

Por el contrario, se observa un adelgazamiento muy pronunciado en los casos de esclerodermia, al mismo tiempo que una cierta inmovilidad, un aspecto de fijeza.

La coloración de la parte mucosa merece ser observada; rosada en el estado normal, es de un azul violáceo en los sujetos sometidos á un enfriamiento intenso, ó expuestos al escalofrío congénito, en los cardíacos asistólicos ó hiposistólicos, en los enfermos atacados de cianosis congénita, en los enfisematosos, los asmáticos, los bronquíticos, cuya circulación pulmonar se encuentra grandemente contrariada de una manera pasajera ó constante. La mucosa labial es de un rojo vinoso en los escrofulosos de labios gruesos, ó en los sujetos atacados de estrechez mitral bien compensada. Esta coloración es pálida en la anemia, casi verde en la clorosis, blanca, descolorida en las caquexias extremas.

Una vez en posesión de estos datos, que pueden obtenerse por una sencilla mirada, se examinan ambos labios, uno después del otro. Primeramente su cara cutánea, después su cara mucosa, volviendo con los dedos el labio hacia afuera de manera que pueda examinarse hasta el repliegue labio-gingival. Las dos comisuras, examinadas de igual manera, reclaman una atención particular.

En el *labio superior* podrá notarse la existencia de un labio leporino, el aumento de volumen debido á la escrófula, teniendo presente que su espesor normal es de 8 á 10 milímetros.

En el *labio inferior*, hay con frecuencia ocasión de ver, en la zona intermedia, entre la parte cutánea y la parte francamente mucosa, *surcos*, cuyo punto de partida es la sequedad de la piel, y algunas veces llegan á constituir profundas fisuras.

En las comisuras se encuentran ciertas lesiones caracterizadas por una especie de eczema sobre la superficie cutánea, fisuras en el ángulo de la comisura y exulceraciones en la superficie mucosa.

Las lesiones siguientes se observan, no en un sitio de elección determinado, sino en una región cualquiera del orificio bucal; la sequedad, las *fuliginosidades* en las enfermedades graves, ataxo-adinámicas, el *herpes*, que forma costras en la zona cutánea y la zona intermedia, las falsas membranas en la zona mucosa, la *estomatitis impetiginosa*, que reviste los mismos caracteres generales, pero más diseminada, con contornos más regulares, policíclicos y coincide con lesiones ulcero-membranosas de las otras regiones de la boca; las *aftas*, exulceraciones de la dimensión de una cabeza de alfiler ó de una lenteja, diseminadas en número pequeño ó considerable sobre la cara mucosa de los labios y toda la mucosa bucal; el *chancre sífilítico*, muy frecuente, erosión redonda

ú oval, que reposa sobre una base indurada, abombada ó plana, y cubierta por una costra en la superficie cutánea de los labios. Los chancros de las comisuras ó de la parte media del labio inferior toman frecuentemente un aspecto fisurario; pero un atento examen demuestra que tienen todos los demás caracteres del chancre sífilítico, y permite distinguirlos de las simples grietas, de las quemaduras, etc. Las *placas mucosas*, cuyo tipo erosivo es el más frecuente, y cuyo diagnóstico no presenta dificultades sino cuando ocupan las comisuras; el *goma circunscrito*, que á menudo se abre en la superficie cutánea; los *gomas planos*, con su superficie rojiza, mamelonada, fisurada, ulcerada, que interesan las dos caras de los labios y pueden extenderse á las mejillas; la *ulceración tuberculosa*, con su fondo desigual, mamelonado, cubierto de detritus, sus bordes irregulares, rodeados de un cordón de puntos amarillos; el *lupus* con sus gruesas escabrosidades azuladas ó violáceas, ó sus placas lechosas, y que puede ulcerarse; el *epitelioma*, tumor duro, indoloro, cuya superficie ulcerada, irregular, desigual, vegetante (forma vegetante), ó profundamente excavado (forma corrosiva) está cubierto en la parte cutánea de costras formadas por pus y sangre concretadas.

