

ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PUBLICACION TRIMESTRAL — Nos. **5/6** ENERO 1964

E 1

4

OBRAS RECOMENDADAS

Precios de Venta a Credito

ORTODONCIA PRACTICA. — Anderson	\$ 2.750
ORTOPEDIA DE LOS MAXILARES — Stockfish	„ 2.000
ORTOPEDIA ESTOMATOLOGICA INFANTIL. — Maronneaud	„ 875
MANUAL DE ORTODONCIA. — White-Leigh- ton-Gardiner	„ 600
DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS REMOVIBLES EN ORTODONCIA. — Adams ..	„ 750
ATLAS DE LA APARATOLOGIA ORTOPEDI- CA MAXILAR. — Feijóo	„ 875
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS. — Brauer y colab.	„ 1.500
ODONTOLOGIA PEDIATRICA. — Cohen	„ 1.200
TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS. — Ellis	„ 575
FORMULARIO DENTAL Y AYUDAS A LA PRACTICA. — Grossman	„ 600

Por Venta al Contado: 20 o/o de Descuento.

EDITORIAL MUNDI S. A.

JUNIN 831 BUENOS AIRES T. E. 83-9663

ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

Director: Dr. LEONARDO VORONOVITSKY

CONSEJO DE REDACCION: LUIS A. ARENA, JULIO GOTTLIEB, NORA GRIGERA,
MAURICIO RASCOVAN, ALFREDO SEGAL, LEONARDO VORONOVITSKY,
ELIAS ZANPDERI.

ANASCO 1154 / T. E. 59-0693

PUBLICACION TRIMESTRAL — Nos. 5/6 — ENERO 1964 — BS. AIRES, REP. ARG.

5/6

EDITORIAL		
Muchas Esperanzas	pá. 2	<i>Protesis restaurativa en un ni- ño de seis años, Dra. T. K. de Ivarsson</i>
TRABAJOS ORIGINALES		„ 13
Indicaciones pre y post-qui- rúrgicas de la ortopedia maxilar de los fijados palatales por los Dres. Bernardo Chait y Anibal E. Inchausti	„ 3	TRADUCCIONES
PAGINA CLINICA		Estudio cineradiográfico del comportamiento de la len- gua. Traducción y resumen F. Schwartzman
La corrección de las anomá- lias dento-maxilo-faciales desde el punto de vista so- cial	„ 6	„ 16
Un caso de compresión y mordida profunda, por el Dr. Julio Gottlieb.	„ 12	El efecto del tratamiento or- todóncico por la Dra. Noe- mi L'iman
		„ 18
		Primeras Jornadas Internacio- nales de Ortopedia Funcio- nal de los maxilares
		„ 24
		Resumen de Revistas, por el Dr. A. N. Lagorio
		„ 28
		Noticias
		„ 30

LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo.

Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Estarán escritos a máquina de un solo lado y a doble espacio. Llevarán asimismo el nombre completo del autor, sus títulos y cargos y su domicilio.

No se devuelven los originales.

CANJE Deseamos canje con revistas similares. • Nous désirons établir l'en-
change avec les revues similaires. • Desideriamo l'intercambio con rivisti simi-
li. • Desejamos permutar com as revistas congeneres. • We wish to exchange
with similar magazines. • Un austausch wird gebeten.

UN NUEVO AÑO se inicia bajo el signo del trabajo y la esperanza. En el mundo y en el país, en todos los labios, una palabra tan breve como ¡paz! ha resumido todos los anchos anhelos de la humanidad.

Se trata de la paz de los vivos, de la que se construye todos los días con el trabajo creador, prometedora de la felicidad.

Se trata de la paz febrilmente construida y justiciaramente valorada; para que sea útil en verdad y sin el amargo rencor de los que se sienten defraudados por no reconocidos.

Habrà pues que trabajar con renovadas esperanzas en corregir cuanto hay de susceptible de ser enmendado, en todos los órdenes de la vida del país, para que esa paz con justicia se torne más real.

En nuestro terreno particular algunas preocupaciones no pueden ser disimuladas.

Una ley de jubilaciones de los profesionales, cuya imperfección más evidente, no la única, parece consistir en su carácter punitivo o confiscatorio para las finanzas declinantes del odontólogo, no valorado justiciaramente en el carácter social de su ejercicio profesional.

Una Facultad de Odontología que continúa intervenida, adoleciendo de evidentes fallas estructurales, tanto en su funcionamiento como en su programa de estudios, que debe merecer la preocupación colectiva y meditada, alejada de la improvisación, si se desea construir con éxito.

Una especialidad, como la nuestra, que ha mostrado su renovado vigor en el año transcurrido; pero donde sería necesario, a nuestro entender, coordinar mejor los esfuerzos a fin de producir intelectualmente una obra social y científica de mayor profundidad. Estimular una producción científica adecuada a las fuerzas actuantes no sería una esperanza descaminada.

Bajo estos auspicios iniciamos nuestra esperanzada actividad, tendiendo nuestras fraternales manos a los colegas e instituciones todas en esta nueva jornada de trabajo en paz y justicia.

INDICACIONES PRE Y POST QUIRURGICAS DE LA ORTOPEDIA MAXILAR DE LOS FISURADOS PALATINOS

Por los Dres. Bernardo Chai y Anibal E. Inchausti

EN PRIMER término queremos establecer como premisa fundamental la labor en equipo, entendiendo como tal no una entidad separatista sino un "team" cuyos miembros conozcan perfectamente las posibilidades, aspiraciones y limitaciones de los otros miembros para que así el cirujano plástico y el ortopedista hablen un idioma común, que tenga por objeto conseguir la perfecta armonía entre el operador y el ortopedista, armonía para un solo destinatario, el permanente progreso en el estudio del fisurado palatino.

Segundo: clarificar la oportunidad de los tiempos operatorios y ortodóncicos tratando de establecer el momento preciso de cada intervención basándonos en hechos o razones biológicas. Establezcamos así el "timing" con el objeto de evitar apresuramientos inútiles o retardos injustificados que no clarifican la visión de futuro del operador, el paso seguro del ortopedista y el devenir del fisurado.

Propugnamos que cada momento operatorio esté reglado por normas fijas basadas como dijimos en razones biológicas, fijez que tiene toda la variabilidad de los hechos biológicos con el objeto de evitar discusiones bizantinas inútiles, estériles y proliformas y que nos conduzca a dar soluciones al problema. La aspiración es colaborar en el aunar de los esfuerzos para poder dar normas definitivas.

Tercero: No nos ocuparemos de tal o cual aparatología, de tal o cual aparato para la corrección de una anomalía; sólo nos ocuparemos planear los planes de tratamiento bajo un punto de vista biológico.

Por eso alguno de los conceptos aquí expresados podrán parecer reiteraciones, pero nuestra insistencia, por la que pedimos disculpas anticipadamente, tiene a la vez un porqué y un objetivo. El porqué está dado por el convencimiento de nuestra parte de que no existe aún, en el campo médico un criterio unánime respecto a este problema; el objetivo es crear las bases de una fecunda discusión que posibilite una más perfecta resolución morfofuncional y estética del paciente fisurado.

Expondremos cuál es nuestra actitud en estos casos.

Frente al paciente tenemos siempre en cuenta, los siguientes factores: Primero: diagnóstico, que en el caso de la fisura palatina es perfectamente observable.

Segundo: Establecimiento de un plan de tratamiento en relación directa con las variantes del caso.

Tercero: La Terapéutica a emplear.

Desde el punto de vista ortodóncico u ortopédico nuestra intervención en esa larga película que es la vida del fisurado resulta múltiple.

La visión actual de un fisurado, no es más que la imagen de condiciones presentes, testimonio e historia de un pasado que pareciera un campo de batalla muchas veces no brillante. Sin embargo, hoy es posible, predecir el futuro de los niños fisurados de una manera científica, y más o menos cierta, siempre que tengamos en cuenta, los factores capaces de condicionarlo.

Primero estado físico del paciente en el momento operatorio.

Segundo técnica quirúrgica que se emplea.

Tercero: habilidad técnico-artístico del cirujano.

Cuarto: potencial de crecimiento del maxilar superior y su tipo, cantidad, dirección y de un modo especial la dirección del crecimiento mandibular, corporizada en la rotación de la misma hacia abajo y atrás, o hacia abajo y adelante con lo que a su vez se disminuye o acrecienta la visión del menor desarrollo del maxilar superior.

Quinto: Patrón morfogenético, con relación al cráneo (caso de ántero o retro inclinación.)

Sexo: Dimensión y dirección de las bases craneales, anterior y posterior.

Séptimo: Oportunidad momento o "timing" de la intervención. A este último punto nos referimos de un modo especial.

En realidad, estamos de acuerdo, en que la intervención quirúrgica del fisurado debe reglarse por razones biológicas. Sin desconocer por supuesto, las de orden geográfico, socio-económicas, ambientales, familiares, psicológicas, etc., muchas de las cuales son dignas de tener en cuenta y que pueden hacer variar las secuencias de cada una de las intervenciones, no permitiendo que las mismas se realicen en el momento oportuno.

Debemos recordar que la edad fisiológica es función lineal del logaritmo de la edad física y que el organismo en crecimiento tiene su propio tiempo biológico, que nos indica el proceso de maduración y que debemos diferenciar del sidereal o cronológico.

Mejor sería estudiar el índice de cicatrización, que da un criterio biológico y cronológico, debiendo recordar que la edad biológica es función lineal del logaritmo de la edad física.

Sabemos como se ha mostrado la existencia de dos tiempos, uno cinemático, aritmético, físico; el otro tiempo dinámico, logarítmico del mundo total y de la vida. El organismo en crecimiento tiene su propio tiempo biológico que nos da el proceso de maduración; el sidereal o cronológico, cuánto tiempo la unidad vive.

Se introduce así en el estudio del crecimiento la Cuarta dimensión, el tiempo, que permite comparar y establecer igualdades con respecto a valores disímiles,

así, referido a la reproducción, 64 días de una rata blanca son comparables a los 14 años del hombre.

Si recordando a Suárez que en su libro hizo la afirmación de que Haeckel decía que la ontogenia es la aplicación individual de la filogenia, lo que da razón a Kant, para afirmar que los muertos dominan a los vivos.

En la unidad de tiempo sidereal, por ejemplo la infancia es corta y larga la edad adulta, pero en el tiempo fisiológico, las cifras se invierten de tal manera que los días del niño están llenos de sucesos y momentos, los días son más largos para el niño, lo que se cuenta por días para la niñez, se cuenta por años para la vejez.

El tiempo cronológico no cuenta para la actividad vital del individuo, así cuarenta años es índice de vejez para un deportista, pero puede ser juventud para un intelectual, al decir de algunos la vida comienza a los cuarenta.

El tiempo fisiológico es al que nos estamos refiriendo y que se puede medir por ciertos test, como son las radiografías, fosfatasaemia, albuminemia, etc.

