

ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PUBLICACION TRIMESTRAL = No.

11

NOVIEMBRE 1966

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F.

JUNIN 831 y 895 - PARAGUAY 2100

T.E. 83-9663 y 9339

NOVEDAD CEFALOMETRIA CLINICA

E. BESZKIN - M. LIPSZYC - L. VORONOVITSKY - L. ZIELINSKY

La imperiosa necesidad de una obra que satisficiera los requerimientos sobre cefalometría aprobada a la práctica racional de la ortopedia de los maxilares, motivó la preparación de este libro en el que se amalgaman los conceptos europeos y americanos clínicamente útiles. Los **transparentes** creados por los autores acompañan en un sobre especial a cada ejemplar.

CAPITULOS

- | | |
|-----------------------------------|--|
| I) Introducción | IX) Transparentes y métodos de medición |
| II) Referencias históricas | X) Sistematización |
| III) Técnica Tele-Radiográfica | XI) Análisis de las estructuras craneanas (craneometría) |
| IV) Puntos y planos de referencia | XII) Análisis de las estructuras maxilares (Gnatometría) |
| V) Cefalograma de Wyllie | XIII) Análisis del perfil |
| VI) Cefalograma de Downs | XIV) Conclusiones |
| VII) Cefalograma de Steiner | |
| VIII) Cefalograma de Schwarz | |

Enc. (16 x 23) - 200 páginas - 120 figuras Crédito \$ 2.500
Contado: 20 % Descuento

SOBRE CON 5 TRANSPARENTES: Precio a establecer

COMISION DIRECTIVA

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Presidente | Dr. Elías Beszkin |
| Vice Presidente | Dr. Luis Arena |
| Secretario | Dr. Bernardo Letzen |
| Pro Secretario | Dr. Luis María Dufaur |
| Tesorero | Dr. Julio Gottlieb |
| Pro Tesorero | Dr. Abraham Ravicovich |
| Vocales | Dra. Paulina Flax |
| | Dra. Beatriz Lewkowicz |
| | Dr. Rubén Raccagni |
| | Dr. Luis Zielinsky |
| | Dr. Rubén Espinosa |
| | Dr. Henja Rapaport |
| | Dr. Samuel Ventura |
| Secretaria de Actas | Dra. Teresa Israelson |
| Pro Secretaria de Actas | Dra. Catalina Dvorkin |
| Revisores de Cuentas | Dra. Norma Alonso |
| | Dr. Víctor Razuri |

COMISION DE REVISTA

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Director | Dr. Luis Zielinsky |
| Secretario | Dr. Marcos Lipszyc |
| Consejo de Redacción | Dra. Fanny Steinberg |
| | Dra. Elsa Baumbach |
| | Dra. Noemí Lisman |
| | Dra. Fanny Lavintman |

PRESTI-SPRAY

**ANESTESICO DE SUPERFICIE
EN AEROSOL**

ALTAMENTE EFICAZ

ACCION RAPIDA Y PERSISTENTE

SABOR AGRADABLE

SU PROVEEDOR LO TIENE

ANESTESICO LOCAL INYECTABLE

PRESTICAINA

CARTUCHO

Laboratorio PRESTICAINA

Padilla 305

Bs. As.

ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPIEDIA MAXILAR
ANCHORENA 1176/78 - Tel. 82-7349

INDICE

NOVIEMBRE

1966

No. 11

| | Pág. |
|---|------|
| AUTORIDADES | 1 |
| Editorial | 4 |
| Plano Inclinado | 3 |
| El Schewenkplatte | 11 |
| Terminología Ortodóncica y Ortopédica | 21 |
| Páginas Prácticas | 22 |
| Revista de Revistas | 25 |
| Programas de Curso a desarrollarse en el año 1967 | 29 |

LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPIEDIA 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'échange avec les revues similaires. • Desideriamo l'intercambio con rivisti simili. • Desejamos permutar com as revistas congeneres. • We wish to exchange with similar magazines. • Un austausch wird gebeten.

UN AÑO MAS

Al filo de finalizar el año 1966, en un nuevo esfuerzo, aparece este número de nuestra revista.

En un examen global de las actividades del 'Ateneo' no podemos dejar de señalar con qué satisfacción fueron recibidas todas y cada una de sus actividades. Ello nos reconforta y nos estimula para proseguir, con renovado vigor, en nuestra empeñosa tarea.

Por cierto no es esta la ocasión de un balance, aunque podemos decir que fueron muchas las iniciativas materializadas. Pero nos preocupa mucho más aquellas aún no alcanzadas en cada uno de los aspectos, entre los que se encuentran los específicos

Somos concientes que la tarea no será sencilla ni las metas fácilmente alcanzables. Pero de seguro lo lograremos.

El año transcurrido estuvo signado por acontecimientos que, aun escapando a la esfera de nuestro quehacer específico, no pudieron dejar de conmocionarnos. No los enumeraremos. Basta saber que las Universidades han sido intervenidas, trabando su desenvolvimiento normal, que nuestra facultad de Odontología prosigue sin síntomas de recuperar su normalidad tal como acontece, por otra parte, con otros muchos aspectos de la vida del país; para no saber a ciencia cierta cuáles pueden ser las proporciones de nuestros proyectos de futuro a fin de no girar en el vacío y no señalarnos metas inalcanzables.

Pero todo ello no obsta para que abordemos el porvenir con marcado optimismo. Contamos para ello no sólo con el caudal de nuestras energías, sino con la colaboración entusiasta y desinteresada de muchos amigos conocidos y anónimos, como hasta ahora ha sucedido, y a quienes debemos agradecer de todo corazón.

Queremos seguir contando con esa colaboración, que no sólo es ayuda material, entusiasmo puesto en las más diversas labores, desde la jerarquizada actividad científica a la gris y dura tarea administrativa. Deseamos contar con todas las ideas, sugerencias y críticas que nos permitan elevarnos, especialmente en el terreno científico, asistencial y de la formación técnica de los colegas.

Bien sabemos y valoramos todas las observaciones, aun aquellas que por sus formas no resultan las más constructivas ni edificantes, pero que pueden encerrar una idea útil, un aporte de valía y que agradecemos. Sabemos separar la paja del trigo.

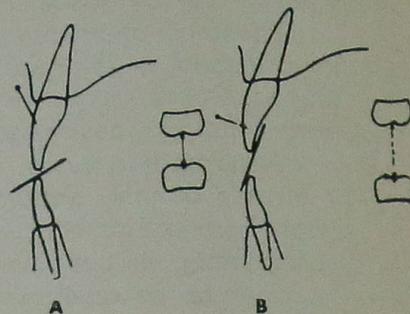
Podemos decir que aún no nos sentimos satisfechos con todo lo realizado, y de que en menos de una década hemos hecho muchas cosas y que nuestro Ateneo resulta un hogar y un taller para infinidad de colegas.

Aspiramos a hacer del Ateneo una escuela científica superior y en ese camino andamos, procurando cubrir los claros que aún resta. Pero somos concientes que ello requiere su tiempo, su lugar, la formación de sus hombres y la serenidad y prudencia para que la labor no se quiebre ni quede inconclusa. Nos apoyamos para ello en aquel viejo y conocido refrán que dice que no por mucho madrugar se amanece más temprano. Preferimos ir sin prisa y sin pausa, como la estrella, y cubriendo las etapas por sobre la impaciencia de algún o de algunos hombres, para alcanzar la meta común que satisfaga a todos.

En ese camino estamos y para ese camino convocamos a los colegas y amigos en el nuevo año que se inicia.

Con felicidades, la dirección.

PLANO INCLINADO



Por la Dra. Teresa Israelson

Elemento ortopédico, de acción bio-mecánica, que se emplea para restituir a la normalidad una oclusión frontal invertida por causa de uno o más dientes anteriores.

De este enunciado se desprende la importancia de este sencillo auxiliar terapéutico, por lo cual creemos conveniente analizarlo esmeradamente.

Elaboración: Comprobamos su fácil elaboración en la clínica del Ateneo y en el consultorio particular, recurriendo a nuestro gran colaborador, el acrílico autopolimerizable, con la siguiente técnica:

Preparamos una cantidad adecuada de acrílicos y la amasamos suavemente

En el momento de plasticidad conveniente (cuando podemos manejarlo sin que se adhiera a los dedos) lo aplicamos a la arcada inferior, abarcando la zona antagonista a los dientes a desplazar, extendiéndolo hasta gingival por vestibular y lingual.

Esperamos un cierto endurecimiento, aprovechando este tiempo para con los dedos marcarle un

plano de deslizamiento de $\pm 45^\circ$ desde el borde vestibular de los incisivos inferiores.

Retiramos de la boca, y una vez endurecido, hacemos todas las correcciones finales (recortes, suavizado, pulido).

Procedemos a su colocación, pudiendo fijarlo con óxido de zinc eugenol y vaselina. Pero a veces nos limitamos a ayudar su fijación, simplemente con unas gotitas del líquido del acrílico en su interior.

Condiciones del plano inclinado:

Debe tocar sólo los dientes que queremos mover. Debe tener 45° de inclinación puesto que: si es obtuso (a) impulsará el diente hacia arriba y haremos una mordida abierta frontal por intrusión de zona anterior, y si es agudo (b) se hace un bloqueo lateral de oclusión muy grande y podemos provocar una mordida abierta vertical por extrusión de zona lateral, amén de la incomodidad para su uso que hace que el paciente desista de él.

Tipos de plano inclinado: Según deseemos lograr un volcamiento a

vestibular de los superiores o un volcamiento lingual de los inferiores, el plano a confeccionar será de base ancha o angosta respectivamente.

El **plano de base ancha** hace con su buen anclaje inferior, que el efecto se manifieste sólo sobre los superiores volcándolos (caso ficha número 688).

Con un **plano de base angosta** debilitamos el anclaje inferior, obteniendo el volcamiento de sector anterior inferior y aun de ambos sectores anteriores (sup. e inf.) en sentidos contrarios por interacción o acción recíproca (caso ficha número 1123).

Condiciones para instalar un plano inclinado: Cuando, hecho el diagnóstico del caso, queda determinada la conveniencia del uso del plano, éste se podrá instalar si:

El diente a desplazar tiene suficiente espacio en la arcada para ubicarse en su nueva posición.

