992

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

NOMA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ALFREDO LETAMENDI

BUENOS AIRES
LITOGRAFÍA, IMPRENTA Y ENCUADERNACION DE STILLER & LAASS
Calle de San Martin número 160
1887

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

DR. DON CLETO AGUIRRE

Académicos

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. MATOS
» » JOSÉ T. BACA
» » DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » IGNACIO PIROVANO
» » PEDRO MALLO
» » GUILLERMO RAWSON

Secretario

DR. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D. M. Gonzalez Catan
Histologia	" " Francisco A. Tamini
Fisiologia general y humana	" " J. M. Astigueta
Patologia general y ejercicios clínicos.	" " José T. Baca
Materia médica y terapéutica	" " Pedro A. Mattor
Higiene pública y privada	" " Antonio F. Crespo
Patologia externa.	" " L. Montes de Oca
Medicina operatoria.	" " Bartolomé Novaro
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva	" " Jacob de T. Pinto
Patologia interna	" " Manuel Arauz
Clínica quirúrjica	" " Ignacio Pirovano
"	" " L. Güemes
Clínica médica	" " M. P. de Peralta
"	" " Juan B. Gil
Oftalmologia y clínica respectiva.	" " Cleto Aguirre
Enfermedades de niños y clínica respectiva..	" " Manuel Blancas
Medicina legal y Toxicologia	" " Eduardo Wilde
Obstetricia y clínica respectiva.	" " Samuel A. Molina
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Martin Spuch
Química farmacéutica.	" " Domingo Parodi
Enfermedades nerviosas	" " José M. Ramos Mejía
Anatomía patológica	" " Telémaco Susini
Patologia mental	" " Lucio Melendez

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr. D. Juan J. Naon y J. Arce
Histologia	vacante
Fisiologia general y humana.	" " Cárlos Villar
Patologia general y ejercicios clínicos	" " Claudio Benitez y R. Wernicke
Materia médica y terapéutica.	" " Enrique del Arca y J. Ledesma
Higiene pública y privada	" " Meliton Gonzalez del Solar (en ejercicio)
Patologia externa	" " Guillermo Udaondo
Clínica quirúrgica	" " J. Aguilar
Patologia interna	" " José Penna
Clínica quirúrgica	" " Antonio Gandolfo
Oftalmologia y clínica respectiva.	" " Pedro Lagleize y Ed. Obejero
Clínica Médica	" " Eufemio Uballes (en ejercicio)
Medicina legal y Toxicologia	" " Eduardo M. Perez (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva.	" " J. R. Fernandez y Luis F. Vila
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica.	" " Miguel Puiggari (en ejercicio)
Enfermedades de mujeres y su clínica.	Vacante
Enfermedades de niños y su clínica	" " Facundo Larguia y A. F. Piñero

PADRINO DE TÉSIS

Doctor Mauricio Gonzalez Catan

Art. 162 del Reglamento. La facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

A MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Nada nuevo presento á vuestra consideracion. El Noma, como veis, es el tema elegido para mi disertacion inaugural, último esfuerzo que el reglamento de la Facultad exige al alumno para adquirir el título de Doctor en Medicina.

Interno de la «Casa de Niños Expósitos» durante dos años, he podido presenciar varios casos de Noma, afeccion rápida en sus manifestaciones y terrible en sus consecuencias.

No dudo que juzgareis este pequeño trabajo con la benevolencia que le es necesaria. Si merece vuestra aprobacion, encerrará para mí el mérito inapreciable de marcar el término oficial de mis deberes de estudiante.

HISTORIA

—

La historia de la gangrena de la boca, considerada como una enfermedad distinta, con caracteres propios, no data sino de muy poco tiempo. Los médicos de la antigüedad no conocian, segun se desprende del estudio de sus obras, la enfermedad que estudiamos, y aunque existen observaciones relativas á la mortificacion de los tegidos de la boca, no presentan sino relaciones equívocas con la especie mórbida que nos ocupa.

La espresion de noma se encuentra en las obras de Hipócrates, pero es tomada en un sentido general para designar las gangrenas y úlceras de cualquier especie que sean. Celso ha descrito ciertas formas ulcerosas, y aun gangrenosas, de la boca, pero no se encuentra ningun pasage que se aplique espresamente al Noma. Casi al mismo tiempo que éste, Areteo trazaba los caractéres de una especie de Afta que tenia cierta analogía con la gangrena de la boca. Pero de todos los autores antiguos, Galeno es seguramente el que ha emitido ideas más precisas sobre este punto; lo relaciona á ciertas afecciones de la boca del ano y de las partes genitales, recomienda medios muy enérgicos para combatirlo; no habla de la gravedad del mal, ni de la edad de los enfermos.

Hay que franquear un intervalo inmenso para verlo reaparecer de nuevo. La oscuridad que hasta entonces reinaba desaparece y se nos presenta el Noma, tal cual se le conoce hoy dia, con sus síntomas propios, su marcha invasora, su poder destructor, su gravedad terrible.

Battus, médico holandés, describió en 1620, el Noma, reconociendo y señalando el carácter, entonces insólito y nuevo con que esta afeccion se presentaba.

Desde esta época, sea que la gangrena se haga en realidad mas frecuente, sea que este trabajo despertara la atencion de los médicos, las observaciones se multiplican y dan lugar á estudios mas importantes no solamente en Holanda, sino tambien en la mayor parte de las comarcas de Europa Setentrional, en Suecia, Inglaterra, Alemania y en Francia.

Van der Woorde fué el primero, dicen, que designó la gangrena de la boca con el nombre de *Water kanker*, que significa cáncer acuoso, y que aun se conserva entre los holandeses—Van Swieten mejor inspirado, le aplicó el nombre de *gangrena*, que es el que merece realmente—A. Van Ringh lo llama *Cáncer escorbútico*, pero su descripcion es tan distinta de la del Noma que se cree con fundadas razones que no ha visto la misma enfermedad.

Van Lil dá una exacta descripcion del Noma, y cita los autores que la han visto reinar epidémicamente en los Países Bajos, á consecuencia de las fiebres exantemáticas, así como el tratamiento con éxito por los cáusticos.

Entre los trabajos aparecidos en Suecia se encuentra el de Lund, que contiene once observaciones, de las que una terminó por la curacion. Le dá el nombre de Noma y atribuye á las malas condiciones higiénicas una influencia preponderante en su produccion.

En Inglaterra, Boot, es el primero que parece haberla descrito. El Dr. Carswel que ha reasumido los conocimientos de los médicos ingleses, considera esta afeccion como verdaderamente gangrenosa. Hunt preconiza el clorato de potasa como el mejor medio que se pueda oponer á la gangrena de la boca.

Los médicos alemanes son seguramente los que han publicado las más numerosas é importantes monografías sobre el asunto que nos ocupa. Considerada por Siebert, Hildebrand, Flusch, como de orígen escorbútico; por

Fischer como producida por el endurecimiento del tegido celular á causa de una inflamacion asténica y la infiltracion—Richter, por su parte distingue, en su trabajo publicado en 1827, tres especies de Noma ó cáncer acuoso.