Teniendo en cuenta estos conceptos de orden general hemos tratado de fijar el momento oportuno para una intervención quirúrgica de los tejidos blandos y duros en el fisurado.

Sabiendo que la dentición no es más que una parte del crecimiento total, no resulta útil como índice de maduración orgánica, por lo cual el crecimiento de los maxilares está en dependencia de los factores generales que regulan el desarrollo de la dentición, repetimos y en cierta medida es índice de maduración.

Del estudio de la calcificación dentaria pueden deducirse diferentes etapas.

En la primera, que va desde 0 día a los 10 meses está excluida, a nuestro entender, toda posibilidad de intervención desde que es una época de gran vulnerabilidad en que los disturbios aun subclínicos, conducen a hipoplasias del esmalte a que son tan propensos los fisurados.

Las etapas dentarias que de acuerdo a las experiencias realizadas sobre la vulnerabilidad, se jalena de la siguiente manera: de los 10 meses a los 2½ años, menor vulnerabilidad dentaria; de los 2

a los 5 años, vulnerabilidad relativa y de los 6 a los 10 años, menor vulnerabilidad.

Para mayor claridad de la exposición consideramos que la edad fetal post-uterina, la extendemos hasta los 10 meses, época en la cual se produce un cambio en la velocidad de crecimiento al pasar del crecimiento fetal al post-natal y las condiciones se hacen más favorables para una primera intervención que estaría reducida a la sutura del labio.

Sustentan la máxima postergación de la primera intervención, el hecho visible que al suturarse el labio se constituye una brida fibrosa muscular que limita el crecimiento de los maxilares, en sentido transversal y sagital, cuyo máximo desarrollo tiene lugar en los dos primeros

años de vida, crecimiento del que afirma el eminente auxologista Toni, que alcanza en el primer año de vida post-natal un máximo que nunca volverá a alcanzarlo.

Por otra parte a los 10 meses ya han aparecido los incisivos centrales, es decir, o están muy cerca de su aparición, sino lo han hecho ya los Inc. laterales que en el tiempo transcurrido, no de espera estática, sino dinámica y funcional, se ha formado mediante el acercamiento de los rebordes maxilares un barrera que al ofrecer al cirujano plástico un apoyo óseo-dentario, facilita su tarea, al mismo tiempo que permite el normal desarrollo de esta zona.

(Continuará)

"La especialización, fruto del método experimental, independiza día a día materias hasta ayer unificadas. Pero se ha formado así el tipo funesto del especialista estrecho y cerrado: ignorante de cuan o ocurre a sus vecinos, no quiere conocer nada, más que su sector. Timido, miope, su tarea termina cuando ha juntado los hechos y los ha descripto con minucia. Todo lo que sea interpretación o hipótesis lo a errortza. Quizá vaya una partícula de verdad en're el montón de la ganga; mas no sabría reconocerla porque no sabe lo que busca. Entre la maraña del análisis ha perdido de tal modo la visión del conjunto, que cree que la ciencia comienza y concluye en su vitrina".

ANIBAL PONCE.

"Por la ciencia argentina"

LA CORRECCION DE LAS ANOMALIAS DENTO - MAXILO - FACIALES DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL

Trabajo presentado por los Dres. Bernardo Chali, José Gzelnik, Mario Di Leo, Paulina Flax, Julio Goeb, Faustino Guglielmo y Beatriz Lewkowicz, integrantes de la Comisión Sanitaria del ATENEO ARGENTINO de ORTOPEDIA MAXILAR, en la Mesa Redonda de las Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares, el día 12 de julio de 1963 auspiciado por el Círculo Argentino de Odontología.

Las Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares auspiciado por el Círculo Odontológico Argentino, significa en estos momentos un jalón más para el progreso científico y social de nuestro país.

La presencia de esta Mesa Redonda se nos ocurre que es altamente positiva, pues, facilita el diálogo que se estaba haciendo imperioso.

Como integrante de una especialidad médica es hora ya de que intercambiamos ideas con la mira puesta, en todos los obstáculos que impiden la prevención y el tratamiento de un vasto sector de la población infantil nacional en lo referente a las maloclusiones. Desde sus comienzos la ortopedia maxilar está ligada al problema social.

Por supuesto que éste sólo puede ser el comienzo. Pero todos sabemos que siempre son los comienzos los más difíciles y que hoy estamos en condiciones infinitamente superiores a las que hace apenas unos años considerando el papel que ha venido a desempeñar la ortopedia a ese respecto.

La Comisión Sanitaria del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR movida por el deseo de conocer aunque en forma precaria la realidad argentina de este problema, confeccionó una Encuesta la que fue enviada a una gran parte de los servicios asistenciales del país.

— ¿Por qué lo realizó?

Nuestra experiencia sólo se basaba en

el propio trabajo del ATENEO donde funciona la CLINICA tres veces a la semana con un total aproximado de sesenta colegas.

Ya es axioma que las horas de labor son efectuadas ad honorem cumpliendo con el espíritu de la Institución que se brinda ampliamente a la salud de la población infantil.

Se trabaja con dos jefes de clínica encargados de la dirección científica en cada una de las secciones y cuatro jefes de turno una en cada semana encargados de la distribución y control de los pacientes.

Contamos con más de 800 casos fichados, concurriendo un promedio de cuarenta niños por turno para su atención.

Frente al número de niños que requieren tratamiento a pesar de ser interesante nuestro aporte resulta totalmente desproporcionado a las necesidades reales aún adicionándole las de otras instituciones que se dedican a la misma especialidad.

Nuestro trabajo no concluye con lo asistencial sino también en forma simultánea se preocupa de la formación limitada en cuanto al número de odontólogos ortopedistas.

Demás está decir que en forma alguna este flujo anual que aperta el ATENEO y las demás instituciones similares puede cubrir toda la tarea que demanda el número potencial de pacientes.

A través de nuestra experiencia sur-

gió la inquietud de conocer qué sucede en los centros asistenciales de nuestro país.

La Comisión Sanitaria del ATENEO confeccionó una Encuesta procurando que fuera a la vez sencilla y que reflejara de alguna forma nuestra realidad. La misma fue enviada a casi todos los centros asistenciales de nuestro país en el orden nacional, provincial y municipal.

Nuestro objetivo apuntaba al conocimiento de si se atiende niños, qué tipo de asistencia reciben, qué porcentaje de maloclusiones se observan, y si se tratan; los profesionales que trabajan en el Servicio y su especialización en la materia.

Además adjuntamos una nota pidiendo que nos expresen las condiciones ambientales del lugar en que actúan y las posibilidades socio-económicas de las mismas.

Sobre 200 Encuestas enviadas, hemos recibido ya un 15 por ciento de sus respuestas que por la diversidad geográfica de sus remitentes pueden darnos un panorama bastante aproximado de la situación en que se vive en orden a las necesidades asistenciales y profesionales.

Las conclusiones que podemos extraer del resultado de esta encuesta son las siguientes:

que en los establecimientos odontológicos que atienden niños prevalece en orden de importancia las extracciones sobre la operatoria dental, la ortopedia y la ortodoncia en este orden decreciente.

En cuanto al porcentaje de las maloclusiones no se llevan estadísticas y las pocas que lo verifican extraen cifras de tan grandes oscilaciones que demuestran la precariedad de sus porcentajes. Van de un 60 a un 15 por ciento.

En cuanto al tratamiento de las mismas, en general, no se efectúan por incidencia de los actores asistencial y económico.

El número de profesionales en su mayor parte es reducido. Va de suyo que es ínfima la cantidad de odontólogos especializados en ortopedia u ortodoncia.

Debe subrayarse a guisa de ejemplo las respuestas emitidas desde Zapala, Resistencia, de San Martín (Pcia de

Buenos Aires), de Lanús Oeste, de Paraná, de la zona obrera del Chubut, que abarcan vecindades populosas donde por factores asistenciales y económicos, no se tratan las maloclusiones.

Otro grupo de respuestas contienen variantes que también asumen gravedad en sus conclusiones al observar que aún poseyendo especialistas en ortopedia los tratamientos no se realizan por factores económicos.

Además, existen colegas que manifiestan en sus comunicaciones la carencia de centros de capacitación.

La primera deducción que es fácil extraer es la de que en zonas populosas del país no se tratan en absoluto las maloclusiones ni existen especialistas que puedan hacerlo y cuando esto ocurre la proporción de casos tratados tanto por la insuficiencia del servicio como por los problemas económicos de la población resultan francamente insignificantes frente a la inmensidad del problema.

También, salta a la vista que prácticamente se carece de especialistas en ortopedia como, asimismo, son los menos los que tienen la oportunidad de abarcar nuestra especialización.

Sin necesidad de forzar los resultados de esta Encuesta, ni de recordar la situación general de nuestra población y la de nuestros profesionales el ex Ministro de Salud Pública Dr. Tiburcio Padilla en una conferencia pronunciada en Washington el 30 de abril de 1953, dijo que la Argentina es el país que menos porcentaje de su presupuesto aplica al cuidado de la Salud Pública y señaló que frente a la recomendación mínima del 15 % de la Oficina Panamericana de la Salud nuestro país destina solamente el 3 % para estos fines.

Esta frase que podemos calificar de dramática da la pauta de la situación sanitaria de nuestro país.

El Estado se ha despreocupado casi en absoluto del aspecto sanitario de su población y en grado más relevante aún de su salud dentaria.

Va de lo expuesto que en lo referente al tratamiento ortopédico y ortodóncico esta acción puede considerarse nula.



Fig. 2

Medítese estudiando las siguientes cifras:

En el año 1961 la población de la República Argentina alcanzó a 21.247.420 habitantes.

La población infantil hasta los 14 años llegó a un 29,8 %, es decir, alrededor de 6.311.000 habitantes.

Se estima un porcentaje de un 50 % de niños que padecen maloclusiones, pero de ese 50 un 30 % deberán ser ineludiblemente tratados. Es decir, habrá alrededor de dos millones de niños con necesidad de tratamiento.

Señalamos sin comentarios la remota posibilidad de tratar a esos niños. Tanto por sus dificultades económicas como por la escasez del elemento profesional.

Debe sumarse a ello que la atención que se brinda es asistencial y en modo alguno preventivo. A estos se agrega que la atención que se brinda se limita en la mayoría de los casos a extracciones lo que casi desde nuestro punto de vista resultan altamente perjudiciales ya que actúan en muchos casos como verdaderos generadores de maloclusiones.

Según estadísticas del año 1960 considerando que nuestra población es de veinte millones de habitantes serían necesarios veinte mil odontólogos, partiendo de la base de un odontólogo por 1.000 habitantes trabajando full-time. Esto quiere decir que hasta este momento había un déficit de 8.733 odontólogos ya que se registraba una cantidad de 11.277, (Ver gráfico N° 2).