Y si existe una buena supraclusión (**overbite**) invertida (más de 2 milímetros) para que al realizarse el pase de los dientes afectados y su posterior entrecruzamiento normal, se asegure una articulación efectiva y estable.

Peligros en el uso del plano inclinado: 1º **Recidiva:** sólo cuando el equilibrio articular alcanzado es débil e inestable por **overbite** muy pequeño (caso ficha nº 1217. 2º **Mordida abierta:** por bloqueo lateral exagerado o uso muy prolongado. Con una buena confección y correcto control es perfectamente evitable. 3º **Lesiones óseas, periodónticas o dentarias:** nosotros, en nuestra práctica, a través de años,

no hemos observado lesiones de esta índole.

Encontramos la aplicación, analizando el proceso que se produce en la profundidad de los tejidos al ejercerse una fuerza. Así, el movimiento del diente se realiza por desplazamiento del mismo en la masa del periodonto, actuando la fuerza ortodóncica de esta forma: donde se ejerce tracción se tensan las fibras periodónticas, favoreciendo la aparición de osteoblastos (acción de neoformación) y en las zonas de presión se comprimen los haces periodónticos y aparecen los osteoclastos (acción de resorción).

El hueso se transforma por esta actividad de resorción y aposición, arrastrando al diente en el sentido del nuevo trabeculado óseo orientado por la función y fijado luego por adaptación.

"La masticación es la que realiza la verdadera colocación funcional de los dientes, la que exige un esfuerzo mecánico funcional de los maxilares, músculos y articulación condílea que produce la transformación de la función para que el resultado del tratamiento sea duradero por la adaptación recíproca.—**Korkhaus.**"

Por ello, el plano inclinado hace una acción rápida o definitiva, evitando recidivas, pues la retención la hace el normal entrecruzamiento dentario y la respuesta muscular correspondiente.

Si alguna vez es afectado el cemento dentario, se hace luego la restitución **ad-integrum**, por depósito de cemento secundario.

También la lesión pulpar o flegmasia (H. Häupl) es sumamente rara y, de aparecer, se debe a de-

ficiencias orgánicas que hubieran dado la misma respuesta a cualquier otro tratamiento.

De todas las consideraciones anteriores extraemos las razones que entusiasman en el uso del Plano Inclinado:

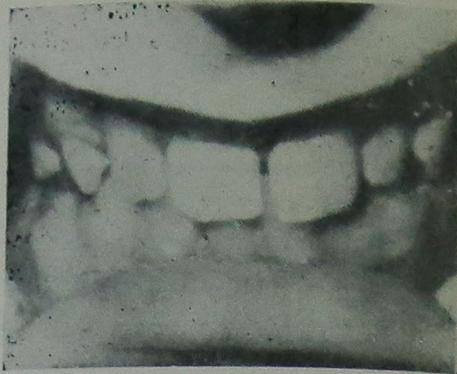
- Fácil confección.
- Poco costo.
- Tolerable uso.
- Acción rápida y sin riesgo.
- Resultado existoso.

Algunas de las muy diferentes aplicaciones del Plano Inclinado son expuestas en casos-tipos que van a continuación:

Caso ficha n° 688: Niña de 9 años. Clínicamente se observa la palatoversión del incisivo central superior izquierdo (a).



Se instala un Plano de base ancha para movilizar ese incisivo, lo cual se logra en quince días, llegando a la posición (b), que se mantiene hasta la actualidad desde el año 1962.



Caso ficha n° 1123: Niño de 10 años de edad, con antecedentes de Deckbiss y progenie en la familia. Llega a la consulta registrando el aspecto que se observa en la figura (a).



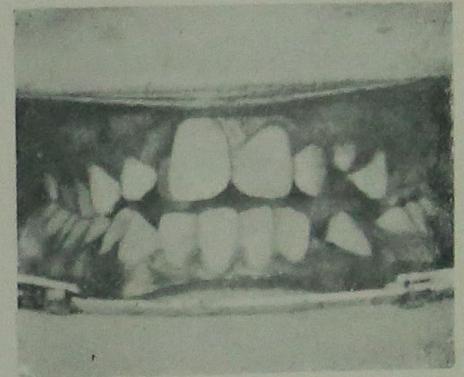
Con una Plano Inclinado de base angosta (toma cuatro incisivos inferiores para cuatro incisivos superiores) volcamos ambos sectores.



La A A A inferior va de 12 mm. a 9 mm. en el término de veinte días, llegando al aspecto de fig. (b).

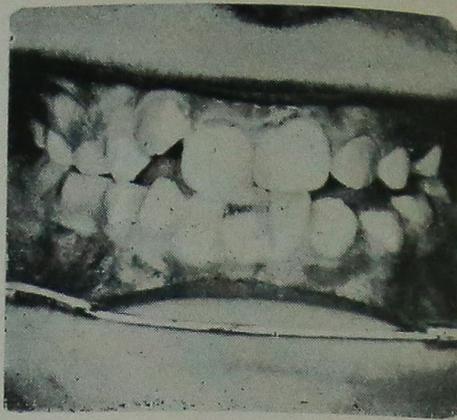


este segundo plano funcionó también con éxito, y finalmente obtuvimos el aspecto de fig. (b), momento en que comienza otro tratamiento que exige su disnasia.



Caso ficha n° 1169: Niño de 11 años de edad, acusa marcada desviación mandibular con inversión de mordida frontal. Usó dos planos inclinados: el primero, para lograr el cruce de los I S obtenido en siete días, y el segundo, para salvar la interferencia del incisivo lateral derecho superior, que era el causante de la desviación mandibular,

Caso ficha n° 1217: Niña de 3 años de edad, llega a la consulta con una muy pequeña mordida invertida frontal; colocado el Plano, funciona bien, obteniendo el cruce en siete días. Retirado, se produce la recidiva previsible por el escaso **overbite** que presentaba.



Dirección del autor: Asamblea 903,
Capital.

SUZETTE

LENGERIE

- Ajuares de Novias
- Deshabillés
- Camisones
- Combinaciones
- Baby Dolls
- Pijamas

'' GALERIA 1900 ''

Av Santa Fe 1965

LOCAL 20

EL SCHWENKPLATTE

(Placa de Viraje)

por **Herbert Groth**

Traducción: Dra Paulina Flax

El **Schwenkplatte**, dada su construcción y su modo de actuar, no es más que una modificación de la placa activa.

Se aplica especialmente en las anomalías del maxilar superior con desviaciones transversales pronunciadas en la región de **43/34**, como también cuando se presentan desviaciones transversales menos pronunciadas de la región de **765/567**. O sea en los casos donde una expansión paralela estaría contraindicada.

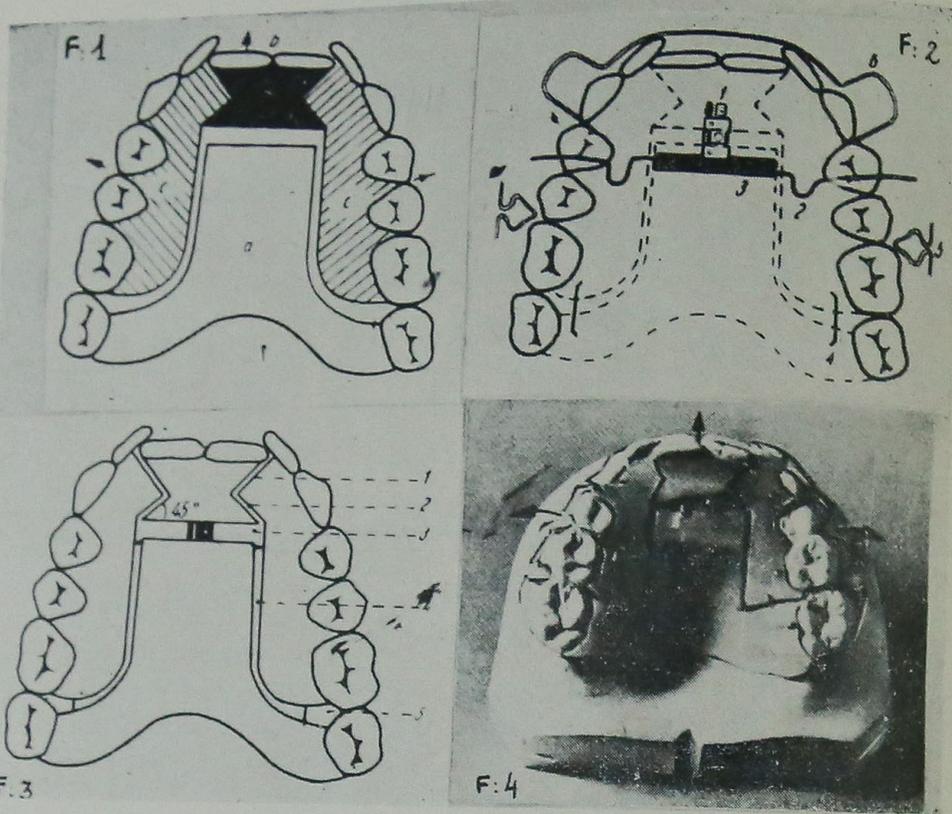
Por intermedio de un tornillo incluido en su interior pueden efectuarse giros asimétricos o sea unilaterales, como también una expansión directa en dirección sagital. Su movimiento giratorio podría compararse con el de un resorte de Coffin, pero con una diferencia que consiste en que este último no puede efectuar una expansión unilateral ni una sagital adicional que esté fuera de un segmento de círculo.

Una vez efectuados los cortes preconcebidos de esta placa de viraje, ésta se constituye de varias partes (fig. 1), las cuales están relacionadas entre sí por elementos rígidos y elásticos que dependen uno de los otros para su función.

Los componentes del **Schwenkplatte**

1. La parte central del aparato (fig. 1 a) constituye por su ubicación un elemento de conexión con los segmentos **b** y **c** (fig. 2). Sirve indirectamente de base, de la que parten las fuerzas dirigidas hacia todo el arco dentario. En la región anterior de la misma se encuentra un tornillo sagital **1** que se relaciona con el segmento **b** (segmento de presión a través del tornillo) y un tubo de características aplanado **3**, que contiene en su interior alambres de deslizamiento **2**, los cuales se dirigen hacia los sectores laterales.

