

dos veces en cuarenta y ocho horas, si la enfermedad hace pocos días que se ha manifestado, y según dice este autor, «no tarda en lograrse la curación sin que sea necesario recurrir á nuevas aplicaciones. Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, entonces es más rebelde, y hay que suspender y repetir alternativamente las aplicaciones del ácido, porque si fuesen demasiado seguidas, se caería en el inconveniente de que la cauterización fuese demasiado profunda (Bretonneau).»

El tratamiento tópico, añade este médico, exige que se tengan algunas precauciones particulares respecto de las encías, pues la inflamación pelicular ocupa por lo común su borde anguloso y el engaste de los dientes.

Entonces es preciso hacer penetrar el ácido en cada intersticio, y ponerle en contacto con los puntos afectados por medio de rollitos de papel. Para tocar las superficies menos sinuosas bastan un hisopillo de lienzo ó un pedazo de esponja. Si se desprecian estas precauciones, no es raro que después de algunos días de curación vuelva á presentarse la estomatitis pseudo-membranosa.

También puede servir para la cauterización el *nitrate de plata*, en cuyo caso es necesario emplear una solución concentrada: por ejemplo, 1 gramo en 15 gramos de agua aplicándola de la misma manera que el ácido hidroclórico.

En cuanto á los *gargarismos astringentes y tónicos*, no se diferencian de los que se han indicado en el artículo ESTOMATITIS MERCURIAL. El siguiente ha usado el doctor Hertz en un caso citado por Selle (1).

Sulfato de zinc. . . . .	2 gram.
Agua comun. . . . .	180 gram.
Miel rosada. . . . .	30 gram.

Mézclese según arte. Para lavar la boca cada cuatro horas con un lienzo fino empapado en esta solución.

Guepratte (2) recomienda como desinfectante de la boca el empleo del polvo siguiente:

Quina pulverizada. . . . .	4 gram.
Clorato de potasa. . . . .	2 gram.
Polvo de carbon. . . . .	2 gram.

Mézclese. Insúflese este polvo con un tubo ó cañon de pluma ó bien colóquese con una espátula sobre el punto afecto.

Los *tónicos* tomados al interior; los *amargos* y tan pronto como puedan los enfermos el uso de una alimentación un poco nutritiva, un régimen analéptico, completan el tratamiento.

(1) Selle, *Beiträge zur Natur und Heilkunde*, Würzburg, 1825, t. 1, p. 135.  
 (2) Guepratte, *La Clinique de Montpellier*, 1846.

## ARTICULO VII.

## ESTOMATITIS ULCEROSA.

Antes de empezar la historia de la estomatitis ulcerosa, es menester fijar bien los límites que se deben asignar á esta afección. Ya hemos visto que varias de las estomatitis anteriormente descritas presentan úlceras más ó menos profundas, por lo cual se pudiera creer que su descripción hubiera estado mejor colocada en este lugar. Pero es preciso advertir que en las estomatitis pseudo-membranosa y aftosa, la úlcera no es el carácter esencial de la enfermedad, es solo una lesión que se puede mirar como el resultado de otra lesión anterior y más importante, y que nada añade de particular á la afección. Por el contrario, en la que vamos á estudiar, la úlcera es la lesión esencial, si bien no es la única, y se puede decir que en la mayor parte de los casos constituye por sí sola toda la enfermedad.

Se puede dividir la estomatitis ulcerosa en dos especies distintas según su naturaleza. En una la enfermedad es simple y no es debida á un virus particular: tal es la *estomatitis ulcerosa simple*. En la otra hay una causa específica evidente, y esta causa es el virus sífilítico, por lo cual se la pudiera muy bien llamar *estomatitis ulcerosa sífilítica*, denominación que comprendería las úlceras sífilíticas primitivas y las secundarias; pero se halla generalmente adoptado el nombre de *úlcera sífilítica de la boca*.

Nada decimos acerca de una especie de estomatitis ulcerosa que termina en gangrena; pero en esta última, á pesar de su forma ulcerosa, la afección no es en realidad otra cosa que una gangrena, y por consiguiente se la debe incluir en la descripción de la gangrena de la boca. Tampoco creemos deber hablar de las úlceras escorbúticas, que solo son un síntoma, y que se han descrito en otro lugar (1). Otro tanto diremos de las numerosas úlceras que se forman en la salivación mercurial (2).

