

República de Bolivia

Universidad Mayor
de
San Andrés

Facultad Oficial
de
Odontología

Sífilis Bucal y Estomatitis Mercurial Tesis

*Para optar el título de
Cirujano Dentista*

*Presentado por el señor
Alfredo Jiménez y Flores*



LA PAZ-BOLIVIA

Imp. y Encuad. "EL CONTADOR,
Prado 9.

1916.

T-PG
1152

003

República de Bolivia

Universidad Mayor
de
San Andrés

Facultad Oficial
de
Odontología

003

Sífilis Bucal y Estomatitis Mercurial Tesis

Para optar el título de

Cirujano Dentista

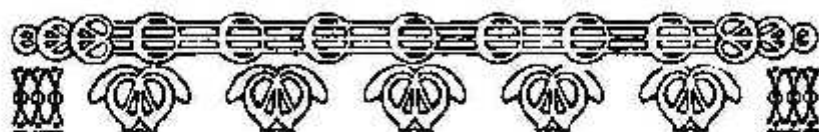
Presentado por el señor

Alfredo Jiménez y Flores



LA PAZ-BOLIVIA
Imp. y Encuad. "EL CONTADOR."
Prado 2.

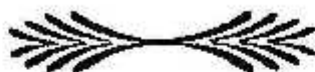
1916.



Facultad Oficial de Odontología

PROFESORES

<i>Decano</i>	<i>Dc.</i>	<i>Elías Sagárnaga</i>
<i>Secretario</i>	<i>"</i>	<i>José D. Tapia</i>
<i>Director</i>	<i>"</i>	<i>Sergio Cabrera</i>
<i>Profesores</i>	<i>"</i>	<i>Luis Villegas</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>Néstor Morales Villosón</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>Eugenio Luna O.</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>Alejandro Sardón</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>Eduardo Sagárnaga</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>Etelberto Coello</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>José Salmón B.</i>
<i>"</i>	<i>"</i>	<i>William H. Dolman (Acciden tal en 1915)</i>





Informe de la Comisión Examinadora

La Paz, Febrero 23 de 1916.

Pase a conocimiento de los señores Profesores Dr. Luis Villagas y Sr. Eugenio Luna Orozco, para que conforme a disposiciones vigentes, se sirvan informar sobre si la tesis presentada por el Sr. Alfredo Jiménez y Flores, es o no aceptable.

SAJINES T.

(Decano).

Señor-Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

El abajo suscrito profesor de la Escuela de Odontología, aprueba la tesis presentada por el solicitante señor Alfredo Jiménez y Flores para optar el grado de Cirujano Dentista, titulado sífilis Bucal y Estomatitis Mercurial, y por consiguiente aceptable para su impresión.

EUGENIO LUNA OROZCO.

(Cirujano Dentista).

Señor Decano.

El suscrito profesor de la Escuela de Odontología, encuentra aceptable la tesis presentada por el Sr. Alfredo Jiménez y Flores para optar el título de Cirujano Dentista. Y por tanto queda aprobada para su impresión.

La Paz marzo 24 de 1916.

Dr. LUIS VILLAGAS.

Médico cirujano.

La Paz, 27 de marzo de 1916.

Leídos los informes que anteceden, sobre la tesis presentada, por el Sr. Alfredo Jiménez y Flores, ex-estudiante de la Escuela de Odontología, titulada "Sífilis Bucal y Estomatitis Mercurial" en conformidad a las disposiciones vigentes, apruébase la tesis mencionada y devuélvase al interesado para su publicación.

SAJINES T.

(Decano)

A mis padres

y

A mi hermano

Dr. D. Néstor Jiménez y Flores

Gratitud y Carino

Ami padrino de Tesis

Señor Doctor Dn.

José Carrasco.

*E. E. y Ministro Plenipotenciario de
Bolivia en el Brasil.*



Introducción

Cumpliendo mi disposición reglamentaria tengo el alto honor de presentar a la consideración del ilustrado cuerpo de profesores de la facultad de Odontología mi tesis sobre "Sífilis Bucal y Estomatitis Mercurial".