Por ejemplo señalamos la situación odontológica de dos provincias, Santiago del Estero y San Juan, cuyos gráficos (Nros. 3 y 4) ilustran suficientemente acerca de su escasez en cuanto al número de odontólogos.

Además, de la existencia insuficiente de profesionales nos encontramos con que se abarcan primordialmente en las grandes ciudades y no en las menores y mucho menos en los centros rurales (ver gráfico N° 5).

Ello no es casual ni puede imputarse a los colegas el no hacerlo. Son decisivos para que el odontólogo rehuya su instalación en los centros menores, las dificultades de subsistencia y el acrecen-

tamiento de los gastos de instalación, la privación de elementos técnicos auxiliares, su falta de relación con otros colegas y de centro de estudio y de especialización.

El déficit de la atención odontológica tiende a acrecentarse por disminución del número de estudiantes que cursan los estudios en las Escuelas y Facultades del país.

Debemos remarcar que la preparación de los mismos no es correcta en cuanto atañe a nuestra preocupación.

Debe conocer a la perfección el papel que desempeñan las caries en la formación de las maloclusiones, el porqué no debe extraer ciertas piezas dentarias y

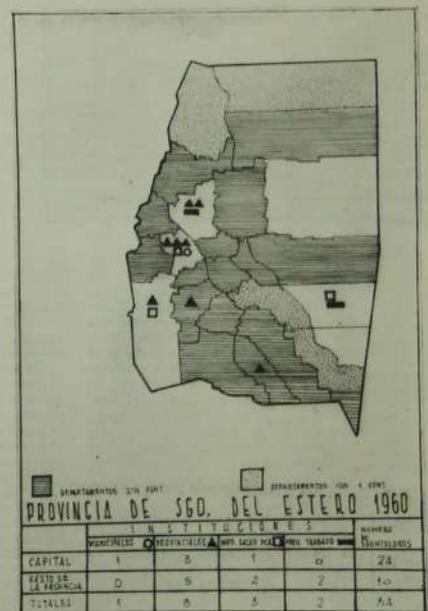


Fig. 3



Fig. 4

en qué casos cuando la extracción sea imperiosa está obligado a la retención del espacio, cuál es la relación de ciertos hábitos con la aparición de maloclusiones y en qué forma actúan para hacer posible su corrección. Vale decir, que debe tener un concepto claro de lo que es ortopedia preventiva e interceptiva.

Por otra parte, la carrera odontológica es gravosa económicamente y es tal la absorción de tiempo que exige que impide que solvante sus necesidades el estudiante medio.

Esto queda confirmado por la siguiente cita:

Según el Censo Universitario del Departamento de Pedagogía Universitaria, de los 3.485 cursantes que había en

Buenos Aires, en 1958, 2.000 no tenían ocupación remunerativa alguna.

Los estudiantes cubren sus gastos personales incluyendo los de estudio en un 54 % por ayuda familiar. Es un índice muy alto comparándolo con el total universitario que es del 30 %.

Por cuanto el odontólogo general debe egresar con un criterio clínico homogéneo y correcto que le permita cumplir la importantísima misión de evitar la fijación de biotipos anormales que de otra manera terminarán transmitiéndose hereditariamente.

Lo expuesto nos lleva, naturalmente, a las siguientes conclusiones:

1) Pedir al Estado que tome la responsabilidad en la atención de las maloclusiones y de todo lo que atañe a la salud dental;

2) bregar para que la Universidad forme odontólogos de acuerdo a las necesidades del país, por que realice cursos de Post-graduados con un número ilimitado de cursantes;

3) bregar por la creación de escuelas odontológicas regionales que sean —además— centros de estudio y de reuniones científicas zonales;

4) bregar para que el Estado arbitre los medios para que el tratamiento se haga accesible a los niños de menores posibilidades económicas;

5) que contribuya al sostenimiento de centros odontológicos con la cantidad suficiente de profesionales los que, lógicamente, deberán ser remunerados de manera conveniente.

Resulta indispensable que se coordinen los planes sanitarios de este tipo emprendidos o proyectados por las Universidades, por los centros regionales, provinciales y municipales, y por las asociaciones profesionales.

Cuanto antecede aclara los motivos por los que ya hace unos años nació el ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR.

El primero de ellos, como integrantes del conglomerado humano lo que nos obliga a la defensa de sus derechos tal como lo expresa la DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El segundo menos amplio y más concreto tiene para nosotros como argentinos una particularidad importante como es la de devolver a la sociedad lo que ella nos proporcionó al posibilitar nuestra formación universitaria.

Consecuentes con nuestro pensamiento aprovechamos la oportunidad que nos brinda la realización de esta Mesa Redonda para hacer las siguientes proposiciones:

Formar una Comisión que esté constituida en primera instancia por las organizaciones hoy presentes. Comisión que se abocará de inmediato y como primera tarea conseguir la incorpora-

ción de los representantes de todas las organizaciones similares que funcionan en el país así como también la de representantes del Ministerio de Salud Pública y de las Facultades y Escuelas Odontológicas Nacionales a fin de que tengan como programa la realización de las proposiciones que acabamos de enunciar como así de cualquier otra que tienda a que el mayor número de niños puedan ser debidamente atendidos a todo lo largo del país.*

* Los mapas con sus correspondientes explicaciones pertenecen al trabajo sobre "Situación sanitaria argentina. Número y Distribución de los profesionales", del Dr. Epifanio Palermo, presentado en las Segundas Jornadas Médicas Científicas, en Punilla, Córdoba, 1963.



Fig. 5

UN CASO DE COMPRESIÓN Y MORDIDA PROFUNDA

Dr. JULIO GOTTLIEB

En el caso que presentamos encontramos asociados elementos de varias entidades clínicas, pero consideramos interesante su presentación en razón de la edad desfavorable de la enferma para su tratamiento, y de la forma sencilla, por la aparatología empleada, y rápida, con que el caso fue solucionado.

S. A., edad 15 años, Mayo de 1961.
Estado actual: dolores a nivel de la articulación temporomaxilar.
Estudio de los modelos: figuras 1, 2.
3. Compresión transversal.
Sumo incisal, 32.
Máx. Sup. de 4/4 debe ser 37,5 y es: 34. 6/6 debe ser 43, es 44 mm. En el maxilar inferior se repiten las medidas.
Apilamiento anterior. Disco oclusión de medio premolar del lado izquierdo y de



Fig. 2

un premolar del lado derecho. Mordida profunda, los incisivos superiores cubren casi por completo los inferiores, que a su vez tocan la mucosa palatina del maxilar superior. Desviación de la línea media y acortamiento de la altura del arco anterior.
Maxilar superior
A. A. A. debe ser 18,5 mm., es: 14, dif. - 4,5 mm.
Maxilar inferior
A. A. A. debe ser 16,5 mm., es: 12, dif. - 4,5 mm.
El índice de Ashley Howes indica posibilidad de ensanche.

Fig. 1



Diagnóstico:

Compresión disto oclusión, mordida profunda, desviación de la línea media, acortamiento del arco anterior, y apilamiento del sector anterior.

Plan de tratamiento:

Ensanche, adelantar la mandíbula, levantar la oclusión, y en un paso posterior, corrección de línea media y del apilamiento anterior.

Aparatología:

Para lograr ensanche se utilizaron dos placas activas de Schwartz con tornillos medios de ensanche, Ganchos de Adams de enclaje en primeros molares y premolares, y el arco vestibular superior se pinzó a nivel del distal de incisivos superiores liberando el ecillico por distal y apoyando en mesial de los centrales superiores.

Al cabo de seis meses, logramos el ensanche que se aprecia en la fig. 3: distancia 4/4 de 34 a 38 mm., 6/6 de 44 a 49 mm. y alineado el sector anterior con la única acción del arco vestibular modificado, según explicación anterior.

Fig. 3

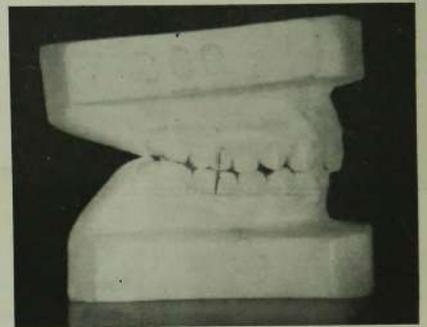


Fig. 4



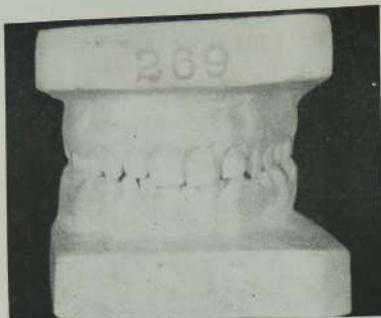


Fig. 5

suprimimos los ganchos Adams a las dos placas y les adicionamos a las mismas, placas de rodaje tipo Planas, perfectamente adaptadas a los efectos de provocar la extrusión de los posteriores y el consecuente levantamiento de mordida. Se mantuvo el arco vestibular superior. Con posterioridad, más o menos al año de iniciado el tratamiento, unimos en la boca con acrílico de auto polimerización ambas placas que de tal manera se transformaron en un activador con una mordida de trabajo en protrusión a los efectos de llevar

en clase y mejorar la posición de la línea media. Ver figuras 4 y 5, en que se aprecian las modificaciones operadas en lo referente a la compresión, distocclusión, línea media, alineación del sector anterior y sobre todo, el levantamiento de la mordida. Con referencia a esto último, cabe consignar que en las primeras sesiones de iniciado el tratamiento, y con el uso de las placas de Schwartz, se produjo el alivio en los dolores articulares que, con el posterior levantamiento de la mordida, desaparecieron por completo.

"UN HOMBRE DE CIENCIA QUE NO TENGA A LOS VEINTE AÑOS IDEAS GENERALES DEFINIDAS Y UNA ORIENTACION PRECISA, PODRA LLEGAR A SER UN BUEN ALBAÑIL DE LA COMPARACION DE TAINE, PERO NUNCA EL ARQUITECTO DE AMPLIO VUELO."

ANIBAL PONCE

PROTESIS RESTAURATRIZ EN UN NIÑO DE SEIS AÑOS

Dra. T. K. de ISRAELSON

El artículo del Dr. F. Guglielmine, sobre prótesis restauratriz en niños, apreciado recientemente en esta revista, me alienta a exponer mi experiencia en un caso de consultorio en que la prótesis fue colocada con otro criterio, y por otra circunstancia, dando igualmente resultados halagadores.

1) C.A.L. (6 años) llega a la consulta al cumplir los 5 años con ambos incisivos centrales sup. temp. prácticamente expulsados por un fuerte golpe. En la imposibilidad de conservarlos procedo a la extracción. El informe radiográfico indica que la erupción de los permanentes se halla aún bastante lejos. Aconsejo por lo tanto un mantenedor de espacio.

Este consejo no es aceptado pues los familiares no quieren traumatizar al niño.

