

ARXIU D'ODONTOLOGIA

VOL. I

MAIG DE 1933

N.º 2

TREBALLS ORIGINALS

EPULIS Y SARCOMAS DE LA MANDÍBULA

por el Prof. Dr. D. A. A. Ferrer y Cagigal
Ex-Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona.

El nombre de *epulis*, significa *sobre, encima de, saliente*, y suele presentarse bajo la forma de un mamelón o papilla excrecente en el borde del maxilar, ya ocupando el centro de una cicatriz alveolar consecutiva a extracción o caída dentaria, ya en el borde de la mucosa gingival de revestimiento, o bien inserto en el mismo periostio alveolo-dentario. A veces son *poliposos* o pediculados, en muchas ocasiones ligeramente *sesiles*, pero con la base de implantación ancha y sagrantes al menor contacto; de color rosado vivo o rojizo y generalmente indoloros, la consistencia variable, a veces duros como fibroides, otras, las más, blandos y deprimibles a la presión; como veremos, la consistencia depende de su estructura.

Estos tumores tienen predilección por el sexo femenino; según la estadística de PETTERS, de 167, 49 pertenecen a varones y 118 a hembras. En 28 observaciones de PARTISCH, 25 fueron de hembras por 3 sólo de varones.

En 10 casos observados personalmente: 7 fueron en muje-

NOTA.—Recapitulación de la Conferencia desarrollada en la Academia Odontológica de Cataluña el día 17 de febrero.

De acuerdo con el autor hemos adjuntado entre las ilustraciones de este trabajo unos modelos y fotos de la colección del Dr. Carol reproduciendo algunos de los aspectos que los *épulis* suelen presentar desde el punto de vista clínico.

res y 3 varones. Según GUNYERT, el embarazo favorecía la producción de épulis, y de allí la frecuencia en el sexo femenino.

La mayor parte de autores que estudian estos tumores, los sitúan, por orden de frecuencia, a nivel del segundo molar inferior, luego en los premolares inferiores, estando todos de acuerdo en ser mucho más frecuentes en el maxilar inferior que en el superior. De los observados por mí, excepción de uno en el ma-

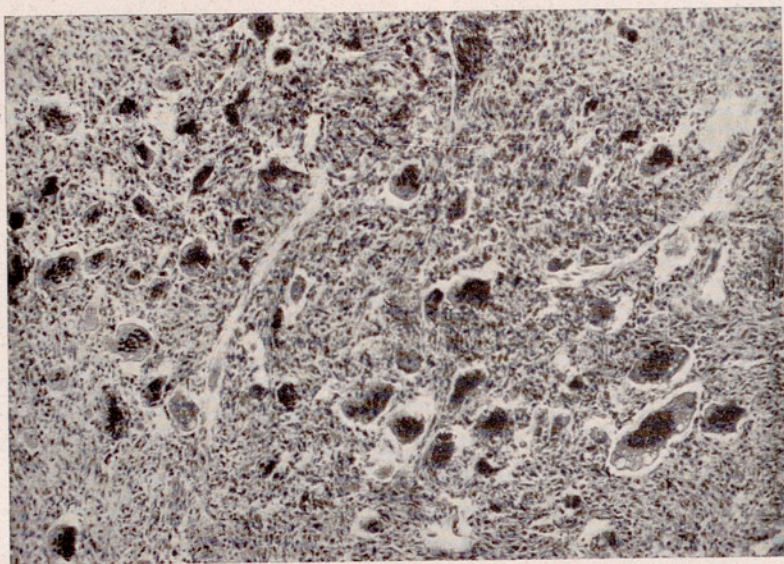


Figura 1. - Sarcoma osteoclastico.

xilar superior, todos los restantes fueron del maxilar inferior, siendo variable el molar de implantación, pues 2 de mis observaciones correspondían al molar del juicio.

Formas anátomo-patológicas.—Se describen en los tratados clásicos, muchas variedades de épulis, siendo de los tumores que mayores discrepancias originan entre los anátomo-patológicos y apareciendo englobados en ellos desde el *granuloma*, neoformación de origen o reacción bacteriana, hasta formas de *epiteliomas*, que nada tienen que ver con estas formaciones de tipo *conjuntivo-embrionario*.

Dos, son las variedades principales: el *épulis duro*, el *fibroso* que constituye un tipo de sarcoma fuso-celular con estroma

conjuntivo duro y a veces con abundante infiltración leucocitaria y el llamado *blando* o *encefaloide* en los que se encuentran como factor fundamental las células de *mieloplaxias* u *osteoclastos*; es decir, las gigantes, de núcleo múltiple o con gibosidades; de 60 a 100 micras acompañados de intensa infiltración leucocítica, de tipo mononuclear, con abundantísimos vasos, cuya estructura sólo endotelial, permite su fácil ruptura, con la consiguiente hemorragia y transformación hemoglobínica, que a veces les da un color parduzco, ocreado o vino-

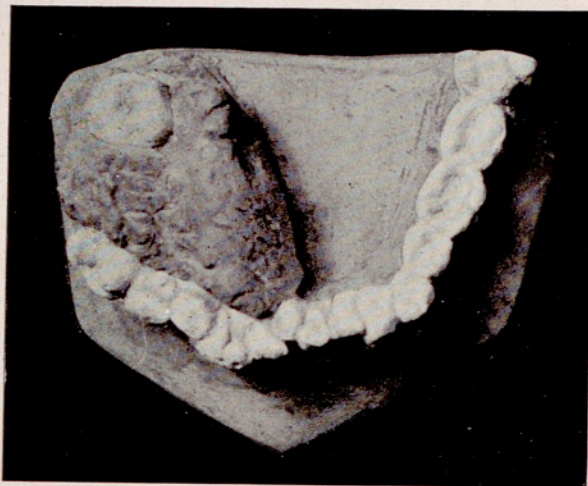


Figura 2. - Epulis. Histológicamente: sarcoma osteoide con mieloplaxias.

(Observación del Dr. Carol).

so, creando un centro o cráter del tumor; el estroma, a veces blando, presenta degeneración mucoide, lo que les da su blandura característica.

Las *células gigantes*, son de contornos irregulares con algunas zonas apuntadas y angulosas por las que se fijan a los elementos colindantes, presentan 20 ó 30 núcleos, todos agrupados en el centro y en algunos acumulados en un extremo distante del mismo. También se observan abundantes vacuolas e inclusiones de leucocitos, algunos hematies, fragmentos de los mismos o restos epitelícos. Los demás, elementos celulares, son pequeños cyanófilos y con grueso núcleo en proporción a su volumen.

Sobre el origen de estas *células gigantes* no están de acuerdo los anátomo-patólogos; la opinión dominante es la de ser elementos osteoclásticos de tipo sinticial, que tienen la propiedad de fragmentarse y descomponerse en pequeños elementos

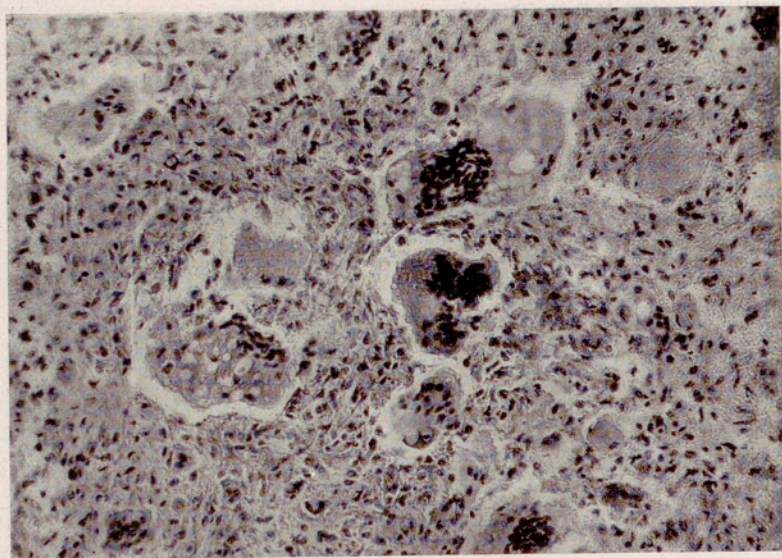


Figura 3. - Sarcoma osteoclástico.

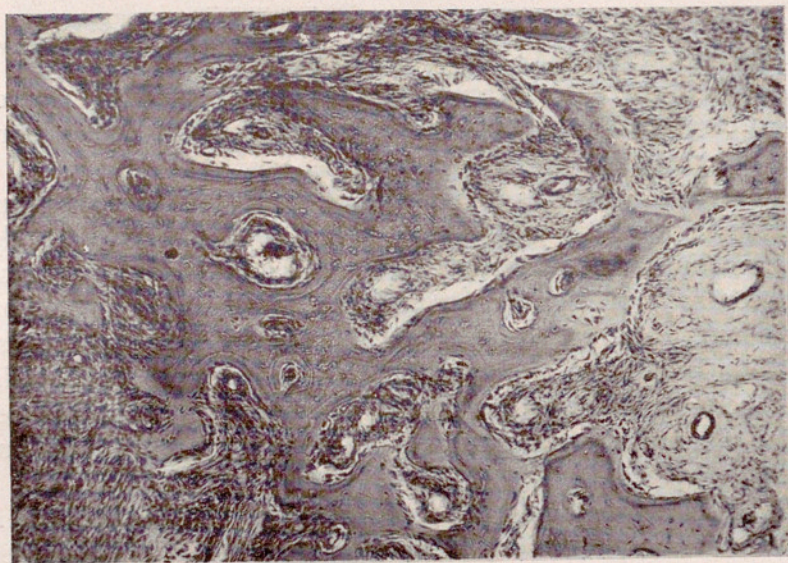


Figura 4. - Epulis osteoide.

que poseen propiedades lísicas, como las que tuvieron de formadores ostéinicos, sobre cuya secreción se precipitaron sales cálcicas y de ahí la frecuencia de zonas osificadas en el seno de esos tumores.