La primera parte de esta tesis que propiamente pertenece a la medicina general la he tocado con el propósito de ampliar los conocimientos sobre esta materia, y, ya que ella se encuentra también relacionada con la segunda parte que corresponde del todo a la índole de los estudios odontológicos.

El respetable personal que me escucha, se vale decir con toda la sinceridad que en este solemne acto me anima y que me abre una nueva ruta en el destino de mi vida, no vaya pues a buscarme en él más que el sello de mis esfuerzos, la floración de una labor perseverante y de trabajo. Esta mi tesis si tiene algún mérito no es más que el fruto de bastantes horas de estudio y de haber recoido la luz que a su paso dejaron en mi cerebro las diversas teorías emitidas por renombrados autores sifilógrafos. En ella he de procurar, a la medida de mis esfuerzos, demostrar la importancia de estas dos materias en el alto desarrollo que ha alcanzado esta rama "Científica Práctica" de la medicina moderna en los progresos del mundo odontológico.

El presentar este tema como motivo de mi tesis a vuestra consideración, señores profesores, no ha sido únicamente el móvil egoísta de obtener la coronación de mis estudios, sino también la dificiencia que he podido observar en el curso de mis estudios en estos dos bastos y trascendentales temas, los cuales son tratados por los diversos autores odontólogos que se han ocupado de ellas con relativa sobriedad, creo pues, con esto prestar un servicio a los que siguieran dedicándose en esta importante rama de la ciencia moderna.

En este mi pequeño trabajo, modesto, que no lleva más que el calor de la juventud, no pretendo pues exhibirla como una cosa nueva, no, sino también he querido que en ella se refleje las enseñanzas que me han inculcado mis maestros y los casos clínicos que yo, he podido observar sobre estas dos materias en el curso de mis faenas facultativas.

Antes de dar comienzo a mi tesis, seame permitido presentar la expresión de mi agradecimiento al señor decano de la Facultad de Ciencias Médicas doctor Elias Sagárnaga, quien preside este acto, como también al ilustrado director de la Facultad Dental doctor Sergio Cabrera Bello y de una manera especial a los distinguidos doctores Nestor Morales Villazón, Luis Villegas y Eugenio Luna Orozco, para quienes sobra palabras de agradecimiento.

El autor.



PRIMERA PARTE

DEFINICION

La sífilis es una enfermedad infecto contagiosa, caracterizada en el organismo por la presencia del Treponema pálido de Schaudin y Hoffmann, es virulenta de larga duración, manifestada por síntomas variables y múltiples, y que en su evolución permite distinguir sus diversos periodos.

La sífilis puede encontrarse en la cavidad oral en sus tres diferentes periodos, y tener su asiento en los labios, la lengua, el paladar, etc.

El conocimiento profundo de la sífilis bucal, es necesario, y hasta indispensable al Cirujano Dentista, pues la cavidad buco-faríngea es el sitio de elección de las manifestaciones de la enfermedad en todos sus grados. El Cirujano-Dentista que no conoce las manifestaciones bucales, está en peligro no solamente de contaminarse él mismo, sino también de inocular la enfermedad a otras personas por sus instrumentos.

ETIOLOGIA.

Su etiología es bastante conocida.

Pasando al estudio de las sífilis hereditarias y constitucionales, esta enfermedad comienza siempre por el chancro, y la infección del virus sífilítico puede transmitirse por el contacto ya sea de un chancro ó de una placa mucosa. Además, el chancro se desarrolla en el punto con el cual ha estado en contacto directo, o haya habido por lo menos solución de continuidad. De aquí se deduce pues; que algunos autores dividen a los chancros en dos clases, unos *genitales* y otros *extragenitales*, a los primeros corresponden todos aquellos que han sido de origen venéreo, siendo así la causa común el acto del coito a los segundos pertenecen todos los que pueden ser contaminados por distintas causas.

Contágios. Pueden ser directos e indirectos.

Contágio directo. En este primer caso se dirá que hay contágio directo cuando un individuo sano haya tenido contacto íntimo con otro enfermo de sífilis, generalmente se verifica por diversas causas, tales como los besos ab-ore aberraciones sexuales; en el recién nacido, citaremos la lactancia, este puede contagiar o adquirir la enfermedad, suponiendo de que el niño haya nacido con placas mucosas bucales y por una necesidad que tiene de la lactancia, transmite la sífilis a la nodriza por el pesón o viriversa, puede ser que la nodriza atacada de placas en los pesones contágie al niño,

Contágio indirecto. Pueden ser las causas objetos que hubieran servido a un sífilítico, tales como cepillos de dientes, boquillas de cigarras, cubiertos de comedor, instrumentos de cirugía dental etc.

