

En el tercer grado, la pulpa ha sido atacada. El diente tiene una coloración normal, ó con más frecuencia rojiza, azulada ó negruzca, según el grado de alteración de la pulpa. La sonda penetra en una cavidad friable, insensible, excepto en el punto en que la pulpa queda al desnudo, y donde la presión provoca un vivo dolor. El excavador limpia fácilmente la cavidad de su dentina alterada, insensible, pero el dolor aparece cuando se llega á la pulpa.

Por último, en el cuarto grado, la pulpa está totalmente mortificada y más ó menos infectada. El espejo demuestra el asiento y las dimensiones de la caries; las pequeñas torundas de algodón con que se la limpia toman un olor nauseabundo.

LENGUA

Movimientos. — En estado de reposo, la lengua, moderadamente deprimida, recubre el fondo bucal; su base, vertical, forma la pared anterior de la faringe; su cara dorsal, horizontal, corresponde á la bóveda palatina; sus bordes y su extremidad se aplican sobre la cara posterior del maxilar inferior. Cuando se hace abrir la boca al enfermo, es raro que la lengua se mantenga en la posición de reposo, y no se encuentre animada de movimientos diversos, involuntarios, con frecuencia inconscientes, que modifican constantemente su posición y su forma. Además, bajo la influencia de la voluntad, ejecuta por otra parte, movimientos muy extensos. Puede ser proyectada hacia afuera ó retirada al fondo de la faringe, ser aplicada al fondo de la boca, ser aplanada, ó tomar una forma cilíndrica y desviar su extremidad lateralmente de manera que describa un arco de círculo.

Todos estos movimientos, que un sujeto normal ejecuta fácilmente, se ven suprimidos ó disminuídos en la *parálisis labio-glosolaríngea*. La lengua queda encogida y aplastada, estacionaria, inmóvil detrás de la arcada dentaria; el enfermo no puede ni sacar la punta, ni levantarla hasta el velo del paladar, ni desviarla lateralmente, ni estrecharla en canal. El estudio detallado de cada movimiento permite comprobar y medir esta parálisis, indicada ya por las perturbaciones funcionales. En el caso de *afasia*, se puede asegurar que no se trata de la parálisis de los músculos de la lengua, sino de un trastorno de un orden completamente distinto.

La *hemiparálisis lingual* puede estar relacionada con una lesión del hipogloso del lado paralizado; con frecuencia corresponde parcialmente al síndrome hemipléxico, y tiene asiento en el mismo lado que la pará-

lisis facial. En estado de reposo, la lengua conserva su forma normal, pero cuando se la hace ejecutar diferentes movimientos, se ve que las deformaciones que éstos imprimen interesan más una mitad de la lengua que la otra. La mitad más estable en su forma es la paralizada. El movimiento de protrusión de la lengua es el más fácil de estudiar, y demuestra que la punta se desvía tanto más de la parte paralizada cuanto más el enfermo trata de hacerla salir de la boca. Cuando la parálisis es seguida de contractura, la lengua en estado de reposo no guarda ya la forma normal, sino que tiene su punta desviada del lado paralizado por la retracción muscular.

En la *hemiplegia histerica*, la cara y la lengua no están por lo general paralizadas, y, sin embargo, lo parecen muy claramente si se hace un examen superficial. Es que, en estos casos, existe, como lo ha demostrado Charcot, un *hemispasmo glosolabial* de la parte opuesta á la paralizada de los miembros, que impone al principio la creencia de una parálisis homóloga de la cara, de la lengua y de los miembros. Un examen más detenido demuestra que los movimientos de la cara se verifican en los dos lados, que los labios y la lengua son más fuertemente atraídos por el lado contracturado, que la comisura de este lado es elevada y se aproxima á la cola de la ceja, que está deprimida, y, por último, que en los diferentes movimientos las partes contracturadas están animadas de movimientos espasmódicos. Si se hace abrir la boca al enfermo, el espasmo se acentúa; si saca la lengua fuera, la punta queda fuertemente desviada del lado contracturado.

Esta semicontractura de la lengua con rigidez unilateral de la cara y de los miembros ha sido observada por M. Féré en un caso de parálisis agitante de forma unilateral.