¿Deberán considerarse como completamente distintas la estomatitis ulcerosa y la gangrenosa? Tal es la opinión del autor de una excelente monografía acerca de la estomatitis ulcerosa de los soldados (3). Merced al trabajo de este distinguido profesor, ha desaparecido en gran parte la oscuridad que reinaba sobre la cuestión de la estomatitis ulcerosa. Para Bergeron, la *estomatitis ulcerosa* no difiere de la que se observa especialmente en los niños, y descrita por algunos autores como una afección gangrenosa, bajo los nombres de *estomacace*, *gangrena escorbútica de las encías*, *erosion gangrenosa de los carrillos*, *estomatitis gangrenosa*, que otros han considerado como de naturaleza

(1) Véase el artículo ESCORBUTO.

(2) Véase el artículo ESTOMATITIS MERCURIAL.

(3) Bergeron, *S'omatite ulcereuse des soldats*, Paris, 1859.

difétrica, y á la que algunos han dado el nombre de *estomatitis úlceromembranosa*. Sin embargo, segun Bergeron, la estomatitis ulcerosa no es positivamente ni una afeccion gangrenosa, ni una difétrica, ni el escorbuto.

Este autor la ha observado en condiciones determinadas y durante una epidemia. Su opinion se ha fundado en un considerable número de observaciones. Aunque solo se ha seguido y descrito la enfermedad en hospitales militares, no por eso puede creerse que se trataba de una enfermedad completamente nueva, y que no puede producirse siempre que se reuna un número considerable de personas en iguales circunstancias que los soldados. Esta enfermedad existe, pues, y se presenta en diferentes puntos del globo atacando, bien á los adultos, bien á los niños, que parecen más predispuestos y á reinar epidémicamente. Especifica, contagiosa y caracterizada, sobre todo tanto por la lesion anatómica, cuanto por las ulceraciones de la boca, la salivacion abundante, fetidez estensa del aliento é infarto de los gánglios submaxilares.

Existe en la literatura médica del ejército gran número de reseñas de epidemias de esta enfermedad, observadas desde el principio de este siglo. Desgenettes, Larrey, Morgagni, han descrito estas epidemias. Algunos cirujanos militares han hecho mas recientemente semejantes estudios; entre ellos citaremos á Caffort (1), Payen y Gourdon (2), Leonard (3), Malapert (4) y Brée (5).

### § I.—Definicion.

Reservamos el nombre de *estomatitis ulcerosa* á una enfermedad que consiste únicamente en la formacion de úlceras exentas de toda complicacion; por consiguiente no se debe tratar en este artículo sino de las úlceras simples que rara vez existen, y de las úlceras sifilíticas.

### § II.—Causas.

La *estomatitis ulcerosa simple* parece es casi exclusivamente propia de la primera infancia. Entre el gran número de autores que hemos consultado, Billard (6) y Bouchut (7) son los únicos que la han dedicado un artículo particular; pero es de advertir que han hecho sus observaciones en niños muy pequeños. Tambien hemos encontrado igualmente en niños recién nacidos una ulceracion á veces profunda, de

(1) Caffort, *Archives de medecine*, 1832, 1.<sup>a</sup> série, t. XXVIII, p. 56.

(2) Payen y Gourdon, *Recueil de memoires de medecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXVIII, Paris, 1830.

(3) Leonard, *Id.*, *id.*, *id.*

(4) Malapert, *Id.*, *id.*, t. XLV, p. 280.

(5) P. C. Brée, *Id.*, *id.*, t. XXXV, p. 169.

(6) Billard, *Traité des malad. des enfants*, 2.<sup>a</sup> edicion, p. 231.

(7) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 469.

la mucosa bucal. (V. MUGUET). En las otras *edades* es muy raro ver que se desarrolla una úlcera en la boca, á no ser que se halle la causa en el abuso del mercurio, en el escorbuto, en un cáncer de la boca, en la sífilis, etc.

Algunas veces se ha visto que se han manifestado escoriaciones en las inmediaciones de los dientes cariados, que presentan asperezas ó están cubiertos de sarro; pero á menudo tambien en estos casos se produce una estomatitis eritematosa, ó bien en ciertas condiciones particulares del organismo, una estomatitis gangrenosa ó pseudo-membranosa. Por otro lado, la úlcera de la boca se manifiesta con bastante frecuencia en la superficie interna del carrillo, sin que se encuentre en el estado de los dientes correspondientes nada que pueda haber ocasionado su aparicion. No hablamos aquí de las *materias cáusticas* y de los *liquidos hirviendo*, que pueden producir una quemadura profunda de la cavidad bucal, y por consiguiente una solucion de continuidad mas ó menos estensa; porque para poder admitir en semejantes casos la existencia de una estomatitis ulcerosa, era necesario que en lugar de tender á cicatrizarse prontamente, como sucede por lo comun, la úlcera que resultase de la quemadura adquiriese por cualquiera causa interna un notable incremento, ya en latitud ó ya en profundidad.