En la región posterior se ubican los alambres axiales **4** que provie-



- 1 - Corte angular.
- 2 - Angulo 45° (cuña de presión).
- 3 - Corte en el sector del tornillo.
- 4 - Corte sagital.
- 5 - Corte del eje de viraje.

- 1 - Tornillo sagital.
- 2 - Alambre deslizante.
- 3 - Tubo achatado.
- 4 - Alambre del eje de viraje.
- 5 - Gancho flecha.
- 6 - Arco labial.

FIG. 1 - Partes componentes de la Placa.
 a - Parte central.
 b - Segmento de presión a través del tornillo.
 c - Segmentos de viraje.
 FIG. 2. - Segmentos de conexión y ajuste.

FIG. 3. - La segmentación.

FIG. 4. - Modelo con un Schwenkplatte bilateral. Las flechas indican la dirección de la activación.

nen de los segmentos **c**. Además esta parte posterior sirve simultáneamente para anclar los ganchos flecha (fig. 4).

2. El segmento **b** está rígidamente unido al **a** por intermedio del tor-

nillo sagital, y con los segmentos **c**, sólo se halla en contacto deslizante a través de las superficies de contacto producidas a través de los cortes realizados con la sierra (figuras 1 y 4).

3. El segmento de viraje de forma puntiaguda tiene relación con **a** por intermedio del alambre axial de viraje (fig. 2) ubicado en el extremo posterior de **a**. En ese lugar se encuentra el punto de viraje de la zona **c** durante la función. En la región anterior de **c** se encuentra el alambre deslizante que penetra en el tubo aplanado y el que a su vez lo conecta con **a** (fig. 2 2).

El mecanismo

El **Schwenkplatte** se caracteriza por su valor funcional, a través de los elementos de conexión y de los diferentes cortes realizados en determinadas direcciones.

El sector **b** que se halla en conexión rígida con la parte central de la placa **a**, puede, por la acción de un tornillo sagital, protuir en línea recta, según se requiera, a dos o más dientes frontales o bien quedar fuera de contacto palatino en una retrusión. Sus bordes laterales son importantes para la función que realiza, ya que la construcción de sus ángulos posibilitan el viraje deseado (fig. 3). Activando el tornillo sagital se mueve el segmento **b** en dirección recta hacia los dientes anteriores y presiona al mismo tiempo los cantos de los ángulos de 45° de los del segmento **c**.

Los alambres axiales de viraje ubicados en **a** impiden movimientos sagitales no deseados durante el viraje, actuando como ejes, pudiendo así los segmentos **c** separarse lateralmente en el sector anterior, originándose un viraje circular bilateral.

Los alambres de deslizamiento producen un importante factor de

seguridad, pues ellos, al estar bien asentados en el tubo achatado, impiden desviaciones verticales. Evitan el volcamiento y al mismo tiempo son elementos de apoyo, de modo que el segmento **c** sin giro axial puede moverse solamente en dirección circular y lateral.

A través del juego de los tres segmentos se lleva a cabo una expansión sagital y dos laterales. Estos dos ejemplos nos muestran el valor alcanzado de las medidas transversales logradas al finalizar el tratamiento por el movimiento de viraje.

Los valores de expansión ascenden:

| Caso A | Caso B |
|----------------|----------------|
| 2 = 2 - 3,0 mm | 3 = 3 - 6,0 mm |
| 3 = 3 - 2,5 mm | 4 = 4 - 5,0 mm |
| 4 = 4 - 2,0 mm | 5 = 5 - 3,5 mm |
| 5 = 5 - 1,5 mm | 6 = 6 - 2,5 mm |
| 6 = 6 - ± 0 mm | |

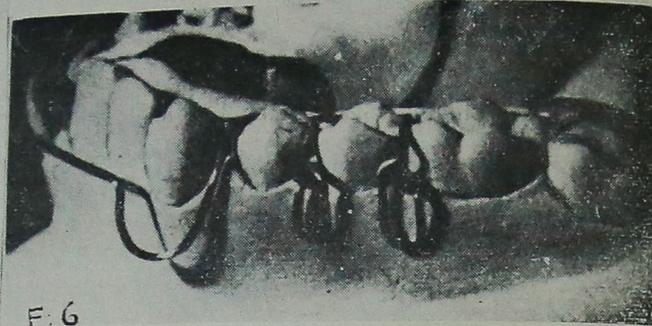
Los valores nos hablan claramente de un efecto de viraje más marcado en la zona de los incisivos laterales y caninos que en la de la zona posterior, así como se intentó lograrlo terapéuticamente.

Qué elemento de fijación se aplica en el **Schwenkplatte** se decide en cada caso. Fuera del conocido gancho en forma de flecha o de botón, también el de forma de corchete desarrollado por nosotros ha dado buen resultado. Su construcción permite que se ubique correctamente ya sea en dirección horizontal como también en la vertical, como difícilmente lo admitiría un gancho en forma de botón (figuras 5 y 6).



F. 5

FIG. 5. — Representación del corchete.



F. 6

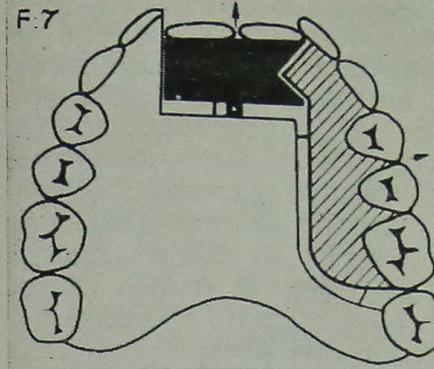
FIG. 6. — Schwenkplatte con ganchos en forma de corchete.

El **Schwenkplatte**, fuera de tener varios efectos laterales, los tiene también de expansión unilateral.

La construcción de la misma, salvo los cortes de **b**, sufren un cambio. Como sólo se necesita un solo segmento **c**, uno de los cortes, en lugar de ser angular, es recto, y el otro en forma de ángulo (figs. 7 y 8).

Aplicamos una forma distinta a la placa del **Schwenkplatte** bilateral en el caso, cuando, el segmento **b**

no tiene por misión protuir, sino sólo cuando debe desplazar hacia los segmentos de viraje **c**. En ese caso **b** tiene forma de ángulo obtuso (hasta 90°) y queda ubicado por detrás de los segmentos de viraje **c**, los que se agrandan al ancho de **1/1** correspondiente (fig. 9). El **<1** que está fuera de la arcada dentaria será retruido y acomodado por la presión de un arco labial (figs. 9 y 10).



F. 7

FIG. 7. — Representación esquemática del Schwenkplatte unilateral.



F. 8



F. 9



F. 10

FIG. 9. — El segmento de presión está por detrás del de viraje.

FIG. 8. — Modelo con Schwenkplatte unilateral con mordida de levante del lado derecho con el fin de bloquear la oclusión viraje del lado izquierdo | 2-5; 2-1 | 1 serán protruídos.

FIG. 10. — Los modelos muestran los arcos dentarios antes y después del viraje. Espacio | 1 es ampliado para que el diente pueda alinearse mejor.

El **Schwenkplatte** tiene más posibilidades de transformación (por reparación rápida), la cual se comprende bajo el concepto de "Pilotaje".

El pilotaje del Schwenkplatte bilateral

Durante el tratamiento ortopédico maxilar se da a veces la necesidad

de cambiar el **Schwenkplatte** y colocar una placa provisoria hasta confeccionar una nueva. El pilotaje permite llevar a cabo una transformación sin interrumpir el tratamiento hasta construir una nueva. Por ejemplo:

1.—Poner fuera de función una parte de viraje.

Supongamos que un **Schwenkplatte** bilateral en gran parte ha cumplido su tarea terapéutica, pero

se quiere seguir protruyendo y virar sólo de un lado; es decir, se requiere una transformación unilateral. Para este fin se bloquea con acrílico de autopolimerización el segmento de la parte central que ya no resulta necesario. Después de endurecido el acrílico de autopolimerización se elimina con un corte de sierra el ángulo de un modo tal que ya no se podrá ejecutar más otro viraje de ese lado (fig. 12).

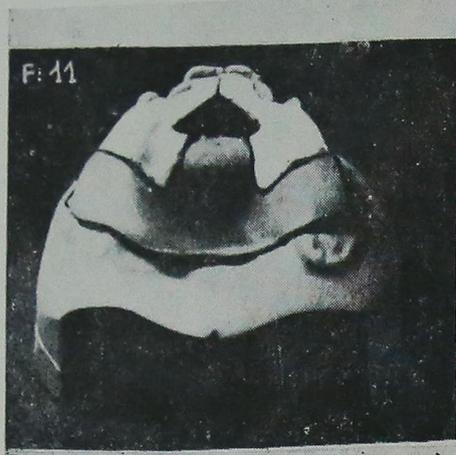


FIG. 11. — Tornillo detrás del segmento de viraje. Planos de levante bilaterales con el fin de bloquear la oclusión

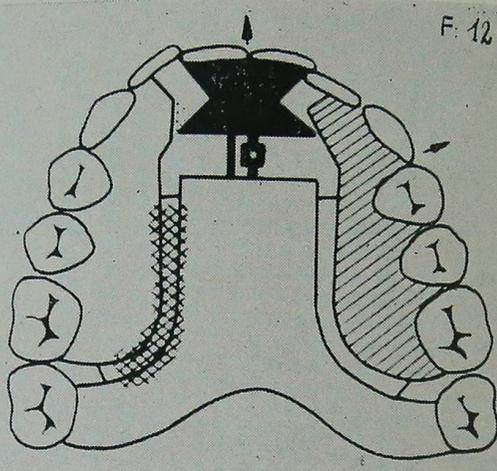


FIG. 12. — Bloqueo (líneas cruzadas) y eliminación (punteado) en el segmento derecho c.

