

**PATOLOGÍA.**— Generalmente hay dos, tres ó más áreas de descamación en la lengua, y ocupan el dorso ó la periferia de ésta. Se inician las lesiones por un ligero abultamiento epitelico pequeño, redondeado y opalino; el epitelio afecto se cae pronto, dando lugar á una superficie más roja que el resto de la lengua, y sumamente lisa y aun algo brillante, pues está como bruñida, si bien ofrece con toda claridad las eminencias papilares, cuya superficie adquiere una forma alargada é irregular por el sucesivo desprendimiento del epitelio limítrofe. Estos islotes se hallan rodeados de una margen blanquecina de un milímetro próximamente de diámetro, aunque no ofrece la misma anchura en todo el perímetro del islote, la cual está constituida por el epitelio engrosado, más allá del cual aparece ya la superficie lingual con sus caracteres normales.

La descamación no se verifica simultáneamente en todos los puntos que han de ser invadidos, sino que lo hace por brotes sucesivos, que se confunden mutuamente ó no, llegando en ocasiones á cubrir casi toda la cara dorsal y bordes de la lengua, ó bien desaparecen unos mientras se producen otros.

El cuadro de esta enfermedad es todo objetivo, pues no experimenta el niño dolor, ni presenta desorden funcional alguno, lo que á mi juicio se explica por la falta de flegmasia y por lo muy superficial de las lesiones.

El *curso* es muy variable y con frecuencia crónico, considerado en conjunto; pero las lesiones en sí son agudas y á veces sobreagudas, pues yo he observado algún caso en que de un día á otro se ha duplicado la extensión, que ya era considerable, de la superficie descamada.

#### Juicios clínicos.

**DIAGNÓSTICO.**— Diferenciaremos la descamación de la *leucoplasia bucal*, en que ésta, aparte de que es verdaderamente excepcional en los niños, se halla constituida por la queratinización del epitelio, lo cual da lugar á placas nacaradas, de extensión, grosor y forma variables, y de marcha lenta.

Las *placas mucosas* de la lengua se distinguirán también fácilmente, aun suponiendo que no coexistan otras manifestaciones sifilíticas, lo cual ocurre con frecuencia, pues aunque se erosionen por desprendimiento del epitelio conservan su relieve papuloso; y en el caso de que no se erosionen, se conocerán, además de la prominencia que presen-

tan, en que faltan en ellas los puntitos que forman las papilas en las partes sanas circunyacentes.

Las *aftas* se hallan constituidas por vesículas ó manchitas blancas, que dan lugar á úlceras.

Y el *muguet* por exudados blancos, de ordinario muy pequeños, que no producen destrucción ninguna del epitelio.

Téngase muy en cuenta para el diagnóstico la importantísima circunstancia de no propagarse jamás la descamación lingual á la mucosa de las encías, ni á la del carrillo.

**PRONÓSTICO.**— Completamente benigno.

**TRATAMIENTO.**— Aparte de las indicaciones que surjan de los trastornos gastro-intestinales, que deben llenarse con los recursos adecuados, el tratamiento directo que aconsejo para la descamación en sí consiste en pincelaciones de las partes afectas de la lengua y de las circunvecinas, siete ú ocho veces al día, valiéndose de un pincel suave, con la solución de bórax al 4 por 100 en agua destilada y hervida, y si no bastara, con la de clorato de potasa en igual proporción. Tanto con la una como con la otra he observado excelentes resultados, pues he obtenido la curación en pocos días; y aun me ha parecido más eficaz la de bórax, por lo cual aconsejo que se empiece por ella. Debo, sin embargo, advertir, que es una enfermedad que recidiva fácilmente cuando persiste la causa; pues en la niña que está actualmente en la Clínica— tal vez porque aún conserva un resto del intensísimo catarro intestinal con que ingresó en ésta, siquiera no ejerza otro papel que el de causa pre-disponente ó el de concausa—, después de haber recuperado la lengua toda su integridad fisiológica, á los dos días se ha vuelto á reproducir la descamación, que vuelve á ceder y á reaparecer de nuevo.

