

ARXIU S D'ODONTOLOGIA

VOL. III

MARÇ I ABRIL DE 1935

Núm. 13

TREBALLS ORIGINALS

F o s f o r o s i s

Por el Dr. José Alcaraz Espinet

*Médico Odontólogo de la Casa de Caridad,
de Barcelona.*

Hemos creído más conveniente y exacta esta denominación, porque con ella no prejuzgamos ningún síntoma que no lo puedan tener cualquiera de las formas bajo las que se presenta la intoxicación fosfórica, especialmente la crónica, cuando se la intitula *necrosis fosfórica*.

Prescindiremos de las intoxicaciones agudas, por corresponder al médico internista y nos limitaremos a las crónicas, ya que son las que más directamente pertenecen al campo de nuestra especialidad.

El fósforo se encuentra en la naturaleza bajo diversas composiciones, pero el que más nos interesa por las consecuencias tan desastrosas que ocasiona, es el fósforo blanco o vivo, del que emanan unos vapores capaces de producir intoxicaciones a sus manipuladores, en todas las industrias que de dicho producto se derivan.

Brandt, fué el primero que descubrió el fósforo en la orina en el año 1669, sometiendo al calor una mezcla de orina y arena; y hasta 1779, Gahn no lo obtiene de los huesos. Scheele, lo industrializa en condiciones tales, que durante mucho tiempo se ha seguido el mismo procedimiento para su obtención de los huesos. Actualmente se extrae de los fosfatos minerales.

La industria que más crecido contingente ha dado de enfermos atacados de fosforosis crónica, ha sido la fabricación de cerillas; a ella

nos tenemos que remontar en la historia para encontrar los primeros enfermos; tanto es así, que la industria de cerillas, data de los años 1832, al 1834, y pocos años después, empiezan a aparecer los primeros casos, que no motivan estudio clínico, hasta que Lorinser, de Viena (1844), y Heifelser, y Strohl, de Strasburgo, al año siguiente, nos describen las primeras observaciones tomadas de los diferentes enfermos atacados de una enfermedad hasta entonces desconocida.

En años sucesivos y hasta el presente, varios clínicos de diversas naciones, donde se habían establecido industrias fosfóricas, han contribuido con sus anotaciones y estudio al conocimiento de la fosforosis.

En la última mitad del siglo pasado, esta enfermedad era peculiar y muy frecuente en los obreros empleados en las fábricas de cerillas, por ser la primera materia utilizada, el fósforo vivo, y debido a las múltiples lesiones ocasionadas en los maxilares y en su economía, fué solicitada la atención de todos, y especialmente de los químicos para que estudiaran el procedimiento de abolir o substituir dicha substancia por otra. Fué reemplazada por el trisulfuro y posteriormente por el sexisulfuro del fósforo, cuyas emanaciones no producen los estados patológicos, que con tanto interés se pretendía eliminar de los accidentes del trabajo. Sin embargo, han persistido o creado otras industrias, en las que, hasta el presente, ha sido poco menos que imposible la substitución de este metaloide tan nocivo, por lo que sigue existiendo la causa que proporciona a nuestra especialidad algunos enfermos, casos muy lamentables y merecedores de la máxima atención, por las consecuencias que pueden reportar.

Aunque hay quien pretende que esta enfermedad es característica de las mujeres y niños, no puede afirmarse rotundamente, por ser éstos la mayoría entre los empleados en las manufacturas.

A pesar de que en varias estadísticas se señala esta afección como más frecuente en un maxilar que en otro, no creemos que este hecho pueda servir de norma, siendo muy fácil que se deba a la casualidad.

El periodo de incubación no tiene límites, pues mientras algunos casos han sido observados a los pocos meses (seis) de trabajo; otros lo han sido a los quince años (como el primer caso clínico, que exponemos más adelante), sin contar con los enfermos que manifiestan lesiones después de varios años de haber abandonado dicha industria (Riedel, cita un caso a los 17 años).

Al explicar la producción de este fosforismo, hay que admitir que no es más que una manifestación local efectiva de la intoxicación general,

mientras otros lo han atribuido a una enfermedad característica y local.

Antiguamente se tenía el convencimiento de que los vapores del fósforo impregnaban las encías o se disolvían en la saliva actuando directamente como cáustico en los dientes cariados, en las encías, y en los maxilares, para terminar su acción destructora en el periostio y hueso. De esta manera, opinaba Strohl, al manifestarlo (en la "Gazette Medicale" de Strasburg, 1845), con estas palabras. "La saliva impreg-

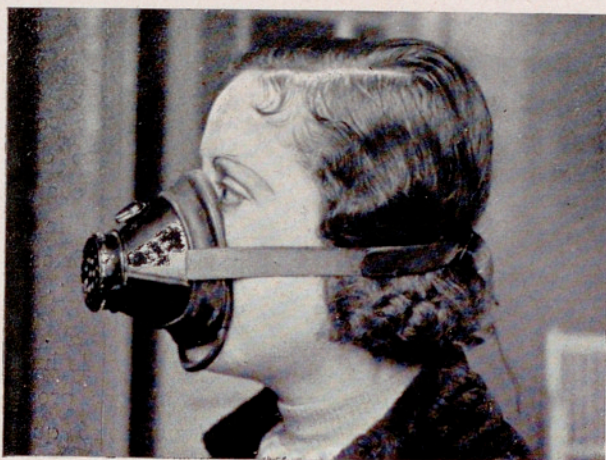


Fig. 1

nada con vapores fosfóricos, penetra en los intersticios de los dientes a la encía hasta el periostio".

Lo mismo supuso Roussel, en 1846, al sustentar era condición indispensable para que se originara la fosforosis, la presencia de un diente cariado.

Otra de las teorías, defendidas por entonces referente a esta enfermedad, fué la de Lorinser, resucitada después, por Vegner, en 1872, que atribuía al fósforo una acción patógena al ser eliminado por la saliva en la boca, parecida a lo que sucede con los enfermos tratados con sales mercuriales.

En los experimentos practicados por Birba y Gleist, sobre la acción de los vapores fosfóricos en animales, no se observó lesión alguna, salvo en los que anteriormente habían sufrido extracción de algunos dientes.

Anteriormente, Trelat, en 1857, cree que la causa de esta localización se encuentra en la estructura de las encías, que, expuestas a una acción

mecánica, no poseen una renovación continua de sus epitelios, como las demás partes del cuerpo, y resisten menos a las influencias de los gases fosfóricos.

Magitot, ("Necrose phosphorée", 1888), sostiene que es indispensable exista herida en alvéolo, encía o un diente enfermo con caries penetrante, para que sirva esta cavidad de punto inicial y depósito en donde se alojen los restos alimenticios, formando a la vez refugio y vehículo de los agentes fosforados que penetrando en el periostio alveolar dejarían sentir su influencia, sostenida por la llegada continua de otras materias fosforadas, propagándose al hueso y terminando por osteítis seguida de necrosis.

Algunas de las teorías anteriormente expuestas se contradicen en los casos cuyos enfermos presentaban un estado sano de la cavidad bucal, como nos indica Trelat, que en 1857 observa cuatro casos con encías y dientes sin ninguna lesión al principio de la enfermedad. Haltenoff, en su tesis de 1866, alude a otro caso igual. Estas excepciones fueron atribuidas a impericia de los clínicos en descubrir alguna lesión primitiva.

Wegener observó que al cabo de algunas semanas de haber sometido animales a la acción de los vapores del fósforo, se producía periostitis maxilar seguida de necrosis. También demostró que el fósforo introducido en forma de vapores o bien en pequenísimas dosis internas, obra "como irritación específica formativa sobre el tejido osteógeno" y en condiciones normales provoca un abundante desarrollo de substancia ósea compacta en los huesos largos (llegando el crecimiento en los conejos a 0'0015) comprobado por él mismo en la cavidad medular de los pollos, que vió completamente ocupada por substancia compacta. Es digno de hacer constar el criterio de Arnaud, de Marsella, al explicarlo ("Etudes sur le Phosphore et Phosphorisme", 1897), en esa forma: "La necrosis fosfórica es la consecuencia de una infección osteomielítica del maxilar cuya forma más corriente de penetración viene ayudada por una afección de los dientes, alvéolos o también por una operación sumada a la acción general y local del fósforo sobre la nutrición de los elementos sanos y de los maxilares, desarrollándose exclusivamente en sujetos predispuestos a consecuencia de una previa o adquirida condición patológica, o simplemente agravada por la infección".

