suficiente una disección unilateral, en bloque, de los ganglios submentonianos bilaterales), submaxilares y cervicales profundos. Se debe prestar atención a los del otro lado, y si alguno está afectado, el tratamiento de elección es la operación combinada con la implantación de agujas de radio de punta roma alrededor de los grandes vasos. El autor no es partidario de someterlos a la terapia por los rayos X, excepto cuando están fijos o cuando la arteria carótida parece adherente a la neoplasia o envuelta por ésta. El efecto de la radioterapia profunda es a veces siniestro sobre el estado físico y fisiológico de los pacientes.

b) Punta de la lengua.—Estos son difíciles de irradiar bien, y lo mejor es extirparlos con diatermia y seguir con irradiación de la base de la herida con agujas cortas insertadas transversalmente.

c) Dorso de la lengua.—Este tipo es muy radiosensible, pero al mismo tiempo muy blando, y resulta difícil mantener las agujas en su sitio, siendo convenientes las algo largas, con una dosis alta. Esta localización se debe tratar con gran cuidado, porque las pequeñas partículas de la neoplasia, aspiradas, originan muy fácilmente neoplasias pulmonares secundarias. Se debe realizar la extirpación radical de los ganglios en ambos lados.

d) Suelo de la boca.—Este está afectado muy frecuentemente en los tumores de la lengua y se debe insertar el radio tanto desde dentro como desde fuera de la boca. Son casi in-

evitables las secuestraciones del maxilar. Los ganglios cervicales profundos se extirpan más tarde. Los de los grupos submaxilar y submentoniano son irradiados adecuadamente, por lo general, por las agujas; pero si existe alguna duda sobre este punto, deben ser también extirpados. Después de la separación de las agujas se deben hacer pequeñas incisiones debajo de la mandíbula para el debido drenaje, pues casi siempre acaece una infección de los espacios submaxilares.

e) Epiglotis y parte más posterior de la lengua.—Las mejores posibilidades de tratamiento las ofrecen las agujas colocadas desde fuera cerca del ángulo del maxilar. Si el proceso está algo extendido, puede resultar indicada la radioterapia profunda. El peligro de la ablación ganglionar combinada con el uso del radio es doble: infección de la vaina carotídea, que conduce a la mediastinitis y la hemorragia secundaria de la carótida.

f) Región tonsilar.—Sitio muy peligroso para carcinoma o sarcoma. Como para la epiglotis, los ganglios son invadidos muy precozmente, de modo que puede formarse un bloque canceroso de los tejidos, incluyendo las tonsilas, los ganglios y los grands vasos. Lo mejor es la radioterapia profunda, combinada con la inserción de largas agujas de radio en las partes más profundas de la neoplasia y en la misma tonsila. Rayos X de 400 kv. y más son necesarios para estos casos. Sólo en casos muy precoces es suficiente con la operación sobre los ganglios siguiendo a la inserción de agujas de radio en la masa neoplásica. Las agujas largas pueden alcanzar bien las tonsilas, empujándolas hasta que su parte activa las alcanza.

g) Toda la lengua.—En estos casos, lo mejor es la extirpación del órgano, después de una previa laringotomía. Inmediatamente después, se trata el suelo de la boca, siempre sospechoso en tales casos, con la implantación de agujas desde fuera en la áreas submentoniana y submaxilar. Los ganglios se suprimirán radicalmente en ambos lados y se debe tener la precaución de preservar al menos una, sino las dos, de las venas yugulares.

Principios generales.—Hay que evitar la aplicación de dos o más tandas de radio. La primera inserción puede producir ra-

dio-resistencia en un grado que no puede ser calibrado y la dosis para la segunda irradiación no se puede calcular entonces acertadamente. Se deben tratar las quemaduras por el radio; en todo caso se requiere una biopsia para asegurarse de que se trata efectivamente de una cauterización y no de una recidiva. Las tales quemaduras se tratan por el cauterio diatérmico, el cual produce, asimismo, una quemadura, pero que cura mejor y es menos molesta que la mayor parte de las causadas por el radio.

Mandíbula superior.—Cuando ésta resulta invadida por un cáncer propagado de la mejilla, suelen estar afectadas las partes alveolar y palatina del maxilar, el antro está libre muy a menudo y el suelo orbitario casi siempre está inafectado. En todos estos casos, el maxilar debe ser resecado.

Ganglios.—Si no pueden ser extirpados simultáneamente con la neoplasia, sólo se debe intervenir sobre estos órganos cuando el tumor ha sido extirpado o hecho inocuo por la aplicación de radio.

Se corre el mayor riesgo tratando los ganglios antes que el tumor sea intervenido.

Respecto a la cuestión de qué ganglios deben ser extirpados, depende, naturalmente, en cierto grado, de su afectación. Los neoplasmas de la mejilla, incluyendo el labio y el maxilar, tienden a invadir primeramente los grupos submentoniano y submaxilar y un ganglio aislado cerca de la vena facial común. Sólo excepcionalmente lo están los ganglios tonsilares en el grupo cervical profundo superior. Más allá de los mencionados ganglios hay una capa de fascia, que aunque en algunos sitios es muy fina, actúa como un dique para la sepsis. Es conveniente extirpar todos estos ganglios en la operación sobre el maxilar inferior, evitando el riesgo de infectar la vaina carotídea y su grave secuela la mediastinitis.

El autor se extiende un tanto sobre este asunto de la extirpación ganglionar.

Carcinoma de algunas localizaciones especiales.—La invasión del maxilar inferior por un carcinoma muy extenso de la mejilla indica una irradiación preliminar de la mejilla y de la parte superior de la neoplasia y la extirpación del maxilar in-

ferior por medio de la operación. Inversamente, una operación de la mandíbula superior combinada con una irradiación de la mejilla puede ser un recurso excelente.

Los carcinomas del ángulo entre los maxilares se tratan mejor con el radio; el maxilar inferior, si se necrosa, debe ser resecado más tarde.

Los carcinomas de las tonsilas son los peores de todos debido a la afectación temprana de los ganglios cervicales más profundos.

El carcinoma de la epiglotis es otra de las peores localizaciones.

Los carcinomas de la parte posterior del nasofarinx son muy raros. Se tratan de la mejor manera con el radio. Si se duda sobre la extensión de la neoplasia, puede ser aconsejable la escisión parcial del maxilar superior al objeto de conseguir observaciones sobre la propia tumoración.

Operaciones plásticas.—Muchos de los casos con punto de partida en la mejilla requieren la extirpación de un gran trozo de ésta, quedando una brecha considerable. Se necesita una operación plástica. La cara interna se reconstruye, bien sea con piel o con mucosa. En la mujer, esta piel puede ser suministrada por un colgajo a torsión o por deslizamiento, pero en los hombres, esto raramente es posible debido a los pelos. En los hombres y en muchas mujeres se hace necesario el empleo de un colgajo tubular tomado del tórax cuya base es lo mejor que esté en la clavícula, y el extremo distal debe llevar la parte desprovista de pelos que existe entre la mamila y la axila.

Radium en lugar de rayos X y operación.—El autor ha visto tantas tragedias debidas al tratamiento con los rayos X que duda de la aconsejabilidad del tratamiento de cualquier caso bucal o nasofaríngeo por este método. Además, el mismo tiene un mal efecto sobre el estado general, que, en algunos casos, puede ser tan intenso, que coloque a los enfermos en un estado tal en que ya no puedan soportar el tratamiento ulterior, incluyendo la anestesia imprescindible para las aplicaciones del radio o las operaciones necesarias para su curación.