Sugiero el F.K.O. para cumplir en cierta forma esa función e intentar con él, al mismo tiempo, combatir el vicio del niño de chuparse el dedo pulgar durante la noche.

La posibilidad de solucionar este problema que la preocupa, determina que la madre acceda a la instalación del F.K.O.

Colocado éste, tolerado por el pequeño paciente, lo cito para mantenerlo controlado y vinculado al consultorio.

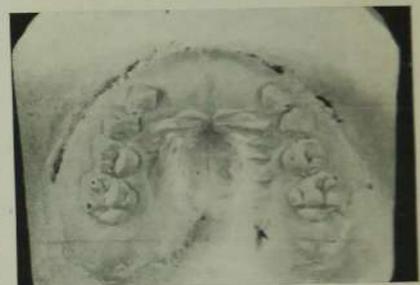
A pesar de ello desaparece por una larga temporada.

2) Al reaparecer, la madre me manifiesta su satisfacción pues C.A. ha perdido ya el vicio de chuparse el dedo.

Requiere mi opinión sobre las dislalias del niño que obligaron al tratamiento fonoaudiológico pero que persisten a pesar de él.

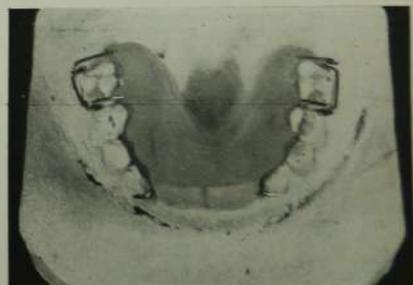
De la conversación con el niño surge la evidencia de la causa: él dice: **me pata la lengua.**

Esto, en su lenguaje, refleja gráficamente una situación que no se hubiera producido de trabajar ambos especialistas: dentista y foniatra, en equipo. Situación rápidamente solucionada, al colocarse



una prótesis reponiendo los dos incisivos ausentes.

3) Creo que este caso es ilustrativo sobre el valor de este tipo de prótesis en determinados casos y también de la necesidad de una relación directa entre los profesionales que se ocupan simultáneamente del mismo paciente, pues órganos y funciones se condicionan para integrar en forma armónica un todo: el organismo humano. (Ver figs. 1 y 2.)



ESTUDIOS CINERRADIOGRAFICOS DEL COMPORTAMIENTO DE LA LENGUA

por W. J. Tulley, B.D.S.; F.M.S.R.C.S.D. ORTH, R.C.S. Guy's Hospital Dental School
Traducción y Resumen de la Dra. F. Schwartzman

EL ADVENIMIENTO de los métodos eléctricos de la imagen intensificada ha permitido al radiólogo llevar a la luz el prolongado ocultamiento de muchos pacientes, y así observar el movimiento de los tejidos blandos del tracto alimenticio con la ayuda de la radiopacidad media.

El dosaje de rayos X recibido por el paciente durante la exposición es íntimo, así como inofensivo, y la calidad de la foto es excelente. Esta técnica ha sido usada en los años recientes para tomar películas de los movimientos de los tejidos blandos en la masticación y en la deglución (Ardan y Kemp 1953-1955). Hace poco ellos han investigado los movimientos de los tejidos blandos en el ciclo de la succión. Este método de cinefluorografía ha sido usado en Estados Unidos para estudiar los movimientos de la mandíbula y los del paladar blando en los pacientes con paladar fisurado.

Groeman ha mostrado películas ilustrando los movimientos de la lengua y de los labios en clase 2, 2ª división y Leighton (1950) muestra el uso de estos aparatos en el estudio de la deglución infantil. Esta forma de investigación es muy apropiada en nuestro campo de interés pero la técnica es particularmente difícil. En una inspección lateral, los dientes por su densidad, tienden a enmascarar los movimientos de la parte anterior de la lengua, por eso la exposición de esta película es un asunto crítico. Groeman trató de evitar esto, interponiendo un objeto metálico en el borde del I. inferior.

El excesivo dosaje de rayos X sobre todo con la imagen intensificada acarrea peligros. Al tomar películas con este tipo de aparatos la salud de los rayos X ha de ser aumentada considerablemente, más

allí de lo que requiere comúnmente. Esto significa que sólo unos pocos segundos de la película pueden utilizarse y un nuevo ensayo para una perfecta exposición no puede ser hecho en el mismo paciente. Es necesario usar otro sujeto con la edad y grupo debidos con características faciales similares, edad, grupo, tamaño de la mandíbula, y la densidad de los tejidos blandos, para obtener una exposición de prueba. A pesar de la importancia de lo manifestado del peligro de los radiadores yo me he asegurado que unos pocos segundos de cada exposición son perfectamente tolerados, pero ellos acarrearían peligros si se hiciera un estudio serio en criaturas tal como a uno le gustaría.

Hasta el presente, ese tipo de investigación no puede ser llevado a larga escala para estudiar los posibles cambios de la actividad de la lengua en las criaturas en crecimiento.

Otro problema es el de la fijación de la cabeza. Es muy dificultoso tomar un aspecto lateral correcto de una criatura siendo recomendable el uso de un edulcorante cefalostático. La película nos ilustra un ejemplo de momento en que se produce la deglución y también al hablar, con comportamiento normal de lengua y labios.

Esto contrasta con lo que ocurre en un paciente con maloclusión, clase II, 1ª división, un movimiento lingual forzado. Ese tipo de comportamiento lingual, trae asociado al hueso anormal, el volcamiento hacia adelante de los I, virtualmente imposible. Este comportamiento atípico fue producido 19; porque el paciente no pone los dientes en contacto en ningún momento, durante la deglución. 20; la mordida abierta y el overjet permiten que la

punta de la lengua sea más visible. 30; es el comportamiento innato de la lengua lo que más nos interesa (Cix 1953, Guyne Evans 1954 y Ballard 1957).

Hay muchas imperfecciones en la película y se muestra esta etapa para ayuda y crítica constructiva. Además de los problemas de la exposición correcta, están las diferentes densidades de la pasta de barto que se utiliza para tratar de mejorar el bosquejo de los tejidos blandos. Los mejores resultados fueron obtenidos mezclando mucilago con la pasta y así en ciertas partes de la película los tejidos blandos están mal definidos, mientras que en otros su bosquejo es bien claro. La película fue tomada por mí, en el Departamento de Radiología, Guy's Hospital, usando el aparato de imagen intensificada Phillips. Fue filmada por primera vez en 35 mm. siendo usada primero para impresiones y luego reducida a 16 mm. para proyecciones.

A medida que va aumentando el tiempo de exposición las series de películas cortas conteniendo unos pocos movimientos de deglución pueden ser repetidas muchas veces, para ser proyectadas, es decir, uno tiene la oportunidad de observar los movimientos con más atención. Un observador avezado está en el mejor camino para hacer un análisis detallado de los movimientos y éste puede ser calificado de la estructura individual. La película fue entonces mostrada con los siguientes comentarios: El primer sujeto en ese film está tragando una pequeña cantidad de pasta de barto, acto que Lix (1946) ha descrito como la deglución básica. Se notará el camino por el cual el bolo líquido es llevado a la parte posterior

de la boca por la lengua, como lo ha descrito Willis (1946) y en la fase milchizada de la deglución los dientes están ubicados juntos y la lengua con comida entre las arcadas dentarias se comba hacia atrás y vierte el líquido en el naso-faringe. El cierre nasofaríngeo y la protección laríngea permitió ese movimiento descrito con toda claridad por Ardan y Kemp.

Como ejemplo de la conversación hacemos que el sujeto diga "sing a song of six peacs". En el sonido "s" la punta de la lengua está ubicada detrás de los 1 sup. y no entre los 1. Los movimientos del paladar blando son vistos claramente y también el momento en que la mandíbula está realizando principalmente el movimiento de bisagra durante la conversación.

Con un segundo sujeto con clase II primera división con selección 2 entre las basales, nunca ocluyen sus dientes durante los distintos momentos de la deglución. Trago como lo describió Rix, con la lengua adelantada, entre los 1s que se unen cuando se contrae fuertemente el labio inferior. Cuando pronuncia las mismas palabras en errores, la punta de la lengua está entre los 5 y otra vez en contacto con el labio inferior. Su mandíbula se protruye para compensar la disrelación dentaria y en descanso la lengua muestra una posición adelantada entre los 1s.

La primera intención al usar ese film no fue el propósito de enseñanza. Fue solamente para la investigación de las posibilidades del uso de esta técnica. No obstante se ha hecho mostrando críticamente la función atípica de los tejidos blandos y fue mostrado para discutir la técnica.

EL EFECTO DEL TRATAMIENTO ORTODONCICO

por el Dr. Lennart Wieslander
Traducción y síntesis por la Dra. Lisman

INTRODUCCION:

Los conocimientos relativamente recientes de que el crecimiento facial es uno de los factores importantes en el logro de los resultados de el éxito ortodónico, ha hecho a los ortodontistas más receptivos para un tratamiento temprano, en el período de la dentición mixta.

El efecto de la terapia con casquete ha sido determinado por investigaciones cefalométricas. Y se llegó a la conclusión de que la influencia de estos tratamientos se limita a la dentadura, con la alteración correspondiente del modelo de erupción de los dientes. Muy pocas veces se ha informado sobre evidencias de un efecto posterior sobre el área dentofacial. El propósito de este estudio es: analizar la influencia que tiene el tratamiento del casquete sobre el desarrollo del complejo craneo-facial. Casi todos los estudios han sido ontogénicos por naturaleza. Se desea que esta investigación, sobre una base comparativa, pueda ayudar a resolver el problema de la influencia que el tratamiento ortodónico tiene sobre el crecimiento facial.

REVISION DE LA LITERATURA:

En el pasado ha sido frecuentemente discutida la posibilidad de afectar el crecimiento por medios ortodónicos. Tempranamente los autores postularon que el tratamiento definitivamente tenía una influencia sobre el crecimiento del hueso. Creyton que, encontrando una buena oclusión podrían estimular y desarrollar una mayor armonía del patrón facial. En 1933 Hellm, usando medidas antropométricas sobre más de 1,100 casos cuestionaba esta premisa cuando estableció: "El crecimiento de la cara aparentemente es independiente del efecto del tratamiento ortodónico, pero el éxito del mismo puede

ser dependiente del crecimiento". La introducción de la cefalometría en 1931 presentaba a la profesión un método por el cual podría ser hecho un mayor análisis crítico de los efectos de la terapia ortodónica y el crecimiento en las estructuras faciales.

En 1938 Brodie y sus colegas de acuerdo a sus apreciaciones cefalométricas llegaban a la conclusión de que el modelo del hueso esquelético estaba predeterminado y que los cambios reales del hueso acompañando la corrección de una maloclusión estaban restringidos al proceso alveolar. Estas ideas han influido en el pensamiento ortodónico hasta el día de hoy y han contribuido al pesimismo concerniente al valor de la corrección de una maloclusión antes de que todos los dientes permanentes estén presentes.