Posteriormente, F. Perussia (1915), a consecuencia de un sinnúmero de estudios radiográficos, desecha todas las teorías expuestas hasta entonces, para explicar la patogenia inicial de esta enfermedad y defien-

de con mucho interés la acción predilecta del fósforo en el organismo de los intoxicados, sobre el tejido óseo en general y los maxilares en particular, actuando en la zona menos expuesta a la influencia directa de los agentes exteriores y más abundantemente irrigada por la sangre.

Después de haber expuesto las anteriores opiniones, hemos de tener

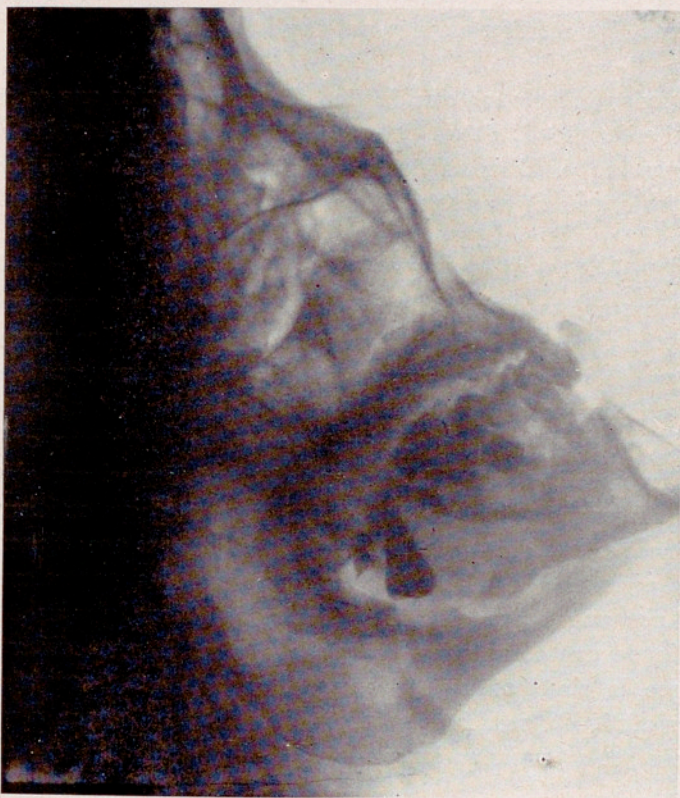


Fig. 2

como cosa cierta, que el elemento principal que actúa sobre el organismo de los obreros, es el fósforo vivo, absorbido en partículas pequeñísimas junto con el polvo y acompañado por la inhalación de vapores oxidados lentamente gracias al oxígeno del aire, que los transforma en ácido fosforoso, fosfórico, sub-óxido de fósforo, nitrato amónico y ozono.

Estos principios fosforados, al pasar por las vías respiratorias (en organismos predispuestos) al torrente circulatorio, modificarían los hematíes y leucocitos, alterando su misión, en todas las células

del organismo, transformando el protoplasma celular en degeneración grasienta y a la vez actuando sobre el sistema óseo, como lo acreditan los diferentes experimentos llevados a cabo por diversos autores. Cualquier lesión, por insignificante que sea, acompañada de una infección y dada la exposición tan frecuente de la boca a los agentes exteriores, redundaría en perjuicio, sufriendo los dientes y maxilares, como lugar preeminente, las manifestaciones patológicas.

Para poder deducir con claridad los diversos aspectos que se suceden en dicha enfermedad, desde que se inicia hasta que termina, hemos creído oportuno dividirla en cuatro fases: a) *Fosforil*; b) *Osteoperiodontitis fosforosa*; c) *necrosis*; d) *muerte*.

Si partimos de la base de que una persona normal, puede encontrarse en circunstancias especiales, con las defensas de su organismo disminuídas, si por su trabajo cotidiano está sometida a los vapores del fósforo, puede iniciarse ya la receptibilidad de su organismo hacia los vapores tóxicos; encontrándose en la *fase fosforil*. Esta afinidad para el fósforo se encontrará más aumentada en un organismo que sufra alguna tara constitucional. En esta fase las manifestaciones sintomáticas, pueden ser cualquiera de las lesiones incipientes que cotidianamente observamos en nuestra práctica profesional, como por ejemplo, las pulpitis, periodontitis, gingivitis, etc., acompañadas generalmente de dolor y por una ligera cinta purpúrea en el borde gingival. Con la aplicación de una terapéutica apropiada u otras razones diferentes, si desaparece la sintomatología observada, se habrá conseguido abortar la enfermedad. En esta fase podemos citar lo sucedido en el primero y segundo molar superior izquierdo, del cuarto enfermo que nosotros presentamos.

Por el contrario si la lesión continúa y su invasión persiste, acrecentados los dolores, que pueden partir de un diente careado o no, y hasta del maxilar, con evidentes manifestaciones de inflamación del ligamento alvéolo-dentario, engrosamiento del periostio y formación de una colección purulenta, que después de haber evacuado el pus artificial o natural, tarda poco tiempo en resolverse, nos encontraremos en la segunda fase, la de *osteoperiodontitis fosforosa*. Mendes Correa, de Oporto, expone las observaciones recogidas por él, en dos obreros, que trabajaban en una fábrica de cerillas, con extraordinaria sensibilidad en los maxilares, gran tumefacción en el hueso, dientes oscilantes

y fístulas purulentas, entre los dientes y encías, y con la sonda tocaba una superficie dura, denudada y lisa. Dichos enfermos curaron después de transcurrir algunos meses, sin perder ningún diente ni eliminar secuestro alguno.

Las dos etapas anteriormente reseñadas, no siempre se presentan con la lentitud que hemos señalado, en cuyo caso, se acentúa la enfermedad para presentarse la fase de *necrosis*. Esta se caracteriza por la presencia de adenitis sub-maxilares, cervicales y algunas veces parotídeos, la imposibilidad de mantener las piezas dentarias con periodontitis expulsiva en la boca y a consecuencia de la extracción de las mismas, persisten los alvéolos denudados, la encía se contrae dejando superficies óseas al descubierto, persisten dolores tenebrantes e irradiados a las regiones vecinas, que no calman con ningún analgésico, la supuración es intensa y fétida con sialorrea ácida; el edema puede llegar a extenderse a las regiones cercanas; la piel se pone tersa y brillante, dando paso al pus, por alguna fístula. Persiste largo tiempo esa sintomatología, hasta que el secuestro es separado. Unas veces las necrosis abarcan solamente el borde alveolar o alvéolos; otras veces es mayor, llegando a extenderse a los dos maxilares superiores, o a todo o casi todo el maxilar inferior y a ambos maxilares a la vez. Hay quien ha visto llegar la necrosis al malar (segundo caso nuestro), palatinos, vómer, temporal (Trelat), y hasta el occipital (Haltenoff). Estos secuestros son de color gris sucio, esponjoso, más o menos irregulares, con los canalículos de Havers dilatados y vacíos, y en la superficie externa bastante agujereada, a consecuencia de la verdadera osteítis rarefaciente. Trelat, y otros, diferencian estos secuestros de las demás necrosis por poseer particularidades especiales, entre ellas, la de ser precisa la avulsión de las piezas dentarias correspondientes a la porción de hueso necrosado, antes de su completa eliminación y así, de esta manera, los secuestros de origen fosfórico, no se observan los dientes insertados en el mismo; la predilección de atacar los huesos maxilares y, además de tener que ser extraídos por procedimientos quirúrgicos, ya que espontáneamente no se desprenden, y si lo hacen raras veces, es muy lentamente y por fragmentos. La presencia de los osteofitos fosfóricos adheridos al secuestro es otra cualidad exclusiva de esta necrosis. Ranvier añade que al transcurrir mucho tiempo, estos secuestros se eburnifican por disminuir el calibre de los canalículos y volverse denso y pesado.

Al sobrevenir la supuración, en las necrosis fosfóricas, entra en

actividad el periostio, creando los osteofitos, considerados por Geist, como específicos de esta enfermedad, y que no son más que unas capas más o menos delgadas de sustancia ósea, que se depositan y adhieren al secuestro. Poseen características muy notables, como la semejanza a la piedra pómez, y el contener en su interior los conductitos de Havers, perpendiculares a la dirección del secuestro; son más anchos, vacíos y más juntos, y poseen unas dilataciones fusiformes; y entre ellos, se establecen anastomosis con más frecuencia que en el hueso normal.

