

aunque algo menos intenso que durante la vida. Las partes inmediatas á la escara están infiltradas y amarillentas.

Las lesiones son muy diferentes si ha sobrevenido de pronto la gangrena, en cuyo caso se observa, segun Taupin, lo que sigue: «En el carrillo, por ejemplo, la piel y la mucosa bucal están perfectamente sanas ó solo ligeramente infiltradas de un líquido gelatinoso; pero las partes contenidas entre las dos membranas, es decir, el tejido celular adiposo y el músculo bucinador, están convertidos en una materia al principio amarillenta y despues negra. En un grado mas avanzada de la enfermedad la mejilla y la mucosa participan de la destruccion pútrida; los huesos están negros y necrosados, y algunas veces en parte desprendidos. Si se cae la escara, queda muy abierta la cavidad bucal, los dientes y los huesos se hallan denudados, y reblandecidos y gangrenados los bordes de la úlcera. Muchas veces hemos procurado averiguar qué era de los vasos y los nervios en las partes gangrenadas; pero siempre los hemos encontrado confundidos con otros tejidos y ha sido imposible el distinguirlos.»

Tambien se encuentran infiltraciones de serosidad en el tejido celular subcutáneo, en los pulmones y en el cerebro; á veces hay una acumulacion de serosidad en las grandes cavidades serosas, en algunos sugetos se vé el infarto del bazo, el reblandecimiento y la inflamacion crónica del intestino grueso, y mas rara vez del intestino delgado y del estómago, y finalmente, en otros se advierten pulmonías parciales.

Despues de la gangrena carbuncosa se encuentra siempre una lesion aguda y muy marcada de las vísceras torácicas (Taupin). En treinta y seis casos se ha hallado esta lesion siempre limitada á un solo lado del pecho, y diez y siete veces solamente se la ha encontrado en el lado correspondiente al de la estomatitis. Yo he encontrado, añade este autor, veintiocho veces una hepaticacion gris de uno de los lóbulos del pulmon, de las cuales veinticuatro ocupaba el lóbulo inferior, dos veces el superior y otras dos el lóbulo medio del lado derecho. En cuatro casos habia una pleuresía considerable, en otros cuatro una gangrena pulmonar poco estensa, con neumonia al rededor de la escara, en otros cuatro una destruccion gangrenosa negra de la mucosa de la faringe, del esófago y del fondo mayor del estómago; en fin, en tres casos habia un reblandecimiento inflamatorio del intestino grueso, siendo así que en todos los demás individuos muertos de gangrena carbuncosa no habia ninguna alteracion de los órganos digestivos. Las investigaciones de Rilliet y Barthez han confirmado en gran parte las de Taupin.

En la estomatitis pseudo-membranosa ó ulcerosa, se encuentran indiferentemente lesiones crónicas ó agudas de los pulmones, de los intestinos, del estómago y de las membranas serosas, al paso que en la estomatitis carbuncosa de los carrillos primitiva ó consecutiva se hallan constantemente lesiones propias de una enfermedad aguda de

los pulmones ó de las pléuras, y las mas veces una hepaticacion pulmonar. Hasta ahora ningun autor ha hecho mencion de esta coincidencia, sobre la cual hemos oido insistir mucho á Baudelocque (Taupin).

J. Tourdes ha comprobado por hechos tomados de Rilliet y Barthez, Eckert y Richter y algunos recogidos por él, que el lado izquierdo se halla con mas frecuencia afectado que el derecho.

