

luto el diagnóstico de la estomatitis ulcerosa, ninguna cosa podría ser más fácil. Efectivamente, la úlcera está al alcance de la vista; pero como hemos dicho que las úlceras de la boca son de diversa naturaleza, es necesario saber á qué especie pertenece la estomatitis que se presenta.

Se distinguirá la estomatitis ulcerosa simple, esto es, la que es debida á una inflamación de la boca, de la *úlcera sífilítica*, por su forma menos regular, por la falta de otros síntomas venéreos en las demás partes del cuerpo, por los conmemorativos, y en fin, por el modo con que se desarrolla. Efectivamente, ya hemos visto que era principalmente debida al reblandecimiento inflamatorio de las partes blandas, y además sabemos que se manifiesta ordinariamente, si no siempre, durante el curso de las enfermedades febriles, siendo así que la úlcera sífilítica se desarrolla, como todos saben, en perfecta salud.

Se diferencia la estomatitis ulcerosa, ya simple, ya venérea, de las demás úlceras de la boca, por las circunstancias concomitantes y las diferentes lesiones que caracterizan á estas últimas; y aunque es cierto que hemos visto en la *difteritis* que se forman úlceras más ó menos numerosas, estas se hallan cubiertas de una pseudo-membrana que se renueva fácilmente y se extiende á puntos en que no existe ninguna úlcera.

En la *estomatitis* ó *salivación mercurial*, también hay úlceras y con frecuencia numerosas; pero al mismo tiempo se observa la hinchazón á veces considerable de las partes, la exudación pultácea, la hinchazón de las glándulas salivales y la salivación abundante.

En el *escorbuto* las úlceras se hallan situadas principalmente en las encías, las cuales están hinchadas, sanguinolentas, reblandecidas y en estado de putridez.

En las *aftas* bastará para conocer la naturaleza de la enfermedad, la existencia de una vesícula particular, igualmente que la poca extensión y profundidad de la úlcera.

Por último, en la *estomatitis gangrenosa*, que puede también presentarse con la forma ulcerosa, se observa la hinchazón notable de los bordes de la úlcera, su reblandecimiento rápido, los progresos considerables de la destrucción de las partes blandas y los signos de postración que acompañan á la formación de estas úlceras.

Pronóstico. En la estomatitis ulcerosa simple y en la úlcera sífilítica primitiva, el pronóstico es favorable por lo que hace á la terminación de la afección local; pero el infarto de la base en esta última debe hacer temer accidentes consecutivos. En cuanto á la úlcera sífilítica consecutiva, el pronóstico varía según que la constitución se halla más ó menos alterada, y según que el enfermo se somete más ó menos exactamente al tratamiento ó se entrega á desarreglos en el régimen y á todo género de excesos.

§ VII.—Tratamiento.

En la forma aguda, si al estado febril se unen los signos manifiestos de lo que se llama estado saburral, el empleo del emético está claramente indicado y deberá preceder un día á la administración del *clorato de potasa* á la dosis de 4 gramos. Si al cabo de siete días se detiene el trabajo de reparación es menester elevar la dosis del clorato hasta 6 gramos. Si no se produce ninguna mejoría es menester aplicar todos los días sobre las superficies ulceradas un poco de cloruro de cal, cuya acción es mucho más rápida que la del ácido clorhídrico ó del nitrato de plata.

Hunt (1) y Romberg (2) prescribían el *clorato potásico* á la dosis de un gramo al día. Chanal, Herpin, Blache é Isambert le emplean á mayor dosis, 2 á 4 gramos al día en cinco ó seis veces en una taza de infusión de manzanilla ó en una pocion. Puede también aplicarse tópicamente á la dosis de 5 á 5 gramos por 50 ó 100 gramos de agua. Bouneau y Bouchut emplean el cloruro de cal seco ó mejor en colutorio:

T. Cloruro de cal.	3 gram.
Miel.	20 gram.

Mézclese. Para usarlo por medio de un pincel.

ESTOMATITIS ULCEROSA. Es raro que sea necesario recurrir á las *emisiones sanguíneas*, y para esto es menester que sean muy numerosas las úlceras, y muy intensa la inflamación que las rodea. En semejante caso se acude generalmente á las emisiones sanguíneas locales, esto es, á las *sanguijuelas* aplicadas á la base de la mandíbula.

También se prescriben constantemente los *gargarismos emolientes* y algunas veces ligeramente *opiados*; mas para que produzcan algún efecto es menester que el enfermo haga gárgaras muchas veces al día.

Uno de los medios más eficaces para contener los progresos de las úlceras, es la *cauterización*, ya con los ácidos, ó por medio del nitrato de plata.

Se recurrirá al tratamiento *mercurial* ó las *preparaciones ioduradas*.

ULCERA SIFILÍTICA PRIMITIVA. Las opiniones están divididas; pues admitiendo unos que en la producción de toda úlcera de esta especie hay necesariamente una infección general, y por consiguiente que existe en la economía un principio virulento que siempre importa mucho destruir, quieren que se use el tratamiento mercurial. Esta opinión ha sido recientemente defendida con mucho talento por Cazenave (3); pero otros, á cuyo frente se halla en Francia Ricord, fundándose en que la infección general en la úlcera sífilítica primitiva ha

(1) Hunt, *Schmidt's Jahrb.*, t. LXVII, y *Arch. gen. de med.*, setiembre, 1851.