La vacuna puede transmitir el vacínifero, siempre que esté en potencia sífilítica reciente, entonces el individuo inoculado así, puede a su vez dar la sífilis como vacínifero.

En el hombre el chancro indurado se sitúa de preferencia en el prepucio, después en la ranura bálano-prepucial y finalmente en el glande y la piel. El chancro duro sífilítico se sitúa preferentemente a los lados del frenillo o en el resto de la ranura bálano-prepucial.

En la mujer el chancro indurado venéreo pasa casi siempre desapercibido, pero los lugares en los que pueden presentarse y tener su asiento son: en la mucosa vaginal, en el cuello uterino, en el meato urinario y la vulva.

La mayoría de los chancros bucales, no son directamente de origen venéreo "Nivet, dice que en 591 observaciones de chancros extragenitales, 338 eran chancros naso-faríngeos y 75 de la cabeza. El tronco estaba atacado 107 veces los miembros 54 y el cuello 7".

Roux y Metchnikoff, inocularon el virus sífilítico á un chimpancé hembra y á los 25 días después de la inoculación apareció el chancro, indurándose pronto y sobreviniéndole después una especie de pléyade ganglionar indolente como si fuera un grueso ganglio rodeado por otros más pequeños.

EDAD

No hay en la vida una edad conocida ni el tiempo en la que se pueda fijar. Se presenta esta enfermedad, con igual frecuencia en cualquier época. Suficiente será de que el organismo del individuo esté predispuesto para adquirir por cualquier causa directa ó indirecta el virus sífilítico. No sucede así en otras enfermedades como en la ataxia locomotriz progresiva en la que se registran casos que se han presentado entre individuos de 30 y 45 años y rara vez entre veinticinco ó después de los cincuenta y cinco años. Y en la tuberculosis las épocas más propicias son la pubertad y la edad senil, en aquella, el organismo sufre un choque violento debido á la iniciación de nuevas funciones, en esta ya le sobreviene el desgaste, el coeficiente de resistencia del individuo disminuye, las fuerzas se agotan, el organismo entero se resiente, entonces la infección encuentra un terreno favorable.

SEXO

Se presenta en ambos sexos, con más frecuencia en el hombre, siendo los veces más frecuente en este que en la mujer.

RAZA

Según observaciones de autores entre ellos Minor, dice que ra-

risimas veces se ha presentado entre los Judios de Rusia: y, los médicos los de Estados Unidos y otras partes ponen de manifiesto, que con muy poca frecuencia han encontrado entre los negros y los mulatos americanos. Matignon, en sus estudios señala que el 80 por ciento de los naturales de la China, Bosnia y Abisinia, son atacados del terrible flajelo, igual cosa podríamos afirmar al decir que sucede lo mismo con muchas ciudades europeas y americanas.

PROFESION

Están expuestos á adquirir la enfermedad, ya sea por descuido o ya por la poca escrupulosidad al tratar á un sífilítico: Los médicos, dentistas, parteras, practicantes de hospitales y hermanas de caridad, y, todos aquellos que se dedican á curar á esta clase de enfermos, y con marcada frecuencia en los artistas y en toda aquellas personas que hacen giras por ciudades muy populosas, esto debido á la estadía en cada una de ellas y al roce con gente desconocida donde es inminente el contagio sífilítico, ahí es donde abundan las mujeres públicas que llaman la atención por sus cualidades seductoras y que contaminadas logran burlar la vigilancia de los médicos encargados de ese ramo de higiene urbana, se dedican a sus comercios carnales con tanto perjuicio de la humanidad. No debe exceptuarse de esta prevención La Paz y otras ciudades, donde quien sabe las autoridades encargadas, descuidan algo, teniéndolas por inmoral é impúdica, al respecto se debe reglamentar la prostitución y establecer una vigilancia rigurosa, creando el registro metódico y científico de las mujeres públicas, evitando de esta manera el peligro que puede acarrear los lupanares clandestinos é invigilados, donde física y moralmente se pierde aquella desgraciada juventud, muchos de ellos por ignorancia y los otros por amor al vicio, quedando de esta manera expuesto al contagio sífilítico y á sus terribles consecuencias.