La causa de la *úlceras sifilítica de la boca* es evidente; solo que es preciso distinguirla de la que ha producido la úlcera por contacto directo, de la que resulta de la infeccion general de la economía. En esta diferencia se ha fundado la division de la úlcera de la boca en *primitiva* y *consecutiva*. Por lo demás, lo que se observa en la boca sobre este particular en nada se diferencia de lo que se advierte en las demás mucosas.

Ricord (1) ha sentado que favoreciendo la *erosion de la mucosa* en tan alto grado la absorcion del virus en cualquiera parte que se deposite, debe indagarse con cuidado si la ha habido cuando se trata de la boca, porque esta circunstancia esplica algunas particularidades etiológicas muy importantes. Esta estomatitis parece esporádica y contagiosa (Taupin).

La estomatitis ulcerosa se presenta en idénticas condiciones, entre las que se han visto producirse epidemias de tifo, fiebre tifoidea y otras enfermedades infectantes que parece se engendran en el acumulamiento de enfermos. Se ha visto además reinar la estomatitis ulcerosa á la par del tifo ó de la fiebre tifoidea. Muchos autores, entre ellos Malapert (2), han demostrado con evidencia este efecto de la acumulacion de gran número de personas en un espacio reducido, presentando observaciones comparativas sumamente comprobantes. Así estos autores han reclamado la solicitud de la administracion militar, clamando

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis* (*Union medicale*, 1850).

(2) Malapert, *Memoires de medecine et de pharmacie militaires*, t. XLV.

contra las insalubres condiciones de ciertos cuarteles, casernas ó casamatas para alojar tropas.

La fatiga, el enflaquecimiento, la mala nutrición, juegan algún papel entre las causas predisponentes de esta enfermedad.

*Infección, contagio, inoculación.* La cuestión de infección no puede resolverse sino por la afirmativa, no habiéndose puesto en duda este carácter de la enfermedad. El contagio se ha admitido con más dificultad; en este, como en todos los casos en que intervienen las cuestiones doctrinales, se han encontrado ánimos tímidos y prevenidos que, refractarios á la evidencia ó procurando explicar el hecho por un término medio, le aplican el nombre de *infección, afección epidémica*. Otros han discutido si el mal se trasmite por un medio cualquiera ó por el contacto directo. Nosotros, que creemos que ni la ciencia ni la práctica ganan en estas reticencias y sutilezas, decimos que la enfermedad es contagiosa y que conviene aislar los individuos atacados, habiendo demostrado la experiencia que un hombre enfermo basta para irradiar en su contorno la enfermedad infectante, de la que es fatal propagador, cualquiera que sea, por otra parte, el medio por que se verifique la trasmisión. Los médicos militares evitan el contacto de los objetos que han servido para los enfermos, con las personas sanas.

Bergeron, poniendo valerosamente en práctica un precepto que algunos autores atrevidos proponen, intentó inocularse á sí propio la estomatitis ulcerosa, y se ve, por la relación muy circunstanciada de los accidentes presentados en la boca á consecuencia de la inoculación, que este experimento ha sido muy poco concluyente. En cuanto al contagio por el cóito, se encuentra completamente comprobado.

Entre las condiciones generales que favorecen la trasmisión, y que pueden considerarse como causa directa, es menester considerar la elevación de temperatura. En las estaciones y climas calientes es donde con más frecuencia se observan las estomatitis ulcerosas.

La enfermedad afecta especialmente á los jóvenes.

### § III.—Síntomas.

La estomatitis ulcerosa sucede casi siempre á la estomatitis simple. Los síntomas consisten en la *rubicundez* más ó menos viva, y á la *hinchazón* comúnmente mediana, limitadas á uno ó más puntos de la boca, se siguen ya una *escoriación superficial*, que aumenta después en profundidad, ya un *reblandecimiento* que ocupa desde luego la mayor parte del espesor de las partes blandas y que ocasiona la destrucción de estas partes, resultando por su caída una úlcera irregularmente redondeada, de fondo blanquecino y de bordes rojos más ó menos dolorosos y en una salivación más ó menos abundante. Las ulceraciones pueden llegar á denudar y necrosar el maxilar inferior.

