

**REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS**

TOMO VII

MARZO 1913

NÚM. 72

## LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

POR EL

**DR. D. EMILIO SANCHEZ GARCIA**

(Conclusión)

Hemos llegado al punto culminante del problema, á la *Técnica de la lactancia infantil y leyes del Recambio*.

La impresión que recibirá á priori el que penetre en esa vasta zona pediátrica y compare las fórmulas en que han cristalizado las hipótesis y aún los procesos experimentales de las dos escuelas que más se han distinguido en esta clase de estudios, la alemana y la francesa, es de grave desaliento.

Tanto en la enunciación de las teorías como en las estadísticas de paciente y severa observación aducidas por una y otra partes se advierte una contradicción aparentemente radical que impide formar juicios definitivos, apreciadas en bloque: pero á medida que se van recogiendo y clasificando datos, sutizando el valor esencial de las opiniones y contrastando, toda impresión apriorística vá modificándose y reacciona el espíritu en un sentido enteramente opuesto.

La contradicción presunta, la supuesta divergencia quedan reducidas á la categoría de una desviación en los métodos seguidos, derivada tal vez de antagonismos de raza que el tiempo vá disipando y no tardará en borrar por completo.

Pero si prescindimos de todo ésto notaremos una coincidencia en las apreciaciones esenciales tan perfecta como corresponde al estudio sereno del problema, realizado concienzudamente por entrambas partes, si bien muy diluida en la extensa línea que recorren partiendo de extremidades opuestas.

La escuela alemana, apenas, comprueba un hecho, busca y relaciona la razón de causalidad. La escuela francesa, apenas enuncia una teoría, busca y relaciona en el fenómeno su com-

probación sensible. Esa es la diferencia que caracteriza su respectiva tendencia y, por extensión, el signo externo con que se nos revelan.

Una y otra consignan en el índice de los aspectos que integran el problema de la alimentación de los niños, los mismos factores.

Figura en primer término la calidad del elemento nutricional, hallándose entrambas conformes en considerar insustituible la leche de la madre.

Las dos escuelas recomiendan como más práctica y de efecto útil comprobado en mayoría de casos, la leche de vaca; pero dentro de una y otra hay partidarios irreductibles respecto á la manera de apreciar la supremacía de su acción bienhechora, según que se administre en una ú otra forma de las tres que tienen á su favor la masa de opinión más extensa; á saber:

La leche cruda obtenida en condiciones de asepsia.

La leche esterilizada, y

La leche sometida á la supra-ebullición.

Fundamentan los primeros la superioridad de la leche natural, es decir, de la leche cruda tal como se obtiene de la vaca, en que no ha sufrido modificación alguna en su compuesto químico; pero se ha demostrado en la práctica que, si bien desde el 4.º mes es soportable por los niños, no puede digerirla el estómago de los que no han alcanzado esa edad, por cuya razón y los trastornos á que en consecuencia están los últimos expuestos, sólo debe recomendarse en el primer caso, y, aún dentro de éste, refiriéndose á niños normales y obteniéndola en condiciones de perfecta asepsia.

La leche esterilizada tiene á su favor las dificultades de obtenerse en las grandes capitales un producto recomendable por su pureza y condiciones de adaptación á la lactancia. Aún las más íntegras son alteradas en los trayectos, generalmente muy largos, por el movimiento brusco que les imprime el sistema de transporte, lo que dá lugar á que se disocie la crema y se heterogeneice el compuesto.

Tiene otra ventaja también recomendable: la destrucción de los microbios patógenos y la pérdida de sus propiedades fermentescibles, la primera de cuyas circunstancias es muy útil en los casos de que su producción derive de una res tuberculosa.

Se le atribuyen dos inconvenientes: el uno, no comprobado hasta la fecha, el que hervida á los 100º pierde fermentos muy útiles para la digestión, y el otro que no puede conservarse varios días sin que se reproduzcan las colonias bacilares, por lo que su uso no debe prolongarse más allá de las primeras veinte y cuatro horas.

Es condición precisa, además, para que la leche esterilizada pueda producir su efecto útil, que sea buena en su estado original; quiere ésto decir: que con la esterilización, como con

ningún otro método profiláctico, puede conseguirse hacer bueno un producto que no lo es en su estado natural ó primitivo, y lo que decimos de la esterilización decimos de la pasteurización, ó sea de la esterilización obtenida á más baja temperatura.

La leche-supra hervida tiene por objeto la esterilización absoluta, hecho que no se ha logrado conseguir con la simplemente esterilizada. Para llegar á dicho resultado es de necesidad someterla á una temperatura de 108° á 110° centesimales, á veces más.

Esta operación modifica grandemente la constitución molecular de los principios nutritivos de la leche, por cuya razón debe incluirse en el índice de las llamadas *leches modificadas*.

Requiere obtenerse en condiciones de asepsia hasta el límite de su máxima posibilidad, y conservarse en frascos ocluidos desde el momento de su envase.

Tiene de ventaja, según sus partidarios, que se mantiene al abrigo de fermentaciones en todas las estaciones del año, y sin alteración mecánica, tanto durante el transporte como en el curso de mucho tiempo.