La gangrena de la boca comienza siempre por un desprendimiento de las encias ó por un surco grisáceo que se presenta en el vestibulo de la boca, con mas frecuencia en la mandíbula inferior. No existe falsa membrana, pero hay reblandecimiento gangrenoso, decoloracion, maceracion de los tejidos (la podredumbre de hospital presenta gran parecido con este estado); despues se estiende el mal y en los casos graves se caen los dientes, se desprende el periostio, el carrillo se pone frio, verdoso, se produce una escara que al caer deja una espantosa deformidad. En la mayoría de los casos no hay lugar para que se presenten estas lesiones, sobreviniendo la muerte antes. Los huesos pueden necrosarse en variable estension, y poseemos cierto número de maxilares inferiores y superiores necrosados recogidos en niños muertos á consecuencia de gangrenas de la boca. A veces se limita un sequestro que se cae ó puede verificarse su extraccion. En suma, no hay ninguna diferencia entre las gangrenas del escorbuto epidémico de los ejércitos y armadas y las gangrenas observadas en la boca de los niños en los hospitales, en los barrios pobres de las grandes poblaciones. Conviene tambien tener presentes las gangrenas de la vulva de las niñas que determinan con frecuencia una estensa pérdida de sustancia al nivel de los grandes labios. Estas gangrenas son de la misma naturaleza que las de la boca.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los síntomas y lesiones son tan manifiestos que no pueden dejar duda sino en casos raros. Sin embargo, existen algunas afecciones que se asemejan mas ó menos á esta estomatitis, cuyos caracteres diferenciales importa mucho indicar. La primera de todas es la estomatitis pseudo-membranosa ó la difteritis.

¿No se deberá hacer ninguna distincion entre esta estomatitis pseudo-membranosa y la estomatitis gangrenosa? Esto es lo que al parecer resulta de la Memoria de Taupin. Este autor no solo ha insistido en muchos puntos de su escrito sobre las semejanzas, ó mas bien la identidad que existe entre la estomatitis gangrenosa de forma pseudo-membranosa y la difteritis de Bretonneau, sino que tambien cuando trata de investigar la naturaleza de la enfermedad se espresa formalmente y de un modo afirmativo sobre este punto controvertible. Este autor se funda: 1.º en que debajo de la falsa membrana, que él considera como una verdadera escara, ha encontrado una pérdida de sustancia mas ó menos grande; 2.º en que, como hemos manifestado mas arri-

ba, cuando progresa la enfermedad toma la forma de gangrena profunda, y 3.º en que la estomatitis de forma pseudo-membranosa no se extiende ni á la faringe ni á la laringe, no invade los intestinos, ni el estómago, ni las fosas nasales, y en que, por otra parte, cuando los niños afectados de esta especie de estomatitis tienen al mismo tiempo una úlcera cualquiera, esta presenta la gangrena de hospital, ya pseudo-membranosa, ya ulcerosa.

No se puede negar que las observaciones de Taupin son á propósito para hacer modificar las opiniones algun tanto exclusivas á que habian dado lugar las investigaciones de Guersant y Bretonneau; ¿pero no seria caer en otro exceso el rechazar completamente los resultados de estas investigaciones? Es muy cierto que se hallan con mucha frecuencia al rededor de la falsa membrana úlceras con infarto de los tejidos subyacentes, de lo cual el mismo Bretonneau refiere algunos ejemplos; pero tambien, por otro lado, se ha visto, aun en las epidemias de estomacace, que apareció una falsa membrana bien caracterizada, estando íntegra la mucosa subyacente, ó á lo menos sin solución de continuidad. La estomatitis pseudo-membranosa se terminó á veces por una estomatitis gangrenosa profunda, en algunos de los casos observados por Taupin; ¿pero no se pudiera admitir que ha habido una escitacion casi semejante á la que produce en las paredes de la boca un fragmento de diente cariado, mas bien que la existencia de una estomatitis verdaderamente gangrenosa desde el principio? Finalmente, respecto á no haberse extendido á la faringe las falsas membranas, hay casos que prueban evidentemente que esto puede suceder.

En las enfermedades febriles, y en los últimos dias de su existencia en sugetos que padecen enfermedades crónicas, se vé muchas veces que aparece una estomatitis pseudo-membranosa, en la cual las mas exactas investigaciones han demostrado que no existia ninguna especie de ulceracion de la mucosa. Estos casos por lo menos deben asemejarse á la difteritis que produce la angina pseudo-membranosa.

La estomatitis gangrenosa puede adquirir frecuentemente la forma pseudo-membranosa sin perder ninguno de sus caractéres, pero no por eso se deduce que toda estomatitis pseudo-membranosa es de naturaleza gangrenosa.