La característica *diagnóstica*, que sirve a su vez de base al *pronóstico* de esas neoplasias, es la presencia de estas *células mielopláxicas*, que le dan su carácter de *atipismo* o *embrionarismo* y, por ende, de poder generalizante.

Es por esto que se confunden los verdaderos *épulis*, con neoplasias de tipo osteoide o condroide, con odontomas, con fibromas o epitelomas a veces con simples granulomas infecciosos; y es muy importante su buen *diagnóstico*, pues el *pronóstico* está en relación con su estructura, ya que un fibroma, condroma, etc., así como un granuloma, extirpado por cualquier procedimiento, bien sea quirúrgico o químico, no se reproducirá, y en cambio, en el *epulis* verdadero es casi segura su recidiva, así como la casi constante tendencia metastazante.

Es muy demostrativo el hecho bien controlado, de las adenitis satélites de los *épulis*; así puede verse en las historias clínicas que presento y ello explicaría su recidiva con crecimiento lujuriente, en los casos intervenidos.

A continuación y antes de describir los casos clínicos, exponemos algunas opiniones sobre el concepto de estas neoplasias:

SCUDDER, afirma que el *epulis* es un tumor fronterizo entre la inflamación y el neoplasma. BLAIR-IVY afirma que el fibroma es la forma que domina en el *épulis*. S. V. MEAD dice que, según su experiencia, el tipo de células gigantes es más abundante que el tejido fibroso. Para MASSON, el *épulis* es un tumor del *mesenquima* que lo mismo pueden crear hueso que destruirlo. TRIPIER, estima como *épulis* sólo las sarcomas de tipo osteoclástico.

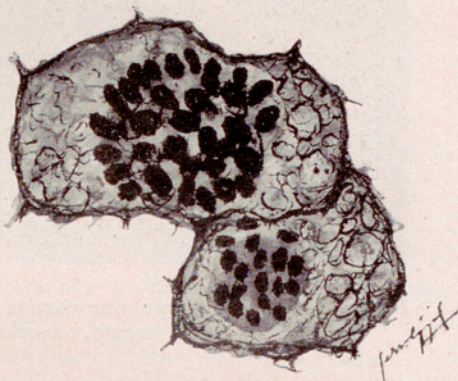


Figura 5. - Policariocito en división.
Epulis osteoclástico.

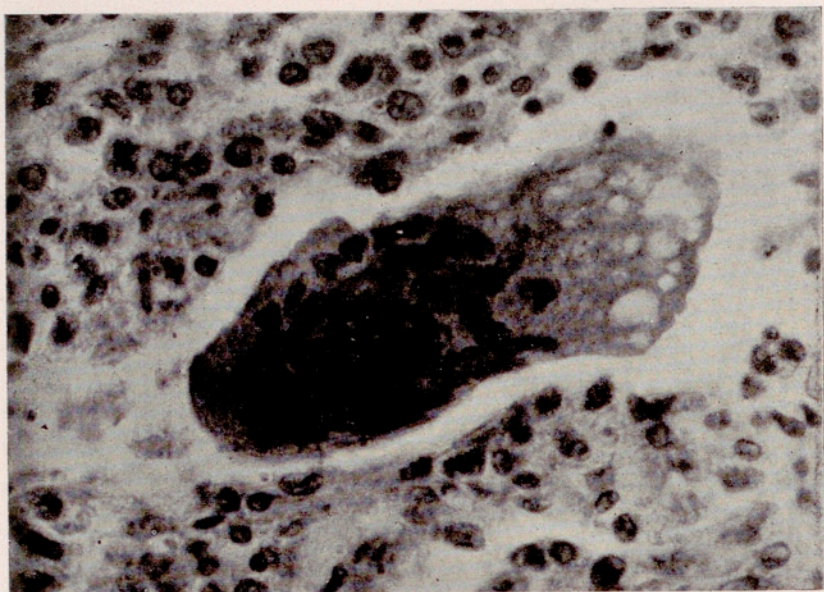


Figura 6. - Célula gigante osteoclástica (núcleos agrupados en masa e irregularmente, presencia de vacuolas).

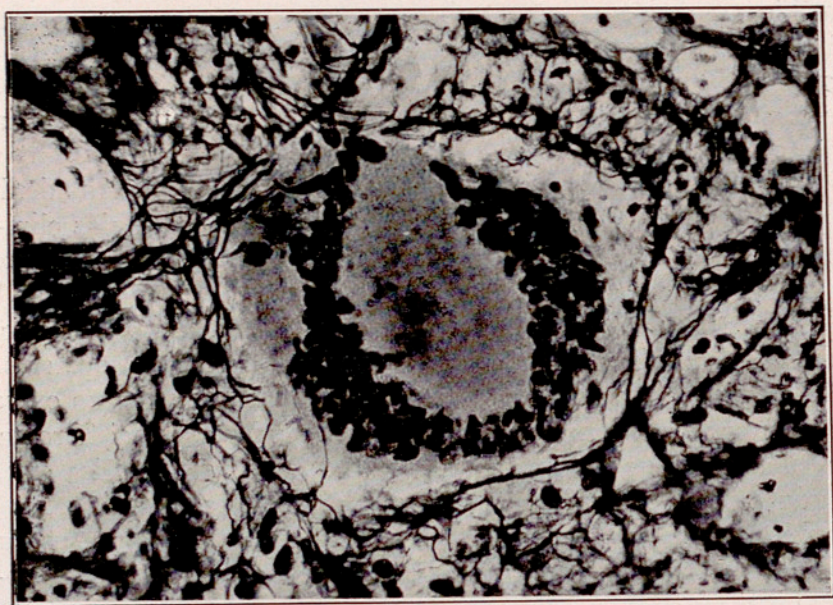


Figura 7. - Célula gigante tuberculosa (núcleos en corona situados periféricamente).

Nosotros consideramos dos tipos el benigno o *fibroide*, en ocasiones *osteode*, duro pequeño de crecimiento lento, no sangrante que no recidiva si se extirpa y que no metastatiza, y el *épulis de osteoclastos*, blando, sangrante, recidivante y sembrador de ganglios, que se generaliza y puede terminar con la vida del enfermo; su exacto diagnóstico no se puede dar sin el análisis micrográfico, la *biopsia*.

HISTORIAS CLINICAS

Enferma: doña NIEVES J.

Natural de Santa María del Estany. Provincia de Barcelona. De 21 años, casada, de profesión tejedora. Ha residido en su pueblo y en Monistrol.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: padre, muerto a los 50 años, de cirrosis hepática, con un cuadro de hipertensión portal. Madre, vive. Tiene 50 años y está sana. Han sido seis hermanos. Tres viven sanos. Uno ha muerto a los 14 meses, de difteria; otro nace muerto, y un aborto de fecha imprecisa.

Antecedentes individuales: nació a término y fué criada por su madre. Matrimonio a los 24 años. Tres embarazos; los tres llegan a término y viven sanos. Un aborto de tres meses. Mastitis supurada, después del primer embarazo. Nunca ha estado enferma antes de ahora.

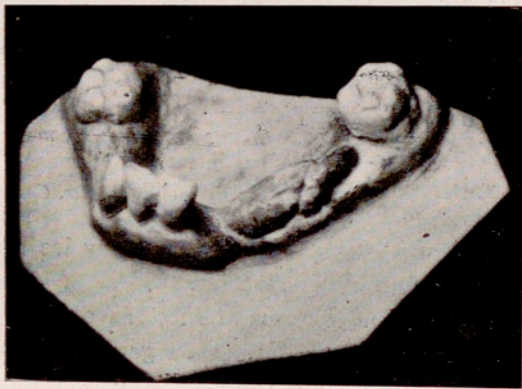


Figura 8. - Epulis. Histológicamente: fibroma fasciculado. (Observación del Dr. Carol).

Ingresa en la clínica por trastornos atáxicos sucesivos a una melitococcia y una marcha atáctico-parética.

Hace aproximadamente tres meses que nota la aparición de una pe-

queña tumoración en la encía izquierda inferior, entre el canino y el primer molar.

Esta tumoración no es dolorosa, sangra con facilidad y en algunas ocasiones parece estar más o menos distendida.

Se apreciaba una neoformación del tamaño de un garbanzo, de color

rojo, más vivo que el del resto de la encía, de aspecto redondeado y de contornos que se pierden en la pared externa del maxilar inferior.

