

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

N O M A

TESIS INAUGURAL

DE

MIGUEL PARPAL

EX-INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES, MAYOR INTERNO
DE LA CASA DE EXPOSITOS.

Parpal, Miguel

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

N O M A

TESIS INAUGURAL

DE

MIGUEL PARPAL ✓

EX-INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES, MAYOR INTERNO
DE LA CASA DE EXPOSITOS.



BUENOS AIRES

Tip. à Vapor del Colegio de ARTES y OFICIOS en San Carlos (Almagro)

1884

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS

CATEDRÁTICOS

Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. M. GONZALEZ CATAN
Histología y Anatomía patológica	>> FRANCISCO TAMINI
Fisiología general y humana	>> J. M. ASTIGUETA
Patología general y ejercicios clínicos	>> JOSÉ T. BACA
Materia Médica y Terapéutica	>> PEDRO A. MATTOS
Higiene pública y privada	>> ANTONIO F. CRESPO
Patología Externa	>> L. MONTES DE OCA
Medicina operatoria	>> Bartolomeo Novaro
Enfermedades de mujeres y clínicas respectivas.	>> JACOB DE T. PINTOS
Patología interna	>> MANUEL ARAUZ
Clínica Quirúrgica	>> IGNACIO PIROVANO
Oftalmología y clínica respectiva	>> CLETO AGUIRRE
Enfermedades de niños y clínicas respectivas.	>> MANUEL BLANCAS
Clínica Médica	>> MANUEL P. DE PERALTA
Medicina Legal y Toxicología	>> EDUARDO WILDE
Obstetricia y Clínica respectiva	>> PEDRO A. FARDO
Farmacología y práctica farmacéutica	<< MARTIN SPUCH
Química farmacéutica.	>> DOMINGO PARODI

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. JUAN J. NAON (en ejer.)
Histología y Anatomía Patológica.	<< J. BORRON
Fisiología general y humana.	>> JOSUÉ BERUTTI
Patología general y ejercicios clínicos	>> LUIS DE LA GARCOVA
Materia Médica y Terapéutica.	>> PABLO SANTILLAN y
Higiene pública y privada	>> ENRIQUE DEL ARCA
Patología externa	>> Vacante
Medicina operatoria	>> LUCIO MELENDEZ
Patología interna	>> ANTONIO G. GANDOLFO
Clínica Quirúrgica	>> M. T. PODESTA
Oftalmología y clínica respectiva	>> JOSÉ M. PENNA
Clínica Médica	>> CLAUDIO BENITEZ é
Medicina legal y Toxicología.	>> INOCENCIO TORINO
Obstetricia y clínica respectiva	>> J. AGUILAR
Farmacología y práctica farmacéutica	<< PEDRO F. ROBERTS
Química farmacéutica.	>> PEDRO LAGLEYZE y
	>> P. CARRASCO
	>> JUAN B. GIL
	>> CARLOS L. VILLAR y
	>> EUFEMIO UBALLES
	>> M. BLANCAS (en ejer.) y
	>> TELÉMACO SUSINI
	>> ANTONIO T. BALLRSTER
	>> S. MOLINA y
	>> LUIS F. VILA
	>> ALEJANDRO CANDELON
	>> MIGUEL PUIGGARI (en ejer.)

DIIRECTORES

DON ANDRÉS F. LLOVET Y DON ALEJANDRO CASTRO

PÁDRINO DE TÉSIS

DOCTOR DON ANTONIO F. CRESPO.

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

DECANO

Dr. D. PEDRO A. PARDO

ACADEMICOS

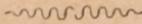
Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « CLETO AGUIRRE
« « PEDRO A. PARDO
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « EDUARDO WILDE
« « PEDRO A. MATTOS
« « JOSÈ T. BACA
« « DOMINGO PARODI
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « GUILLERMO RAWSON
« « MARTIN SPUCH
« « FRANCISCO A. TAMINI
« « JOSÈ M. ARSTIGUETA
« « JACOB DE TEZANOS PINTO
« « MANUEL BLANCAS
« « ANTONIO CRESPO

SECRETARIO

« « LUIS DE LA CÀRCOBA

A mis Padres

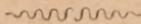
A MIS HERMANOS



À LOS DOCTORES

Juan A. Argerich y Pedro Defoix

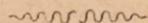
Gratitud y Aprecio



A LOS SEÑORES

Dr. Dn. Martin N. Moyano y Dn. Ventura G. Coll

Prueba de sincera amistad



SEÑOR PRESIDENTE.

SEÑORES ACADÉMICOS.

Vengo á presentar ante vosotros, la última prueba, que las prescripciones reglamentarias exigen al alumno para optar al grado de Doctor en Medicina; asegurándoos de antemano, que mi trabajo llevará en pos de sí los escollos que se presentan al que recién se inicia en los estudios médicos y que comprende perfectamente bien las numerosas dificultades que á cada paso se presentan aun á los viejos prácticos, en el tratamiento de las entidades mórbidas.

He elegido, como vereis, por tema para mi disertación inaugural, el Noma ó Gangrena de la Boca, enfermedad interesante por mas de un concepto, estudiada y descrita en todos los tiempos, desde Hipócrates hasta hoy, por la mayor parte de los médicos que se han ocupado de la Patología Infantil.

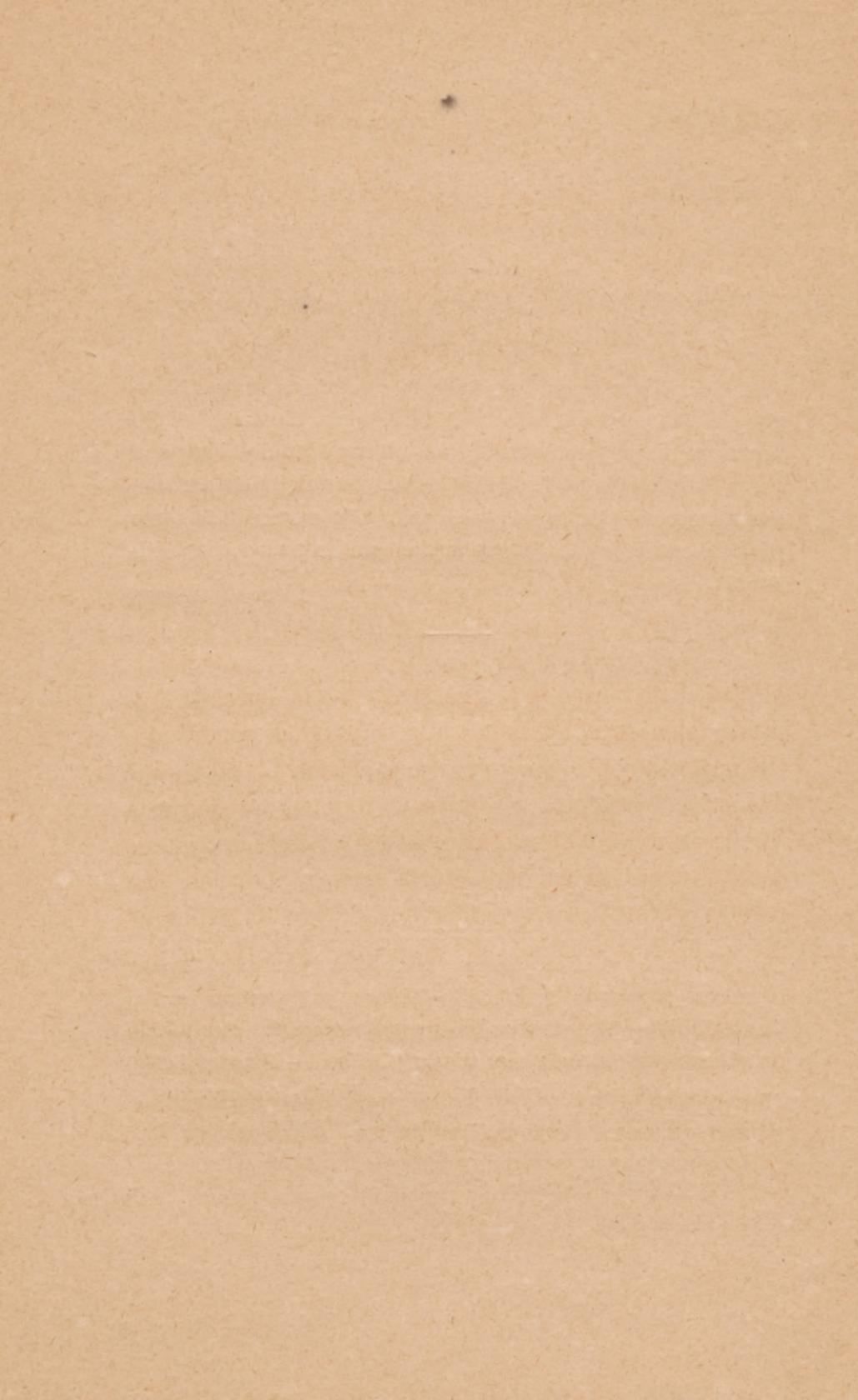
Al presentaros este pequeño trabajo no dudo que lo juzgareis con la benevolencia que le es necesaria, manifestando al mismo tiempo hacia vosotros mi gratitud por las sabias lecciones que tuvisteis á bien inculcarme.