Recientemente sin embargo, algunos investigadores piensan que la influencia del tratamiento podría extenderse un poco más allá de este grupo de edades. En 1953 Kloehn discutió la posibilidad de influenciar el crecimiento patrón cuando la dirección del crecimiento hacia un desarrollo normal con el objeto de establecer un buen alineamiento y balance de los dientes y maxilares. Watson, Klein y Newcomb informaron sobre los cambios del tratamiento en los que aparecía la influencia de la posición del plano palatal relativo a la base craneal. Esto les sugirió que el tratamiento puede hacer cambiar el modelo de crecimiento del propio maxilar. Moore, en un estudio de los factores del tratamiento en la maloclusión Clase II, remarco la influencia favorable del tratamiento con anclaje cervical sobre el crecimiento facial.

Se vio en muchos casos un gran progreso por reducción de la convexidad facial.

MATERIALES Y METODOS:

Se tomó 30 casos de niños de ambos sexos, los cuales tenían maloclusión Clase II Angle en la dentición mixta. Todos los casos de este grupo habían sido tratados ortodómicamente con anclaje cervical. No se usaron elásticos intermaxilares. Se pusieron bandas en los primeros molares superiores y se utilizó un casquete tipo Kloehn.

Como control, se usó el mismo número de niños con articulación normal.

Una revisión de la literatura considerando el modelo esquelético de individuos con maloclusión Clase II indicaba que muchos de los autores consideran la Clase II como una entidad causada por un factor o una combinación de varios factores.

Los factores están relacionados con el tamaño relativo o interrelación de los huesos que forman el patrón esquelético.

Los estudios cuidadosamente conducidos nunca han expresado o implicado que el modelo de crecimiento de los mismos huesos individualmente es anómalo.

Esto debe terminar ya que no hay razón para creer que el crecimiento general en personas con una maloclusión Clase II es diferente a los vistos en personas con oclusión normal. Consecuentemente fue considerado posible usar un número de sujetos normales no tratados como control para analizar los cambios de desarrollo que tienen lugar durante el tratamiento ortodónico de la maloclusión Clase II.

Los pacientes de ambos grupos tienen un desarrollo dental aproximado en el tiempo del primer examen.

Los niños de los dos grupos fueron cuidadosamente equiparados de acuerdo a la edad, sexo y longitud en el tiempo de observación.

El material cefalométrico para el análisis consistió en un roetgenograma lateral de cabeza. En cada caso se obtuvo un film al comenzar la observación y otro aproximadamente 3½ años después. Los films con los dientes en oclusión y también con la boca bien abierta para facilitar el trazado de los cóndilos mandibulares. El segundo trazado fue superpuesto al primero, en el plano esfenocrotal y el punto de la línea media de las dos grandes alas del esfenoides con la intersección de este plano,

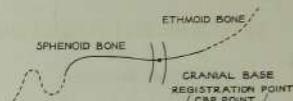


Fig. 1

Un sistema de trazados compueso por el plano horizontal de Frankfort (FH) y una línea perpendicular a este (FF) del punto medio de las alas mayores del hueso esfenoides fue transferido del primer trazado al segundo, con el trazado registrado sobre la base craneal. Este procedimiento relaciona todas las medidas a esos planes de las estructuras craneales del film original. En relación a este sistema de trazados, fueron marcados los cambios lineales de las medidas horizontales y verticales de ciertas marcas anatómicas. En adición fueron usadas algunas medidas angulares. (Fig. 2 y 3)

Los datos fueron analizados estadísticamente de acuerdo con procedimientos corrientes. La diferencia en los cambios

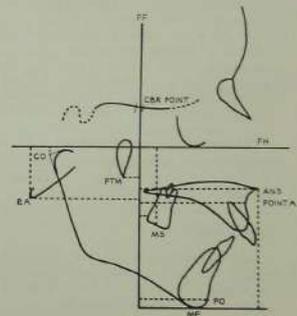


Fig. 2

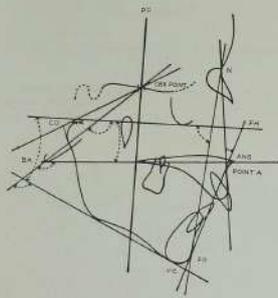


Fig. 3

entre el grupo de maloclusión Clase II y el grupo control fueron sometidas a un cuidadoso estudio. La significación de las diferencias registradas fueron estudiadas por la prueba de "t" de Student. Un nivel de probabilidad de 0.05 (5%), fue considerado significativo. La interrelación entre ciertos cambios dentro del grupo clase II y el grupo control ha sido examinada por análisis de correlación.

Se aplicaron análisis estadísticos de acuerdo a procedimientos aceptados. La diferencia en los cambios entre los dos grupos (Clase II y normoclusión) fue cuidadosamente estudiada. La prueba "t" de Student estimaron la significación de las diferencias registradas.

Un nivel de probabilidad de 0.05 (5 por ciento) ha sido considerado significativo. Han sido examinadas por un análisis correlativo, de interrelación entre ciertos cambios dentro de ambos grupos.

DISCUSION:

Una interpretación de las evidencias encontradas indicaba una mayor influencia sobre el complejo facial que el que ha sido generalmente publicado.

Así como dos cambios promedio de crecimiento en los dos grupos investigados fueron aproximadamente de igual cantidad, cualquier diferencia grande entre ellos fue referida como siendo debida al tratamiento del grupo estudiado. Du-

ranse los 3 a 4 años de observación, la tendencia general en la dirección de crecimiento para la mayoría de los puntos registrados en ambos grupos, fue inferior y anterior en relación a la base craneal. Sin embargo, fueron observadas algunas diferencias muy significativas entre los grupos, las cuales indicaron que el tratamiento ortodóncico produjo un cambio real en la dirección del crecimiento.

La tendencia direccional observada para muchos de los puntos registrados en ambos grupos fue en una dirección inferior-anterior en relación a la base craneal.

Sin embargo, fueron observadas algunas diferencias muy significativas entre ambos grupos que podrían indicar que el tratamiento ortodóncico produjo un cambio en la dirección de la mandíbula.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO SOBRE EL MAXILAR SUPERIOR:

En relación al sistema de trazados establecidos —y de ese modo en efecto, a la base craneal— la fisura pterigomaxilar (PTM) mostraba un cambio inferior y ligeramente anterior en el grupo de control, mientras que en el grupo "A" estudiado fue registrado un movimiento significativamente inferior y posterior. La espina nasal anterior (ANS) fue afectada en la misma dirección con una cantidad significativa menor de movimiento anterior registrado en el grupo estudiado que en el grupo de control. Esto puede interpretarse como que hay más que una pura respuesta dental/alveolar al tratamiento del casquete y que debe ser considerada una influencia real sobre la dirección del crecimiento maxilar.

Desde que el aumento en longitud de la maxila registrado como el aumento en distancia de PTM a ANS a lo largo del plano palatal fue el mismo en los dos grupos, la diferencia en el comportamiento con respecto al movimiento anterior del ANS podría no ser debida al crecimiento inhibido del maxilar, como ha sido sugerido en algunas instancias —más bien esto aparecía como que la maxila entera está siendo llevada relativamente más hacia abajo o hacia atrás y más como resultado del tratamiento del casquete.

La posición de los molares superiores fue afectada muy significativamente por el

casquete de Kloeohn. La esperada migración anterior de la dentadura en relación a la base craneal ha sido inhibida, ya sea por inclinación o por movimientos enteros de los molares en una dirección distal.

Un cambio inferior significativamente más grande indicaba el mismo tiempo una posible extrusión de estos dientes.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO SOBRE LA MANDIBULA:

Los cambios en la posición de los molares superiores, puede producir una abertura en la mordida. Al comienzo de la investigación, la altura de la cara inferior ANS-menton, fue la misma en ambos grupos, pero el incremento de esta medida fue significativamente mayor en el grupo de estudio.

Existen distintas opiniones de como esto podría afectar la posición mandibular. Algunos investigadores han sugerido un plano mandibular inclinado seguido por un menor movimiento anterior del pogonion. Otros han informado acerca de un cambio posicional tal de la mandíbula por una apertura de la mordida la cual ha sido postulada como liberando una mandíbula posteriormente desplazada o induciéndola a una oscilación adelantada alrededor del molar superior o extraído.

Una revisión preliminar de los cambios recogidos aquí dieron la impresión de que la segunda explicación podría ser plausible. El cóndilo mandibular mostraba un cambio significativamente mayor, inferior en el grupo estudiado que en el grupo control. Por lo tanto no hubo aumento en el ángulo plano mandibular. Lo mismo fue cierto para el pogonion el que realmente parecía moverse suavemente más adelante en el grup tratado.

EFFECTO DEL TRATAMIENTO SOBRE LA BASE CRANEAL:

Después del tratamiento con casquete fue registrado un cambio definitivo en la posición del basión. El basión mostraba un movimiento significativamente inferior y un movimiento menos posterior en el grupo tratado que en el de control. Esta observación fue difícil de explicar, ya que la mandíbula en el grupo tratado aparece en una posición hacia abajo y hacia atrás durante el tratamiento.

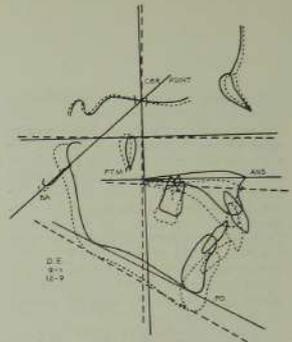


Fig. 4

Un examen más cuidadoso de los datos dan sin embargo, una impresión diferente.

Fue observado que por cada cambio posicional del basión con relación a la base craneal (en el grupo tratado) se observaba un efecto constante en los otros puntos registrados. Los análisis estadísticos probaron que estas interrelaciones son muy significativas. Los cambios en la posición del basión mostraban una correlación significativa con los cambios en la posición del pogonion, ANS y el plano mandibular. Las relaciones no significativas entre los mismos mediciones podrían ser registradas en el grupo control.

INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS:

Después de tres o cuatro años de tratamiento con casquete se registraron diferencias marcadas en la posición de la fisura pterigo-maxilar entre los grupos tratados y no tratados. La fosa PTM estaba en una posición más posterior en relación a la base craneal en el grupo tratado. Consecuentemente eso puede ser interpretado como que ambos, el maxilar y el proceso pterigoideo del hueso estenoides están afectados por la fuerza aplicada a los dientes en una dirección posterior por el casquete cervical.

El proceso pterigoideo y el cuerpo del hueso estenoides están fusionados a esta edad y por lo tanto cualquier cambio en la posición del proceso pterigoideo será automáticamente transmitido al resto del hueso estenoides.