1º El cáncer acuoso escorbútico, la especie mas frecuente, endémica en los hospitales de niños y cuyo principio tiene lugar sobre las encías: Se desenvuelve bajo la influencia de causas debilitantes.

2º El cáncer acuoso gástrico, muy raro y que empieza no por las encías, sino por la mejilla ó la comisura de los labios, bajo la forma de vesículas, bien pronto reemplazadas por ulceraciones de un gris súcio.

3º El cáncer acuoso metastático, que sucede á las fiebres eruptivas que no han recorrido regularmente sus períodos. Este empieza súbitamente y sin prodromos, por un tumor duro situado profundamente y las ulceraciones no sobrevienen sino consecutivamente. Rilliet y Barthez rechazan estas tres especies, cuya denominacion les parece tan viciosa como el nombre genérico de la enfermedad misma.

En Francia se encuentran esparcidas en diferentes obras algunas memorias y observaciones sobre esta terrible enfermedad. Pauport y Saviart vieron en diferentes épocas la gangrena de la boca en los niños reunidos en el Hotel Dieu. Berthe describió la enfermedad bajo el nombre de gangrena escorbútica de las encías. Capdeville la observó en una niña de seis años que en seis dias tuvo gangrenados el labio superior y las demás partes blandas hasta el frontal. Sauvages la coloca entre las caquexias anormales y la describe bajo el nombre de necrosis infantil.

En 1816 Baron publicó una memoria sobre una afeccion gangrenosa de la boca y particular á lo sniños, memoria en la cual trata de demostrar: 1º que la gangrena de la boca, es una afeccion especial, *sui generis*; 2º que tiene por antecedente obligado una ulceracion de la mucosa bucal; 3º que comienza en la cara interna del carrillo é invade su-

cesivamente de dentro afuera; 4º que los síntomas generales son siempre consecutivos; 5º que el mejor medio de curarla es la aplicacion del hierro rojo.

Hebreard en el « Dictionaire des sciences medicales » consagra algunas líneas solamente á la gangrena de la boca, que coloca entre las gangrenas que suceden á inflamaciones atónicas y la hace depender de una disposicion escorbútica.

Billard en 1833 se esfuerza en esplicar la patogenia del noma. Segun él, la enfermedad empezaría siempre por una hinchazon edematosa, con un núcleo duro central, y la mortificacion de los tegidos no sería más que el resultado de la interrupcion de la circulacion capilar de la parte.

En 1837 en el «Compendium de Medicine», de la Berge y Monneret publicaron un artículo extenso, donde se encuentran reunidos todos los documentos que se poseen sobre gangrena de la boca.

En 1848 Tourdes eligió por tema de su disertacion inaugural, el noma ó esfacelo de la boca en los niños. Contiene el análisis del mayor número de trabajos conocidos sobre este asunto.

Rilliet y Barthez, consagran á la gangrena de la boca un notable artículo, en su obra de « Enfermedades de los niños ».

Los médicos Americanos, han descripto y observado esta afeccion; 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. Williams Moore y Wortignon afirman haber visto producirse la gangrena de la boca á consecuencia de la administracion de los calomelanos.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Pasemos revista al conjunto de influencias etiológicas que obrandò de un modo ú otro sobre el organismo, lo preparan, lo inclinan en el sentido de la modificacion mórbida que otra causa más poderosa vá á producir.

Se presente bajo la forma esporádica ó con carácter epidémico, ataca de preferencia á los niños en la edad comprendida entre tres y cinco años, sin que estén exentos por esto de padecerlo los adultos, pues además de citar algunos casos los autores, tengo conocimiento de uno tratado con éxito, en el Hospital de Clínicas de la Capital, en una mujer de 27 años, que se asistia en ese establecimiento en 1883. En la epidemia de gangrena que hubo en la Casa de Expósitos el año 1877, la edad de los niños afectados era de tres á cinco años. Billard ha visto casos en niños de 9, 12 y 30 dias.

¿De dónde puede resultar una disposicion tan grande en los niños á un accidente que no se observa sinó rara vez en el adulto? Es difícil en sumo grado dar una esplicacion clara y satisfactoria del fenómeno. Tourdes cree que el conjunto de condiciones que á continuacion espreso dan razon suficiente de su frecuencia: «La abundancia de tegido 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 extraños, tales son las circunstancias dependientes de la organizacion y funciones de la boca,

que hacen mas fácil la gangrena de esta region». Creo, por mi parte, que es esta la opinion que mas se aproxima á la verdad, por mas que sea difícil esplicar la parte que á cada una corresponde en cada caso particular.

Se ha discutido mucho la influencia del sexo en la produccion de esta afeccion. Unos creen, segun sus observaciones, que es mas frecuente en los niños, y otros, por el contrario que predomina en las niñas. En los casos observados durante la epidemia, de gangrena en la Casa de Niños Expósitos de la Capital, durante el año 1877, y los que he observado durante mi permanencia en dicho establecimiento, sobrepasan con mucho los varones á las mujeres.

Se observa principalmente en los niños de una débil constitucion y que presentan los atributos del temperamento linfático.

Se atribuye á las malas condiciones higiénicas un gran rol en la etiología del noma. La alimentacion insuficiente ó de mala calidad, la habitacion en sitios húmedos, el hacinamiento, la falta de aire y de luz, en una palabra, el conjunto de circunstancias que dan lugar á ese estado que Henoch designa con la espresion «caquexia de los pobres», ocupan un rol de los mas importantes en la etiología de tan terrible afeccion. Es un hecho de observacion que el noma se presenta en niños sometidos á estas influencias perniciosas que lentamente modifican su constitucion, mucho mas si ellas actúan desde el nacimiento. Lo anterior no quiere decir, de ningun modo, que los niños de buena constitucion estén exentos de padecerla; aunque en pequeño número, existen casos de observacion que prueban lo que dejo dicho.

Que la naturaleza del clima influye en la produccion de la enfermedad que venimos estudiando, lo confirma el hecho de que sea excepcional en algunos países y que en otros se muestre en épocas diversas, revistiendo uu carácter epidémico, como en Holanda y Suecia donde parece ser endémico. Se lo observa tambien en Ingla-

terra, las costas de la Prusia y otros países. En Francia es raro, solo se manifiesta en los establecimientos consagrados especialmente á la infancia.

Es general que el noma se manifieste durante la convalecencia de las enfermedades, sobre todo, de aquellas que, sea por su intensidad, sea por la naturaleza misma, han producido modificaciones profundas en el estado general del pequeño enfermo. Pero si es cierto que algunas enfermedades necesitan, para acompañarse de gangrena de la boca, producir una modificacion grave de la economía, no lo es menos, que otras, entre las que se encuentra en primera línea el sarampion, no lo requieren. La fiebre tifoidea, reune en el mas alto grado todas las causas predisponentes, y aun ocasionales de la gangrena y aunque es frecuente verla desarrollarse en las extremidades, es rarísimo que se manifieste en la boca. Como he dicho antes, el noma se presenta á consecuencia del sarampion, con mas frecuencia que en cualquiera otra enfermedad: de 506 casos observados por Courde, 81 eran consecutivos á esta fiebre eruptiva, los restantes á diversas enfermedades. La epidemia de gangrena de la boca, de la vulva y de estomatítis gangrenosa que se presentó en 1877 en los expósitos, fué consecutiva á una epidemia de sarampion.