La capacidad de los rayos X y del radio para despertar la proliferación de una neoplasia si se emplea cierta dosis es otro

factor a tener en cuenta. Esta neoplasia secundaria se desarrolla solamente en determinados individuos, aproximadamente a 5 ó 6 centímetros del límite de la proliferación irradiada primariamente, al menos seis meses después de esta primera irradiación.

Para terminar, hace notar que la operación no tiene los efectos desagradables de la irradiación y es siempre el método de elección, excepto para la lengua, la mejilla o las tonsilas y unas cuantas localizaciones especiales más. Cuando en el curso de una operación se tiene la impresión de ser ésta insuficiente, se puede siempre reforzar con el radio. La radioterapia profunda es siempre desilusionadora en los casos bucales. Cuando se emplee el radio no se descuidará dar la dosis suficiente.

Todo cirujano que opere casos de esta naturaleza debe estar familiarizado con el uso del radio. El autor deplora la separación entre los llamados Institutos o clínicas de radio y los Servicios quirúrgicos.—*José L. Serrano*.—per "Bibl. Méd. Int"., 3349. de Th. Brit. J. of Surg., vol. XXXII, 125. Julio 1944, 35 (617. 52).

SPRENGER: *Erisipela de la mucosa bucal después de tonsilectomía*.—*Mischr. Ohrenheilk*, 75, 87, 1941.

Se informa sobre erisipela a continuación de tonsilectomía acaso provocada por lesiones pequeñas (comer) durante el período de enfermedad. Se insiste en que la erisipela no se presentó a consecuencia de la tonsilectomía, ni tampoco inmediatamente después de la intervención. Por medidas conservadoras se llega rápidamente a la curación. El diagnóstico diferencial pudo establecerse a base de los síntomas típicos. Si el diagnóstico se hace inmediatamente y se recurre precozmente a un tratamiento con prontosil y cuidados de la mucosa bucal, puede ser evitado el peligroso proceso de la erisipela. per. *Act. Med.* XXXIII, 258 pág. 378.

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S.

DE LA ASOC. DE PRENSA MED. ESPAÑA.



MADRID

Jorge Juan, 39

Agosto

Editorial

1946

EL AIRE, MEDIO PROPAGADOR

FLÜGGE, higienista alemán, llamó ya la atención, en 1897, sobre el mecanismo de infección por el aire. Este "potencial infectivo" procedente de las personas, no sólo al toser o estornudar, sino también (¡tantas!) al hablar, pulula en el medio ambiente horas y días (Wells) en los espacios confinados, depositándose en las paredes o superficies y convirtiéndose en fuentes de posible infección.

Jennison, valiéndose de una cámara rápida, ha captado en la placa fotográfica la nebulización producida al estornudar, toser o hablar. De la contemplación de estas pruebas gráficas se explica el interés que actualmente ha despertado el problema de la transmisión de los procesos infecciosos por aire.

Se sabía ya de la transmisión por este mecanismo del catarro común, bronquitis, laringitis y "otras enfermedades respiratorias", así como de la importancia del polvo, y se conocía ya la debida protección contra la invasión de ciertos neumococos, streptococos hemolíticos, estafilococos, etc.

Hay que suponer, sin embargo, que los elementos patógenos no siempre germinan o persisten en las mucosas normales; pero, no obstante, el problema se presenta más complejo.

Si bien es cierto que la teoría infecciosa de la enfermedad tiene como base los estudios de Pasteur, Tyndall y otros, sobre los microorganismos en el aire, sólo de diez años data la pretensión de llegar a la esterilización del ambiente confinado.

Dos son los medios a los que se ha recurrido para este objeto: uno físico (radiación ultravioleta, limpieza de polvo) y otros químicos (vaporización germicida).

La radiación ultravioleta se consigue por una lámpara tubular transparente, provista de reflector, que emite radiaciones luminosas y ultravioletas de una longitud de onda letal, para determinados organismos y bacterias. Esta radiación es altamente irritante para la piel y ojos, por lo que estos aparatos van provistos de una pantalla de desviación.

La lámpara se instala en una de las paredes de la habitación y a altura de forma que los rayos crucen únicamente la parte superior. De esta guisa sólo los organismos que atraviesan esta zona pueden ser destruidos. Su utilidad en la clínica dental es tan relativa que la Am. Dent. Res. no ha aceptado la radiación ultravioleta para la desinfección del aire ambiente en las consultas odontológicas. Por otro lado, las radiaciones deben extenderse en todo el ámbito si se pretende sean eficaces, obligando quizás al empleo de varias lámparas.

Sin embargo, dispositivos iguales han demostrado su utilidad en hospitales donde personal adecuado tiene la responsabilidad de su manejo.

Hollaender, du Buy, Ingraham y Wheeler han empleado la irradiación ultravioleta enfocada al suelo en combinación con la dirigida a los techos o parte alta de la habitación, para los barracones hospitales y con resultado satisfactorio, aunque señalando la posibilidad, en determinados suelos, de reflejar dichas radiaciones con los consiguientes perjudiciales efectos.

La eficacia de la radiación ultravioleta puede hacerse menos efectiva por la existencia de polvo en el ambiente. En este caso se ha recomendado (Andrews) su filtración antes de ser sometido a los efectos de la radiación.

Lurie ha demostrado experimentalmente con conejos, la posible efectividad de la acción ultravioleta en el contagio, por el medio ambiente de la tuberculosis humana.

En la clínica dental el mecanismo de posible infección es mucho más directo, dado lo inmediato de las posiciones entre profesional y enfermo, y en consecuencia, son más recomendables la protección del odontólogo con careta o pantalla transparente, teniendo en cuenta, además, el corto espacio de tiempo que el enfermo permanece en nuestra consulta.

Más prácticos se han mostrado las vaporizaciones germicidas: el ácido hipocloroso, glicoglicoles, etc.

Masterman y Bourdillon y sus colaboradores han coincidido al asegurar el éxito del empleo de la vaporización de hipocloritos, que puede dificultarse por la excesiva humedad del ambiente (30-50 por cien) o un gran contenido de materia orgánica.

Twort, Baker, Finn y Povell han empleado el hexil—resorcinol disuelto en glicol—propileno para obtener un aerosol, germicida de gran efectividad.

Los vapores de glicol no producen molestia alguna a las personas.

Las concentraciones de 1 vol. de gases de ácido hipocloroso para 2 millones de vol. de aire (Edward, Lidwell) se han mostrado efectivas en la destrucción del 99 por cien o más de partículas de virus cuando su infestación no es abundante.

Entre los dispositivos empleados para producir estas vaporizaciones se cuentan desde la simple ebullición, hasta corrientes de aire caliente que atraviesan unos discos rotatorios sumergidos en parte en una solución de glicol, o la versión del germicida sobre una plancha caliente.

Pero estas medidas perderían su eficacia, en gran parte, si se permitiera anidar el polvo. Ende y Andrewes han introducido medidas que no son de imperiosa necesidad en las consultas odontológicas pero sí de cauta previsión en todo acto, quirúrgico por modesto que pueda parecernos.

BIBLIOGRAFIA

- MUDD, S.: "Conf. air as vehicl. of infec.". Symp. on rec. adv. in Med., Phila., London, Saunders Co. 1944.
 COUN. DENT. THERAP.: "Ultrav. lamp. f. air desinfect.". J. A. D. A., vol. 31, pág. 1124.
 REV. CLÍN. ESP.: Editorial, marzo 1946, pág. 536.
 CRAUFORD-BENSON: "Mod. ava. luch. mose.". B. M. B., vol. III, 9-10.
 FERNÁN PÉREZ: "Luch. c. mose.". foll. Direc. Gral. Sanl., Madrid 1946.