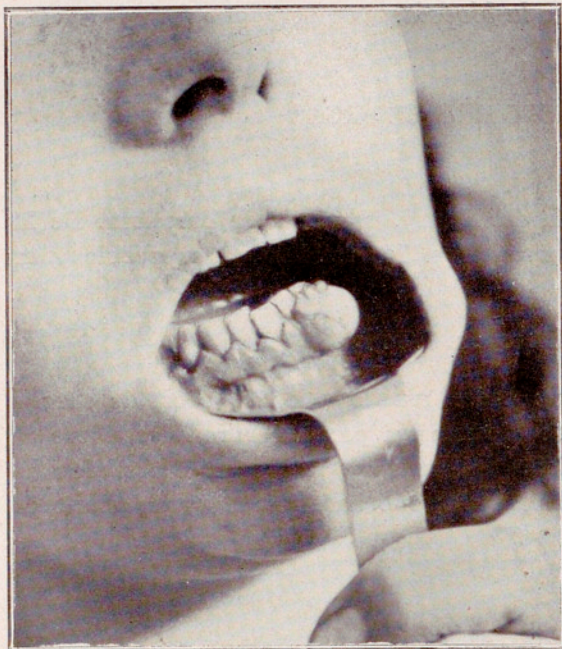


Figura 9. - Epulis. Histológicamente: fibroma, con reacción epitelial papilomatoide.

(Observación del Dr. Carol).

Los molares primero y segundo se encuentran destruidos por graves lesiones de caries que, según manifiesta la enferma, han ido fragmentando las piezas dentarias hasta la actualidad, en que no han dejado sino unos pequeños vestigios rasantes con la superficie de la encía y perdidos en una proliferación

inflamatoria gingival, que los rodea y les sumerge en una zona de gingivitis y de piorrea alveolar.

Esta tumoración es interpretada como un epulis muy vascularizado que por su blandura, falta de ganglios infartados y limitación, parece ser de un tipo sarcomatoso.

Realizado el examen histopatológico, resulta:

Tumor formado por grandes células mieloplásticas, de 60-70 micras de diámetro, polinucleadas y con restos hemáticos con vacuolas.

La masa intersticial está formada por agrupamientos de pequeñas células de núcleo voluminoso intensamente cianófilas flotantes en un

magma conjuntivo ligeramente fibrilado y con la presencia de algunos elementos osteoblásticos.

Progresó su cuadro atáxico-parético; la enferma muere, encontrándose metástasis sarcoides en pulmón y mediastino.

* * *

Enfermo: NARCISO S.

De 37 años, casado, de profesión alguacil. Sin antecedentes familiares, ni personales, dignos de mención. Vive en un pueblo de la provincia de Barcelona, muy sano; desempeña en él su profesión desde hace 8 años.

Después de una caries del 2.º molar izquierdo inferior, inveterada, presenta un ligero flemón y se le aconseja la extracción de la pieza enferma, que se realiza sin novedad, dando lugar a una perfecta cicatriz. A los dos meses, le extraña la facilidad con que sangra la cicatriz al comer y entonces advierte la existencia de un pequeño mamelón, sobre el borde maxilar, en la cicatriz alveolar.

Por un odontólogo le es cauterizado con nitrato de plata, y después con el termo-cauterio, la citada neoformación.

Intervenido por un cirujano, le es extirpado el tumor, con diagnóstico de *Epulis maligno*.

Lo veo a los tres meses, con una reproducción de la neoplasia, con ganglios submaxilares y parotídeos.

Se practica una nueva extirpación y aplicaciones de radium, a pesar de lo cual, la cicatriz se hace sarcomatoide y los ganglios aumentan de volumen, generalizándose la poliadenitis y presentándose fenómenos de intoxicación general así como de compresión del paquete vásculo-nervioso del cuello, y de la tráquea. El enfermo muere, a los dos años de iniciado el proceso, en caquexia.

* * *

Enferma, D.^{ña} TERESA I.

Natural de La Garriga, provincia de Barcelona. De 21 años, soltera. Profesión: tejedora. Ha residido siempre en Las Franquesas y en La Garriga.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: Madre fallecida de neoplasia laríngea. Padre vivo, con trastornos deficitarios mentales, con marcada disminución de la agudeza visual (probable neuritis óptica).

Antecedentes individuales: Lactancia materna. Destete a los 15 meses. Desarrollo físico y psíquico, al parecer, normal.

Enfermedades anteriores: Sarampión, de pequeña; bronquitis grave, en la infancia. Dificultades para respirar por la nariz, que la obligan a una intervención endonasal. Tos intensa, de tipo coqueluchoide, desde el mes de abril de 1925.

Ingresa en la clínica por una serie de accesos de disnea paroxística, de tipo asmatoide. A los varios años de permanecer en ella por estos accesos, se aprecia la existencia de una neoformación que es diagnosticada de *epulis del maxilar superior*.

Esta enferma presenta en la cara anterior de el borde gingival del maxilar superior izquierdo, una tumuración recubierta de mucosa bucal, que desciende por encima de los incisivos desde la línea media hasta el canino. Esta tumuración es indolora, no sangra y es sumamente dura, como de consistencia ósea. No determina ninguna molestia especial.

Su aparición data de unos tres años, desde que la enferma se encuentra hospitalizada en el Clínico, en donde ha permanecido durante seis años a consecuencia de varios procesos patológicos que determinan accesos extraordinariamente intensos de asma esencial, de los que fallece durante el año 1932.

Esta enferma, cuyo proceso asmático ha sido tratado en los servicios del Dr. A. Pedro Pons y en el mío, ha ofrecido características clínicas que ocuparían por sí solas una exposición en conferencia.

Se calculan en unas 50 mil las inyecciones de morfina que ha recibido y en número aproximado las de otras medicaciones calmantes: adrenalina, atropina, etc.

En cuanto a su *épulis*, no dió margen a ninguna complicación; permaneció estacionario durante todo el tiempo en que pudimos observarla y al morir la enferma, su tamaño era sensiblemente el mismo que había presentado durante los últimos meses.

El examen anátomo-patológico revela la existencia de una formación de carácter paradentario, cuyo valor histológico es el siguiente:

Fibrosarcoma con osteoclastos, con una considerable proliferación conjuntiva, representada por un tejido rico en células fusiformes (no de tipo encefaloide) y algunos fibroblastos.

La enferma muere de una miocarditis, sin que el tumor se hubiese modificado.

* * *

Enferma, D.^{na} NARCISA C.

Natural de Camprodón, provincia de Gerona. De 23 años de edad. Estado, soltera. Profesión, dependienta. Ha residido en Camprodón hasta los 14 años de edad y el resto de su vida en Barcelona.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: Padre, vivo; tiene, actualmente, 77 años de edad y se encuentra afecto de litiasis renal. Madre, vive; tiene 52 años y se encuentra afectada de una probable nefritis hidropígena con albuminuria. Han sido 10 hermanos, de los que viven seis. Dos mueren en la infancia, ignorándose la causa. Otro de apendicitis y el último a consecuencia de un trauma psíquico?

Antecedentes individuales: Nació a término. Fué criada por su nodriza. Tuvo la primera menstruación a los 13 años y después un tipo catamenial de 30/2-3, con ligera dismenorrea. No recuerda haber padecido enfermedad ninguna, a no ser la roseola, en la infancia, a los 6 ó 7 años. Alimentación ordinaria, sin abuso de licores o de alcohol, ni café, ni picantes. Ligero estreñimiento durante toda su vida.

Comienzo y evolución de la enfermedad actual: En marzo de 1931 notó que un molar del maxilar inferior, el de la parte izquierda, precisamente, estaba afecto de caries y que no tenía solidez sobre la base gingival.

Permaneció así unos seis meses, notando una molesta halitosis y al mismo tiempo dolor en la pieza dentaria, al masticar.

Resolvió visitar un odontólogo, quien practicó una extracción de la pieza enferma, siendo la intervención laboriosa, por no poder realizar

una anestesia, lo cual provocó intensos dolores y al mismo tiempo una copiosa hemorragia.

Al día siguiente notó la aparición de una tumuración en la parte lateral del cuello y en la del maxilar inferior. Esta tumuración desapareció a las 24 horas, con la aplicación de compresas húmedas calientes.

Exploración: Permaneció sin ninguna molestia subjetiva hasta el mes de mayo de 1932, en que apareció una distensión en la región maxilar inferior izquierda que, vista por un facultativo, es tratada con nuevos fomentos calientes que la hacen desaparecer. Al mismo tiempo, advierte la presencia de una tumuración de consistencia ósea en la rama horizontal del maxilar izquierdo que, según la enferma, debió pasarle desapercibida, por no haberle determinado molestia alguna.

Sólo dice, que era su costumbre masticar los alimentos por el lado derecho, a causa de la ausencia de molares en el lado izquierdo, pero no por dolor.

Desde el mes de mayo de 1932, que está sometida al plan facultativo de un odontólogo, no habiendo observado mejoría ninguna, a no ser, quizás, alguna disminución del volumen de la tumuración.

Se trata de una enferma de pequeña estatura, dorso abombado y cara ligeramente leonina con una deformación de los huesos de la nariz y con tisis del globo ocular derecho, lo que le obliga a llevar un ojo de cristal.

Se queja de la existencia de una tumuración en la rama horizontal del maxilar inferior, que se aprecia al palpar esta región por encima de la mejilla, en forma de una gruesa formación fusiforme, muy dura, con un borde superior libre y en forma de cresta, y cuya parte inferior se confunde con la rama horizontal del maxilar inferior. Su aspecto es el de una serie de mamelones rojos, recubiertos de mucosa bucal que en algunos puntos es blanda y que en la parte central parece ulcerada o por lo menos es de color blanco y con el aspecto de una superficie aftosa. *No existen ganglios.*

Se extrae un fragmento de estos mamelones (operación que resulta indolora), que analizado en el Laboratorio de Anatomía Patológica resulta ser un *epulis* o *sarcoma* de *mieloplaxias*.