Se observa tambien en otras enfermedades como, la escarlatina, la viruela, la fiebre tifoidea, la bronquitis, neumonia, disenteria, fiebre intermitente, la tuberclcusis etc. etc.

Algunos autores afirman, otros niegan la posibilidad de la produccion del noma á consecuencia de la administracion continuada del calomel en los niños. Sobre este punto, Henoch dice: «Si se reflexiona que este remedio da lugar menos á menudo á la estomatitis y á la salivacion en los niños que en los adultos, bien que sea de un empleo mucho mas frecuente en la medicina práctica infantil, se colocará uno de parte de los que rehusan absolutamente al calomel una influencia patogénica sobre el noma

Probablemente los casos de noma consecutivos á la salivacion mercurial que dicen haber observado algunos autores, no serán mas que simples coincidencias. A esta conclusion ha llegado el Dr. West despues de un estudio prolijo del asunto que nos ocupa.

Las causas hasta ahora enumeradas no son suficientes por sí solas para producir la enfermedad que nos ocupa: ellas preparan el organismo, lo colocan en las mejores condiciones de receptividad, de modo que una causa cuya naturaleza no se conoce aún, obrando sobre el organismo dará lugar á su produccion.

Alguien ha dicho que el noma era producido por una alteracion del sistema nervioso, teniendo en cuenta para ello, que la gangrena no pasa nunca la línea media y además se desarrolla sin reaccion inflamatoria. Si es innegable, segun resulta de la esperimentacion fisiológica y de observacion clínica, que las alteraciones del sistema nervioso, central ó periférico predisponen á la mortificacion de los tegidos produciendo un debilitamiento considerable en la vitalidad de ellos, de modo que una causa en apariencia insignificante baste para producirla; no lo es menos que nada autoriza á creer que exista una categoria especial de nervios, cuya abolicion funcional baste por si sola para detener la nutricion de los elementos anatómicos y producir su mortificacion. Esta cuestion supondria resuelta la teoria fisiologica de los nervios tróficos, que á pesar de los trabajos de Samuel y de los que han seguido en esta via no ha adquirido bastante consistencia para autorizar aplicaciones á la patología.

Tambien se ha buscado la esplicacion del fenómeno en la interrupcion del curso de la sangre sea que el obstáculo tenga su asiento en las arterias, venas ó en los capilares. Algunos autores han aceptado estas ideas, comparando el noma al proceso gangrenoso que sobreviene en las estremidades como accidente último en algunas enfermedades crónicas, y en las fiebres eruptivas, sobre todo cuando ellas han producido un estado adinámico grave, cuando

la alteracion primitiva ó secundaria de la sangre ha determinado lo que se ha llamado inopexia, es decir, la tendencia marcada á la coagulacion de la fibrina, á la formacion de trombosis que Wirchow ha llamado trombosis marásticas. Pero como lo dice Rilliet y Barthez esta suposicion no puede ser admitida, por que la obliteracion de los vasos no siempre existe, y cuando se presenta no es primitiva, ella es consecutiva á la mortificacion de los tegidos.

Bazin dice que el noma pertenece como sintoma afeccion á una forma particular de la caquexia gangrenosa, enfermedad esencialmente caracterizada por este hecho: que la estincion de la vida en los puntos que ataca tiene lugar de una manera espóntanea, es decir, sin inflamacion, sin arteritis, sin obliteracion vascular.

Independiente del Noma, agrega, la caquexia gangrenosa cuenta en el número de sus manifestaciones la gangrena espontánea de la vulva, que ofrece con el noma tan grandes analogias.

Ultimamente el Dr. E. M. Moore, profesor de cirujía de la Facultad de Buffalo ha creido encontrar cuerpos bateridios en la sangre y demás líquidos de la economía, que tienen caractéres especiales y contienen un virus infeccioso especial.

En un caso observado por Sanson se pudo distinguir un gran número de cuerpos de pequeña dimension, muy refrigentes dotados de un movimiento rápido. Se han creidos ver cristales microscópicos é incoloros. Su progresion se hace en línea recta á veces en contra del curso de la sangre. Se vió distintamente dos ó tres de estos cuerpos fijados á una hematia, arrastrarla consigo. Su número varió muchisimo, siendo su dimension igual al vigesimo de una hematia.

Poco antes de la muerte se vieron bacterias comunes surgir al lado de esos cuerpos transparentes. Cuerpos complemente semejantes á los que contenian la sangre se encontraban en la orina inmediatamente despues de la

expulsion, y los heces las contenian en abundancia; habia tambien muchos bacteriós en el pus de la herida mezclados á los organismos habituales de la putrefaccion.

Con la sangre del enfermo se inoculó, una rata y un chanchito de la India, en el abdomen; de ello provino una inflamacion intensa en el tegido celular de la pared abdominal, luego una peritonitis. Los cuerpos transparentes en cuestion fueron encontrados en gran número en la sangre de estos animales. Estos hechos requieren nuevas investigaciones para poder darles su verdadero valor.

Tales son las opiniones emitidas hasta ahora respecto de la causa eficiente de la gangrena de la boca. En el estado actual es difícil, dar una solucion satisfactoria á cuestion tan importante. Me limito, pues, á reunir en este pequeño trabajo las teorías mas ó menos racionales y científicas que se han emitido sobre este asunto, en los últimos tiempos.

SINTOMATOLOGÍA

El noma puede presentarse espontáneamente, es decir, oin causa apreciable: ó bien se manifiesta rodeado ó vá precedido de influencias etiológicas múltiples perfectamente conocidas.

La existencia de fenómenos prodrómicos no es constante. En algunos casos los niños tienen malestar, están tristes, pierden el gusto por sus habituales diversiones, el apetito falta y presentan con frecuencia accesos febriles remitentes. En otros, estos síntomas prodrómicos faltan, y nada hay que nos haga sospechar siquiera la próxima esplosion de tan terrible afeccion; son solo los síntomas locales los que llaman la atencion de los médicos.

La primera alteracion local puede consistir en un cambio de color de la mucosa de la cavidad bucal, debido á una vesícula que se rompe rápidamente, á la cual sigue una ulceracion indolente, grisácea ó gris negruzca, cuyos bordes se engrosan, se mortifican, desprendiéndose y aumentando las dimensiones de la solucion de continuidad. Su sitio puede ser el repliegue gingivo-bucal, la mucosa de la parte media del carrillo ó tambien la del borde alveolar de las encías. Al mismo tiempo las glándulas salivales se hinchan y segregan en abundancia una saliva espesa y viscosa. Entonces se manifiesta en la parte correspondiente una tumefaccion blanda, indolenta, sin cambio de color de la piel; algunas veces precede á la úlcera ó se presenta al mismo tiempo que ella.