CIRUGIA ORAL

No somos los primeros en haber mostrado nuestra extrañeza por el abandono académico en que está sumida la cirugía oral.

Recordamos muy bien que el promotor de nuestra excelsa Ciudad Universitaria. Odontólogo insigne, no fué cirujano; pero hubo otros, no menos insignes científicamente, que se distinguieron claramente por sus conocimientos y práctica quirúrgicas. Mas áengan o no tengan habilidad nuestros maestros, los que hoy se enfrentan diariamente con la actividad escolar, nos interesa, por el prestigio de la cirugía española, de la cirugía oral también, esté o no en manos de odontólogos, proclamar a todos los vientos que la deficiencia que indicamos no obedece a una triste realidad (le falta a nuestra cirugía oral de casuística), sino más bien a un olvido o a un criterio equivocado, cuya génesis hemos expuesto más arriba, y cuya patogenia no hemos de buscar en la psicología del promotor, sino noblemente en el criterio con que las escuelas dentales norteamericanas estaban organizadas.

Y es esto tan clara verdad que ya hoy tenemos a la prensa de aquel país clamando por la organización docente de la cirugía oral, organización que está en vías de ultimarse tras haber dado vida a la adecuada comisión, respaldada por la "Sociedad Americana de Cirugía Oral".

Existiendo en España pléyades de cirujanos que se dedican muy especialmente a los problemas de reparación y estética facial, y otra no menor, de gran abolengo y experiencia quirúrgica—contrastada, con superioridad para nosotros, estos últimos años en que hemos recibido las visitas de los más expertos cirujanos de la especialidad de Europa y América—, no acertamos a comprender cuáles pueden ser hoy los motivos que lleguen a obstaculizar la creación de la disciplina académica que lleve sobre sí la responsabilidad de la creación de "escuela" a la cirugía oral.

Este problema que nos acucia a los que llevamos parte en la responsabilidad moral por la dignidad científica de la Odontología, deja de existir en el orden precisamente científico, no ofreciéndonos tampoco ninguno en el orden material. En primer lugar, el magnífico edificio de la Ciudad Universitaria dispone de local suficiente y adecuado, quedando, pues, en segundo el aspecto económico, el cual no podemos aceptar, bajo ningún concepto, como impedimento máximo para que esta pretensión de la Odontología española no pueda realizarse.

Viene este comentario en momento que consideramos favorable para coadyuvar así al mismo noble deseo que en otros colegas se ha manifestado, a los cuales nos ofrecemos siempre y en esta ocasión para emprender o secundar toda iniciativa que tienda a la dignificación científica de nuestra Odontología.

NOTICIAS

XV CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Nos place remitir a usted las relaciones de los señores que constituyen las Mesas de las doce Secciones y Comisiones de nuestro "XV CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGIA", por si tiene a bien darle publicidad en la REVISTA de su digna dirección.

Con este grato motivo nos satisface reiterar a usted nuestra consideración más distinguida.

Dios guarde a usted muchos años.

Barcelona, 15 de julio de 1946.—*El Secretario general.*

* * *

Anatomía, Histología, Fisiología, Patología, Bacteriología y Farmacología Dentales

Presidente, D. Andrés Fernández Martín (Valladolid); *Secretario*, D. Gerardo Zabala Rubio (Madrid); *Vocales*, D. Fernando Muñoz Toca (Oviedo), D. Fortunato de Vinueva (Zaragoza), D. Fernando Orensanz Gutiérrez (Idem), D. Juan Carol Montfort (Barcelona) y D. José Navarro Sala (Valencia).

Odontología legal, Bibliografía y Terminología

Presidente, D. Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada (Madrid); *Secretario*, D. Eduardo Ruiz Esquiú (Madrid); *Vocales*, D. José Fernández Coello de Portugal (Madrid), D. José Clavero Justé (Zaragoza), D. Vicente Gadea de Juan (Barcelona), D. Jesús Pérez Porro (Barcelona) y D. José Antonio Martínez Sardá (Sitges).

Odontoestomatología

Presidente, D. Bernardino Landete Aragó (Madrid); *Secretario*, D. Fernando Caballero Santero (Madrid); *Vocales*, D. Braulio García de Uña (Madrid), D. J. Scherman y Waldberg (Madrid), don José Font Llorens (Valencia), D. Antonio Bascones Pérez (Madrid) D. Amado Serraller Carral (Barcelona), D. Luis Visiedo Jiménez (Barcelona).

Electroterapia

Presidente, D. Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada (Madrid); *Secretario*, D. Angel Vázquez Rodríguez (Madrid); *Vocales*, D. José Noguer Molíns (Barcelona), D. Carlos Losada Agostí (Madrid), don Joaquín de Viñals y de Font (Gerona), D. Gregorio Espejel Sánchez (Madrid), D. Manuel Fonseca Llamedo (Madrid), D. José María Ferrer y Vals (Barcelona).

Intrusismo, Legislación y Deodontología

Presidente, D. Juan José Sisamón Zubillaga (Valencia); *Secretario*, D. Carlos Goerlich Lleó (Valencia); *Vocales*, todos los señores Subinspectores provinciales de Odontología.

Prótesis movable

Presidente, D. Pedro Trobo Hermosa (Madrid); *Secretario*, don Luis Abarca Millán (Madrid); *Vocales*, D. Arturo López Viejo (Madrid), D. José Aparicio Arenillas (Barcelona), D. Gonzalo Gómez Pérez (Madrid), D. Teodoro Pereda Blanco (Villarcayo), don Ramón Citoler Sesé (Zaragoza), D. Andrés Buesa (Vitoria).

Prótesis fija

Presidente, D. Juan Mañes Retana (Madrid); *Secretario*, don Juan Landete Pérez (Madrid); *Vocales*, D. Tomás Blanco Bueno (Madrid), D. Bernardo Martínez Gil (Madrid), D. Luis Subirana Rodríguez (Madrid), D. Juan Antonio Retana Bautista (Barcelona), D. Jesús Arnáiz Prieto (Burgos).

Cirugía buco-facial con sus prótesis

Presidente, D. Luis Lafora García (Valencia); *Secretario*, don Pedro García del Villar (Madrid); *Vocales*, D. Laureano Mariscal Hernando (Zaragoza), D. José Alcaraz Espinet (Barcelona), don Carmelo Balda Galarraga (San Sebastián), D. F. Mallol de la Riva (Madrid), D. Pedro Campderá Sala (Zaragoza), D. Julio Villarrubia Muñoz (Barcelona), D. Juan Rimbau Guach (Tarragona).

Profilaxis dental

Presidente, D. Juan Carol Montfort (Barcelona); *Secretario*, don José Pericot García (Barcelona); *Vocales*, D. Pedro García Gras (Madrid), D. José Aguilar Guillén (Valencia), D. Salvador Casas

Fe (Madrid), D. Antonio Udaeta París (Barcelona), D. Raimundo Llatas Durán (Barcelona).

Piorrea alveolar

Presidente, D. I. Sáenz de la Calzada (Madrid); *Secretario*, don Juan Beltrán Codina (Barcelona); *Vocales*, D. José Roca Mesa (Valencia), D. Santiago Forteza y Forteza (Palma de Mallorca), D. Vicente Alonso Jiménez (Madrid), D. Juan Dancausa Gras (Madrid), D. Antonio Góngora Durán (Madrid).