Esta neoplasia, es un sarcoma de células gigantes, con grandes osteoclastos, con núcleos, muy numerosos. Este tumor es sangrante y se aprecian en él, a simple vista, puntos equimóticos. Toda la rama del maxilar, aparece como engrosada por su parte externa, principalmente, confundiéndose insensiblemente, con los relieves libres intrabucales del

tumor. Este ocupa toda la cara superior de la rama horizontal del maxilar, y sus relieves se extienden desde el ángulo del hueso hasta el tercio anterior, a nivel de los incisivos.

El día 12 de enero de 1933, se hace una radiografía de maxilar, en normas frontal y parietal, apreciándose en este último rontgenotipo la existencia de una zona amplia del maxilar inferior izquierdo con una producción de tejido parecida al hueso y que dibuja varias ondulaciones en su extremo libre.

La enferma es operada por el Dr. Trías y dada de alta con perfecta cicatrización.

BIBLIOGRAFIA

TRIPPIER, *Anatomie Pathologique*.

MASSON, *Precis de Diagnostique Neoplasique*.

L. ASCHOFF, *Anatomía Patológica General*.

PREISWERK, LANDETE, ROZABAL, *Atlas y tratado de estomatología y odontología*.

CAJAL Y TELLO, *Anatomía Patológica*.

Resumé

L'auteur désigne comme principales variétés, l'épulis dur et fibreux et le mou en céphaloïde, dont la caractéristique principale est la présence de cellules géantes ou myéloplaxes avec leur polinucleïsme de distribution irrégulière, circonstance qui les difference des cellules de Langue avec leurs noyaux en couronne périphérique.

Ces cellules sont celles qui déterminent la caractéristique diagnostique et sont base du pronostic car elles lui donnent son caractère d'atypisme et pouvoir métastasant.

La variété fibreuse qui est quelquefois ostéoïde, est bénigne et non récidivante; au contraire l'épulis d'ostéoclastes, mou et saignant qui est semeur des ganglions, récidivant et doué de pouvoir métastatique, peut finir avec la vie du malade.

Zusammenfassung

Der Verfasser bezeichnet als Hauptarten die harte, fibröse und die weiche oder encefaloid Epulis deren Hauptcharakteristik die Anwe-

senheit von Riesenzellen oder Mieloplaxien ist, mit der unregelmässigen Verteilung ihres Polinukleismus, durch welchen Umstand sie sich von den Languezellen, mit ihren Kern in peripherischer Krone, unterscheiden,

Diese Zellen sind es, welche die diagnostische Charakteristik bestimmen und die Basis der Prognose bilden, denn sie geben ihr den Charakter des Atypismus und ihre metastisierende Kraft.

Die fibroide, gelegentlich osteoide Varietät ist gutartig und nicht rezidivierend; wogegen die Epulis der Osteoklasten, weich und blutend, die Ganglien verbreiten, rückfallend und mit einer metastatischen Kraft versehen sind, denn sie kann leicht zum Tode des Kranken führen.

Summary

The author points to the principle varieties: hard, fibrous Epulis, as well as to the soft or encefaloid, the principle characteristic of which is the presence of giant cells or mieloplaxies, with their polinucleism of irregular distribution, which distinguishes them from the Langue's cells with their nuclei forming a peripheric crown.

These are the cells that determine the diagnostic characteristic and give the basis of the prognosis, for they give its character of atypism and metastising power.

The fibroid variety, that is at times osteoid, is benign and is not recidivant; whereas, on the contrary the osteoclastic epulis soft and bleeding, that provokes ganglions, recidivant and of metastasic power, may result in the death of the patient.

TREBALLS REPRODUITS

Institut Odontològic de la Universitat Alemanya de Praga.
(N'és director el catedràtic Dr. H. Boennecken).

Forma retentiva de les incrustacions

Pel Dr. Anton Loos, P. D.

De «Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde» (Revista trimestral d'Odontologia), editada per Hermann Meusser, Berlin.

(Continuació)

Si hom hi vol conservar la major quantitat possible de substància dentària, n'esdevé que successius atacs de càries obliguin a preparar-hi noves cavitats, seguint-hi sempre els principis de Black. Aquesta angustiosa conservació de teixit dentari hom pot comparar-la a les intervencions per èpulis, on el professional es limita a extirpar-ne el tumor deixant-hi, però, les dents i procés alveolar veïns, i al cap de varies intervencions per reproducció del tumor, amb les consegüents molèsties per al pacient s'hi procedeix com s'hauria hagut de fer de bon principi amb una intervenció radical.

Tampoc no entenem com poden ésser combatuts els principis de la retenció al·legant-hi que cal respectar la polpa de la dent. Si aquesta en podia quedar realment perjudicada, caldria renunciar a aquesta forma de preparació de cavitats perquè sempre cal que una polpa intacta sigui conservada. Aquest percanç l'hem observat molt poques vegades, àdhuc en principiants, poc familiaritzats amb la topografia de la polpa; i passa poc, per tal com la temença d'atacar-la fa que el suposat perill al preparar la cavitat en cua d'oronella, es tradueixi en l'excavació d'una cavitat soma en excés. Si hom prepara la cavitat oclusal de l'ancoratge de cua d'oronella sense profunditzar gaire enllà del límit amelo-dentinal, no cal témer gens. Cal posar-hi més cura en dents de joves, que sempre tenen una cambra pulpar més espaiosa i, per tant, vulnerable. Tot amb tot, en preparar el sòl de la retenció profunda de la cua d'oronella, generalment les banyes pulpars en queden prou lluny, relativament (fig. 14).

Les fractures tan temudes en cavitats mesio-ocluso-distals, són rares en dents vives. Sols hi són possibles fractures parcials, cas de deixar-hi parets i merlets prims o de no extirpar-ne tota la càries, per tal com aquesta produeix llavors l'afebliment consecutiu de l'esmalt.

Si es tracta d'una dent depulpada, el perill de fractura hi és tant més gran, quant més grosses siguin les cúspides antagonistes i correlativament profunds els solcs de la peça en qüestió. Les premolars superiors hi són les més exposades; se solen fracturar per llur cúspide lingual, poc desenvolupada i exposada a la força masticatòria. Per tal d'evitar la fesa de la dent o que se'n fracturi una cúspide, cal eixamplar el més possible la cavitat oclusal en les càries mesio-ocluso-distals, en forma que el material d'obturgació arribi gairebé al vèrtex de la cúspide, o bé hom

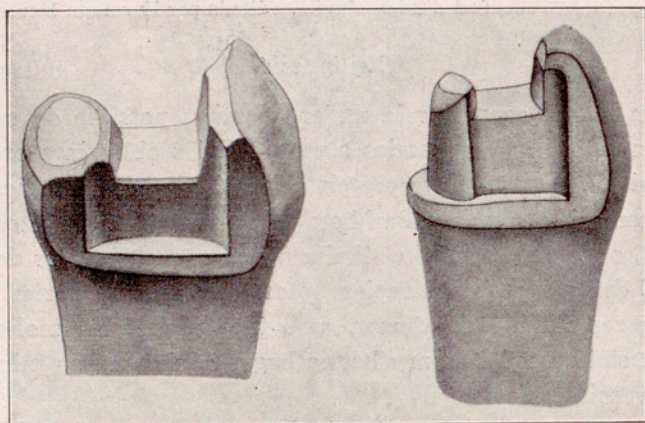


Fig. 22.

Fig. 23.

n'extirpa totalment la lingual, a l'objecte de què la força masticatòria graviti damunt l'obturgació (fig. 22).

En citem un cas on l'ancoratge és del tipus de corona de tres quarts; quan la destrucció que la càries hi ha produït ha pres una extensió mesio-ocluso-distal i la cúspide lingual en resulta socavada, hom pot recórrer a aquesta forma d'obturgació. Hom hi pot afegir, encara, un graó lingual, si hi queda prou teixit dentari (fig. 23). Ara, que el més freqüent és que n'hi hagi prou amb la preparació ordinària encara que lleugerament cònica en l'extrem oclusal.

En un cas de càries ocluso-proximal, que requereixi una excavació extensa de la cua d'oronella, per protegir-ne les parets minses, cal que l'obturgació hi sigui superabundant, que en sobreixi. Hom ha de d'excavar-hi, no res menys, una cua d'oronella sense massa temença.

Si en cas de polpa viva la càries oclusal dóna lloc a una cavitat tan ampla, que a l'excavar-hi la cua d'oronella per a retenció, en quedin massa

primes les parets, hom prepara una cavitat senzilla fins al límit de la càries amb un ancoratge al costat de la paret minsa, lingual o vestibular, fent-hi una osca marginal que acabi en una entalla ben marcada (figs. 25, 26, 27, 28).

Aquesta retenció unciforme té la seva principal indicació —i també hi és suficient— en els casos on cal excavar l'altre costat de la cua d'oronella, com ensenya la fig. 29, on ha calgut rebaixar molt la vora lingual de la cavitat, per tal de salvar-ne la paret.