Como anteriormente dije, el odontólogo y el médico, están más propensamente expuestos á ser infectados, al respecto anotaré algunos casos: Nauham cita el caso de un dentista que habiéndole arañado un paciente le apareció la úlcera típica primitiva: Finger, otros de sífilis inicial en la cara por haberle caído saliva en una cauterización de las amígdalas; y Pons, otros de úlcera en un ojo por haberle caído pus al cirujano al abrir un absceso. Estos accidentes se

prevendran usando guantes de caucho ó simplemente dedos de guante, gafas, etc.

FATIGA MENTAL

Las grandes ciudades no solamente son focos de propagación de la sífilis, según queda dicho: por la forma que en ellos toma la lucha por la vida, es frecuente allí el exceso de trabajo intelectual y el sistema nervioso, se convierte en un "*Locus minimae resistentiae*" —N. Camacho— propicio a las localizaciones medulares.



SEGUNDA PARTE

BACTERIOLOGIA

Desde años anteriores al 1905, había preocupado la atención de los científicos bacteriólogos, la causa productora de esta enfermedad hasta entonces desconocida, más tarde, después de concienzudos estudios han deducido que es producida por un microorganismo, pero al cual aún no se le conocía. En Enero de 1905 Siegel, fué quien manifestó la existencia del micróbio de la sífilis, pero que todavía no se le podía ver claramente á la que le faltaba por supuesto mucha veracidad.

Poco después comprobaron de lleno los científicos Schaudin y Hoffmann, que el micróbio descubierto por Siegel, era una vulgaridad entre las especies y que mas bien habia á su lado una de forma espiral.

El 23 de Abril de 1905, Schaudin y Hoffmann, publicaron un estudio en el que anunciaban haber descubierto el microorganismo de la sífilis, en la que se encuentra invariablemente presente, en mayor ó menor cantidad según el sitio y la virulencia del mal en algunas lesiones sífilíticas.

Primero al microorganismo le dieron el nombre de *Spirocheta pallidum* y mas tarde después de otros estudios manifestaron la verdad del acierto y acordaron llamarle el de *Treponema Pallidum*.

CARACTERES DIFERENCIALES

El *Treponema pallidum* llegará á observarse en las láminas ó cortes en la siguiente forma: es más pequeño, delicado y fino que otras especies á las que se asemeja bastante, como al *spirocheta* pertenéis de la framboesia tropical descrito por Castellani.

En preparaciones frescas aparece en forma de un hilo retorcido en espiral de 6 á 12 y hasta 20 vueltas apretadas y unidas como un tirabuzón; el cuerpo es cilíndrico. El elemento filiforme puede variar de 4 á 14 micras de largo y de 1 a 5 micras de ancho. Es móvil, provista de 1 á 2 pestañas en sus extremidades, gira al rededor de su propio eje y por movimientos flexores, es capaz de locomoción y carece de membrana ondulante.

Puesto al microscopio con los reactivos colorantes, llega a colorarse debilmente pero bastante tenue en las preparaciones frescas, y, así teñido queda en las preparaciones histológicas, de donde ha recibido el nombre de pátida por lo que se le distingue fácilmente de los demas parásitos que se le asemejan, como el *spirocheta* bucal, *dentícola*, *piógeno* y el de los *carcinomas* ulcerados, estos se aproximan al refráctente pero son más espesos y menos ondulados que el *Treponema* sifilítico.

LOCALIZACION DEL PARASITO

Se encuentra en todos los productos patológicos de la sífilis, aún en los de la terciaria, en menos o mas cantidad, segun la virulencia del mal; no habiendosele comprobado su existencia en las manchas de roseola, pero se ha encontrado en el go por cigato de las placas mucosas, en el cuerpo humano el *Treponema* se sitúa con preferencia en determinados tejidos y órganos, en la sangre, en los ganglios linfáticos, en los testículos etc. En la sífilis hereditaria aparece en el niño en cantidades enormes, lo mismo que en la placenta y en el cordón umbilical.