Ortodoncia

Presidente, D. Pedro García Gras (Madrid); *Secretario*, don Fernando Ramón Amat (Barcelona); *Vocales*, D. José Iglesias Alvarez (Madrid), D. Pedro Planas Casanovas (Madrid), D. Antonio Udaeta París (Barcelona), D. José Clavero Juste (Zaragoza), don Román Via Dufresne (Barcelona).

La Odontología en los diversos seguros de enfermedad. Asuntos de organización colegial y fecha del XVI Congreso

Presidente, D. Francisco Molleda Arenas (Barcelona); *Secretario*, D. Francisco Montull Rosell (Lérida); *Vocales*, D. Fortunato García de Vinuesa (Zaragoza), D. Juan Fuentes Echevarría (San Sebastián), D. Pedro Sala de Martín (Barcelona), D. José Peraire Rodríguez (Barcelona), D. Juan Videll y Prats (Barcelona), don José Monroset Guillén (Barcelona).

COMISION DE PRENSA

(Pendiente de designación entre técnicos).

COMISION DE FIESTAS Y ALOJAMIENTO

Dr. D. José Antonio Martínez Sardá, Dr. D. Antonio Mateu Aragonés, Dr. D. Antonio Miralles Argemí, Dr. D. Antonio María de Udaeta París.

COMISION DE EXPOSICION CIENTIFICA E INDUSTRIAL

Dr. D. Francisco Olivé Badosa, Dr. D. Manuel Planas de Farnés, Dr. D. Juan Riera Reguer, Dr. D. Jesús Pérez Porro, Dr. D. Luis Vila Sabater.

DELEGACION DEL CONGRESO DE MADRID

Dr. D. Pedro García Gras, Dr. D. Juan Dancausa Gras, doctor don José Fernández-Coello de Portugal.

PORTEX

Para bases. Rosa claro, violáceo y transparente

PORTEX

**Para dientes, coronas y puentes.
Colores surtidos, dentina y esmalte**

Y

PORTEX

Barniz aislante. Hace innecesaria la hoja de estaño

DEPOSITOS DENTALES

A. Solé Palou

**Notariado, 3, 5 y 7
BARCELONA**

**Av. José Antonio, 15, entlo.
- MADRID -**

Artículos dentales
de la
Casa Schmidt

Plaza del Angel, 16
MADRID

Teléfono
2 5 4 7 1

CHELLINI

Escayolas-Cemento rosa
aluminado-Revestimientos-
Marmolina

Puente de Vallecas
MADRID

ODONTOIATRIA

LA REVISTA DE LOS
ODONTOLOGOS PARA
LOS ODONTOLOGOS



Anuncios clasificados

Odontólogo: Impresiones con escayola Tavira.

Para piorrea: Polvos antipiorreicos Lema.

Chellini: Escayolas. Revestimientos. Puente Vallecas. Madrid.

Retana. Ortodoncista, Carmen, 14. Barcelona.

Optalidon. Analgésico eficaz contra odontalgias.

La Glefina Lasa: Reconstituyente ideal.

Antiséptico dental REGAL. Laboratorio ANDROMACO.

Utilice dientes resina sintética TIM.

Astringente Spá sulfaminado. Hemostático. Antipiorreico.

Emplee siempre productos De Trey.

Reflector Emda, sin lámpara, y brazo mural plegable de torno Ritter. Informarán esta Administración.

Mecánico para reparar piezas mano, tornos etcétera. 48014.

Se vende, puesta en Madrid, prensa termoplásticos.

Vacuna dental. Laboratorio Rono. Zaragoza.

Palador. Sociedad Española. Metales Preciosos.

Esterilizadora eléctrica Heda. Doctor Osorio.—R. Alvarez, 1. Zamorá.

VOLTA Talleres eléctricos

Construcción
Reforma
Reparación
CLINICAS DENTALES

Rayos X
Diatermia
Rayos ultravioleta

Tornos dentales
(transformación de corriente)

Compresores
Turbinas

Reforma de muebles clínicos
Esmaltado

Plaza de los Mostenses, 7 - Teléf. 21556
MADRID

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LA
CARIES DENTARIA *por el*

Calcio GEVE

CALCIO POR VÍA BUCAL. - EN
COMPRIMIDOS DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO VAINILLADO

DOSIS CORRIENTE

ADULTOS. — Dos comprimidos, antes o des-
pués de cada una de las tres comidas.

NIÑOS. — Mitad anterior dosis.

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A. - TORTOSA

PIDA MUESTRAS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

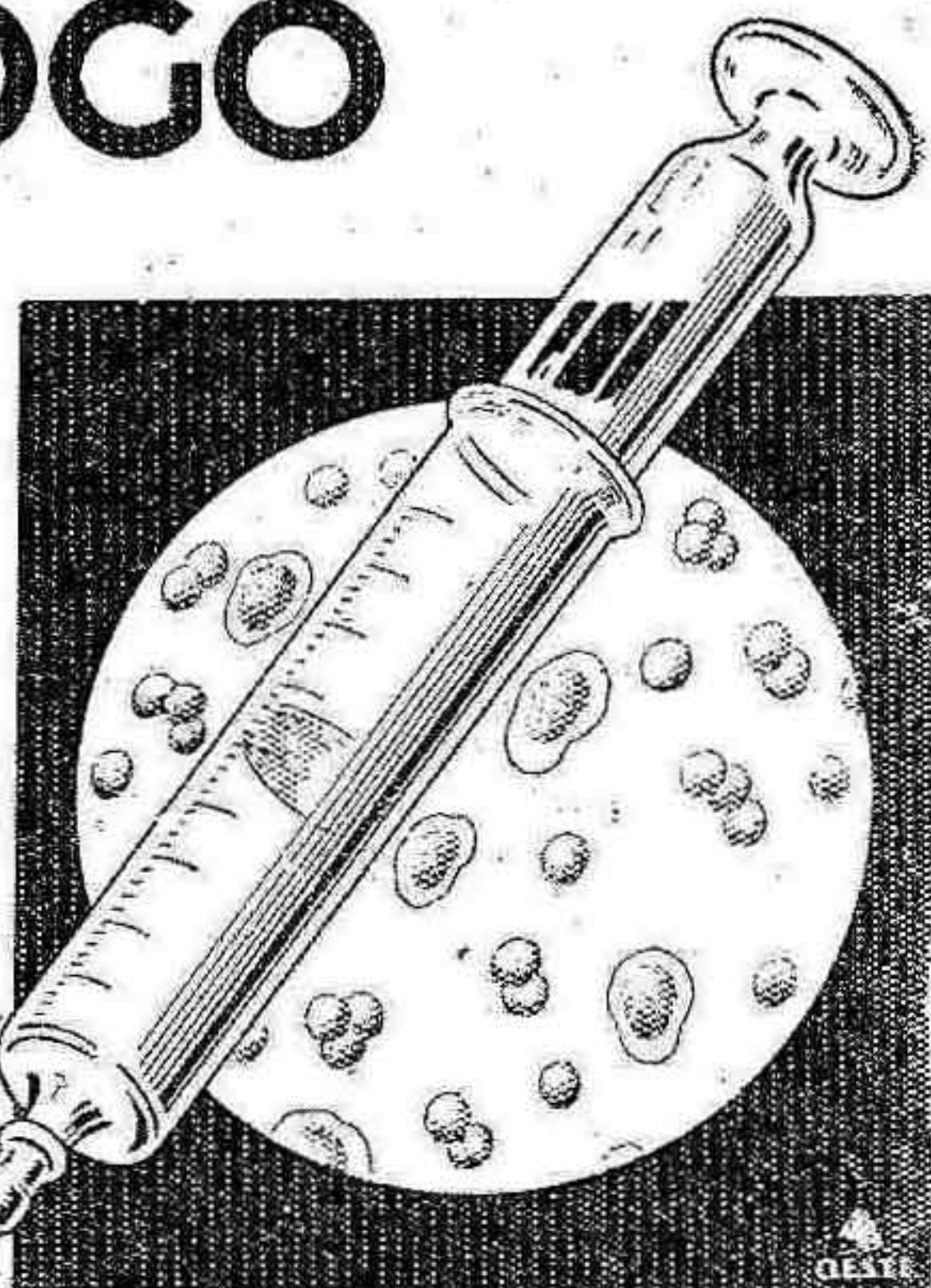
PODEROSO AUXILIAR DEL ODONTOLOGO

La vacuna eficiente y sedativa

TRISATIN es una vacuna preparada a base de una nueva y lograda combinación de las diversas especies microbianas de la flora bucal. La más apropiada para la moderna ciencia odontológica.