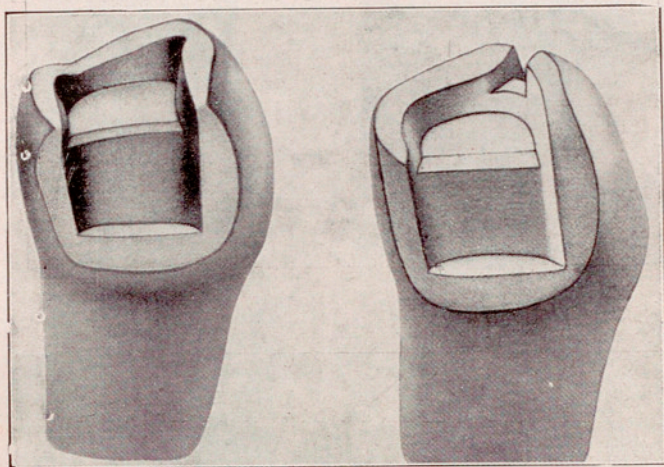


Fig. 24.

Fig. 25.

La desvitalització d'una bicúspide, fa que la paret lingual de la cavitat quedi molt minada, fins al punt de quedar-hi tan sols una minsa capa d'esmalt que no es pot conservar; hom hi pot recórrer a l'ancoratge amb espiga, que si no entra prou endins del conducte, no mereix absoluta confiança (fig. 30). El més sovint cal, per tenir-hi seguretat, fer que la obturació sobreixi en forma de teulada, donant-li un decliu lingual (fig. 31), o bé excavar a la peça dentària una osca en un lloc menys visible, distal, com ja hem dit abans.

A les molars hi ha, encara, més possibilitats d'ancoratge. També cal tenir-hi en compte la distinció entre dents vives i desvitalitzades i escollir-n'hi la respectiva forma.

Igual, doncs, que a les premolars, cal protegir-hi les parets de les peces depulpades fent que el material d'obturació n'arribi a les vores (fig. 32), precaució que a les molars amb polpa no es pren si les parets cavitàries no són molt minses. N'és un pas més avançat el total reco-

briment de les parets, que hi suposa una cara oclusal totalment àuria.

L'ancoratge unciforme de l'obturació, té la indicació principal en el cas d'una cavitat que per la molta càries calgui excavar en gran

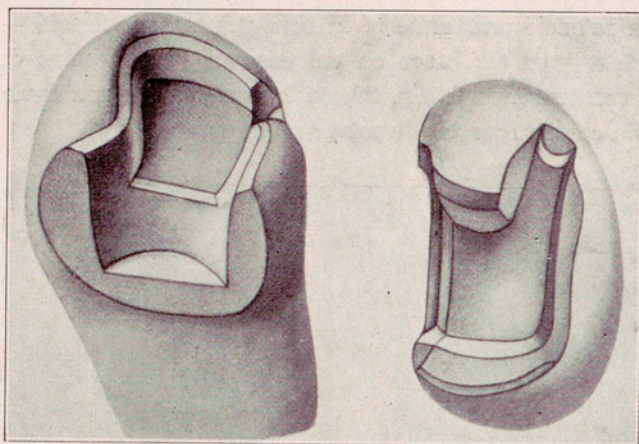


Fig. 26.

Fig. 27.

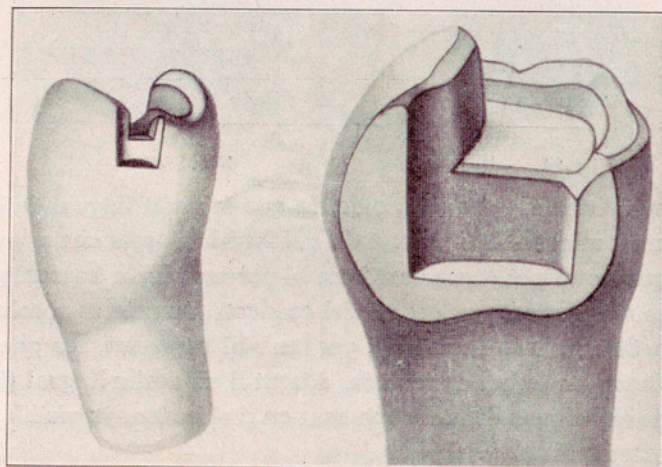


Fig. 28.

Fig. 29.

extensió i no hi quedi prou substància dentària per a la cua d'oronella. Sobretot en els casos on la incrustació ha de servir de pilar de pont fixe o desmontable, cal inevitablement, estendre aquestes cavitats a despeses del rodet marginal (fig. 33), algun cop excavant-hi una entalla graonada, on encaixarà un apèndix de la incrustació (fig. 34).

A les primeres molars inferiors, amb tres cúspides vestibulars, és molt recomanable de copsar l'avinentsa del doble ancoratge vestibular, excavant-ne les fisures que travessen el rodet marginal i fent-hi entalles (figs. 35, 36). No cal que fem remarcar l'estabilitat que en resulta.

Ocasionalment, si la paret lingual és dèbil o si hi ha càries, s'ha d'extendre i fer que en traspassi el rodet marginal lingual, el qual vol dir que s'ha de parar gran esment en les cúspides isolades restants, que s'han d'assegurar contra la fractura. Manta vegada caldrà rebaixar-ne els vèrtexs i reconstruir-los amb el material d'obturgació (fig. 37).

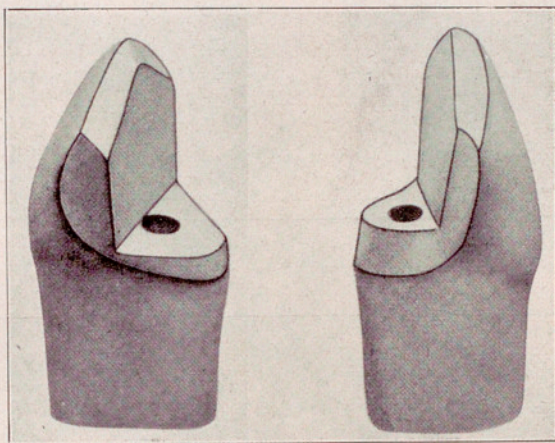


Fig. 30.

Fig. 31.

Aquesta preparació extensa i sovint pesada, que s'extén a la dentina, no és indolent sempre. Ens hi caldrà sovint fer ús de l'anestèsia troncular o de la local. Tots els altres mitjans recomanats, que fàcilment perjudiquen la polpa, són d'acció problemàtica i perillosa. Com hem fet notar en un altre treball, hom pot prescindir-hi, en molts casos, fins de la Novocaïna, si hom hi empra pedretes per comptes de fresas. La calor generada per les pedres tarda més a esdevenir insuportable que la que donen les fresas.

L'anestèsia hi té un gran desavantatge, al suprimir-ne el senyal de la naturalesa, que és el dolor. Cal, doncs, anar-hi amb tot mirament; no oblidar-hi mai la topografia de la cambra pulpar, a fi de no excavar-hi massa profundament i un cop se n'hagi acabat la preparació, cal explorar acuradament amb una sonda fina en busca d'una possible obertura pulpar.

Hom no pot donar regles d'aplicació universal sobre les formes reten- tives, perquè l'extensió de la càries varia en els diferents individus segons la duració del procés i les condicions anatòmiques i histopatolò- giques del terreny. En aquest treball cal posseir talent mecànicofísic,

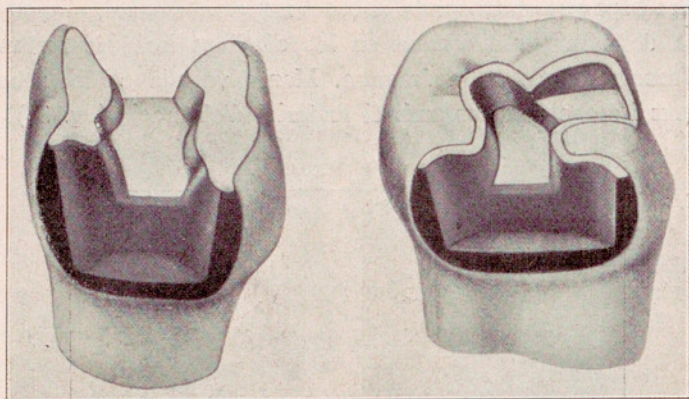


Fig. 32.

Fig. 33.

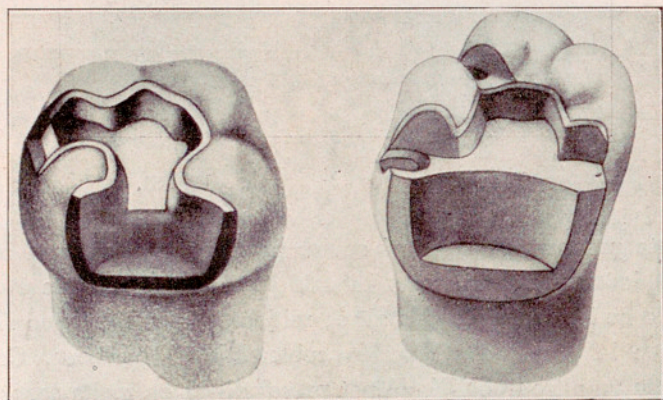


Fig. 34.

Fig. 35.

junt amb un estol de facultats especials pròpies de la nostra especialitat, i sense les quals el pràctic es troba en una tristíssima situació.