Si la estomatitis se halla caracterizada por una falsa membrana que sobresale sobre la mucosa, sin ulceracion de esta, ó solamente con una erosion superficial que se disipa rápidamente, y en cuyo rededor no se hallan los tejidos profundamente alterados, se debe admitir la existencia de una simple difteritis. En el caso contrario, y sobre todo cuando los tejidos subyacentes y circundantes están muy infiltrados de un líquido sanioso, reblandecidos y pútridos, es menester reconocer que hay una gangrena húmeda de forma pseudo-membranosa. Si bastase el que hubiese una simple úlcera debajo de la falsa membrana, para cambiar la naturaleza de la enfermedad se seguiria de aquí que la estomatitis mercurial deberia asemejarse á la gangrenosa, puesto

que presenta tambien, debajo de la exudacion plástica, un número considerable de úlceras muy visibles.

La *estomatitis mercurial* se distingue de la *gangrenosa* por la salivacion mas abundante que produce, por la hinchazon de la lengua y movilidad de los dientes antes que la destruccion de las partes esplice este accidente, y por la menor tenacidad de los colgajos pseudo-membranosos que cubren toda la boca. Además en los mas de los casos podrán servir de guia los datos suministrados por el enfermo que no nos dejarán la menor duda.

Hay tan poca semejanza entre las *aftas discretas*, tal como han sido descritas mas arriba, y la estomatitis gangrenosa de forma ulcerosa, que apenas es necesario recordar que la formacion de las vesículas, la poca profundidad de las úlceras y la falta de gravedad de los síntomas, bastan para evitar todo error. En cuanto á las *aftas confluentes*, se distinguen de la estomatitis gangrenosa de forma ulcerosa, por la multitud de vesículas seguidas de la formacion de úlceras que ocupan no solo la cavidad de la boca, sino tambien la de la faringe, y por la intensidad de los síntomas generales en los que predomina la escitacion, siendo así que uno de los caractéres principales de la estomatitis gangrenosa es una estremada postracion.

¿Se puede confundir la estomatitis carbuncosa con una simple *fluxion de la mejilla*? Para esto seria menester que se examinase al enfermo muy superficialmente. En efecto, en la fluxion todo se reduce á la tension y dolor producidos por la hinchazon, y á una rubicundez mas ó menos viva. Por el contrario, en la estomatitis gangrenosa, el color violado de la piel, el blanco mate de la boca, el núcleo duro que se advierte en la parte enferma y los síntomas generales, son caractéres distintivos muy marcados. Cuando hay reblandecimiento y supuracion de los tejidos afectados es evidente que es enteramente inútil este diagnóstico diferencial.

Respecto á las demás enfermedades que pueden ocasionar la destruccion de las partes, tienen generalmente un curso crónico que basta para distinguir las, además de que no atacan á los niños como la estomatitis gangrenosa.

Tambien ha distinguido J. Tourdes la afeccion de que tratamos de la *pústula maligna*, del *antrax*, de la *gangrena escorbútica*, de la *gangrena de hospital* y del *lupus*; pero estos diagnósticos diferenciales que nos distraen demasiado no son de la misma importancia que los precedentes.

## CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la estomatitis pseudo-membranosa (difteritis) y de la estomatitis gangrenosa.*

ESTOMATITIS GANGRENOSA.	ESTOMATITIS SEUDO-MEMBRANOSA. (Difteritis.)
Hay <i>úlceras mas ó menos profundas</i> debajo de la falsa membrana.	No hay <i>úlceras</i> debajo de la falsa membrana ó son superficiales.
Los <i>bordes de las úlceras</i> están hinchados, infiltrados de un líquido sa- nioso, reblandecidos y pútridos.	Los <i>tejidos que rodean las úlceras</i> no presentan mas alteracion que un grado de irritacion variable.

Este diagnóstico no se aplica ordinariamente mas que á la estoma- titis gangrenosa de forma pseudo-membranosa, pues las demás formas se distinguen de la difteritis por caracteres muy marcados.