Se ha observado principalmente el reblandecimiento de la mucosa en los niños muy pequeños, de lo que han citado algunos ejemplos

Denis (1) y Billard. El *asiento* ordinario de estas últimas úlceras es el frenillo de la lengua y la bóveda palatina, presentándose el reblandecimiento en esta última por lo regular á lo largo de la línea media. Entonces es oblongo, y penetra algunas veces á tal profundidad que puede quedar al descubierto la membrana fibrosa. También se han observado estas úlceras en otros puntos de la boca, y Billard (2) cita una observación en la cual la úlcera ocupaba la base de la lengua. Mucho más raro es observarlas en la superficie interna de los carrillos, en los que se presenta ordinariamente la estomatitis con caracteres que demuestran su naturaleza gangrenosa.

En los niños pequeños que padecen muguet es, como hemos dicho más arriba, en los que se observa esta estomatitis, pues en los *adultos* no sucede por lo común así. En efecto, el profesor Louis ha observado que pasada la edad de quince años, el asiento predilecto de la estomatitis ulcerosa es la cara interna de los carrillos en su parte posterior y en el punto más próximo á las encías, en cuyo caso no es entonces muy raro, como hemos dicho, encontrar los dientes correspondientes perfectamente sanos.

Esta afección va acompañada de *dolor*, el aliento presenta en la estomatitis ulcerosa una *fetidez* constante. La estomatitis ulcerosa va casi siempre precedida de síntomas que consisten en un mal estar que se experimenta muchos días antes de los primeros fenómenos, pero otras veces la lesión local de la boca se produce de un modo repentino. Hay al principio calor en la boca y después se producen con rapidez las ulceraciones, salivación abundante, fetidez del aliento, infarto de los ganglios, la ulceración parece que se produce por destrucción y escara de la membrana mucosa. Generalmente se produce fiebre.

No se ha descrito de un modo especial la *úlcera sífilítica*; ¿y se deberá deducir de aquí que no presenta ninguna particularidad? La úlcera primitiva se desarrolla principalmente en la cara interna de los labios, cerca de su borde libre, porque estas partes se ponen con más frecuencia en contacto con el punto en que se ha desarrollado el virus venéreo. Sin embargo, se las ha visto en todas las partes de la boca y á todas las profundidades. ¿Empieza esta úlcera como la del miembro, por una pústula cuya rotura es seguida de la úlcera? Esto es lo que no han aclarado aun los observadores; únicamente nos dicen que la úlcera sífilítica podía desarrollarse en aquella cavidad, como en cualquiera otra parte, con las diversas formas que la son propias. Así, pues, se han encontrado allí, la *úlcera sífilítica de base infartada y sin infarto*, la *úlcera serpigínea*, etc. Sin embargo, no se han citado hechos bien auténticos de *úlceras sífilíticas fagedénicas* en el interior de la cavidad de la boca. Es muy importante el examinar si existe ó no induración en la base de la úlcera (3).

(1) Denis, *Recher. anat.-pathol., sur les malad. des enfants*, Paris, 1826.

(2) Billard, *Loc. cit.*, p. 231.

(3) Véase ÚLCERA SIFILÍTICA DE LAS PARTES GENITALES, t. I.

El dolor es mas intenso, sobre todo cuando la úlcera sifilítica ocupa la superficie de la lengua. El contacto de los cuerpos duros sobre la parte afectada excita vivamente este dolor, y cuando las úlceras son numerosas puede ser muy difícil la locucion y la masticacion. Tambien se observa alguna *salivacion*.

La forma que tiene esta especie de úlcera es ordinariamente redondeada, con fondo agrisado, como semi-transparente y de aspecto lardáceo. Por lo que toca á los bordes, son elevados, duros y de color rojo mas ó menos vivo, si es una úlcera sifilítica de base infartada; en el caso contrario esceden muy poco del nivel del fondo de la úlcera, y presentan un ribete rojizo bastante notable. Ricord ha visto úlceras cuyos bordes blandujos estaban desprendidos en cierta estension. Pero donde principalmente se observa esta forma es en la úlcera venérea consecutiva.

Las *úlceras sifilíticas consecutivas* tienen un aspecto diferente: así es que empiezan por una rubicundez mal circunscrita y como difusa, oscura, con un mediano infarto y cierta sensacion de estorbo en la parte afectada mas bien que un dolor vivo.