INOCULACION EN LOS ANIMALES

Las inoculaciones que se han hecho en diversos animales, tales

como en los monos chimpancé y orangutan, comprobaron en ellos desarrollarse el chancro duro y las diferentes lesiones, con una facilidad grande, tan lo mismo como en el hombre.

En el Instituto Nacional de Bacteriología, y bajo la dirección de nuestro profesor y Director de aquel Instituto Dr. Nestor Morales Villazón, he tenido ocasión de presenciar en algunas clases que nos dió en ese Laboratorio, el *Treponema pallidum*, el que se presentó con sus diversos movimientos y faces de división.

El aparato que nos ha servido de observación, fué el Ultramicroscopio por vez primera ensayado en Bolivia con un éxito satisfactorio.

La inoculación se hizo en un conejo de 1994 gramos de peso, el 13 de agosto de 1913. Se le hicieron escarificaciones de la córnea con jugo de chancro sífilítico, y después de un período de incubación se manifestaron las lesiones de una *queratitis sífilítica*, con pérdida completa de la visión.

Es de advertir que en los conejos, los estudios son recientes, y, no son muchos los laboratorios en los cuales se hubiese logrado reproducirlos.

A fin de seguir los estudios experimentados de la sífilis, se sacrificó al animal, inoculando a otros dos conejos, y una llama, habiéndose hecho también la preparación, con raspaje de la córnea, los resultados fueron por demás sorprendentes.

En un principio el cultivo del *Treponema* fué infructuoso, pero mas después gran número de casos demostraron su acción patógena.

El organismo del parásito es poco resistente, a los 48 pierde toda su virulencia y no puede ser inoculable, y, para que sea infectivo, es necesario que no se seque, al contrario de lo que sucede con los microorganismos de la tuberculosis, difteria y otras enfermedades, cuya virulencia dura años, de donde se deduce que el contagio sífilítico no se extienda tanto como debiera suceder, atendido al deseo del paciente de ocultar el mal, y las muy pocas o ningunas precauciones tomadas para evitar el contagio. Resumidamente las comparaciones ante dichas, deben citarse por que merecen, tanto por razón de importancia bacteriológica, como por el camino que abre al estudio clínico de la sífilis humana.



TERCERA PARTE

SIFILIS BUCAL

Siendo pues, la cavidad bucal el receptáculo constante de muchos de los microbios que conmueve la patología, y, siendo a la vez asiento de diversas afecciones a que se encuentra sometida, es así que la sífilis ha buscado en la cavidad oral, presentarse bajo sus tres periodos, a saber: los chancros, placas y los gomias.

CHANCRO BUCAL

En la lengua muy rara vez se presenta, a no ser en determinadas personas que hacen uso de este órgano incorrectamente, esto comprueban las estadísticas tomadas según Fournier, que en 824 casos observó solamente 3 casos. Si la lengua se vé atacada de chancros, se localiza con mas frecuencia en la punta, ofrece una forma redondeada; bordes indurados netos y tallados a pico, fondo gris; base indurada, es por lo general único, la adenitis es precoz. Es indolente y la cicatrización rápida, cuando se presenta a los lados toma la forma de una grieta, cubriéndose amentido de una secreción difteroides. Además se tendrá en cuenta el periodo de incubación que dura de 15 á 30 días.

Apenas se notan estas manifestaciones orgánicas, se considera que la enfermedad pasa a ser general.

Según el profesor León Frey, el chancre de la boca constituye más de la mitad de los extragenitales el 58 por ciento y es dos veces mas frecuente en el hombre que en la mujer, no quedando en salvo los niños, generalmente se presenta en forma de úlcera redondeada ú oval, sin bordes, de fondo rojo o gris, de base dura, sangra con facilidad. —Chancre indurado de Hunter.— Aunque muchas veces aparece blando al principio y luego indurado. No causa dolor al tomar los alimentos, inflamandose algunas veces toma carácter fagedénico. La manifestación del chancre labial es de una apariencia insignificante es mas común en el labio inferior, el atacado no cree tener una simple ulceración o de lo contrario una rasgadura en la piel semejante a un grano de guisante siendo así que el exámen que pu-

toma muy importante para el diagnóstico el infarto del ganglio de *Aicorde*, su duración es de 2 á 5 semanas, en este periodo comienza por sanar espontáneamente la ulceración sin dejar cicatriz, se pone lisa, disminuye de volumen la induración y mas bien se nota una pigmentación en el lugar que ha persistido la afección sifilítica, así desaparece aún sin ser tratado.