ATENCION DE:

"SUPRACAINA DENTAL"

CON NOR-ADRENALINA
CARTUCHOS ANESTESICOS

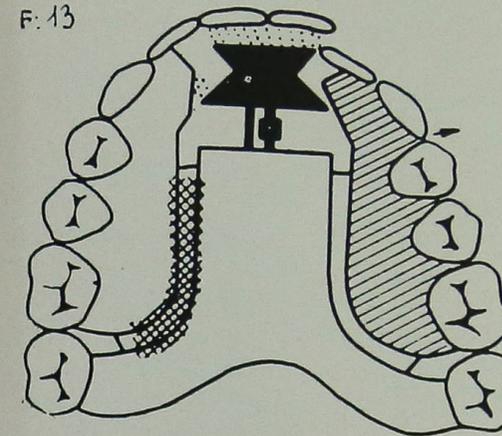
2.—Poner fuera de función una parte de viraje y eliminar la posibilidad de protrusión.

En este caso se ejecuta la transformación como lo hemos descrito en 1. Desgastando el segmento b

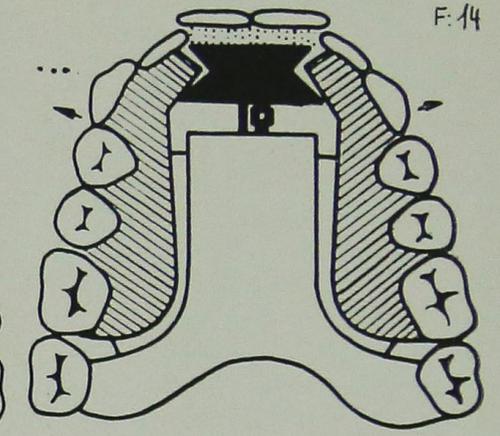
adyacente a los incisivos, se evita una ulterior protrusión de los incisivos centrales (fig. 13).

3.—Eliminar la posibilidad de protrusión.

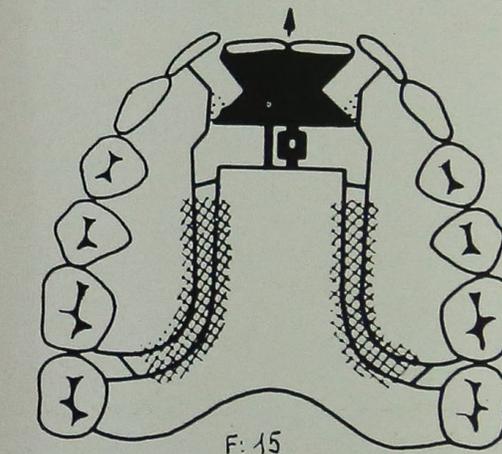
En el caso de la figura 14 no hay



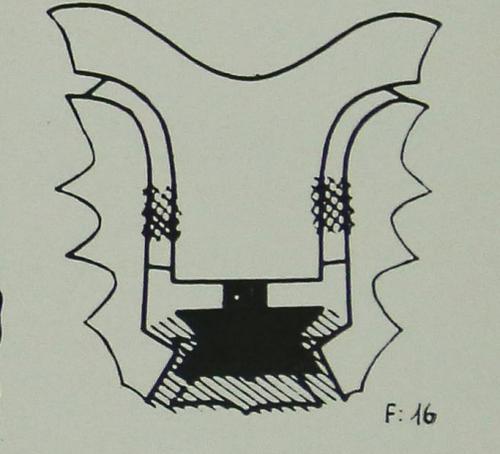
F: 13



F: 14



F: 15



F: 16

FIG. 13. — Bloqueo y eliminación descrito en el caso 2.

FIG. 15. — Bloqueo y eliminación en ambos segmentos c.

FIG. 14. — Eliminación en el segmento b para evitar una protrusión posterior de I|I.

FIG. 16. — Reparación de las cuñas de protrusión.

necesidad de protruir los incisivos centrales. Desgastada la superficie palatina de **b** impedirá el movimiento hacia adelante. Los cantos angulares podrán tener un efecto funcional, prolongándose así la acción de viraje de ambos lados (figura 14).

4.—Poner fuera de función ambas partes de viraje.

Después de un viraje exitoso de ambos lados hay que seguir tal vez protruyendo en ciertas circunstancias. Para este fin se bloquean los segmentos de viraje de la parte central de la placa y se realizan cortes de ángulos en dirección recta. Se origina una sencilla placa sagital (fig. 15).

5.—Regla básica para la transformación de un **Schwenkplatte**.

Fundamentalmente se ha dicho que antes de realizar la transformación de los segmentos **c** y **b**, este último debe ser atornillado nuevamente a su posición inicial para asegurar los distintos segmentos de viraje.

Frente a un cambio de posición hay que efectuar necesariamente un bloqueo de acrílico de las distintas partes de la placa con la central de la misma.

6.—Reconstrucción de un segmento de viraje puesto fuera de función.

En el curso del tratamiento puede suceder que se requiera un viraje de ajuste, es decir que ambas partes de viraje bloqueadas hasta ahora deban nuevamente entrar en función. En este caso la curva de ángulo eliminada por el corte de

sierra debe reconstruirse según lo requieran las nuevas condiciones.

Procedemos así, envaselinamos el sector correspondiente al ángulo de **b** y colocamos acrílico de autopolimerización en el segmento de viraje.

Después de endurecido se separa el bloqueo entre **a** y **c**; es superfluo efectuar otro corte angular, pues el ángulo existente es conservado por el aislamiento.

7.—La rosca del tornillo no admite una activación mayor.

Habiéndose aprovechado ampliamente la rosca del tornillo para la protrusión y si hubiese necesidad de una protrusión mayor, se bloquean los segmentos **c** (fig. 16) llevando el tornillo a su posición inicial. Los cantos laterales se envaselinan y la diferencia (cortes de ángulo y superficie de apoyo palatino del segmento **b** de presión se nivela con acrílico de autopolimerización.

Para que así suceda debe introducirse la placa inmediatamente en la boca del paciente para obtener la posición de los dientes en la masa de acrílico que aún se encuentra en estado plástico (fig. 16).

8.—La relación del corte angular entre los segmentos **b** y **c** se pierde.

Esta composición rápida se lleva a cabo de igual forma que en caso 7. Después de liberar el bloqueo, el **Swenkplatte** puede realizar todas sus funciones. (fig. 17).

9.—La remodelación de un plano de levante lateral o de elevación y avance, puede realizarse con posterioridad en cualquier momento.

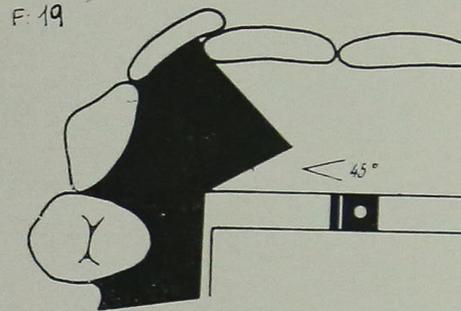
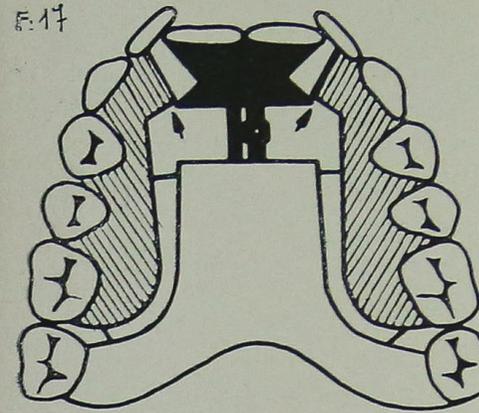


FIG. 17. — Esta rápida reparación será realizada de igual forma que en el caso 7. Después de liberar el bloqueo de la placa de viraje puede funcionar completamente.

FIG. 18. — Ángulo Correcto.

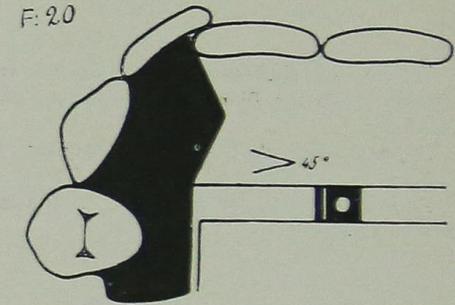
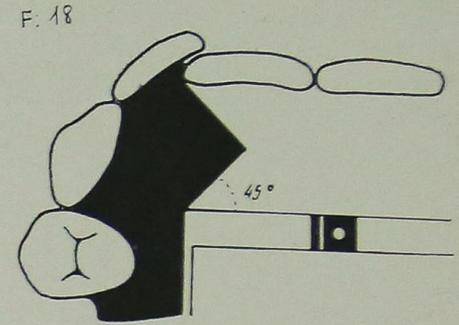


FIG. 19. — Ángulo incorrecto.

FIG. 20. — Este ángulo solamente es usado cuando se necesita un pequeño viraje.

La construcción del corte de ángulo

En vista de que el buen funcionamiento de los sectores de viraje depende de la construcción del corte del ángulo, es recomendable antes de descubrir el proceso de la formación de un **Schwenkplatte** ocuparse más detalladamente del corte correcto del ángulo.

La experiencia mostró que un corte de ángulo de 45° ofrece la

mejor posibilidad de viraje, con la ventaja de que no puede existir peligro de enclavamiento de las cuñas del ángulo ni una rotura con relación a éste (fig. 18).

Un ángulo agudo, es decir de 45°, no admite o admite sólo una pequeña activación que conduce a la rotura por el esfuerzo que debe realizarse a causa del enclavamiento de las cuñas del ángulo. Este corte no adecuado sólo tiene arre-

glo por medio de una compostura. Debe cerrarse dicho corte con acrílico de autopolimerización y conformarlo nuevamente (fig. 19).

Si bien un corte mayor de 45° admite un pequeño viraje de parte de

los segmentos del mismo, sólo tiene un pequeño valor de viraje, en relación a los dientes a regular. En la mayoría de los casos es necesario un cambio del corte del ángulo (figura 20).

Clinica y Policlínica de las Enfermedades de la Boca y Dientes de la Universidad de Leipzig.

Departamento de Ortopedia Maxilar y Prótesis.

Dirección del Autor: Leipzig C 1, Nürnberg Strasse 57.