Ayuda terapéutica insustituible en la erupción patológica de corsal, en la paradontosis marginal progresiva, en afecciones agudas y lesiones de curso tórpido, etc. Acción sedativa inmediata. No provoca inflamaciones en el lugar de la inyección ni intolerancia.

TRISATIN es eficaz, de acción rápida y suprime la reacción local y general.

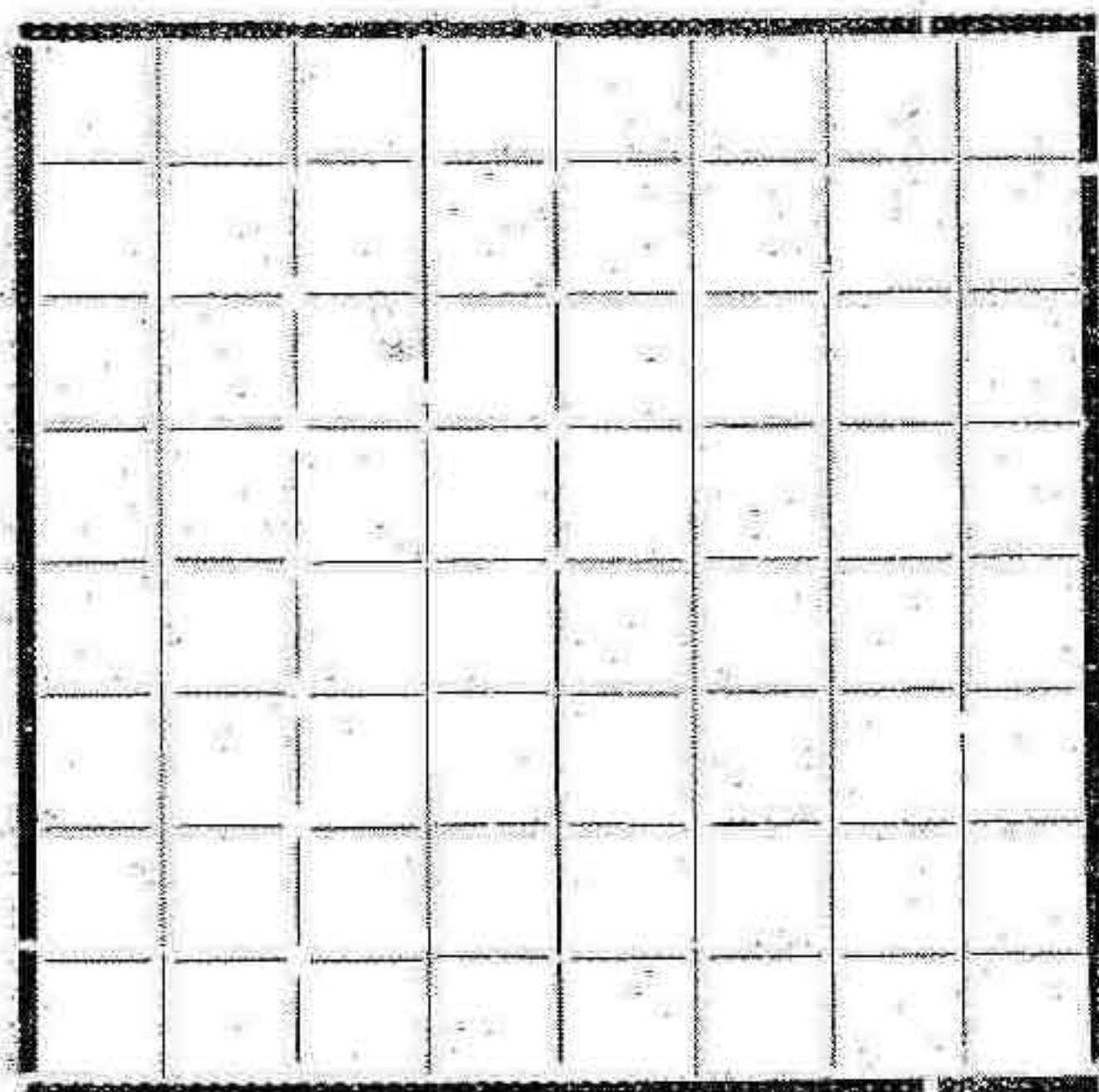


TRISATIN

LABORATORIOS ORZAN, S.A. LA CORUÑA — MADRID

0 horas

12



¡DOCTOR!

¿ha comprobado Vd. la retracción
o dilatación de su escayola?

Sabe Vd. que la finura del molido (granulometría) aumenta su sensibilidad para su conservación?

ESCAYOLA PURA DE ALABASTRO

¡He aquí la



marca Távira!

GARANTIA DE LA MEJOR CALIDAD

UNICOS FABRICANTES:

Elorriaga, Mendizábal y Cía., S. A.

Alameda, 14

SAN SEBASTIAN

Teléfono 12032

Apartado 225



EL ODOSEPTIL

Antiséptico

Astringente

Antipiorreico

lo han recomendado
siempre los profesionales

Muestras

Apartado 6052

Madrid

Literatura

pende de la cantidad total de penicilina administrada: esterilización en el 76 por 100 de todos los huevos inoculados con 100 unidades de penicilina. La administración de 28,5 ó 57 miligramos de sulfatiazol simultáneamente con la inoculación de las bacterias, no consiguió prolongar la vida de los huevos fecundados ni producir una inhibición bacteriana perceptible. El suero antiestafilocócico de conejo y la antitoxina del suero antitóxico del caballo a las dosis de 0,1 y 0,2 c. c., prolongaron ligeramente la vida de los huevos, pero resultó también insignificante el efecto bactericida de estas sustancias.

Se dedujo de estos experimentos el notable efecto de la penicilina al prolongar la vida de los embriones de pollo, inoculados con estafilococos dorados virulentos a dosis que producen regularmente la muerte de los animales de control. A este respecto, la penicilina se demostró superior al bacteriófago y antitoxina estafilocócica, así como al vioformo, carboximetoxilamina y sulfatiazol. La mayor producción de penicilina ha de relegar el empleo del bacteriófago a un lugar secundario en el tratamiento de dichas infecciones. (per "Farm. Actal." número 19.)

P PENICILINA

ODONTOIATRIA

"La superioridad de la penicilina sobre algunas otras sustancias antibacterianas". JERN (H. Z.) y MELENEY (F. L.). Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1945.