Sus detractores alegan como inconvenientes propios del tipo, que la excesiva temperatura á que se la ha sometido destruye todos los compuestos orgánicos fosforados de la leche, haciendo figurar en dicha pérdida la caseína y la lecitina; la primera de éstas en uno de sus desdoblamientos, la nucleína. Altera igualmente la lactalbumina.

Esta circunstancia influiría sensiblemente en la calidad del producto por ser esta leche muy pobre en compuestos fosforados orgánicos; pero, sus defensores, apoyándose en las estadísticas, favorables á su uso, opinan que, poseyendo, como el organismo posee, normalmente, la facultad de fabricar lecitinas y otras combinaciones orgánicas á expensas del fósforo mineral, deben los niños utilizar esos fosfatos que tanto abundan en la leche de vaca; los hechos que aducen parecen corroborantes. Se ha dicho también que el calor modifica los fosfatos minerales imposibilitando su asimilación; pero estudios recientes han demostrado que la presencia del ácido cítrico evidenciada en la leche y su asociación á la sosa, mantiene estos fosfatos en estado de disolución; y como esas sales son solubles en frío, el calor no obra insistentemente sobre los fosfatos de la leche.

Alegan por último, que el producto suprahervido es más digerible, porque la caseína se coagula bajo la acción de los jugos gástricos en pequeños copos granulares, igualándolo á leche de mujer.

Han tratado, en vista de estas circunstancias, de elevar aún más el valor útil de la leche supra-hervida homogeneizándola; es decir, emulsionando la grasa contenida en ella para impe-

dir la separación de la crema destruyendo la fuerza ascensional de sus glóbulos.

Así y todo esta leche, que puede ser muy útil cuando han fracasado las otras fórmulas de administrarla, debe emplearse con precauciones, analizar su grado de acidez que, para ser buena, no debe exceder de 18° ó sea una equivalencia de 1 gramo ochenta centigramos de ácido láctico.

Sus ensayos en niños débiles recién nacidos que presentaban trastornos gastro-intestinales con la leche ordinaria, ha dado resultados excelentes, lo cual constituye otro motivo que pasan á su "Haber," util los partidarios del sistema.

Pero en cambio, aun la mejor preparada expone á ligeros ataques de escorbuto, facilmente rectificables propinando al niño zumo de naranjas y una corta cantidad de patata cocida y bien deshecha, y sustituyendo entre tanto su uso por el de la leche esterilizada.

Tales son en suma las circunstancias de más monta apreciadas en los tres tipos ó fórmulas de leches administradas á los niños preferentemente.

Aparte de estas tres formas aceptadas más *in extensum*, y cuyo valor condicional habreis podido deducir del respectivo fondo expositivo, existen otras muchas cuyas cualidades, reales ó problemáticas, preconizan denonados partidarios, habiendo algunas que han logrado alcanzar un radio de difusión enorme entre las familias y, lo que es más significativo, el positivo prestigio de una supremacía exclusiva en Instituciones públicas regidas por competentísimos profesionales.

Colocaremos en primer lugar un grupo que cabe clasificarse por el modo de su obtención entre las leches esterilizadas, á saber:

Leches asepticas ó extraidas en condiciones de perfecta asepsia.

Idem purificadas mecánicamente.

Idem, idem, químicamente.

De las primeras nos hemos ocupado parcialmente: son las leches crudas de animales obtenidas en condiciones de una asepsia tan perfecta que comprenda desde las mamas de la res hasta el establo, desde las manos del operador y sus ropas hasta el recipiente en que se recoge el producto. Una vez limpio de impurezas todos esos elementos se hace la extracción de la leche pasándola por un canalillo á un autoclave en el cual se somete á un enfriamiento brusco de 0.º Después de esto se embotella en biberones ad hoc. Este procedimiento tiene, entre otras ventajas, el largo lapso de conservación de la leche, cuyo "mínimum," es de diez dias, y la propiedad de que quedan aniquiladas casi todas las bacterias; pero para llegar á este resultado es condición indispensable que la extracción se realice en perfectas condiciones de pureza y por medio de útiles perfeccionados, como la máquina Barthel

Entre los procedimientos de esterilización mecánica figura: El filtrado de leches al través del algodón hidrófilo que solo libra el producto de las impurezas ordinarias, pero no de los microbios.

La centrifugación, que solo ha dado resultados industriales; pues, sin eliminar los gérmenes incorporados á la leche; disocia su compuesto separando la nata.

La congelación que, de no ser permanente, resulta ineficaz.

La radio-actividad que, aunque en ensayo, nos ha permitido apreciar que sus emanaciones producen cierto retardo en los fermentos, y una exterilización cuyo proceso tiene mucha analogía con el de los antisépticos químicos.

La purificación electrolítica por la aplicación de una corriente alterna á 110 volts, utilizando electrodos de carbón, y que hasta el presente no ha dado resultados apreciables.

Y la electro-radiación por la luz ultra-violeta que si en la esterilización de las aguas ha causado un éxito real, en la leche no se ha ratificado aún en términos que excluyan duda.