El chancre en las mejillas es muy raro, como tambien en las encías, bóveda y velo del paladar. En las amígdalas es doloroso tiene la forma de una ulceración profunda de bordes dentellados anfractuosa y de fondo amarillo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Estando el enfermo en el sillón operatorio, se comenzará por hacer un cuidadoso examen clínico de todas las partes de la cavidad bucal, fijándose minuciosamente en las manifestaciones que tuviera, las que harán sospechar la afección, llevándonos de esta manera al fin que deseamos.

Con estos datos interrogaremos al paciente paulatinamente sobre la edad, y la ocupacion que tiene, las personas con quienes haya tenido contacto frecuente y las ciudades donde hubiera estado, en seguida los antecedentes familiares, los que ayudan eficazmente al diagnóstico.

Frey, dice a este respecto: que el diagnóstico del chancre no es cosa sencilla y que requiere un estudio detallado y comparativo; así en los labios se puede entrar en confusiones con el herpes, las quemaduras de los fumadores ó el cancroide, en la lengua con ulceraciones que á veces presentan induración de la base causados por piczas cariadas ó aparatos protésicos, los que desaparecen al quitar la causa; con la úlcera gomosa, en la que faltando la induración y la historia de los antecedentes hará reconocer; con la úlcera tuberculosa aunque esta es rara, muy dolorosa y no va acompañada generalmente de adenopatía; con el epiteloma, este tiene un desarrollo muy lento y se presenta á una edad bastante avanzada y sangra con facilidad y finalmente cuando se localiza en las amígdalas, con la anjina flegmonosa, pero á esta le acompañan fenómenos generales.

Como mas adelante dije, el signo patognomónico para comprobar el diagnóstico, será la adenitis y su indolencia, y, tambien la induración de la base del chancro.

Puede tambien comprobarse por el nuevo sistema o sea la reacción de Wassermann.

PRONOSTICO

Concluida la observación, se deducirá si el chancro en cuestión, es ó no de caracteres pasajeros ó alarmantes, aunque no es fácil determinar en el momento el desarrollo que tendrá el chancro bucal, por que muchas veces ocurre que en el momento del exámen tiene manifestaciones que al parecer no son alarmantes, llegando mas tarde a complicarse con caracteres graves, ó puede suceder todo lo contrario, que aquellos que parecían al principio presentar síntomas malignos, despues llegan á tener un proceso muy satisfactorio, para evitar estas manifestaciones que traerían largas horas de estudio, es menester seguir paso á paso su desenvolvimiento. Se tendrá siempre en cuenta que los chancros sifilíticos bucales de origen extragenital, son muchísimo más graves que aquellos que tienen su origen intra-uterino.

TRATAMIENTO

Se dará comienzo por la ablación del tártaro dentario, teniendo de esta manera que la cavidad oral quede en estado completo de asepsia para el tratamiento del chancro y la medicación mercurial que recibirá posteriormente.

En los chancros labiales se observará el lugar en que se ha localizado, si es en la superficie cutánea hacia el bordé libre se emplearán mas bien pomadas á base de calomiel, o aristoi, saloi, yodoformo, etc. Pero si fuera intrabucal, se formularán lavados antisépticos y despues cauterizar la úlcera con nitrato de plata en solución de agua por cinco al uno por diez, dándose preferencia al uso del nitrato de plata en solución y no en lápices, evitando de esta manera el peligro de contagio que puede ocasionar usando lápices. Si el tratamiento de nitrato de plata no diera buenos resultados, se recurrirá al nitrato ácido de mercurio, pero con él se tendrá sumo cuidado especialmente

cuando el chancero es de las amígdalas, este es un medicamento que puede tener serias responsabilidades si se deja caer una gota en la laringe, si así sucediera vendría un acceso de sofocación que puede llegar á ser mortal.