#### Noma.

Se comprende bajo las denominaciones de *noma*, *gangrena de la boca*, *cáncer acuoso* y *estomatitis gangrenosa*, una enfermedad caracterizada por la mortificación de las paredes bucales en una extensión más ó menos considerable.

**CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.**— Es un padecimiento casi exclusivo de la primera y segunda infancia, debido, sin duda, de una parte á la gran vulnerabilidad de los tejidos, y de otra á la frecuencia de las fiebres eruptivas y de los procesos consuntivos en esta época de la vida.

Aparte de la edad, que constituye la primera *causa predisponente*, las demás de

esta misma clase hállanse representadas por el frío húmedo, la mala alimentación, las habitaciones lóbregas, el hacinamiento y, en una palabra, por las malas condiciones higiénicas, las cuales obran debilitando el organismo y, por consiguiente, aminorando su resistencia.

Existen otras causas que, aunque son también predisponentes, las reuniré bajo el epígrafe de *morbosas*, tales son, todas las enfermedades que han determinado debilidad orgánica, y diré mejor, la debilidad orgánica ocasionada por cualquiera enfermedad, y las infecciones generales agudas, como la escarlatina, la fiebre tifoidea, la viruela, la coqueluche, la bronco pneumonía y muy particularmente el sarampión; pero hay que fijarse en que éste ofrece en los niños una frecuencia tal vez equivalente á la suma de las demás infecciones que he mencionado, circunstancia que puede explicar satisfactoriamente su papel causal predominante.

¿Cómo obran las causas morbosas? Las debilitantes, atenuando las energías del organismo lo mismo que las malas condiciones higiénicas. ¿Y las enfermedades infecciosas? Esto constituye todavía un problema, pero bien se puede suponer que obran: 1.º, por la depresión de fuerzas y por la intoxicación que en la economía producen, las cuales representan indudablemente el papel de causas predisponentes; 2.º, por las lesiones que en la mucosa bucal ocasionan varias de estas enfermedades, y aun se puede decir que todas, las unas por el enantema que determinan, y todas por la saburra lingual y sequedad de boca á que la fiebre da lugar, además de la menor secreción de saliva, lo que ha de hacer que la reacción de la boca sea más bien ácida y por lo tanto irritante, cuyas alteraciones interesan más ó menos la integridad del epitelio y aminoran su resistencia, y además aumenta por estas circunstancias el número de microbios de la cavidad bucal. ¿Qué más elementos hacen falta para darnos razón de la gangrena, habiendo como hay puertas en la boca, abiertas ó medio abiertas á la infección, y además múltiples bacterias y toxinas por todo el organismo?

La interpretación patogénica resulta por lo tanto clara: una infección del carrillo ó del labio inferior, que son los puntos por donde ordinariamente comienza la gangrena. Lo que sí ignoramos, no sólo respecto de la gangrena, sino también de algunas de las enfermedades primitivas, como el sarampión, la escarlatina y la viruela, es la bacteria responsable del proceso, pues aunque se han hallado legiones de microbios en las partes esfaceladas y Samson ha encontrado vibriones que también existían en la sangre, y Netter espirilos, todavía no se conoce cuál es el productor de la gangrena. Pero he de manifestar, antes de dar por terminado el estudio de la patogenia, que aun cuando trato de explicarla por la debilidad y por la infección, la índole especial del noma me hace suponer la intervención de algún microbio que no sea de los que comúnmente figuran en las enfermedades infecciosas, en cuyo curso he indicado que suele aparecer la gangrena de la boca, sino otro *sui generis*, que yo creo será el vibrión séptico, porque sólo así pueden explicarse los terribles destrozos que este proceso ocasiona.

