

dos veces en cuarenta y ocho horas, si la enfermedad hace pocos días que se ha manifestado, y según dice este autor, «no tarda en lograrse la curación sin que sea necesario recurrir á nuevas aplicaciones. Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, entonces es más rebelde, y hay que suspender y repetir alternativamente las aplicaciones del ácido, porque si fuesen demasiado seguidas, se caería en el inconveniente de que la cauterización fuese demasiado profunda (Bretonneau).»

El tratamiento tópico, añade este médico, exige que se tengan algunas precauciones particulares respecto de las encías, pues la inflamación pelicular ocupa por lo común su borde anguloso y el engaste de los dientes.

Entonces es preciso hacer penetrar el ácido en cada intersticio, y ponerle en contacto con los puntos afectados por medio de rollitos de papel. Para tocar las superficies menos sinuosas bastan un hisopillo de lienzo ó un pedazo de esponja. Si se desprecian estas precauciones, no es raro que después de algunos días de curación vuelva á presentarse la estomatitis pseudo-membranosa.

También puede servir para la cauterización el *nitrate de plata*, en cuyo caso es necesario emplear una solución concentrada: por ejemplo, 1 gramo en 15 gramos de agua aplicándola de la misma manera que el ácido hidroclórico.

En cuanto á los *gargarismos astringentes y tónicos*, no se diferencian de los que se han indicado en el artículo ESTOMATITIS MERCURIAL. El siguiente ha usado el doctor Hertz en un caso citado por Selle (1).

Sulfato de zinc.	2 gram.
Agua común.	180 gram.
Miel rosada.	30 gram.

Mézclese según arte. Para lavar la boca cada cuatro horas con un lienzo fino empapado en esta solución.

Guepratte (2) recomienda como desinfectante de la boca el empleo del polvo siguiente:

Quina pulverizada.	4 gram.
Clorato de potasa.	2 gram.
Polvo de carbon.	2 gram.

Mézclese. Insúflese este polvo con un tubo ó cañón de pluma ó bien colóquese con una espátula sobre el punto afecto.

Los *tónicos* tomados al interior; los *amargos* y tan pronto como puedan los enfermos el uso de una alimentación un poco nutritiva, un régimen analéptico, completan el tratamiento.

(1) Selle, *Beiträge zur Natur und Heilkunde*, Würzburg, 1825, t. I, p. 435.
 (2) Guepratte, *La Clinique de Montpellier*, 1846.

ARTICULO VII.

ESTOMATITIS ULCEROSA.

Antes de empezar la historia de la estomatitis ulcerosa, es menester fijar bien los límites que se deben asignar á esta afección. Ya hemos visto que varias de las estomatitis anteriormente descritas presentan úlceras más ó menos profundas, por lo cual se pudiera creer que su descripción hubiera estado mejor colocada en este lugar. Pero es preciso advertir que en las estomatitis pseudo-membranosa y aftosa, la úlcera no es el carácter esencial de la enfermedad, es solo una lesión que se puede mirar como el resultado de otra lesión anterior y más importante; y que nada añade de particular á la afección. Por el contrario, en la que vamos á estudiar, la úlcera es la lesión esencial, si bien no es la única, y se puede decir que en la mayor parte de los casos constituye por sí sola toda la enfermedad.

Se puede dividir la estomatitis ulcerosa en dos especies distintas según su naturaleza. En una la enfermedad es simple y no es debida á un virus particular: tal es la *estomatitis ulcerosa simple*. En la otra hay una causa específica evidente, y esta causa es el virus sífilítico, por lo cual se la pudiera muy bien llamar *estomatitis ulcerosa sífilítica*, denominación que comprendería las úlceras sífilíticas primitivas y las secundarias; pero se halla generalmente adoptado el nombre de *úlcera sífilítica de la boca*.

Nada decimos acerca de una especie de estomatitis ulcerosa que termina en gangrena; pero en esta última, á pesar de su forma ulcerosa, la afección no es en realidad otra cosa que una gangrena, y por consiguiente se la debe incluir en la descripción de la gangrena de la boca. Tampoco creemos deber hablar de las úlceras escorbúticas, que solo son un síntoma, y que se han descrito en otro lugar (1). Otro tanto diremos de las numerosas úlceras que se forman en la salivación mercurial (2).