Pons, aconseja cuando la lesión es grande y tiene abundante supuración, hacer tocaciones con una solución astringente de sulfato de cobre al 10 por ciento o de tintura de yodo o también solución de Lugol que da magníficos resultados.

Pero si llegara á fagocitarse, entonces se quemará con galvano ó tenno cauterio.



CUARTA PARTE

ACCIDENTES SECUNDARIOS

En éste periodo, aparecen la placas que suceden a los chancros, siendo un signo muy común de la sífilis secundaria, por lo regular se presenta a las siete ú ocho semanas de la lesión inicial con los síntomas que preceden a esta infección sifilítica.

Síntomas. Las placas se manifiestan en la cavidad bucal en forma de manchas eritematosas rojizas sin elevación, y generalmente sin que se modifique el tejido epitelial, y pápulas erosivas, que son conocidas con el nombre genérico de *placas mucosus*. Son estas unas úlceras superficiales de color blanco opalino, de forma redondeada ú oval, lisas, húmedas, atacan todas las regiones de la boca, principalmente los labios, la lengua y las amígdalas. Presentan cuatro tipos, que son: el ulceroso, el pápulo hipertrófico, el pápulo erosivo y el simplemente erosivo. Este último es 19 veces más frecuente que los anteriores.

Según el lugar en que se localizan presentan variaciones. En el borde lingual se ulceran con facilidad, en el dorso se ulceran, se profundizan y forman grietas. En el borde del paladar aparecen formando una especie de ribete y van acompañadas por una rubicundéz difusa de todo el istmo de la garganta. Finalmente se observan también manifestaciones cutáneas, presentándose la roseola sifi-

lítico por una erupción de color mas o menos rojo vinoso, ocupan primero la región abdominal anterior, despues la región torácica y seguidamente la cara y los miembros, estas manchas desaparecen a la presión digital y luego vuelven a reaparecer.

Todas estas sífilides son molestas mas bien que dolorosas, aunque algunas veces como las de la garganta, hacen que la deglución sea difícillos ceder fácilmente a un tratamiento apropiado.

En las personas que se ve desarrollarse con más facilidad son en los fumadores, alcohólicos y todos aquellos sujetos que tienen su boca en un estado completo de desaseo.

Por lo general las lesiones secundarias del chanero extragenital son más abundantes y menos discretas que en las sífilis genitales.

DIAGNOSTICO

Desde el punto de vista, que no tienen un objetivo patognomónico, será a veces delicado su diagnóstico, sin antes caer en otras confusiones con otra clase de lesiones. La placa mucosa se puede confundir con picaduras, quemaduras o mordiscos, tan frecuentes en los labios y la lengua; con las grietas de las comisuras labiales, comunes en los niños; con las aftas dolorosas redondas de fondo amarillo, rodeadas de un círculo rojo; con la estomatitis mercurial incipiente, y con ciertas erupciones cutáneas como el líquen plano, cuyas lesiones bucales son tan semejantes a las placas que los sifilógrafos más competentes suelen equivocarse —Frey—. Sin embargo se podrá facilitar el diagnóstico, teniendo en cuenta los caracteres generales de la infección sifilítica y las manifestaciones particulares que seguramente les acompañan.

TRATAMIENTO

Como quiera que el tratamiento que debe seguir el Cirujano Dentista no es más que secundar los esfuerzos del médico, comenzará, pues, á combatir localmente aplicando canterizaciones con nitrato de plata en solución o nitrato ácido de mercurio, y lavados anti sépticos como colutórios y gargarismos de sublimado al 1 por mil, dá tambien muy buenos resultados el clorato de potasa en forma de comprimidos, pero aquí es necesario acompañar una medicación general intensa.

El mercurio es el modificador enérgico de todas las sífilides, es conocido desde tiempo inmemorial como seguro específico de esta enfermedad, el yodo y los yoduros han alcanzado buenos resultados, tienen una acción poderosa sobre el tejido conjuntivo.

El yodo, es un atroficante local y general, pudiéndose reunir su acción especial á su acción denutritiva del mercurio.