DEFINICION

El Noma ó gangrena de la boca consiste en la mortificación de las partes blandas que la forman, dando principio por la mucosa y estendiéndose con rapidez de dentro á fuera á todo el espesor de la pared, convirtiéndola en una escara morena, siendo necesario para obtener su curacion, una pérdida considerable de sustancia, que no se repara fácilmente.

SINONIMIA

Cancer acuoso (Battus)—*Cancer acuoso escorbútico* (Van Ring)—*Ulcus noma, estomacace, Water Kanker* (Van Lil)—*Infantium scorbutica, Cancer acuoso metastásico, Cancer aqueux gastrique* (Richter)—*Ulçera gangrenosa de la boca* (Coalis)—*Gangrenopsia* ó *gangagræpsis* (Jackson)—*Estomacace gangrenosa o maligna* (Callisen)—*Ulocace* (Letin)—*La brosulcium ó Cheilocace* (Arnol Boot)—*Catarrro de las encías* (Fabricio de Hilden)—*Noma ó podredumbre de la boca* (Jawandt)—*Esfacelo de la boca* (Wendet)—*Gangrena muy aguda, pulposa ó aseosa* (Raiman)—*Gangrena de la boca* (Van Swieten).





CAPITULO I.

HISTORIA

Sin duda alguna, la gangrena de la boca se presenta bien caracterizada en la actualidad, separándola perfectamente de los demás padecimientos, que tienen por asiento, las mismas rejiones en que ésta se desarrolla. Numerosas son las dificultades, que se presentan al hacer su historia médica, por las variadas confusiones, que han hecho los autores de esta entidad, con otros padecimientos que tienen por sitio la cavidad bucal.

Los médicos de la antigüedad, conocian aunque de una manera confusa la gangrena de la boca; así Celso, Areteo y Celio Aureliano nos refieren nociones vagas de ella. Pero de todos los médicos de esa

época, Galeno era el que poseia mejores ideas sobre el noma.

Al médico Holandes Battus, ha correspondido la gloria, de ser el primero que ha dado en 1620 una nocion exacta sobre el noma, en su Manual de Cirugía publicado en Amsterdam. Con el nombre de *cancer acuoso* (Water-Kanker) el que la llamó primero fué Van der Woorde, denominacion que aunque impropia, conservan todavia los holandeses.

Muys en el año 1684 refiere tres observaciones detalladas sobre la gangrena de la boca, permaneciendo indeciso sobre el nombre con que debe figurar en la Nosografía Médica, el padecimiento descrito por él. Bidloo cree posible la curacion de la enfermedad, aun con pérdida de sustancia blanda y ósea: esta opinion se encuentra apoyada en tres casos que el autor cita curados. En 1699 Van-Swieten fué el primero que la designó con el nombre de gangrena de la boca, describiendo su sintomatologia y aconsejando el tratamiento que à su juicio, cree mas conveniente; aproximando esta enfermedad al escorbuto. En la misma fecha, Poupert se ha ocupado de la enfermedad. Van Ring describe lo que se llamaba *cancer acuoso*, con el nombre de *cancer escorbítico*, estando su descripcion desacorde con la dada por su predecesores, lo que prueba que no ha observado la enfermedad; opinando al mismo tiempo que los Griegos y Romanos la han pasado desapercibida por no haber tenido casos de escorbuto, y que los habitantes del Norte la designan con el nombre

de *water kanker*, derivando su palabra del dialecto belga; Van Lil, da una descripción exacta en una niña de seis años, que perdió una parte del maxilar superior derecho, y le da los nombres de *ulcus noma estomacace*, *Water kanker* (cáncer acuoso), que considera como sinónimos. Stevalgen, trata la gangrena de la boca, por el ácido sulfúrico.

Thomassen y Thyssen, han observado el *cáncer acuoso*, y creen reina epidémicamente en los Países Bajos, à consecuencia de las enfermedades exantemáticas y gástricas. Lund con una estadística de once casos, en niños que no tenían menos de un año ni mas de diez, dice no haber visto coincidir con la gangrena de la boca, la afección de las encías. O. Acrel dice, que los Alemanes llaman à esta afección, *estomacace*, él la designa con el nombre de *noma*, y trae un caso curioso por la extensión del padecimiento, así como por su curación. Con el nombre de *estomacace gangrenosa ó maligna* la conoce Callisen, y Lentin, con el de *ulocace*.

En Inglaterra Arnold Boot parece haber sido el primero que ha descrito esta afección, con el nombre de *Labrosulcium ó Cheilocace*; confundiéndola con la estomatitis aftosa; en su narración, dice que las encías se separan de los dientes, existiendo al mismo tiempo aftas numerosas; se presenta epidémicamente.

Underwoog, Symmonds, Pearson Burns y Cooper, participan de la misma opinión. Coates la estudia

con el nombre de *úlceras gangrenosa* de la boca, y Jackson con el de *gangrenopsia gangagraeopsis*.

El Dr. Hunt, ha estudiado la enfermedad y ha instituido el tratamiento por medio del clorato de potasa, teniendo en la actualidad conquistada su reputacion de clásico. El Dr. West habla de esta enfermedad, y preconiza el mismo medicamento con resultados ventajosos para el enfermo.

Los médicos Americanos, han discutido y observado la gangrena; así Paupail dice: que de doscientos cuarenta niños, setenta y dos fueron atacados de gangrena de la boca; á consecuencia de fiebres intermitentes y remitentes. Mucho se han preocupado los Americanos, estudiando con el objeto de ver, si los calomelanos pueden ocasionar el noma. William, Moore y Wortignon afirman haberla visto producirse á consecuencia de la introduccion de este medicamento en la economia.

Los médicos Alemanes, son los que han publicado las monografías mas numerosas sobre esta enfermedad.

