Año 1903 Nº 1404

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Semiología de la Lengua

(SU IMPORTANCIA DIAGNOSTICA PARA LA SÍFILIS IGNORADA)

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARNOLDO M. QUADRI

(EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES)

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1903

Año 1903 Nº 1404

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Semiología de la Lengua

(SU IMPORTANCIA DIAGNOSTICA PARA LA SÍFILIS IGNORADA)

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARNOLDO M. QUADRI

(EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES)

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

VICE DECANO

Dr. D. Pedro Laglezze

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Guemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

SECRETARIO

Dr. D. Zenon Aguilar

PRO-SECRETARIO

Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química Médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado
Anatomía Patologica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Julian Aguilar
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» »	»	Francisco Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patologia Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
» Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias (hombres)	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan C. Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves
» Médica	»	José R. Semprun Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Médica	»	Vacante Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria (hombres)	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari José T. Borda
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr.	**Adolfo Mugica**
Química inorgánica aplicada.....	»	**Miguel Puiggari**
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	**Juan A. Boeri.**
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	**Pedro N. Arata**
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	**J. Manuel Irizar**
Higiene	»	**Ricardo Schatz**
Química Analítica y Toxicológica.....	»	**Atanacio Quiroga**
Ensayos y determinación de drogas.....	»	**J. Manuel Irizar**

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		**Vacante**
Química inorgánica aplicada.....		**Vacante**
Farmacognósia vegetal y animal..... ...	Sr.	**Juan A. Dominguez**
Química orgánica aplicada á la Farmacia;.....		**Vacante**
Farmacia galénica (Técnica farmaceutica)		**Vacante**
Higiene..... ...		**Vacante**
Quimica Analítica y Toxicológica.....		**Vacante**
Ensayos y determinacion de drogas		**Vacante**

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES	
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr.	**Juan R. Fernandez**
Parto distócico y Clínica Obstétrica		

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	**Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)**
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	**Vacante**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES	
Anatomía, Fisiología Patología.....	Dr.	**León Pereyra**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	**Nicasio Etchepareborda**

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	**Vacante**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	**Vacante**

PADRINO DE TESIS.

Académico titular

DOCTOR LUIS GÜEMES

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MI HERMANA

Señores Académicos:

Señores Profesores:

No abrigo la pretensión de haber escrito una novedad para la ciencia médica, es para vosotros todo viejo y ya conocido, pero es sin embargo un tópico que ha llamado mi atención y al que le he dedicado algun estudio y observado varios casos en mi práctica diaria de hospital, á la sombra protectora y sábia de un maestro, como el Doctor Pacífico Díaz.

Con éste trabajo, creo cumplir la prescripción Reglamentaria de la Facultad, presentando á vuestra consideración algo de lo que he visto y observado y que al mismo tiempo juzgo de importancia.

Ahora, solo me resta, manifestar sinceramente mi eterno agradecimiento, por vuestras sábias lecciones, ellas y vuestros consejos, harán mi escuela profesional; particularmente al Dr. Luis Güemes que me dispensa el alto honor de acompañarme en éste acto.

Introducción

—

Ch: Bouchard en su notable libro « *Pathologie Générale* » hace notar la perfección con que los médicos antiguos estudiaron la semiología de la lengua y del pulso y recuerda á Laségue, que se quejaba amargamente de la desaparición de aquellos representantes de la clínica pura « *La lengua*, decía, Laségue, *no denuncia la enfermedad, pero sí el estado del enfermo.*

La generalidad de los modernos, descuidamos algo aquellas sábias observaciones de nuestros antepasados, ó quizá no hacemos más que cumplir inconcientemente esa ley que rige el progreso en la ciencia—en que se abandona un error ó un exeso para caer en el contrario y es despues recien que los conocimientos retroceden hasta quedar en un punto intermedio más próximo de la verdad. Y con la medicina, como ciencia, se ha cumplido la ley, las nuevas ramas, como la Bactériología han nacido tan robustas, que absorben casi toda

la sábia del viejo árbol de la medicina hoy, y mañana quien sabe! si la clínica pura, no reconquista alguno de sus fueros olvidados y «el fuego renazca bajo las cenizas» segun la pintoresca frase de Dieulafoy.

Es por éstas razones, que no he vacilado para cumplir con la prescripción Reglamentaria de la Facultad, estudiar un tema, encuadrándolo dentro del plan, y que aunque explotado desde Hipócrates ha progresado rapidamente en los últimos años, unido á la Dermatología, por ser una dependencia del tegumento externo, más que de la mucosa digestiva, segun su Histología y su Embriología y adquirido una importancia enorme, por observaciones recientes, en el diagnóstico de una afección de las más comunes, la Sífilis; de las más curables cuando es conocida, como tambien de las de más terribles consecuencias cuando es ignorada.

Si el clínico, el dermato-sifilígrafo no se contenta con solo mirar ligeramente éste órgano, sino que lo inspecciona cuidadosamente, observa su forma, su coloración etc. etc., que lo palpa y siente su consistencia, deducirá enseñanzas útiles, cuando no la clave de un diagnóstico difícil.

Enfermedades generales del organísmo la modifican: en las fiebres eruptivas; la lengua descamada roja y lisa de la escarlatina; el enantema del sarampión, aparece en la cavidad bucal antes que el exantema de la cara y del cuello; en otras in-

fecciones, como la fiebre tifoidea, al principio de la enfermedad la lengua es achatada, húmeda, con un *enduit* que la recubre casi hasta la punta que es seca y roja sobre los bordes y en las formas adinámicas, seca, negruzca y fuliginosa; la lengua de loro de nuestros antepasados, que casi hoy ya no se observa con el tratamiento hidroterápico;—en las crisis febriles del reumatismo, se agranda, se espesa y se cubre de un *enduit* blanco y en el intervalo de éstas crisis queda normal; en ciertos casos de grippe, toma un tinte blanquizco, porcelánico, segun Faisans, en los pleuríticos, está como cubierta de un velo opalino;—en las afecciones de la vías respiratorias, es blanca, saburral, cuando las temperaturas no alcanzan á 40, en la pneumonia la lengua seca, con temperatura de 40° tiene gran importancia pronóstica, sobre todo en los viejos y entre las afecciones gastro-intestinales nadie ignora con que fidelidad los estados patológicos de la una repercuten sobre la otra, el embarazo gástrico, tiene su lengua característica con un *enduit* espeso gris ó amarillento, con sus papilas salientes. Si unimos á esta ligera reseña sintomática de la lengua, las otras modificaciones que se presentan en sus afecciones regionales, se verá claramente la importancia que tiene su exámen prolijo, tanto en las enfermedades generales del organísmo como en las regionales y que teniendo en cuenta su doble rol fisiológico, mecánico y sensorial (de sensibilidad

general y particular) y si se quiere otro químico, por su sistema glandular, sin todavía entrar á estudiar su anatomía normal y patológica (magistralmente tratada por Darier y Renaut «*Traité d'histologie*») se convencerá facilmente de la estención que podría darse á éste tópico, de la necesidad de un exámen detenido para el diagnóstico en general y en especial de la Sífilis ignorada; por la rara predilección que tiene por éste órgano.

Lengua (semiótica.)

—

Forma y Volúmen. — Señalaremos la *hipertrofia* en masa *(macroglosia)* congenital por linfagioma ó adquirida *(acromegalia);* la *atrofia* general ó parcial (hemiatrofia en los atáxicos ó por lesiones traumáticas del nervio hipogloso *J. Babinski*) las *tumecfacciones,* sea en masa por glositis parenquimatosa, sea parciales, causadas por absesos, núcleos cancerosos, tuberculomas, sifilomas y tumores benignos.

Coloración. — Los distintos alimentos, así como los medicamentos, pueden comunicar á la lengua coloraciones especiales de:

Negro, los vinos rojos, algunas cerezas, todas las preparaciones marciales solubles, el bicloruro de mercurio en solución diluida.