La base més important d'aquest treball és que, sense tenir gens d'es- guard per a la forma definitiva de la cavitat, no ens hem d'apartar mai dels principis assenyalats, i hem d'extirpar de la peça dentària tot el teixit cariat i procedir-hi a l'extensió immunitzant, suprimint-ne també

radicalment totes les parets primes que en projectin, i després de tot això preparar la cavitat en forma retentiva des del punt d'albir mecànicofísic. La situació, a l'ensems que l'extensió, de la cavitat deuen estar d'acord amb els principis mecànics de la forma retentiva, o sigui d'ancoratge, raó per la qual al preparar aquesta, cal tenir en compte si la dent té una polpa viva o no.

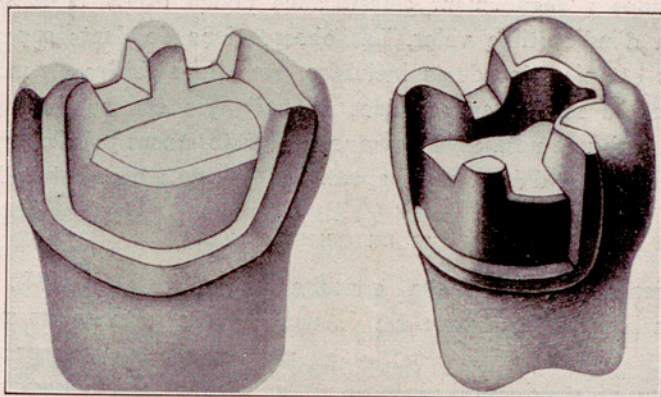


Fig. 36.

Fig. 37.

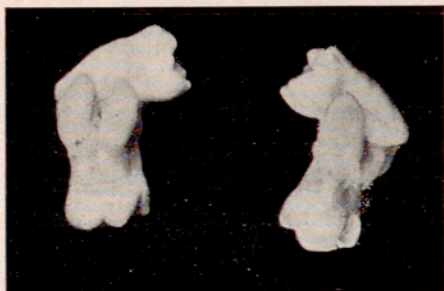
Creiem que amb el que hem expressat hem fet desaparèixer allò que de complicat semblava tenir el problema de l'ancoratge, i pensem també haver excitat el zel dels professionals per evitar la inserció de corones a canvi d'una obturació, molt més satisfactòria tant des del punt de vista de l'exactitud com de la higiene.

CASUÍSTICA

ARXIUS D'ODONTOLOGIA comença la publicació d'aquesta secció en la seguretat de què tots els professionals hi aportaran aquelles observacions filles de la pràctica diària, que tenint un interès documental veritable, no arriben, però, a constituir temes d'estudi per a fer-ne un article extens. Aquestes observacions, que, isolades tenen un valor relatiu, colleccionades i degudament classificades poden oferir la base d'una estadística d'indiscutible valor. Les observacions de dents supernumeràries, les ectopies, les dents inclúides, etc., (reproduïdes en models o radiografies, o millor, en ambdues formes) que ens siguin trameses, juntament amb una nota explicativa, seran gustosament publicades, en la seguretat que han d'ésser molt apreciades per tots els nostres lectors.

UN CAS DE GEMINODONCIA

Es presenta a la meua consulta la pacienta N. N., infermera d'un Hospital de Barcelona, la qual sofreix forts dolors motivats



per una càries de tercer grau de la segona molar superior esquerra; prèvia anestèsia n'intento l'extracció; després de varies proves se'm fa completament impossible; l'hi aconsello la radiografia; la pacienta, de pocs recursos, no s'hi avé; vist això em decideixo a intervenir-hi: resseco amb cisells la làmina alveolar externa, també el pro-

cés alveolar amb fresa rodona gran; després de varis intents aconseguixo fer-ne l'extracció i en trec un queixal disforme; una vegada net de la sang que l'envolta, puc veure que es tracta d'un cas de fusió d'arrels de la segona molar amb les del queixal del seny.

En les adjuntes fotografies es veuen claríssimament les característiques d'aquell notable exemple de fusió dentària; l'una representa una vista de la porció vestibular, l'altre de la porció palatina; s'hi aprecia com l'arrel cònica de la tercera molar està continguda entre el grup vestibular i la palatina de la segona.

VIDA CORPORATIVA

Cercle Odontològic de Catalunya

En la sessió científica que el Cercle Odontològic de Catalunya celebrà el passat dia 20 d'abril el Dr. Josep Boniquet descabdellà el tema "Pròtesi fixa".

Després de breus consideracions sobre pròtesi, féu ressaltar la importància que tenen els treballs de porcellana per a la restauració de les peces dentàries, insistint particularment en la necessitat de suprimir, en el possible, l'or en la boca per resultar antiestètic.

Presentà diversos treballs de corones, dents a pivot i ponts de porcellana en els que l'or queda totalment suprimit.

Explicà amb gran detall la tècnica de la seva construcció acompanyant aquestes explicacions amb dibuixos i radiografies d'aparells col·locats en boca.

* * *

En la 4.^a conferència del cicle Odonto-estomatològic, a càrrec del Dr. Ramir Mateu i Cebrià, que desenrotlla en el Cercle Odontològic de Catalunya, titulada "Per les intervencions quirúrgiques en: limfocelulitis supurada, fístules dentàries, quistos, neuràlgia facial, fractures del maxilar", etc., etc., començà fent ressaltar la importància de què l'odontòleg practiqui les esmentades intervencions, tant per a demostrar el gran relleu actual de la professió odontològica, com per ésser l'odontòleg l'especialista que està en millors condicions per a practicar-les; almenys cal que el cirurgià i l'odontòleg intervinguin conjuntament tota vegada que aquestes intervencions s'han de practicar preferentment sota el criteri odontològic.

Enumerà, a continuació, els conceptes generals quirúrgics aplicables a les dites operacions, i passà a detallar les dades més interessants per a cada una d'elles, aturant-se en les referents a fístules dentàries, neuràlgies facials i fractures de maxilar, per merèixer, aquests apartats, un

concepte especial des del punt de vista odontològic que deu informar-los.

I per a un estudi particular més detallat, proposà per a la segona etapa del curs actual, una sèrie de converses odontològiques, corresponent a cada una de les afeccions esmentades.

Acadèmia Odontològica de Catalunya

En la sessió celebrada el dia 7 d'abril, el Dr. Lleonard Ros tractà el tema *Apicectomia*.

Començà referint com a cosa curiosa, que se li havia presentat una clienta, operada d'apicectomia per un altre odontòleg, amb la ferida encara oberta, malgrat que feia ja temps de la intervenció. Aquesta malalta va expressar que l'odontòleg li havia recomanat que no *deixés tancar la ferida*, raó per la qual ella l'inquietava cada dia amb el cap d'una agulla; aquella ferida, deixada en repòs, va tancar-se amb rapidesa.

Digué el Dr. Ros que l'apicectomia està indicada quan la radiografia ens demostra l'existència de conductes tortuosos, granulomes i àpex amb símptomes de necrosi, i hi tenim la pressumpció de què no podrem fer passar els antisèptics fins al lloc necessari.

També té aplicació quan es tracta d'arrels que serveixen de suport a ponts, corones amb espiques, etc.

Diu que per anestesiari emplea Novocaïna al 2 per cent en injecció supraperiòstica; hi practica una incisió corbada, la convexitat mirant al coll de la dent i del tamany de l'ungla del dit gros, a fi de posar al descobert el terç apical de l'arrel.

Feta la incisió n'aparta els teixits que queden subjectats pel retractor i, o bé amb el torn o amb enformador, fa la resecció de manera que queden al mateix nivell l'arrel tallada i la finestra oberta en el maxilar.

Cal tenir molt de compte en no lesionar el procés maxilar de les arrels veïnes.

Un cop extret l'àpex, neteja bé els residus que puguin haver-hi quedat; pinzella amb una dèbil solució de iode i tanca la ferida amb sutura.

Van intervenir en la discussió del tema, els Drs. Samsó, Llatas (don Raimond), Udaeta, Alcaraz, Vidal i Prats, Aparicio, Boniquet, i Jaime.

* * *

Sessió celebrada el dia 9 de maig. La conferència d'aquest dia va anar a càrrec del Dr. Lidji, que va descabdellar el tema: *Métodos para tratar el prognatismo por medio de la prótesis.*

Començà el conferenciant per reconèixer que l'ideal seria fer els tractaments per mitjans fisiològics; aquests, però, encara estan per descobrir i ens cal resoldre els nostres problemes per mitjans mecànics.

Diu que el cas més difícil sol ésser el prognatisme. Presenta el d'una nena de nou anys, amb anteroclusió inferior.

El tractament preconitzat per alguns odontòlegs, si el pacient és jove i la segona molar inferior no ha evolucionat encara, és el d'intentar la distogressió de la primera molar permanent i de les dues premolars per restablir l'articulació normal i deixar lloc a la canina inferior, per tal de què efectui la normal evolució.

Ara, que si el pacient té ja la segona molar permanent no hi ha, aleshores, més remei que extreure una peça del maxilar inferior, que sol ésser el primer bicúspide.

Tots sabem el llarg tractament que suposa el fer ús dels elàstics que produeixen traccions intermaxilars.

Un altre procediment, recomanat per alguns, és la resecció bilateral dels còndils, mes aquest sistema no està a l'abast de tothom.

També hi ha el perill de què l'operació fracassi algunes vegades per la producció d'anquilosi i la reproducció de luxacions.