En otros casos el primer fenómeno local es un núcleo

duro, bien circunscrito, que la palpacion hace reconocer en medio de los tegidos de la pared de la boca, que pueden estar más ó menos infiltrados y edematosos.

La generalidad de los autores niegan este modo de empezar la gangrena, por un núcleo de induracion sin lesion prévia de la mucosa. Billard y los autores del compendium no admiten que la gangrena de la boca proceda de la degeneracion de una úlcera que exista en la membrana mucosa y piensan que una hinchazon edematosa, circunscrita, caracterizada por el aspecto aceitoso de la piel y por un núcleo central mas ó menos duro, al nivel del cual se manifiesta algunas veces una mancha de un rojo oscuro, ya en la cara interna, ya en la cara externa de la pared bucal, es el indicio de la invasion del mal.

En los casos de observacion, que al final de su trabajo sobre la Gangrena Infantil, trae el Dr. Arce Peñalva, se vé que en algunos el noma ha principiado de esta manera, es decir, por núcleo duro, circunscrito en medio de los tegidos de la region afectada sin lesion aparente de la mucosa bucal. Yo, por mi parte, he visto en un caso desarrollarse la gangrena de la boca del modo indicado.

Una vez admitido, veamos la marcha que sigue en su desarrollo; el núcleo circunscrito, cuando la palpacion lo descubre, puede tener la dimension de uno ó dos centímetros de diámetro, algunas veces mas. Aumentan en todos sentidos y parece aproximarse poco á poco á las dos superficies tegumentarias de que ocupa el intervalo. Pero su influencia se hace sentir primero sobre la mucosa, que se cubre de manchas lívidas, grisáceas despues, y pasan casi sin transicion al estado gangrenos.

En este primer período de la gangrena de la boca, los síntomas generales varian mucho, segun se trate de niños debilitados por enfermedades anteriores ú otra causa debilitante cualquiera, ó bien de niños sanos y que gozan de los beneficios de la higiene.

En los dias siguientes, las ulceraciones de la mucosa aumentan considerablemente en estension y profundidad;

los puntos que hasta entonces se conservaban intactos son atacados, transformados en escaras blandas, grisáceas ó negruzcas, putrilaginosas; bien pronto todo un lado de la cavidad bucal es destruida, convertida en una vasta herida irregular bañada por una sanies infecta, de la que penden colgajos de tegidos mortificados. La desorganizacion gana las encías, destruye los labios, desnuda los alveolos y los huesos maxilares que se necrosan; los dientes descarnados, pierden su solidez, se mueven y caen al menor esfuerzo ó espontáneamente. El aliento es de una fetidez insoportable, *sui generis*, gangrenoso, en una palabra. Los labios se ponen violáceos, se recubren de costras negras y dejan escapar un líquido compuesto á la vez de saliva alterada, de sanies purulenta y detritus gangrenoso.

En este período y siguiendo paso á paso los desórdenes de la parte interna, se presentan alteraciones en la parte de la piel y tegidos más profundos correspondientes á la region sitio del mal.

El núcleo indurado de que he hablado ántes, aumenta, y con él, la tumefaccion edematosa de la mejilla; la piel se pone tensa, luciente, se enrojece, los tegidos son asiento de una flegmasia intensa y una aureola roja se limita á la cara externa del carrillo.—La dureza primitiva, aumenta ó se transforma, y toma la consistencia pastosa, la aureola se colora de negro y toma todos los caractéres de una escara que no tardará en desprenderse.

Si en este estado, la vida se conserva, las partes mortificadas tienden á separarse de las partes vivas, se establece una línea de demarcacion entre estos dos estados, la escara se aisla, se hace móvil, sus últimas adherencias se rompen y la perforacion tiene lugar. Entónces pueden suceder dos cosas: ó bien los bordes de la solucion de continuidad quedan duros é infartados y son invadidos á su vez por la gangrena, ó bien estos mismos bordes, toman en toda su estension el aspecto de una capa vascular y granulosa, en cuyo caso se puede esperar la cicatriza-

cion, que siempre se hace con suma lentitud, dejando trazos imborrables de su paso.

Los síntomas generales no están casi nunca en armonía con la intensidad de los desórdenes locales. Se puede observar casos en que el niño conserva aún su buen apetito, su color normal, su inteligencia intacta, y ya el proceso gangrenoso está bastante adelantado. Lo general es que exista anorexia, abatimiento, sed viva, vómitos, pequeñez del pulso, sobre todo en el último período, cuando la diarrea se presenta, lo que es frecuente. y debido probablemente á la descomposicion putrida del contenido intestinal al contacto de las materias sépticas tragadas. Existe casi siempre fiebre, más ó ménos alta pero constante, oscilando entre treinta y ocho y medio á treinta y nueve y medio.

En cuanto á la temperatura local, Roger que ha hecho un gran número de observaciones, tanto en enfermos de noma como en sujetos afectados de gangrena de los miembros, ha podido comprobar, que el descenso de temperatura que marca el termómetro, aplicado sobre la escara en los casos de gangrena de la boca, no es comparable al que se observa en el esfacelo de los miembros. En el caso de noma el descenso de temperatura es menor siempre. Hé aquí una observacion que lo confirma; en un hombre de treinta años, la temperatura del pié gangrenado era menor que la de la axila en 16° 5; faltaban solamente 3° grados, para que estuviese en equilíbrio con la del aire exterior, en tanto que en un niño con noma, el termómetro colocado en el centro de la escara, situada en la mejilla cuyo espesor ocupaba, marcó 27° 1 con una temperatura exterior de 16° 5, lo que equivale á 10° 6, superior, siendo solamente de 5° 5 menor que la de la region correspondiente de la mejilla sana que era de 32° 5.—Al rededor de la escara la piel era tensa, rojiza y más caliente (33°) que la del otro lado.

Al principio de la enfermedad, cuando la gangrena de la boca es circunscrita, cuando la escara, empezando por

el interior de la cavidad bucal y cerca del espesor, pero sin aparecer todavía exteriormente, la temperatura de las partes que mueren, lejos de descender, ha subido del nivel fisiológico. Cuatro esperiencias lo demuestran; dos veces el aumento fué de 0'75; y las otras dos de ménos. Diferencia que se esplica, dice, teniendo en cuenta el poco espesor de la escara que reposa sobre tejidos ingurgitados de líquidos, cuya vitalidad parece exaltada por el círculo inflamatorio que la rodea. La temperatura de la boca ha sido tres veces medio grado superior á la axilar.

Terminacion.—El noma puede terminar por la curacion ó por la muerte, siendo esta última casi la regla, sea que se verifique ántes de la perforacion y por una de las complicaciones frecuentes de ella, ó bien á causa de los progresos de la enfermedad misma.

Cuando se verifica la curacion, puede tener lugar en el primer período, ántes de la manifestacion de la escara cutánea, ó bien en el último y despues de la caida de la escara exterior.

