

ba, cuando progresa la enfermedad toma la forma de gangrena profunda, y 3.º en que la estomatitis de forma pseudo-membranosa no se estiende 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 esclusivas 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 solucion 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 estendido 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 espigue 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 sintomas, 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 sintomas 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 sintomas 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 distinguirlas, 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 úlceras mas ó menos profundas debajo de la falsa membrana.	No hay úlceras debajo de la falsa membrana ó son superficiales.
Los bordes de las úlceras están hinchados, infiltrados de un liquido sanioso, reblandecidos y pútridos.	Los tejidos que rodean las úlceras no presentan mas alteracion que un grado de irritacion variable.

Este diagnóstico no se aplica ordinariamente mas que á la estomatitis 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, estensas, poco numerosas, y muchas veces una sola úlcera profunda.	Se presentan numerosas úlceras generalmente poco estensas y poco profundas.
Los tejidos que rodean la úlcera se hallan profundamente alterados.	Los tejidos que rodean las úlceras solo participan de la hinchazon de las demás partes de la boca.
La lengua tiene el volumen regular.	La lengua se halla hinchada á veces en sumo grado.
No hay movilidad de los dientes hasta despues de haberse destruido profundamente los tejidos.	Hay movilidad de los dientes casi desde el principio de la enfermedad.
Conmemorativos. No ha habido tratamiento mercurial reciente.	Antecedentes. 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 numerosas úlceras que suceden á las vesículas.
La afeccion está limitada á la cavidad bucal.	La afeccion se estiende á la faringe.
Postracion notable entre los sintomas generales.	Escitacion notable 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 mejilla.*

ESTOMATITIS CARBUNCOSA.	FLUXION DE LA MEJILLA.
Hay un núcleo duro central.	No hay núcleo duro central.
Por una parte las mejillas tienen un color amaratoado, y por otra la mucosa bucal se presenta de un blanco mate.	Hay una simple hinchazon con tension, rubicundez ligera y uniforme de los tejidos afectados.
Los sintomas generales son notables por la postracion general.	No hay sintomas generales 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 advierte 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 aparicion 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 investigaciones 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 cuando sobrevienen complicaciones se termina casi constantemente por la muerte. La suma pequeñez del pulso, la completa postracion de las fuerzas y la diarrea colicuativa, anuncian esta terminacion funesta.

Segun J. Tourdes, de 259 casos murieron 176 enfermos, y solo se curaron 65.

§ VII.—Tratamiento.

1.º *Tratamiento preservativo.* Este tratamiento se deduce de la influencia de las condiciones higiénicas en la produccion de las estomatitis 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 ventilados, se los preservará de las influencias atmosféricas por medio de vestidos secos y de abrigo en las estaciones frias y húmedas, y se cuidará de darles un alimento sano y abundante, y si estos 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.

Ó bien

T. Carbonato de amoniaco líquido. 10 gram.
Aguardiente alcanforado. 50 gram.

Mézclese.

Se prescribirán especialmente, segun 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* (segun 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 razon como mas útiles. El doctor Buneau ha usado en estos últimos tiempos el *cloruro de cal seco*, y Taupin le mira como heróico. Hé aqui, segun 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, despues 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 operacion otra vez del mismo modo, y se deja el polvo del cloruro mucho mas tiempo, en contacto con las partes afectadas; despues 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 desinfarto 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.

Segun 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 dias, y en algunas ocasiones en cuatro ó cinco solamente, estomatitis gangrenosas que duraban hacia ya muchos meses y habian 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 desembara 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. 18.—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 tocase 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 escedente 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 *zumo de limón* 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. CROUP, p. 480.

No es este modo de tratar la estomatitis gangrenosa el que generalmente se sigue. En efecto, se concibe muy bien todos los inconvenientes que hay en atacar así el mal por la superficie esterna del carrillo, en una época en que no está tan adelantada la enfermedad que no se pueda esperar conservar la piel intacta.

Cauterio actual. Tenemos gran confianza en el empleo del cauterio actual. En vano se invocará el terror que puedan experimentar los niños á este medio; la única dificultad de su empleo consiste en el dolor que determina. No hay cáustico mejor que el hierro enrojecido, ninguno mas rápido, mas seguro, ni fácil de dirigir y de graduar. Los ácidos son mas infieles y producen mas dolor. Además, estando convencidos de la gravedad de las gangrenas de la boca, de la necesidad de atacarlas lo mas enérgicamente posible, y de la inocuidad relativa del cauterio actual, no se dudará en el empleo de este medio. Es necesario cauterizar por dentro, pues si se espera á que la escara se presente al exterior, será ya demasiado tarde. Tan pronto como anuncien la gangrena la fetidez del aliento, el desprendimiento de las encías y la aparición del surco agrisado, sanioso y fétido en el vestibulo de la boca con tumefaccion, será menester decidirse á cauterizar este punto. Será conveniente defender la lengua y el resto de la boca con una hoja de carton ó un lienzo mojado, de modo que la accion del calórico obre solo sobre el punto enfermo. La electro-cáustica manejada con destreza producirá ventajosos resultados.