\*\*\*

Entre los procedimientos químicos sólo merecen citarse por el alcance de sus efectos.

La oxigenación: que no cabe recomendarse, porque aún cuando se ha comprobado que retarda las fermentaciones, y en consecuencia la reproducción vacilar, comunica á las leches propiedades escorbutógenas si se prolonga su empleo.

Y la esterilización por edición de formalina á la leche pasteurizada á 65 ó 70 grados términos (1), que la limpia de gérmenes casi por completo. La leche en esas condiciones conserva todas sus cualidades fisiológicas, viniendo á llenar la formalina en este caso las deficiencias evidenciadas en la pasteurización simple.

\*\*\*

En segundo término debemos colocar á las leches modificadas; entendiéndose por tales todas aquellas que por uno ú otro procedimiento han sufrido cierta modificación química en sus componentes.

Figura en este grupo la homogeneización de la leche suprahervida, de que ya hemos hablado anteriormente.

\*\*\*

La maternización ó humanización de la leche de animales que consiste en modificar esta aproximando en lo posible la pro-

---

(1) Sabido es que la pasteurización sencilla se obtiene calentando la leche en botellas ó biberones expuestos al baño-maria, durante unos tres cuartos de hora á 65 ó 70 grados centesimales, sometiéndolos bruscamente, al terminar, á una temperatura de 16°.

porción de sus elementos fisiológicos á la que tienen éstos en la leche de mujer, ó sea asimilando el compuesto de la primera al de la segunda en sus proporciones integrales.

Son varios los procedimientos adoptados, resultando más práctico y sencillo el siguiente que puede realizarse por las madres:

En un vaso con cierre superior de cauchú, y provisto en su fondo de una tubulosa oclucionada con tapón de igual materia, se coloca en él la cantidad de leche necesaria para un día y se mantiene á ésta en reposo durante unas cuatro horas. Al cabo de estas se substraen por la tubulosa, ó abertura inferior, una tercera parte del contenido láctico, el cual arrastra en su salida otro tercio de los albuminoides y sales primitivas. En cambio la manteca queda íntegra en el vaso por haberse elevado á las capas superiores. Después de ésto se restablece á la leche la cantidad de azúcar que tenía añadiendo un volumen igual al sustraído de una solución de lactosa al tres y medio por ciento; por último se agita la mezcla y se esteriliza en un aparato Soxhlet.

En muchas instituciones de "La Gota de leche," está dando el procedimiento hermosos resultados.

\*\*

Gaertner modificó el procedimiento de maternización concentrando las leches. Al efecto las centrifugaba, perdiendo con tal motivo un gran valor energético en fósforo y hierro, tan solicitado este último por el hígado de los lactantes, al par que desemulsionaba los glóbulos butirosos. Esta circunstancia disminuía sensiblemente la digestibilidad del producto y le comunicaba propiedades escorbúticas, hecho que nos permite recomendarlo temporalmente y, aún así, sólo para niños dispépticos.

\*\*

Y dejamos para el último lugar las llamadas leches medicamentosas.

Figuran en este grupo las leches pancreatizadas y peptonizadas.

Las primeras ó pre-digeridas, han dado buenos resultados en los niños á cuya complexión débil acompaña un estómago incapaz de tolerar la leche de mujer, pero su uso debe restringirse á esos casos realmente excepcionales.

Las peptonizadas y humanizadas, contando entre ellas las decantadas marcas de Lepelletier y Backhaus, ésta última dosificada, no han causado estado favorable de opinión, tanto por su condición escorbútigena cuanto porque su aplicación á fines terapéuticos es menos recomendable que la leche de mujer, insuperable específico para los enfermitos que padecen dispepsia.

La titulada en América "Leche de laboratorio," (Milk Labora-

tories) puede considerarse á un tiempo como tipo alimenticio y medicinal; puesto que, siendo en el fondo lo primero, resulta en la forma de su administración un producto farmacéutico.

Se preparan en verdadero laboratorio disociando mecánicamente la crema y el resto de la leche y rotulando las proporciones de manteca y suero en sus respectivos envases.

En otro recipiente, provisto de agua destilada, se disuelve determinada cantidad de lactosa y con estos elementos el médico prescribe en una hoja recetaria la fórmula que corresponde á la edad y desarrollo del niño, conteniéndose en aquella tan solo las cantidades que en substancias protéicas, grasas é hidro-carburos deben constituir el valor energético de la ración del niño durante cada día.

Estas dosis alimenticias se esterilizan, generalmente, calentándolas hasta 75 grados centesimales y en ocasiones, se alcalinizan las mezclas.

En los países germánicos y anglo-sajones estuvieron muy en boga estas fórmulas de administración y siguen aún en uso, singularmente en Norte-América, pero comienzan á sufrir cierto descrédito.

\*\*\*

Exponiendo estas las diferentes formas en que se administra la leche destinada á la lactancia artificial, así como sus respectivos inconvenientes y ventajas, réstame explicar las leyes del recambio nutritivo, cuyo conocimiento es realmente indispensable para deducir la cantidad normal de alimentación que debe propiarse á cada niño, en sus diferentes tramos ascendentes, ya que según dijimos, cada volumen ó peso de materia nutricional, equivale á una suma de energía determinada por la índole de su compuesto integral.