¿Deberán considerarse como completamente distintas la estomatitis ulcerosa y la gangrenosa? Tal es la opinión del autor de una excelente monografía acerca de la estomatitis ulcerosa de los soldados (3). Merced al trabajo de este distinguido profesor, ha desaparecido en gran parte la oscuridad que reinaba sobre la cuestión de la estomatitis ulcerosa. Para Bergeron, la *estomatitis ulcerosa* no difiere de la que se observa especialmente en los niños, y descrita por algunos autores como una afección gangrenosa, bajo los nombres de *estomacace*, *gangrena escorbútica de las encías*, *erosion gangrenosa de los carrillos*, *estomatitis gangrenosa*, que otros han considerado como de naturaleza

(1) Véase el artículo ESCORBUTO.

(2) Véase el artículo ESTOMATITIS MERCURIAL.

(3) Bergeron, *Stomatite ulcéreuse des soldats*, París, 1859.

diférica, y á la que algunos han dado el nombre de *estomatitis úlcero-membranosa*. Sin embargo, segun Bergeron, la estomatitis ulcerosa no es positivamente ni una afeccion gangrenosa, ni una diférica, ni el escorbuto.

Este autor la ha observado en condiciones determinadas y durante una epidemia. Su opinion se ha fundado en un considerable número de observaciones. Aunque solo se ha seguido y descrito la enfermedad en hospitales militares, no por eso puede creerse que se trataba de una enfermedad completamente nueva, y que no puede producirse siempre que se reuna un número considerable de personas en iguales circunstancias que los soldados. Esta enfermedad existe, pues, y se presenta en diferentes puntos del globo atacando, bien á los adultos, bien á los niños, que parecen mas predispuestos y á reinar epidémicamente. Especifica, contagiosa y caracterizada, sobre todo tanto por la lesion anatómica, cuanto por las ulceraciones de la boca, la salivacion abundante, fetidez estensa del aliento é infarto de los gánglios sub-maxilares.

Existe en la literatura médica del ejército gran número de reseñas de epidemias de esta enfermedad, observadas desde el principio de este siglo. Desgenettes, Larrey, Morgagni, han descrito estas epidemias. Algunos cirujanos militares han hecho mas recientemente semejantes estudios; entre ellos citaremos á Caffort (1), Payen y Gourdon (2), Leonard (3), Malapert (4) y Brée (5).

§ I.—Definicion.

Reservamos el nombre de *estomatitis ulcerosa* á una enfermedad que consiste únicamente en la formacion de úlceras exentas de toda complicacion; por consiguiente no se debe tratar en este artículo sino de las úlceras simples que rara vez existen, y de las úlceras sifilíticas.

§ II.—Causas.

La *estomatitis ulcerosa simple* parece es casi exclusivamente propia de la primera infancia. Entre el gran número de autores que hemos consultado, Billard (6) y Bouchut (7) son los únicos que la han dedicado un artículo particular; pero es de advertir que han hecho sus observaciones en niños muy pequeños. Tambien hemos encontrado igualmente en niños recién nacidos una ulceracion á veces profunda, de

- (1) Caffort, *Archives de medecine*, 1832, 1.^a série, t. XXVIII, p. 56.
 (2) Payen y Gourdon, *Recueil de memoires de medecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXVIII, Paris, 1830.
 (3) Leonard, *Id.*, *id.*, *id.*
 (4) Malapert, *Id.*, *id.*, t. XLV, p. 280.
 (5) P. C. Brée, *Id.*, *id.*, t. XXXV, p. 469.
 (6) Billard, *Traité des malad. des enfants*, 2.^a edicion, p. 231.
 (7) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 469.

la mucosa bucal. (V. MUGUET). En las otras *edades* es muy raro ver que se desarrolla una úlcera en la boca, á no ser que se halle la causa en el abuso del mercurio, en el escorbuto, en un cáncer de la boca, en la sífilis, etc.

Algunas veces se ha visto que se han manifestado escoriaciones en las inmediaciones de los dientes cariados, que presentan asperezas ó están cubiertos de sarro; pero á menudo tambien en estos casos se produce una estomatitis eritematosa, ó bien en ciertas condiciones particulares del organismo, una estomatitis gangrenosa ó pseudo-membranosa. Por otro lado, la úlcera de la boca se manifiesta con bastante frecuencia en la superficie interna del carrillo, sin que se encuentre en el estado de los dientes correspondientes nada que pueda haber ocasionado su aparicion. No hablamos aquí de las *materias cáusticas* y de los *líquidos hirviendo*, que pueden producir una quemadura profunda de la cavidad bucal, y por consiguiente una solucion de continuidad mas ó menos estensa; porque para poder admitir en semejantes casos la existencia de una estomatitis ulcerosa, era necesario que en lugar de tender á cicatrizarse prontamente, como sucede por lo comun, la úlcera que resultase de la quemadura adquiriese por cualquiera causa interna un notable incremento, ya en latitud ó ya en profundidad.