ARCOS DENTARIOS, ENCÍAS Y DIENTES

Los *arcos dentarios* deben ser examinados metódicamente en toda su extensión. Para examinar la cara anterior, ó vestibular, se hace que el enfermo cierre las mandíbulas y se separan con el mango de una cuchara, ó con un depresor, sucesivamente el labio superior, el inferior, después una y otra mejilla, teniendo cuidado de iluminar lo mejor que se pueda la región precisa que se quiere examinar. Después el enfermo abre ampliamente la boca y se puede explorar la cara posterior ó bucal de los arcos alveolares; el arco superior haciendo inclinar la cabeza hacia atrás cuanto sea posible y el arco inferior haciéndola, al contrario, inclinar hacia adelante. En uno y otro caso es casi siempre conveniente iluminar la parte que se ha de examinar por medio del espejo que usan los dentistas, ó simplemente de un depresor bien pulimentado, que hace el oficio de reflector.

En estado normal, cuando se cierran las mandíbulas como para morder, y más especialmente cuando se muerde un objeto muy delgado, por ejemplo, una hoja de papel, los dientes de la mandíbula superior vienen á colocarse ligeramente por delante de los dientes inferiores, de manera que los cubren casi en su tercio superior. Si sobresalen de los

inferiores, de manera que los escondan debajo de ellos, hay *prognatismo superior*.

Si la mandíbula inferior adelanta á la superior y los dientes inferiores avanzan algunos milímetros, ó un centímetro, con respecto á los superiores, hay *prognatismo inferior*, cuyo primer grado es la yuxtaposición exacta de los dos arcos dentarios. La proyección hacia adelante de los dos arcos dentarios constituye el *prognatismo doble*.

Encías. — La mucosa gingival se continúa hacia adelante con la mucosa labial, hacia atrás con la mucosa bucal propiamente dicha. Tapiza los arcos alveolares (parte no dentaria de las encías) y, al llegar á la base de los alvéolos, se divide en dos láminas, una de las cuales penetra en el alvéolo (periostio alvéolo-dentario) mientras que la otra tapiza la parte extra-alveolar de la raíz del diente, hasta el cuello, formando alrededor de éste una cubierta de 2 á 3 milímetros de altura (cubierta radicular, parte dentaria de la encía). El borde de la parte no dentaria es delgado, y forma un festón en el cual las arcadas, cóncavas hacia arriba, corresponden á los dientes, y los ángulos á los intersticios dentarios. Detrás del último molar la mucosa tapiza el borde del maxilar en la longitud próximamente de un centímetro.

La coloración normal de toda la mucosa gingival es rosada; en los anémicos, es de un rosa pálido, casi blanco, muy perceptible.

Se ha señalado en el curso de las fiebres eruptivas, especialmente en el sarampión, una cinta blanquecina, ancha de 3 á 4 milímetros, que interesa la parte no dentaria de la encía y la región correspondiente de los labios (*cinta gingivo-labial*).

En la parte dentaria de la encía, á nivel de su borde libre, es donde se observa, en una anchura de 1 milímetro, la *cinta azul* de la intoxicación saturnina (faja de Burton), la *cinta verde* de la intoxicación por el cobre; una *faja negruzca* en los sujetos que hacen uso del nitrato de plata al interior; una *faja negra* en las personas que toman preparaciones ferruginosas ó se sirven de polvos dentífricos á base de carbón.

Esta parte dentaria es la que se encuentra hinchada, tumefacta, fungosa, sanguinolenta en los casos de *gingivitis* ó de *escorbuto*. A nivel de su borde libre se deposita el *sarro dentario*; entre ella y el cuello dentario sale, por último, el pus de la *poliartritis alvéolo-dentaria*, cuando con el dedo se ejerce presión sobre la encía.