En aquests casos el Dr. Lidji procedeix a fer córrer la central esquerra cap al centre del maxilar superior fins que la seva cara mesial toqui amb la corresponent de la central dreta; per tal d'aconseguir això aixeca l'articulació posant dues corones d'or a les primeres molars superiors, de manera que puguin sortir les dues centrals sense cap inconvenient.

Hom pot escursar-ne les dues centrals superiors, i així no cal aixecar-hi tant l'articulació.

Per tal de facilitar-hi la masticació, convé d'insertar-hi un aparell

movible sobre les cares triturants de les molars inferiors temporals, que serà portat a l'hora dels àpats.

Quan la central i lateral esquerres es trobin ja en posició normal, hom hi construirà un aparell de retenció.

Si quan el pacient arribi als 10 anys no han caigut les peces temporals, se'n farà un examen radiogràfic, i si les bicúspides i canines dels dos costats es troben sota els temporals, s'extrauran en totalitat.

Intervingué en la discussió el Dr. J. Pons i Cubilles, qui opinà que el cas presentat pel Dr. Lidji el tractaria simplement amb un arc d'Angle aixecant-hi l'articulació per mitjà de corones.

El Dr. Vidal i Prats manifestà el seu temor de què s'hi produeixi periostitis per un excés en l'aixecament de l'articulació; el Dr. Lidji li respon que la col·locació de la pròtesi movible en els moments de la masticació ho evita.

El Dr. Costa del Rio manifesta que encara que no és partidari de la classificació d'Angle, opina que el cas presentat és més una atròfia del maxilar superior que un prognatisme de l'inferior.

No es mostra partidari de col·locar corones, en el cas citat, per a elevar l'articulació.

El Dr. Lidji, li contesta que el seu mètode el presenta per aplicar-lo en general.

El Dr. Costa s'hi mostra partidari no de la resecció dels còndils, sinó de la resecció de les branques ascendents del maxilar, el qual evita molts perills.

Diu que en el cas presentat, que sols compta nou anys, hi ha molta cosa a fer abans de col·locar-hi una pròtesi.

Estatuts de l'Associació d'Odontòlegs de Llengua Catalana *

Article 1. Es constitueix una ASSOCIACIO D'ODONTOLEGS DE LLENGUA CATALANA, la qual té per objecte l'agrupació de tots els

* Publiquem l'Estatut d'aquesta entitat, que deixàrem en el nombre passat per excés d'original.

odontòlegs dels països de llengua catalana, tant dels qui en són per naturalesa com per residència.

Art. 2. La finalitat de l'Associació serà:

1. L'enaltiment de la professió odontològica en sos aspectes científic i cultural.

2. L'expansió de l'Odontologia com a branca sanitària, difundint i incrementant els preceptes i pràctiques pertanyents als diversos aspectes de la higiene dental pública.

3. El conreu i foment de la llengua catalana en totes ses modalitats, en les tasques científiques i socials de l'Odontologia.

Art. 3. L'ASSOCIACIO D'ODONTOLEGS DE LLENGUA CATALANA estarà constituïda per les següents classes de socis:

A. Numeraris: els professionals que reuneixin les condicions de l'article primer i que paguin una quota anyal de cinc pessetes.

B. Protectors: els qui ajudin amb mitjans econòmics el sosteniment i progrés de l'Associació.

C. Honoraris: els qui en siguin nomenats per la Junta general ordinària segons llur indiscutible vàlua científica.

Art. 4. La Junta Directiva de l'Associació estarà constituïda per un President; un Vice-president; un Secretari; un Vice-secretari i tres vocals. Tots aquests càrrecs seran renovats per elecció al final de cada Assemblea. La Junta Directiva així constituïda queda facultada per a augmentar el nombre dels Vocals que cregui convenient en representació dels diversos països i comarques de llengua catalana.

Art. 5. Per a complir ço preceptuat en l'article 1, la Junta Directiva organitzarà periòdicament la reunió d'Assembleistes generals, on s'estudiaran temes de caràcter científic i sanitari. La Junta Directiva de l'Associació serà la executiva de l'Assemblea.

Art. 6. Al final de cada Assemblea se celebrarà Junta general ordinària per a acordar el lloc on s'ha de celebrar la següent, temes que s'hi han de descabdellar, aprovació de comptes, elecció de càrrecs i tractar de les proposicions presentades.

També se celebrarà Junta general extraordinària, sempre que ho acordi la Junta Directiva, o bé si ho demana el deu per cent dels socis numeraris i protectors.

Art. 7. Per a complir la missió social, l'Associació recabarà l'ajut i patronatge de les Autoritats, i es constituirà una organització que amb caràcter permanent curi de la divulgació de la profilaxi i assistència buco-dentària en les escoles, indústries, institucions, etc.

Art. 8. En cada Assemblea podrà modificar-se aquest Estatut; sols hi tindran vot els membres numeraris de l'Associació.

Art. 9. L'Associació té personalitat jurídica per a posseir béns mobles i immobles, i realitzar totes les operacions financeres que siguin convenients.

Art. 10. L'Associació redactarà un Reglament interior per a detallar el present Estatut, que haurà d'ésser aprovat en Junta general extraordinària, en la qual, el mateix que per a modificar-lo, sols hi intervindran els membres numeraris.

Art. 11. En cas de dissolució es nomenarà una Junta liquidadora composta de tres socis numeraris, la qual, després de feta la liquidació, donarà el sobrant que pugui haver-hi a les institucions socials de Higiene buco-dentària que sostingui la Generalitat de Catalunya, o qualsevol altra Institució afí als ideals de l'Associació.

Art. 12. El domicili social de l'Associació és en l'actualitat el del Col·legi Oficial d'Odontòlegs de Catalunya, Via Laietana, 31. Barcelona.

Aquests Estatuts van ésser aprovats en la sessió de clausura de la primera Assemblea d'Odontòlegs de Llengua Catalana, que tingué lloc a Palma de Mallorca, el mes de juny de 1932.

Curset d'Odontologia

Com vàrem anunciar en el número anterior, publiquem el programa del curset d'Odontologia que, corresponent als cursos B, s'ha donat a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el servei d'ESTOMATOLOGIA del Dr. CAROL, organitzat pel Dr. Mateu Cebrià (auxiliar), amb la col·laboració dels Drs. Bussoms i Pericot (auxiliars), i Barri (assistent).

LLIÇÓ 1.^a—*Anatomia descriptiva i fisiologia de les dents*.—Generalitats. Dentició temporal. - Dentició permanent. - Incisives; ullals; premolars i molars: descripció detallada de cada una. - Funció de les dents. - Oclusió dentària.

LLIÇÓ 2.^a—*Histofisiologia dels teixits dentaris humans*.—Estructura i missió de l'esmalt. - Cutícula de Nashmith. - Cement dentari. - Dentina i marfil. Substància fonamental: tubs dentinals; espais plasmàtics; zona granular de Tomes. - Fisiologia de la dentina. - Polpa dentària; topografia de la polpa dentària; trama conjuntiva i estroma; dentinoblastes. - Inervació dentària. - Texura de l'articulació alvèolo-dentària.

LLIÇÓ 3.^a—*Ontogènia dentària humana*. — Formacions prefoliculars en les dents temporals i en les permanents. - Fòlicul dentari; paret o sac folicular; germen de l'esmalt; íd. del marfil. - Amelogènesi. - Dentinogènesi. - Cementogènesi. - Formació de la polpa dentària. - Erupció. - Cronologia folicular. - Gènesi de l'articulació alvèolo-dentària.

LLIÇÓ 4.^a—*Filogènia del sistema dentari*. — Evolució filètica de la forma; homodòncia; heterodòncia; tipus cònic primitiu, teoria d'Osborn. - *Idem, ídem, de l'estructura*. - *Idem, ídem, de la implantació dentària*. - *Idem, ídem de la dentició o renovació dentària: monofiodòncia, difiodòncia i polifiodòncia*. - Característiques del sistema dentari dels peixos; ídem, ídem, dels amfibis; ídem, ídem, dels rèptils. - Les dents dels mamífers. - Fórmula dentària. - Sistemes dentaris dels rosegadors, herbívors, carnívors i omnívors. - Significació filètica de la dentadura humana.

LLIÇÓ 5.^a—Descripció de les regions de la boca, cara i coll, relacionades amb les dents: labial; palatina; gorja; lingual; naso-labial; geniana; parotídia; mentoniana; submaxilar i sublingual. - Descripció de cada una.

LLIÇÓ 6.^a—Flora microbiana bucal. - Flora normal; íd., accidental;

aerobis i anaerobis. - Equilibri biològic de la boca. - Medis de defensa contra la infecció.

LLIÇÓ 7.^a—*Patologia odontològica*.—Delimitació anàtomo-clínica del subaparell dentari. - Classificació de les afeccions dentàries i artro-alveolars. - Afeccions dentàries: congènites, traumàtiques i sèptiques. - Anomalies i alteracions dentàries: de forma, grandària, situació, estructura, etc., etc.

LLIÇÓ 8.^a—Càries dentària: etiologia, causes predisposants generals i locals. - Patogènia; teoria químicoparasitària. - Immunitat natural i adquirida. - Anatomia patològica. - Simptomatologia i diagnòstic diferencial.

LLIÇÓ 9.^a—Complicacions immediates de la càries. - Classificació. - Complicacions alveolars; agudes i cròniques.