CARIESTAN FLUORURO ESTAÑOSO
Especialidades ANACONDA
EN VENTA EN TODOS LOS DEPOSITOS DENTALES
AUSTRIA 2051 - 1er. Piso T. E. 83-9733

LABORATORIOS *Bagó*
AL SERVICIO DEL PROFESIONAL

TERMINOLOGIA ORTODONCICA Y ORTOPEDICA

SINONIMIA

| ORTODONCICA | SCHWARTZ | KORKHAUS |
|---|--|---|
| oclusión normal anomalía | | eugnacia diagnacia |
| ANOMALIAS DENTARIAS | | |
| giro-versión disto-mesio-linguo o vestibulo versión extra-versión intra-versión diastema | rotado inclinado posición alta posición profunda espacio | supra-posición infra-posición |
| ANOMALIAS SEGMENTO ANTERIOR | | |
| protusión retrusión articulación cruzada | zona frontal prominente zona frontal plana oclusión invertida pseudo-progenie | protusión retrusión mordida cruzada |
| ANOMALIAS TRANSVERSALES | | |
| atresia diastólica | posición estrecha posición holgada | compresión expansión |
| ANOMALIAS VERTICALES | | |
| mordida abierta sobre mordida | mordida abierta mordida cubierta Deck biss | infra-oclusión supra-oclusión |

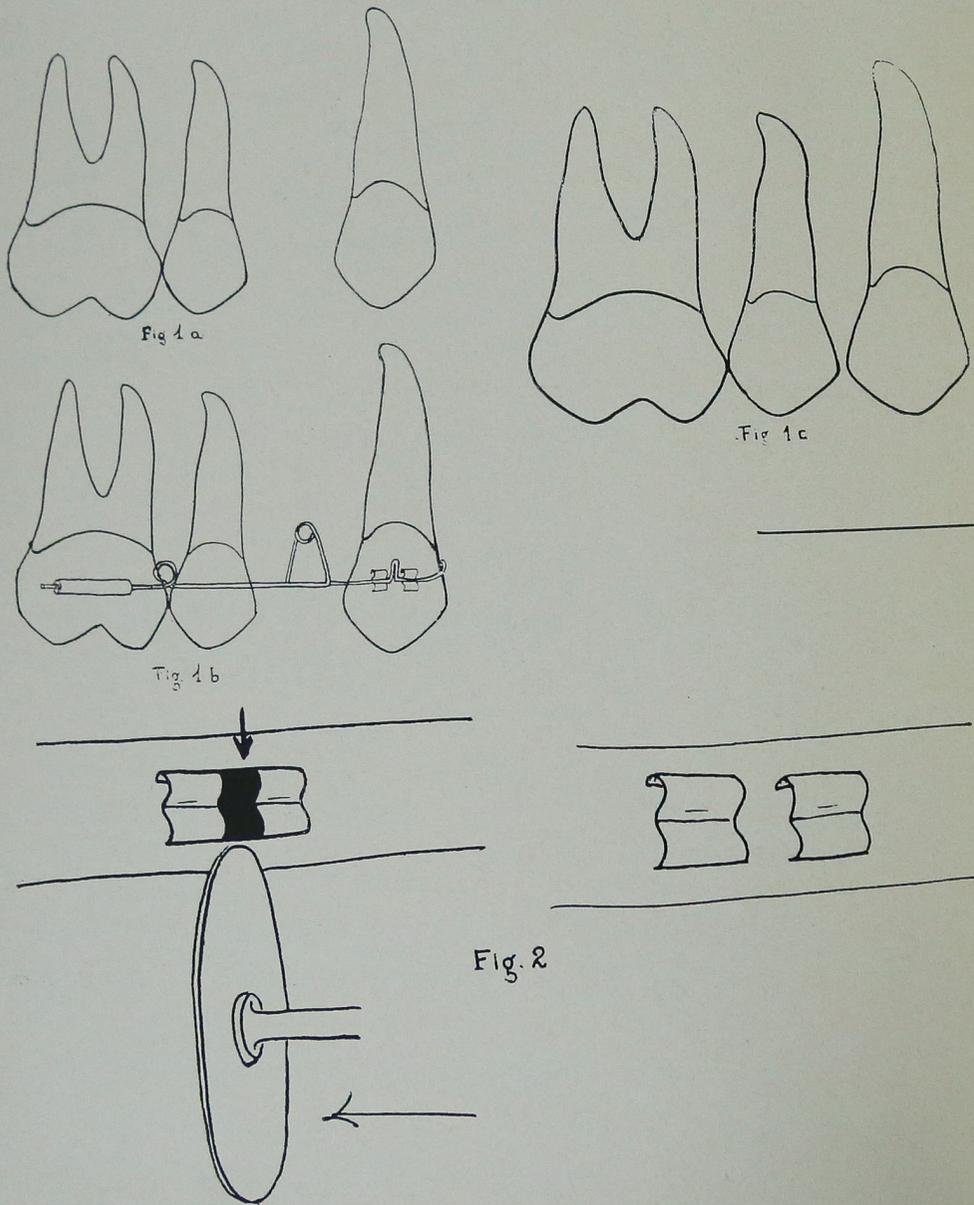
| ORTOPEDICAS | ORTODONCICAS | | |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------|
| ANGLE | CARREA | SCHWARTZ | KORKHAUS |
| Clase I | ortonasia y ortomentonismo | mordida normal | normo-oclusión |
| Clase II | pronasia o retro-mentonismo | mordida retrusiva | disto-oclusión |
| Clase III | promentonismo o retronasia | protusión mandibular progenie | mesio-oclusión |

Dr. Manó Ruiz Moreno
Profesor Adjunto
Cátedra de Ortodoncia

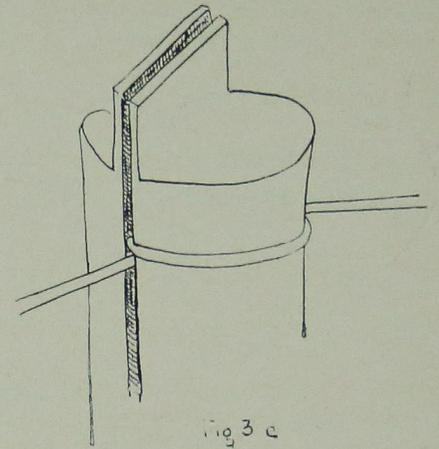
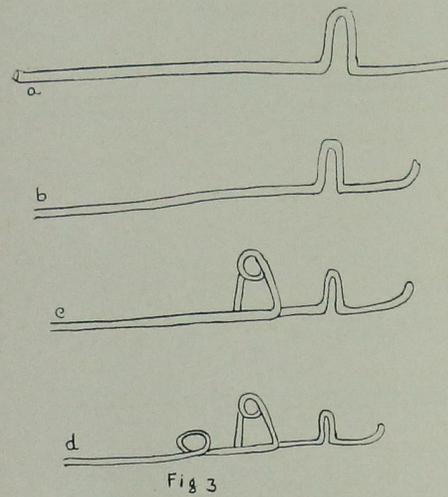
por los Dres. E. Beszkin, M. Lipszyc, L. Voronovitsky y Luis Zielinsky.

Cómo hacer la retrusión de caninos superiores e inferiores con arco seccional después de la extracción de primeros premolares.

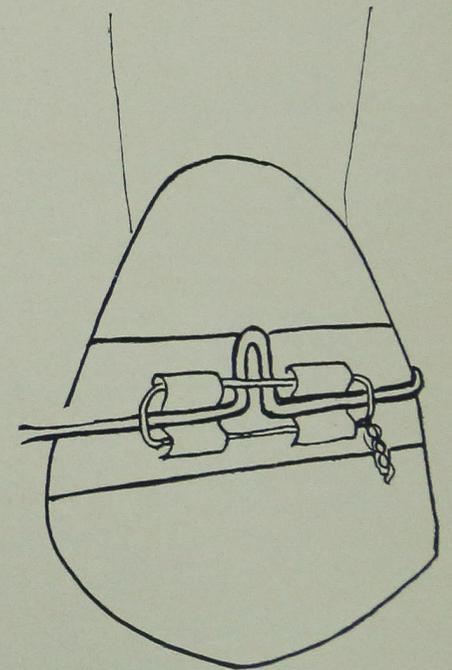
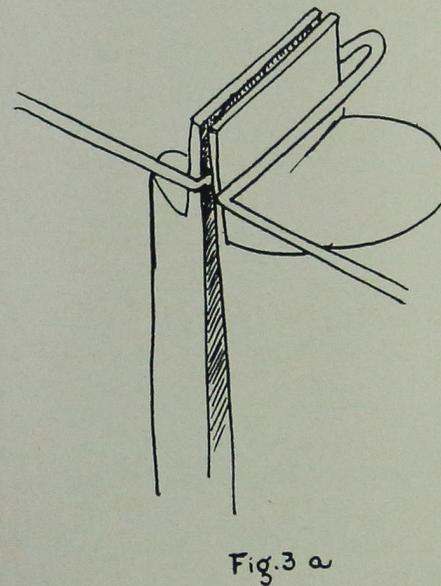
Preparación de la banda para caninos a partir de una banda de Ponce grande.



Construcción del Arco Seccional redondo (0,4 ó 0,5 EFH).



Técnica de su uso.
Ligadura del Arco al canino.



Ligadura del premolar (Técnica común). Ligadura del Arco al molar.

Cuando hay poco espacio entre 5 y 3, el **loop** de cierre puede hacerse:

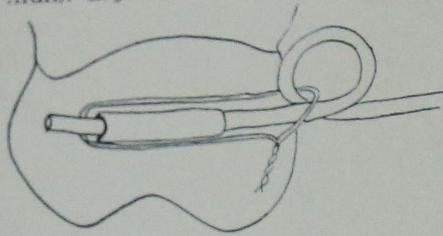
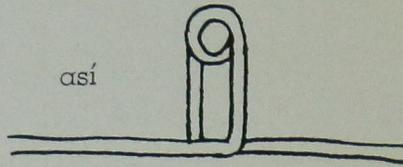
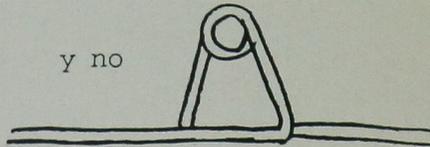


Fig 5
Variantes



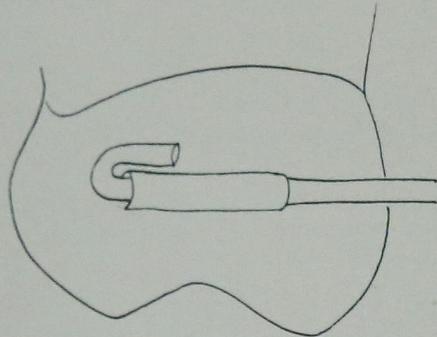
así

También puede no hacerse el **loop** circular entre 6 y 5, para lo cual basta con rebatir el extremo distal del Arco, activando así el **loop**.



y no

Fig. 7



Cuando no se desea mesializar el 6, usar tubo doble en el molar.