La causa de la *úlcera sifilítica de la boca* es evidente; solo que es preciso distinguirla de la que ha producido la úlcera por contacto directo, de la que resulta de la infeccion general de la economia. En esta diferencia se ha fundado la division de la úlcera de la boca en *primitiva* y *consecutiva*. Por lo demás, lo que se observa en la boca sobre este particular en nada se diferencia de lo que se advierte en las demás mucosas.

Ricord (1) ha sentado que favoreciendo la *erosion de la mucosa* en tan alto grado la absorcion del virus en cualquiera parte que se deposite, debe indagarse con cuidado si la ha habido cuando se trata de la boca, porque esta circunstancia esplica algunas particularidades etiológicas muy importantes. Esta estomatitis parece esporádica y contagiosa (Taupin).

La estomatitis ulcerosa se presenta en idénticas condiciones, entre las que se han visto producirse epidemias de tifo, fiebre tifoidea y otras enfermedades infectantes que parece se engendran en el acumulamiento de enfermos. Se ha visto además reinar la estomatitis ulcerosa á la par del tifo ó de la fiebre tifoidea. Muchos autores, entre ellos Malapert (2), han demostrado con evidencia este efecto de la acumulacion de gran número de personas en un espacio reducido, presentando observaciones comparativas sumamente comprobantes. Así estos autores han reclamado la solicitud de la administracion militar, clamando

- (1) Ricord, *Lettres sur la syphilis* (*Union medicale*, 1830).
 (2) Malapert, *Memoires de medecine et de pharmacie militaires*, t. XLV.

contra las insalubres condiciones de ciertos cuarteles, casernas ó casamatas para alojar tropas.

La fatiga, el enflaquecimiento, la mala nutrición, juegan algun papel entre las causas predisponentes de esta enfermedad.

Infeccion, contagio, inoculacion. La cuestion de infeccion no puede resolverse sino por la afirmativa, no habiéndose puesto en duda este carácter de la enfermedad. El contagio se ha admitido con mas dificultad; en este, como en todos los casos en que intervienen las cuestiones doctrinales, se han encontrado ánimos tímidos y prevenidos que, refractarios á la evidencia ó procurando explicar el hecho por un término medio, le aplican el nombre de *infeccion, afeccion epidémica*. Otros han discutido si el mal se trasmite por un medio cualquiera ó por el contacto directo. Nosotros, que creemos que ni la ciencia ni la práctica ganan en estas reticencias y sutilezas, decimos que la enfermedad es contagiosa y que conviene aislar los individuos atacados, habiendo demostrado la esperiencia que un hombre enfermo basta para irradiar en su contorno la enfermedad infectante, de la que es fatal propagador, cualquiera que sea, por otra parte, el medio por que se verifique la trasmision. Los médicos militares evitan el contacto de los objetos que han servido para los enfermos, con las personas sanas.

Bergeron, poniendo valerosamente en práctica un precepto que algunos autores atrevidos proponen, intentó inocularse á sí propio la estomatitis ulcerosa, y se ve, por la relacion muy circunstanciada de los accidentes presentados en la boca á consecuencia de la inoculacion, que este experimento ha sido muy poco concluyente. En cuanto al contagio por el cóito, se encuentra completamente comprobado.

Entre las condiciones generales que favorecen la trasmision, y que pueden considerarse como causa directa, es menester considerar la elevacion de temperatura. En las estaciones y climas calientes es donde con mas frecuencia se observan las estomatitis ulcerosas.

La enfermedad afecta especialmente á los jóvenes.

§ III.—Sintomas.

La estomatitis ulcerosa sucede casi siempre á la estomatitis simple. Los sintomas consisten en la *rubicundez* mas ó menos viva, y á la *hinchazon* comunmente mediana, limitadas á uno ó mas puntos de la boca, se siguen ya una *escoriacion superficial*, que aumenta despues en profundidad, ya un *reblandecimiento* que ocupa desde luego la mayor parte del espesor de las partes blandas y que ocasiona la destruccion de estas partes, resultando por su caída una úlcera irregularmente redondeada, de fondo blanquecino y de bordes rojos mas ó menos dolorosos y en una salivacion mas ó menos abundante. Las ulceraciones pueden llegar á denudar y necrosar el maxilar inferior.