En el primer caso, se limita la mortificacion y se desprenden poco á poco las partes; quedan ulceraciones de fondo agrisado; disminuye la hinchazon y despues desaparece, mejoran los síntomas generales y se establece por fin la curacion.

En el segundo caso, se deprimen los bordes de la perforacion, se limpian; la gangrena se limita, tanto en el exterior como en el interior; se establece una supuracion de buena naturaleza; se verifica una exfoliacion de las partes óseas necrosadas; finalmente, se estrecha insensiblemente la herida y se verifica la curacion en más ó ménos tiempo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La gangrena de la boca, sea que empiece por la mucosa de la cara interna del carrillo ó por las capas intermedias de la region, sigue siempre una marcha rápida, destruyendo en totalidad ciertos tegidos y modificando tan solo la estructura de otros.

En el primer caso se observa, en el repliegue gingivo-bucal inferior ó con mas frecuencia en la cara interna del carrillo, al nivel del intervalo de los arcos dentarios, una ulceracion de tamaño variable, generalmente prolongada, de bordes gruesos y fondo grisáceo con pequeños puntos negros, ó bien cuando el trabajo patológico está mas avanzado, la mucosa se desprende en pedazos, se destruye, y sus detritus unidos á los demás líquidos de la cavidad, forman una masa putrilaginosa gris verdosa ó negruzca de un aspecto indescriptible.

Las encías, unas veces cubiertas de un sarro espeso de un gris verdoso, otras mortificadas en mayor ó menor extension, dejan á descubierto los huesos que muchas veces se presentan ennegrecidos ó necrosados, encontrándose no pocas veces esquirlas en parte desprendidas.

Los dientes se desprenden de los alveolos con facilidad al menor esfuerzo, y muchas veces caen espontáneamente. Se han observado casos en que un lado del cuerpo del maxilar superior, una cara del maxilar superior, parte de la bóveda palatina y las fosas nasales se hallaban desnudadas ó necrosadas.

El tegido celular adiposo del carrillo está infiltrado de serocidad, así como el tegido muscular. En un período mas adelantado la mortificacion ataca á todos estos tegi-

dos, de manera que el putrilago moreno tiene de cinco á ocho milímetros de espesor; las capas mas profundas se infiltran de una sanies de un rojo negruzco, á veces coagulada, y de granulaciones pigmentarias. Agrandándose mas la escavacion á medida que se desprenden las partes mortificadas, puede llegar y llega con frecuencia á producirse una perforacion completa que pone á descubierto los arcos dentarios.

Se ha tratado de estudiar el estado de los vasos y de los nervios de las partes mortificadas, pero son contradictorios los resultados de la observacion. Billard ha disecado nervios, arterias y venas de los carrillos, y los ha encontrado siempre intactos. Taupin afirma que siempre los ha encontrado mortificados con los demás tegidos é imposibles de distinguir. Rilliet y Barthez han venido, por último, apoyados en numerosas observaciones, á darnos nociones mas precisas sobre las alteraciones de estas partes. Parece que los vasos permanecen sanos mientras están sumergidos en una parte infiltrada; que sus paredes engruesan en las inmediaciones de la escara, y por último, que están obliterados por coágulos densos ó reblandecidos, cuando se los observa en medio de las partes mortificadas.

El conducto de Stenon, con frecuencia comprendido en la escara, queda permeable y puede reconocerse fácilmente, pues solamente toma el color de los tegidos en medio de los cuales se encuentra colocado.

Los nervios no presentan alteracion en su estructura, tan solo su neurilema se halla coloreado como el tegido ambiente y algunas veces empapado de líquido.

En un niño muerto de noma, la putrefaccion se apodera con bastante rapidez de la superficie cutánea que rodea los puntos gangrenados; se ve el carrillo ó el labio hinchado, morado ó verdoso, tenso y brillante, duro al tacto y presentando un infarto profundo y circunscrito. En el punto culminante de la hinchazon, presenta la piel una escara redonda ú oval, limitada con regularidad y de una

extension variable, pudiendo comprender todo un lado de la cara, lo que es rarísimo.

En el corazon se han encontrado, tanto en las aurículas como en los ventrículos, grandes coágulos fibrinosos de color amarillento, con la particularidad que estos depósitos se continúan en las arterias, de las que se separan con facilidad. Esto lo he observado en dos casos y se presentaba en casi todos los que murieron en la epidemia que azotó la casa de Niños Expósitos en Setiembre de 1877.

El exámen microscópico de la sangre ha hecho descubrir la presencia en ella de cuerpos de pequeñas dimensiones, muy refringentes, dotados de un movimiento rápido; se ha creido ver cristales microscópicos é incoloros. El número de estos cuerpos varia mucho, siendo su dimension igual al vigésimo de una hematia. Se han visto bacterios comunes surgir al lado de esos cuerpos transparentes. Los glóbulos rojos parecian modificados en sus dimensiones.

En otros órganos se encuentran las lesiones propias de las complicaciones mas comunes de la gangrena de la boca. El intestino delgado y el grueso están á menudo afectados, presentando ya las lesiones de la entero-colitis, ó bien reblandecimiento de la mucosa con placas gangrenosas diseminadas. Como un hecho frecuente se han observado invaginaciones del intestino delgado.

En los pulmones se encuentra una congestion hipostática en medio de la cual se encuentran frecuentemente núcleos de neumonía de los lobulillos.

Se encuentran además las lesiones de una pleuresia, de una pericarditis, derrames de serosidad en la aracnoides y en los ventrículos cerebrales, etc.

Suelen acompañar al noma, la gangrena del pulmon, de los órganos genitales, la faringe, las estremidades, el exófago y el estómago.

No es raro ver presentarse en la piel, manchas gangrenosas diseminadas, en las que la piel se desprende con facilidad al menor roce.

DIAGNÓSTICO

Hay un cierto número de enfermedades con su asiento en la cavidad ó en las paredes de la boca, que presentan algunos puntos de contacto con el noma.

Desde luego se impone al observador la necesidad de establecer las diferencias que las separan, de hacer, en una palabra, el diagnóstico diferencial.

Las aftas gangrenosas difieren del noma, porque las ulceraciones son múltiples, de poca extension, limitadas á la mucosa, de curso lento, sin la hinchazon edematosa de la mejilla ó del labio y sin núcleo de induracion profunda. A mas, debemos agregar que las condiciones etiológicas de su produccion no son las mismas.

De la estomatitis ulcero-membranosa se distingue por el conjunto de signos objetivos que paso á enumerar. En la estomatitis el principio siempre es una úlcera que se recubre de un depósito de naturaleza plástica, seudomembranoso, y la degeneracion gangrenosa en los casos en que se produce, que son, por otra parte, muy raros, es en un período avanzado del mal. En el noma la úlcera es desde el principio ó se hace rápidamente gangrenosa y puede no empezar, como hemos visto, por una úlcera, sino por un infarto duro y circunscrito.