2.º *Signos distintivos de la estomatitis gangrenosa y de la mercurial.*

ESTOMATITIS GANGRENOSA.	ESTOMATITIS MERCURIAL.
Úlceras cubiertas ó no de una falsa membrana, <i>estensas, poco numero- sas</i> , y muchas veces una sola úlcera profunda.	Se presentan <i>numerosas úlceras</i> gene- ralmente poco estensas y poco pro- fundas.
Los tejidos que rodean la úlcera se hallan <i>profundamente alterados</i> .	Los tejidos que rodean las úlceras <i>solo participan de la hinchazon</i> de las demás partes de la boca.
La lengua tiene el <i>volúmen regular</i> .	La lengua se halla <i>hinchada</i> á veces en sumo grado.
No hay movilidad de los dientes hasta despues de <i>haberse destruido</i> profun- damente los tejidos.	Hay movilidad de los dientes <i>casi des- de el principio</i> de la enfermedad.
<i>Conmemorativos</i> . No ha habido trata- miento mercurial reciente.	<i>Antecedentes</i> . Tratamiento mercurial reciente.

3.º *Signos distintivos de la estomatitis gangrenosa y de las aftas confluentes.*

ESTOMATITIS GANGRENOSA.	AFTAS CONFLUENTES.
Ordinariamente no hay mas de una sola úlcera estensa y profunda.	Hay <i>numerosas úlceras</i> que suceden á las vesículas.
La afeccion está <i>limitada</i> á la cavidad bucal.	La afeccion <i>se estiende</i> á la faringe.
<i>Postracion notable</i> entre los sintomas generales.	<i>Escitacion notable</i> entre los sintomas generales.

Este diagnóstico solo es aplicable á la forma francamente ulcerosa.

4.º *Signos distintivos de la estomatitis carbuncosa y de la fluxion de la me- jilla.*

ESTOMATITIS CARBUNCOSA.	FLUXION DE LA MEJILLA.
Hay un <i>núcleo duro</i> central.	No hay <i>núcleo duro</i> central.
Por una parte las mejillas tienen un <i>color amarato</i> , y por otra la mu- cosa bucal se presenta de un blanco mate.	Hay una <i>simple hinchazon</i> con tension, <i>rubicundez ligera</i> y uniforme de los tejidos afectados.
Los sintomas generales son notables por la <i>postracion general</i> .	No hay <i>sintomas generales</i> ó son muy ligeros.

*Pronóstico.* La estomatitis gangrenosa es por lo general bastante grave: sin embargo, hay diversas particularidades que aumentan ó disminuyen esta gravedad. La corta edad de los enfermos, como ad- vierte Taupin, hace que la enfermedad sea mucho mas peligrosa, no solo porque es difícil someter los niños á un tratamiento apropiado, sino tambien porque la debilidad de su constitucion favorece la apari- cion de graves y frecuentes complicaciones. Es de sentir que no nos haya dado este autor sobre este punto detalles mas exactos.

Todavía es de mayor importancia la *forma* de la enfermedad bajo el punto de vista del pronóstico. Efectivamente, resulta de investiga- ciones modernas que la estomatitis ulcerosa, y mas aun la pseudo- membranosa, ceden con bastante facilidad á la medicacion tópica que comunmente se usa, lo que no sucede con la estomatitis carbuncosa, pues siempre tiende á propagarse y á destruir nuevos tejidos, y quan- do sobrevienen complicaciones se termina casi constantemente por la muerte. La suma pequeñez del pulso, la completa postracion de las fuerzas y la diarrea colicativa, anuncian esta terminacion funesta.

Segun J. Tourdes, de 239 casos murieron 176 enfermos, y solo se curaron 63.