Así: Fabricio de Hilden, con el titulo de *catarro de las encías*, refiere tres observaciones de destruccion gangrenosa del carrillo. Richter considera á esta enfermedad, unas veces como perteneciente al escorbuto, otras como un padecimiento de las encías. Jawandt la llama *noma ó podredumbre de la boca*; Stark y Neuhof consideran como sinónimos las denominaciones dadas por Lawandt, pero cuando la enfermedad llega á su último grado la llama *cancer*

acuoso. Wendt la llama *esfacelo* de la *boca*, diciendo que es la consecuencia del sarampion y escarlatina. Fischer y Siebert han estudiado la enfermedad; este último sostiene que es necesario una disposicion escorbútica para el desarrollo de la gangrena y aconseja los ácidos como eficaces para limitarla. Klaatech compara el *cancer acuoso* á la putrefaccion del útero, y al reblandecimiento del estómago, y dice que el ácido piroleñoso da buenos resultados; no encontrándose esta opinion en armonía con la anatomía patológica. Veigand se declara partidario de las ideas de Klaatech: Hildebrand, Girtarner, Fleisch, Feiler, Henke, Joerg y Raiman consideran el *cáncer acuoso* como un síntoma del escorbuto: Raiman propone sustituir con los nombres de *gangrena muy aguda, pulposa ó caseosa* á la de *Cáncer*. Hueter médico, del Hospital de Marboug, ha publicado dos observaciones de verdadero noma, una en un niño de cinco años, terminando por la muerte, despues de haber durado diez y seis dias, la otra en una niña de diez años, obteniéndose la curacion despues de un tratamiento prolongado. Boeckel trae ocho observaciones, y la describe con el nombre de noma, atribuyéndola á la constitucion escrofulosa, mala alimentacion, suciedad, humedad, siendo la edad mayor, en que la observó, de ocho años, la mas jóven de un año y la mayor parte de tres á cinco años. Pero es en el año 1828 la época en que Richter escribió la monografia mas estensa é interesante, no solamente sobre el noma, sinó tambien sobre la

gangrena de la vulva, y manchas gangrenosas de la piel de los recién nacidos; admite tres especies diferentes de gangrena de la boca, 1º *Cáncer acuoso escorbútico* (*noma scorbútico. estomacáce gangrenosa, infantium scorbútica*.) que según mi modo de ver no es más que la estomatitis pseudo-membranosa terminada por gangrena. 2º *Cáncer acuoso metastásico* (*noma metastásico etc.*) verdadera gangrena de la boca, como consecuencia del sarampion, escarlatina y viruela; 3º *Cáncer acuoso gástrico* (*noma gástrico*), la misma afección acompañada de alteraciones gastro-intestinales. En este trabajo trae sus causas, síntomas, tratamiento, adelantando sobremanera los conocimientos sobre este padecimiento.

Tourdes en su tesis del año 1848, reúne todo lo que se ha escrito en Alemania, en cuanto á observaciones y tratamiento sobre el noma. Las disertaciones de Knoepfelmaker, Morgen, Samelson, Deutschbein y Eckert, son interesantísimas.

En Francia se ha escrito mucho sobre el noma, así se tiene en 1816 en los *Bulletins de la Faculté de médecine* una memoria excelente aunque corta, sobre una afección gangrenosa de la boca propia de los niños. Hebreard (*Dict des Sciences medicdes?* T. XVII pag. 325) habla sobre esta enfermedad, aconsejando los antiescorbúticos y las lociones con el ácido hidroclórico. Isnard en su trabajo inaugural del año 1818, describe simultáneamente la gangrena de la boca y vulva, confirmando las ideas de Baron.

Cliet, Rey y Destrées refieren observaciones detalladas sobre el noma.

En 1828 Billard; en 1830 Murdoch; en 1832 Boeckel; en 1834 y 1835 Bantant, en 1843 Rilliet y Barthez, en 1884 Weber, han escrito sobre el noma, así como también Grisolle, Vallax, Barrier y Bouchut.

Pero la tesis de Tourdes y la memoria de Bouley y Baillout son los trabajos más importantes, que se han publicado recientemente en Francia, cuajados de datos ciertos.

CAPITULO II

CAUSAS.

La gangrena de la boca puede presentarse en cualquier edad, así se la ha observado en niños de nueve, doce y treinta días, como trae tres casos Billard; en los adultos y viejos, pues Backel refiere un caso en un anciano de sesenta y dos años; pero si se atiende al mayor número que ataca, se vé que es en la edad de tres à cinco años.

Es de sumo interés la frecuencia de la gangrena de la boca en la infancia, siendo su causa no dilucidada todavía de una manera clara y satisfactoria, apesar de lo mucho que se ha estudiado y escrito sobre este tópicó.

Pero es necesario por lo menos, manifestar la opinion que à mi juicio reuna los mayores visos de verdad, y creo como Tourdes que la gangrena de la boca es mas frecuente en la infancia por las razones que espreso á continuacion, siendo las palabras testuales de Tourdes, las que voy à referir.

«La abundancia de tejido celulo-adiposo, la facilidad de las congestiones sanguíneas, de los infartos edematosos é inflamatorios, el trabajo de la denticion, la frecuencia de las úlceras, el contacto de la saliva y su alteracion, la accion del aire y de los cuerpos estraños, tales son las circunstancias dependientes de la organizacion y de las funciones de la boca, que hacen mas fácil la gangrena de esta region.»

Hay divergencia de opiniones entre los autores que han escrito sobre el noma, tratando de investigar si el sexo tiene alguna participacion en su desarrollo, como causa ó predisposicion: y creo, segun lo que he leido, que no puede sacarse una consecuencia absoluta, que pueda ser una verdad científica. Para Tourdes es mas frecuente en las niñas que en los niños y hace notar que de veinte y nueve observaciones, trece son niños y diez y seis niñas. A esta opinion viene à unirse la de Bairon, quien únicamente ha visto desarrollarse el noma en las niñas solamente; muy bien puede suceder, que esto tenga por causa, la distribucion de los enfermitos en el establecimiento en que ha hecho sus observaciones.

En contradiccion á estas opiniones tengo que hacer presente la de otros autores, que establecen el mayor número de casos en niños. Mi opinion á este respecto, es que el sexo no puede influir de una manera tan directa en el desarrollo de la gangrena de la boca, cuando tenemos á la vista un sinnúmero de causas mas poderosas en el desenvolvimiento de tal padecimiento, á que poder atribuir su mayor frecuencia en un sexo que en otro.

La constitucion de los niños, juega un gran rol en la produccion de la enfermedad; asi se vé, que ataca principalmente á los niños escrofulosos y linfáticos y á todos aquellos en los cuales su fuerza vital ha sido disminuida por padecimientos anteriores. Apesar de lo enunciado pagan tambien su tributo niños de constitucion robusta; pero siempre en reducidísimo número.

Pero los que figuran mas en el cuadro de la mortalidad, son los pobres, los cuales no siempre tienen á su disposicion los medios necesarios é indispensables, para hacer que no sean mas invadidos por la enfermedad; pues los niños pobres, viven lo mas frecuentemente en lugares poco higiénicos, es decir que son húmedos, mal ventilados y en hacinamiento constante, respirando un aire viciado, en medio de la suciedad, y cambiándose sus vestidos conforme sus recursos se lo permiten y de ninguna manera, con arreglo á los principios higiénicos. Si á esto añadimos la clase de alimentos de que disponen, pues si bien muchas veces pueden ser de bue-

na calidad, lo son en cantidad insuficiente, al paso que muchos otros serán de mala calidad, indigestos, y por lo tanto incapaces para recuperar las pérdidas que el organismo sufre en el desempeño de sus funciones, criándose débiles y aptos para el desarrollo de la enfermedad.

La gangrena de la boca, puede presentarse consecutivamente al desarrollo de fiebres eruptivas en la infancia, tales como el sarampion, viruela, escarlatina, así como tambien despues de otras numerosas entidades mórbidas, que enumeraré en este trabajo, y que predisponen al organismo del pequeño ser à contraer el noma, por la debilidad en que se encuentran los enfermos en su periodo convaleciente, à consecuencia del gasto de elementos anatómicos para luchar contra el elemento fiebre; así se tiene, que la podemos observar en los que sufren de Bronquitis, Tos ferina, Neumonia, Enteritis, Enterocolitis crónica, Disenteria Diferitis bucal, Fiebre intermitente, y Tifoidea, Escrófulas, Escorbuto, Sífilis, Congestion cerebral, á consecuencia de los calomelanos en el tratamiento de la Sífilis, cuando no ha sido bien dirigido, por su mucha actividad y por la predisposicion por parte de la mucosa al desarrollo de procesos flogísticos. Se ha observado tambien la terminacion de la tuberculosis avanzada, por la gangrena de la boca, pues se conoce perfectamente bien la profunda alteracion que marca en el organismo la tuberculosis, dejando por lo tanto en condiciones favorables para el desarrollo de la enfermedad.