(2) Romberg, *Traitément de la stomatite par le chlorate de potasse* (*Bull. gen. de thérapeutique*, 30 octubre, 1851, t. XLI, p. 378).

(3) Cazenave, *Traité des syphilides*, Paris, 1843.

sido admitida por solo el raciocinio, pero no demostrada por la experiencia, y mas principalmente en que la observacion ha probado que el tratamiento mercurial, cuyos inconvenientes posibles conocemos, no basta las mas veces para evitar los accidentes secundarios, pretendiendo que las úlceras de esta especie solo deben tratarse localmente, reservándose combatir la sífilis constitucional cuando se manifieste por sintomas nada dudosos. Como esta manera de obrar parece no tiene verdaderos inconvenientes, creemos que puede imitarse cualquiera que sea por otra parte la opinion que se tenga acerca de la formacion de semejante úlcera.

Observaciones numerosas han comprobado la eficacia del *ioduro de potasio* en la sífilis constitucional: tal es el gargarismo siguiente que propone Ricord:

T. Agua destilada.	250 gram.
ioduro de potasio.	1 gram.
Tintura de iodo.	4 gram.

Se hacen gárgaras cuatro ó cinco veces al dia.
Se debe administrar esta sustancia interiormente.

Fórmula de Ricord.

T. Infusión de saponaria.	4 kilógram.
ioduro de potasio.	2 gram.
Jarabe simple.	60 gram.

Se usa durante el dia.

Se puede muy bien empezar el tratamiento por una dosis mitad menor de ioduro de potasio; pero como ha observado Ricord, se puede elevar fácilmente la dosis de esta sustancia hasta 8 ó 9 *gramos*, y casi todos los enfermos despues de algunos dias de tratamiento pueden tomar 4 *gramos*; pero al médico corresponde graduar las dosis segun los casos.

El *régimen* debe ser suave y ténue, absteniéndose los enfermos de bebidas alcohólicas y de manjares cargados de especias. Cuando la úlcera está muy inflamada, aquellos se vén obligados á no tomar sino alimentos semi-líquidos. Algunos *laxantes* para mantener el vientre libre completan el tratamiento, que respecto á las úlceras sífilíticas desenvolveremos mucho mas en otro lugar.

ARTÍCULO VIII.

ESTOMATITIS GANGRENOSA.

La estomatitis gangrenosa es una enfermedad que ha sido bien estudiada en estos últimos tiempos, y se ha convenido en no considerar

como estomatitis gangrenosa sino aquella en que hay una mortificación evidente de las partes constituyentes de la boca.

La gangrena de la boca no es toda la enfermedad, siendo con frecuencia solo una manifestacion (sin disputa la mas grave) de su estado morbo general. A consecuencia de la escarlatina ó del sarampion se determina con frecuencia este accidente. En los sugetos debilitados, caquéticos, empobrecidos, encerrados en los hospicios, especialmente los niños, y durante el estado epidémico, es cuando se observa. Existe con frecuencia y á la par manchas de púrpura en la piel y otras gangrenas, especialmente en la vulva. Se consultará con buen resultado la Memoria de Bouley y Caillault (1). La gangrena de la boca es una de las manifestaciones del escorbuto.

Cuando se publicaron las investigaciones de Bretonneau, hubo una tendencia á tomar siempre por simples difteritis las afecciones citadas como verdaderas gangrenas. Pero el mismo Bretonneau (2) ha distinguido muy bien la verdadera gangrena de la difteritis, que solo tiene su apariencia, y todos los autores que han tratado de las enfermedades de los niños han visto ejemplos de esto muy evidentes.

Baron, Guersant y Billard han referido observaciones muy interesantes de gangrena; Taupin (3) ha recogido ciento siete observaciones detalladas en el hospital de niños en el espacio de cuatro años. Principalmente de este último tomaremos los principales datos para trazar la historia de la estomatitis gangrenosa. Tambien tomaremos algunos interesantes pormenores de un trabajo de J. Tourdes (4).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La estomatitis gangrenosa es una afeccion en la que se mortifican en mayor ó menor profundidad los tejidos que constituyen las paredes de la boca, cualquiera que, por otra parte, sea la forma con que se haya presentado en un principio la inflamacion. Se ha conocido esta enfermedad con los nombres de *noma*, *gangrena* y *esfacelo de la boca*, etc., y bajo los de *estomacace*, *segarite*, *afía gangrenosa*, etc., ha sido confundida con otras muchas enfermedades que se han descrito ya. En el dia se halla adoptado generalmente el nombre de *estomatitis gangrenosa*.

La afeccion es *frecuente*. Taupin calcula que de los niños existentes en el hospital, á lo menos una vigésima parte padecen la estomatitis gangrenosa. Sin embargo, esto no prueba que esta proporcion consi-

(1) Bouley y Caillault, *Memoire sur les affections phagedeniques et gangreneuses chez les enfants et sur leur nature scorbutique* (Gazette medicale, Paris, 1832, páginas 418, 433, 512, 523, 667 y 702).

(2) Bretonneau, *Des infl. spéciales*, etc., p. 429: *Du sphacèle de la bouche*.

(3) Taupin, *Stomatite gangréneuse* (Journ. des connais medico-chir., abril, 1839).

(4) J. Tourdes, *Du noma ou du sphacèle de la bouche chez les enfants*, tesis de Estrasburgo, 1848.