Otra de las manifestaciones muy interesantes, en esta enfermedad, es la facultad de regenerar las pérdidas de sustancia ósea, gracias a la cual no llegan a ser siempre tan ostensibles sus mutilaciones.

A pesar de las certeras observaciones llevadas a cabo por Ollier, acerca de la importancia regenerativa que tiene el periostio, indicaremos que no todos están conformes con la exclusividad de esta función atribuída a la capa osteogénica de Ollier. Leriche y Policard atribuyen al tejido óseo esta misión y también aludiremos a los clínicos del siglo pasado, como Thomas Smit y otros, los cuales afirmaban, con descripciones de casos concretos de necrosis fosfórica, haber obtenido neoformaciones óseas, después de extirpar el secuestro y perder su vitalidad el periostio, hasta el punto de que no se habían formado las capas de piedra pómez (osteofitos) y se encontraba el hueso de nueva formación fuera del maxilar necrosado y en pleno tejido blando en su alrededor.

Esta facultad reparadora se ha presentado en rarísimos enfermos, en los maxilares superiores, tanto es así, que en la literatura médica, se encuentran los citados por Ollier, en su obra "*Regeneration des os*" (1867), en donde describe un sujeto en el que se produjo una cierta cantidad de nuevo hueso en el maxilar superior, así como en una joven de 17 años, observó la creación de un tejido ósteo-fibroso, también en dicho maxilar; en la misma obra alude también a un enfermo de 27 años, visto por Billroth de Zurich, cuyas placas óseas se formaron después de una necrosis fosfórica.

No se comporta lo mismo el maxilar inferior, ya que en la generalidad de los casos sobreviene la regeneración ósea, considerándose como excepcionales aquellos en que no se produce dicha reparación.

Prescindiendo de las diferentes teorías que se han mantenido para demostrar el origen de la verdadera regeneración ósea, será conveniente respetar todo lo más posible el periostio y el hueso, lo mismo que los tejidos circundantes, para de esta forma contribuir a no destruir las fuentes de riqueza ósea que representan y que posteriormente substi-

tuirá un hueso tan importante y necesario como el maxilar inferior.

El nuevo hueso nace por delante y abajo del secuestro, formando una canal más o menos completa en la cual se puede muy bien determinar, después de haber salido la parte necrosada, la formación de unas granulaciones ósteo-fibrosas, que posteriormente irán creciendo y trans-

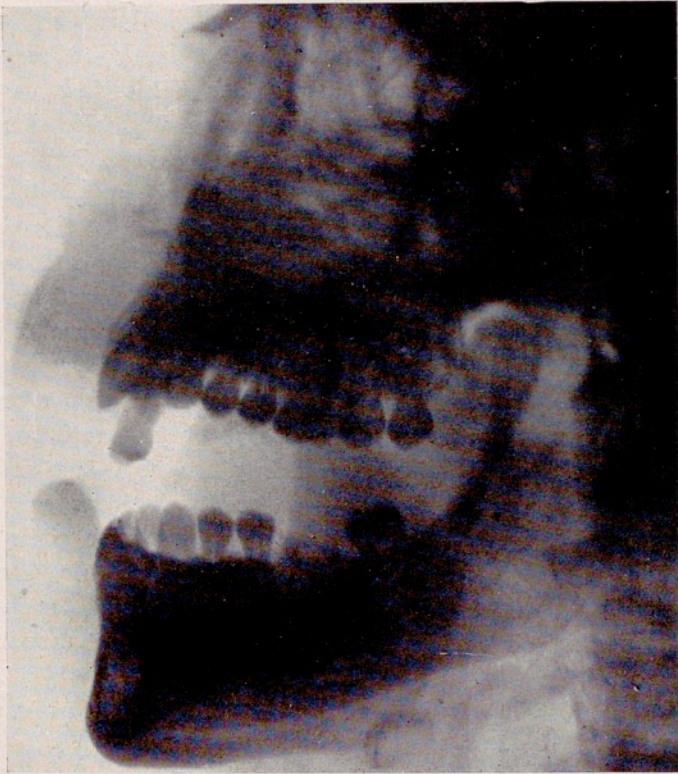


Fig. 3

formándose en tejido óseo. Se diferencia de los osteofitos, por la vascularización excesiva, la disposición paralela al sequestro de los conductillos de Havers y ser más compacto que el tejido óseo normal; además, no posee nunca en su interior nervio alguno, por encontrarse en pleno tejido fibroso de la encía. Su morfología se la puede comparar al maxilar inferior desdentado de los ancianos.

Estos obreros acostumbran a tener una salud bastante buena, a pesar de estar continuamente sometidos a los vapores del fósforo; incluso, al

principio de la enfermedad, no se distingue ninguna sintomatología general digna de mención. Solamente cuando la enfermedad se encuentra en la fase de necrosis, es cuando se empieza a observar en estas intoxicaciones crónicas y lentas, el tinte amarillento de la piel, un enflaquecimiento general que paulatinamente va en aumento, a consecuencia de las materias purulentas deglutidas y la defectuosa masticación, bien por lo dolorosa que resulta, bien por la imposibilidad de la misma, al haber perdido las piezas dentarias y, como secuela, los desórdenes gastro-intestinales, traducidos en dispepsias, gastralgias, cólicos, enteritis, acompañados de cefalalgias. También intervienen en estas manifestaciones las vías respiratorias, con las alteraciones más o menos pronunciadas de bronquitis y asma. El sistema génito-urinario participa de estos desórdenes, con signos de nefritis, cistitis y la presencia en la orina de albúmina, úrea y fósforo en mayor o menor grado. La menstruación puede llegar a suspenderse (segundo caso nuestro), y se ha comprobado la predisposición al aborto. El sistema óseo sufre una desmineralización tan notable, que puede llegar a presentar fracturas espontáneas con los esfuerzos musculares corrientes; a un obrero belga, se le fracturó cuatro veces la pierna, sin más esfuerzo que el andar (caso citado por Magitot); incluso se han observado señales de hipocalcia en los dientes. Algunas de estas alteraciones son debidas a la degeneración grasosa característica de la mayor parte de los órganos (hígado, riñones, músculos, corazón) y, por fin, cuando la enfermedad ha invadido los órganos nobles e imprescindibles de la economía, sobreviene *la muerte*. Generalmente esta fase acostumbra a presentarse muy rápidamente.

(Continuará).

Experiències amb la biela d'Herbst per al tractament de la distooclusió

pel Dr. A. Martin Schwarz (Viena)

616.314 089.23:1

(De *Zahnärztliche Rundschau*, gener de 1934).

Des del moment que s'ha demostrat per via experimental que a l'amibodàcnia, o sigui, en fer "saltar la mossegada" (*jumping the bite* dels autors de llengua anglesa) per mitjà del pla inclinat, hom observa en l'articulació temporomaxil·lar i en la mandíbula inferior les mateixes alteracions, que si hom hi utilitza anelles intermaxil·lars de goma (1), cal també donar per comprovada la utilitat amb base científica del mètode de l'amibodàcnia en el tractament de la distooclusió.

Hom pot dividir en dos grups l'actuació dels aparells que provoquen l'amibodàcnia. Aparells amb acció *mecànica* i aparells amb acció *funcional*. El representant del primer grup és la biela de retenció d'HERBST (figures 1 i 2). Manté el maxil·lar inferior *des del principi i en forma permanent en la posició de desplaçament anterior*, fins i tot quan les arcades dentàries no són en oclusió completa, i, per consegüent, també en la posició fisiològica de descans. Pertanyen al segon grup les tiges de retenció i aparells similars (Angle, Leonhard), les fèrules i les corones d'avançament de la mossegada; en una paraula, tots aquells dispositius, l'acció dels quals consisteix en empènyer l'arcada inferior a una posició avançada *solament quan es troba en oclusió*, o sigui, principalment en l'acció masticatòria, acció que resulta anàloga a la que ve exercida sobre les cúspides en la cara triturant natural, sense que en difereixi més que per les dimensions exagerades de les superfícies que hi actuen de guia.

Aquests aparells cal dividir-los per llur banda en *dos subgrups*:

(1) C. BREITNER, *Alteracions experimentals de les relacions mesiodistals de les arcades superior i inferior*. Z. Stomat. 1930. Quadern 2.