Obsérvase tambien en los caqueticos pero siempre como consecutiva á otro padecimiento anterior,

Harè notar la influencia de los paises bajos, frios, como Holanda, Rusia, las costas de la Prusia y los paises pantanosos en donde tal afeccion se presenta con el caràcter endémico.

Esta enfermedad puede presentarse bajo la forma epidémica; en nuestro apoyo tenemos la opinion de Taupin y de otros autores que no cito por creerlo innecesario. Si se une à esto la epidèmia que refieren los autores, observada en el año 1842, en *l'hôpital des Enfants trouvés de Paris* y la que tuvo lugar en la casa de Expósitos el 26 de Setiembre de 1877, no dudo que se presenta con tal caràcter.

CAPITULO III.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Todos los tejidos que forman las regiones donde se desarrolla el noma, pueden dar origen á lesiones anatomo-patológicas, que á pesar de ser de la misma naturaleza, ofrecen al estudio algunas diferencias segun la especie de tejido comprometido. Indicaré sucesivamente las alteraciones que sufre la mucosa, tejido celular, músculos, fascia superficialis, panículo adiposo, piel, vasos y nervios, que se distribuyen por estas partes, así como las de las encías, dientes y huesos.

La mucosa se presenta alterada en toda su estension, es decir, desde la comisura de los labios, hasta la rama ascendente de la mandíbula inferior, ó solamente en una parte limitada, varian-

do en ambos casos las lesiones anatómicas observadas.

Cuando está invadida toda la cara interna del carrillo derecho ó izquierdo, la mucosa se vé destruida en todo su espesor, cubierta su superficie de un putrílago negrusco ó moreno, casi liquido, que se puede levantar cuando se raspa con el escalpelo, dejando por la parte inferior colgajos flotantes, que no son mas que restos de mucosa desorganizada, haciéndose imposible descubrir en ella signos de constitucion histológica. Pero cuando la escara se encuentra limitada à una parte de la mucosa, en el sitio ocupado por el esfacelo, se observan las mismas alteraciones espresadas anteriormente, uniendo à esto la infiltracion de serosidad en el resto de la mucosa, siendo su coloracion de un rojo muy prununciado. Otras veces se presenta à nuestra vista, enrojecida y salpicada de numerosas manchas de mauguet. La lengua, está aumentada de volúmen y ofreciendo ulceraciones en diversos puntos de su superficie.

Los tejidos comprendidos entre la mucosa y la piel, y que están representados por el tejido celular, músculos, fascia superficialis y tejido adiposo, varian las lesiones anatomo-patológicas, segun se las estudie al principio de la gangrena de la boca, ó en un periodo mas avanzado. Estos tejidos son los que forman el núcleo indurado que se presenta al principio del padecimiento, participando en mayor ó menor grado del estado gangrenoso de la super-

ficie mucosa. En su estado mas simple y por lo tanto menos grave, el tejido celulo-adiposo del carrillo se encuentra infiltrado por una serosidad morenusa, icorosa; en los músculos pasa idéntica cosa, conservan su organizacion, pudiéndose reconocer la naturaleza de su tejido. Pero cuando el padecimiento ha llegado á un grado mayor, dichos tejidos participan de la mortificacion, de preferencia los que se encuentran en inmediato contacto con la mucosa, teniendo en esta parte el putrilago, de cinco á ocho milímetros de espesor, hallándose los músculos y tejido celular situado por debajo, infiltrados por el líquido sanguinolento, y con una tendencia marcada á asimilarse el uno al otro y á perder su organizacion; notándose solamente infiltrado por la serosidad, el tejido celular situado por debajo. Pero cuando la escara ha comprendido todo el espesor del carrillo, á su caída, en su período eliminatorio, deja una perforacion, al trayes de la cual se dejan ver las alteraciones de las encias, dientes y huesos.

El tejido gingival está reblandecido, ulcerado y esfácelado; el periostio se encuentra destruido. Una sanie infecta y negra impregna las arcadas dentarias; los dientes, unos han salido la mitad fuera de su cavidad alveolar y colocados en diversas direcciones, vacilantes los otros, bastando el menor esfuerzo de traccion para estraerlos; la caída de otros han dejado vacíos mas ó menos estensos. Son los incisivos, caninos y molares segun el asiento de la

gangrena, los que pierden los niños. El maxilar despojado de su periostio, se presenta rojo, ennegrecido y algunas veces necrosado, observándose esquirlas desprendidas del cuerpo del hueso; algunas veces comprende la nérosis, el cuerpo del maxilar inferior, el maxilar superior por una de sus caras, conservando relacion con la estension de la mucosa alterada, hallándose unidos los huesos á la mucosa y encias, por filamentos negros y delgados, fáciles de desprender; en ciertas y determinadas ocasiones, la mortificacion se ha estendido á las fosas nasales, bóveda palatina y hasta una parte del frontal.

Sobre las alteraciones que sufren los vasos y nervios no se encuentran contestes los autores. Por una parte y si se escucha á Billard, hace presente que despues de una diseccion minuciosa y prolija de los vasos y nervios que se distribuyen en la mejilla afectada de gangrena, no ha encontrado ninguna alteracion digna de mencionar. La opinion de Toupin es contraria á la de Billard y dice siempre haber encontrado confundidos los vasos y nervios con los tejidos vecinos, siéndole imposible hacer su distincion. Rilliet y Barthes practicando ambos, minuciosas, prolijas y largas disecciones, han llegado á las conclusiones siguientes. En seis casos cuando los vasos ocupaban los tejidos infiltrados por la serosidad, estaban sanos y permeables y cuando mas, engrosadas un poco sus paredes; en un caso, y esto en la vena facial (pues la arteria no pudieron encontrarla) vieron

que el vaso que serpeaba por el limite de la gangrena se hallaba todavia permeable, engrosadas sus paredes y con el aspecto en su principio, de los tejidos gangrenados. Cuando el vaso ocupa la parte mortificada, se nota que está obstruido por un cuajaron de sangre, que ocupa toda la estension de la gangrena; otras veces solo es en su punto de salida y entrada que se encuentra cerrado el calibre del vaso, terminando bruscamente en el sitio donde comienza la parte mortificada.

En dichos puntos, las paredes son espesas, blandas, conteniendo en su interior un putrilago gangrenoso. El neurilema se presenta gangrenado unas veces, pero conservando la pulpa su aspecto normal, resistiendo á la mortificacion; por el contrario en otras, se encontraba reblandecida y negruzca toda la sustancia del facial, asi como la del maxilar superior é inferior.

Yo participo de la opinion de aquellos autores, que dicen, que los vasos y nervios sufren alteraciones gangrenosas, más ó ménos marcadas, segun se los observe en el principio de la mortificacion, ó ya en su apogeo; atribuyéndole á los vasos y nervios, mayor resistencia para dejarse invadir por la gangrena, que las demás partes, pero sin pretender negar su destruccion.

El conducto de Stenon, que vierte la saliva, segregada por la glándula parótida, en la boca, no sufre alteracion en su permeabilidad, atraviesa la parte gangrenada, tomando su aspecto, y abriéndolo-

se en medio del putrilago mucoso por un orificio libre.