A la edad de 9 años, con el crecimiento auricular muy activo, parece lógico que los huesos de la cara y el cráneo podrían estar sujetos al ajuste de la posición como resultado de una presión aplicada en una dirección constante. Entonces parece posible ejercer una ligera influencia sobre la dirección del crecimiento no solamente por la posición del maxilar sino también por el proceso pterigoideo y el hueso esfenoidal entero.

Este efecto rotacional asumido sobre el hueso esfenoidal en el grupo tratado inmediatamente explicaba todos los encuentros mencionados aquí.

Al estar superpuestos sobre el plano esfero-estoidal no se pudo ver el efecto sobre el esfenoidal. Cada registro mostraba un suave "balanceo adelantado" sobre el segundo, tratado en relación al primero. Ese movimiento al basión inferior y anteriormente. Lo mismo fue cierto para todas las otras marcas registradas. Esto disminuyó el ángulo plano mandibular y explicó el cambio anterior previamente mencionado, en la posición mandibular. Dio también una razón para la gran correlación entre los cambios de los diferentes puntos en el grupo de estudio, como una rotación del segundo trazado bajo automáticamente que todos los puntos registrados adelantaron la misma cantidad.

Las significativas correlaciones encontradas en el grupo de estudio (tratado) comparada a la no correlación en todo con las mismas mediciones en el grupo control proveyó mayor evidencia de la existencia de este efecto rotacional. Ambos grupos tratados y controlados fueron examinados para determinar si el efecto de rotación era cierto referido al plano estándar de referencia silla-nasón (SN). Cuando se superpusieron los trazados del grupo control en la línea S-N con la silla registrada, las líneas base de los trazados que estaban orientadas sobre el plano esfero-estoidal continuaron permaneciendo paralelas una a otra; eso indicaba no rotación en esta área.

Sin embargo, cuando los chicos tratados fueron evaluados en el mismo modo en el segundo trazado del sistema, las líneas mostraban en muchos casos una rotación en el sentido de las agujas del reloj. Esto puede ser explicado solamente por un

cambio en las relaciones del cuerpo del hueso esfenoidal con sus estructuras circundantes. El mismo efecto fue observado cuando CBR punto basión fue usado (ver en la fig. 5).

Si se eliminara la rotación en el segundo trazado observado en el grupo tratado (Fig. 5) la diferencia significativa entre los dos grupos respecto al modelo de crecimiento del maxilar habría sido aún más pronunciada. Después del tratamiento con casquete, habría una mayor inclinación aparente del plano palatal y se habrían registrado diferencias no básicas en el comportamiento del basión. Siguiendo la apertura de la mordida, el efecto sobre la mandíbula podría haber resultado en un ligero empujamiento del plano mandibular y un menor movimiento anterior del pogonion, en el grupo estudiado que en el grupo control. El cambio posicional anterior de la mandíbula podría no ser evidente. Como ambos, maxilar y mandíbula podían ser modificados de la misma manera, el panorama general del cambio favorable en su relación antero-posterior, permanecería igual.

CONCLUSIONES:

En este estudio fue mostrado un cambio en la dirección del crecimiento del modelo cráneo-facial luego del uso del

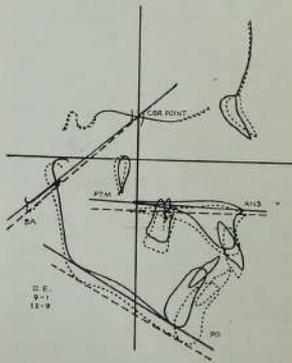


Fig. 5

anclaje occipital en el periodo de la dentición mixta.

El cambio en el modelo de crecimiento afecta no sólo al maxilar superior sino también a las estructuras adyacentes en contacto directo con el maxilar indicando que el efecto del tratamiento ortodóncico en estos casos no está limitado sólo al área dentoalveolar.

En conclusión. Dos investigaciones recientes arrojaron alguna luz sobre estos hallazgos. Moore cita un estudio reciente de Kaus, Wise y Fret que fracasó al querer mostrar una duplicación morfológica en los modelos faciales de mellizos monozeugias.

Cuando se hicieron estudios exhaustivos de los huesos de la cara y se encontró una duplicidad casi idéntica, las diferencias en los patrones faciales se explicaron como debidas a la forma en que varios huesos similares estaban orientados unos a otros.

Debe ser deducida de esa observación que aun teniendo modelos genéticos idénticos para cada hueso, su subsecuente desarrollo y orientación de uno hacia otro puede estar influenciado por el medio ambiente.

Moore en un estudio experimental sobre el crecimiento de la cabeza en ratas eslabó que el modelo de crecimiento de la cabeza es en realidad a "regresus" de los submodales. No hubo pruebas experimentales de algún cambio posible en las dimensiones de las estructuras faciales estudiadas.

Los datos sin embargo, tendieron a apoyar el punto de vista que esos componentes retílicos, no tienen una necesaria relación morfológica, y son capaces de crecimiento normal en una relación espacial alternada con respecto a los otros.

Estas investigaciones apoyan ciertamente la teoría que el tratamiento del casquete es posible que afecte la dirección del crecimiento del complejo facial. Es necesario estudiar en el futuro casos tratados sin retención para sustanciar luego la influencia del tratamiento ortodóncico sobre el modelo de crecimiento de la cara.

RESUMEN:

Fue realizado un intento para evaluar el efecto del anclaje occipital sobre el

área dentoalveolar en el periodo de la dentición mixta. Esta investigación fue llevada a cabo en un grupo de 30 pacientes tratados de la Clase II, todos cuidadosamente clasificados de acuerdo a la edad, sexo y tiempo de observación, con un número igual de niños no tratados con occlusión normal.

Los dos grupos fueron comparados con un análisis idéntico de films cefalométricos —unos tomados al comienzo de las observaciones y otros tomados tres años y medio más tarde—. Como el promedio del crecimiento en ambos ejemplos investigados fue aproximadamente igual, cualquier diferencia significativa del modelo de crecimiento fue considerada como debida al tratamiento con casquete.

La interpretación de las evidencias presentadas indicaba una influencia mayor sobre el complejo facial con respecto a lo informado anteriormente. Agregado a los efectos visibles sobre el área dentoalveolar siguiendo un tratamiento con casquete fue observada una real influencia sobre la dirección del crecimiento del maxilar y sus estructuras óseas adyacentes.

1. — Fue señalado un cambio posterior en la posición de la fisura pterigo-maxilar.

2. — La espina nasal anterior reveló un menor movimiento en el sentido anterior.

3. — Fue evidente una inclinación hacia abajo de la parte del plano palatal.

4. — Sobre la base de los datos presentados hay una gran evidencia para apoyar la opinión de que el tratamiento con casquete durante el periodo de edad estudiado puede alterar la interrelación del hueso esfenoidal con los otros huesos del complejo cráneo-facial. El cambio, en relaciones informadas, fue una ligera rotación en el sentido de las agujas del reloj, hueso esfenoidal, con una alteración del modelo de crecimiento facial en los niños tratados.

Este artículo cuestiona seriamente la opinión previamente mantenida que los tratamientos ortodóncicos influyen solamente el área dentoalveolar de la cara. Se ha presentado amplia evidencia para indicar que durante el periodo de crecimiento del niño la terapia ortodóncica puede influenciar el futuro patrón de crecimiento de todo el complejo cráneo-facial.

PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

Del 9 al 13 de julio pasado se desarrollaron en Buenos Aires, organizadas por el Círculo Argentino de Odontología. A la participación de gran número de colegas del país cabe agregar la de numerosos colegas extranjeros que determinaron que dicho certamen se convirtiera en una verdadera puesta al día de la Ortopedia Maxilar.

El Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar participó activamente en la organización de dichas Jornadas, tanto en la faz científica con aportes de real valía como así en lo material aportando su capital de asociados y brindándose ampliamente para el mayor éxito de dichas Jornadas.

El día 11 de julio pasado se brindó en nuestro Ateneo una recepción a las autoridades de dichas Jornadas, invitadas especiales, nacionales y del exterior teniendo el honor el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar de contar en su casa con la presencia de los doctores Bernabé Espinal, presidente del Círculo Argentino de Odontología; Héctor Schweitzer, Presidente de las Jornadas, miembros de la C.D. de dicho Círculo, miembros de las comisiones de la Sociedad Argentina de Ortopedia y de la Sociedad Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares encabezadas por sus presidentes, doctores José Luis Ferrería y Julio Miranda, representantes extranjeros de Alemania, España, Francia, Italia, Brasil, Chile, México y del Uruguay. Durante el transcurso de dicha recepción hablaron para exaltar su sentir los doctores Pedro Planas, Konrad Thielmann, A. F. Macary, Sergio Gurmán, Armando Lengua, Ferrería, Espinal,

en fin una larga lista de colegas que en el cordial ambiente de nuestra casa dejaron de lado protocolos y se dieron íntegramente hermanos en una jornada que quedará en los anales de la odontología mundial.

Y esa verdad nace del trabajo, de la fe en el hombre, que en alas de su felicidad, despliega su inteligencia y su corazón. Su inteligencia para arriancar a la naturaleza sus secretos, y volverla en arma constructora. Y su corazón, para que esté espejo de la verdad, que es la ciencia, no se empañe con el aliento de la mezquindad, la envidia, el egoísmo, la falsa modestia y la ambición desmedida de la gloria o de los éxitos materiales, que es el ácido que corroe las más bellas y castas intenciones.

Por ello me resulta grata esta coincidencia de los fines, que se concreta en esta jornada y que cual crisálida que rompe su forma y echa a volar, se expresa en la honda elocuencia de los organizadores de la misma.

El trabajo honrado, sincero, abierto, siempre fructífero, porque aún de errar nace la verdad, cuando se pone fe en el hombre y respeto a su trabajo.

Por encima de los descreídos, de los maldicientes, de los roedores de la gloria, y de los que tienden su imaginación al vuelo corto de la pérdida, en lugar del aурoral vuelo de la paloma, que es vuelo de paz y de trabajo, miramos al futuro.

El silencio en el trabajo fecundo es la mejor respuesta a todas las dudas; el saber esperar sin impacencias es siempre el preludio del éxito verdadero.

Señores: que este signo, que es el que



El Dr. Leonardo Voronovitsky saludando a los visitantes en nombre de la Institución.

permitted como fruto esta jornada en un fecundo diálogo, que nos identifica y nos reúne, continúa siendo el signo distintivo de nuestra conducta para permitirnos así plantar otros jolones en la eterna lucha por la felicidad del hombre: paz entre los hombres y respeto al que trabaja.

Por vuestra salud, por vuestro trabajo y por la amistad necesaria para poder cumplir ese ideal de salud a todos vosotros y pongo a vuestra disposición esta casa de trabajo.

FIESTA EN NUESTRA CASA

Para ofrecer la recepción habló el doctor Leonardo Voronovitsky en nombre del Ateneo Argentino de Ortopedia de los Maxilares, cuyas palabras reproducimos: Señoras, señores:

El Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar ha querido agradecer de alguna manera a estas brillantes jornadas organizadas por el Círculo Argentino de Odontología, no sólo en su faz científica sino en su dimensión emocional y humana.