Aquells amb els quals hom intercepta o dificulta els moviments naturals de lateralitat del maxillar inferior durant l'articulació (tiges de retenció), i aquells en els quals aquests moviments queden lliures (corones i fèrules d'avancament de l'articulació).

El gran avantatge tècnic dels aparells del primer grup —aparells mecànics d'amibodàcnia i, per consegüent, la biela d'Herbst— sembla inseparable d'un desavantatge molt gran. Es tracta de la força relativament pronunciada, que sobre els aparells exerceix el maxillar inferior amb la seva tendència a retornar a la posició acostumada, força que potser la hi exerceix contínuament, i no tan sols durant el funcionalisme (i que suposa una sobrecàrrega molt forta sobre les dents d'ancoratge);

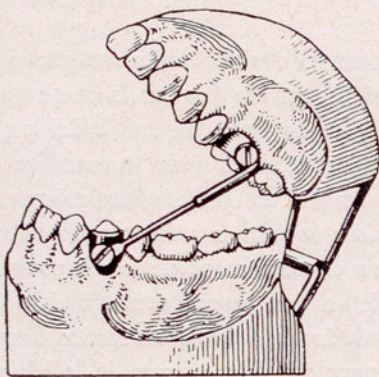


Fig. 1

La biela de retenció d'Herbst col·locada en el model. (Tret de les instruccions d'Herbst).

en resulta que, per una part, aquestes peces es desplacen sota la força ortodòmica, i, per altra part, degut a la força exagerada que hi gravita, poden resultar-ne també perjudicades periodònticament (3º i 4º graus d'actuació biològica). Pot afegir-s'hi també una dificultat dels moviments masticatoris de lateralitat que, per combatre-la, cal, en últim terme, recórrer a la gravitació sobre les dents d'ancoratge. "*Aquests desavantatges*" —o sigui transtorns periodòntics a causa de la força exagerada i el moviment distal que imprimeix a les dents d'ancoratge— "*són causa suficient de què molts ortodoncistes rebutgin l'aparell d'Herbst en la forma i en les indicacions extenses que l'autor recomana i en posin en dubte l'èxit durable*". Aquest judici, que ve exposat en el meu resum en el Manual

de Scheff (2), com que, degut al poc espai de què hi disposava i a la gran extensió que el conjunt del tema tenia, no era possible de tractar-hi extensament, donà lloc a què Herbst ho interpretés com una afirmació apriorística, i envià als col·legues una circular amb un qüestionari dels punts dubtosos a fi de rebatre-la. Hi contestàrem abans que tot amb l'afirmació que els desavantatges abans esmentats no han

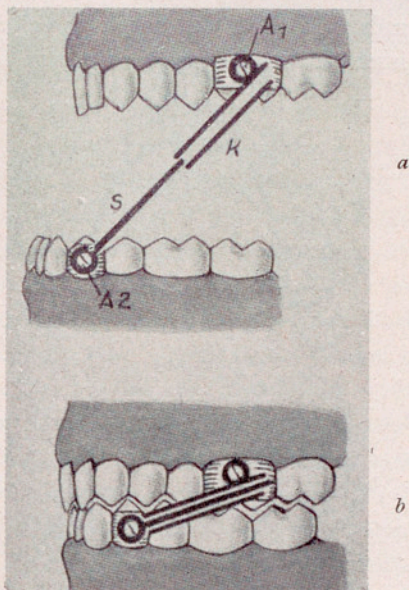


Fig. 2

Esquema de les seccions

a) amb boca oberta, b) amb boca tancada K = Tub (Telescopi), S = Tija, A₁ anell, eix i cargol en la banda que enclou la primera molar superior, A₂ anell, eix i cargol en la banda que enclou la primera bicúspide inferior.

estat publicats com a resultat de la nostra experiència personal. Si n'observem atentament cada cas, podrem copsar-los-hi des dels primers mesos del tractament, i constitueixen causa suficient per modificar-ne a temps l'aparell. N'hi va haver un cas que es va prestar a la representació gràfica d'aquests desavantatges, i que hom va poder tractar només

(2) A. MARTÍN SCHWARZ, *Estat actual de l'Ortodòncia envers la profilaxi i el tractament precoç*. Manual de Scheff. 1931. Volum 6. Degut al caràcter objectiu d'aquest article com a resum, hi citarem, però en un altre lloc, els noms d'autors que parlen d'èxits amb la biela (Heydenhaus Pichler), etc.

prescindint dels efectes desavantatjosos que suposava el període de tractament d'Herbst de 6 mesos almenys, i que va suportar el mateix aparell fins a la fi del tractament. (Les figures 3-6 mostren el resultat d'un cas, el tractament del qual hom va fer en aquesta forma).

Es tracta d'una pacient de 18 anys, amb distocclusió bilateral, amb protusió lleugera de les mesials (*) superiors i estretor també lleugera de la barra. La falta de les dues primeres molars inferiors, que constitueixen les dents més útils per a ancoratge en cas d'un aparell típic de bloc amb gomes intermaxil·lars, donava un motiu tècnic per recórrer a

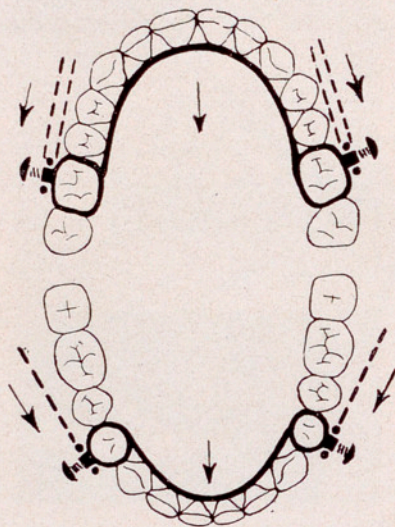


Fig. 3

Ancoratge d'Herbst. Els dards demostren l'acció de l'aparell sobre les dents d'ancoratge.

la biela d'Herbst. A fi de no mobilitzar-ne les molars superiors d'ancoratge per mitjà de qualsevol altre tractament previ, calia, primer, corregir-ne només la distocclusió, i després combatre'n les lleugeres irregularitats de les arcades, especialment la protusió i l'estretor mandibular.

L'aparell corrector d'aquesta anomalia fou ideat a base del d'Herbst; hom en féu les bieles i les hi col·locà conforme a les instruccions d'aquest autor (3) (fig. 3); bandes d'un gruix de 0'22 mm. d'or de 20 quirats. En

(*) Dents mesials = Incisives i canines. Dents distals = Bicúspides i molars. Anàlogament parlarem de zones o seccions mesials o distals. (Nota del traductor).

(3) Dono les gràcies al Laboratori d'Herbst per haver-me'n construït gratis els aparells.

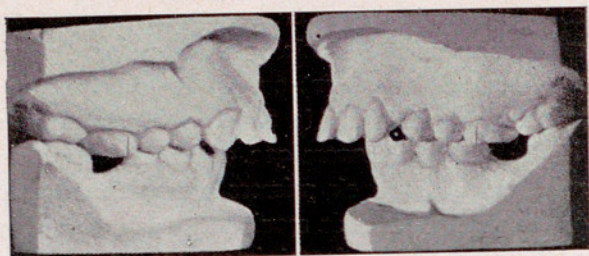
les dents 6 + i + 6, com també a la 4— i a la — 4, fil d'or Aurora d'un diàmetre de 1'10 mm. La biela d'Herbst gruixuda, feta de la lliga anomenada Neusilber, daurada, amb telescopi arquejat, hom la muntà a cada costat des de la primera molar superior a la primera bicúspide inferior en els models fixats en l'articulador en oclusió purament neutral.