La lengua, por el contrario, puede estar animada de *movimientos involuntarios*.

Los espasmos clónicos se producen al principio del ataque de epilepsia y son la causa de la mordedura de la lengua. En la *corea*, la lengua está, como los miembros, el tronco, la cara, animada de movimientos bruscos, desordenados, involuntarios. Movimientos análogos, pero más lentos, se observan en la *atetosis*. En la enfermedad de los tics, los movimientos son también bruscos é involuntarios, pero parecen ejecutados con un objeto determinado; lo más frecuente es la propulsión brusca de la lengua, que el enfermo alarga desmesuradamente, entrándola en seguida.

La lengua está, en gran número de afecciones, animada de *temblores*, que impiden la palabra, y aparecen claramente cuando el enfermo saca la lengua. Este es el caso del alcoholismo, en el cual el temblor es peque-

ño y rápido, y en la parálisis general, donde es más lento, como un movimiento de reptación; igualmente en la esclerosis en placas, la parálisis agitante y la enfermedad de Basedow.

Sensibilidad.—Los trastornos de la sensibilidad pueden referirse unas veces á la sensibilidad general, otras, á la sensibilidad especial, y otras á ambas.

SENSIBILIDAD GENERAL.— Los trastornos subjetivos de la sensibilidad general consisten en fenómenos de hiperestesia, de parestesia y neuralgias.

En caso de *hiperestesia*, el enfermo se queja de que la masticación es dolorosa, que el contacto de los alimentos calientes ó fríos provocan una sensación penosa; en caso de *parestesia*, se resiente de prurito, de comezón, de quemaduras que no corresponden á ninguna acción exterior. Estas perturbaciones se observan en las estomatitis, independientemente del dolor, atribuible á las alteraciones de la mucosa. Se las encuentra frecuentemente, en ausencia de toda lesión bucal, en la histeria, la neurastenia, la parálisis general y en los bríhticos.

La *neuralgia* de la lengua no es frecuentemente más que uno de los síntomas de la neuralgia del trigémino. Se la observa cuando la rama maxilar inferior de este nervio es atacada, y en este caso se encuentra un punto neurálgico doloroso á la presión en el trayecto del lingual, entre la lengua y la glándula sublingual.

Algunas veces la neuralgia lingual es la única manifestación de la neuralgia del trigémino. Esta *glosodinia* se observa en la parálisis general, en la tabes, y constituye unas veces un signo de la enfermedad confirmada, y otras un síntoma precursor, cuya significación no siempre puede ser determinada. Existe, por otra parte, independientemente de la parálisis general y de la tabes; se la encuentra en los neurasténicos, que la localizan en un punto bien determinado, en la parte posterior del borde de la lengua, y la atribuyen de ordinario á una ulceración limitada en este punto, por más que un examen detenido no permite descubrir que haya tal (*ulceración imaginaria* de Verneuil).

Una perturbación más fácil de comprobar objetivamente, por más que el enfermo no tenga siempre de ello conciencia clara, es la *anestesia*. El enfermo no tiene la noción del paso de los alimentos sobre las partes insensibles; se muerde la lengua, hiriéndose algunas veces profundamente sin sentirlo. Cuando se aplica un cuerpo extraño, como la punta de un alfiler, sobre la parte enferma, el enfermo no percibe la sensación de contacto, como tampoco la temperatura de los cuerpos, ni el dolor que debería producir una picadura profunda.

En la hipoestesia, se comprueba con el estesiómetro, ó sencillamente

con el compás, la disminución de la sensibilidad táctil. Se sabe que normalmente, para que las dos puntas del estesiómetro sean notadas, deben encontrarse distantes por lo menos 1 milímetro en la punta de la lengua y 9 milímetros en la base de este órgano. De igual manera la mucosa bucal percibe, en estado normal, una diferencia de temperatura de 2 grados; en estado patológico, se encuentran todos los intermedios entre esta sensibilidad normal y la anestesia.

La anestesia total de la boca y de la lengua se observa en los estados comatosos, cualquiera que sea su causa, y no es más que un fenómeno relacionado con la anestesia general.