Moreno, el tabaco, las nueces verdes.

Rojo oscuro, el chocolate.

Amarillo azafranado, el láudano, el ruibarbo.

Rojo, la quina roja, la ratania, las frambuesas, el nitrato ácido de mercurio.

Blanco ó gris perla, el nitrato de plata, el sublimado en solución cáustica.

Amarillo, el ácido crómico.

Manchas. — Son raras las más comunes son las de xanthelasma, amarillentas, de forma alargada, situadas generalmente sobre la punta y los bordes, á la palpación no se nota ninguna induración y variables como dimensión hasta el tamaño de una pieza de veinte centavos, coinciden en general con otras manchas semejantes en los párpados, conjuntivas ó con la icteria crónica ó una afección hepática.

En la enfermedad de Addison se suelen encontrar sobre la punta y los bordes, coincidiendo con otras semejantes en la cara interna de las mejillas, unas manchas morenas ó negruzcas.

La *leptotrix bucalis,* forma manchas blancas en napa ó separadas como un sembrado.

Hay otras manchas de la lengua, que forman coloraciones variadas en la cara dorsal y las acompaña una hipertrofia del revestimiento epitelial y de las papilas filiformes, éstas coloraciones, generalmente negras ó azules y amarillas según un caso de Chourek, han sido estudiadas bajo diferentes denominaciones; *lengua negra* por M. Raynaud; *nigritiæ linguæ* por Bertrand de Saint Germain, *glosophisia* por Dessoirs, *melanotriquia lingual* por H. Surmont. La presencia en éstas manchas de los huéspedes habituales de la boca,

no prueban que sean de orígen micótico, como algunos autores han pretendido, por otra parte, la presencia de productos piliformes encontrados en ellas, tiene mucho más valor bajo el punto de vista semiológico, atribuyendo al sistema nervioso un rol importante en su formación.

Las hipercromias congenitales, noevi, son poco aparentes, sobre el fondo rojo.

Las acromias casi no son reconocidas.

El aspecto de las lesiones elementales en la lengua asumen los caractéres siguientes, con respecto de sus similares del tegumento externo.

Las pápulas, no difieren de las de la piel, salvo en la cara dorsal del órgano, donde si toman participación las papilas, éstas se desarrollan enormemente, mientras que si no entran en la pápula, dejan de ser visibles.

Los tubérculos, tienen una fisonomía especial debido al medio en que se desarrollan, en sus caractéres particulares varían muchísimos según la región del órgano en que se situén.

Los gomas.—La sífilis tiene predilección marcada por la lengua, en todos sus períodos así que los gomas, están lejos de ser raros; como carácter diferencial con los de la piel se puede notar que no se limitan con tanta esactitud como éstos, en el sentido de la profundidad.

Las vesículas, flictenas y ampollas tienen una evolución muy rápida, que las distingue de las

de la piel. La fina capa epitelial levantada por la serosidad se rompe casi al mismo tiempo que el elemento se ha formado, pues se encuentra en continua maceración por los líquidos bucales, de donde éstos elementos, se presenten raras veces al observador en su período de estado y lo que generalmente se constata es la erosión, consecutiva, bordeada por un colgajo de epitelio y una aureola eritematosa.

Las escamas, semejantes á las cutáneas, no existen en la lengua, el medio en que se encuentra su epitelio en perpetua maceración impide su formación; si bien existe *descamación*. Hay, sin embargo, algunos casos raros, en que las capas epiteliales, habiendo sufrido ciertas modificaciones, como en la leucokeratosis, por ejemplo, oponen una resistencia eficaz á la acción disgregante del medio y pueden constituir verdaderas escamas epidérmicas como las cutáneas.

Las escoriaciones, no tienen caractéres particulares, son debidas generalmente á un diente quebrado ó á un mal aparato protético — produciendo la glositis dentaria que trataremos al hablar de las afecciones propias del órgano.

La liquenización no existe en las condiciones que en el tegumento externo, falta el prurito, condición inseparable de aquel; pero talvez ese espesamiento de la mucosa, con hipertrofia de las papilas y exageración de la sensibilidad que se

observa en algunos sugetos sea ó tenga analogía con la liquenización de la piel.

Las ulceraciones presentan analogías con las de la piel, relativas á su profundidad, á su regularidad ó irregularidad, á la induración ó desprendimiento de sus bordes mono ó policíclicos á su fondo, escavado, fungoso, membranoso etc. etc., y su estudio prolíjo tiene enorme importancia, porque muchas veces es el único elemento de que disponemos para un diagnóstico diferencial.

Las costras no pueden formarse en razón de la humedad del medio.

Las cicatrices de la lengua no tienen caractéres propios, se producen rapidamente por traumatismo quirúrgico ó accidental ó por lesiones esclerosas superficiales que penetrando despues al dermis lingual, lo bridan produciendo retracciones que deforman el órgano.

Las cicatrices pueden traer por consecuencia la adherencia al suelo de la boca (ankyloglosis), ó su mobilidad anormal, permitiendo á la base venir á arrojar la epiglotis sobre el larinx ó á su punta chocar con el naso-pharinx ó á la desviación de la punta. No hay que confundir éstas lesiones con las producidas por hemiplegia ó por una contractura unilateral.

Afecciones regionales

SINTOMATOLOGÍA

Ya hemos recordado que la lengua por su embriología (de orígen ectodérmico) y por su estructura, pertenece más al tegumento externo, que á la mucosa de las vías digestivas, pero nadie podrá negar tampoco las íntimas relaciones fisiológicas y patológicas que la anexan al aparato de la digestión; es entonces, un *territorio mixto,* una zona intermediaria, donde viene á encontrarse y confundirse la patología externa, la patología interna y en particular ésta dos especialidades: la dermatología y la sifiligrafía.

Considerada bajo todos éstos distintos tópicos, su patología sería estensísima y saldría de los límites de nuestro objetivo principal, es por eso, que vamos á estudiarla especialmente bajo el punto de vista de la dermatología y de la sífilis, en sus afecciones regionales y tratar de detallar su sintomatología, para poder llegar á desprender de lo

demás, el diagnóstico, que le atribuimos más importancia en éste trabajo; el de la sífilis ignorada que en muchos casos, como en los que constituyen nuestra observación clínica, no se manifiesta, sino unicamente por lesiones de éste órgano.

Besnier, Brocq y Jacquet en su libro *"La pratique dermatologique"*, dividen las afecciones de la mucosa buco-lingual en:

1º Afecciones quirúrjicas comunes á todas las regiones, pero con particularidades relativas á su situación, á sus relaciones, á sus funciones y á sus caractéres anatómicos propios.

2º Manifestaciones patológicas que se relacionan directa ó indirectamente á alteraciones viscerales orgánicas ó funcionales del dominio de la patología interna.

3º Dermatosis estendidas á la mucosa buco-lingual ó localizadas esclusivamente en ella.

4º Manifestaciones sifilíticas que se desarrollan al mismo título que en el tegumento externo, pero con una predilección marcada.

Nos ocuparemos de los dos últimos grupos, por las razones espuestas, y solo mencionaremos ligeramente, con una descripción suscinta, ciertas afecciones comprendidas en los dos primeros grupos y que pueden servirnos luego, en el diagnóstico diferencial, como algunas afecciones quirúrjicas.

Heridas. Protejida como está la lengua por las arcadas dentarias, raras veces es interesada aisla-

damente por los traumatismos. Lo que más se observa son las mordeduras, las que se producen accidentalmente durante la masticación y las que se producen en el curso de ataques convulsivos como en la Epilepsia y en el Tétano. Las mordeduras frecuentemente repetidas en los epilépticos con sus cicatrices consecutivas, tabican y retraen el órgano, formando surcos profundos, que podrían presentarse como una lengua afectada de esclerosis sifilítica; otras veces separando un colgajo del órgano, se hipertrofia y opone obstáculos á sus movimientos normales, como en el caso de Maisonneuve observado en Bicêtre.