El dia següent d'haver-lo muntat a la boca, la pacient es va queixar de dolor en les molars superiors d'ancoratge. Tenia impeditos els moviments de lateralitat de la mandíbula. Per mitjà del tallat lateral de les nanses de la biela hom hi augmentà aquests moviments de lateralitat. Férem la prova d'aixecar-ne la biela al dia següent, i poguérem fer-hi la interessant observació consistent en què la musculatura mandibular s'havia adaptat en gran manera a la nova posició forçada de la mandíbula durant les 24 hores, de manera que, àdhuc sense la biela, la mandíbula inferior realitzava durant els primers minuts només que moviments en la posició avançada, mentre els moviments en la posició retrògrada li resultaven ja estranys. *Aquest descobriment ens ha de tranquil·litzar en part respecte a la força que gravita sobre les dents d'ancoratge. Ja al cap de pocs dies la musculatura s'ha adaptat de tal manera a la nova situació, que amb la seva tonicitat modificada contribueix a portar la mandíbula inferior, àdhuc durant el descans, a la seva posició avançada*, de manera que les dents d'ancoratge s'hi troben cada setmana sotmeses a menys força. Malgrat tot, com demostrarem més endavant, les forces distals, que continuen treballant, tot i essent febles, tenen prou eficàcia per provocar el fracàs de l'ancoratge d'Herbst. Precisament aquestes forces dèbils han demostrat, puix que hom les dosifica degudament des d'un punt de vista biològic (segon grau d'acció biològica), com a especialment apropiades per produir alteracions de gran transcendència en els processos alveolars en el transcurs de 6 mesos.

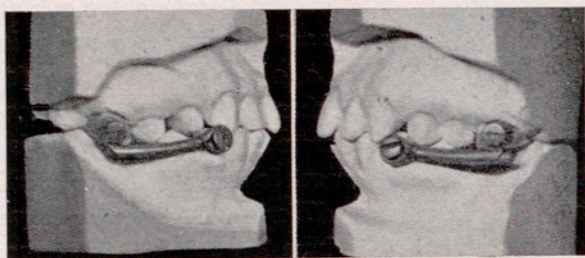
Al cap d'un mes descargolàrem les bieles al gabinet (4) per tal d'amidar fins a quin punt el maxillar inferior podia retornar a la seva posició distal primitiva. Ja en el curs del primer mes la mandíbula inferior no podia tornar-hi, puix que en provar-ho donava lloc a un lleuger dolor, produït, sens dubte, per una resistència anatòmica. La separació

(4) El cargolar i descargolar és cosa de pocs minuts per mitjà d'una clau molt pràctica amb un anell de premsió del cargol, que evita que rrellisqui l'instrument i produeixi cap ferida. La central de vendes d'Orthodontie A. G., la subministra junt amb la biela. Es recomanable donar, junt amb les bieles, a la família del pacient aquesta clau amb les instruccions a fi de què puguin refermar de seguida qualsevol cargol aflluixat.

entre la mandíbula superior i la inferior s'havia escurçat almenys de 2 mm., segurament a causa d'haver-se transformat l'articulació temporo-maxilar, fins i tot donant gran importància al fracàs de l'ancoratge dintre dels processos alveolars, del qual parlarem més tard. En els mesos següents va disminuir la separació no precisament en el mateix grau, sinó cada vegada un xic més pronunciat. Aquesta transformació ràpida de l'articulació temporomaxilar s'explica bé pel fet que des d'un principi



a



b

Fig. 4

El cas tractat conforme el principi de la figura 3.

a) Vista lateral dreta i esquerra abans del tractament, b) 6 mesos després de col·locar-hi l'aparell. Hom pot veure-hi diastemes entre les dents distals superiors i també hom hi veu la labioversió de les mesials inferiors.

la part posterior de la cavitat glenoidea, abandonada pel còndil corresponent, s'oblitera, o sigui, expressant-nos histològicament, els elements ossis, que miren cap a l'espai articular posterior abandonat, proliferen abundantment i es revesteixen d'aposisions òssies, ço que dóna lloc a què en desaparegui l'espai buit i s'hi restableixi l'amplada normal de l'espai interarticular. Hi és paral·lela una reabsorció de tots els elements ossis de la secció articular anterior, que es troba en ple funcionalisme,

forçada, però, artificialment a la posició nova. En resulta que tota l'articulació es reorganitza conforme a la nova funció en una posició anterior, amb les corresponents alteracions anatòmiques de tots els seus elements, i de la branca ascendent, com també del gonion.

Fins ara hem parlat de las *alteracions desitjades*: ara hem de parlar dels *desavantatges* que n'hi hem observats.

En els transcurs dels primers tres mesos s'hi formaren diastemes entre les primeres molars, bicúspides i canines superiors, a causa de la distogressió de les molars d'ancoratge (figs. 4-5). Això va donar lloc també a què l'arc superior lingual de reforç se separés del paladar (fig. 5 C) i molestés en enraonar i en menjar. La distogressió de les molars hi empitjorà també la posició mútua de les mandíbules, puix que la inferior retrocedí d'alguns mil·límetres respecte a la seva posició inicial, d'acord amb la distogressió de les molars superiors. Allargant els tubets de la biela (5) hom hi assolí de nou la posició primitiva (fig. 6). Tanmateix, en aixecar-ne l'aparell al cap de 6 mesos, el maxil·lar inferior havia tornat un xic enrera, cosa que cal atribuir no solament al fracàs de l'ancoratge del maxil·lar superior sinó també al de l'inferior. La figura 4 demostra que durant el tractament també ha cedit per complet l'ancoratge del maxil·lar inferior, de manera que les dents mesials inferiors han estat empeses molt endavant.

(Continuarà).

(5) Hom solda tubets de Neusilber d'una longitud de 2-3 mm. i de la mateixa dimensió a l'extrem inferior del telescopi, i per mitjà de freses petites hom neteja la llum del conducte de tota soldadura que hi hagi pogut córrer. Aquest procediment és més racional que la soldadura prèvia de la guia a la tija inferior, perquè d'aquesta manera, en obrir la boca, els telescopis surten més fàcilment de les tiges que pel primer procediment. En resulta que la guia de les tiges, ja de si massa curta, ho esdevé més encara.

VIDA CORPORATIVA

Cercle Odontològic de Catalunya

SESSIÓ NECROLÒGICA A LA MEMÒRIA DEL DR. AGUILAR

El dia 21 del passat març, el Cercle Odontològic de Catalunya celebrà la seva anunciada sessió necrològica a la memòria del Dr. Florestan Aguilar.

L'acte, que revestí gran solemnitat, fou presidit pel President Honorari del Cercle Odontològic de Catalunya i ex-Rector de la Universitat de Barcelona, Dr. Martínez Vargas.

El Secretari, Dr. Peraire, donà lectura de les nombroses adhesions rebudes, així com dels treballs que, estudiant les diverses facetes dels talents i virtuts de l'illustre finat, foren presentats per aquest acte, tots amarats de gran amor i respecte a la gloriosa figura del Mestre. Cal esmentar-ne els del Dr. Juan Mañas, Catedràtic de la Facultat de Medicina de Madrid, i els Drs. Francisco López-Brea Llúria, Dr. Lorenzo del Río, ambdós de Madrid, i Dr. Villain, de la "Fédération Dentaire Internationale", de París; i entre les adhesions, la del Dr. Gregori Marañón, "Sociedad Odontológica de Vizcaya", revista "España Odontológica", Acadèmia de Medicina de Barcelona, etc., etc.

A continuació, el Dr. Carol féu ús de la paraula i explicà el tracte que tingué amb el Dr. Aguilar, de qui tantes proves d'afecte i deferència rebé per una amistat, que datava del seu pare. Cità diverses anècdotes que palesaven el tremp d'aquell home, nascut per a lluitar i vèncer. Digué que en la lluita pro-dignificació de la classe —i ho deia no pas per a treure-li mèrit ans per a donar-li'n—, ja hi havien bregat homes d'una gran tenacitat, companys nostres ja desapareguts, com Plet, Cirach, Carol i d'altres.

Recorda amb una emoció que encomana a l'auditori, l'última entrevista tinguda amb el Dr. Aguilar en una clínica d'ací Barcelona, on havia vingut per a fer-se operar de la vista, en la qual fou reconegut per la veu i en la que es demostrà una vegada més que l'amistat d'aquell home estava per sobre de tots els episodis que, en el camp de les idees, enfronten els homes uns amb altres.

Acte seguit fa ús de la paraula el Dr. Martínez Vargas, que comença recordant la sessió inaugural del Cercle en 1902, plena de joia perquè hom hi celebrava la reforma de la carrera, per a comparar-la amb

aquesta, plena de dol per la mort del Mestre Aguilar a qui retia homenatge. Recorda la tenacitat d'alguns dentistes catalans en els esforços per a assolir la reforma.