Aun cuando la estomatitis se acompañe algunas veces de algo de hinchazon y edema de la region como el noma, nunca adquiere la intensidad que en este último, ni tampoco se observa el núcleo duro que es constante en el

noma. La marcha de la estomatitis es lenta siempre, la del noma, por el contrario, es rápida, y finalmente, en un período avanzado de la enfermedad la confusion se hace imposible, porque entonces se presentan los caractéres típicos del noma.

La diferencia principal entre la pústula maligna y el noma resulta del modo de empezar, la una por la piel, la otra por la mucosa ó por el espesor del carrillo y por la forma bajo la cual aparece, completamente distinta. Si á esto agregamos las causas de su desarrollo y los individuos en quienes aparece, vemos que la confusion se hace imposible.

PRONÓSTICO

El noma es una enfermedad sumamente grave, á tal punto que la observacion ha hecho pronunciar al doctor Bouchut esta sentencia: «la gangrena de la boca, bien caracterizada, está en su calidad de diatesis, fuera de los recursos de la medicina». El noma es muy grave, es cierto, pero tambien es cierto que la curacion se puede obtener, mucho más si el mal se combate desde el principio con energía y, sobre todo, si el sugeto en quien se desarrolla conserva sus fuerzas y su apetito y ninguna enfermedad grave ha precedido ó complica el actual padecimiento.

Las causas que segun Tourdes agravan el pronóstico, son: 1º la poca edad; la muerte es tanto más segura y más rápida, cuanto más jóven es el niño; 2º las condiciones antihigiénicas y especialmente la permanencia en los hospitales; 3º el desarrollo de las complicaciones y especialmente de la neumonía; 4º el momento en que ha sido usado por primera vez el tratamiento.

TRATAMIENTO

¿Existen reglas profilácticas para prevenir el desarrollo de la gangrena de la boca? Para resolver este punto afirmativamente necesitaríamos conocer la naturaleza íntima del estado particular de la economía bajo cuyo influjo se produce la gangrena de la boca. Tan solo se conocen las influencias que indudablemente predisponen el organismo, que preparan el terreno en que ha de desarrollarse esta terrible enfermedad. Entre todas las que hemos enumerado anteriormente, se encuentran las fiebres eruptivas y entre ellas descuella por su frecuencia el sarampion. Debemos, por consiguiente, cuando una epidemia de sarampion ú otra fiebre eruptiva se declara en un establecimiento en que haya aglomeracion de niños, evitar el hacinamiento de los enfermos, colocarlos en departamentos con una ventilacion y luz suficiente, en una palabra, en las mejores condiciones higiénicas que sea posible, y por fin, vigilar el estado de la cavidad bucal y combatir por los medios adecuados las lesiones, por insignificantes que sean, que en ella se presenten.

Una vez que el noma ha hecho su explosion, dos indicaciones se presentan y dominan la historia del tratamiento de la gangrena de la boca. La una depende de las alteraciones locales, la otra del estado general del enfermo.

Todos los autores están conformes en admitir, que se puede llegar á un resultado satisfactorio, deteniendo los

progresos de la mortificacion, limitando la escara, lo que se consigue algunas veces, aunque pocas, gracias á un tratamiento local enérgico.

Para llenar esta indicacion, se han empleado casi todos los cáusticos potenciales de que disponemos, pero los que parecen gozar de mayor reputacion en el tratamiento del noma, son indudablemente los líquidos y entre ellos, los ácidos clorhídrico, sulfúrico y nítrico.

Se tendrá cuidado, antes de hacer la aplicacion del agente escarótico, de limpiar en cuanto sea posible la porcion mortificada, con el objeto de hacer mas eficaz su accion.

Puede hacerse la cauterizacion por medio de una esponja fina ó bien un poco de algodon envuelto en un estilete, procurando comprometer en ella una parte de los tegidos sanos inmediatos al sitio de la mortificacion y protegiendo al mismo tiempo el resto de la cavidad bucal por medios adecuados. Estas cauterizaciones deben repetirse dos ó tres veces por dia, si lo requieren los progresos del mal.

Un medio todavia mas poderoso se puede oponer con ventajas á los progresos de la gangrena: el cáustico actual ha dado resultados sorprendentes, no solo al principio de la afeccion, sino tambien cuando el proceso gangrenoso estaba ya avanzado.

Para efectuar una cauterizacion se protejen los labios con compresas empapadas en agua fria y se rodean los bordes de la úlcera con hilas mojadas en el mismo líquido, colocando en seguida de la cauterizacion una cantidad de hilas igualmente mojadas que se renuevan varias veces al dia.

El medio mas simple es hacer enrojecer al fuego varillas de acero de forma variable, pero existe un aparato que las reemplaza con ventajas, y es al que se da la preferencia por su fácil manejo y aplicacion; es el termo-cauterio de Paquelin.

Con el objeto de modificar ó destruir el mal olor que se

desprende de la boca del enfermo y se esparce en toda la habitacion, se han empleado los diversos agentes antisépticos y desinfectantes que se conocen. Hoy se da la preferencia al permanganato de potasa en solucion al milésimo, con el que se hacen frecuentes lavatorios de la cavidad bucal, que además de destruir el mal olor, impiden que el niño trague las materias pútridas que constántemente se acumulan allí.

Si la inflamacion eliminatriz es franca y moderada, despues de las cauterizaciones se limita uno á hacer lo que dejo dicho; pero si la reaccion inflamatoria es intensa se tratará de atenuarla por medio de los antiflogísticos; si por el contrario, el color pálido y lívido de la mejilla persiste así como la hinchazon edematosa, habrá necesidad de recurrir á los excitantes locales.

Debemos mientras tanto vigilar el estado general y combatir por medios adecuados la debilidad, pérdida de fuerzas, postracion que casi siempre acompañan esta enfermedad. Se usarán los tónicos bajo las variadas formas que pueden administrarse, rodeando al mismo tiempo al enfermo de las condiciones que la higiene aconseja en estos casos.

OBSERVACIONES

HISTORIA I

El expósito Manuel núm. 9648, de 3 años de edad, temperamento linfático y constitucion regular, entró enfermo el 19 de Noviembre presentando el cuadro de síntomas que caracteriza á el sarampion en su período de invasion; anorexia, cefalalgia, temperatura elevada (39°), fotofobia, catarro de las conjuntivas y algo de los bronquios. El 22 por la mañana apareció la erupcion en la cara y cuello, diseminándose despues por el resto del cuerpo. En los dias siguientes la temperatura que hasta entonces habia oscilado entre 38.6 á 39.5 empezó á declinar conjuntamente con los demas síntomas generales, entrando en una franca convalecencia, sin que ninguna complicacion trastornara la marcha regular y benigna del sarampion en nuestro enfermo.

La tarde del 10 de Diciembre volvió á presentarse enfermo, con vómito, dolor de cabeza y garganta, temperatura elevada, pulso muy frecuente, piel seca y caliente; el exámen de la garganta demostraba una inyeccion general de la mucosa faríngea, velo del paladar y algo aumentadas de volúmen las amigdalas; lengua sucia, cubierta de un barniz blanquizco á través del cual se presentaban las papilas rojas y salientes. El termómetro marcaba á las ocho de la noche 40.6; habia al mismo tiempo gran escitacion nerviosa. Se dió un baño tibio con el doble objeto de bajar la temperatura y disminuir la escitacion.