Hemos dicho anteriormente que el niño requiere proporcionalmente á su peso una masa de alimento mucho mayor que el adulto y, donde decimos masa, entiéndase cantidad energética, ó valor nutricional.

Su plasticidad variable y la inconsistencia de sus proporciones impide fijar la relación entre el consumo y gasto de energía que corresponde á un estado definitivo de evolución y por lo tanto de fijeza. Hay, pues, que establecer coeficientes que varíen al compás de su crecimiento y desarrollo orgánico cuya razón formuló Rubner al decir: "que la Ley para la selección de materias, facultad que dijimos poseen las células, exige que la fuerza de tensión gastada por el organismo en diferente alimentación sea la misma, por lo que, según el mismo añade, las materias orgánicas se substituyen para el sostenimiento de la vida, según su fuerza de tensión,,.

Ahora bien: se ha demostrado que en el niño y el adulto no se corresponden proporcionalmente la exigencias que determinan el consumo y gasto recíproco de substancia y de energía,

es decir: el recambio nutritivo, puesto que el niño, en su relación ponderal consume más y devuelve más que el adulto. Era pues, preciso hallar la razón para regular la escala de progresión nutricional que determinan las exigencias variables del niño infantil en sus diferentes momentos ó grados de evolución, razón que Rubner encontró también derivándola de la conocida ley de estereotomía formulada así: *entre dos cuerpos de igual forma geométrica y compuestos de la misma substancia, el más pequeño tiene una superficie mayor en relación con el peso respectivo*; ¡Proceso mental que siguió para adaptarla! *de dos cuerpos diversos en tamaño é iguales en substancia que contengan un liquido también idéntico é hipertermizado sobre la temperatura exterior á igual grado, se enfriará más pronto el que tenga mayor superficie en contacto con el medio circulante, puesto que su irradiación y pérdida de calor consiguiente y simultánea será mayor.*

Aplicando esta ley al niño y al adulto, resultará que el primero hará en proporción á su peso, un gasto mayor que el segundo, y que requiere por lo tanto un consumo equivalente á esa proporción de mayoría, por cuanto la energía que pierde por transpiración cutánea, desprendiendo cantidades de calórico en que se transforma aquella, son proporcionales á su mayor superficie relativa.

Hay en el niño otro factor, igualmente influyente, aunque en menor escala: el crecimiento que implica una multiplicación proporcional de células cuya formación se verifica á expensas de las substancias ingeridas.

Necesita por tanto el niño, para la conservación, mejor dicho, para reponer los demoramientos de moléculas combustionadas, y por lo tanto eliminables, una parte del alimento que se le suministra; otra porción de éste para la formación de células nuevas; parte para compensar el gasto de energía que implica el ejercicio, y el resto para esas grandes pérdidas por irradiación que representa la transpiración gaseosa ó cutánea.

El intercambio de las dos primeras, es decir, de las especies nutritivas destinadas á mantener el equilibrio de las células vitales y la eliminación al exterior de los residuos procedentes del desgaste equivalentes y está evaluado en 9 decigramos de albúmina y cinco decigramos de substancia inorgánicas por cada cien gramos que de aquella y éstas contiene la masa viva.

El cálculo respectivo al crecimiento está determinado por dos razones algebraicas cuyos valores son enteramente iguales; el de la nueva substancia protoplásmica y el del alimento indispensable para su formación, y se comprueba por el aumento de peso diario que acusa al niño en la balanza.

El consumo nutricional que representan, la energía gastada en ejercicio ó absorbida por el medio exterior ú causa del enfria-

antisepsia intestinal

## Ferment Lactique MIDY

Muestras. Curiel-Aragon 228 Barcelona et Midy Paris, France

los mejores comprimidos **ACTIVOS**

### MEDICACION LACTO-CREOSOTADA

# JARABE FAMEL

de Lactato de Creosota soluble,  
Fosfato de Cal, Codeina, Cocaína, Aconito, etc.

DOSIS de 2 à 3 cucharadas por dia,

Envío gratis de muestras à los Sres Médicos que se dirijan al repres. depositario  
D. E. J. CURIEL, Aragon, 223, Barcelona

# JARABE

IODURO de **HIERRO**

# DUPASQUIER

DEL D<sup>o</sup> CHEVRIER FRASCO 4 P<sup>tas</sup>

21, FAUBOURG MONTMARTRE, PARIS. DEPÓSITO, E. J. CURIEL, ARAGÓN 228, BARCELONA.

ENFERMEDADES NERVIOSAS

**INSOMNIOS** ☼ **HISTÉRICO** ☼ **NERVOSISMO**

El cloral y el bromuro de potasio, que son los mas poderosos modificadores del sistema nervioso, están felizmente combinados en el

## JARABE GELINEAU

EL MAS ACTIVO DE LOS SEDATIVOS

EL JARABE GELINEAU constituye el medicamento por excelencia à oponer à la **AGITACION NERVIOSA**, que causa tan à menudo la mujer à ciertas épocas de su existencia.