Seguidament anà enumerant diversos passatges de la vida d'Aguilar des de l'edat de 14 anys en què anaren junts a Nova York, per a doctorar-se Aguilar d'odontòleg a Filadèlfia; parlà després d'altres viatges, que realitzaren junts per motius científics i familiars. Aquesta convivència li permeté d'apreciar diverses virtuts personals que glossà amb algunes frases de grans pensadors; tractà de la seva escolaritat i aplicació, que meresqué senyalats premis, de la seva devoció per a la dignificació professional, del seu altruisme revelat en la seva gestió personal en portar als dentistes russos grans socorsos en material professional, queviures i roba, en el premi anual que instituï i en el donatiu per a obres de l'Escola de Madrid, del seu prestigi professional, de la seva discreció i hermetisme amb educació esmerada, del seu esperit organitzador, extraordinari, dels càrrecs que exercí, de la seva activitat i viatges, alguns de molt intrèpids, el seu patriotisme, revelat en la seva conducta, dels seus honors, i, per últim, de la seva creu que portà amb gran abnegació, corresponent a les injustes campanyes amb generositat, oblit i perdó dels greuges. En la seva campanya veritablement hercúlia, esgotadora, l'acompanyà sempre la seva muller, dama tan intel·ligent com bondadosa i laboriosa que en certs moments igualava Aguilar en intrepidesa i esforços. Fou la seva Nimfa Egèria, com la de Numa Pompili. Acabà el discurs mostrant Aguilar com a inspirador de nobles accions.

El discurs del Dr. Martínez Vargas, estudi complet, en els seus múltiples encerts, de la personalitat de l'homenatjat, fou aplaudidíssim.

El Dr. O. Jaime, en representació de l'Acadèmia Odontològica de Catalunya, en breus i sentides paraules s'adhereix a l'acte que hom està celebrant.

El President, Dr. Marín, en un brillantíssim discurs resumeix la vida exemplar del plorat absent.

Digué que el que en principi intimida en estudiar-ne la vida i l'obra, és l'ingent de la tasca, per a l'exposició de la qual caldria la confecció d'un llibre. Espera que algun dia surti el biògraf capaç de fer-nos seguir pas a pas la vida del Dr. Aguilar, que s'aturi davant la seva obra, sense oblidar-ne els aspectes purament humans de noble exemplaritat, ja que en podem dir de veritat que quan rebé la seva executòria de noblesa no fou elevat a una categoria superior, sinó que fou confirmat en la que ja ocupava per les seves innates qualitats.

Segueix enumerant, en estudi documentadíssim i en forma d'índex acompanyat de breus glosses, la multiplicitat d'aspectes interessants de la personalitat tan complexa del Dr. Aguilar.

Remarcà que, malgrat que les distincions i honors que profusament li foren dispensats podrien fer-ne suposar el contrari, fou un home de cor i una ànima plena de caritat. I és que el Dr. Aguilar buscà sempre la saviesa per ella mateixa, i la resta (conforme a la frase bíblica) li fou donada per afegitó. Malalt ja de la vista, donà cim a la seva valuosa obra "Origen castellano del prognatismo en las dinastías reinantes en Europa", treball en el qual tingué la sort de comptar amb la col·laboració de la seva digníssima muller, a qui es complau des d'aquesta tribuna a retre homenatge.

Acabà dient, apropiant-se el símil pel que té d'exacte, que com tots els cims, fou en la nostra pàtria, en la nostra professió, i en totes les seves nobles activitats, el primer en rebre els raigs del Sol, confiant que el seu exemple serveixi d'estímul als que, com l'orador, viuen en la planúria, per a portar a l'esperit aquell afany de superació sense el qual no seria possible el progrés, tant en l'aspecte purament material com en l'espíriual, que és el que veritablement importa.

En acabar la seva interessant dissertació, el Dr. Marín fou molt aplaudit.

El Dr. Martínez Vargas clogué la vetllada agraïnt el concurs i assistència dels presents i pregant, ensems, un minut de silenci a la memòria del Dr. Florestan Aguilar, acabat el qual i en aixecar-se la sessió, hom procedí a redactar un telegrama a la seva vídua, que li donava la notícia del commovedor i solemne acte celebrat.

Acadèmia Odontològica de Catalunya

Recentment, ha ocupat per dues vegades la Tribuna d'aquesta Corporació el Dr. D. Eduardo Azuola, demostrador de la casa S. S. White, de Filadèlfia.

En la primera sessió va demostrar diferents treballs de pròtesi dental movable, perfectament realitzats, i demostracions pràctiques de materials plàstics per a pròtesi de placa, substitutius del cautxú.

La segona sessió que ens va dedicar el Dr. Azuola fou encara, si hi cap, més interessant que l'anterior. Hi projectà unes magnífiques pel·lícules que reflectien, amb una tècnica i fotografia notabilíssimes, totes

les fases de diversos autors sobre operacions quirúrgiques en dents incloses, quistos, tumors i alveolotomies.

Tancà aquesta sessió cinematogràfica amb la projecció d'un reportatge documental sobre Buenos Aires, reportatge que confirmà els dots de "cameraman" que posseeix el Dr. Azuola.

Ambdues sessions foren molt concorregudes, fins a l'extrem que hom hi va omplir el local de conferències. El Dr. Azuola va ésser molt felicitat.

Col·legi Oficial d'Odontòlegs de la 9.^a regió

(Càceres - Salamanca - Badajoz)

El Col·legi de la 9.^a Regió ha tingut la gentilesa d'enviar-nos la circular n^o 8, que ha adreçat als seus col·legiats per a donar-los a conèixer la marxa de l'Entitat.

N'extractem el més interessant, però no la reproduïm íntegra per la molta extensió.

Hom hi dóna completes instruccions als col·legiats per tal que ampliïn i presentin les declaracions d'utilitats.

Hi figura, altrament, l'acta de la Junta de Govern celebrada el 31 de gener d'aquest any, en la qual hom acordà imposar cinc multes a d'altres tants senyors col·legiats. Hom hi acordà igualment proposar a la Junta General el nomenament de col·legiat d'honor a favor del seu President, Sr. Domínguez Villagràs, en premi als meritoris treballs fets en pro de l'Odontologia.

A continuació, hom hi troba l'Acta de la Junta general celebrada el dia 31 de gener, en la qual hom va donar compte de les actuacions de la Directiva i de la proposició votada unànimement de nomenar col·legiat d'honor al seu President.

Amb motiu d'haver complert els cinquanta anys d'exercici de la professió el col·legiat senyor Giraud Arnau, va ésser declarat President d'Honor per unanimitat. Va rebre'n moltes felicitacions.

Hom hi dóna compte del nomenament d'Odontòlegs Municipals de dues localitats, a favor dels companys Moreno i Sánchez. Amb aquest motiu hom acordà intensificar els treballs per tal d'aconseguir que aquests casos no siguin aïllats, i demanar als Poders Públics que siguin creades obligatòries places d'Odontòlegs en tots els Municipis de més de cinc mil habitants.

Hom féu constar en Acta el sentiment per la mort del Dr. Aguilar, i hom trameté a la seva vídua el més sentit condol.

BIBLIOGRAPHIQUES

Recensió d'obres

LA PIORREA ALVEOLAR per H. GRASSET, Cirurgià Dentista de la Facultat de Medicina de París. G. Doin & Cie. Editeur.

Ens trobem amb un estimable treball de divulgació científica, contingut en un reduït fascicle de 35 pàgines i alguns gravats, destinat, sens dubte, al que avui hom anomena *l'home del carrer*.

La piorrea alveolar, que tants estralls fa en les boques de l'home actual, ha suggerit al Dr. Grasset la idea de donar a conèixer al vulgus ço que en deu conèixer per a què hi pugui donar la importància que té i evitar-ne les conseqüències.

Hom en destina el primer capítol a un lleuger estudi de la dent, lligaments i teixits que l'envolten.

Un altre capítol és destinat a donar una petita idea del que són els microbis i com actuen les defenses naturals en els individus joves i normals.

Es curiós, també, aquell on parla del règim vegetarià en el que hom afirma que afavoreix l'aparició de la Piorrea.

Hom acaba el treball amb una sèrie de consells donats al lector per tal de despertar-li la decisió de tenir cura de la higiene de la boca.

El fascicle és editat en llengua francesa i bona tipografia.

LLUÍS MANZANERA.

L'INSTITUT MUNICIPAL D'ORTODONCIA (DOCTOR JOSEP DUEÑAS. - Buenos Aires).