Fig 6

No hay ligaduras.

Tracción extraoral

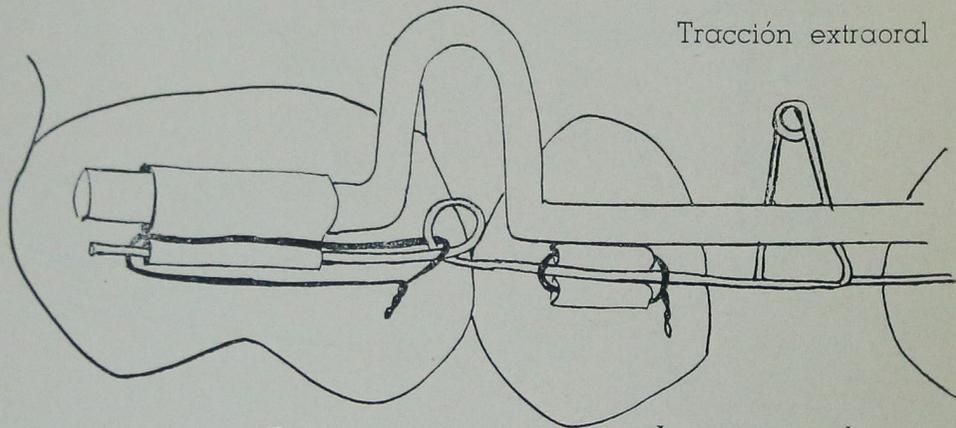


Fig 8

Arco seccional

Este aditamento puede usarse conjuntamente con aparatología removable, pues no interfiere en su uso.

REVISTA DE REVISTAS

"SIMPLE TRACCION CERVICAL", por el Dr. H. L. Leech - Dental Practitioner - Vol. 16 - Diciembre 1965. - Traducción y resumen: Dra. Fanny Lavintman.

"ANALISIS Y DIAGNOSTICOS EN ORTOPEDIA MAXILAR", por la Dra. E. Hoffens - Revista Dental de Chile - Nov.-dic. 1965 - Resumen: Dra. Fanny Lavintman

McCollin, en 1961, bosquejó la técnica de tracción extraoral usando casquetes con elásticos y ganchos metálicos en la cabeza y un aparato removible en boca. Se modificó la técnica y se utiliza ahora una simple banda elástica en el cuello, que engancha directamente en las patillas de la parte aplicada intraoralmente. Muestra en distintos casos el efecto poderoso retractor. Utiliza en boca tres tipos de anclaje:

Las conclusiones que da, conocidas en nuestro medio, son que no basta sólo el examen oclusal, sino que es necesario complementarlo con otros exámenes; muestra tres casos con una semejanza aparente; sin embargo el tratamiento de cada caso es diferente al tomar en consideración el examen completo de modelos, examen facial, fotográfico, radiográfico y telerradiográfico.

a) El aparato removible de MacCollin.

b) Arco removible insertado en tubos de 6/6.

c) Arco removible similar insertado en 6/6, pero con bandas cementadas.

"EL ORIGEN PSIQUICO DEL BRUXISMO", por el Dr. J. P. Walsh - Revista Journal of Periodontology - Vol. 36 - Set.-oct. 1965 - Traducción y resumen: Dra. Fanny Lavintman.

La bruxomanía se relaciona con factores locales y generales, pero

principalmente con factores emocionales. Cita varios casos clínicos de bruxismo en relación con histeria, con neurosis, con tendencias agresivas descargadas en forma de bruxismo. Además lo relaciona con la ansiedad crónica y otros desórdenes de origen emocional. El único camino a seguir es el psicoanálisis previo al tratamiento local.

La boca es un área cargada emocionalmente y el bruxismo en el adulto tiene semejanzas con el chupeteo de dedo infantil.

"TECNICA PARA LA RADIOGRAFIA DEL PERFIL, INTERPRETACION DEL CEFALOGRAMA", por M. Chateau - Revista Belga de Medicina Dentaria - Vol. 1, 1965. - Traducción y resumen: Dra. Fanny Lavintman.

Presenta la técnica de Castano para la telerradiografía; tiene un aparato con una parte plástica que se adapta alrededor de la cabeza y la fija perfectamente, sin desagrado como los auriculares; un dispositivo de control de orientación; la adaptación de un centro luminoso acoplado con el diafragma, un tiempo corto de exposición.

En la segunda parte del artículo, hace una serie de reflexiones sobre la interpretación de los cefalogramas. Chateau estudia las proporciones entre dentadura y base maxilar, y en particular la longitud anteroposterior de las bases, elemento principal de diagnóstico, como él demuestra. Relaciona la apreciación de deformaciones sagitales y las relaciones anteroposteriores de los maxilares.

Da importancia a los descubrimientos en vías respiratorias y lo considera una contribución importante a la ortopedia maxilar.

"LA TELERRADIOGRAFIA Y LA CEFALOMETRIA EN LA PRACTICA ORTODONCICA", por L. Muller - Revue Belge de Medicine Dentaire - Vol. 2 - Año 1965. - Traducción y resumen: Dra. Fanny Lavintman.

L. Muller estudia la influencia del kilovoltaje que deberá ser de 90 a 95 Kv.; acepta la distancia focopaciente de 1,50 m., aunque para obtener resultados óptimos se necesitarían cuatro metros de distancia.

Aconseja controles cefalométricos durante el tratamiento y añade que le cefalometría da la representación gráfica del tipo esquelético individual.

"CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LOS HABITOS DE SUCCION", por el Dr. Samuel Leit - Revista de la Asociación Odontológica Argentina - Febrero 1964 - Resumen: Dr. Angel Lagorio.

Considera los hábitos orales, en especial la succión del dedo o de los labios y analiza las tendencias mecánicas o sintomáticas destinadas a "quebrar el hábito", sin estudios serios del niño como unidad; cita numerosos autores y los dispositivos que emplean, algunas veces elementos de tortura. Aconseja profundizar en la etiología del hábito; su duración, relaciones con los padres, etc., y alerta sobre la posibilidad de resultados negativos y peligrosos con su eliminación drástica.

El enfoque del tratamiento debe ser integral y físico-psíquico; cita a Lewis (1961): "Si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el **yo**, toda la validez del proceso es dudosa".

"ALGUNAS FORMAS DE TRATAMIENTO DE LA PROGENIE CON APARATOLOGIA REMOVIBLE", por el Dr. Oscar Osorio Sánchez - Revista de la Asociación Odontológica Argentina - Setiembre 1962 - Resumen: Dr. Angel Lagorio.

En los casos de progenie (o sea en que el maxilar inferior ocluye con respecto al superior en relación mesial, aunque sea en un grupo de dientes), es fundamental tener en cuenta dos puntos:

- 1) Edad del paciente.
- 2) Etiología de la anomalía.

Analiza ambos elementos aconsejando la iniciación del tratamiento lo antes posible. Divide a la progenie en cuatro tipos, con distinta terapéutica:

- 1) Oclusión cruzada frontal.
- 2) Progenie con oclusión forzada.
- 3) Progenie por falta de desarrollo del maxilar superior.
- 4) Progenie por exceso de desarrollo del maxilar inferior o progenie verdadera.

Detalla la aparatología a utilizar, adaptándola a cada caso particular.

LA RELACION ENTRE EL MONTO RELATIVO DE ESPACIO QUE SE PRESENTA EN EL ARCO DE DIENTES TEMPORARIOS Y EL GRADO DE ESPACIOS QUE SE CIERRA DESPUES DE LA EXTRACCION DE UN MOLAR TEMPORARIO, por el Dr. M. E. Richardson - Dental Practitioner - Vol 16, nº 3 - Nov. 1965 - Traducción y resumen: Dra. Fanny Lavintman.

La investigación da como resultado que se pierde más espacio en las extracciones de molares temporarios superiores que inferiores, y más en los segundos que extrayendo los primeros. No es posible predecir la exacta pérdida de espacio. Pero hay tendencia a mayor pérdida de espacio en los dientes que están apiñados. Observando el espacio de la extracción durante los seis meses posteriores se tendrá una indicación de la pérdida definitiva de espacio.

El espacio que tienen los dientes para ubicarse sería el factor más importante en las extracciones prematuras, pero existen otros factores como la edad y el sitio de la extracción, lo cual complica la fórmula matemática para calcular el monto total del espacio que se perderá después de una extracción.

CURSOS 1967

PROGRAMA DE CURSOS

CURSO BASICO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL

(Teórico-Práctico)
(25 sesiones)

- 1) Introducción
- 2) Metodología
- 3) Hábitos y Respiración
- 4) Estudio Funcional (Muscular y Postural)
- 5) Desarrollo de la oclusión
- 6) Crecimiento
- 7) Crecimiento
- 8) Tipos de Tratamiento y Aparatología
- 9) Activadores
- 10) Placas Planas
- 11) Placas Activas y Placas Hotz
- 12) Bimler
- 13) Stockfish y Benac
- 14) Compresión y Disrelación hueso diente. Diagnóstico
- 15) Compresión y Disrelación hueso diente. Diagnóstico
- 16) Compresión y Disrelación hueso diente. Tratamiento
- 17) Distoclusión Diagnóstico
- 18) Distoclusión Tratamiento
- 19) Mordida Profunda. Diagnóstico y Tratamiento
- 20) Mordida Cubierta. Diagnóstico y Tratamiento
- 21) Mordida Abierta. Diagnóstico y Tratamiento
- 22) Progenie. Diagnóstico
- 23) Progenie. Tratamiento
- 24) Anomalías Individuales
- 25) Extracciones

Se desarrollarán dos (2) Cursos paralelos:

a) **Diurno:** Teórico de 8,30 a 9,15 hs.
Práctico de 9,30 a 11 hs.

b) **Nocturno:** Teórico de 21 a 21,45 hs.
Práctico de 22 a 23 hs.