El Dr. Pedro Planas agradeciendo en nombre de los demostradores extranjeros.





Delegados extranjeros y miembros de la casa en un aparte.

Por ello se ha tomado el atrevimiento de invitar en torno de esa mesa, a los demostradores y delegados del exterior e interior de las instituciones, queriendo contribuir así a que estas jornadas queden en el recuerdo de sus asistentes.

Quisieramos testificar así nuestro agradecimiento y reconocimiento a los colegas extranjeros, del interior y de la Capital Federal, por sus esfuerzos en hacerse co-

nocer sus trabajos, que indudablemente contribuirán a nuestra capacitación y superación científica y técnica. Y especialmente, al Círculo Argentino de Odontología, a sus autoridades y todos sus colaboradores, porque nos han brindado, junto con su capacidad organizadora, al realizar este certamen, su humana y atenta disposición, al invitarnos a concurrir al mismo.

La Dra. Schaiter haciendo firmar el libro de visitas al Dr. Thieleman



Estoy seguro de interpretar el pensamiento y el sentimiento de todos los miembros del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, al digo que al escuchar las palabras inaugurales de este certamen pronunciadas por el Dr. Espinal, vimos reflejado nuestro propio modo de pensar y de sentir. Hacia pocos días, dentro de la modestia expresiva de nuestros médicos, habíamos escrito en el editorial de nuestra revista idénticos conceptos.

No puede pues ser más grande ni más grata esa coincidencia.

En medio de circunstancias tan graves y perturbadoras, como usted lo ha dicho, de tan as tribulaciones e incertidumbre, el hombre argentino trabaja, construye,

crisis y medita con la seguridad y firmeza de un porvenir venturoso para la patria y cada uno de los hombres. Estas jornadas lo testimonian con elocuencia. Se trata de rescatar al hombre, de liberarlo material y moralmente, de elevarlo físico y espiritualmente para colocarlo a la altura que se merece en el conjunto de los ciudadanos. De rescatar al hombre, como dice el Dr. Espinal, del dominio de la naturaleza y del dominio del hombre para hacerlo sano, espiritual y físicamente.

Emerson, el gran pensador americano, dijo alguna vez, que la verdad se cuele en el corazón y la conciencia de los hombres, por una puerta secreta, por la que se salvarán todas las vallas que pudieran oponerse a su avance y felicidad.

Telradiografía para Cefalometria

Dres. E. BESZKIN - M. LIPSYC - L. VORONOVITSKY
y L. ZIELINSKY

CEFALOGRAMAS
de Steiner, Wyllie, Downs y Schwarz
PERFILOGRAMAS

Distancia Foco - Placa 2 metros
para Ortopedia Maxilar y Ortodoncia

HORARIO: DIAS HABLES de 15 a 18 horas

CARLOS PELLEGRINI 743, 2º Piso Dto. 14

T. E. 32 - 5802

Resumen de Revistas

Por el Dr. A. N. LAGORIO

REV. COOPERADOR DENTAL. Noviembre 1962-Febrero 1963.

"Estudio comparativo del crecimiento craneofacial en casos ortodómicamente tratados", por los Dres. R. Santini, R. Tosi, A. Ronchi, M. T. de Bakis, M. C. de Marino, H. J. de Schiavelli, N. Taboada.

Trabajo estadístico muy interesante y completo sobre un grupo de 73 niños tratados ortodómicamente, cuya edad oscila entre 8 y 18 años, con objeto de establecer las modificaciones sufridas en trece mediciones hechas sobre el macizo craneo facial en un lapso de 1 a 5 años, en el mismo lugar, y en iguales condiciones. Se efectuaron mediciones en zonas mandibular, maxilar, base craneal anterior, ángulo Frankfort, S.N. y eje X - Y de crecimiento de Nicksita; se adjuntan estadísticas y tablas completas de los mismos.

REV. CIRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA. Mayo-Junio 1963.

"Utilización del arco facial en el sistema gnatóstático de Dr. Pedro Planas", por el Dr. Armando A. Stefanelli.

El autor describe el dispositivo creado por el Dr. Planas para lograr una correcta posición mandibular y perfil del paciente, mediante el uso del arco facial, que describe, los puntos de referencia en el paciente para lograrlo, y su instalación en el articulador gnatóstático.

REV. ACTUALITES ODONTOSTOMATOLOGIQUES. Marzo 1963.

"Algunos detalles acerca de la contención en Ortopedia Funcional", por los Dres. Claude Theuveny y Franck Theuveny (París).

AcONSEJAN los autores, luego de recordar las leyes de equilibrio biológico y estático que rigen la contención, la germenectomía de los 39 molares inferiores y a menudo superiores, desde la edad de 12 a 14 años. Exámenes radiográficos minuciosos y periódicos permiten ubicarlos perfectamente y controlar su evolución

ósea. La germenectomía está indicada después de la mayoría de las curas de ortopedia dentofacial, resulta indispensable en los casos de "macrodonia relativa", de persistencia después del tratamiento ortodóncico de la menor irregularidad incisiva o canina, en los casos de prognatismo y supraognatismo de las regiones molares.

REV. RASSEGNA INTERNAZIONALE DI STOMATOLOGIA PRACTICA. Julio-Agosto 1963.

"Controles cefalométricos sobre modificaciones producidas por aparatología removible gnatoortopédica en el mordex protractus". Dres. G. Borsoini y G. Scolaro.

La casuística de los autores se refiere a 8 pacientes con malformaciones que se caracterizan por una alteración de las relaciones sobre el plano sagital que, según la terminología de su escuela son definitivas: mordex protractus, sea en la forma alveolar o maxilar y sobre la base de investigaciones cefalométricas previa y posterior al tratamiento con aparatología removible, que demuestran las modificaciones favorables experimentadas por el hueso maxilar.

REV. THE CANADIAN DENTAL ASSOCIATION JOURNAL. Junio-Julio 1963.

"Maloclusión y caries dental." Dres. Stothard y F. Mc. Cembra.

Los autores prueban una relación directa entre maloclusión y frecuencia de caries. Se estudian niños de 7 a 15 años y se comprueba que con maloclusiones graves presentan mayor número de caries que los que tienen maloclusiones sub-normales o moderadas. No se conoce con exactitud el mecanismo de producción, vale decir si la maloclusión predispone a las caries o si las caries agravan esa tendencia y que ellas sean influidas por procesos extrínsecos.

PROGRAMA DE LOS CURSOS A DESARROLLAR DURANTE EL AÑO 1964

La Comisión Científica del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, tiene el agrado de poner en conocimiento de los colegas, la relación de los cursos programados para el año 1964.

A) Curso Básico de Ortodoncia Maxilar.

Teórico-Práctico de 30 sesiones, se dictará los días martes y miércoles de 8.30 a 11 hs. Comienza en abril. Arancel \$ 3.000.

B) Curso de Cefalometría Clínica.

Teórico-Práctica de 12 sesiones, se dictará los días jueves de 8.30 a 11 hs. Comienza en abril. Arancel: \$ 2.500.

C) Curso de Diagnóstico y Tratamiento de las Anomalías de Oclusión.

Teórico de 14 sesiones, se dictará los días jueves de 8.30 a 11 hs. Comienza en agosto. Arancel: \$ 2.500.

D) Curso de Confeción de Aparatos.

Práctico de 25 sesiones, se dictará los días viernes de 8.30 a 11 hs. Comienza en abril. Arancel: \$ 3.500.

Los odontólogos interesados en estos cursos pueden inscribirse en la secretaría del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, Añasco 1154, hasta el 31 de marzo de 1964.

CONFITERIA "N A S C H" Corrientes 5233 Local 4

Dr. ELSA M. GERZOVICH 658-3474

LUIS ROSENMANN

Arículo Dentales Pvcías. Unidas 538. La Lucila 46-4207 — 795-2935 — 791-2723

Dr. RODOLFO RAMIREZ IZAGUIRRE

Ortodoncia Garibaldi 438, 203-3559

Dr. JORGE N. SENNO

Odontólogo Cirujano Pinzón 478, 27-1314

Dr. LUIS MARIA DUFAUR

Junín 1014, 83-4167

Dr. VICENTE MUCILLO

Adhesión

Dra. FANNY STEIMBERG

Gaona 1244, 59-1898

Dra. BEATRIZ LEWCOWICZ

Adhesión

Dr. HUGO GERZOVICH

Olavarría 1287, Villa Madero

Dr. DANIEL MINGUELAGA

Adhesión

Dr. F. GUGLIEMONE

Bolívar 1491, 23-3593

Dr. RICARDO NOGUEIRA

Necochea 258, Lobería

M. J. B. DE GARGIULO

Montañeses 2664, 73-2867

Dr. ABEYA HECTOR R. R.

Río de Janeiro, Brasil

Dra. LISMAN NOEMI

Odontóloga Paso 493, 2 p. 3, 47-0545

Dr. ANGEL LAGORIO

Odontólogo Osvaldo Magnasco 751, Haedo, 658-3252

Dr. LUIS ARENA

Buenos Aires 554, Castelar

Dr. JOSE CELNIK

629-4924 Galicia 918, 1er. piso 3, Capital

NOTICULAS

CERTAMEN INTERNACIONAL

Programa planeado para la Sesión Anual de 1964 en Chicago de la A.A.C.O.

El programa consiste en un panel sobre "Clínica de Ortodoncia" a cargo de Boyd, Tarpley, Joseph Johnson, Arnold Seiler y Raymond Thorow, y catorce mesas científicas presentadas por la "Milo Helman Research Award".

Varias exposiciones científicas a cargo de grupos de estudio e instituciones científicas.

Tendrá lugar del 3 al 7 de mayo de 1964 en Palmer House, Chicago, Illinois.

ESTADISTICA SANITARIA

Bulgaria, un pequeño país, cuya superficie es sólo mayor que la provincia de Entre Ríos; la sanidad sufre una evolución sorprendente.

Número de enfermeras.

Año 1939 había	462 enfermeras
1950 "	4.547 "
1962 "	12.502 "
1963 "	14.000 "

Estas son preparadas en 14 escuelas.

Mortalidad:

Mortalidad infantil de 1000 morían antes del año:

1944	120,6
1961	37,8

Mortalidad de personas adultas sobre 1.000 antes del año:

1944	13,6
1961	7,9

tuberculosis como causa de muerte: 1944 de cada 10.000 morían por ello 14,8 1960 de cada 10.000 morían por ello 1,95

CAUSAS QUE CONTRIBUYERON A ESTOS RESULTADOS

- Protección centralizada y unitaria de la salud organizada sobre una base planificada.
 - Asistencia médica altamente calificada y gratuita.
 - Prefilaxis como tendencia fundamental.
 - Organización de la sanidad del trabajo.
- (De la Revista Bulgaria de Hoy).