## § VII.—Tratamiento.

1.º *Tratamiento preservativo.* Este tratamiento se deduce de la in- fluencia de las condiciones higiénicas en la produccion de las estoma- titis gangrenosas. Seria preciso alejar los niños desde luego del foco de infeccion, y si no se puede á lo menos se evitarán cuidadosamente las relaciones con los enfermos. Deberán habitar parajes secos y ven- tilados, se los preservará de las influencias atmosféricas por medio de vestidos secos y de abrigo en las estaciones frias y húmedas, y se cui- dará de darles un alimento sano y abundante, y si éstos medios no bastan se emplearán los tónicos que podrian hacer cesar la debilidad predisponente.

Es menester no descuidarse en reconocer la boca, como lo recomienda Taupin, en cuanto se conciben algunas sospechas. En los niños que se encuentran en las condiciones predisponentes que hemos enumerado, y en los demás si se han manifestado los síntomas de la enfermedad, será preciso arrancar los dientes cariados, y *cuidar mucho de la limpieza de la boca*, sobre todo si hay absesos, úlceras y fistulas que es urgente hacer que se cicatricen lo mas pronto posible por los medios ordinarios, es decir, por las inyecciones astringentes, ioduradas ó la cauterización, etc. Se quitará con cuidado el sarro que se haya acumulado en los dientes, y se limpiarán frecuentemente con un cepillo suave, mojado en una solución clorurada, astringente ó tónica, tal como el cocimiento de quina, el aguardiente de guayaco, etc. (Véase ESTOMATITIS SEUDO-MEMBRANOSA, p. 459).

*Tratamiento curativo.* El tratamiento local es el que inspira mayor confianza. Pero este tratamiento local consiste casi exclusivamente en las *aplicaciones cáusticas*, que se han indicado en las estomatitis anteriormente descritas, y principalmente en la pseudo-membranosa; lo cual se concibe bien, puesto que la afección de que se habla toma con tanta frecuencia la forma pseudo-membranosa. Sin embargo, como la verdadera estomatitis gangrenosa es mas grave y mas profunda, interesa hacer en la aplicación de los remedios algunas modificaciones apropiadas para contener prontamente los progresos del mal.

*A. Tratamiento local.* Se deben proscribir los *emolientes*, que no solo son inútiles, sino que harían perder un tiempo precioso. No obstante, se pueden usar los *gargarismos* de esta naturaleza, pero únicamente para limpiar la boca y disminuir en lo posible el hedor que exhala. Con este objeto se prescriben con gran ventaja los *gargarismos clorurados* (1), tales como se han indicado anteriormente. Pero repetimos que estos medios solo son accesorios, y es necesario apresurarse á recurrir á otros mas activos.

Billard se ocupa lo primero de todo del tratamiento de la infiltración que rodea la parte gangrenada. Entre los medios que aconseja para hacerla desaparecer encontramos primero las *fricciones aromáticas ó secas*, pero son muy difíciles de practicar; además es necesario advertir que estando sostenida la infiltración por una lesión profunda, nunca se podrá esperar verla desaparecer si no se remedia esta misma lesión. Por consiguiente se debe tener muy poca confianza en este medio, y únicamente se podrán usar esta clase de fricciones como medios auxiliares, y cuando el niño se prestase á ello, porque es preciso guardarse de violentarle. Con el fin indicado se usa el *bálsamo opodeldoc*, ó bien el líquido siguiente:

T. Vino aromático. . . . . 250 gram.  
Alcohol alcanforado. . . . . 20 gram.

Mézclese.

(1) Véase ESTOMATITIS SEUDO-MEMBRANOSA.

O bien

T. Carbonato de amoniaco líquido. . . . . 40 gram.  
Aguardiente alcanforado. . . . . 50 gram.

Mézclese.

Se prescribirán especialmente, según Billard, estos últimos linimentos, cuando el edema es circunscrito y duro.

*Emisiones sanguíneas.* Rara vez se hacen emisiones sanguíneas ó solo se prescriben al principio de la enfermedad cuando se manifiestan síntomas inflamatorios. Taupin aconseja recurrir á ellas cuando la afección está acompañada de una hinchazón considerable de los carrillos y de los labios. En este caso es menester aplicar de una á cuatro *sanguijuelas* (según la edad del sugeto) en el ángulo de la mandíbula del lado enfermo.