El primero comenzará el día miércoles 12 de abril y el segundo el martes 11 del mismo mes, continuando todos los días miércoles y martes respectivamente hasta completar 25 sesiones.

ARANCEL: m\$N. 6.500.—

CEFALOMETRIA

(Teórico-Práctico)
(20 sesiones)

- 1) Introducción
- 2) Anatomía Radiológica. Puntos y Planos
- 3) Cefalograma de Steiner
- 4) Cefalograma de Steiner
- 5) Cefalograma de Schwarz (Craneometría)
- 6) Cefalograma de Schwarz (Craneometría)
- 7) Cefalograma de Schwarz (Gnatometría)
- 8) Cefalograma de Schwarz (Gnatometría)
- 9) Cefalograma de Schwarz (Gnatometría)
- 10) Cefalograma de Schwarz (Gnatometría)
- 11) Cefalograma de Wylie
- 12) Craneometría - Sistematización
- 13) Craneometría - Sistematización
- 14) Gnatometría - Sistematización
- 15) Gnatometría - Sistematización
- 16) Perfil - Sistematización
- 17) Perfil - Sistematización
- 18) Conclusiones
- 19) Conclusiones
- 20) Conclusiones

Teórico de 8,30 a 9,30 hs.

Práctico de 9,45 a 11 hs.

Comenzará el día jueves 13 de abril continuando todos los jueves hasta completar 20 sesiones.

ARANCEL: m\$N. 5.000.—

APARATOLOGIA REMOVIBILE

(Teórico-Práctico)
(20 sesiones)

Activadores
Placas Activas
Placas Planas
Benac
Bimler
Stockfish

Teórico de 8,30 a 9,15 hs.

Práctico de 9,30 a 11 hs.

Comenzará el día viernes 14 de abril continuando todos los viernes hasta completar 20 sesiones.

NOTA: Los colegas inscriptos deberán concurrir con el instrumental y materiales que se indiquen al comenzar el Curso.

ARANCEL: m\$n. 6.000.—

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

(Teórico)
(12 sesiones)

- 1) Introducción (Clasificación de Tratamiento y Aparatología)
- 2) Compresión - Diagnóstico
- 3) Compresión - Tratamiento
- 4) Distoclusión - Diagnóstico
- 5) Distoclusión - Tratamiento
- 6) Mordida Cubierta - Diagnóstico y Tratamiento
- 7) Mordida Profunda - Diagnóstico y Tratamiento
- 8) Progenie - Diagnóstico
- 9) Progenie - Tratamiento
- 10) Mordida Abierta - Diagnóstico y Tratamiento
- 11) Anomalías Individuales
- 12) Extracciones

Este Curso de desarrollará con films; proyecciones y mostraciones clínicas en el horario de 8,30 a 10,30 hs.

Comenzará el día martes 11 de abril continuando todos los martes hasta completar 12 sesiones.

ARANCEL: m\$n. 4.000.—

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

(Teórico)
(8 sesiones)

- 1) Naturaleza del Crecimiento y Factores que lo determinan
- 2) Crecimiento Patológico
- 3) Mecanismos Osteogenéticos
- 4) Crecimiento de Base Craneal
- 5) Crecimiento Cara Media
- 6) Crecimiento Maxilar Superior
- 7) Crecimiento Mandibular
- 8) Anatomía Comparada - Crecimiento de la Articulación Temporo-Mandibular

Este Curso se desarrollará en el horario de 8,30 a 10,30 hs.

Comenzará el día jueves 14 de setiembre continuando todos los jueves hasta completar 8 sesiones.

ARANCEL: m\$n. 1.200.—

ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$n. 1.700.—

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL IMPEDIDO MAXILO FACIAL

(Curso Teórico-Práctico)
(7 sesiones)

Este Curso será dictado simultáneamente por los doctores que se detallan a continuación:

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Dr. A. Barembuem | (Pediatria Psicología) |
| Dr. B. Chait | (Ortopedia Maxilar recién nacidos) |
| Dr. J. Fairman | (Cirugía Plástica) |
| Dr. A. F. Inchausti | (Ortopedia Maxilar recién nacidos) |
| Dr. E. Sorin | (Otorrinolaringólogo) |
| Dr. J. C. Trigo | (Somatoprótesis) |
| Dra. A. L. B. de Trostbach | (Foniatría) |
| Dr. BERNARDO CHAIT | (Coordinación) |

Este Curso se desarrollará en siete (7) sesiones, la primera de las cuales comenzará el día martes 11 de abril de 10 a 11,30 hs.; continuando todos los martes hasta completar las siete sesiones. En el transcurso de dichas sesiones se tratarán de resolver todos los problemas maxilo faciales que se planteen y en especial sobre los fisurados labios palatinos. Se hará una extensión a la prótesis velofaríngea y somatoprótesis y se harán demostraciones prácticas de los test de nivel mental de Goodenough, Visomotor Gestáltico de Bender, Wisc (Weschler Infantil Scoring) y tres proyectivos de Murray, Arch y Rorschach.

ARANCEL: m\$n. 1.500.—

ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$n. 2.000.—

CURSO DE ANATOMIA Y CLINICA DE LA ARTICULACION

(Teórico)
(7 sesiones)

- 1) Anatomía Funcional de la Articulación Temporo Mandibular
- 2) Radiología de la Articulación Temporo Mandibular
- 3) Mecánica de la Articulación Temporo Mandibular
- 4) Fisiopatología de la Articulación Temporo Mandibular
- 5) Semiología de la Articulación Temporo Mandibular
- 6) Clínica y Terapia de la Articulación Temporo Mandibular
- 7) Indicación de Reajustación Neuro-Muscular de la Articulación Temporo Mandibular

Comenzará el día lunes 2 de octubre de 8,30 a 9,30 hs. continuando todos los lunes hasta completar las siete sesiones.

ARANCEL: m\$ n. 1.500.—

ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$ n. 2.000.—

BIOESTADISTICA

Por el Profesor Ing. Jorge Roberto Cordero Funes.

Este Curso se compone de 8 sesiones, las cuales se dictarán dos veces a la semana los días lunes y jueves de 21 a 22 hs. y comenzará el día 10 y 13 de abril respectivamente.

ARANCEL: m\$ n. 2.500.—

ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$ n. 3.000.—

FONIA TRIA

(4 sesiones)

Por la Dra. Ana B. de Zielinsky y Lda. Srta. Dora V. Cabelli.

- 1) Examen Foniátrico - Generalidades
 - a) Deglución: Típica, Atípica; su corrección
 - 2) b) Respiración: Generalidades
 - 3) Respiración: Tipos, Formas; su corrección
 - 4) Articulación de los Fonemas: correcta, incorrecta; reeducación
- Comenzará el día lunes 11 de setiembre de 10,30 a 11,20 hs. continuando durante cuatro lunes consecutivos.
- ARANCEL: m\$ n. 1.000.—
- ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$ n. 1.500.—

FOTOGRAFIA(Teórico con Práctica)
(10 sesiones)

Por el Dr. Roberto Duser.

Fotografía Artística

Fotografía Científica

Comenzará el día miércoles 17 de mayo de 21 a 23 hs. continuando todos los miércoles hasta completar las 10 sesiones.

ARANCEL: m\$ n. 3.000.—

ARANCEL NO ASOCIADOS: m\$ n. 3.500.—

NORMAS PARA LA INSCRIPCION A LOS CURSOS — AÑO 1967

- 1º — Para los Cursos Básicos; de Cefalometría; Aparatología Removible y Diagnóstico y Tratamiento. es indispensable ser socio del A.A.O.M.
- 2º — Estar al día con Tesorería.
- 3º — Abonar en Secretaría personalmente o por carta. acompañando el pedido de inscripción con cheque o giro al valor de la matrícula a la orden de Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar.
- 4º — Para los demás Cursos. los no asociados se podrán inscribir, abonando el Arancel correspondiente a esa categoría que se indica al pie de cada Curso.
- 5º — Los colegas con menos de tres (3) años de egresados abonarán en todos los casos una matrícula inferior a la establecida.
- 6º — La inscripción se halla abierta a partir del día 1º de marzo de 1967 y en el horario de 8 a 12 hs. y de 15 a 18 hs. en Secretaría, Anchorena 1176/78, T. E. 82-7349.

Dr. LUIS ARENA
Buenos Aires 554, Castelar,
T. E. 629-1924

Dra. ARACEL ALBAREDA
ORTODONCIA Y ORTOPEEDIA
Arenales 2317, Piso 1º Dto. 3,
T. E. 612-7590

Dra. ELENA BRUETMAN
Cucha Cucha 41, P. B, Capital,
T. E. 90-2075

ALFONSO BORASI
MECANICO DENTAL
T. E. 922-0060

Dra. ANA MARIA BOSISIO
José Bonifacio 2323, Capital,
T. E. 63-4660

Dra. ELSA BAUMBACH
Libertad 1547, Florida, T. E. 797-9240

Dra. MARIA ESTHER CREUS
25 de Mayo 32, Ciudadela,
T. E. 653-7452

Dr. BERNARDO CHAIT
Talcahuano 77, Capital, T. E. 45-4485

Dr. LUIS MARIA DUFAUR
Junín 1014, Capital, T. E. 83-4167

Dra. CATALINA DVORKIN
Nazca 463, Piso 1º T. E. 61-9774

Dra. ROSA B. DE DÓCTOROVICH
Carrasco 765, Capital, T. E. 67-9280

Dr. SALOMON DUBIANSKY
Arenales 2432, Capital, 2º Piso Dto. 9,
T. E. 84-9402

Dra. MYRIAN S. DE DICKMAN
NIÑOS
Canning 134, Capital, T. E. 55-0295

Dr. RUBEN ESPINOSA
Pizarro 86, Ramos Mejía

Dr. NATALIO EZERNITCHI
Colón 575, Villa Ballester, T. E. 54-2084

Dr. RAUL FISCHMAN
12 de Octubre 1357, Quilmes,,
T. E. 203-2101

Dr. JAIME FISZMAN
Iberá 5183, Capital, T. E. 52-6761

Dr. IGNACIO FAIMBOIN
25 de Mayo 314, Lanús Oeste

Dr. JUAN GARFUNKEL
Fraga 177, Capital, T. E. 55-5111
Antonio Machado 696, Capital
T. E. 89-7857