Las lesiones anatomo - patológicas de la piel, difieren de las producidas en otra parte cualquiera del cuerpo. Asi se vé, al carrillo ó labio, duro al tacto, con infarto profundo, hinchado, con una coloracion morada ó verdosa, brillante y tenso. Se deja ver en el punto mas culminante de la elevacion una escara negra, seca, apergaminada, con una temperatura mas baja que en las demás partes del cuerpo, del tamaño de una moneda de veinte centavos, con una forma oval ó redondeada; la piel que rodea la escara es de un rojo lívido, y limitándola un círculo mas coloreado. Puede estenderse la escara á los labios, párpados, menton y aun á todo un lado de la cara, como se citan casos.

Los glanglios submaxilares no sufren alteracion algunas veces; pero Rilliet y Barthes refieren un caso, en que los observó del tamaño de un huevo de paloma, rosados ó grises, reblandecidos é infiltrados por un liquido gris, pero sin haber llegado á la supuracion.

Terminaré la anatomía patológica, haciendo conocer las opiniones sobre el estado de la sangre en esta enfermedad aunque todavia no se ha dicho la última palabra al respecto. La opinion de Guersant, Blache y Eckert es que la sangre está mas fluida, y con disminucion de coagulos—Tourdes por el contrario ha visto en el corazon coagulos amarillos y densos. Rilliet y Barthes han visto algunas veces,

que el corazon y demás órganos contenian una sangre negra y líquida, sin coagulos; en otras ocasiones eran blandos, negros y poco abundantes.

Los pulmones suelen estar afectados de padecimientos agudos, así como tambien las partes genitales, faringe, exófago, estómago è intestinos.

CAPITULO IV.

SÍNTOMAS.

Cuando la gangrena de la boca es primitiva, toma asiento siempre en la parte media de uno de los carrillos. Pero cuando sucede à una estomatitis aftosa, se desarrolla indiferentemente en las encías, el borde alveolar, comisura ò cara interna de los labios, y suelo de la boca.

Empieza siempre por la mucosa, revelándose al mèdico por una tumefaccion mas ò menos estendida, una fetidez en el aliento característica y algunas veces desde el principio se acompaña de una salivacion saniosa y sanguinolenta.

Cuando la enfermedad es primitiva empieza lo mas ordinariamente de una manera brusca y sin ningun fenómeno de irritacion local anterior; pudiendo dar principio la enfermedad de tres maneras diferentes, atestiguándolo así la opinion de los autores, que han escrito sobre la materia.

Lo mas comunmente hace su aparicion por una ul-

ceracion, que despues toma el carácter gangrenoso. Otras veces es por una hinchazon edematosa de los tejidos, seguida de la gangrena.

Por último, por la gangrena de las partes medias, viniendo en seguida la mortificacion de la mucosa y piel, siendo este último modo de empezar no confirmado de una manera satisfactoria por la observacion de los casos prácticos.

Examinando despues el interior de la cavidad bucal, se apercibe en la parte media del carrillo una mancha blanquizca, que no es otra cosa que una verdadera escara, lo mas frecuentemente aislada, presentando á su alrededor un círculo lívido, sin causar dolor ninguno.

Pero desgraciadamente pronto la úlcera se agranda, ofreciendo una superficie de una coloracion gris negruzca; un tumor circunscrito, especie de núcleo duro y perfectamente limitado se apercibe al nivel de las partes afectadas: siendo formado por la hinchazon del tejido celular.

La gangrena de la mucosa comienza lo mas frecuentemente por aftas, ó flictenas, que mas tarde aumentan de tamaño, siendo visible algunas veces desde el primer dia ó despues de cuarenta y ocho ó sesenta horas, precediendo á la induracion de las partes medias del carrillo.

Cuando principia por las partes medias del carrillo, el primer sintoma es un tumor duro, situado profundamente; haciendo progresos como es natural el proceso morbozo, la infiltracion de la cara aumen-

ta, invade los párpados, la region frontal y temporal; la piel se presenta luciente, tensa y salpicada de manchas de un rojo violáceo: despues del tercero ó séptimo dia se presenta una mancha gangrenosa de la estension de una moneda de diez centavos; se nota, que al mismo tiempo que se estiende longitudinalmente, la mortificacion penetra en la profundidad de las partes blandas, convirtiéndolas en un detritus infecto y con una coloracion negruzca, que se desprenden bajo la forma de colgajos; la pared bucal se perfora, dejando à la caida de la escara una vasta escavacion, al travez de la cual sale una sanie fétida mezclada á la saliva sanguinolenta, viéndose las alteraciones sufridas por las encias, dientes y huesos.

Las encias se convierten en putrilago, toman un color negruzco y caen bajo la forma de colgajos.

Los dientes descarnados y cubiertos de sarro, pierden su solidez, se mueven, cayendo al menor esfuerzo, siendo arrojados en ocasiones por el enfermo, mezclados con detritus gangrenosos y fragmentos de alveolos. El periostio se destruye; necrosándose los maxilares, se desprenden las partes mortificadas y caen bajo la forma de esquirlas.

Cuando la enfermedad avanza rápidamente, es suficiente observar por espacio de algunas horas, para poder notar que la línea gris (fagedenica) adquiere mas estension por su circunferencia mayor, sobre la parte edematosa, convirtiéndose por detrás en escara negra.

Mas cuando la escara se limita, se establece al rededor de ella un trabajo eliminatorio, notándose perfectamente la separacion de las partes sanas y edematosas de las atacadas de mortificacion.

La coloracion de la cara es casi siempre pàlida conservando este caràcter todo el tiempo que dura la enfermedad.

Algunas veces participan del padecimiento la nariz y labios, presentándose cubiertas de costras gruesas.

Los síntomas generales que se presentan en el curso de esta enfermedad, no están de ninguna manera en armonia con la gravedad que tiene el padecimiento local.

En los sugetos jóvenes no se nota reaccion febril, como lo hace notar Billard; el pulso ha disminuido en su frecuencia, siendo la sed moderada y el apetito bastante vivo, las fuerzas del enfermo se encuentran agotadas.

TERMINACION. Cuando la gangrena de la boca no se puede detener en su marcha invasora, se termina por la muerte en el espacio de cinco ò seis dias y frecuentemente antes que sobrevenga la perforacion de la mejilla. Algunas veces la existencia se prolonga hasta quince ò diez y seis dias, pero cuando hasta los huesos han sido atacados la curacion se obtiene en un tiempo relativamente largo.

En otras ocasiones la muerte es consecuencia de hemorragia producida por arterias de la mejilla à la caida de la escara; pero es un accidente raro. Las com-

plicaciones como la neumonia, el desarrollo de placas gangrenosas en otros órganos etc. aceleran la terminacion fatal de la enfermedad, así como por la septicemia producida por la absorcion de los principios sépticos.

CAPITULO V.

DIAGNÓSTICO.

Dada la descripción de la gangrena de la boca, parece que no se la podría en manera alguna confundir, con algunas enfermedades propias de la infancia; mas esto no dejará de ser mas que una ilusión, que desaparece, cuando se tiene conocimiento de algunos padecimientos en los cuales encontramos muchos puntos de contacto con el noma, viéndose el clínico en la obligación de hacer su diagnóstico diferencial. Ciertos autores han creído ver en esta enfermedad y la estomatitis ulcerosa y lardacea una misma entidad mórbida, pero aunque es cierto que tienen algunos puntos de contacto, no es menos cierto tambien que presentan diferencias diagnósticas, que me inclinan á considerar estas afecciones como distintas. Enumeraré los puntos de contacto, así como tambien aquellos que constituyen su diferencia.

El principio de la estomatitis es por una ulcera-

cion, ó un depósito de naturaleza plástica, pseudo-membranoso. El noma empieza algunas veces por una ulceracion, que en seguida toma el carácter gangrenoso: ó tambien por un edema del carrillo.

El olor de la estomatitis es fétido, algunas veces gangrenoso; por el contrario en el noma es siempre gangrenoso. La estension de la lesion local en la estomatitis, es poco considerable, revistiendo siempre el mismo aspecto; mientras tanto en el noma, su estension es de consideracion, con carácter particular de invadir los tejidos vecinos y tomar estos un tinte gris negruzco especial.