La glositis profunda (glossocele, paraglossa, glositis flegmonosa ó edemato flegmonosa ó parenquimatosa) afección quirúrgica por su tratamiento y por su historia clínica y que puede ser debida á causas generales (enfermedades infecciosas y fiebres graves) ó á locales, traumatismos, cuerpos estraños, quemaduras, acción cáustica de ciertos venenos etc. etc., puede hacernos creer en la existencia de un goma que ya ha pasado.

Lengua montañosa. (A. Fournier).

Una lengua normal no presenta más surcos que el raphe mediano y algunos otros menos marcados y verticales en la región foliácea, pero en muchos sugetos se observan mayor número que éstos y que no presentan ningún inconveniente apreciable, pero en otros la profundidad que ad-

quieren y tambien su número pueden constituir una verdadera malformación. En este caso los surcos estan dirigidos en diversos sentidos, unos paralelos al raphe, otros verticales á él y otros oblicuos, afectando la forma de las nervaduras de una hoja, circunscriben infinidad de áreas poligonales, que dan á la lengua el aspecto de una región montañosa, como la piel del escroto cuando está retraída, de donde tambien se le dá el nombre de lengua escrotal.

Esta lesión parece resultar de un desarrollo exesivo de la mucosa necesaria para recubrir el órgano y es generalmente de orígen congenital y común en ciertas familias, aunque puede ser consecutivo ó desarrollarse de pronto, despues de ciertas glositis superficiales. Su importancia diagnóstica es grande, no por ella misma, que generalmente es una *infirmité* inócua, ignorada por el mismo sugeto que la lleva, sino por la confusión que puede hacerse con las fisuraciones que se encuentran en las glositis sifilíticas.

Estas especies de lenguas tienen una predisposición manifiesta para las inflamaciones agudas y crónicas de la mucosa; los alimentos y los líquidos orgánicos estacionados en sus surcos favorecen el cultivo de los gérmenes que pululan en la boca.

Las mismas lesiones que hemos descrito en la *lengua escrotal,* pueden ser acompañados de la *glossodinia,* que entonces debe ser considerada como

otra variedad especial de afección, en que al síndrome neurálgico propio de la glossodinia,se añaden las lesiones fisurarias y papilares.

La neuralgia verdadera, sin lesiones objetivas, debía dársele el nombre de *glosalgia* según Bénard (en su art. Langue. Pratique dermatologique) y reservar el de *glossodinia* para la variedad especial que hemos bosquejado unida á la lengua montañosa.

La glosalgia, es unilateral, con crisis paroxísticas en el intervarlo de las cuales hay una calma relativa.

No hay que confundir la *glossalgia* con los dolores superficiales, vivos, lancinantes, que se situan generalmente en la punta y sobre los bordes y que presentan la marcha habitual de la glosalgia que se observa en los viejos sifilíticos. En estos el dolor corresponde á pequeñas fisuras ó á erosiones ó á superficies depapiladas y que se distinguen porque presentan una coloración más roja que las partes vecinas.

En la descamación aberrante de la lengua como en ciertas afecciones superficiales todavia no bien determinadas, puede entrar el elemento neurálgico, pero en tan estrecha solidaridad, que es imposible determinar la parte que corresponde al elemento inflamatorio y la parte que corresponde al elemento neurálgico. El cuidado y la precisión que pongamos en los signos objetivos, nos facili-

tará y nos permitirá muchas veces hacer el diagnóstico.

Hipertrofía papilar generalizada. Puede ser una malformación congenital ó lo que es más común acompañar diversas afecciones, que interesan el dermis lingual.

La hipertrofía puede llevarse igualmente sobre todas las papilas ó ser desigual, tomando en éste caso el aspecto de un tumor papilomatoso. Algunas veces la hipertrofía no se hace aparente, por la igualdad de la hipertrofía papilar, que desplegando la mucosa, en éste caso las papilas se encuentran apretadas las unas contra las otras.

En éstas lenguas se encuentra una sensibilidad exagerada y una menor resistencia para las causas inflamatorias.

Placas en los fumadores.

Comprendemos por esta afección la placa ligeramente proeminente, ovalar, de un centímetro de largo por medio ancho, poco más ó ménos, situada en la parte anterior y mediana de la cara dorsal, tanto á la derecha como á la izquierda del eje del órgano, en el punto donde viene á posarse el extremo de la pipa y nó como sinónima de leucoplasia lingual ó leucokeratosis.

Las placas de los fumadores tienen su individualidad propia — y sus caractéres tambien propios.

Son generalmente lisas, sin escoriación, como

sí las papilas hubiesen sido rasuradas á nivel, al principio de su formación tiene un color rojo lívido, depues se torna blanco amarillento ó moreno, debido á la formación de una delgada membrana y cuya caída posterior deja á descubierto una superficie rojo y lisa como al principio.

En otros sugetos, se observa en lugar de los caractéres apuntados á las más comunes un color blanco azulado ó nacarado, es probablemente un estado avanzado de la lesión resultante de una lesión irritativa continuada y que se confunde con las lesiones leucoplásicas.

Las placas de los fumadores pueden estenderse é invadir toda la lengua hasta la V lingual.

El diagnóstico de ésta afección es casi siempre facilitado, por manchas semejantes en la cara interna de las mejillas que afectan la forma de un triángulo, cuyo vértice se encuentra en la comisura de los labios. Las placas de los fumadores son indolentes y su lesión anátomo-patológica consiste en un espesamiento progresivo de las capas profundas del epitelio y de las capas más superficiales del dermis lingual.

En los fumadores inveterados y si á la acción del humo del tabaco se unen diátesis como la gota, el reumatismo, ó infecciones como la sífilis ó solamente malas condiciones de higiéne local, las placas no se limitan á sus sitios de elección, se multiplican é invaden toda la mucosa bucolingual.

Descamación aberrante en áreas, (glositis exfolitrix marginada — lengua geográfica etc.)

Hay pocas afecciones que para designarlas se use de mayor número de espresiones que la que nos ocupa, desde Rayer, que la describió el primero en 1831 hasta los trabajos más modernos de Besnier y Brocq y pocas, tambien, en dermatología, que hayan sido objeto de polémicas tan interesantes como la que suscitó ella entre Parrot y Vaulair (de Lieja).

Por algunos autores considerada como una entidad mórbida (Lemonnier, Fournier, Besnier, y Broq) por otros como distintas afecciones; la han disociado, fundándose en los modernos trabajos clínicos y anatómicos de Guinon.

Nosotros describrimos el tipo más característico, y señalaremos de paso algunas modificaciones de él.

Sintomatología. El principio de la afección escapa generalmente á nuestra observación. Se inicia, casi siempre por la punta ó cerca de ella y en los bordes, raras veces en otras regiones. Es una mácula circular, blanca grisácea, formando un ligero relieve sobre las partes vecinas, se extiende excentricamente con rapidez y su centro se colorea de rojo vivo.

Sus bordes son ligeramente salientes y apreciables sobre todo por la vista, no por el tacto.

Cada elemento alcanza poco más ó menos el

tamaño de una moneda de 20 centavos, afectando unas veces la forma de una luna en creciente.

Antes de terminar su evolución uno de éstos elementos; puede suceder nazca en su centro un segundo y un tercer elemento, afectando entonces el elemento primordial el aspecto de una placa con dos ó tres zonas concéntricas, formadas por sus *liserés* respectivos.

De la fusión de varios elementos y de sus distintas combinaciones, resultan formas bizarras, dando á la lesión variadísimas fisonomías.