Este estado puede durar bastante tiempo; pero despues se ve que hácia el medio de esta rubicundez se reblandecen los tejidos, se ulceran y resulta una pérdida de sustancia menos regular que la precedente. Esta úlcera de fondo gris ó amarillento, irregular, presenta una especie de detritus, y sus bordes medianamente elevados conservan la rubicundez primitiva, que siempre se estiende bastante lejos.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El curso de las diversas estomatitis ulcerosas que se acaban de describir varia segun los casos; pero se puede decir en general, que la estomatitis ulcerosa simple y la úlcera sifilítica primitiva tienden naturalmente á cicatrizarse al cabo de cierto tiempo. No sucede lo mismo con la úlcera consecutiva, que si no se contiene con los medios apropiados, hace progresos lentos, pero continuos, pudiendo destruir así gran estension de las partes blandas. En la forma aguda la enfermedad dura próximamente quince dias. Sin embargo, puede afectar la forma crónica y durar algunas semanas.

La duracion varia tambien mucho segun los casos: siendo larga en la úlcera sifilítica consecutiva no pasa por lo regular de dos á tres semanas en las demás especies.

La terminacion puede decirse que es generalmente feliz. Son frecuentes las recidivas. Sin embargo, esto solo debe entenderse de la lesion local, porque en las úlceras sifilíticas esta lesion no constituye ni con mucho toda la enfermedad. Tambien son de temer funestas consecuencias, que las mas veces es difícil preveer. La úlcera sifilítica de base infartada es en la que hay que temer estos fatales resultados (1).

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3.<sup>a</sup> edicion, Paris, 1863.

Es raro que las úlceras dejen cicatrices visibles en el interior de la boca; pero con todo diremos alguna cosa de ellas al hablar de la *palatitis ulcerosa*.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

Respecto á las *lesiones anatómicas*, casi nada tenemos que añadir á lo que hemos manifestado en la descripcion de los sintomas. Lo mas interesante es un reblandecimiento mas ó menos considerable de la mucosa y de las partes subyacentes, la destruccion de estas partes, y una especie de infiltracion de los bordes de la úlcera.

Las *lesiones locales* se han estudiado con especialidad por Caffort, el que ha demostrado que entre la rubicundez inflamatoria y la ulceracion habia una pústula cuya rotura determinaba la ulceracion.

Las partes afectadas por el orden de frecuencia son: las encias, los carrillos, el velo del paladar, las amígdalas, la mucosa de los labios y la lengua.

Segun E. J. Bergeron, el asiento mas frecuente de la ulceracion es la encia de los incisivos de la mandíbula inferior. Contienen una mezcla de pus, sangre y sarro. El mismo insiste sobre este importante y característico hecho de que en la mayoría de los casos, por no decir siempre, las ulceraciones parietales existen en un solo lado.

«Cuando la exudacion amarilla de la invasion desaparece con rapidez y se desprende de una vez, se encuentra por debajo una ulceracion circular, cuyos bordes cortados á pico forman un pequeño relieve por encima de la mucosa; están rojos por lo general, pero á veces aparecen grisáceos. En este periodo el fondo de la ulceracion es de un gris uniforme, ó bien, y es lo mas comun, se encuentra sembrado de pequeñas granulaciones de un rojo intenso ó violado. La ulceracion puede estenderse y se profundiza conservando los mismos caracteres, pasar por el periodo de estado y llegar al de reparacion sin otras modificaciones anatómicas. Cuando la ulceracion es asiento de una intensa inflamacion, se tumefactan los bordes, pero de un modo desigual, adquieren coloracion rojiza ó lívida, y la mucosa se inyecta por su base en variable estension. Este estado fluxionario no se estiende nunca á toda la mucosa bucal (E. J. Bergeron).»

En gran número de casos se cubre la ulceracion de una falsa membrana ó de un tejido blanquecino, blando, resistente, muy adherente, que se elimina poco á poco y que podría no ser mas que un producto albúmino-fibrinoso, pero que es en realidad una pequeña escara. Nada mas diferente de la difteria. No hay en semejante caso ulceracion profunda, estenso esfacelo, y nada puede compararse de lo que se observa en estos casos con lo que se presenta en los de gangrena escorbútica.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

*Diagnóstico.* Si no se tratase mas que de formar de un modo abso-

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 sifilítica*, 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 sifilítica 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 putridéz.

En las *afías* 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 putrefacción que acompañan á la formación de estas úlceras.

**Pronóstico.** En la estomatitis ulcerosa simple y en la úlcera sifilítica 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 sifilítica 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 ó 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 sifilítica primitiva ha

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

(2) Romberg, *Traitement 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, pretenden 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. Infusion de saponaria. . . . .	1 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-liquidos. 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 mortificacion 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 morbozo 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. Existen 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 phagedéniques et gangreneuses chez les enfants et sur leur nature scorbutique* (Gazette medicale, Paris, 1852, páginas 418, 433, 512, 523, 667 y 702).

(2) Bretonneau, *Des infl. spéciales*, etc., p. 129: *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.