En la estomatitis hay pura y simplemente un edema ó una hinchazon pequeña del carrillo ó lábios, no presenta tension, núcleo central duro, aspecto aceitoso; notándose por el contrario en el noma, una hinchazon y edema del carrillo en bastante estension, núcleo central, é infiltracion de las partes vecinas, tension, aspecto aceitoso y jaspeaduras moradas.

La salivacion de la estomatitis es poco abundante para salir fuera de la boca, pudiendo ser sanguinolenta algunas veces; por el contrario en el noma es abundantísima, escapándose fuera de los lábios, bajo el aspecto de un liquido sanguinolento, con aspecto negro putrilaginoso. En el noma hay escara exterior, negra, apergaminada, situada en el carrillo ó lábios; y en un grado mas avanzado, perforacion de las partes blandas, dejando ver al travez de ella, los dientes flojos, y los huesos desnudados por el proceso mórbido. En la estomatitis, no

hay escara negra exterior, nunca se ha visto la perforacion de las partes blandas, denudacion de los huesos; algunos dientes caen, pero no es constante.

La estomatitis es de curso mas lento, siendo rápida la curacion por el clorato de potasa en pocion; por el contrario en el noma, el curso es rápido, llevando siempre consigo una fatal terminacion, ya sea que se abandone á si mismo ó esté bajo la influencia de un tratamiento.

Mas numerosos podrian ser los caractéres que se pueden dar para diferenciar estas dos afecciones mórbidas, en cuanto á su duracion, curso y terminacion, pero los reputo innecesarios, pues son suficientes los ya enunciados, para no confundirlas.

Podria confundirse con la pústula maligna, mas esta es de carácter virulento y contagioso, empieza por la piel, bajo el aspecto de una picadura de pulga: pronto se eleva la mancha bajo la forma de un cono pequeño, indurado, móvil, truncado y conteniendo en su vértice una serosidad trasparente; despues de rota la vescícula por la picazon que ocasiona, sale la serosidad y aparece debajo una escara negra, de superficie mamelonada y desigual; el edema es muy considerable y se estiende al cuello y á la cara. Una corona de vescículas rodea á la escara; agregando á esto las causas de su desarrollo y en los individuos en quienes aparece, no podrá confundirse con el noma, una vez hecha la comparacion de los sintomas.

Se distingue de la estomatitis aftosa, en que

esta se limita à la mucosa, teniendo poca extension, de curso lénto, con poca hinchazon del carrillo ó lábios, sin denudacion de los huesos y con la particularidad que, desprendida la escara, se reproduce en el mismo sitio. Creo con Rilliet y Barthes que à la estomatitis aftosa puede considerarse como una gangrena local limitada, mientras que el noma, como una gangrena difusa, pero ambas de la misma especie.

CAPITULO VI.

PRONOSTICO

Es muy grave el pronóstico de la gangrena de la boca, pues la muerte es la terminacion ordinaria de la enfermedad; sinembargo se citan casos numerosos de curacion, por Baron, Destrées, Tourdes, Rilliet, Barthes y muchos otros prácticos y esto aun en el período, en que la enfermedad ha destruido todo el espesor del carrillo y huesos; si unimos las observaciones de este trabajo, se ve que en algunos casos son favorables los resultados.

Indudablemente el pronóstico no es tan grave, cuando el noma comprende la mucosa únicamente ó se ha conseguido limitarla á esta parte por un tratamiento activo y bien dirigido; y desarrollada además en un sujeto fuerte y bien constituido, sin enfermedades concomitantes graves, que ha conservado sus fuerzas y apetito durante la enfermedad, sin complicaciones de ninguna especie, dejando á la

caida de la escara ver una superficie roja, sin bordes, gruesos y tensos.

Por el contrario el pronóstico se hace fatal, cuando se desarrolla el proceso morbozo en sujetos de poca edad, rodeados de malas condiciones higiénicas, que se asisten en los hospitales, con enfermedades concomitantes anteriores, desarrollo de complicaciones por parte del aparato pulmonar, falta de apetito, decaimiento de las fuerzas, pequeñez del pulso, desarrollo de placas gangrenosas en los miembros superiores y tronco; cuando estas placas hacen su aparición puede asegurarse que está muy cerca la terminación fatal.

CAPITULO VII.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser local y general, teniendo siempre por objeto, principal oponerse por una parte á la invasion por la mortificacion de las partes sanas, limitando la escara: y por otra sostener al mismo tiempo por todos los medios á nuestro alcance las fuerzas del enfermo.

Hay dos indicaciones á llenar en el tratamiento local una con respecto á la escara y la otra de carácter higiénico.

En la 1^a. hay que tratar de limitar la escara, facilitar su eliminacion y favorecer la salida al exterior de los calgajos gangrenosos y en la 2^a. hacer desaparecer en cuanto nos sea posible el olor fétido que rodea al enfermo. -

Los cáusticos que se emplean son los potenciales y el cauterio actual.

Entre los cáusticos potenciales que se han empleado con resultado, ó nó se encuentran en prime-

ra línea los ácidos nítrico, clorhídrico, sulfúrico, y piroleñoso, el nitrato ácido de mercurio, el nitrato plata, manteca de antimónio pasta de Viena; reuniendo estas dos últimas condiciones desventajas por su difícil aplicacion.

Para cauterizar, se hace uso de una esponja fina ó de un poco de algodón envuelto en un estilete; despues de mojado en el ácido, se lleva sobre la parte enferma, tratando de proteger las partes sanas, pues podria á su paso tocarlas; es de necesidad llevar la cauterizacion no solamente sobre la parte enferma, sino tambien sobre una parte de los tejidos sanos.

Seria muy bueno y estaría bien aconsejado excindir ó escarificar antes, llevando despues sobre estas partes el cáustico.

Cáustico actual. Este agente es conocido desde la antigüedad, pues lo empleaban como hemostático, antes que A. Pareo hiciera conocer la ligadura de las arterias: Hipócrates se servia de él.

Este agente presta segun mi modo de ver, un gran servicio en el tratamiento de esta afeccion.

Para llevar á cabo la cauterizacion se protejen los labios con compresas empapadas en agua fria, rodeándose los bordes de la úlcera con hilas mojadas, se aplica el cáustico. Despues se coloca en el punto cauterizado una cantidad de hilas mojadas que se renuevan con frecuencia. Algunas horas despues de su aplicacion, una lijera inflamacion se presenta, desapareciendo luego y hallándose una escara con bordes claros y duros.

Para explicar su accion tenemos que ver en él. un hemostático seguro, un destructor poderoso de los olores, particulas gangrenadas; atacando á la gangrena en su lugar, produce la retraccion de las tónicas arteriales y venosas é impidiendo la llegada de la sangre á la parte lesionada, impide que haga progresos la enfermedad, y pueda producirse la absorcion de los elementos esfacelados.

En el tratamiento general hay que emplear los tónicos bajo las variadas formas que pueden administrarse, á pesar de que pudiera creerse, que siendo enfermedad de curso rápido, impediría que los tónicos introducidos en el organismo, obrasen sobre la gangrena, pero si tenemos en cuenta, que se desarrolla en sujetos debilitados etc. y que por otra parte la misma enfermedad, produce un aniquilamiento notable, se verá en la obligacion de tonificar al enfermo, y corregir tanto como sea posible el estado general, con el objeto de modificar la tendencia de la gangrena á pasar de los límites de la cauterizacion.

La higiene es una ayuda poderosa, es necesario que la pieza esté bien ventilada, afin de que respiren un aire puro, tener las ventanas ó puertas abiertas, si la estacion y colocacion de ellas lo permite. Si es invierno se renovará el aire cuando se crea necesario tapando al niño para impedir los enfriamientos.