Las perturbaciones subjetivas y funcionales son insignificantes, algunas veces se traducen por una exageración de la sencibilidad, por comezones, sensación de picoteo etc. etc.

Varicosidades de la lengua y edema, son alteraciones, que acompañan con frecuencia á la afección de que nos ocupa.

Algunos grupos de formas especiales de la *descamación aberrante en areas*, han recibido y sido descritas con nombres especiales, pero tratando siempre de agruparlas ó relacionarlas á un tipo fundamental, para cada agrupación, que algunas veces se confunden unos con otros por transiciones insensibles.

Así tenemos, por ejemplo, el tipo *geográfico*, llamado así, porque los bordes de sus elementos reproducen ó recuerdan las sinuosidades de una carta geográfica.

En éste grupo las lesiones elementales parecen ser más fijas que en los demás.

Otro grupo es llamado de *bordes difusos,* que tiene por principal carácter diferencial con los de los demás grupos—el de estar formado por un elemento único, situado en la parte media de la cara dorsal del órgano.

Kaposi, ha descrito una forma de ésta afección —dolorosa—con el nombre de *glosodynia exfoliatrix.*

Esta enfermedad evoluciona por *poussées* en el intervalo de los cuales parece haber desaparecido.

Su duración es de meses ó de años.

Su pronóstico es benigno.

La anatomía-patológica de esta afección nos revela: lesiones de orden inflamatorio en la capa epitelial, que precede á la descamación. El dermis no está ó lo es muy poco interesado.

Se ha pensado que podría ser de orígen micro fítico, por el aspecto circinado de las lesiones (Gubler); una manifestación de la Sífilis (Alibert) y para Parrot un estigma en la heredo-sífilis, hipótesis que ha sido desechada por los trabajos de Spillmann, de Unna, de Du Castel etc. etc.

Unna por la analogía de lesiones con la *pelada,* la consideraba de orígen trophoneurótico. Para Besnier es una forma de *eczema* lingual.

Esta afección se observa de preferencia en los seis primeros años de la vida y es más común en el sexo femenino que en el masculino.

Eczema de la lengua.—Afección rara, coincide generalmente con el de la piel. Se presenta en una ó varias placas regularmente redondeadas, de centro liso y de una coloración rojo oscura — de bordes blanquecinos. Se confunde fácilmente con la afección anterior.

Glositis en los caquécticos. — A consecuencia, sobre todo, de enfermedades gastro-intestinales (enteritis y disenterias) prolongadas, se observa en la lengua un estado descamativo especial, que difiere de los anteriores descritos, por ir acompañado de síntomas dolorosos é inflamatorios.

Leucokeratosis de la lengua.—Uno de los problemas más intrincados, de toda la patología cutánea, es el capítulo de la leucokeratosis, descrita con infinidad de nombres, considerada por algunos autores como una quemadura crónica, por otros como una manifestación lingual de muchas dermatosis (la icthiosis, la psoríasis) á causas diatésicas múltiples ó considerada como por Kaposi, como una manifestación tardía de la Sífilis y como sinónima de lo que la escuela francesa, llama placas opalinas en la Sífilis y calificada por otros con términos vagos como el de *tylosis*.

Su unidad como entidad mórbida tampoco es aceptada y hay autores que la dividen en muchas especies.

Casi todos los dermatologistas estan de acuerdo para considerarla independiente de la Sífilis, de

acuerdo con Bazin, el primero que la describió con mano maestra.

La estensión de éste trabajo no nos permite entrar á discutir éstos diversos puntos, nos limitaremos á tratar suscintamente su *sintomatología.*

La lesión se presenta bajo el aspecto de placas blancas, debidas á un espesamiento de la capa epitelial. El principio de la afección pasa casi siempre desapercibido, es recien despues que por los *poussées* sucesivos, que señalan al mismo tiempo el progreso de la afección, que el observador puede encontrar placas eritematosas, en los sitios que van á ser *leucoplásicos,* éste eritema se manifiesta en máculas redondeadas, con granulaciones debidas á la saliencia de las papilas.

En ciertas formas de evolución tórpida pueden tambien no observarse estas manchas.

La evolución posterior consiste sucesivamente en: enturbiamiento de la capa epitelial, coloración blanca azulada, despues lechosa ó nacarada la placa se espesa y se indura, algunas veces de 2. 3 ó 4 milímetros de espesor.

La placa constituida se presenta: formando un relieve, (en su período de regresión puede ser deprimida) de consistencia dura, debida á la infiltración del dermis; superficie lisa, unida, raras veces desigual como plegada ó rugosa—irregularmente redondeadas, ovalares y algunas poligonales ó en banda—ocupando de preferencia la región anterior

y media de la cara dorsal, llegando raramente hasta la V lingual.

La leucokeratosis lingual está muchas veces lejos de presentar los caractéres que hemos descrito, por lo ménos con la nitidez de la descripción de la forma, que hemos tomado como tipo; hay formas *frustras,* ó especies de estados *preleucokeratósicos,* según los llama pintorescamente Brocq.

Entre los síntomas subjetivos, la sensación de sequedad lingual, es uno de los más frecuentes, otros sugetos experimentan hormigueos y en otros hay dolor, que puede afectar un carácter neurálgico.

La leucokeratosis, evoluciona por *poussées* sucesivos ó afecta una marcha completamente insensible.

Termina su evolución con la descamación en láminas, cuando la superficie sub-jacente está desorganizada ó ulcerada, es casi seguro que se prepara una de esas complicaciones que sombrean siniestramente el pronóstico: *el epitelioma.*

Epitelioma.—Contrariamente á los tumores benignos de la lengua, que son raros, el epitelioma es frecuente—así como parece ser la única variedad de tumor canceroso de éste órgano, en contraposición con los autores antiguos (M. Bouisson-Dict. encycl,) que describían las tres variedades de: squirro, encefaloide y epitelioma.

Según su manera de principiar podemos describir

dos formas en el epitelioma lingual: el papilar y el intersticial.

El epitelioma papilar principia al nivel de una de esas placas, blancas lechosas, que hemos descrito, ingertándose unas veces en las *placas de los fumadores* ó en las placas de *leucokeratosis*. Se vé, en efecto muchas veces, que despues de la descamación epitelial con que terminan éstas afecciones, las papilas linguales se encuentran destruidas é hipertrofiadas, y resulta un verdadero papiloma, despues los elementes epiteliales se infiltran en el espesor de la mucosa lingual, que se cruza de surcos profundos y principia en éste momento la ulceración.

Esta forma de epitelioma superficial se observa sobretodo en la cara dorsal de la lengua y en su porción anterior.

El epitelioma intersticial, no principia por las papilas y las capas superficiales, como el anterior, pero si en la profundidad de los surcos interpapilares y tiene tendencia á crecer en profundidad y llevar prolongaciones en el intersticio de las fibras musculares dejando largo tiempo intacta la mucosa; razón por la cual no es, como el anterior, tan confundible con otras lesiones de la mucosa, como la sifílis, la leucoplasia etc. etc.

Los síntomas varían según se trate del epitelioma superficial ó del intersticial.

Describiremos las dos formas que nos servirán

más tarde para nuestro diagnóstico diferencial con la sífilis lingual.

Los síntomas del superficial consisten al principio en una pequeña hendidura ó *crevasse*, ó una verruga ó papiloma que más tarde se ulcera y gana en profundidad y en estensión.

En la forma intersticial, al contrario, lo que se observa al principio, es un tumorcito, apreciable al tacto, en medio de las partes vecinas intactas y algunas veces por el relieve que forma en la superficie del órgano. El tumor aumenta progresivamente y envía sus prolongaciones en todos sentidos, y toda ó una gran parte de la lengua se indura y cuando todavía no hay ulceración es difícil al médico pronunciarse entre estos dos diagnósticos: glositis sifilítica ó epitelioma intersticial.