Al contrario, las *manchas negras* de la púrpura ó del escorbuto, las *manchas pizarrosas* de la enfermedad de Addison; las *placas mucosas*, las *ulceraciones tuberculosas*, las *estomatitis impetiginosa*, *mercurial*,

ulcero-membranosa, el *noma*, etc., pueden extenderse á las partes no dentaria y dentaria de la encía.

Dientes. — EVOLUCIÓN DENTARIA. — a. Los *dientes temporales* (primera dentición) son en número de 20, y aparecen y caen por el orden siguiente:

	Erupción	Caída
Incisivos inferiores centrales.	6-8 meses	7.º año
— superiores —	7-9 —	7 1/2 años
— superiores laterales.	9-10 —	8 años
— inferiores —	10-12 —	7 1/2 años
1.º molares superiores.	12-14 —	10.º año
1.º — inferiores.	12-14 —	
Caninos superiores.	18-20 —	12.º año
— inferiores.		
2.º molares superiores.	23-24 —	11 1/2 años
2.º — inferiores.		

La erupción de los dientes puede verificarse en épocas más próximas al nacimiento; se sabe que Luis XIV y Mirabeau tenían ya dientes al nacer. Además se ha invocado el papel que en esto desempeña la sífilis hereditaria, el idiotismo, etc. Pero es difícil conceder la menor importancia á esta erupción precoz.

La *erupción tardía*, al contrario, indica siempre una perturbación de la nutrición. Es muy frecuente en los débiles, los sífilíticos hereditarios, y más aún en los raquíticos, en los cuales constituye un signo casi constante. La *caída precoz* de los dientes temporales, cuya causa aún no es bien conocida, tiene á menudo como consecuencia las anomalías en la colocación de los dientes permanentes, á los cuales deben aquéllos servir de tutores.

La *caída tardía*, dependiendo también del estado general, de la insuficiencia del desarrollo del maxilar y de los dientes permanentes, agrava las anomalías de dirección de los dientes permanentes. Ciertos dientes de leche caen á los diez y ocho, veinticinco y cuarenta años, ó más, y pueden en este momento ser reemplazados por los dientes permanentes. Casos de este género son los que han hecho creer en la existencia de una tercera dentición.

b. Los *dientes permanentes*, en número de treinta y dos, aparecen por el siguiente orden:

1.º molares	5 á 6 años
Incisivos centrales.	7.º año
— laterales.	8 1/2 años
1.º bicúspides.	9-10 —
2.º —	11-12 —
Caninos.	11-12 —
2.º molares.	12-13 —
3.º — (muelas del juicio).	18-25 —

La *erupción precoz* de los dientes permanentes puede tener como consecuencia una dirección viciosa del diente, relacionada con un desarrollo insuficiente del maxilar, ó bien una tendencia á la caries, relacionada con una calcificación insuficiente.

La *erupción tardía* es relativamente frecuente; se observa especialmente para los caninos ó las muelas del juicio, que también pueden faltar. Es conveniente recordar que estas erupciones tardías van frecuentemente acompañadas de fenómenos graves de osteítis.

Los odontomas, los quistes de los maxilares, debidos á anomalías de nutrición, deben ser aquí indicados sencillamente.

CONFORMACIÓN. — Las anomalías de estructura son más interesantes para el médico.

La más frecuente es la *erosión*, que consiste en el aspecto gastado, ó raído que presenta en ciertos puntos la corona del diente, aspecto debido á la disminución ó desaparición del esmalte en el centro de la erosión y á su aumento en los bordes. La erosión presenta aspectos diferentes según su asiento y extensión. En la cara anterior, se encuentra frecuentemente limitada y tiene la forma de una cúpula ó de un ligero surco transversal. Muchos surcos superpuestos, separados por partes gruesas de esmalte, dan la *erosión en gradaría*, en escalera; las cúpulas separadas por partes sanas dan la *erosión en pisos*; una erosión única, extendida á casi toda la superficie de la corona toma el nombre de *erosión plana*; la erosión plana que interesa el borde libre de los molares constituye la *erosión en meseta*; las erosiones múltiples que interesan el borde libre de los incisivos, le dan el aspecto de una *sierra*; en ciertos casos, erosiones múltiples y de formas diversas alteran los dientes de tal manera que les quitan su forma primitiva (*dientes en panal de miel*).