En aquest treball, presentat pel Dr. Dueñas al V Congrés de Medicina, de Rosario, explica l'origen de la creació d'aquest servei tan necessari a la ciutat de Buenos Aires. Com a Director interí que n'és, exposa l'organització que li ha donat, dividint-lo en onze seccions.

1.^a De Diagnòstic, on són examinats els casos i classificats conforme a la relació de les anomalies dentàries amb altres afeccions.

2.^a De Preclínica ortodòncica, on són sotmesos al tractament odon-

tològic de càries, gingivitis, etc., necessari abans de començar el tractament.

3.^a De modelat i predeterminació. En aquesta secció hom renova les impressions, i hom hi fa la predeterminació d'acord amb els mètodes més moderns.

4.^a De radiografia i fotografia. Hom hi fa les radiografies abans del tractament, durant aquest i després, i les fotografies registren el front de la cara i el seu perfil.

5.^a De pediatria. Aquí són sotmesos al tractament mèdic exclusivament, ja que l'estat general té tanta influència en l'etiologia de les anomalies.

6.^a Otorrinolaringologia. Per la gran relació que existeix entre aquesta especialitat i les anomalies bucals hom hi ha agrupat aquesta secció.

7.^a De cirurgia bucodentomaxil·lar per als casos on cal que intervingui la cirurgia ortodòncica.

8.^a De clínica ortodòncica en la qual hom efectua els tractaments ortodònics pròpiament dits.

9.^a De tècnica d'ortodòncia i laboratori.

10. De laboratori clínic i anatomopatològic.

11. Secció administrativa.

En l'Institut podran, a més, ampliar els estudis els post-graduats i tots quants desitgin ampliar llurs coneixements d'Ortodòncia.

Aquesta Institució se sostindrà pels seus propis mitjans; hom hi té en compte les possibilitats de la família del pacient; el tractament hi serà gratuït per als sous inferiors a 180 pesos mensuals, i augmenta gradualment tant com els sous siguin superiors.

Es lloable la tasca que hi han portat a terme tots quants han col·laborat en la creació d'aquest Institut a benefici de la ciutat de Buenos Aires, i és de desitjar que alguna cosa semblant s'establís a la nostra ciutat en la qual, com qualsevol d'altra, són tan necessaris els tractaments ortodònics que, malgrat no siga més que en llur aspecte estètic, millora l'expressió del rostre, que és la carta de presentació que Déu ha concedit a l'home; en depèn el sentiment de simpatia o de repulsió que provoca. En la lluita quotidiana per a l'existència, la impressió de simpatia d'una cara constitueix un veritable capital per a l'individu.

NOTÍCIES

ACADÈMIA DE MEDICINA

Ha tingut lloc a l'Acadèmia de Medicina la recepció de l'acadèmic electe Dr. Josep Moll i Gimferrer. El saló d'actes de l'Acadèmia presentava un brillant aspecte per la nombrosa concurrència entre la qual hom comptava bon nombre de senyores.

Obrí l'acte el Dr. Peyrí, President de l'Acadèmia, que cedí la paraula al Dr. Suñé i Medan qui llegí l'acta de la sessió anterior.

A continuació el Dr. Moll donà lectura al discurs reglamentari titulat: *L'Art de curar. El metge en la vida social moderna.*

Es tracta d'un interessant treball de les normes a què deu subjectar-se el metge en les seves relacions amb clients i companys.

Finalitzà el seu discurs desitjant que el Sindicat de Metges i el Col·legi intensifiquin llur tasca i extenguin el radi d'acció de llur intervenció a tots aquells problemes de previsió i assistència social.

El Dr. Bellido i Golferichs fou l'encarregat de contestar al Dr. Moll, i ho féu historiant els mèrits contrets per l'Acadèmic electe durant la seva intensa tasca científica; en féu tota mena d'elogis i afirmà que hom en pot dir que ha conquerit l'escó d'Acadèmic amb el propi esforç.

Els dos parlaments foren merescudament aplaudits, igualment que les paraules pronunciades pel President en tancar l'acte. Hi assistiren: representant el Rector de la Universitat i el Degà de Medicina, el Dr. Salvat; a l'Acadèmia de Ciències i Arts, el Dr. Brugués; a l'Acadèmia d'Higiene, la Dra. Quadras; pel Col·legi de Farmacèutics, el doctor Castells; pels metges forenses, el Dr. Canivell; el Dr. Planas, pel Foment del Treball Nacional; Dr. Mer i Güell, pels metges municipals; Dr. Mies, per la Revista "La Clínica"; Dr. Cambra, per l'Institut Municipal d'Higiene; Dr. Fornells, pel Sindicat de Metges; Dr. Sabater, pel cos de Veterinaris; Dr. Joan Carol, President del Col·legi d'Odontòlegs i Director d'ARXIU D'ODONTOLOGIA.

QUART CONGRÉS ODONTOLÒGIC NACIONAL BELGA

Bruselles, 1 al 4 d'agost de 1935. Institut Eastman (Parc de Leopold)

En tindrà lloc la sessió inaugural al Palau de les Acadèmies el dijous, dia 1 d'agost. Hom en celebrarà les altres a l'Institut Dental Georges Eastman que ha cedit galantment l'Assistència pública. Aquest

edifici permetrà ensem una exposició d'articles odontològics, que constituirà una de les seccions prou interessants del Congrés.

PROGRAMA PROVISIONAL DELS QUATRE DIES

Dijous, 1 d'agost.

Matí: a les 10: Assemblea general d'inauguració al Palau de les Acadèmies. 1. Discurs de diferents personalitats; 2. Dr. Watry, Resum general: "La profilaxi i el tractament precoç".

A les 12: Lliure.

Tarda: de les 2'30 a les 6: Junes de seccions a l'Institut Eastman.

Vespre: Recepció dels Congressistes a l'Exposició.

Divendres, 2 d'agost.

Matí: de 10 a 12: Junes de seccions a l'Institut Eastman.

A les 12: Lliure.

Tarda: Viatge: Itinerari: Bruselles, Malines, Lierre, Campinc, Anvers (dinar), Bruselles.

Vespre: Lliure.

Dissabte, 3 d'agost.

Matí: de 10 a 12: Junes de seccions a l'Institut Eastman.

A les 12: Lliure.

Tarda: de 2'30 a 6: Junes de seccions a l'Institut Eastman.

Vespre: Banquet.

Diumenge, 4 d'agost.

Matí: de 10 a 12: A l'Institut Eastman. Junta de seccions. Secció 4: Demostracions. Sessió de clausura: Resum sobre l'organització de l'Odontologia dins de la colònia.

A les 12: Dinar.

Tarda: Visita general a l'Exposició de Brusselles.

29^a JUNTA DE LA FEDERACIÓ DENTAL INTERNACIONAL
Bruselles, del 4 al 10 d'agost 1935.

La 29 Junta de la F. D. I. tindrà lloc del 4 al 10 del proper mes d'agost a Brusselles, en els locals de l'Institut George Eastman, immediatament després del IV Congrés Odontològic Nacional Belga. Aquesta

és l'última Junta de la F. D. I. que precedirà directament el Congrés Internacional de Viena assenyalat pel 1936. Serà, doncs, particularment important, i ja des d'ara moltes qüestions són portades a l'ordre del dia de les diverses comissions. Es possible que la inauguració oficial de l'Institut Eastman de Brusselles coincideixi amb la reunió de la F. D. I. Si hom hi afegeix l'atracció que oferirà aquest any Brusselles per la seva Exposició Internacional, la qual hom anuncia com havent-ne de sobrepassar totes les precedents, no hi ha dubte que els nostres col·legues de la F. D. I. acudiran en gran nombre a prendre-hi part.

Per a tota classe d'informacions, dirigir-se al Secretari General de la F. D. I., Ch.-F. L. Nord. 1, Scheveningscheweg. La Haia.

FEDERACIÓ DENTAL INTERNACIONAL (F. D. I.)
CONGRÉS INTERNACIONAL DE VIENA EN 1936.

Amb ocasió del VIII Congrés Dental Internacional celebrat a París en 1931, hom va decidir acceptar la invitació dels col·legues austríacs de celebrar el Congrés Internacional Quinquennal de 1936 a Viena.