Dr. CARLOS A GRIMBERG
Adhesión

Dr. LEON GINI
Bmé. Mitre 1985, Capital, T. E. 49-6766

Dr. MOISES GERSZENSZTEIN
Carlos Tejedor 2970, Munro
T. E. 740-3103

Dra. ELSA GERZOVICH
Av. San Martín 861, Ramos Mejía,
T. E. 658-3474

Dra. MARIA JULIA B. DE GARGIULO
Montañeses 2664, Capital, T. E. 73-2867

Dr. JULIO GOTTLIER
ENDODONCIA
Juan Bautista Alberdi 757, Capital,
T. E. 99-1922

Dra. TERESA ISRAELSON
Asamblea 903, Capital, T. E. 923-5245

Dra. RAQUEL DE KIRSNER
NIÑOS
Corrientes 5233, Piso 19, Capital,
T. E. 47-4145

Dr. LUIS KLUM
Navarro 1213, Tigre, T. E. 749-0762

Dra. MARIA KUZMINSKY
DE TITIUNIK
Sarmiento 2234, 2º Piso, Dto. 24,
Capital, T. E. 47-9656

Dra. NORA KOTLER
Nazca 5451, Capital, T. E. 50-6162

Dra. NOEMI LISMAN
Paso 493, Capital, 2º Piso Dto. 3,
T. E. 47-0545

Dra. FANNY LAVINTMAN
Lunes, miércoles y viernes,
de 16 a 20 horas
Curapaligüé 149, Piso 1º Dto. "C",
T. E. 63-2759

Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ
Av. San Martín 1575, Capital

Dr. SAUL LEBOVICH
Curuchet 1792, Castelar, T. E. 629-3408

Dr. JOSE LINETSKY
Adhesión

Dra. SUSANA LIBERMAN
Adhesión

Dr. OSCAR LITWIN
Adhesión

Dr. ANGEL LAGORIO
Osvaldo Magnasco 751, Haedo,
T. E. 658-3252

Dr. BERNARDO LETZEN
Aráoz 561, Capital, T. E. 54-4416

Dr. SAUL MERLIN
Thorne 445, Capital, T. E. 66-9451

Dr. DANIEL MINTEGUIAGA
12 de Octubre 135, Avellaneda,
T. E. 22-6003

Dr. LUIS NUDELMAN
Avellaneda 2952, Virreyes, S. Fernando

N. N.

N. N.
Dra. NORMA POSTEL
Adhesión

Dr. VICTOR RAZURI
Salta 44, Temperley, T. E. 92-8816

Dra. HENJA RAPAPORT
Adhesión

Dra. JUANA RESNITZKY
Ramón Falcón 6884, Capital,
T. E. 64-2855

Dr. JAIME STUTMAN
Estrada 1483, Villa Maipú, San Martín

Dr. JORGE SANFIS
Larrea 80, Piso 2º Dto. "C", Capital
T. E. 48-5035

Dr. MIGUEL STRATAS
Sarmiento 2234, 2º Piso, Capital
T. E. 47-7161

Dr. ALFREDO SEGAL
Gaona 3773, Piso 1º Dto. 4, Capital,
T. E. 69-9468

Dra. AMALIA M. DE TRIGO
Av. Cnel. Roca 2085, Capital
T. E. 923-3204

Dr. LORENZO VANORE
Adhesión

Dr. OSCAR VILOTTA
Adhesión

Dra. MARIA ROSA VALSANGIACOMO
Bolivia 4358, Capital, T. E. 51-7436

Dra. MARTA VORONOVITSKY
Donato Alvarez 2283, Capital,
T. E. 59-6655

Dra. MARIA W. DE ZIMERMAN
Adhesión

LABORATORIO DE ORTOPEDIA MAXILAR

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

Aparatología de Bimler - Kinetor - Benac
Planas - Activadores

Telerradiografía para Cefalometría

CEFALOGRAMAS
de Steiner, Wyllie, Downs y Schwarz
PERFILOGRAMAS

para Ortopedia Maxilar y Ortodoncia
Distancia Foco - Placa 2 metros
Intraorales

HORARIO: DIAS HABLES de 15 a 18 horas

CARLOS PELLEGRINI 743 - 2º Piso - Dto 14

T. E. 32-5802

AIETA DENTAL

Siempre al día en

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

Nuevos Equiplanes Compensados - Fichas del Dr. Bimler en Castellano - Correlómetros - Escudos - Alambres Remanit Confeccionados Originales - Acrílico Blando - Chapitas del Dr. Stockfish - Zocaladores - Articuladores - Transparentes de Downs - Willys - Steiner - Schwartz - Displacia Anteroposterior - Modelos de Acrílico.

EXCLUSIVIDAD EN: Gnotostatos Kolkógrafos
Bielas y Arco Gótico del Doctor Pedro Planas.

Laboratorio de Ortopedia y Prótesis

★

ODONTOLOGIA EN GENERAL

★

JUNIN 971

(Al lado de A.O.A.)

Buenos Aires

Tel. 82-7628

DECORACIONES — MARCOS
 RESTAURACIONES DE OLEOS
 TRABAJOS EN HOJA Y RAGEE
 ——— MURALES ———

★

TOULOUSE

★

MEDRANO 291

T. E. 87 - 1228

ENCIBIONAL

PASTA GINGIVAL

INDICACIONES

Gingivitis aguda y crónica. Paradenciopatías. Distrofias del paradencio de origen metabólico, carencial, etc. Aftas. Gingivostomatitis. Como coadyuvante de los tratamientos quirúrgicos, etc.

PRESENTACION

Pomos de 5 gramos

FORMULA

| | |
|----------------------------------|---------|
| Acetonida de Triamcinolona | 0,030 g |
| Sulfato de Neomicina .. | 0,500 g |
| Cloruro de Dequalinium | 0,500 g |
| Vitamina C | 2,500 g |
| Excipiente c.s.p. | 100 g |

POSOLOGIA

Efectuar un masaje de las encías dos o tres veces por día.

GERARDO RAMON & Cía. S. A. I. y C.

MEDRANO 476

BUENOS AIRES

ODONTOLOGIA...

...Amplia respuesta y

Optima tolerancia

con **CICLOLYSAL**

(tetraciclina-l-metilenlisina)

"La primer Tetraciclina con función amino-ácido incorporada"

- Absorción rápida y total
- Niveles terapéuticos altos y prolongados
- Electiva concentración tisular

"Para la pronta resolución de los procesos flogósicos e infecciosos bu-odontales agudos y crónicos —terapia pre y postoperatoria de la cirugía odonto maxilar".

ORAL: Frascos de 8 y 16 cápsulas
1 cáps. c/6 hs. ó 2 cáps. c/12 hs.
150 mg en casos severos 1 cáps. c/4 hs.

INYECTABLE
100 y 1 frasco-amp. c/12-8 hs.
50 mg según necesidad

Maipú 521 - 5º piso — Tel. 32-9091 al 95 — Buenos Aires

ATENCIÓN!!!

Tenga Ud. en cuenta que la

turbina

ES LA QUE MAS SE VENDE EN EL MUNDO

TENEMOS VARIOS MODELOS INIGUALABLES

GRIMBERG

IMPORT - EXPORT

REPUESTO "STAR" LEGITIMOS

representantes EXCLUSIVOS en Argentina

Service y Ventas Autorizados por
STAR M.F.G. Co. U.S.A.

LAS SIGUIENTES TAMBIEN SON EXCLUSIVIDADES NUESTRAS

COPALITE (legítimo)

Piedras y fresas STAR

STAR endodoncia

Pulpómetro a pila MALEK (suizo)

MAILLEFER endodoncia y fresas

Instrumental NEOS

GUILLERMO A. GRIMBERG

Representantes Distribuidores Mayoristas

BOULOGNE SUR MER 478

BUENOS AIRES - ARGENTINA

Tel. 88-2892

Artículos Dentales

FILOTRICIN "A"

COLUTORIO
ANESTESICO



ANTIBIOTICO
CICATRIZANTE
DESODORANTE

PREPARADO POR



S. A. C. I. F.
Dco. DE PROPAGANDA
Av. JUAN B. JUSTO 4840
T. E. 59-7751

ANGINA DE VINCENT, AFTAS,
ALVEOLITIS, ESTOMATITIS,
GINGIVITIS, INFECCIONES POST-
EXTRACCION DENTARIA, ETC.

talleres gráficos

LUMEN

impresos de alta calidad

especialidad en:

libros - revistas y folletos

NOSEDA & Cía.

HERRERA 527

T. E. 28 - 2265 - 21 - 4043

BUENOS AIRES - REPUBLICA ARGENTINA

PARA PUBLICACIONES
EN LA REVISTA

ORTOPEDIA MAXILAR



DIRIGIRSE A:

Anchorena 1176/78

T. E. 82 - 7349

Bs. As.

ORTOPEDIA

*colores
que dan
gusto*

ACRILICOS



AUTOCURABLE

COLORES

CARAMELO

CHOCOLATE BLANCO
Y NARANJA

de factor psicológico

SE SUMINISTRA EN AVIOS DE

90 Gms. Polimero 60 cc. Monomero
180 Gms. Polimero 110 cc. Monomero
500 Gms. Polimero 250 cc. Monomero

EN ACRILICOS PIDA
LA MAXIMA CALIDAD



ALICATES, MATERIALES E INSTRUMENTAL

ORTODONCIA, ORTOPEDIA Y
ODONTOLOGIA EN GENERAL

El surtido más completo en:

TORNILLOS para ortopedia MARCA SUPER - CORONAS
PREFORMADAS inoxidables EXTRABLANDAS especiales
para odontología infantil, protección temporaria

CASA BERNARD

Importación e Industria

Av. San Martín 1431 — Cap. Federal — T. E. 59-3043/3764

Pedidos al Interior, despachamos en el día