Lesiones sifilíticas. La sífilis puede manifestarse en la lengua en sus diversos períodos y bajo formas múltiples. Nosotros describiremos sucesivamente los accidentes iniciales, secundarios y terciarios especialmente. Es en algunos casos, el único órgano, que por su exámen atento y su diagnóstico diferencial entre sus afecciones regionales, hace sospechar ó llevar la firme creencia de la existencia en el sugeto examinado de una sífilis ignorada.

Ya hemos hecho notar la predilección que tiene la sífilis por este órgano, en todos sus períodos.

Chancro lingual. El accidente inicial de la sífilis

es raro, en una estadística del prof. Fournier figuran solo tres entre 824 de las distintas regiones.

Habitualmente único, sitúa lo más á menudo al nivel de la punta del órgano. Forma una ulceración sanguinolenta de fondo rojo carnoso ó gris, bordes rojos, base indurada. Los ganglios soub-maxilares se infartan de uno ó de los dos lados y son duros é indolentes. Los chancros de la lengua no son indolentes como los de otras regiones, á causa del contacto con sustancias irritantes, tabaco, alimentos, bebidas, etc., etc.

Accidentes secundarios. Las placas mucosas de la lengua son frecuentes, situan generalmente sobre los bordes del órgano y su contacto incesante con los dientes determina frecuentemente su ulceración. Se vé entonces pequeñas ulceraciones irregulares, recuviertas de una película blanca. A menudo se encuentran otras manifestaciones sifilíticas en la garganta y en la piel.

Las sifílides tuberculosas constituyen una lesión mucho más rara y tardía. Los tubérculos se presentan bajo la forma de saliencias á ancha base indurada, haciendo cuerpo con la mucosa lingual cuando se ulceran, tienen un fondo gris, bordes tallados á pique y color rojo bruno.

Las sifílides ulcerosas, que no reposan sobre tubérculos, tienen una forma irregular, serpiginosa, destruyen todo el espesor de la mucosa y penetran á gran profundidad, coinciden algunas veces

con sifílides ulcerosas ó pústulo crustáceas de la piel.

No hay que olvidar que las placas mucosas de la lengua, pueden encontrase en la sífilis hereditaria.

Glositis terciarias. Las glositis terciarias han sido estudiadas por el profesor Fournier, en una interesante memoria y nosotros lo seguiremos en nuestra descripción.

Se las puede dividir en dos clases; las glositis esclerosas, y las glositis gomosas; éstas dos formas pueden encontrarse reunidas.

Se encuentran en los dos xesos, pero infinitamente más frecuente en el hombre y en períodos lejanos de la infección inicial, generalmente despues del quinto año; su sitio de predilección es la cara dorsal del órgano.

Glositis esclerosa. Está caracterizada anatomicamente por una hiperplasia del tejido fibroso: superficial ó profundo. La glositis superficial ó cortical tiene su asiento en el dermis de la mucosa y la profunda ó parenquimatosa está particularmente caracterizada por la hipertrofía del tejido conjuntivo intersticial de la lengua.

La glositis esclerosa superficial consiste en induraciones en forma de placas al nivel de las cuales, la mucosa, es roja, lisa, lustrosa y no se constata ni ulceración ni descamación epitelial. Estas induraciones tanto estan aisladas, diseminadas en la superficie de la mucosa, tanto forman

una napa contínua que la recubre casi completamente. La superficie de la mucosa queda atravesada por una cantidad de surcos que aislan las induraciones entre sí y al cabo de un cierto tiempo se observan fisuras, *crevasses* profundas que añaden á la enfermedad, el elemento dolor.

La glositis esclerosa profunda ocupa lo más á menudo á la vez el espesor de la mucosa y especialmente, el tejido intersticial del órgano. Se extiende habitualmente á una gran parte de la lengua, á su mitad, á sus dos tercios ó aún mismo á sus tres cuartos anteriores. Se presenta como una tumefacción, indurada y profunda de la lengua, cuya superficie es mamelonada y lobulada, éstos mamelones ó boseladuras estan separadas las unas de las otras por surcos y fisuras profundas, que tienen gran importancia bajo el punto de vista del diagnóstico.

Algunas veces, se producen en el medio de los lóbulos esclerosos ulceraciones de fondo amarillento, sanioso, á bordes profundamente escavados. Son pequeños gomas ulcerados, y en éste caso, se trata de una forma mixta esclero-gomosa.

La marcha de las glositis esclerosas es esencialmente crónica.

Glositis gomosa. Como en la forma esclerosa la glositis puede ser superficial ó profunda.

Los gomas superficiales no son otra cosa que pequeñas nudocidades que se desarrollan en el

espesor de la mucosa y proeminan bajo forma de mamelones sobre la cara dorsal ó sobre los bordes del órgano. Son pequeños gomas superficiales que se ulceran, dando nacimiento á ulceraciones, sobre todo en las glositis mixtas, esclero-gomosas.

Los gomas profundos se situan en el espesor mismo de los músculos; M. Bouisson hace notar con justa razón que de todos los órganos musculosos, es la lengua la más predispuesta á los gomas.

Se desarrollan casi esclusivamente hacia la cara superior del órgano y con más frecuencia en su parte anterior que hacia la base, y más hacia las partes laterales que hacia el eje del órgano.

Existe algunas veces un tumor único, pero habitualmente se encuentran dos ó tres aun más que se sienten palpando con la extremidad de los dedos la cara superior del órgano y parece, según la frase de Ricord, que la lengua estuviese *sembrada de nuececitas*. Excepcionalmente éstos tumores confluentes pueden alcanzar un volúmen considerable.

Muy duros al principio, los gomas de la lengua se reblandecen poco á poco, hasta volverse fluctuantes; la mucosa se pone roja á su nivel se adelgaza y por fin la ulceración se establece.

La ulceración es casi siempre profundamente escavada, de bordes tallados á pique, de fondo

gris é indurado, en casos excepcionales, se hacen fagedénicas, se extienden en superficie y se vuelven serpiginosas ó ahuecándose en profundidad, revisten la forma terebrante. El principio de la enfermedad es insidioso, los fenómenos funcionales poco marcados; lo que más molesta al paciente es la salivación y la dificultad en la fonación y la deglución, más bien que los dolores que no aparecen que en el período de ulceración. La regla es que no haya infartos ganglionares, sin embargo, se pueden encontrar en la vecindad de gomas ulcerados.

La glositis gomosa después de haber seguido largo tiempo de una manera insidiosa, termina en el período de ulceración y de cicatrización, mientras que las lesiones de la glositis esclerosa son al contrario permanentes y definitivas, de manera que el pronóstico, en la forma esclerosa es más desfavorable que en la forma gomosa.

Leucokeratosis sifilítica de la lengua.—Ya hemos hecho notar al tratar de la etiología de la leucokeratosis, que opiniones de eminentes profesores acusan á la sífilis de su orígen—otros con no ménos argumentos la niegan.

Las dos opiniones se encuentran en la arena de la discusión.

De una parte, la leucokeratosis parece ser absolutamente independiente de la Sífilis y desarrollarse en sugetos indennes á toda evidencia de la Sífilis.

Por otra parte, su evolución puede ser dominada enteramente por la sífilis, subordinada á su acción y justificable de su tratamiento, ya aparezca en el período secundario, ya en el de transición de éste al terciario.

Además existe entre éstos dos órdenes de hechos, una série de casos intermediarios ó mixtos en los cuales la aparición y el desarrollo de la leucokeratosis, provocadas por causas diversas, pueden ser simplemente favorecidas por el hecho de una sífilis anterior, sea que esta tenga manifestaciones apreciables en el tegumento externo, etc. etc., sea que no lo tenga ó permanezca ignorada ó latente, sea en fin que la *leucokeratosis idiopática* se superponga á lesiones sifilíticas.