LLIÇÓ 10.^a—Complicacions extra-alveolars de la càries dentària. - Agudes: linfocelulitis, abscess gingival, adenitis, òsteo-periostitis. - Cròniques; fistules, adenitis, osteomielitis, etc.

LLIÇÓ 11.^a—*Piorrea alveolar*.—Afeccions indiferenciades que s'agrupen entorn d'aquest síndrome. - Individualització i descripció de les principals. - Artro-alveolitis per dèficit. - Artro-alveolitis distròfica. Gingivitis marginals. Esclerosi cervical.

LLIÇÓ 12.^a—Gingivitis tòxico-eliminatives; tàtriques; ulceroses marginals; hipertròfiques; etc. - Tractament. - Tartrectomies.

LLIÇÓ 14.^a—*Terapèutica odontològica*.—Profilaxi de la càries. - Recalcificació. Règimens vitamínics. - Inspecció bucal periòdica. - Obturacions preventives. - Pràctiques d'higiene bucal. - Tractament de la càries superficial. - Preparació de cavitats. - Obturacions: plàstiques i metàl·liques.

LLIÇÓ 15.^a—Tractament de la càries penetrant. - Tractament conservador de la polpa. - Desvitalització; mediata i immediata. - Mètodes de desinfecció radicular. - Obturacions radicals.

LLIÇÓ 16.^a—Tractament de les complicacions immediates de la càries dentària. - Vacunoteràpia odontològica. - Apicectomia. - Drenatges. - Reseccions.

LLIÇÓ 17.^a—*Clínica odontològica*.—Instrumental; d'exploració; d'obturació; d'exodòncia. - Farmacologia odontològica: medicació anestèsica; antisèptica; hemostàtica; etc.

LLIÇÓ 18.^a—Exploració de la boca. - Mètodes. - Exploració tàtil; percussió; transil·luminació; termo-diagnòstic; electro-diagnòstic; radiografia. - Registre dentari; fitxa dentària.

LLIÇÓ 19.^a—*Anestèsia en Odontologia*.—Preparació preanestèsica. - Tècniques pròpies de l'anestèsia local: per infiltració; diploica; transligamentosa, troncular. - Anestèsia general. - Complicacions i accidents de l'anestèsia.

LLIÇÓ 20.^a—*Exodòncia*. - Instrumental. - Manipulació. - Preparació del malalt. - Idem, del camp operatori. - Tècnica de l'extracció de les diverses dents. - Id., de les dents incloses. - Radiografia aplicada.

LLIÇÓ 21.^a—Complicacions immediates de l'exodòncia. - Fractures; hemorràgies; alveolitis; esquínços; neuritis; etc.

LLIÇÓ 22.^a—*Radiodòncia*.—Utilitatge especial emprat en radiodòncia. - La imatge radiogràfica. - Mètodes especials de l'exploració maxilo-dentària: intrabucals i extrabucals. - Radiografies combinades. - Radiografies estereoscòpiques. - Radiografies del perfil ossi i cutani.

LLIÇÓ 23.^a—Exploració de les regions maxilo-dentàries, etc. - Interpretació de radiografies. - La imatge pròpia de les fractures; osteïtis; granulomes; quistos, etc. - Errors d'interpretació; sobreposicions; falsa projecció; etc. - Valor clínic dels radiogrames buco-dentaris. - Indicacions.

LLIÇÓ 24.^a—*Ortodòncia*.—Oclusió normal. - Maloclusió. - Etiologia. - Classificació de les maloclusions. - Id., de les malposicions individuals.

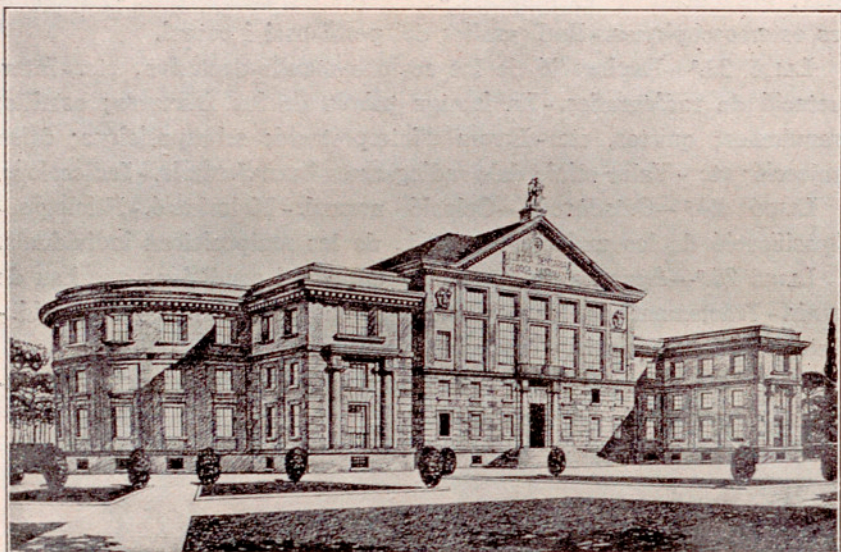
LLIÇÓ 25.^a—Aparells de correcció. - Objecte i condicions que han de reunir. - Tractament de les maloclusions en particular. - Neutroclusió. - Distocclusió. - Mesocclusió. - Tractament quirúrgic.

LLIÇÓ 26.^a—Quinesiologia ortodòncia. - Aparell de retenció. - Instrumental. - Profilaxi de les maloclusions.

NOTÍCIES

LA FUNDACIÓ EASTMAN, DE ROMA

Amb veritable satisfacció donem als nostres lectors la grata nova d'haver estat inaugurada la Clínica Dental *George Eastman*, a la ciutat de Roma, el dia 25 d'abril, amb tota solemnitat i amb assistència del president del govern italià, Sr. Mussolini.



La Clínica George Eastman anexa a l'Hospital Policlíníc de Roma.

Es tracta, com ja és sabut per la classe odontològica, d'una institució de caràcter benèfic destinada a la prestació dels serveis odontològics als infants i als jòvincels fins a l'edat de divuit anys.

L'Institut porta el nom del filàntrop nordamericà, George Eastman, qui va fer-ne possible la construcció donant-hi un milió de dòlars; és un edifici de línies arquitectòniques d'un gust exquisit i sever, i forma part dels edificis de l'Hospital Policlíníc de Roma.

La construcció va ésser intervinguda per un comitè presidit pel Dr. Perna, del qual esperem que posarà la seva intelligència, voluntat i rectitud de consciència al servei d'aquesta altruista Institució per tal que la idea del malaurat Eastman es vegi convertida en una realitat, no pas burocràtica, sinó altrament beneficiosa per als infants i jovent de la Ciutat Eterna.

En el nou edifici hi ha, ultra les sales destinades a intervencions, una sala amb llits destinats a ésser ocupats pels pacients que precisin ésser hospitalitzats com a conseqüència de la importància assolida per l'operació a què han estat sotmesos.

Prometem als nostres lectors una més completa informació sobre les característiques de la nova institució, així com del seu funcionament.

XIII CONGRÉS DENTAL ESPANYOL

Hom treballa activament en l'organització del XIII Congrés Odontològic Espanyol, i podem augurar que serà un èxit potser més gran que els precedents, ja que l'escenari no pot ésser-ne més atractiu per aquells que a l'ensem que fer Ciència saben fruir de les bel·leses d'un paisatge tan meravellosament corprenedor com el de les terres on vegé la llum la inspirada Rosalía de Castro.

La Corunya farà ofrena, del 12 al 18 del proper agost, no tan sols d'un lloc on els Odontòlegs espanyols i portuguesos es lliuraran a la interessant tasca de parlar dels nostres problemes, sinó també un conjunt de festes i atractius que, sens dubte, ha de deixar record gratíssim en tots els assistents.

Ha estat ja repartit el primer manifest del Congrés en el qual s'invita els Odontòlegs de tota Espanya, a les Corporacions Oficials i a les Entitats Odontològiques.

Particularment sabem que és ja nombrós l'estol de companys que s'hi han inscrit provisionalment.

Ara com ara no s'ha pogut conseguir que sigui concedida l'oficialitat a l'esmentat Congrés, car per obtenir-la seria precis que fos organitzat per una Corporació Oficial: el Consell de Collegis, per exemple.

VII CONGRÉS INTERNACIONAL DE MEDICINA I FARMÀCIA.

La llista dels temes d'aquest Congrés és força interessant; en destaca per l'interès que té per l'odontologia el cinquè que tracta dels serveis odontològics; en són ponents Espanya, Mèxic i Paraguai.

En el comitè d'honor figuren com a membres honoraris el Director de l'Escola d'Odontologia i el President del Consell de Collegis d'Odontòlegs.

En la comissió organitzadora figura el President del Collegi d'Odontòlegs de Madrid; en la Comissaria general figura com adjunt un oficial odontòleg militar; a la Secretaria hi ha el metge militar odontòleg, D. Florentí Mallol; en el Gabinet de premsa hi ha un odontòleg periodista.

Entre les comissions de demostracions científiques, la que pertany a l'Odontologia té com a President, el Dr. Landete, professor de l'Escola d'Odontologia.

El fascicle informatiu conté, a més, dades referents a recepcions, festes, excursions, viatges, allotjaments i canvi de monedes.

La celebració d'aquest Congrés tindrà lloc a Madrid, del 29 de maig al 4 de juny de 1933, sota el patronatge de S. E., el Sr. President de la República.