Las bacterias más importantes desde el punto de vista quirúrgico son y han sido siempre los estreptococos, estafilococos y los anaerobios Gran negativos esporulados del grupo de la gangrena gaseosa. Existe acuerdo general acerca de la desaparición del peligro de las infecciones por estreptococos hemolíticos gracias al empleo de las sulfonamidas, habiéndose reducido a proporciones casi insignificantes la aparición de septicemias por estos microorganismos. Han fracasado, en cambio, las esperanzas de combatir eficazmente las infecciones producidas por los dos restantes grupos, en las que si bien se obtienen resultados individuales satisfactorios, en conjunto fracasa una gran proporción de los casos tratados.

La experiencia de los autores durante los últimos ocho años con infecciones estafilocócicas, entre las que se incluían septicemias, ha convencido a los autores del valor de la terapéutica por el bacteriófago en este campo, especialmente cuando hay una colaboración entre la clínica y el laboratorio. La posibilidad de emplear la penicilina ha inducido a los autores a estudiar comparativamente la eficacia

de estos dos agentes en el tratamiento de las infecciones estafilocócicas, habiendo obtenido algunos resultados positivos que constituyen el objeto de este trabajo.

La elección de un método que permitiera apreciar claramente el valor de estos y otros agentes antibacterianos condujo a los autores a ensayar la infección experimental de los huevos de gallina fecundados. Se emplearon huevos fecundados de diez días. La inyección de las sustancias que se ensayaban se hizo dentro del saco alantoideo, en el límite de la membrana corioalantoidea, evitando los grandes vasos sanguíneos. La inyección se hizo a través de una pequeña perforación. Para aliviar la presión en el interior del huevo y permitir el libre paso de líquidos, se hizo otra perforación en la cámara de aire. Después de la inoculación, ambas perforaciones se sellaron con un material estéril. Los huevos inoculados se colocaron en incubadoras a una temperatura de 38,5 a 39,5 grados.

La inoculación en el líquido corioalantoideo de embriones de pollos de diez días con un cultivo de estafilococos dorados produjo constantemente la muerte de los embriones en las primeras cuarenta y ocho horas. La administración de bacteriófago inmediatamente después de la inoculación de las bacterias prolongó la vida de todos los embriones de pollo. Los cultivos del material obtenido de embriones tratados con bacteriófago desarrollaron menor cantidad de colonias bacterianas, que presentaban un carácter degenerativo. Sin

embargo rara vez se consiguió una esterilización completa. La presencia de bacteriófago en el líquido corioalantoideo no evitó, por regla general, la invasión por las bacterias del torrente circulatorio de los embriones, aunque pudo demostrarse la presencia del bacteriófago en la sangre. La multiplicación activa del bacteriófago ocurrió en la mayoría de los casos cuando se emplearon soluciones sin diluir o poco diluídas. Cuando las soluciones eran muy diluídas, rara vez se multiplicaba el bacteriófago y lo más frecuentemente desaparecía por completo. Los experimentos "in vitro" con líquido corioalantoideo y una mezcla de material procedente de los embriones demostraron que el fago antiestafilocócico no solamente se multiplicaba de este medio, sino que producía también una lisis de las bacterias existentes en él. La presencia de sangre de embrión no evitó la lisis bacteriana, aunque se produjo cierta inhibición.

La administración de 100 unidades de la sal cálcica de penicilina en cualquier momento dentro de las seis horas siguientes a la inoculación, permitió la supervivencia de la mayoría de los huevos fecundados durante el período experimental de siete días, naciendo los pollitos cuando se prolongó más allá de este tiempo. Los resultados terapéuticos fueron esencialmente los mismos cuando se administraron 10 unidades de penicilina; en cambio, no se consiguió la supervivencia de los embriones cuando se administró solamente una unidad. Sin embargo, la esterilización completa de los huevos inoculados de-

de la anhidrasa carbónica pueda haber sido enmascarada por la inhibición simultánea de la fosfatasa.

En conclusión: creemos pertinente señalar que mientras la posología usada en nuestros experimentos fué alrededor de siete veces la terapéutica, la concentración hemática resultante fué todavía muy inferior a la empleada por Golding y Silver para demostrar la gran inhibición de la fosfatasa "in vitro".

Se están realizando nuevos trabajos sobre los puntos expuestos en esta comunicación.

C CALCIFICACION, INHIBICION DE LA

ODONTOIATRIA

Inhibición de la calcificación ósea por las sulfonamidas. Benech, Chance y Glynn. per "Notic. Méd. Esp.". 20-II-46,

La reciente demostración, por Golding y Silver, de que algunas sulfonamidas actúan como "inhibidores" de la fosfatasa "in vitro", nos ha animado a presentar una comunicación preliminar de nuestras investigaciones sobre el efecto de las sulfonamidas sobre la formación de los huesos. "in vivo".

Estos experimentos tuvieron por objeto la comprobación de una hipótesis derivada de los descubrimientos realizados por Benesch y otros, de que las sulfonamidas con un grupo $-SH_2NH_2$ libre (por ejemplo la sulfanilamida), inhiben la formación de la cáscara en los huevos de las aves de corral, mientras que no se da ese caso en las sulfonamidas en la que el grupo $-SH_2NH_2$ está sustituido (por ejemplo la sulfopiridina). El primer tipo de compuesto, es un poderoso inhibidor de la anhidrasa carbónica, mientras que el tipo sustituido no tiene efecto alguno sobre esta enzima, como demostraron Keilin y Mann. Se dedujo, por tanto, que la anhidrasa carbónica actúa en la formación de la cáscara, por catalizar el grado o proporción de formación del anión carbonato cálcico que constituye el material de aquélla.

Dado que los huesos contienen cantidades considerables de carbonato, se pensó que la anhidrasa carbónica, además de la fosfatasa, puede desempeñar una parte en la formación de los huesos. Para comprobar esta hipótesis, hubo que escoger un proceso de calcificación que, como la formación de la cáscara del huevo, fuera lo bastante rápido para revelar la influencia de las dosis máximas de sulfonamidas, compatibles con la vida, en las condiciones de calcificación. Se decidió, por tanto, emplear, para este estudio, la calcificación del embrión en desarrollo.

En estos experimentos se emplearon ratonas y ratas en gestación. Las ratonas se dividieron en dos grupos, a los que se administró, respectivamente, sulfanilamida y sulfopiridina, en dosis diarias de 300 mg Kg. por vía oral, en tres tomas iguales, durante los siete a diez últimos días del período de gestación. Las ratas se trataron de modo análogo, con 720 mg. Kg. diarios. Para estudiar el efecto de este tratamiento en el desarrollo del esqueleto, los fetos a término se examinaron histológica y radiológicamente.

La diferencia histológica más sobresaliente entre los fetos de las ratas tratadas con sulfonamidas y los fetos normales de camadas análogas, era la casi completa ausencia de calcificación, a juzgar por el tñido con hematoxilina de las uniones decalcificadas de las rodillas. Estos resultados, sin embargo, deben interpretarse teniendo presente la observación de Cameron, de que la hematoxilina no tñe

las sales de calcio, aunque a menudo identifica zonas en las que se están realizando cambios favorables para el depósito de dichas sales. Las diferencias, en el caso de las ratonas, fueron poco demostrativas, probablemente a causa del escaso desarrollo del esqueleto en esta fase, así como de la dosis inferior suministrada.

Los exámenes con Rayos X de los fetos procedentes de las ratas tratadas con sulfonamidas, acusaron defectos sorprendentes en varias partes del esqueleto, más pronunciados en la calavera; los huesos parietales aparecían casi transparentes.