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO EN NUESTRO ATENEO

Sobre el filo de la terminación del año lectivo ya está en plena marcha la organización de los cursos a desarrollarse durante el año 1964.

Los días 16, 17 y 18 de enero de 1964 se desarrollará un curso intensivo de Ortopedia Dento Maxilar para colegas del interior y del exterior del país y que se llevará a cabo en el horario de 8:30 a 12:30 horas y de 16 a 20 horas en nuestra casa. Su temario abarcará, Metodología, Diagnóstico, Entidades clínicas e indicación de tratamiento, extracciones, aparatología.

Al mismo tiempo están concluidos los programas de cursos que se desarrollarán a partir de abril de 1964, cuyos temarios son: Cefalometría, Diagnóstico y Tratamiento, Aparatología.

FIESTA DE FIN DE CURSO

Dando cierre brillante a un intenso año de actividades se realizó en el Ateneo el día 30 de noviembre pasado, un "lunch" con la participación de los colegas que realizaron distintos cursos el año 1963, miembros de la C.D., subcomisiones y demás colaboradores. Ofrecieron la recepción el doctor Rubén Raccogni, presidente del Ateneo, y el doctor Luis Zielinsky en nombre de la Comisión de Actividades Científicas.

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

Se llevó a cabo el sábado 14 de diciembre, en cuyo transcurso se procedió a la renovación de autoridades de acuerdo con los estatutos que rigen la Institución.

NOTICIAS DEL EXTERIOR

Mayo de 1964: 15-29, Congreso de la Australian Dental Association, Perth, Australia.

Junio de 1964: 18-21, Semana Odontológica Internacional, París, Francia, 25-28, Reunión celebrando el 21º aniversario de la Anglo-Continental Dental Society, Londres, Inglaterra.

28 de junio-1º de julio, Convención Anual de la Canadian Dental Association, Edmonton, Alberta, Canadá.

29 de junio-5 de julio, Conferencia Anual de la British Dental Association, Londres, Inglaterra.

Julio de 1964: 6-9, Congreso del Organismo Europeo para la Investigación del Fluor y la Profilaxis de la caries dental, Oslo, Noruega.

Agosto de 1964: Congreso Odontológico Nacional y 1er. Congreso Internacional de Odontología Estomatológica, Caracas, Venezuela.

XX Congreso Nacional de Odontología y Estomatología, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias.

Noviembre de 1964: 7-14, 52ª Sesión Anual de la Federación Dental Internacional, y 105ª Sesión Anual de la American Dental Association, San Francisco, California, EE. UU.

ACLARACION DE LA C. D. DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

El A.A.O.M. se hace un deber informar que no ha intervenido directa ni indirectamente en la confección de los apuntes CEFALOMETRIA CLINICA de las doctoras C. E. Lami de Constante y Ana Delia Moralejo, que pese a basarse en las clases dictadas en la institución (cuyos dictantes no se mencionan) contiene errores no atribuibles al Ateneo.

CENTRO ODONTOLÓGICO PRIVADO

Triunvirato 3882, 2 p.

Dra. ELENA BRUEMAN

Timoteo Gordillo 1708, 68-5611

Dr. VALENTIN GALKIN

Timoteo Gordillo 1708, 68-5611

Dr. LUIS ZIELINSKY

Tucumán 1539, p. 10, 49-8016

Dra. MARIA E. CREUS

25 de Mayo 32, Ciudadela 653-7452

Laboratorio de Ortopedia Maxilar
A N A S C O 1154
T. E. 59-5605 T. E. 59-0693

Dres. GLIKIN

Carlos Tejedor 1390, Hondo 658-6550

Dra. JUANA MALIK

Odontóloga
Arrequí 5304, 64-2171

Dr. JORGE CIMETTI

Odontólogo
Iberá 2473, 70-8825

Dr. SAMUEL AZULAY

Reconstrucciones Angulares
Esmeralda 479, 1er. p. 31-6569
Poysandú 1562, 59-8874

Dra. MARGARITA FREDIN

Boulogne Sur-Mer 760, 87-7771, 89-4254

Dr. ISIDORO GORE

General Arriaga 5393, 51-7543

Dr. ALFREDO SEGAL

Gaona 3773, 1º 4, 69-9468

Dra. MARTHA PARRAL

Rivera Indarte 133, 3-8782

Dra. MARIA ROSA VALSANGIACOMO DE LAVINIA - Odontóloga
Bolivia 438, 51-7486

Dra. ROSA B. DE DOCTOROVICH
Odontóloga

Dra. GRIGERA NAON

José E. Urriburu 1318, 4º p. 83-2171

Dr. BERNARDO LETZEN

Odontólogo
Arriaga 561, Dto. 1, 55-1310

Dra. FANNY STEINBERG

Adhesión al Ateneo

Dr. JAIME FISZMAN

Odontólogo
Iberá 5183, 52-8761, 51-8754

Dra. SARA S. DE SNEIBRUN - Odontóloga
Ortopedia Funcional de los Maxilares
Cuenca 3878, 1er. P. 53-6343

COMISION DIRECTIVA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

Presidente
Dr. RUBEN RACCAGNI

Vicepresidente
Dr. MARCOS LIPZYC

Secretario
Dr. JULIO GOTTLIEB

Tesoroero
Dr. BERNARDO LETZEN

Prosecretario
BEATRIZ LEWCOWICZ

Protesorero
Dr. LUIS ARENA

Secretario de Actas
Dr. DANIEL MINTEGUIAGA

Vocales
Dr. LUIS ZIELINSKY
Dr. MOISE GERZENSZTEIG
Dr. FAUSTINO GUGLIELMONE
Dr. L. M. DUFAUR

Dra. PAULINA FLAX
Dr. ELIAS BESZKIN
Dra. MARIA E. CREUS

¿Su hijo tiene dificultades en el aprendizaje escolar?

Concurra al consultorio de Psicopatología Infantil del Instituto Argentino de Reeducación todos los días de lunes a viernes de 1 a 12 hs.

MARIANO ACOSTA 171

AUTOMOTORES
RAMOS MEJIA S. A.

FACILIDADES
HASTA 40 MESES

Solicite vendedor a

RIVADAVIA 13202
658 - 8011 al 15

PRESTICAINA

INNOVACION EN ANESTESIA DENTAL
CIENTIFICAMENTE BALANCEADA PARA
UN RESULTADO OPTIMO

OPO - LISADOTERAPIA - ESTIMULACION
BIOGENIA GENERAL

INYECTABLE (AMINOACIDOS NATURALES TOTALES)
Y BUCAL OLIGOELEMENTOS

10 amp. x 2cc.
5 amp. x 5cc. BIOESTIMULINAS SEGUN FILATOV)

Presentación:

Lisinacid Cor Inyectable
Lisinacid Cor Bebible
Lisinacid Placentaria Inyectable
Lisinacid Placentaria Bebible
Lisinacid Hepática Inyectable
Lisinacid Testicular Inyectable
Lisinacid Hepática Bebible
Lisinacid Testicular Bebible
Lisinacid Ovárica Inyectable
Lisinacid Ovárica Bebible
Lisinacid Tiroides Inyectable
Lisinacid Tiroides Bebible

Autorizados por el Ministerio
de Salud Pública de la Nación
Literatura y Muestras a

Vicente López 8 - T.E.: 202-0744 - 0636 — Quilmes F.C.N.G.R. (Pcia. Bs. As.)

A. A. O. M.

Horarios de Atención:

CLINICA

Lunes de 9 a 11
Sábados de 9 a 11
y de 15 a 18

FONIATRIA

Sábados de 15 a 17

OTORRINO- LARINGOLOGIA

Sábados de 15 a 17

Dra. **ELSA M. GERZOVICH** - Odontóloga
Av. San Martín 861, Ramos Mejía
658-3474

Dres. **YAKIN** - Odontólogos
Pueyrredón 466, Ramos Mejía
658-5021

Dra. **CLARA E. CAPLAN**
Niños Ortopedia
Sarmiento 2331

Dr. **MOISES GERSZENSZTEIG**
Adhesión al Ateneo

Dr. **MARIO J. DILEO**

Ortopedia Maxilar
Provincias Unidas 3626, San Justo,
621-0939

PEDRO LANGONE

Donación

HUGO GERZOVICH

Olavarría 1287, V. Madero

Dra. **TERESA ISRAELSON**

Asamblea 903, 923-5245

CURSO ACELERADO DE CEFALOMETRIA PARA COLEGAS DEL INTERIOR

Curso programado para colegas del interior y exterior del país.

Días 26, 27, 28, 29 y 30 de mayo de 1964.

Se dictará en el siguiente horario: 8.30 a 12 hs. y de 16 a 20 hs.

ARANCEL \$ 2.500.—

CIERRE DE INSCRIPCIÓN 20 DE MAYO DE 1964

CURSOS A DICTARSE DURANTE EL AÑO 1964

Curso Básico de 30 sesiones, teórico-práctico

Se dictará los días martes o miércoles de 8.30 a 11 hs.
Comienza el 14 y 15 de abril de 1964.

Arancel: colegas con menos de 3 años de egresados \$ 3.000.
colegas con más de 3 años de egresados \$ 3.500.

Curso de Cefalometria Clínica de 13 sesiones, teórico-práctico

Comienza el día 16 de abril de 1964 a las 8,30 hs. continuando todos los días jueves.

Arancel: colegas con menos de 3 años de egresados \$ 2.000.
colegas con más de 3 años de egresados \$ 2.500.

Curso de Diagnóstico y Tratamiento de 12 sesiones, teórico

Comienza la segunda quincena del mes de agosto de 1964.

Arancel: colegas con menos de 3 años de egresados \$ 2.000.
colegas con más de 3 años de egresados \$ 2.500.

Curso de Aparatología

Práctico de 25 sesiones, comienza el 17 de abril de 1964, a las 8,30 horas.

Arancel: colegas con menos de 3 años de egresados \$ 3.000.
colegas con más de 3 años de egresados \$ 3.500.

Condiciones de inscripción: Hacerse socio del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar. Inscribirse personalmente o por carta remitiendo cheque o giro postal a nombre del Sr. Tesorero, Dr. Bernardo Letzen, Añasco 1154, Capital Federal.



En más de
60 países...

XYLOCAINA®



XYLOCAINA es el
anestésico local de ASTRA
de fama mundial que hoy
se vende en más de 60 países.

XYLOCAINA es uno de los
muchos preparados que
la agrupación ASTRA
fabrica y vende en todo el
mundo por 14 compañías
subsidiarias y 50 represen-
tantes y agentes.

En Södertälje, Suecia, se
encuentran los laboratorios
más grandes y modernos de
Escandinavia, que consti-
tuyen el centro de investigación
médica de la agrupación ASTRA



PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y QUIMICOS

ASTRA

Casa Matriz - Suecia