Algunos autores suponen que los microbios que residen ordinariamente en la boca son los que, adquiriendo propiedades necróticas, determinan el proceso; pero yo, por razones que he manifestado al ocuparme de la etiología en general,

no admito la transformación de naturaleza de las bacterias; en mi opinión, la que es inofensiva lo es siempre, y la que es virulenta, es siempre virulenta también; y no digo más, porque sería repetir ideas que ya he indicado; no sé si estoy solo en la ciencia en pensar así, ni si estoy en lo cierto, pero sí sé que estoy convencido.

La contagiosidad de este padecimiento es negada por unos, puesta en duda por otros y no sé si alguno la admite, pero yo la creo indudable, considerándola en principio; porque desde el momento en que reconoce la gangrena de la boca una causa viva, nadie podría negar la posibilidad de la transmisión de un niño á otro; lo que hay es que en el terreno de los hechos la especie de bacteria que sea necesitará tal vez, para pulular y ejercer su influencia morbígena, condiciones de receptividad en el organismo, como debilidad y alteraciones de la mucosa bucal; y como estas condiciones no se encuentran por lo general en el niño sano, no se realiza el contagio; pero estudiado á través de las doctrinas microbianas, creo que no se le puede negar, y desde el punto de vista práctico se le debe por prudencia admitir.

Diré para concluir, que el noma no es á mi juicio una enfermedad de naturaleza especial, sino una gangrena análoga á la que se observa en otras regiones.

PATOLOGÍA.—La cara interna de un carrillo ó el labio inferior son los puntos en que ordinariamente se inicia la enfermedad; pero á veces lo hace en una encía, en el labio superior ó en los dos carrillos. Respecto á qué punto de éstos es el primeramente invadido, unos creen que principian las alteraciones en el centro de los tejidos, y otros, por el contrario, opinan que tienen lugar en la membrana mucosa. La mayoría de los observadores defiende esta última interpretación, y yo también la considero más verosímil, porque es natural que la infección comience por alterar el punto en que se realiza; pero en fin, como las opiniones, cuando se refieren á hechos recogidos por la observación, yo no las discuto ni las rechazo, admito como posibles ambos mecanismos. Así, pues, se manifiesta la enfermedad por una vesícula que se rompe y da lugar á una úlcera cubierta de una mancha gangrenosa, ó bien por un punto duro y bastante circunscrito en el espesor del carrillo ó del labio. Estas primeras manifestaciones no van acompañadas de dolores, que por cierto tampoco son grandes en lo restante del curso de la enfermedad. No tarda en presentarse en el punto correspondiente de la cara una hinchazón edematosa, reluciente, en cuya parte central existe un punto aún más brillante que sus alrededores.

Pasados uno ó dos días se presenta en el espesor de los tejidos hinchados, al nivel de la úlcera, un núcleo duro, limitado, de uno ó dos centímetros, al parecer, de diámetro, cuyo núcleo es después atacado de mortificación; y en la piel se presenta, precedida á veces de una flic-

tena llena de una serosidad sanguinolenta, una mancha lívida que se vuelve luego negra; no obstante, puede faltar la escara cutánea en los casos ligeros. Así que el tegumento externo es afectado, la mortificación progresa rápidamente. La zona gangrenada queda á menudo limitada al centro del carrillo; otras veces, por el contrario, va en aumento, y puede atacar á la nariz, los párpados, la oreja, la barba, el cuello, y dentro de la cavidad bucal á las encías, á la lengua, cayéndose los dientes, y denudándose y aun necrosándose los maxilares. Existe ptialismo fétido; al principio es transparente la saliva, pero más tarde está mezclada con sangre y con materias pútridas, adquiriendo una coloración morena ó negra; el aliento es también muy fétido.

La fisonomía está pálida ordinariamente durante todo el curso de la dolencia; su expresión es de tristeza, si bien alguna vez continúa alegre el niño. El estado de las fuerzas es variable, hallándose unas veces disminuídas, mientras que otras se conservan éstas de tal modo que el enfermito puede jugar y sentarse en la cama.