La hemianestesia sensitiva de la boca se encuentra en el curso de la histeria, pero casi siempre asociada á una hemianestesia sensorial. No es inadmisibles que pueda existir en ciertas lesiones cerebrales, pudiendo existir también en el caso de alteraciones neuríticas del trigémino, y hasta ser localizada á tal ó cual región de la boca, según la división de la rama afectada (maxilar superior, maxilar inferior, plexo timpánico).

SENSIBILIDAD ESPECIAL.—Las perturbaciones de la sensibilidad especial interesan únicamente la lengua, puesto que sólo ella está dotada de la sensibilidad gustativa, y consisten en anestesia, hiperestesia, perversión del gusto, modificaciones todas ellas que pueden afectar á la sensibilidad de toda la lengua ó de una de sus partes solamente.

La anestesia gustativa generalizada es algunas veces pasajera; éste es el caso de los fumadores y de los alcohólicos por las mañanas, y de las personas que respiran con la boca abierta, de donde resulta que la lengua se pone seca ó recubierta de una capa saburral gruesa. Las mismas modificaciones de la superficie de la lengua, impidiendo que las substancias sápidas lleguen á los corpúsculos del gusto, suprimen las sensaciones gustativas en los febricitantes, y especialmente en los enfermos ataxo-dinámicos, con la boca seca, fuliginosa, con «lengua asada.»

La anestesia gustativa unilateral, la hemianestesia sensorial se encuentra, bien aisladamente, bien con más frecuencia asociada á la hemianestesia sensitiva en la histeria. Charcot admitía que podía observarse en ciertos casos de lesiones cerebrales de foco ocupando el tercio posterior de la cápsula interna. Esta hemianestesia sensorial interesa una mitad de la lengua en toda su longitud, tanto en la parte inervada por el glosofaríngeo (base de la lengua y V lingual), como en la zona inervada por el lingual (dorso, bordes, extremidad).

Cualquiera que sea la opinión que se tenga sobre el origen de los filetes gustativos del lingual, vengán ó no del glosofaríngeo, se reconoce

desde los puntos de vista anatómico y fisiológico que estos filetes siguen, parado el ganglio geniculado, el facial, la cuerda del tímpano y el nervio lingual. Esta disposición anatómica explica cómo la agustia unilateral, afectando solamente el borde, el dorso y la punta de la lengua, es el signo de una lesión del facial (por debajo del ganglio geniculado) ó de la cuerda del tímpano ó de la rama lingual del trigémino. Es de notar, por otra parte, que ciertas observaciones parecen demostrar que la lesión del glossofaríngeo en el curso de una afección del oído medio, puede producir la agustia de toda la mitad correspondiente de la lengua (Carl).

El examen de la agustia ó de la hipoagustia y de sus localizaciones en una zona nerviosa, se hace muy sencillamente depositando sobre la lengua, sucesivamente en sus diferentes zonas de inervación, sustancias sápidas en pequeña cantidad, por medio de una varilla de cristal, por ejemplo. El sujeto debe dejar la boca abierta por algunos instantes, con objeto de impedir que la sustancia sávida se difunda por otras regiones fuera de aquella en la cual se la ha depositado, lo cual falsearía los resultados de la experiencia. Por otra parte, las sustancias elegidas deberán ser capaces de determinar sabores puros, esto es, de interesar el gusto solo, sin determinar otras sensaciones que permitan reconocer su naturaleza. No se emplearán los cuerpos capaces de provocar al mismo tiempo sensaciones olfativas ó táctiles pronunciadas (astringentes, acres), sensaciones térmicas frescas (menta), ó calientes (mostaza), ó sabores nauseabundos (pepino). La sal y el azúcar, el ácido láctico diluido, el sulfato de quinina, son ordinariamente empleados y corresponden á los sabores puros: salados, azucarados, ácidos, amargos.

La hipergustia, caracterizada por la exageración de la sensibilidad gustativa, es un fenómeno de naturaleza histérica.