Si recomendamos tanto la cauterizacion actual es porque hemos observado repetidas veces sus excelentes efectos.

Tratamiento de la úlcera que queda despues de desprenderse la escara. Cualquiera que sea el medio que se haya puesto en práctica, es necesario recurrir á un tratamiento particular para la estensa úlcera que algunas veces resulta despues del desprendimiento de la escara. Con este fin se harán en la úlcera *inyecciones tónicas cloruradas*, repitiéndolas dos ó tres veces al dia con el líquido siguiente.

T. Vino tinto. 430 gram.
Pétalos de rosas rojas. 40 gram.

Se infunde por espacio de doce horas y se cuele.

Tambien se pueden hacer las inyecciones con un *cocimiento de quina alcanforado*, sirviéndose para curar la úlcera de planchuelas empapadas en vino aromático.

Los cloruros son igualmente útiles en esta parte del tratamiento. Así, pues, se podrán hacer inyecciones con

T. Cloruro de cal líquido. 2 gram.
Agua comun. 45 gram.

Mézclese.

Además se deberá tener gran cuidado en aplicar cloruro de cal seco sobre la solucion de continuidad, con el objeto de detener el curso de la afeccion.

Mas adelante, cuando la solucion de continuidad tiene el aspecto de una úlcera comun, es necesario tomar algunas precauciones, cuya utilidad ha dado á conocer Taupin. Es menester *cauterizar los bordes, extraer las porciones de huesos necrosados*, cuyo desprendimiento tardaria mucho en efectuarse; introducir entre las partes blandas y en los huesos *pequeños cuerpos sólidos* de metal ó mejor de marfil para impedir las adherencias viciosas que hacen deformes las cicatrices; en fin, es preciso *aproximar suavemente los bordes de la úlcera* para favorecer la cicatrizacion. Cuando no han bastado todas estas precauciones y ha quedado deforme la cicatriz, se emplean mas adelante los *procedimientos de autoplastia*, de los que no debemos ocuparnos aquí, porque son enteramente del dominio de la cirujía.

B. Tratamiento general. La suma postracion en que se encuentra el enfermo, la notable pequeñez del pulso y aun la misma naturaleza de la enfermedad, han inducido á los médicos á recurrir principalmente á los *tónicos*, pudiendo solo dispensarse de usarlos cuando una inflamacion mas violenta que de ordinario diera lugar á síntomas intensos inflamatorios, lo que es muy raro.

Clorato de potasa. El doctor Henry Hunt (1) administra el *clorato de potasa* del modo siguiente: antes de administrar este medicamento prescribe primero el ruibarbo y el sulfato de potasa con un grano de calomelanos, cuando es posible reducir al niño á tomar un purgante; mas por lo general eran tan considerables el dolor y la sensibilidad de la boca en los casos que ha tratado, que no lo podia conseguir. Por consiguiente, dió el clorato de potasa inmediatamente, y ha esperado un dia ó dos á que la boca estuviese menos dolorida, y entonces hizo tomar el purgante.

La cantidad de clorato varia segun la edad del niño, desde 20 á 60 granos en las veinticuatro horas, disueltos en agua y en varias dosis. Muchas veces se manifiestan los buenos efectos desde el dia siguiente, y casi siempre desde el segundo dia. El olor del aliento, que es tan fétido en esta enfermedad, disminuye muy pronto, las úlceras mejoran de aspecto, es menos abundante el flujo de saliva, y si no hay mas que una simple ulceracion se cura rápidamente, y si solo hay una escara se desprende muy pronto y la superficie se cubre fácilmente de mamelones carnosos. El autor dice que en ninguna enfermedad ha visto que se manifiesten tan rápidamente los buenos efectos de un medicamento como los del clorato de potasa en este caso. Segun dice Hunt, es algunas veces conveniente y aun necesario el repetir de cuando en cuando el purgante.

El *cocimiento de quina*, las *sustancias amargas*, tales como la *geniana*, la *centaura menor* y el *lúpulo*, son los medicamentos que mas generalmente se emplean.