Recuerdo con este motivo un niño de tres años próximamente que ingresó y falleció en la Clínica de Pediatría hace doce años, con un noma verdaderamente horrible, pues no sólo le destruyó casi media cara, sino una extensa zona del lado correspondiente del cuello, disecando los músculos con una limpieza y poniendo de tal modo al descubierto los gruesos vasos, como si fuera una figura del museo anatómico hecha con cartón piedra; y á pesar de esto el pobre niño estaba muchos ratos sentado en su cunita, mirándonos á todos con completa tranquilidad, lo que denotaba falta casi absoluta de dolores y un regular grado de fuerzas, en lo que cabía, por supuesto, dentro de aquel estado de profundo aniquilamiento orgánico.

Muchas veces es intensa la sed, en tanto que el apetito se conserva frecuentemente; se presenta diarrea colicuativa, efecto probablemente de la saliva cargada de detritus gangrenosos que el niño deglute inevitablemente, por mucho cuidado que se tenga, la cual dificulta la nutrición del niño y contribuye á su depauperación. La temperatura varía según las circunstancias, no siendo muy alta si no existe alguna complicación, pues la gangrena de la boca en sí sólo suele producir una elevación moderada, y aun á veces se conserva en la cifra normal ó se halla algo disminuída; el pulso se va debilitando paulatinamente, aumentando también su frecuencia, aunque rara vez llega ésta á ser grande; los pies están en ocasiones edematosos; existen muy á menudo complicaciones por parte del aparato respiratorio, como bronco-pneumonía, y por último, pueden aparecer somnolencia ó delirio.

**PATOCRONIA.**—En el mayor número de casos termina por la muerte, si bien ésta no siempre tiene lugar en el mismo momento del curso de la dolencia, ni es producida por idéntica causa. Unas veces ocurre pronto el fallecimiento á consecuencia de una pneumonía ó de otra complicación; otras, durante ó al fin del segundo septenario por el progreso de la mortificación y de la adinamia; si bien lo más ordinario es que muera el niño antes de que la destrucción de las partes haya alcanzado el alto grado que dejo dicho, y aun antes de que la perforación del carrillo haya tenido lugar; no obstante, en algunas ocasiones resisten los niños toda la evolución del proceso gangrenoso y fallecen por la debilidad que produce la supuración establecida después de desprendida la escara. Puede ser debida la terminación funesta á una hemorragia; mas esto es raro, á causa de la obliteración de los vasos pequeños por trombosis secundarias. A veces se verifica la curación sin que haya llegado la mortificación al tegumento externo, ó si le ha interesado, después de haberse desprendido la escara.

#### Juicios clínicos.

**DIAGNÓSTICO.**—Cuando la enfermedad ha alcanzado todo su apogeo no ofrece el diagnóstico dificultad alguna, pero al principio pueden surgir perplejidades por el parecido que ofrece con algunos padecimientos; perplejidades que ahuyentaremos, sin embargo, fácilmente, teniendo en cuenta los datos que voy á indicar.

Distinguiremos la *pústula maligna*, aparte del cuadro objetivo característico que ésta ofrece en su primera fase, porque comienza por la piel, y además por el elemento etiológico, pues de ordinario se llega á averiguar que el niño ha tocado á algún animal que padeciera esta enfermedad ó algún objeto que estuviera contaminado.

Las *aftas gangrenosas* no se acompañan de esa induración central de las partes blandas que he manifestado al describir el noma, ni alcanza la zona mortificada la extensión que en éste.

La *estomatitis úlcero-membranosa* se inicia por las encías; no produce núcleo de induración en el carrillo, ni destrucción de éste ni de las partes contiguas, sino que es un gangrenismo lento, sordo y semi-latente, que va despegando el periostio y atacando el hueso hasta necrosarle en más ó menos extensión.

**PRONÓSTICO.**—Ofrece una gravedad extraordinaria, según se desprende de cuanto dejo dicho en la patografía y patocronia.

**TRATAMIENTO.**—Aparte de los recursos que exijan las complicaciones que puedan existir, el noma ofrece dos indicaciones fundamentales: *sostener las fuerzas del niño y contener la marcha invasora de la gangrena*. Además se cuidará de que no se aproximen al enfermo otros