Pasó la noche mas calmada y en la mañana del 11 á los síntomas algo atenuados del dia anterior, teníamos que agregar uno nuevo, el desarrollo en el pecho, en los antebrazos y en todo el muslo izquierdo, de una erupcion en forma de manchas de un rojo muy vivo, estendidas, casi uniformes, sin límites bien marcados con la piel sana. A las 8 a. m. el termómetro marcaba 39.7. Se trataba, á no dudarlo, de un escarlatinoso.

Los dias 12 y 13 en que la erupcion estaba en su apogeo, habiéndose estendido á todo el cuerpo, la temperatura osciló entre 39,5 y 40°2; la inflamacion en las amigdalas habia aumentado, así como en el velo del paladar que presentaba una rubicundez uniforme eritematosa, los ganglios del cuello algo infartados, y la lengua llena de pequeños espacios rojos en medio de un barniz blanquizco.

El catorce la temperatura descendió á 38°6 oscilando en los dias siguientes hasta el 18 entre 38 y 39. La descamacion habia principiado á manifestarse sin que hubiera aún desaparecido del todo la erupcion. Una complicacion que no se esperaba vino á alterar la marcha, hasta entonces regular aunque grave de la enfermedad; se trataba de una estomatitis que tenia su asiento principal en las encías, notándose estas hinchadas, dando sangre al menor contacto y presentando pequeñas ulceraciones en las inferiores, correspondientes á los incisivos; existia tambien una ulceracion pequeña en la parte interna de la mucosa del labio superior. Se empezó á tratar por la administracion del clorato de potasa y un colutorio con ácido bórico y fénico. Los dias siguientes 19 y 20 la temperatura volvió á elevarse, asi como la inflamacion de la boca y el proceso ulceroso aumentó siendo necesario hacer cauterizaciones con ácido crómico puro, medio por el cual se consiguió detener la marcha invasora de las ulceraciones que se habian cubierto de una capa grisácea y hecho bastante profundas, hinchándose mucho el labio superior. Poco á poco

los síntomas locales fueron disminuyendo, así como los generales. A pesar de la mejoria franca en que habia entrado nuestro enfermo, se notaba una debilidad estrema, á pesar de haberse tenido cuidado durante la enfermedad de tonificarlo y darle una alimentacion adecuada al estado en que se encontraba.—El 31, la temperatura era normal por la mañana y siguió así, sin alteracion digna de ser considerada, hasta el ocho de Enero en que nuestro enfermito volvió á ponerse triste, abatido, sin apetito, piel seca y caliente, marcando esa noche el termómetro 40°. El exámen mas prolijo no permitió descubrir otra cosa que una hinchazon pequeña en la mejilla del lado izquierdo y algo de congestion pulmonar á cuyo fenómeno se atribuyó la gran elevacion de temperatura, estableciéndose el tratamiento segun estas ideas. Al dia siguiente los síntomas congestivos habian disminuido, pero en cambio la hinchazon de la mejilla habia aumentado y la palpacion de la region hacia descubrir un núcleo duro situado profundamente y el exámen de la cavidad bucal mostraba tan solo una coloracion mas intensa de la mucosa del lado izquierdo. El 10 por la mañana la estension de la piel del carrillo habia aumentado y una pequeña ulceracion se veía en la mucosa de la boca, al nivel del 2° molar del lado izquierdo, estando su fondo cubierto por una capa gris oscura. Se cauterizó con ácido crómico puro. El dia 11 la ulceracion habia aumentado considerablemente en extension y profundidad, presentándose sus bordes gruesos y desiguales; las encias estaban descoloridas, el olor que exhala, el enfermo es fétido, y la saliva fluye en abundancia de la boca.

Se siguieron haciendo cauterizaciones con ácido clorhídrico y lavatorios repetidos con una solucion de permanganato de potasa consiguiéndose disminuir el mal olor, pero poco ó nada el carácter de la ulceracion gangrenosa, pues los dias siguientes, el exámen de la boca, que se hacia difícil á causa de la gran hinchazon

de todo el lado izquierdo de la cara, mostraba un aumento notable del proceso necrósico, siendo sumamente difícil descubrir los límites de la úlcera cubierta por una masa gris oscura, que mezclada á la saliva que fluia en abundancia daban al conjunto un aspecto indescriptible. La debilidad y postracion del enfermo aumentaban cada dia haciendo inminente una fatal terminacion.

La tumefaccion del carrillo se hacia cada dia mayor, presentando un color rojo en partes, en otras pálido. El 15 empezó á manifestarse el proceso gangrenoso hácia afuera, apareciendo un círculo de un color rojo oscuro y mas duro que el resto de la mejilla, en el centro de la cual estaba situado, ocupando una estension de cuatro centímetros próximamente.

La temperatura era elevada como en toda la evolucion del noma que como hemos visto osciló entre 39° y 40°. La postracion se hacia estrema y era difícil administrar los alimentos y medicamentos. El pulso era filiforme, una abundante diarrea se habia declarado la mañana del 16.

En este estado murió el 17 de Enero por la mañana.

AUTOPSIA

Abierta la boca encontramos que la cara interna del carrillo presentaba un aspecto repugnante é indescriptible; una mezcla infecta, de detritus gangrenosos, de un color gris oscuro, sanguinolento, en otras partes cubrian toda la region. Levantada esta masa se veía una extensa herida irregular, llena de colgajos de tejidos mortificados, los huesos denudados y de un color negro verdoso, los dientes vacilando en sus alveolos. La

mortificacion habia invadido profundamente los tejidos de la region; estos estaban invividos de un líquido seroso, negro y fétido, haciéndose difícil su distincion. Las arterias que podian distinguirse estaban pálidos, descoloridas.

En el corazon se encontraron algunos coágulos fibrinosos, que se continuaban en las arterias. Los pulmones estaban congestionados, principalmente en las bases. En los órganos de la cavidad abdominal no se notaba nada anormal.

OBSERVACION II

Antonio N. 8152, de 4 años 4 meses de edad, temperamento linfático, constitucion fuerte, se enfermó el 28 de Mayo, presentando los síntomas siguientes: cefalalgia, fiebre alta 40°, lengua saburrosa, piel seca y caliente, pulso frecuente. El exámen del torax no permitió descubrir nada anormal. El abdómen algo elevado, timpánico, acusaba dolor á la palpacion en casi toda su extension, predominando en el lado derecho. Se administró un purgante salino, obteniéndose varias deposiciones fétidas.

A pesar de esto, poco se modificaron los síntomas antes enumerados, en los dias siguientes, conservándose elevada la temperatura y muy inquieto y descontento el enfermito.