¿Hay entónces una leucokeratosis idiopática y una sifilítica ó encuentra la primera en la infección sifilítica un medio propicio á su desarrollo? La evolución rápida de la leucokeratosis bajo la influencia de la Sífilis y su retrocesión más ó ménos manifiesta bajo la acción del tratamiento específico son, en ausencia de datos histológicos, las razones de más peso, en que se apoya ésta opinión, porque fuera de ciertos casos especiales, no poseemos los caractéres diferenciales entre la *leucokeratosis sifilítica* y la *idiopática*.

Pero la acción del tratamiento específico no demuestra de una manera bien neta que sea la sífilis el factor etiológico; pues si bien retrocede ó cura

la lesión, no lo hace de una manera tan rápida que cuando se trata de manifestaciones vulgares.

Y, sí en los casos extremos nos encontramos con ésta dificultad diagnóstica, ¿que será en los intermediarios,? los más numerosos, por cierto, y que aunque habiendo en su principio, sido más ó ménos influenciada por la sífilis, dejan despues de obedecerles y no sufren la acción del tratamiento específico. Es más prudente llamar ó encuadrar ésta afección dentro de las llamadas *para-sifilíticas,* como las califica Fournier, calificación que no prejuzga ni afirma nada y reserva el problema de la naturaleza de ésta lesión.

Hemos tratado en este capítulo, que lo habiamos reservado, á las lesiones sifilíticas de la lengua, de la etiología de la leucokeratosis, con respecto á la sífilis, porque algunas observaciones recientemente publicadas, tienden á hacer admitir, ésta lesión como eminentemente específica, es por eso, que hemos creído, que aquí tendría su lugar las consideraciones que exponemos.

Diagnósticos diferenciales

—

Nos detendremos especialmente en aquellas lesiones que puedan confundirse con las distintas manifestaciones de la Sífilis lingual y sólo apuntaremos lo más resaltante entre las otras afecciones confundibles.

Lengua montañosa.—Puede confundirse con el epitelioma; pero en este caso hay ausencia de tumor verdadero, no hay ulceración ni induración, y ausencia del dolor especial al cáncer, la marcha de la afección y el estado general del enfermo son datos importantes para el diagnóstico.

Descamación aberrante en áreas. — Esta lesión puede ser confundida algunas veces, por sus caractéres objetivos con las sifílides linguales; pero éstas estan formadas por superficies descamadas redondas ú ovalares ó en creciente y son absolutamente planas, sin bordes desprendidos ni *liseré*, y su color es de un rojo ménos vivo y aun blanquizco y amenudo se ulceran y son dolorosas y no presentan la

mobilidad de las lesiones de la *descamación aberrante.*

Esta lesión puede tambien confundirse con las glositis esclerosas superficiales, cuando hay depapilación, pero éstas son mucho más difusas, presentan una fijeza más grande, no tienen *liseré* circunferencial y están acompañadas casi siempre de induración.

Las manifestaciones eczematosas de la lengua, están hoy todavía demasiado insuficientemente definidas, para que nos sea posible en todos los casos, diferenciarla de la *descamación aberrante* con la que presenta múltiples analogías; como está descrito por los autores, con su rubicundez purpurina y difusa, con su aspecto como barnizado, con sensibilidad especial, no puede casi ser confundido; pero cuando se localiza en la cara dorsal de la lengua, bajo la forma de placas múltiples y descamadas, bien circunscritas, las semejanzas con la *descamación en áreas* es tanta, que casi no se encuentran signos diferenciales, sino es algunas veces, la ausencia de *liseré* verdadero y la coincidencia de *poussées* eczematoso en la piel.

Leucokeratosis. Puede confundirse con el líquen plano cuando se encuentra esclusivamente localizado en la mucosa buco-lingual; pero el líquen plano tiene sus placas un poco induradas, sin infiltración profunda, sin formar relieve apre-

ciable, de forma ovalar ó redondeada, más regular y de un color más tierno y como lo hace notar Dubreuilh las placas parecen recubiertas de un *enduit* blanco que recubre los intersticios de las papilas, dejando ver los vértices de éstas como un punteado rojo.

La descamación en áreas es fácil de reconocer y diferenciar de la leucokeratosis por sus placas descamadas de un rojo vivo, sus contornos circulares ó festoneados, por su *liseré*, por su desarrollo exéntrico, por la mobilidad de sus lesiones.

Las glositis de los caquécticos, constituida por placas grandes, descamadas, rojas, lisas y depapiladas y en las condiciones especiales en que se desarrolla, no puede ser casi confundida con la leucokeratosis. Las partes que parecen blancas en ésta lesión, son las partes sanas, que por contraste con las partes que existe la lesión parecen decoloradas.

El chancro indurado puede ser confundido con una placa leucokeratósica, ésta confusión se evitará si se tiene en cuenta que la induración del chancro es más pronunciada, dá la sensación del cartílago; la adenopatía que le acompaña es característica, mientras la leucokeratosis no tiene casi nunca *ganglios* y cuando se infartan es un período tan abanzado de ella, que no es posible confundirla.

Las sifílides secundarias, las placas opalinas,

pueden confundirse con una leucokeratosis inicial- y las formas vegetantes pueden hacer creer en una leucokeratosis en vía de transformarse en un epitelioma. Este diagnóstico no es difícil, si se tiene en cuenta para las lesiones específicas, las adenopatías sintomáticas, la mobilidad de las lesiones, su concomitancia frecuente con placas faringianas, la falta de adherencia del ex-sudado pseudo-membranoso que las recubre; recien se hace difícil cuando se trata de determinar el momento en que las placas opalinas se transforman en placas leucokeratósicas. La resistencia al tratamiento específico, es en éstos casos, uno de los mejores signos diagnósticos.

Las glositis esclerosas terciarias se parecen por su aspecto y por su evolución á la leucokeratosis lingual, y es para nuestro objeto, uno de los diagnósticos diferenciales más importantes, pues, una sífilis ignorada, puede, como en nuestras observaciones, revelarse solamente por lesiones linguales, y simular la afección regional, conocida por leucokeratosis de la lengua.

Las glositis esclerosas sifilíticas terciarias y la leucokeratosis lingual tienen de común, que: las dos son lesiones esclerosas, ocupan el mismo sitio, afectan una misma marcha, presentan las mismas complicaciones (lesiones dolorosas erosivas y fisurarias), y las dos pueden adoptar una forma lisa con induraciones ó una forma mamelonada con lóbulos duros limitados por surcos.

Las glositis sifilíticas se distinguirán ; por la coloración opalescente, debido á el estado fibroide de la mucosa, la disposición de las placas, más diseminadas y su menor estensión, por su mamelonamiento más precoz, la predominancia de las lesiones hacia la punta del órgano y los bordes, y por último el tratamiento mercurial nos dará la solución del problema, aunque no tampoco en todos los casos, así por ejemplo, en las placas *mixtas*, donde á lesión específica se haya ingertado una leucokeratosis ; ó en glositis puras sifilíticas antiguas y que no se ha hecho suficientemente intenso el tratamiento específico. Hay glositis que sospechadas de sifilíticas, son tratadas con mercurio durante mucho tiempo, sin ceder, con tratamientos *suaves* y empleando más tarde medios más enérgicos (fricciones, inyecciones de calomel) mejoran ó curan totalmente.

La leucokeratosis sifilítica secundaria, que es una variedad etiológica ingertada sobre la sífilis; presenta tambien dificultades. La leucokeratosis sifilítica se distinguiría de la *idiopátia*, por su finura, la ausencia de relieve y según Fournier, contrariamente á lo aseverado por Kaposi, no se descamaría, aun frotandola, por su forma ovalar ó redondeada ó formando una especie de sembrado de pequeños elementos, del tamaño de una cabeza de alfiler, simulando los caractéres objetivos que presentaría una erupción de liquen plano,

por su predispocisión por los bordes de la lengua y aún la cara inferior, por su localización esclusiva ó predominante sobre la lengua, por la rapidez de su invasión y de su desarrollo, necesitando meses para invadir lo que las otras causas necesitarían años.