Es evidente que la disminución o ausencia de la calcificación, no puede interpretarse, solamente, como una inhibición de la anhidrasa carbónica, toda vez que la sulfanilamida y la sulfopiridina tienen, ambas, el mismo efecto cualitativo. A pesar de la demostración por Ercoli y Ravazzoni, de que la actividad de la fosfatasa del salvado de arroz y del "*Asperguillus oryzae*", no es apreciablemente influenciada por la sulfanilamida, la observación de Blum de que algunas sulfonamidas inhiben la fosfatasa ósea, sugirieron que el efecto puede haber sido debido a la inhibición de la fosfatasa. La demostración confirmante, por Golding y Silver, de que tanto la sulfanilamida como la sulfopiridina inhiben la fosfatasa ósea "in vitro", hace más verosímil esta interpretación. Sin embargo, es también posible que en el caso de sulfonamidas con un grupo $-SH_2NH_2$ libre, la inhibición

ruro cálcico sobre la diuresis y sobre el proceso inflamatorio de la enfermedad, y Schluz lo ha empleado en la nefritis de guerra con éxito. El mecanismo de acción de la calcioterapia consiste, según Chiari y Rothlin, no sólo en su acción antiexudativa, sino también en su acción espasmolítica; posteriormente, este último autor comprobó, en sus investigaciones sobre la anafilaxia, un efecto desensibilizante del calcio. Spüler subraya que los buenos resultados se consiguen en la glomerulonefritis aguda, mientras que en las nefritis crónicas no pudo obtenerlos. El autor de este artículo ha confirmado la eficacia del tratamiento cálcico, empleándolo por vía bucal en la forma de Condossan.

En la literatura se ha mencionado la acción diurética del catión Ca, comprobada por prestigiosos autores, entre ellos Meyer, Kohn, Schulz y Singer. Sobre su mecanismo, las opiniones son divergentes, pero lo cierto es que dicha acción es innegable. El autor ha hecho uso del Condossan y del Calcium Sandoz en los edemas de origen hepático, en los que se presentan en los diabéticos por el tratamiento insulínico, así como también en la cirrosis de hígado y nefritis crónica, con componente nefrótico.

Los edemas de origen cardíaco son tributarios de la calcioterapia en unión de la digital. Morris Noal y Alfred Rogen establecieron, en 1940, que los efectos digitálicos se reforzaban con el calcio; pero, aparte de esto en ciertas cardiopatías se han observado efectos benéficos; por ejemplo, en la taquisistolia auricular paroxística. J. Wigler, en la tremulación ventricular provocada por excitación eléctrica sobre el corazón de animales de experimentación pudo apreciar supresión por este medicamento por lo que recomienda su empleo en la fibrilación ventricular, consecutiva a accidentes por la electrici-

C CALCIOTERAPIA

ODONTOIATRIA

Las indicaciones de la calcioterapia por vía oral. por FRANZ KIENLE.

Fortsch. der Therapie, números 9-12, página 347, 1943. [615.1].

I

La administración, *per os*, de los compuestos de calcio ha recobrado actualmente singular importancia desde que las modernas investigaciones experimentales comprobaron una absorción del mismo a través del tracto gastrointestinal. A partir de Rothlin, que realizó sobre ello estudios concienzudos, se supo que en la introducción de las sales de calcio por vía endovenosa el nivel de éste en la sangre experimenta un alza rápida pero que, en breve espacio de tiempo, desciende de nuevo a lo normal; al paso que después de la introducción por vía oral el ascenso se verifica de modo paulatino alcanzando su acmé en el lapso de tiempo que hubiera tardado en bajar al citado nivel normal si se hubiera inyectado en vena; por consiguiente, al cabo de una a dos horas, aproximadamente. La absorción intestinal no es la misma para todas las sales y compuestos cálcicos, ya que se ha comprobado que existe una escala en la capacidad de aquélla según la estructura química. El valor más alto corresponde al gluconato cálcico. Hjort halló en el perro de un 17 a 48 por 100 de subida en su nivel de calcio sanguíneo después de administrarle una dosis de 0,193 grs. por kilo de peso bajo la forma de lactado. Irving probó con esta misma sal en el perro, mediante la introducción en el duodeno, directamente, de 0,04 a 0,24 grs. por kilo, y encontró

un aumento en la tasa sanguínea de un 40 a 214 por 100. Roe y Kahn repitieron estos experimentos en el conejo y en el hombre, confirmando que, con la ingestión de esta sal, se mantenía la elevación del calcio en sangre, sucediendo lo mismo con el cloruro cálcico, de donde se dedujo que el poder de absorción era, aproximadamente, igual para esta última sal, el lactato y el gluconato. De igual manera dicho poder puede reforzarse con la acción de otros compuestos; así pudo comprobarse con la administración simultánea de saponina. Géza Gérloczy y Gabor Berencsy vieron que, con la adición de suero fisiológico, se absorbían mejor las sales cálcicas, y Ruskin comprobó una mejor tolerancia si les añadía vitamina C. El autor de este trabajo ha empleado el Calcium Sandoz, que es un gluconato, y el Condossan, que contiene lactato cálcico con vitaminas, especialmente la C, con resultados muy satisfactorios.

Resume por aparatos o sistemas las diferentes afecciones en que se ha indicado la terapéutica cálcica, sobre todo el Condossan por ingestión. Comenzando por las enfermedades del riñón, cita su empleo de las nefritis de diversa etiología, apoyándose en los trabajos de Achard y Ornstein—que hallaron una disminución del calcio del suero sanguíneo en las nefritis crónicas y, especialmente en algunos casos de nefrosis lipoidea, junto con acusada disminución de albúmina—y en los de Wladimir Junk, que en 1934 describió éxitos magníficos en numerosos casos de nefritis con el lactato de calcio y acaba señalando muy buenos resultados en su material de enfermos renales con el Condossan.

En los sifilíticos que padecen una nefrosis ajena a la enfermedad específica y en los que, por lo tanto, está contraindicada la aplicación de bismuto, si se emplea el calcio simultáneamente, podrán to-

lerar la medicación bismútica, y del mismo modo si se les presenta, en el curso de ésta albuminuria o nefrosis, la calcioterapia permitirá la prosecución de la misma.

Los estudios de Bayliss y Löb establecieron que los iones metálicos juegan un papel primordial en la permeabilidad de la membrana celular; así el ión sodio la aumenta y el ión calcio la disminuye, lo que, según los ensayos de Straub, se debe a alteración de los coloides de la membrana. Hamburger pudo demostrar, en el riñón de la rana que, con la carencia de calcio, aumenta la permeabilidad en forma tal, que da lugar a glucosuria. Rothlin atribuye la acción antiinflamatoria del calcio a que posee una capacidad antiexudativa por acción directa sobre el proceso celular.

Spühler comunicó en 1942 sus experiencias clínicas con sus sales; los casos descritos son demostrativos, y por ese poder de disminuir la permeabilidad celular lo preconiza en las albuminurias residuales de las nefritis agudas y en las nefrosis, sobre todo en las infantiles; pero la indicación más precisa la encuentra en la albuminuria ortostática, en la que ya otros clínicos habían utilizado el calcio. Sus efectos los refiere a que la concentración de hidrogeniones juega un papel importante en la membrana de las células, de tal modo, que la acidosis origina un aumento de la permeabilidad y el calcio modifica esta acidosis, aunque parece más probable achacarlo a la modificación del sistema vegetativo, por el medicamento en cuestión, que estimula el tono del simpático y, por consiguiente, la innervación adecuada de los órganos.

La glomerulonefritis aguda constituye otra indicación, según reputados clínicos. Volhard comunica brillantes éxitos en la forma difusa. Hülse comunica la favorable influencia de altas dosis de clo-

C CALCIOTERAPIA

ODONTOIATRIA

II

dad. Según Hazard, posee el calcio una acción inotrópica directa y, por lo tanto, aumenta la capacidad contráctil del corazón. Rosenow en 1930, recomendó altas dosis de calcio peroralmente en los niños con pericarditis y, en 1932, Prochazka lo utilizó en los adultos.