LA MÁS PODEROSA MEDICACIÓN REPARADORA

# NUCLARENE COGNET

Arsinuclonato de cal y de sosa unido à los elementos fosforados de los cereales

**AFECCIONES** de la **NUTRICIÓN, PULMONARES, DEGENERATIVAS, etc.**

A. COGNET & O<sup>o</sup>, PARIS. — MUESTRAS: E. CURIEL, 228, Aragon, BARCELONA.

# AGUA OXIGENADA CURIEL

La preferida en Cirujía

10 vol. ½ litro 0'90, 1 l. o 1'20  
garrafa 10 litros 7'75

El último adelanto de la Ciencia Médica  
**LA RENOVACION DEL ESTOMAGO**  
ó Solución Estomacal **SANCHEZ**

Remedio heróico, puramente vegetal é inofensivo, dedicado especialmente á los enfermos crónicos del **estomago** ó reputados incurables. Después de cinco años de experiencia confirmamos que nuestra **Solucion Estomacal Sanchez** es el único exclusivo remedio que cura de una manera absoluta y definitiva las malas digestiones, dispepsias, flatos, dolores del estómago, gastralgias, agua de boca, vómitos, diarrea é inapetencia. En muchísimos casos el alivio se obtiene en las primeras dosis y la curación se obtiene con un solo frasco. Hay centenares de enfermos curados que llevaban quince y veinte años de sufrimientos, y el día que probaron este remedio milagrosamente dejaron de padecer.

Al principio de usar nuestra **Solucion Estomacal Sanchez** y por causa de la **renovacion del estómago** se sienten ligeros mareos, que deben considerarse siempre como precursores síntomas de una rápida y perfecta curación. ¡La salvación y el bienestar de los enfermos crónicos é incurables está en este remedio que anunciamos! Aseguramos terminantemente en todos los casos (excepto en el cáncer y úlceras de caracter maligno) un éxito completo.

**VALE TRES PESETAS FRASCO**

De venta en los principales Farmacias y Droguerías.

Depósito en Murcia: FARMACIA CATALANA de M. Rebordosa.

**¡No hacerse de imitaciones!**

ESTÓMAGO \* BAZO \* RIÑONES \* HÍGADO

**AGUA DE VILAJUIGA**

LA MEJOR DEL MUNDO

**Cura la Diabete, Artritisimo  
y Mal de Piedra**

Pídase en todas partes

miento, (pérdidas por irradiación) se calculan fácilmente: basta deducir las calorías que representan el consumo de alimentación precisa y el de crecimiento, más la excreción de urea, heces y transpiración normal, y la diferencia nos dará la cifra exacta. En la primera edad del niño viene á ser de un setenta y ocho ó setenta y nueve por ciento en substancias orgánicas y un veinte y nueve al treinta por ciento en el volumen total excretado, pues la mayor parte del líquido que contienen los alimentos ingeridos es eliminada por otra vía en secreción urea.

Las pérdidas por entriamiento son el producto de esa tendencia al equilibrio que se revela en la materia y de cuyo proceso podemos formar una idea aproximada, si nos colocamos en un punto geográfico situado entre dos zonas térmicamente des-niveladas. Esa diferencia de temperatura determinará una corriente cuya intensidad, proporcional al grado en que consiste aquella, percibiremos, en dirección de la zona fría á la templada, y al penetrar en ésta irá desalojando una parte de su contenido atmosférico sustituyéndolo con las capas que ella arrastra, hasta que la temperatura de las dos regiones llegue á igualarse.

Algo análogo ocurre con el organismo humano: influida su periferia por la temperatura más baja del medio circundante, se establece un intercambio térmico entre aquella y la masa viva interna y el calor irradiado por ésta viene á absorberlo el ambiente libre produciendo estos desprendimientos de calor una baja de temperatura en toda la masa orgánica.

Conocidos estos factores del recambio faltanos conocer el valor energético de los alimentos que consume el niño y el de los elementos integrales de su propia masa ó constitución química, para hallar su relación mútua y determinar el coeficiente nutricional, teniendo en cuenta los varios factores que influyen en el gasto y consumo ó invirtiendo los términos, en las entradas y salidas de energía.

La leche de mujer es tan varia que requiere en cada caso un análisis, pero calculando buena una que contenga 42 gramos de manteca por litro, 73 de lactosa y 10 de caseína, y sabiendo que el compuesto químico de un niño que al nacer pesa 2.800 gramos es de 125 gramos en grasa, 75 en cenizas y 330 en albùmina, por kilo de masa, nos darán aquella y éste los siguientes valores energéticos:

Un litro de leche -- 741 calorías.

Un kilo de masa del niño -- 1991 id.

Lo que en términos concretos quiere decir: que para formar un kilo de masa general orgánica necesitamos 2'69 de leche cuyo valor energético corresponda á 741 calorías por kilo.

Pero hay que atender además, á que el trabajo que desarrolla el cuerpo en esa trasformación y las necesidades de la conservación orgánica absorvea otra parte, sin contar lo que se pierde por la transpiración cutánea y el ejercicio.