Tambien se encuentran en las bebidas y alimentos, y en una pala-

(1) Hunt, *Med. chir. Trans.*, 1846.
VALLEIX.—TOMO III.

bra, en el *régimen*, medios á propósito para entonar á los enfermos. Una corta cantidad de vino añejo, las gelatinas de carnes en abundancia, si lo permite el estado general del enfermo, una limpieza esmerada, un calor suave y una atmósfera seca, no solo reaniman las fuerzas agotadas, sino que tambien hacen que obren con mas energía los medicamentos, y estos medios tienen tanta mas acción, cuanto menos acostumbrados están á ellos los niños, cuando no han sido aniquilados por las privaciones.

Respecto al *edema general* que presentan algunos enfermos, y que se manifiesta ordinariamente á consecuencia de la escarlatina, bastan ordinariamente para hacerle desaparecer las *fumigaciones* secas y aromáticas y algunos ligeros *minorativos*.

Las principales *complicaciones* son, como se ha visto, la *pulmonía* y la *diarrea crónica*. En el tratamiento de la primera es necesario abstenerse de las emisiones sanguíneas, á causa de hallarse los enfermos en una gran postración; lo mejor es recurrir inmediatamente al *tártaro estibiado* á altas dosis (1), pero es preciso añadir que cuando la pulmonía sea aguda ó crónica y se complique con la estomatitis ulcerosa, casi nunca alcanzan los medios empleados.

En la diarrea crónica se deben usar los *opiados*, sin temer el elevar la dosis, porque las numerosas evacuaciones aumentan mucho la pérdida de fuerzas y hacen mucho mas grave la enfermedad principal. En semejante caso se puede administrar por mañana y tarde una lavativa de agua de malvabisco, añadiéndole de 2 á 6 gotas de *laudano*, segun la edad del paciente, y aplicar *cataplasmas laudanizadas* al vientre.

Prescripcion I.

EN UN CASO DE ESTOMATITIS DE FORMA ULCEROSA QUE NO HA PENETRADO Á MUCHA PROFUNDIDAD.

- 1.º Para bebida, infusion de centaurea menor endulzada con jarabe de flor de naranjo.
- 2.º Clorato de potasa al interior.
- 3.º Aplicar el cloruro de cal seco, como se ha dicho anteriormente (véase pág. 493).
- 4.º Aplicar el ácido clorhídrico, y cuando se hayan desprendido las partes mortificadas, emplear igualmente el cloruro de cal seco.
- 5.º Cauterización con el cauterio actual.
- 6.º Tratamiento de las complicaciones (véase mas arriba).
- 7.º Régimen compuesto de un poco de vino añejo, gelatinas de carnes y otros alimentos analépticos.

(1) Véase el art. PULMONÍA, t. II, pág. 750.

Prescripcion II.

EN EL CASO EN QUE LA GANGRENA INVADE, YA PRIMITIVA, YA CONSECUTIVAMENTE, TODA LA PROFUNDIDAD DE LOS TEJIDOS.

- 1.º Para bebida, un ligero cocimiento de quina endulzado con jarabe de genciana.
- 2.º Escarificar la parte interna del carrillo, despues cauterizarla con ácido hidrocórico puro, y luego que se desprenda la escara hacer una nueva cauterización, terminando por la aplicación de cloruro seco.
- 3.º Cauterización con el cauterio actual.
- 4.º Tratar la úlcera que resulte de la eliminación de las partes gangrenadas (véase pág. 496).
- 5.º El resto del tratamiento y lo demás del régimen como en la prescripcion precedente.
- 6.º Clorato de potasa al interior.

Resúmen. 1.º *Tratamiento preservativo.* Alejar los niños del foco de infección, habitar en parajes secos y bien ventilados, alimento y vestidos sanos, tónicos, limpieza en la boca, extraer los dientes caria-dos, y lociones astringentes.

2.º *Tratamiento curativo.* Gargarismos deterivos, clorurados ó acidulados, fricciones aromáticas ó amoniacaes, fricciones mercuriales, emisiones sanguíneas locales, cáusticos, cloruro de cal seco, ácidos, manteca de antimonio, cauterio actual, tratamiento de la úlcera que resulta de la eliminación de las partes mortificadas, tónicos, clorato de potasa, régimen analéptico y tratamiento de las complicaciones.

ARTICULO IX.

GLOSITIS.

La glositis es una enfermedad conocida desde los tiempos mas remotos de la medicina. Ya Hipócrates (1), Areteo (2), Galeno (3) y despues de estos gran número de otros autores, han referido ejemplos de glositis.

Debemos citar especialmente el notable informe de Double (4).

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La glositis es toda inflamación de la lengua desarrollada, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de una causa irritante particular.

- (1) Hipócrates, *De morbis popul.*, lib. III, sect. III.
- (2) Areteo, *De caus. et sig. morb. acut.*, lib. I, cap. VII.
- (3) Galeno, *Meth. med.*, lib. XIV.
- (4) Double, *Journal de Sedillot.*, t. XXVIII.