Estas erosiones pueden encontrarse en los dientes temporales y en los dientes permanentes, pero *afectan mucho más á menudo los dientes permanentes*. Además, afectan siempre los *dientes homólogos* de una ó de las dos mandíbulas.

Según Parrot, las erosiones de los dientes temporales afectan por orden de frecuencia decreciente: los caninos, los segundos pequeños molares, los primeros pequeños molares, los incisivos laterales, los incisivos medios; este orden es casi el inverso de su erupción.

Los dientes permanentes son, según Magitot, atacados por el orden siguiente: primeros grandes molares, incisivos, caninos, pequeños molares, raramente los segundos y terceros grandes molares. Este es casi el orden de su erupción, y también el de la aparición de la calcificación de sus folículos.

Las erosiones son debidas á una perturbación de la evolución dentaria, que se relaciona á su vez con una perturbación general de la nutrición, como las producidas por la sífilis ó el raquitismo y las enfermedades de larga duración. La sífilis produce, sobre todo, sus efectos en los últimos meses de la vida uterina y en los dos primeros años de la vida. De igual modo el raquitismo no produce sus más notables efectos hasta del sexto al décimooctavo mes; las enfermedades largas atacan sobre todo á los niños de un año próximamente. Es fácil comprender que los dientes cuyo desarrollo intraalveolar se verifica en estas épocas, son los que deben ser principalmente atacados. Así los dientes de leche, cuya calcificación está ya muy avanzada, lo son menos que los dientes permanentes, y tanto menos cuanto más pronto verifican su erupción. Los dientes permanentes, cuya calcificación comienza al final de la vida intrauterina (primeros molares gruesos), ó al principio de la vida extrauterina (incisivos, caninos, pequeños molares), y continúa en seguida activamente, son á menudo mucho más atacados. Los segundos y terceros grandes molares, por último, cuya calcificación no comienza hasta después de los tres años (segundos), ó doce años (terceros grandes molares) sólo son atacados por excepción.

Estas erosiones no son, pues, siempre señales de sífilis hereditaria, é indican sencillamente que el organismo ha sufrido un trastorno profundo y durable de la nutrición, durante el período de calcificación de la corona de los dientes atacados. Sin embargo, el *diente de Hutchinson*, caracterizado por una escotadura semilunar que afecta el borde libre y una parte de la cara anterior de los incisivos medios superiores de la segunda dentición, por la forma de destornillador de estos dientes y por su dirección oblicua convergente, es sobre todo frecuente en la sífilis hereditaria, de la cual constituye un signo de «presunción formal.»

Las *anomalías de forma, gigantismo, microdontismo, amorfismo*, cuando se hallan limitadas á ciertos dientes, no tienen una gran importancia. Sucede á menudo que el incisivo lateral tiene una forma conoide, parecida al canino, ó que la muela del juicio no tiene la forma de un molar. Sin embargo, en ciertos sífilíticos hereditarios, ó en individuos que durante la infancia han sido atacados de raquitismo grave, se ven frecuentemente coincidir con las erosiones el microdontismo ó amorfismo dentario.

SITIO Y DIRECCIÓN. — Los dientes permanentes, *pero sólo éstos*, presentan con frecuencia anomalías de sitio ó de dirección.

Las anomalías de sitio consisten, bien en una simple transposición de dos dientes vecinos, lo cual no se observa sino en el maxilar superior, ó