Por ejemplo; un niño en la décima semana con un peso de 5 kilos que corresponden á esa edad, ingiriendo unos 850 gramos de una leche cuyo valor sea de 660 calorías por litro, y por lo tanto, unos 750 de otra cuyo valor corresponda á las 741 citadas anteriormente, consume en alimento un equivalente á 540; de ellas, 50 absorbe el crecimiento, 40 se pierden en excreciones y transpiración y utiliza el resto, ó sean 430.

Por lo tanto las 50 calorías, que se asoció el organismo para transformarlas en nueva masa viva, representan; 25 gramos de ésta y de leche 63.43, es decir que para elaborar 25 gramos de masa orgánica que representa el aumento de peso ó crecimiento del niño en un día, se han necesitado 63 gramos 43 centilitros de leche dotada de una riqueza de 741 calorías por litro, pues si bien es cierto que en esa cifra hay un déficit de albúmina para la formación de la nueva masa protoplásmica ésta la toma del resto de la alimentación ingerida y, como tiene en un superabito de grasa é hidro-carburos, cede éstos á las demás exigencias orgánicas compensando el valor de la albúmina captada.

Deduciríamos de esto que, si pesado el niño después de haber digerido los 750 gramos de leche, no se comprobara que había obtenido la ganancia de esos 25 gramos, sino otra mayor ó menor que esa cifra, esta diferencia nos diría que la leche de que se había nutrido era de excesivo ó de deficiente valor nutricional respectivamente, es decir, según el uno ú otro resultado.

Y como entrambas circunstancias influyen desfavorablemente en la salud del niño habría que rectificar las dosis.

Estas deben ser en el primer día y después de las 12 horas de su nacimiento hasta las 24, de 10 á 20 gramos; en el 2.º día unos 90; en el 3.º, de 190 á 220, hasta llegar en el curso de la semana á 470, poco más ó menos, cuya cifra correspondería al 7.º día.

Al terminar la	3. <sup>a</sup>	semana	550	gramos	en	7	tomas.
"	"	4. <sup>a</sup>	700	"	"	7	"
"	"	8. <sup>a</sup>	810	"	"	7	"
"	"	20. <sup>a</sup>	990	"	"	6	"

Consume el organismo del niño al finalizar su primer semana de vida durante 24 horas y por kilogramo de peso 70 calorías ó 100 gramos de leche de mujer aproximadamente; á las 10 semanas 100 calorías por kilogramo de peso y día.

Durante el primer trimestre viene á consumir por término medio á razón de 110 por kilogramo de peso y día también.

Durante el segundo, como disminuye la superficie en su relación con el peso, baja la necesidad del consumo á 100 calorías y en el tercero á 90, siendo á esta edad su peso de 9 kilogramos ó algo más.

Finalmente diremos que el niño, al nacer, pesa de 2 kg. 800 gramos á 3 kg. 400, llegando á adquirir en el primer año un peso de 10 y de 12 á 12 kg. 50 en el segundo.

Durante el primer año llega á pesar en la 4.<sup>a</sup> semana más de

4 kilogramos; en la 12.<sup>a</sup> cerca de seis; en la 24.<sup>a</sup> siete y medio aproximados, en la 36.<sup>a</sup> cerca de 9; y al año hemos dicho que llega á alcanzar 10.

Expuestos los datos esenciales para calcular el consumo alimenticio que requiere el niño en sus distintos trámites de evolución y desarrollo, paso á citar algunas de las especies nutritivas que las madres deben administrarles y las fórmulas de preparación adaptables á las condiciones de esos distintos estados de progresión periódica.

Dijimos antes que hasta el 4.<sup>o</sup> mes *post partum* el niño sólo debe ser alimentado al pecho materno: en su defecto, y mediante causa justificada, por una nodriza cuyas circunstancias, así como su naturaleza, coincidan fisiológicamente con las de la madre, si esta fuere de constitución sana; pues la calidad de la leche así como la fecha de su secreción difieren en cada mujer y etapa.

Y aquí debemos hacer una advertencia interesante. La sobre-alimentación de la nodriza debe ajustarse á la pérdida que representa la secreción diaria, ó sean 750 calorías por cada litro de leche que succione el niño. Además es conveniente que ingiera bastante líquido debiendo ser la mayor parte de éste leche de vaca.

Desde el 5.<sup>o</sup> mes, cabe someterse al niño al régimen de lactancia artificial, pero por transición paulatina y con grandes precauciones.

Dijimos antes que las leches más recomendables para este caso son las de vaca y de cabra; pero como éstas tienen el inconveniente de una gran riqueza en albúmina, producto que requiere un doble gasto de calorías por su difícil digestión, y ésta expone á los lactantes á graves trastornos gástricos que se traducen en molestísimos movimientos peristáltico-intestinales, conviene humanizarlas, es decir, modificarlas asimilándolas á la leche de mujer.

Al efecto se las incorpora agua esterilizada (1) hasta equilibrar las proporciones de su albúmina con la que tiene la leche normal de mujer, pero como esta adición empobrece su haber en grasa y azúcar láctica, es indispensable resarcir esa pérdida compensándola con sustancias análogas.