La terapéutica moderna, no ha encontrado hasta hoy ningún agente que lo supere ni siquiera que lo iguale, los terapéutas en sus áridos estudios, no han hecho sino buscar medios para aplicar el mercurio bajo diversas formas, de ahí resultaron tantos específicos, pero todos siempre a base del poderoso mercurio. Es cierto que otras preparaciones mercuriales, son mas toxicas, pero lo es tambien que la falta de higiene y una idiosincrasia especial contribuye al hidrargirismo.

Entre los varios descubrimientos de específicos que conoce la moderna terapéutica citaremos. —Uno de los preparados que ha llegado a nuestros dias es el 606 ó Salvarsan, el neo-salvarsan ó 914. Esta preparación es un clorhidrato de dióxido-clárido-arseno-fenol polvo de color amarillo de limón, vendido en el comercio en pequeños tubos esterilizados cerrados a la lámpara —con una etiqueta No. 606— Es muy poco soluble en el agua.

De una toxicidad débil, es soportada muy facilmente por la via subcutánea a la dosis de 0'15 gr. por kilogramo de animal, es poco tónico y tiene la propiedad de hacer desaparecer muy rápidamente los treponemas en el espacio de 24 horas.

Los Drs. Weschelmann, Treupel, Hoppe, etc. han tratado mas de 2,200 casos de sífilis y jamás han observado accidentes de intoxicación ni de acción nociva sobre el nervio óptico. Pero han observado tambien, que el empleo de este medicamento es peligroso para los niños y las mujeres en cinta, a consecuencia de la destrucción rápida de los treponemas que pone en libertad una cantidad de endotoxinas de donde resulta una perturbación pasajera pero muy acentuada. Aplicado para los chancros los detergo despues de 2 ó 3 dias, los cicatriza despues de 5 á 10 dias.

Las placas mucosas desaparecen despues de 5 ó 5 dias de la inyección. Igual acción, y, tanto que el Dr. Emery, dice que es un verdadero triunfo de este medicamento en el segundo y tercer periodo.

Finalmente, como contra indicación de este medicamento se ha señalado los accidentes nerviosos, la edad, afecciones cardíacas renales, hepáticas pulmonares y vasculares.

Como las inyecciones producen un gran dolor se hace 5 ó 10 minutos antes de la inyección una aplicación de morfina, de cocaina o novocaina.

Al enfermo se le explicará en terminos claros, las consecuencias que le puede acarrear si no se abstiene de hacer uso de los licores, del tabaco y de toda otra causa que pueda ocasionar a que la enfermedad se haga más duradera, el tabaco, no solamente es pernicioso en el uso del mercurio, sino como lo dice el profesor Fournier, "un gran peligro amenaza al sífilítico: el cancer de la lengua, y, el tabaco favorece su desarrollo."

Numerosas opiniones han vertido los sifilógrafos a cerca del tratamiento específico y general que debe seguirse, opinan unos que se comenzará cuando se presenta la lesión inicial, otros, por su parte que se hará en el segundo periodo; pero eminentes profesores como Diday, Julien Metchnikoff, Roux y otros más, afirman que después de sus largas observaciones han probado que administrando el mercurio después de la inoculación de productos sífilíticos, se impide el desarrollo de la infección y que empleando durante la aparición del chancro indurado, retarda y atenúa las manifestaciones secundarias "Basta dice el Doctor E. Emery, seguir algún tiempo un servicio de sífilíticos, para darse cuenta de lo que es la sífilis secundaria en los enfermos tratados de una manera precoz y en el intervalo de las manifestaciones secundarias, al lado de aquellos en que la enfermedad evoluciona sin que se haya seguido ningún tratamiento. En los primeros, salvo algunas excepciones la explosión secundaria aborta y se reduce a unas pocas manchas y pápulas, a algunas costras del cuero cabelludo y a placas en individuos fumadores. En otros los accidentes son más marcados, más tenaces, reincidiendo a veces con una facilidad desesperante".

El Doctor Villegas, al ocuparse de la asepsia de la cavidad bucal en los sífilíticos, aconseja que para obtener buenos resultados en este tratamiento deben someterse los dientes del paciente a una limpieza sigilosa y en seguida formularle algunas preparaciones antisepticas.