Se ha observado principalmente el reblandecimiento de la mucosa en los niños muy pequeños, de lo que han citado algunos ejemplos

Denis (1) y Billard. El *asiento* ordinario de estas últimas úlceras es el frenillo de la lengua y la bóveda palatina, presentándose el reblandecimiento en esta última por lo regular á lo largo de la línea media. Entonces es oblongo, y penetra algunas veces á tal profundidad que puede quedar al descubierto la membrana fibrosa. Tambien se han observado estas úlceras en otros puntos de la boca, y Billard (2) cita una observacion en la cual la úlcera ocupaba la base de la lengua. Mucho mas raro es observarlas en la superficie interna de los carrillos, en los que se presenta ordinariamente la estomatitis con caracteres que demuestran su naturaleza gangrenosa.

En los niños pequeños que padecen muguet es, como hemos dicho mas arriba, en los que se observa esta estomatitis, pues en los *adultos* no sucede por lo comun así. En efecto, el profesor Louis ha observado que pasada la edad de quince años, el asiento predilecto de la estomatitis ulcerosa es la cara interna de los carrillos en su parte posterior y en el punto mas próximo á las encías, en cuyo caso no es entonces muy raro, como hemos dicho, encontrar los dientes correspondientes perfectamente sanos.

Esta afeccion va acompañada de *dolor*, el aliento presenta en la estomatitis ulcerosa una *fetidez* constante. La estomatitis ulcerosa va casi siempre precedida de sintomas que consisten en un mal estar que se experimenta muchos dias antes de los primeros fenómenos, pero otras veces la lesion local de la boca se produce de un modo repentino. Hay al principio calor en la boca y despues se producen con rapidez las ulceraciones, salivacion abundante, fetidez del aliento, infarto de los gánglios, la ulceracion parece que se produce por destruccion y escara de la membrana mucosa. Generalmente se produce fiebre.

No se ha descrito de un modo especial la *úlcera sifilitica*; ¿y se deberá deducir de aqui que no presenta ninguna particularidad? La úlcera primitiva se desarrolla principalmente en la cara interna de los labios, cerca de su borde libre, porque estas partes se ponen con mas frecuencia en contacto con el punto en que se ha desarrollado el virus venéreo. Sin embargo, se las ha visto en todas las partes de la boca y á todas las profundidades. ¿Empieza esta úlcera como la del miembro, por una pústula cuya rotura es seguida de la úlcera? Esto es lo que no han aclarado aun los observadores; únicamente nos dicen que la úlcera sifilitica podia desarrollarse en aquella cavidad, como en cualquiera otra parte, con las diversas formas que la son propias. Así, pues, se han encontrado allí, la *úlcera sifilitica de base infartada y sin infarto*, la *úlcera serpiginosa*, etc. Sin embargo, no se han citado hechos bien auténticos de *úlceras sifiliticas fagedénicas* en el interior de la cavidad de la boca. Es muy importante el examinar si existe ó no induracion en la base de la úlcera (3).

(1) Denis, *Recher. anat.-pathol., sur les malad. des enfants*, Paris, 1826.

(2) Billard, *Loc. cit.*, p. 231.

(3) Véase ÚLCERA SIFILÍTICA DE LAS PARTES GENITALES, t. I.

El dolor es mas intenso, sobre todo cuando la úlcera sifilitica ocupa la superficie de la lengua. El contacto de los cuerpos duros sobre la parte afectada escita vivamente este dolor, y cuando las úlceras son numerosas puede ser muy dificil la locucion y la masticacion. Tambien se observa alguna *salivacion*.

La forma que tiene esta especie de úlcera es ordinariamente redondeada, con fondo agrisado, como semi-transparente y de aspecto lardáceo. Por lo que toca á los bordes, son elevados, duros y de color rojo mas ó menos vivo, si es una úlcera sifilitica de base infartada; en el caso contrario esceden muy poco del nivel del fondo de la úlcera, y presentan un ribete rojizo bastante notable. Ricord ha visto úlceras cuyos bordes blandujos estaban desprendidos en cierta estension. Pero donde principalmente se observa esta forma es en la úlcera venérea consecutiva.