El ácido fénico ha sido empleado en solucion, haciendo irrigaciones en la pieza y cama del enfermo,

pero desgraciadamente era impotente para conseguir el objeto deseado.

Mas viendo que el medicamento empleado anteriormente no daba resultado, se hacen nuevas irrigaciones con agua clorurada, pero sin éxito. Se emplea una solucion de permanganato de potasa, notándose que hacía desaparecer el olor desagradable, pudiendo penetrar en la habitacion dos horas despues de empleada la solucion. La manera de obrar de este medicamento consiste en el desprendimiento de oxígeno en cantidad suficiente, para destruir las particulas gangrenosas que se hallan en suspension en la atmosfera. Se han empleado tambien en sulfato de cobre, el de zinc, ácido salicilico, salicilato, soda, cloruro de cal etc., pero sin reunir las ventajas obtenidas por el permanganato de potasa. Para favorecer la salida al exterior de las partes gangrenadas, se acuesta el enfermo en decúbito lateral del lado afecto y se hacen lavatorios constantes y repetidos con una infusion de quina, de salvia ó romero, agregando segun la necesidad cantidad suficiente de vinagre aromático, para impedir que los restos gangrenados puedan penetrar en el tubo digestivo, ocasionando serios trastornos.

El régimen en la alimentacion debe tenerse muy en cuenta; con el apetito conservado, es necesario lejos de someterlo á una dieta perjudicial, darles caldo, sopas, ó una clase de alimentos mas sustanciosos, siempre que el niño pueda soportarlos. Es de

necesidad preferir los alimentos semi-sólidos, por no necesitar esfuerzos considerables de masticacion.

OBSERVACIONES

HISTORIA 1^a.

Antonio, 4 años y 6 meses de edad, blanco, de una constitucion buena, tuvo el sarampion el 24 de Setiembre de 1883; se le trata con arreglo à las prescripciones mèdicas aconsejadas, se hace su erupcion con alguna dificultad y pronto vemos que un abultamiento hàcia la parte media del carrillo derecho, se presentaba exteriormente, sin alteracion en el color de la piel, siendo indolente y duro. Examinado por la parte interna, no se notaba, mas que un color mas intenso de la mucosa en aquella region, no siendo su coloracion normal. Al dia siguiente se encuentra una inflamacion mas marcada del carrillo, con una coloracion rojo brillante; interiormente se veia una ulceracion de aspecto gangrenoso, color gris claro, de gruesos bordes y teniendo cerca de un centímetro de estension. Las encias estaban pàlidas, descoloridas, bañadas por un líquido poco abundante y de color claro, observàn-

dose un principio de estomatitis. Al día siguiente la ulceracion toma mayor estension y profundidad, deshaciéndose los bordes con el menor tocamiento, y estando trasformados los tejidos en una masa de aspecto gris oscuro. El liquido es sero-sanguinolento, que se acumula entre el carrillo y las arcadas dentarias, en el borde libre de las encías y en los espacios interdentarios, con destruccion en su principio de las encías, despidiendo la boca de Antonio un olor fuerte gangrenoso. Se nota en los dos días siguientes, que el carrillo afectado está tumefacto, considerablemente duro, de color pálido en unas partes y rojo en otras; presentando hácia la parte média, una coloracion roja oscura, como de cuatro centímetros de estension.

El niño no puede cerrar la boca, siendo el liquido mas abundante y sucio. Los tejidos están destruidos de dentro á fuera, desprendiéndose la parte mortificada por pequeños fragmentos.

El olor es mucho mas notable.

Observando con atencion los tres días siguientes, se ve la fisonomía del niño completamente cambiada, la gangrena se limita exteriormente, circunscribiendo una escara de cuatro centímetros, la piel presenta una coloracion negra; los tejidos blandos: el olor es sumamente repugnante.

Seguí observando el curso de la gangrena y noté que, la escara se limitó perfectamente en los dos días siguientes, separándose la parte mortificada y cayendo bajo el aspecto de un putrilago verdoso ne-

gro. La perforacion que es la consecuencia, deja ver las arcadas dentarias. Hay necesidad de llevar el caldo, leche y vino con la cuchara, pues no puede tomar por sí, los alimentos. En los dias siguientes, con el tratamiento, que mas abajo refiero, principia à modificarse la parte lesionada, viene supuracion y los tejidos van cicatrizando, en el espacio dejado por la caida de la escara, de dentro à fuera, haciéndose mas lenta la inflamacion, lo que me indicaba que se iba resolviendo, al mismo tiempo los tejidos inflamados mejoraban de coloracion; las encías se limpiaban poco à poco, prueba evidente que la curacion se hacia, aunque con lentitud. Fué despues de mucho tiempo que nuestro enfermo, quedó curado, pero con sus rastros indelebles dejados por la terrible enfermedad, à consecuencia de la pérdida de tejidos.

En vista del cuadro sintomático descrito, no trepidé en diagnosticar en compañía del distinguido especialista en las enfermedades que aquejan à la infancia, D^r. Dⁿ. Juan A. Argerich que se trataba de un *Noma*, y como tal lo tratamos.

Inmediatamente de diagnosticada la enfermedad, traté de hacer una limpieza la mas rigurosa posible por medio de lavatorios constantes y repetidos con una solucion de permanganato de potasa. Se cauterizó la úlcera con el hierro rojo, al dia siguiente de haberla notado; haciendo todos los dias y cada 24 horas igual cauterizacion. El décimo dia cauterizé esterioresmente, poniendo en la escavacion dejada

por la caída de la escara, polvos antisépticos, después de lavarla con frecuencia.

Se sometió el enfermo á la alimentacion con líquidos, principalmente leche, uniendo á esta alimentacion los tónicos; obteniendo la curacion de la enfermedad.

HISTORIA 2^a.

Guillermina, blanca, de tres años de edad, de buena constitucion, fué atacada por el sarampion el 15 de Setiembre de 1883, haciéndose la erupcion perfectamente bien, notándose solamente que la fiebre era un poco alta, siguió la enfermedad su marcha normal, cuando un dia nos encontramos sorprendidos al ver el carrillo izquierdo muy abultado, y con un poco de inflamacion por la parte exterior, examinándola interiormente, encontré una ulceracion del tamaño de una moneda de veinte centavos, con bordes gruesos é irregulares, duros, con una coloracion amarillenta gris, siendo el resto de una coloracion rojo oscura; el liquido que fluia era abundante, fétido y nauseoso.

Al cuarto dia, todos los tejidos del carrillo estaban desorganizados, las encias y los dientes caninos caen, descubriéndose que el maxilar superior, en su borde alveolar tiene un color verde, necrozado, saliendo con las pinzas fragmentos al hacer la menor fuerza para sacarlos.

La fisonomia no estaba cambiada, como en el caso

anterior, no pudiendo tomar por sí los alimentos, sino introduciéndosele con la cuchara y de naturaleza líquida. Una vez que se conoció, que se trataba de un *Noma*, se cauterizó con el hierro rojo y se le aplica agua fría constantemente; se siguió al día siguiente con el mismo tratamiento, pero no se limitaba la placa gangrenosa, que ya tenía de extensión un poco más de una moneda de cincuenta centavos. Después de cuatro cauterizaciones más se consigue limitar la gangrena, cayendo al cabo de cuatro días la escara y dejando al descubierto los tejidos mortificados, que presentaban una coloración, y olor poco agradable. Se lava con un cocimiento de quina, agregando el ácido fénico, para que al mismo tiempo que desinfectaba aquella parte, obrase también como excitante; con nitrato plata mitigado, se tocaban los tejidos, para conseguir de este modo una marcha regular en la ulceración y se pudiese obtener una cicatriz lo menos deforme posible. El maxilar se ha regenerado un poco, pero no del todo. Hacíasele alimentar bien, al mismo tiempo que se le daba el tratamiento tónico.