La paragustia no es frecuentemente más que una de las formas; en ciertos casos existe independientemente de toda excitación gustativa y constituye una especie de alucinación, creyendo los enfermos percibir de una manera constante, ó más ó menos repetida, sabores ordinariamente desagradables, sin tener cuerpos sápidos en la boca. Este hecho se observa en las histéricas, los neurópatas y los alienados; la paragustia es, pues, de orden psíquico. En otros casos, la paragustia es objetiva, la percepción de los sabores se encuentra desnaturalizada; las sustancias azucaradas parecen amargas ó saladas, etc. Resulta de aquí una aversión hacia los alimentos. Estos hechos se observan en los febricitantes con lengua saburral, en los dispépticos, y deben explicarse por la alteración de la mucosa lingual. La paragustia unilateral ó limitada que se observa en la pará-

lisis facial, por ejemplo, en los casos de otorrea, hay que atribuirla á la alteración neurítica.

Volumen. — El volumen de la lengua puede hallarse aumentado ó disminuído. En la glositis infecciosa aguda, la lengua está rojo-violácea y de tal manera aumentada de volumen, que no puede ser contenida en la cavidad bucal, se encuentra como estrangulada entre las arcadas dentarias y algunas veces se esfacela. En el mixedema congénito, la lengua es voluminosa y pende casi continuamente fuera de la boca, en la cual apenas encuentra espacio suficiente.

La atrofia se observa especialmente en la parálisis labio-glosolaríngea y sigue la marcha de la parálisis. La hemiatrofia se observa en la ataxia locomotriz, la parálisis general, la esclerosis en placas; está caracterizada por disminución algunas veces considerable de una de las mitades de la lengua; la punta está desviada por el lado atrofiado, que describe una curva, cuya convexidad corresponde al lado sano. Los pliegues y los surcos son exagerados, profundos, indicando que la mucosa, demasiado grande, se pliega sobre los músculos encogidos.

Superficie. — La superficie de la lengua es rosada en estado normal, pero su aspecto varía en gran número de estados patológicos. Desde luego es preciso evitar el considerar como patológicas ciertas apariencias relacionadas con la ingestión de diversas sustancias alimenticias; la mora, las preparaciones ferruginosas tiñen la lengua de negro; el tabaco masticado y las nueces verdes de pardo; el ruibarbo y el láudano, de amarillo de azafrán; ciertas pastillas coloreadas, como las pastillas de clorato potásico, de rojo, etc. En otros casos, el cambio de coloración es debido á la aplicación de sustancias cáusticas, y sólo se produce en el punto de aplicación de estas sustancias, correspondiendo á modificaciones más ó menos profundas de la mucosa: el ácido fénico provoca la formación de escaras grises; son amarillas si son debidas al ácido nítrico; rojas, al nitrato ácido de mercurio, de un gris gelatiniforme, bajo la influencia de la potasa cáustica, y de un blanco opalino, por el nitrato argéntico.

En los casos más frecuentes, el aspecto anormal de la lengua depende de una afección local ó general. La lengua está blanca, *saburral* en los dispépticos; blanca, ancha, cubierta de una capa gruesa, en los casos de angina ó de estomatitis; en la escarlatina, después de haber estado blanca durante los primeros días, se descama desde el cuarto ó el quinto y se pone rápidamente roja y lisa, uniforme, barnizada, para tomar en seguida un color rosa normal.

En el empacho gástrico, está gruesa, recubierta de una capa saburral

amarilla, blanquecina; en la fiebre tifoidea, se encuentra ordinariamente blanca en medio, roja en los bordes y en la punta; pero se vuelve seca, negruzca, córnea, «lengua de loro», cuando sobrevienen los fenómenos ataxo-adinámicos. En la grippe, la capa saburral es uniforme, poco gruesa, y la lengua presenta un aspecto liso, de espejo, aporcelanado (Faisans). Estos ejemplos podrían multiplicarse, pero bastan para demostrar que en ningún caso el examen de la lengua debe ser olvidado, por más que hoy no se le conceda la misma importancia que antiguamente.

Lesiones. — Las lesiones que pueden observarse en la lengua son muy numerosas, y están descritas detalladamente en los tratados de patología; aquí basta que señalemos las principales.

Las manchas amarillas del xantelasma, pizarrosas de la enfermedad de Addison, rojas ó violáceas debidas á los traumatismos ó á la púrpura, se distinguen fácilmente de las manchas producidas por los cáusticos. En efecto, estas últimas son verdaderas necrosis más ó menos profundas. Raspándolas, se pueden separar las partes mortificadas debajo de las cuales aparece una ulceración; las primeras no son modificables por este procedimiento y no reposan sobre una ulceración.