La existencia simultánea ó anterior de otras lesiones sifilíticas mucosas ó cutáneas es una poderosa razón para presumir orígen específico.

El tratamiento mercurial tiene en éste caso mucho más valor que en el caso de las glositis terciarias, aunque tampoco de una manera absoluta hay que contar con la fidelidad de éste medio de diagnóstico. Fournier hace notar que hay casos de leucokeratosis sifilítica impasibles al tratamiento más intenso.

Placas en los fumadores.—Fournier, le dá suma importancia para el diagnóstico, la formación del *triángulo comisural* que ya hemos descrito, al hablar de ésta afección, ésto unido á los conmemorativos y al sitio habitual de ésta afección y á su aspecto y coloración de un blanco más tierno, no nacarado como en la leucokeratosis—son datos que sin tener ninguno de ellos un valor patonogmónico, unidos tienen importancia diagnóstica.

Epitelioma.—Los diversos procesos hiperplásicos ó ulcerativos que pueden situarse en la lengua y que pueden confundirse con el epitelioma son: las ulceraciones tuberculosas que se desarrollan á la

inversa del cáncer en sugetos jóvenes y afectados ya de tuberculosis visceral, de la piel ó de las articulaciones. Son ulceraciones múltiples, dolorosas, sin la consistencia del epitelioma ulcerado, de fondo gris amarillento, liso y menos dado á sangrar que el epitelioma, de bordes, generalmente continuandose insenciblemente con la superficie deprimida de la úlcera, sin el reborde saliente, duro y desprendido del epitelioma. Las granulaciones miliares de Trélat y los nódulos más voluminosos de Féréol pueden considerarse como signos patognomónicos de ulceración tuberculosa. El exámen bacteriológico y las inoculaciones á animales es otro medio importante de diagnóstico.

El chancro sifilítico puede presentarse con caractéres bastante parecidos al epitelioma. La rapidez de su evolución, la adenopatía especial demasiado precoz para confundirse con la infección cancerosa y la aparición de los accidentes secundarios, resuelven el problema diagnóstico.

Las sifilides secundarias, forma hipertrófica vegetante ó formas ulcerosas no presentan casi nunca, los caractéres objetivos del epitelioma, no desarrollándose casi nunca éstas formas en la mucosa bucal y cuando lo hacen respetan casi siempre el segmento anterior de la lengua, sitio de la predilección del epitelioma; no sucede lo mismo con las manifestaciones terciarias.

Los gomas no ulcerados pueden hacer creer en

la existencia de un tumor epitelial—situado en el espesor de la mucosa. El goma es más profundo, generalmente múltiple, se sitúa hacia la línea media, sin alteraciones en su superficie; mientras que el epitelioma, único, se sitúa geneneralmente hacia los bordes.

El goma ulcerado tambien se presenta con caractéres confundibles con el epitelioma ulcerado. Los caractéres principales de la ulceración gomosa en contraposición del epitelioma son: la induración de las paredes de la úlcera es menor que en el epitelioma, es más escavada, sangra con ménos facilidad; sus bordes no son tan duros ni tan salientes, el dolor es poco marcado y nunca irradiado. En los casos de duda podemos todavía recurrir á la terapéutica para solucionar el diagnóstico.

Hay además en la lengua, ciertas producciones papilomatosas seniles, que se encuentran en mucosas ya afectadas, casi siempre por la leucokeratoris; tumorcitos begninos cuyo mejor diagnóstico diferencial con el epitelioma es su exámen histológico. Estos papilomas begninos pueden ser el punto de partida de un epitelioma y el momento de la transformación es imposible precisarlo, sino es por el exámen biópsico.

CONCLUSIONES

1º En ningún enfermo debe descuidarse el exámen prolíjo de la lengua.

2º Las afecciones regionales de la lengua pertenecen más al dominio de la dermatología que á las de la mucosa digestiva.

3º La sífilis tiene predilección marcada por la lengua y en ciertas casos sólo ella es capaz de revelar una sífilis ignorada.

Observaciones clínicas

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

—

Mayor del Ejército N. F. ingresa á la Sala 1ª del Hospital Militar. Sugeto de buena constitución estatura elevada, poco musculoso, casado dos veces y de 43 años de edad.

Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. Individualmente ha sido siempre sano, aunque ha abusado extensamente de bebidas alcohólicas. Dice nunca ha padecido de enfermedades venéreas de ninguna clase.

A su entrada al servicio presenta los síntomas siguientes: dispnea intensa que le impide el poder acostarse, palidez cianótica de la piel, ansiedad, taquicardia y dolores precordiales y toraxicos. El Doctor Pacífico Diaz gefe del servicio pidió la opinión en consulta á uno de nuestros clínicos más distinguidos, el cual despues de un prolíjo exámen significó que era un caso fatal, contra el cual la terapéutica estaba desarmada; que la

dispnea y todos los síntomas observados eran de orígen cardíaco, que el paciente tenía una *miocarditis*, con lesiones valvulares muy avanzadas, y aconsejó, aunque con muy poca ó ninguna esperanza en el buen éxito, el tratamiento de práctica en casos semejantes. Se siguieron escrupulosamente sus prescripciones sin producir al enfermo ningún alivio ni notar ninguna modificación en los síntomas. Pero como el doctor Diaz lo veía diariamente y él enfermo pedía con insistencia nuevos medicamentos para aliviar sus males, se renovaban tambien á diario los exámenes, más con el objeto de sostener la moral del enfermo que con la esperanza de obtener algún dato nuevo. Así fué que sin pensarlo, en uno de ellos descubrió el doctor Diaz una lesión que hasta entonces nos había pasado desapercibida y que dió la clave de un tratamiento eficaz: un poco más atras del centro de la cara dorsal de la lengua había una cicatriz lisa, superficial, algo escavada, elíptica y con su diámetro mayor, de un poco más de un centímetro, dirigido longitudinalmente, en todas sus demás partes, la lengua, había conservado su aspecto normal.

¿A qué era debida ésta cicatriz? Los traumatismos y quemaduras quedaron pronto descartados por el estudio anamnéstico. La regularidad de los contornos y de la superficie cicatricial, y sobre todo el hecho de haberse curado sin interven-

ción eliminaban las otras enfermedades que pueden tener determinaciones ulcerosas en la lengua (epitelioma, tuberculosis) y dejaban como única posible á la sífilis; podía haber sido un chancro ó un goma; pero la regularidad de la superficie y de los bordes cicatriciales y la ausencia de glositis esclerosa concomitante, daban la preferencia al primero. El enfermo protestaba que jamás había tenido sífilis y el exámen de toda la superficie de su cuerpo no reveló ni lesiones ni estigmas de esa enfermedad; pero acosado por un interrogatorio muy minucioso dijo que algunos meses antes, durante algún tiempo acostumbraba tomar mate con un camarada que tenía unas llagas en los lábios y que probablemente él le habría contagiado porque al poco tiempo él había tenido tambien una llaguita en el punto que marcaba la cicatriz, pero que esa había sido una llaga de las «*buenas*», pues apenas lo había incomodado y que había cerrado sóla, sin necesidad de remedios. Entonces recordó tambien que al mismo tiempo había tenido unas durezas (infarto ganglionar satélite seguramente) hacia el borde del maxilar inferior.

Con estos datos, se instituyó un tratamiento mixto enérgico (inyecciones de 0.10 de calomel y yoduro de potasio 50 gotas en cada comida, de la fórmula: yoduro potasio, agua destilada gr. 50 $\frac{=}{aa}$ con un éxito brillante.