Al efecto se han ideado varios procedimientos, cristalizados en dos tipos esenciales:

Las mixturas de nata y

Las conservas de crema.

Las primeras pueden confeccionarse en casa, según la fórmula dada por Biedert, teniendo en cuenta que la mezcla ha de contener el valor energético en calorías y la proporción cente-

---

(1) Se obtiene por decocción en términos que hierva el agua durante 3 á 5 minutos.

simal de sus componentes en relación con la exigencia categórica de la edad y desarrollo del niño.

Estas natas, preparadas á máquina difieren en su valor de las preparadas á mano, pero suponiendo una de tipo normal que contenga 10 gramos de grasa por ciento, 3.6 de albúmina y 4.5 de azúcar láctico (tipo el más corriente) confeccionaríamos el preparado en la siguiente forma:

<i>Para niños de 4 y 5 meses cumplidos.</i>		<i>Para niños de 6 y 7 meses cumplidos.</i>	
Nata . . . . .	100 grs. *	Nata . . . . .	100 grs. **
Agua. . . . .	300 "	Agua. . . . .	200 "
Leche de vaca . . . . .	200 "	Leche de vaca . . . . .	400 "
Azúcar de caña . . . . .	18 "	Azúcar de caña. . . . .	12 "
-----		-----	
Total. . . . .	618 "	Total. . . . .	712 "

} 350 calorías

} 441 calorías\*\*

### Manera de administrar las natas

Edad del niño	Peso del mismo correspondiente á la edad	Cantidad de nata que debe administrársele		Núm. de tomas al día
		Encada tetada	Cada 24 horas	
4 meses	5 Ks. 600 gs.	127 gs.	1.200 gs.	8
5 "	6 " 550 "	158 "	1.080 "	7
6 "	7 " 100 "	170 "	1.022 "	6
7 á 8 "	7 " 400 "	179 "	1.074 "	6

Para el arreglo de estas dosis parciales, ó tomas, se ha tenido en cuenta la capacidad del estómago en cada periodo infantil. Estos preparados de menos valor que la leche materna, exigen un consumo mayor en volumen, y por lo tanto las hemos combinado en forma que respondan á esas circunstancias.

Las conservas de crema Biedert, constituyen un producto industrial circulado en cajas de lata cuyo valor está representado por la equivalencia en calorías de un 7 por 100 de albúmina, 15 por 100 de grasa y 35 por 100 de azúcar (1).

Estos preparados tienen sobre las natas industriales la ventaja de que se conservan mejor, sobre todo en verano, durante cuya estación, mientras éstas se hallan expuestas á fermentaciones que las desnaturalizan, inutilizándolas para el consumo, las cremas soportan las altas temperaturas estivales sin sufrir alteración sensible en su compuesto, circunstancia atendible tratándose de una alimentación destinada, exclusivamente casi, á los niños.

(\*) O sean 550 calorías por 1000 gramos.

(\*\*) O sean 630 calorías por 1000 gramos.

(1) Este último compuesto de un 10 por 100 de lactosa y 25 por 100 de azúcar de caña.

Pueden prepararse en las siguientes proporciones:

**Emulsión láctica**

	Gramos	Valor en calorías	Para niños de	Tomas diarias	Dosis en gramos en cada una
Azucar . . .	20	550	4 á 6 meses	8 á 7	127 á 145
Crema . . .	100				
Leche. . .	250				
Agua. . .	650				
Total. . .	1020				
Azucar . . .	30	680	7 á 8 id.	7 á 6	147 á 170
Crema. . .	100				
Lecne. . .	500				
Agua. . .	400				
Total. . .	1030				

**Emulsión hidrica**

	Gramos	Valor en calorías	Para niños de	Tomas diarias	Dosis en gramos en cada una
Crema . . .	170	550	3 y 4 meses	8	125
Agua. . .	830				
Total. . .	1000				
Crema . . .	200	650	5 y 6 id.	7	143
Agua. . .	800				
Total. . .	1.00				

En estos preparados los hidro-carburos que figuran principalmente son la lactosa ó azucar de leche y el azucar de caña, éste por lo barato; es decir, los azúcares llamados disacaratos entre los cuales debemos contar la maltosa que entra en varias fórmulas de papillas y sopas, asociada á la dextrina, porque ésta posee la propiedad de aumentar el grado de solubilidad de las harinas ó polisacaratos.

Pero estas últimas especies, la farinaceas deben comenzar á usarse después del destete, como elemento de transición, entre la leche y los alimentos de digestibilidad más laboriosa cual las legumbres y carnes.

Se recomiendan en primer término llegado ese periodo, las papillas ligeras y, aun antes que estas, una dilución de harina de avena, arroz ó maiz en la leche, obtenida por decocción durante unos tres cuartos de hora, en cantidad de una cucharada grande de aquellas por un litro de la última al principio, y dos cucharadas más tarde.

Después de este primer ensayo de especies vegetales diluidas en la leche puede procederse á confeccionar papillas y sopas bien preparadas.

Entre las primeras debe citarse la de harina de avena, por ser muy nutritiva y convenir á los niños que padecen de estreñimiento, entrando en proporciones de una cucharadita de café, diluida en agua fría, por un decilitro de leche, en el cual se verterá cuando ésta haya comenzado á hervir.