La coloración negra de la *lengua vellosa*, las placas blancas nacaradas más ó menos gruesas de la *leucoplasia bucal*, las áreas rojas rodeadas de una faja blanca en la *glositis exfoliatrix marginada*, son modificaciones que sólo interesan al epitelio ó á las capas superficiales del dermis, como permite asegurarlo un examen detenido.

Las *ulceraciones inflamatorias* superficiales, como las ulceraciones debidas á la irritación por un raigón, las aftas, la glositis impetiginosa, la estomatitis úlcero-membranosa, las diversas estomatitis, el herpes, presentan como carácter común el estar cubiertos por una capa de aspecto membranoso ó pultáceo, producida por la necrosis de las partes superficiales de la ulceración. Una vez quitada esta capa por frotamiento con algodón, aparece debajo la ulceración, con su superficie roja, granulosa, ligeramente sanguinolenta. Los caracteres relativos á la forma, al sitio, al número ó agrupamiento de las ulceraciones permiten hacer el diagnóstico diferencial entre las diversas variedades.—La capa pultácea de las ulceraciones superficiales, no se distingue siempre á primera vista de las manchas de *muguet* ó de micosis; pero éstas descansan sobre la mucosa normal, ó sencillamente descamada, y no sobre una ulceración; quitadas por frotamiento con algodón, ó con una pequeña espátula, pueden ser sometidas al examen microscópico, que revela su verdadera naturaleza (véase *Examen de la faringe*, pág. 391).

Las *ulceraciones tuberculosas* y el lupus de la lengua no presentan

nada que no se observe en las demás regiones de la boca. Al contrario, el absceso frío sólo se ha observado hasta ahora en la lengua, formando en su espesor, con frecuencia en la parte media del órgano, un tumor del volumen de una avellana ó de una nuez, en cuya superficie la mucosa es frecuentemente verrugosa. Este tumor se reblandece, se hace fluctuante y se abre en la cara dorsal, dejando en su lugar una ulceración que poco á poco toma los caracteres de las ulceraciones tuberculosas. Pero antes de este período, cuando el tumor comienza á perder su dureza, una punción exploradora permite retirar pus ó *caseum*, que, inoculado á un cobayo, lo tuberculiza.

El *chancro sífilítico* de la lengua consiste, como siempre, en una induración ligeramente ulcerada, erosionada. Como en cualquier otro punto de la mucosa bucal, se recubre casi siempre de una falsa membrana; alguna vez se inflama y se ulcera profundamente.

Las *placas mucosas* toman aquí el tipo erosivo, pápulo-erosivo, pápulo-hipertrófico, ulceroso, y además la forma de placas redondeadas, rosadas, secas «como pradera guadañada.»

La sífilis terciaria produce la *glositis esclerosa superficial*, con sus islotes de mucosa roja, indurada, descompuesta; la *glositis esclerosa profunda*, que interesa todo el espesor de la lengua, dándole una dureza leñosa, surcándola de grietas, de resquebrajaduras separadas por mamezones (lengua de Clarke), cuyo aspecto aun un examen superficial, hace distinguirla rápidamente de la lengua plegada, en apariencia fisurada, que se observa normalmente en algunos sujetos; la *glositis gomosa superficial*, con sus nudosidades situadas en la mucosa; el *goma de la lengua*, tumor duro del grueso de una avellana ó de una nuez, después fluctuante y que se abre en el dorso de la lengua, donde deja una ulceración con bordes «cortados á pico» y con fondo sanioso.

MEJILLAS

Las *mejillas* participan de las alteraciones de los labios, de las encías y de la lengua. Se observan en ellas las mismas manchas de la enfermedad bronceada, de la púrpura, de la intoxicación saturnina, las placas de los fumadores y de la keratosis bucal, las ulceraciones tuberculosas, las placas mucosas, las estomatitis aftosa, mercurial, úlcero-membranosa, etc. Una sola lesión reviste caracteres un poco especiales, la gangrena, ó *noma*, que empieza por la producción de una placa dura, infiltrando todo el espesor de la mejilla y terminando por el esfacelo y la destrucción de los