*Cáusticos.* A estos medios es á los que se ha dado la preferencia, y á los que se mira con razón como mas útiles. El doctor Buneau ha usado en estos últimos tiempos el *cloruro de cal seco*, y Taupin le mira como heróico. Hé aquí, según este último autor, cómo se hace la aplicación de esta sustancia.

*Tratamiento por el cloruro de cal seco* (Buneau, Taupin). Se procurará tener cloruro de cal bien seco, reducido á polvo fino. Se humedece ligeramente el dedo, después se le introduce en un frasco lleno del polvo de cloruro, y se frota con fuerza las partes afectadas. En seguida se hacen lociones repetidas ó se enjuaga el enfermo, y arroja el líquido pútrido y las concreciones membraniformes. Entonces se empieza la operación otra vez del mismo modo, y se deja el polvo del cloruro mucho mas tiempo en contacto con las partes afectadas; después se recomienda al enfermo que se enjuague de nuevo y que escupa el cloruro, lo que hace de buena voluntad porque el sabor de esta sustancia es muy desagradable. Estas fricciones producen algunas veces un flujo de sangre poco abundante, que no tiene inconvenientes y que antes bien puede favorecer al desinfecto de las partes inmediatas. El cloruro obra á la vez como cáustico y como desinfectante, y produce en los tejidos una nueva irritación que hace desaparecer la específica.

Según Taupin, este medio ha tenido constantemente un éxito feliz en la práctica civil, porque se toman todas las precauciones necesarias, y si algunas veces se ve que falla en los hospitales, se debe atribuir á la negligencia con que se suele hacer su aplicación. « Con frecuencia se ve, añade dicho autor, que desaparecen en ocho ó diez días, y en algunas ocasiones en cuatro ó cinco solamente, estomatitis gangrenosas que duraban hacia ya muchos meses y habían resistido á todos los medios de tratamiento. » J. Tourdes hace notar que la estomatitis gangrenosa no ha hechos menos estragos desde que se usa este tratamiento, lo cual disminuye mucho su importancia.

Respecto á los accidentes que pudiera producir esta sustancia aplicada en niños muy pequeños, y que á veces tragan parte de ella, no

los produce en realidad, como ha podido asegurarlo Taupin; pues solo en algunos casos muy raros tragan los niños un poco de cloruro, pero el vómito que inmediatamente promueve desembaraza de él prontamente al estómago, lo que evita toda consecuencia funesta. El único inconveniente que Taupin ha reconocido en el cloruro, es el de ennegrecer los dientes por mucho tiempo, pero en realidad no debe tomarse en consideración tratándose de una enfermedad tan grave.

Rey (1) ha usado la solución del *cloruro de óxido de sodio*.

También se pueden emplear del mismo modo el *alumbre* y el *bórax*, pero según las observaciones de Taupin, quien por desgracia no ha hecho la análisis de los casos, su acción es mucho menos eficaz. (Véase ESTOMATITIS SEUDO-MEMBRANOSA Y MERCURIAL).

El medio que acabamos de indicar se aplica especialmente en los casos de estomatitis de forma ulcerosa y pseudo-membranosa. Sin embargo, si pareciese que la enfermedad es muy superficial, podría cauterizarse en seco con el *cilindro de nitrato de plata*. También produciría buenos efectos en este caso el *ácido hidroclórico* mezclado con dos ó tres partes de *miel rosada*.

Pero cuando la enfermedad se declara desde luego con los caracteres de la forma carbuncosa, ó cuando á consecuencia de los progresos del mal la mortificación en las dos primeras formas se ha extendido á partes situadas mas profundamente, es necesario emplear medios todavía mas enérgicos.

*Cauterización por los ácidos.* El *ácido hidroclórico* es el que generalmente se prefiere para este fin. La mayor parte de los médicos se contentan con aplicarle puro ó mezclado con una ó dos partes de miel rosada sobre los puntos afectados, operación que se practica por medio de un pincel de hilas. También advierte Taupin respecto á esto, que la escara gangrenosa defiende la parte ulcerada contra la acción del ácido, que por esta razón es ineficaz; además esta aplicación del ácido no es para él sino un medio preparatorio para hacer mas accesibles las partes al tratamiento por medio del cloruro seco, tal como se acaba de esponer.