En fou constituït el Comitè organitzador a començaments del 1933. En el transcurs de les nombroses sessions que hi següeren, aquest Comitè va prendre totes les decisions relatives a l'organització i a les manifestacions científiques del futur congrés, i a aquest fi mantingué comunicacions constants amb M. Georges Villain, President, i M. Ch. Nord, Secretari de la F. D. I.

Els estatuts del Congrés, proposats pel Comitè organitzador de Viena, foren aprovats a la junta de la F. D. I. a Come.

El Congrés tindrà lloc del 2 al 8 d'agost del 1936.

Hem de cridar l'atenció dels participants sobre el nou ordre que hom n'ha adoptat, és a dir, hom hi donarà les comunicacions al matí mentre que les demostracions hi tindran lloc a la tarda.

Les seccions del Congrés i llur repartiment són les següents:

Dilluns al matí.

1. Anatomia, Fisiologia, Histologia, Patologia, Bacteriologia, Farmacologia.
 2. Pròtesi completa.
 3. Història de l'art dental. Documentació. Premsa professional.
- A la tarda:* Demostracions.

Dimarts al matí.

4. Etiologia i tractament de la càries. Observacions.
5. Corones. Pròtesi fixa. Ceràmica.
6. Ensenyament.

A la tarda: Demostracions.

Dimecres al matí.

7. Anestèsia. Narcosi. Radiologia.
8. Afeccions paradentàries.
9. Serveis dentals públics, legislació social.

A la tarda: Lliure (les demostracions sobre aquests temes tindran lloc el divendres a la tarda).

Dijous al matí.

10. Tractament dels conductes radiculars, infecció focal.
11. Pròtesi parcial amovible.
12. Metallúrgia.

A la tarda: Demostracions.

Divendres al matí.

13. Cirurgia bucodental.
14. Ortodòncia.
15. Física. Química.

A la tarda: Demostracions.

Dissabte: Sessions de clausura de la F. D. I.

L'experiència adquirida en els darrers Congressos Internacionals ha fet decidir el Comitè organitzador a què el Congrés de 1936 divideixi els seus treballs i els classifiqui en els diversos edificis especialment apropiats i situats els uns al costat dels altres.

En una d'aquestes construccions "Musikvereinshaus" hom celebrarà les comunicacions. L'altra "Kunsterhaus" contindrà l'exposició. El tercer edifici "Handelsakademie" ha estat previst per a les demostracions. En el "Musikvereinshaus" hom celebrarà a la tarda, en departaments diferents, les demostracions relatives a les comunicacions fetes al matí.

Totes les comunicacions seran traduïdes pels intèrpretes a les diferents llengües, i retrasmeses per mitjà de micròfons.

En tots els locals, els altaveus anunciaran als participants en temps

oportú, els títols de les conferències, a fi de permetre'ls d'escollir-ne les que els convinguin; d'aquesta manera els membres podran visitar l'exposició sense por de mancar-ne cap comunicació que podria interessar-los.

Hom ha previst també sales on exposar les comunicacions que no tinguin demostracions.

Hom instal·larà en el lloc mateix del Congrés un restaurant proveït de tot el confort modern, sales de descans, on els congressistes podran passar agradablement llurs hores lliures, i allí com als altres llocs els altaveus anunciaran les conferències.

II CONGRÉS BELGA D'ESTOMATOLOGIA

Tindrà lloc a Brusselles del 6 a l'11 de setembre del 1935. Personalitats eminents, tant de Bèlgica com de l'estranger, patrocinen aquest Congrés i han acceptat de col·laborar-hi.

Heus-en ací el programa provisional:

Divendres, 6: Festa de recepció per la Societat Belga d'Estomatologia.

Dissabte, 7: Sessió d'inauguració al Palau de les Acadèmies. Resum sobre les adquisicions i progrés de l'Estomatologia des de l'any 1900.

Tarda: Sessió de demostració i comunicacions.

Vespre: Banquet a l'Exposició.

Diumenge, 8: Matí: Resum o Estudi original. Comunicacions.

Tarda: Visita a l'Institut Estomatològic Universitari. Comunicacions i demostracions.

Dilluns, 9: Secció d'Ortodòncia. Comunicacions i demostracions. Secció de Pròtesi. Facultat de Medicina.

Tarda: Visita a l'Exposició Internacional de Brusselles.

Dimarts, 10: A l'Institut Estomatològic de Lovaina. Visita dels locals. Comunicacions i demostracions.

Dimecres, 11: Excursió facultativa a Bruges, llar de l'Art primitiu flamenc: La Venècia del Nord és una joia que tothom hauria de conèixer. Hem adquirit concursos interessantíssims que ens permetran de fer la visita completa de la ciutat i de palesar-ne tots els encants.

Dret d'inscripció: 100 francs belgues.

Secretariat general: Dr. Paul BIOT, 32 Rue des Drapiers, Brusselles.

BODES

Estan anunciades les noces dels nostres benvolguts companys, Doctor Josep Pericot amb la senyoreta Clotilde Ayats, i del Dr. Bernat Binué amb la senyoreta Dolors Soler. A tots ells els adrecem la nostra efusiva enhorabona desitjant-los-hi perdurable felicitat.

NECROLÒGIQUES

Dr. Nicasi Etchepareborda

Ha mort el destacat odontòleg argentí Dr. Etchepareborda.

El finat fou un home emprenedor, ple d'iniciatives, gran lluitador, a qui l'Odontologia del seu país deu molt.

El Dr. Etchepareborda, com tot capdavanter, es creà moltes simpaties i hagué de lluitar molt; la seva illusió fou l'Escola d'Odontologia, per a la qual tots els sacrificis li semblaven pocs i on donà ensenyament a moltes generacions d'odontòlegs.

ARXIUS D'ODONTOLOGIA s'associa al dol que la classe odontològica argentina passa en aquests moments.

Dr. Rosenthal

L'Odontologia i l'Escola Dental belgues han sofert una gran pèrdua amb la mort del Dr. Rosenthal, ocorreguda el passat gener.

La personalitat del Dr. Rosenthal és prou coneguda perquè en tinguem de fer la presentació; fill del Dr. Eduard Rosenthal, membre que fou de l'Escola Dental de Brusselles des de l'any 1912, es dedicà a la Medicina que després abandonà per la nostra volguda professió on ben prompte havia de destacar per les seves virtuts i dots científiques i didàctiques.

El Dr. Rosenthal deixa bon nombre de treballs originals i un grat record entre els seus companys i deixebles, que tingueren la sort de fruir-ne l'amistat i les ensenyances.

El nostre més sentit condol a la seva família i als odontòlegs belgues.

Dr. Marcelino Weis

La classe odontològica cubana ha perdut un dels seus més caracteritzats membres; ens referim a l'illustre Dr. Weis, Professor de l'Escola Dental de Cuba.

La seva tasca com a professor va ésser admirada fins d'aquells que menys afectes li eren; hi consagrà moltes i moltes hores de la seva vida i pot afirmar-se sense exageració, que tots els seus alumnes guardaran un fervorós record d'agraïment per les ensenyances que en reberen.

Altrament, se significà en nombrosos Congressos, tant en el seu país com a l'estranger.

La nostra més sincera expressió de sentiment als qui el ploren.

Wilhelm Dieck

1867-1935

El dia 3 de març d'aquest any va morir a Berlín el famós odontòleg Dr. Wilhelm Dieck.

El trapàs d'aquest col·lega representa una pèrdua molt punyent per a la professió odontològica.

Havia dedicat la part principal de la seva actuació a l'Odontologia conservadora, i dintre d'aquest camp la radiodòncia n'havia merescut l'atenció més amorosívola.

Durant molts anys s'havia dedicat a l'ensenyança odontològica a la capital d'Alemanya amb gran profit per a la nostra professió.

Doctor *Honoris Causa* d'algunes universitats estrangeres, havia rebut la medalla d'or de la Unió Central d'Odontòlegs Alemanys (Zentralverein Deutscher Zahnärzte) com també la hi va concedir la Unió Dental Internacional (Medalla Miller).

Home d'una gran cultura odontològica, mèdica i en branques afins, a l'ensems que de conversa agradable i plena d'enginy, posseïa una personalitat que irradiava gran simpatia, que venia encara augmentada per la seva modèstia.

La mort d'aquest home il·lustre ha colpit, doncs, els conreadors de diversos camps científics. ARXIU D'ODONTOLOGIA envia a la seva família i als col·legues alemanys el testimoni del seu condol.