Todos sus sufrimientos disminuyeron con rapidez y terminaron por cesar al poco tiempo quedándole solo facilidad de fatigarse con el ejercicio, debido á su lesión orgánica sifilítica del corazón.

Este enfermo era un sifilófobo, tan luego como se sintó mejor pidió el alta para esquivar el tratamiento específico. Protestaba no ser sifilítico. Y como no se trataba con regularidad, tuvo varias recaidas y solo cuando su estado era grave entraba al Hospital y solo en esos casos se sometía al tratamiento.

Consultorio del Dr. Pacífico Diaz

Observación II

—

Alberto B., francés, casado, de 47 años, agricultor, de buena constitución.

Dice no haber padecido afecciones venéreas de ninguna clase y haber gozado siempre de buena salud hasta fines de Agosto de 1894, en que empezó á sufrir dolores hacia la base derecha del torax, malestar general, enflaquecimiento, accesos febriles y por fin tos con esputos sanguinolentos y purulentos. Habiéndo entrado al Hospital de Clínicas donde le dijeron «que un tumor que tenía en el hígado había supurado y se había abierto en el pulmón» fué operado por el malogrado Doctor Castro el 31 de Diciembre del mismo año. Esta operación tubo buen resultado inmediato, pero algunos días después la tos y los esputos de pus y sangre se reprodujeron por lo cual tuvieron que operarlo una segunda vez resecándole otra costilla quince días después. Despues de esta nueva operación quedó perfectamente bien y fué dado de alta curado.

El 10 de Enero de 1900 se presentó al consultorio del Dr. Pacífico Diaz, quejándose de cefalalgias continúas, anorexia, dolores al estómago, vientre y región lumbar. Con éstos síntomas 4 ó 5 veces al día era atacado de vómitos acuosos precedidos de un gran ardor al estómago. La hora de predilección de éstos vómitos era dos horas á dos horas y media despues de las comidas, pero en ella no expelía alimentos. Los intestinos funcionaban con mucha irregularidad, habiéndo alternativas de diarrea y constipación.

Al exámen del vientre sólo encontramos sencibilidad general á la palpación, especialmente en el hueco epigástrico, pero no se consigue descubrir la menor tumefacción ni empastamiento. Los otros aparatos están normales.

El estado de su lengua llama nuestra atención: es saburrosa y su apariencia física está alterada: parece más voluminosa que normalmente y su superficie es desigual á causa de surcos más ó ménos profundos que por su entrecruzamiento limitan islotes irregulares y algo salientes; pero él no siente allí dolor, ni incomodidad á no ser el mal gusto que produce el betum saburroso que constantemente lo cubre. Se advierte al enfermo que el estado de su lengua revela una sífilis antigua y se estimula á aguzar su memoria para recordar sus padecimientos venéreos anteriores, sin poder obtener ningun dato confirmativo.

Se sometió entónces al enfermo al régimen y tratamiento, diversos aconsejados en las dispepsias estomacales y gastro-intestinales, sin obtener otra cosa que la agravación de su estado.

Al cabo de 30 días se planteó de un modo categórico la necesidad de un tratamiento específico mixto que fué instituido inmediatamente (dos píldoras de Dupuytren y 100 gotas de ioduro de potasio en dos dosis) con un éxito sorprendente pues al cabo de una semana todos sus sufrimientos habían cesado.

Ha seguido tratándose desde entonces (naturalmente con las interrupciones de regla bajo la dirección del Dr. Díaz) y á la fecha 1° de Febrero de 1903, goza de una salud perfecta; pero la esclerosis de su lengua aunque muy disminuida es perfectamente reconocible aun.

Hay un punto en la historia de éste enfermo que ha solicitado varias veces nuestra meditación y es: la supuración que dió orígen á las operaciones que sufrió en el hígado—¿No se trataría entónces de gomas reblandecidos? Es cierto que el paciente curó quirúrgicamente y sin intervención del tratamiento antisifilítico; pero tambien es cierto que la sífilis abandonada á si misma tiene tendencia á proceder por ataques sucesivos entre los cuales puede haber períodos de acalmía más ó ménos

largos y completos. Sus lesiones pueden curar espontáneamente y con más razón si son ayudadas por un tratamiento local adecuado.

Observación III

—

N. E. se presenta al consultorio del doctor Pacífico Diaz el 13 de Junio de 1898. Es un hombre de 45 años, de estatutura elevada y bien constituido; casado desde hace 22 años, de cuyo matrimonio ha tenido tres hijos que viven y son sanos.

Se queja de cefalalgias frecuentes y sin hora de predilección y de fenómenos gastricos de una forma original: en plena salud y sin ser precedidos de ningún malestar es tomado de accesos de vómitos que lo hacen arrojar los alimentos que tiene en el estómago, quedando inmediatamente tan bien como si nada hubiera pasado por él. Estos trastornos han comenzado hace 4 ó 5 meses, con intervalos de diez á doce días, intervalos que se han ido acortando gradualmente hasta que en la actualidad es muy raro el día que no los sufre y como su mal lo sorprende á menudo en los tramways ó en la calle, su vida se hace muy incómoda.

Examinado el sugeto en todo su cuerpo, se nota desde luego una cicatriz transversal como de tres centímetros, con marcado hundimiento del hueso, situada en la bóveda frontal izquierda que dice, datar desde la infancia y ser la consecuencia de una herída producida por una gran viga que, conducida por un carro, al jirar éste, describió en su extremo posterior un círculo en el cual encontró su cabeza que fué lesionada en el lugar que hoy se vé la cicatriz.

El exámen clínico que se hizo de toda la superficíe de su cuerpo y de sus diversos aparatos no nos ha suministrado ningún dato, á no ser la lengua que es más voluminosa que en su estado normal, en los bordes se vé bien marcado la impresión dentaria depapilada en algunas partes y recorrida por surcos profundos que limitan eminencias que por su disposición recuerdan los de las circunvoluciones cerebrales.

En vista de ésta lesión, se vuelve con empeño al estudio de los anamnésticos, pero sin poder obtener dato alguno que autoricen á deducir de ellos, que el enfermo ha tenido sífilis. Insistiendo en el interrogatorio y haciendole notar que el estado de su lengua es un comprobante casi infalible de una sífilis antigua, contesta que comprende que el daño será para él, sí ocultara datos de padecimientos anteriores, pero que no recuerda nada en su vida que se refiera á la sífilis,

ni chancro en el miembro, ni llagas en la boca ó en el ano, ni roseala, ní alopecía ni infartos ganglionares, etc. etc.

La necesidad de un tratamiento específico activo propuesta al enfermo es aceptada. Se le trata con inyecciones de calomel de 0.10 gr. cada una y ioduro de potasio 50 gotas en cada comida. Después de la segunda inyección sus vómitos cesaron y más tarde se notó tambien marcada mejoría en el estado de su lengua que disminuyó marcadamente de volúmen.

¿Se trataba de un goma cerebal?

ARNOLDO M. QUADRI.

Buenos Aires, Octubre 13 de 1903.

Octubre, 13 de 1903.

Nómbrase al Académico Dr. José Teodoro Baca, al Profesor Titular Dr. Baldomero Sommer y al Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende para que constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Artículo VI de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES

Zenón Aguilar

—

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1903.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Señor Arnoldo M. Quadri.

«En el local de la Facultad á 4 de Noviembre «de 1903, reunida la Comisión que subscribe «encargada de dictaminar respecto de la admisi-«bilidad de la tesis presentada por el ex-alumno «Señor Arnoldo M. Quadri, que versa sobre «Se-«miología de la lengua» su importancia diagnóstica «para la sífilis ignorada, resolvió admitirla. Con «lo que terminó el acto.—Firmado: J. T. Baca—«B. Sommer—Allende—Carlos Robertson, Pro-Se-«cretario.»

Zenón Aguilar

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1903.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES

Zenón Aguilar