Todo hacia creer que nos encontrábamos en presencia de un tifoideo, cuando el 8 de Junio nos llamó la atencion el olor fétido que despedia la boca del enfermo, así como la salivacion abundante y espesa, coincidiendo con abatimiento y tristeza mayor que el dia anterior. El exámen de la boca permitió descubrir una úlcera escavada, de bordes gruesos y desiguales, algo prolongada, y su fondo cubierto de una capa de color gris oscuro, situada en la parte media de la mejilla derecha. La palpacion

demostró al dia siguiente la existencia de un núcleo indurado situado profundamente. Al esterior apenas se apreciaba una tumefaccion del lado enfermo. El color de la piel era normal é igual al de la mejilla sana. La temperatura se conserva elevada (39°).

La tarde del 9 se hizo una cauterizacion con ácido clorhídrico en toda la extension de la úlcera, aplicando en seguida hilas mojadas en agua fría. El dia 10 la mortificacion habia aumentado; la úlcera se ha extendido comprometiendo las encías superiores, sus bordes engrosados se desprenden y son espulsados mezclados con saliva sanguinolenta. Se repiten á la tarde las cauterizaciones igualmente sin éxito, pues al dia siguiente el proceso sigue su marcha invasora. El carrillo está duro tumefacto, color rojo en parte y en otras mas pálido; hácia la parte media hay una extension como de cuatro centímetros cuyo color es rojo oscuro. Se empiezan á hacer cauterizaciones con el hierro rojo que se continúan diariamente.

El 15 la escara exterior se limitó, tomando un color negro, y el 16 se desprendió dejando una perforacion á través de la cual podian verse los arcos dentarios, las encías destruidas y los bordes alveolares del maxilar superior denudados y de un color verdoso. En los dias siguientes se prescribió un tratamiento conveniente al estado de los tejidos, consistente en lavatorios con una solucion de bicloruro de mercurio y polvos antisépticos, al mismo tiempo que se procuraba levantar las fuerzas del enfermo un tanto debilitadas por tan penosa enfermedad.

La cicatrizacion habia empezado á manifestarse lentamente y el estado general del enfermo, relativamente bueno, nos hacia creer que la curacion se obtendría, cuando el 1 de Julio se declaró una neumonia doble que terminó en seis dias con la vida de nuestro pequeño enfermo.

OBSERVACION III

Prudenciana, 4 años y medio de edad, de constitucion regular y temperamento linfático, entró enferma el tres de Enero de 1886.

Hacia tres dias que se quejaba de cefalalgia, decaimiento, anorexia y dolores abdominales. El dia de su entrada presentaba una facies tifoidea bastante marcada; la lengua húmeda, saburrosa en el centro y roja en los bordes; el vientre globuloso acusaba dolor á la percusion y palpacion;—había diarrea muy ligera; piel seca y caliente, ligero catarro bronquial. El termómetro marcaba á las 4 p. m. 39°7. Se prescribió un purgante y al dia siguiente (el 4) se empezó á dar la quinina y una bebida tónica.

En los dias siguientes la marcha que siguió la enfermedad, fué la de una fiebre tifoidea de forma comun, aún cuando las oscilaciones térmicas no respondieran á ella.

El enfermo habia enflaquecido notablemente en pocos dias. El dia 14 coincidiendo con una elevacion térmica bastante marcada, pudimos notar que el carrillo del lado derecho estaba un poco aumentado de volúmen, y la palpacion nos hizo descubrir un núcleo duro situado mas cerca de la mucosa á cuyo nivel ésta presentaba una pequeña úlcera, apénas perceptible, estando el resto de la mucosa bucal intacta. Inmediatamente se procedió á cauterizar con ácido crómico puro. El dia 15 la úlcera interior había aumentado en extension y profundidad recubriéndose de una capa grisácea; la hinchazon de la mejilla llegaba hasta el párpado inferior, la piel estaba tensa, luciente, y el núcleo duro había aumentado. Un olor fétido exhalaba de la boca y la salivacion era abundante.

Se hizo una cauterizacion con el hierro rojo y se siguió repitiendo tres dias seguidos, consiguiéndose detener los progresos de la gangrena; pero no sin que antes se hubiese destruido una gran estension de los tejidos de esa

region, así como las encías que desprendidas dejaban á descubierto los dientes y la porcion alveolar del hueso maxilar superior en el espacio de tres á cuatro centímetros. La hinchazon exterior era notable, pero nada indicaba que la gangrena comprometiera la piel.

El aspecto de la solucion de continuidad dejada al eliminarse los tejidos gangrenales era buena. Se trata con una solucion de quina y ácido fénico en lavatorios repetidos, tocando con un lápiz de nitrato de plata las porciones de tejido que lo requerian.

La hinchazon exterior empieza á disminuir gradualmente y el estado general á mejorar. El enfermo empieza á alimentarse y la curacion se consigue en veinte y siete dias.

Podría agregar á estos casos de observacion tres mas que se han producido en los dos años que he practicado en la casa de Expósitos. En los tres la terminacion ha sido fatal por haberse producido en niños sumamente debilitados á consecuencia de enfermedades anteriores, dos despues del sarampion y el tercero en un tuberculoso.

En el Hospital de Clínicas he visto el año 86 dos casos de la misma afeccion cuya terminacion fué fatal.

ALFREDO LETAMENDI.

Buenos Aires, 27 de Julio de 1887.

Buenos Aires, Julio 28 de 1887.

Pase á los Sres. Académicos Dr. M. Araoz y Catedráticos, titular de enfermedades de niños Dr. M. Blancas y

Suplente de la misma asignatura Dr. F. Larguia; para que de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento informen sobre la admisibilidad de esta Tésis.

C. AGUIRRE.
Decano.
L. de la Cárcova,
Secretario.

Señor Decano:

Esta tésis está en las condiciones de admisibilidad que estatuye el Reglamento de la Facultad.
Dios guarde al Sr. Decano.

MANUEL ARAOZ.
F. LARGUIA.
M. BLANCAS.

Buenos Aires, Agosto 10 de 1887.

De acuerdo con el informe que antecede entrégues e al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaria el dia en que debe sostenerse en acto públi co ante la Comision examinadora respectiva.

AGUIRRE,
Decano.
Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

HISTOLOGÍA—En los elementos del sistema muscular los nervios terminan en placas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA—La causa patológica de la ataxia locomotriz es la esclorosis de los cordones de Gall.

ANATOMÍA—Músculos, nervios, arterias y venas de la laringe.

ANATOMIA TOPOGRÁFICA—Region raquídea.

FISIOLOGIA—Contraccion muscular fisiológica.

PATOLOGÍA EXTERNA—De la compresion en el tratamiento de las enfermedades externas.

NOSOGRAFIA MÉDICA—¿La coqueluche es de naturaleza inflamatoria ó simplemente nerviosa?

PATOLOGIA GENERAL—Cómo se forma el diagnóstico y cuál es su importancia.

CLÍNICA MÉDICA—¿La difteria es enfermedad general ó local?

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA—¿Los locos pueden estar sujetos á las leyes penales?

OBSTETRICIA—Funciones del feto.

OFTALMOLOGIA—Afecciones de la papila y de la retina.