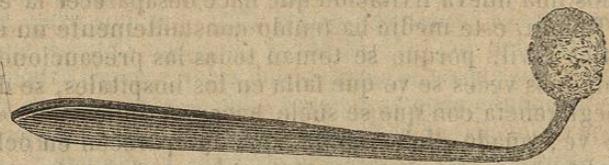


Fig. 48.—Ballena porta-esponja de Trousseau.

Se toma ácido hidroclórico puro, y se hace con hilas un pincel, que se cuidará de fijar sólidamente al rededor de un mango fuerte, ó

(1) Rey, *Ann. de la méd. physiolog.*, t. III, p. 807, y *Mem. de M. J. Tourdes*, p. 84.

bien se emplea un pedazo de esponja sujeto á una ballena como lo recomiendan Bretonneau y Trousseau (1); despues se hace la escisión de los tejidos mortificados por medio de unas tijeras; se practican algunas escarificaciones en las partes sanas, y se empapa de ácido el pincel ó esponja, esprimiéndolos de modo que no gotée el líquido, y se tocan con cuidado todas las partes afectadas y el fondo de las escarificaciones (Taupin).

Una precaución muy esencial que conviene tomar es la de preservar con cuidado á la lengua, carrillos y dientes de la acción del cáustico. Para esto, si se hace la cauterización en la cara interna del carrillo, será preciso introducir en la boca una cuchara, cuya concavidad esté dirigida hácia el arco dentario, y así defenderá á los dientes y mantendrá sujeta la lengua. Si hubiera que practicar la cauterización en las encías, sería menester que un ayudante separase de aquellas el carrillo, y además es preciso tener la lengua alejada ya con los dedos ó bien por medio de una cuchara. Cuando á pesar de todas estas precauciones tocarse una parte del ácido á los dientes, hay que apresurarse á enjuagarlos. Además, de cualquiera manera que se ejecute la cauterización, debe ser seguida de una loción apropiada para arrastrar la cantidad escudente de ácido. Si tardase mucho en desprenderse la escara, se debería recurrir de nuevo á la resección y á las escarificaciones antes de volver á aplicar el ácido.

Taupin aconseja que inmediatamente que se haya desprendido la escara y sean mas accesibles las partes enfermas, se debe recurrir á la aplicación del cloruro de cal seco de la manera anteriormente indicada. También se pueden usar del mismo modo el *ácido nítrico*, el *ácido sulfúrico* y el *nitrato ácido de mercurio*. El *zum de limon* no tiene propiedades verdaderamente cáusticas; sin embargo, se le aplica localmente, pero como hace notar Taupin con mucha razón, apenas se puede confiar en él sino cuando la enfermedad se halla limitada á las encías, además de que tiene el inconveniente de ocasionar dolores de dientes. Finalmente, se han empleado otros ácidos, tales como el *ácido fosfórico* (Richter), el *ácido piroleñoso* (Raiman, Moore, Coates, etc.), la *creosota*, la *potasa cáustica*, etc. En la tesis de J. Tourdes se pueden ver las indicaciones exactas acerca del uso de estas sustancias.

*Cauterización con la manteca de antimonio.* Baron, y despues Billard, han aconsejado en los casos en que se manifiesta en el interior de la boca una ligera erosión, y al exterior una mancha ó una equimosis violácea, es decir, cuando la enfermedad ataca á los tejidos profundos, aplicar la manteca de antimonio de la manera siguiente:

Es necesario hacer en la parte esterna del carrillo una incisión crucial, en cuyo fondo se introduce una pequeña cantidad de cloruro de antimonio, teniendo cuidado de vigilar esta cauterización para que no ocasione grandes desórdenes.

(1) Bretonneau y Trousseau, Tomo II, art. Group, p. 480.