En los estados alérgicos de la piel y de las mucosas, la terapéutica cálcica goza de gran predicamento por la acción desensibilizante inespecífica; aunque Sherman, B. William y Mary Glidden hayan comprobado que la concentración de calcio en el suero de la sangre no esté alterada en las afecciones alérgicas y que un déficit de calcio no desempeñe ningún papel en la génesis de las reacciones de esta índole.

La importancia de las sales de calcio en la coagulación sanguínea ha sido estudiada desde hace tiempo. Verdolini investigó el efecto de dichas sales sobre el tiempo de hemorragia de la coagulación y sobre la morfología de la sangre, y halló que, por administración oral, resultaba ineficaz y, en cambio, el cloruro cálcico por vía parenteral era un valioso hemostático.

Werner, en 1934, expuso en una comunicación sobre la conveniencia de suministrar calcio por vía oral en las gastroenteritis agudas: en cinco casos los trastornos remitieron con rapidez. Werner recomienda el carbonato cálcico, sobre todo en la hiperacidez y en el *ulcus* gástrico, pues ha comunicado 11 casos de *ulcus* gastroduodenal, acompañados de hiperclorhidria, en los que la investigación radiológica descubrió una gastritis concomitante, y en los que instau-

ró un tratamiento cálcico, al principio en inyección con lo que obtuvo un descenso de la acidez y una mejoría de los síntomas subjetivos; sucesivamente empleó el Calcium Sandoz en polvo, que fué perfectamente tolerado. Con el Condossan se han logrado resultados muy satisfactorios y, teniendo en cuenta la presencia de la vitamina C, que aumenta la capacidad de absorción de las sales de calcio componentes, el influjo favorable del preparado sobre el sistema nervioso autónomo.

En el dominio de la patología digestiva, también las colitis son influenciadas por esta terapéutica. Haskell y Cantarow comunicaron, en 1935, espléndidos resultados con las dosis por vía oral en la colitis ulcerosa crónica.

Greene Bernard y Block, en 1938, se sirvieron del gluconato cálcico, junto con el caolín, en el tratamiento de la disentería bacilar y obtuvieron una disminución de la mortalidad de un 50 a 75 por 100. El autor ha empleado en sus enfermos de colitis aguda y crónica el Condossan y el Calcium Sandoz, quedando muy satisfecho de su eficacia a veces asombrosa.

Entre las intoxicaciones, en la saturnina tiene una indicación probada. Taeger lo recomienda en la intoxicación aguda después de haber recurrido a los medios sintomáticos, haciendo uso de dosis progresivas; al principio en forma de lechada, pero evitando la sobredosificación, que podría originar una movilización de los depósitos de este metal y, en su consecuencia, la reaparición de los síntomas de intoxicación aguda.

El papel de los compuestos cálcicos en la tuberculosis es muy conocido, por sus propiedades sobre el proceso inflamatorio y sobre la hemoptisis, Steiger ha subrayado su utilidad en los enfermos que

pasan de un clima de altura a otro de llanura. En la dieta de Gerson-Hermannsdorfer el desplazamiento del cloruro sódico por el calcio ejerce un papel muy beneficioso. En los últimos tiempos, Stangl ha asignado a estos compuestos los siguientes efectos: el hemostático (aceleración de la coagulación sanguínea), el antiexudativo e inflamatorio (impermeabilización de la membrana celular), aumento de las defensas inmunizantes, descenso de la excitabilidad del sistema nervioso central y vegetativo (acción estimulante del ión calcio sobre el vago y el simpático), el tonificante sobre el corazón y vasos (análogo al de la digital), influencia sobre el sistema increto hormonal, el antialérgico, y la buena tolerancia del calcio sin fenómenos secundarios, aunque carezca de una acción específica sobre el proceso tuberculoso, pero que, en cambio, opera un influjo seguro sobre él, mediante la transformación del mecanismo reaccional y el estímulo de las fuerzas defensivas, mejoría de su evolución y rebajamiento del poder de las toxinas, por lo cual los síntomas más acusados, como son el dermatografismo, exantemas, urticaria, tos, disnea, hemoptitis, astenia, anorexia, trastornos cardiovasculares, sudores nocturnos y labilidad psíquica desaparecen en su mayor parte o totalmente.

Stangl hace hincapié en la eficacia del calcio con vitamina C; de aquí los resultados estimables del Condossan.

Nuevas investigaciones corroborarán y ampliarán las verificadas hasta el momento actual. Con ello este capítulo de la Farmacología y Terapéutica adquirirá una extensión y alcance incalculables.—*J. de V.*, per "Bibl. Méd. Int.", número 3.236.

Artículo 5.º El Jurado que otorgará estos premios estará compuesto por el Consejo de ODONTOIATRIA y por Vocales cuyos nombres se harán públicos oportunamente.

Los miembros del Jurado no podrán optar a este premio.

El fallo del Jurado será inapelable.

Artículo 6.º Los trabajos podrán ser firmados con el nombre de su autor y deberán venir escritos a máquina, no fijándose límites a su extensión y pudiendo unir toda clase de gráficos o fotografías y siendo potestativo de ODONTOIATRIA su selección, o por cuenta del propio autor la publicación de las diversas tintas que hubiere.

También se admitirán aquellos trabajos que vengan firmados con seudónimo y con el cual serán publicados. En este caso el título del trabajo y el mismo seudónimo aparecerán en el anverso de un sobre lacrado, en cuyo interior constará el nombre del autor, o si se prefiere, un lema que servirá en su día y una vez hecho público el fallo, de contraseña para la identificación verdadera del autor o para recibir el importe del premio anónimamente.

No se fijan límites a los autores en relación con el número de trabajos que puedan presentar.

Artículo 7.º Los trabajos deberán ser enviados si así se exigiere a nuestra Dirección, Jorge Juan, 39, extendiéndose el oportuno recibo. De los que fueran enviados bajo seudónimo serán publicados sus títulos y nombre supuesto si fuera necesario.

Artículo 8.º El fallo del Jurado será publicado en el número de ODONTOIATRIA correspondiente al mes de enero de 1947, remitiéndose inmediatamente el importe de dichos premios a los colegas premiados.

Con el premio se extenderá para cada uno de los autores galardonados un diploma acreditativo del mismo.

Madrid, enero de 1946.

EL PREMIO "ODONTOIATRIA"

ODONTOIATRIA, dispuesta a mostrar de una manera patente su verdadero desinterés instituyó un

PREMIO "ODONTOIATRIA"

al que podrán aspirar todos los profesionales españoles e ibero-americanos. La otorgación de este premio se hará con arreglo a las siguientes bases:

Artículo 1.º ODONTOIATRIA instituye un premio y un accésit para los dos mejores trabajos que aparezcan publicados en las páginas de su volumen III, es decir, en cualquiera de sus números del año 1946.

Artículo 2.º Para optar a ellos es preciso poseer el título profesional correspondiente y ser de naturaleza española o ibero-americana.

Artículo 3.º Este premio será designado con el nombre de

PREMIO "ODONTOIATRIA" 1946

adjudicándosele la cantidad de mil pesetas y al accésit la de quinientas.

Artículo 4.º Si los premios fueran declarados desiertos el importe total de dichos premios sería distribuído íntegramente entre los concursantes con arreglo al criterio del Jurado Calificador.

(Continúa en la
contraportada posterior.)