Con este tratamiento continuado fué dado de alta nuestra enferma.

HISTORIA 3ª

Prisciliano, blanco, de 24 meses de edad, buena constitución y temperamento nervioso linfático, pre-

sentaba los síntomas del Sarampion. Notábase en el interior de la boca algunas placas aftosas: un exámen mas atento me hizo descubrir una induración de todos los tejidos del carrillo derecho, en forma de núcleo redondeado; prodújose poco despues una úlcera de un color gris y de bordes desiguales y gruesos, comprendiendo la escara todos los tejidos blandos y habiendo como siempre principiado por la mucosa que fuè la primera en adquirir la coloracion antedicha: la salivacion se hizo abundantísima y tres dias despues las encías empezaron á ulcerarse continuando el olor repugnante.

Se hicieron cauterizaciones con ácido nítrico, lavatorios desinfectantes muy repetidos y una bebida con clorato potásico; mediante este tratamiento la escara se limita y cae, el niño se cura. Su alimentacion era abundante y tónica.

HISTORIA 4ª

Rudecindo, blanco, de cuatro años de edad, de constitucion escrofulosa, sumamente manifiesta, pues presentaba en el cuello, cicatrices, que marcaba el padecimiento que habia tenido un tiempo antes en su completa actividad; fuè acometido por una fiebre tifoidea, postrándolo como es natural, apesar de los tónicos y alcohólicos que se le administraban para impedir su aniquilamiento. Fuè atacado en el periodo de convalecencia por una hinchazon bastante notable en el carrillo izquierdo, sin cambio de colo-

racion de la piel por la parte externa; examinando el interior de la boca, se encontraba una estomafitis bastante intensa, así como un núcleo indurado en la parte média del carrillo izquierdo, con salivacion exagerada y un olor fétido, la úlcera tenia una coloracion gris. Se cauterizó con el ácido clorhídrico, pero sin resultado, por que al dia siguiente, avanza la destruccion de los tejidos, presentando el tamaño de un medio nacional de estension; se cauteriza tres dias siguientes con el mismo ácido, al mismo tiempo, que se ordenan lavatorios frecuentes, con una solucion desinfectante, pues el olor era francamente gangrenoso y la salivacion mucho mas abundante que al principio y sanguinolenta. El carrillo aumenta de volúmen, notándose en la parte esterna y mas saliente de la elevacion un punto negro, las encias se destruyen y caen, saliendo en forma de detritus, de olor repugnante, notándose mas el olor gangrenoso.

Se emplea el hierro rojo, pero todo es inútil, pues la escara avanza tanto interior como exteriormente, comprometiendo el párpado inferior y alas de la nariz. La fisonomía notablemente cambiada; la temperatura de $38 \frac{1}{2}$ grados centigrados.

Colocado nuestro enfermo en esta situacion por la enfermedad, sucumbe al cabo de 9 dias.

Procedi á hacer la autopsia, abriendo la cavidad bucal y examinando la parte interna del carrillo izquierdo, que se encontraba afectado, notándose que la mucosa, músculos, tejidos vecinos y encias se pre-

sentaban trasformadas en una masa blanca, negruzca é impregnadas por un liquido fétido, negro y de naturaleza serosa; las arterias se veian descoloridas así como las venas y llenas estas de sangre negra coagulada. La rama horizontal del maxilar estaba necrosada. No se notaba una separacion marcada entre los tejidos atacados por la gangrena y los sanos, ni tampoco un límite entre el color negro de la parte enferma y el resto de los tejidos sanos, sino que se iban perdiendo poco á poco y sin notarse claramente; estando llena la cavidad bucal de un líquido sucio mezclado con porciones de los tejidos mortificados. Fueron examinadas todas las vísceras sin notarse en ellas alteracion alguna de consideracion. No podia dudarse sobre el dignóstico del padecimiento de nuestro enfermo, pues por todos los síntomas enunciados, por la invasion de los tejidos vecinos y por la no limitacion, que se trataba de un noma. El resultado fué fatal, pues el padecimiento seguia siempre adelante y habia atacado á un ser de pobre naturaleza y bastante debilitado por sus padecimientos anteriores.

HISTORIA 5ª.

María, blanca, de 6 años de edad, de constitucion sumamente debilitada por padecimientos anteriores, fué atacada por el sarampion; en su periodo de convalecencia se desarrolla una gangrena de la boca, en el carrillo derecho. Presentándose el carrillo ede-

matoso, con cambio de coloracion en la piel que lo cubre; en el interior, se nota un núcleo indurado con infiltracion de los tejidos vecinos, sobreviniendo poco despues en la cara interna del carrillo una escara gangrenosa, la salivacion es abundante y de olor francamente gangrenoso.

En vista de que se trataba de un noma, se le cauteriza con el ácido clorhídrico, con el objeto de limitar la escara, haciéndole lavatorios repetidos con una solucion desinfectante. A pesar de las cauterizaciones repetidas en varias ocasiones y cada veinte y cuatro horas, la placa gangrenosa sigue invadiendo los tejidos vecinos con rapidez—Se cauteriza con el hierro rojo; pero sin dar resultado, pues la gangrena sigue su marcha destructora en el carrillo, encias, las cuales son destruidas por el esfacelo, los dientes caen y es atacado de necrosis el maxilar superior; cuando se están operando estos cambios y que los tejidos mortificados, salen con la saliva bajo el aspecto de putrilago negruzco y sin constitucion histológica determinada; es acometida nuestra enferma de agitacion, con fiebre, apareciendo en la superficie del cuerpo manchas negras, sintomas que auguran una terminacion pronta y fatal.

La alimentacion era abundante, uniendo á ella los tónicos.

Nuestra enferma sucumbe despues de siete dias de enfermedad.

Las alteraciones encontradas despues de practicada la autopsia difieren poco de las referidas en nues-

tra historia cuarta; las manchas negras se desprenden con facilidad, apareciendo el dermis de color rojo oscuro, cubierto por un líquido seroso y poco abundante.

HISTORIAS 6^a y 7^a

La primera es un niño convaleciente de sarampion, de cuatro años de edad, blanco, que fuè atacado por una gangrena de la boca en el carrillo izquierdo, presentando todos los síntomas enunciados en las anteriores historias, no pudiendo limitarla à pesar de las cauterizaciones hechas. Se alimentaba bien y se le daba tónicos; sucumbió despues de cuatro dias de tratamiento.

La segunda es una niña de 5 años de edad, constitucion debilitada, convaleciente de sarampion, que es acometida por una gangrena de la boca en el mismo lado del carrillo que el anterior; sucumbiendo apesar de las cauterizaciones que se le hacian, despues de varios dias de tratamiento.

En las autopsias de ambos, encontramos pocas diferencias que en las practicadas en las historias primeras, omitiendo su narracion por creerlas innecesarias.

V^o. B^o.

ANTONIO F. CRESPO

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomia Descriptiva

I. Origen y formacion del Trisplánico.

Idem Topográfica

II. Region antibraquial anterior.

Histologia

III. ¿Como está cubierto el glomerulo de malpigio por la capsula de Bowman.

Fisiologia

IV. Funciones del protoplasma.

Materia Médica y Terapeutica

V. Opio y sus Alcaloides.

Patología General

VI. Importancia de varios intomas en una misma enfermedad.

Idem Esterna

VII. Tratamiento del Tumor blanco.

Idem Interna

VIII. Diagnóstico diferencial entre Bronquitis capilar y heumonía.

Medicina Operatoria

IX. De la suturas en general. Sutura entre cortada, ensortijada, á puntos continuos, á puntos pasados, enclavijada, en ansas, en bolsa, sutura de Pellejero.

Clinica Médica

X. ¿Porque el Asma augura larga vida.

Medicina Legal

XI. ¿Que diferencia capital hay entre Intoscicacion y Envenenamiento?

Obstetricia

XII. Esterilidad.