Las *úlceras sifiliticas consecutivas* tienen un aspecto diferente: asi es que empiezan por una rubicundez mal circunserita y como difusa, oscura, con un mediano infarto y cierta sensacion de estorbo en la parte afectada mas bien que un dolor vivo.

Este estado puede durar bastante tiempo; pero despues se ve que hácia el medio de esta rubicundez se reblandecen los tejidos, se ulceran y resulta una pérdida de sustancia menos regular que la precedente. Esta úlcera de fondo gris ó amarillento, irregular, presenta una especie de detritus, y sus bordes medianamente elevados conservan la rubicundez primitiva, que siempre se estiende bastante lejos.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El curso de las diversas estomatitis ulcerosas que se acaban de describir varia segun los casos; pero se puede decir en general, que la estomatitis ulcerosa simple y la úlcera sifilitica primitiva tienden naturalmente á cicatrizarse al cabo de cierto tiempo. No sucede lo mismo con la úlcera consecutiva, que si no se contiene con los medios apropiados, hace progresos lentos, pero continuos, pudiendo destruir asi gran estension de las partes blandas. En la forma aguda la enfermedad dura próximamente quince dias. Sin embargo, puede afectar la forma crónica y durar algunas semanas.

La duracion varia tambien mucho segun los casos: siendo larga en la úlcera sifilitica consecutiva no pasa por lo regular de dos á tres semanas en las demás especies.

La terminacion puede decirse que es generalmente feliz. Son frecuentes las recidivas. Sin embargo, esto solo debe entenderse de la lesion local, porque en las úlceras sifiliticas esta lesion no constituye ni con mucho toda la enfermedad. Tambien son de temer funestas consecuencias, que las mas veces es dificil preveer. La úlcera sifilitica de base infartada es en la que hay que temer estos fatales resultados (1).

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3.^a edicion, Paris, 1863.

Es raro que las úlceras dejen cicatrices visibles en el interior de la boca; pero con todo diremos alguna cosa de ellas al hablar de la *palatitis ulcerosa*.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Respecto á las *lesiones anatómicas*, casi nada tenemos que añadir á lo que hemos manifestado en la descripcion de los síntomas. Lo mas interesante es un reblandecimiento mas ó menos considerable de la mucosa y de las partes subyacentes, la destruccion de estas partes, y una especie de infiltracion de los bordes de la úlcera.

Las *lesiones locales* se han estudiado con especialidad por Caffort, el que ha demostrado que entre la rubicundez inflamatoria y la ulceracion habia una pústula cuya rotura determinaba la ulceracion.

Las partes afectadas por el órden de frecuencia son: las encias, los carrillos, el velo del paladar, las amígdalas, la mucosa de los labios y la lengua.

Segun E. J. Bergeron, el asiento mas frecuente de la ulceracion es la encia de los incisivos de la mandibula inferior. Contienen una mezcla de pus, sangre y sarro. El mismo insiste sobre este importante y característico hecho de que en la mayoría de los casos, por no decir siempre, las ulceraciones parietales existen en un solo lado.

«Cuando la exudacion amarilla de la invasion desaparece con rapidez y se desprende de una vez, se encuentra por debajo una ulceracion circular, cuyos bordes cortados á pico forman un pequeño relieve por encima de la mucosa; están rojos por lo general, pero á veces aparecen grisáceos. En este periodo el fondo de la ulceracion es de un gris uniforme, ó bien, y es lo mas comun, se encuentra sembrado de pequeñas granulaciones de un rojo intenso ó violado. La ulceracion puede estenderse y sé profundiza conservando los mismos caracteres, pasar por el periodo de estado y llegar al de reparacion sin otras modificaciones anatómicas. Cuando la ulceracion es asiento de una intensa inflamacion, se tumefactan los bordes, pero de un modo desigual, adquieren coloracion rojiza ó lívida, y la mucosa se inyecta por su base en variable estension. Este estado fluxionario no se estiende nunca á toda la mucosa bucal (E. J. Bergeron).»

En gran número de casos se cubre la ulceracion de una falsa membrana ó de un tejido blanquecino, blando, resistente, muy adherente, que se elimina poco á poco y que podria no ser mas que un producto albúmino-fibrinoso, pero que es en realidad una pequeña escara. Nada mas diferente de la difteria. No hay en semejante caso ulceracion profunda, estenso esfacelo, y nada puede compararse de lo que se observa en estos casos con lo que se presenta en los de gangrena escorbútica.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. Si no se tratase mas que de formar de un modo abso-