La papilla de fécula de patatata se recomienda á los niños que sufren alguna ligera irritación intestinal.

La de lenteja ó revalenta es conveniente á los niños débiles.

Las de sagú, arrou-roth, tapioca y sémola, á razón de una cucharada por decilitros de leche, son de fácil digestión y sanas, sobre todo, las tres primeras.

Deben administrárseles en los primeros días, después del destete, una sola vez al día y, progresivamente, si se ve que les sientan bien, hasta llegar á tres diarias, límite máximo.

De todos modos conviene advertir: que las harinas asociadas á la leche no deben administrarse al niño antes del décimo mes *post partum*, por carecer sus glándulas salivales y el páncreas de la potencia diastásica necesaria para la disolución de aquellas.

Solamente debe hacerse una excepción, y ésta con la salvedad de no omitir diligentes precauciones en favor de las harinas destrinizadas, entre las que figura la lacteada de Nestlé, muy conocida y usada en nuestro país.

En cambio los bizcochos destrinizados no provocan protesta alguna en los estómagos de niños relativamente próximos al parto; desde los 4 meses en adelante los toleran muy bien.

En re las sopas debemos recomendar las de malta y la perfeccionada de Liebig cuya composición es:

Para un litro de	} 750 calorías								
sopa de malta.									
<table> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>gs. de extracto de malta</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>" de harina de avena</td> </tr> <tr> <td>850</td> <td>" de leche</td> </tr> </tbody> </table>		100	gs. de extracto de malta	50	" de harina de avena	850	" de leche		
100	gs. de extracto de malta								
50	" de harina de avena								
850	" de leche								
Para un litro de	} 755 calorías								
sopa perfeccionada de Liebig.									
<table> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>gs. de malta</td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>" de dextrina</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>" de harina de avena</td> </tr> <tr> <td>816</td> <td>" de leche</td> </tr> </tbody> </table>		100	gs. de malta	34	" de dextrina	40	" de harina de avena	816	" de leche
100		gs. de malta							
34	" de dextrina								
40	" de harina de avena								
816	" de leche								

Son muy convenientes y pueden prestar grandes servicios los preparados á base de sacaratos en sus dos fases de azúcares y harinas que detallo á continuación:

Leche de vaca de 660 calorías por litro — Gramos	Cocimiento a 5 por 100 de		Lactosa	Azúcar de Soxklet (1)	Valor del litro en calorías	Cuarta parte ó dosis que debe tomar el niño diariamente (2)
	Harina especial	En agua				
333	33 33	en 666	53 (3)		420	105'00
500	25	en 500	50 (4)		518	139'50
666	16 66	en 333	40 (5)		590	147'50
333	33 33	en 666		80	539	134'75
500	25	en 500		80	650	162'50
666	16'66	en 333		80	760	190'00

Una vez cumplido el año pueden administrarse al niño platos farináceos, legumbres tiernas, huevos y carnes menudamente picadas ó trinchadas; teniendo cuidado de no condimentarlas con especie alguna ni productos estimulantes que puedan irritar su estómago, débil aún; pero á pesar de ésto, la leche debe continuar siendo el principal medio ó factor alimenticio en cantidad que se aproxime al litro, diariamente.

Un niño de 1 año, necesita para nutrirse y crecer, una alimentación cuyo conjunto represente un valor energético inicial, es decir, al cumplir dicha edad, de 950 calorías y se aproxime á 1.290 al cumplir el segundo año.

La distribución debe hacerse en cinco comidas, procurando que la última sea la más frugal; ejemplo:

		<b>PARA NIÑOS</b>	
		de 1 año	de 2 años
1. <sup>er</sup> desayuno	Leche ó sopa de avena . . . . .	250 gs.	250g s.
	Manteca . . . . .	10 "	10 "
	Bizcocho. . . . .	40 "	40 "
2. <sup>o</sup> desayuno	Pan de 1. <sup>a</sup> ó 2. <sup>a</sup> . . . . .	50 "	50 "
	Fiambre ó picadillo . . . . .	" "	25 "
	Manteca. . . . .	10 "	10 "
	Leche. . . . .	250 "	250 "
Comida . . . . .	Caldo ó sopas. . . . .	125 "	125 "
	Asado, bien picado. . . . .	50 "	" "
	Carne cocida ó asada . . . . .	" "	50 "
	Huevos . . . . .	" "	n <sup>o</sup> 1 "
	Legumbres con leche. . . . .	125 "	" "
	" tiernas. . . . .	" "	125 "
Merienda. . . . .	Leche. . . . .	250 "	250 "
	Pan blanco. . . . .	" "	50 "
	Bizcocho. . . . .	40 "	" "
Cena . . . . .	Leche ó sopa de leche. . . . .	250 "	250 "
	Pan blanco de 1. <sup>a</sup> . . . . .	50 "	50 "

(1) Es un compuesto á partes iguales de maltosa y destrina.

(2) Debe tomarlo el niño como complemento de su ración diaria de leche natural, es decir: no modificada.

(3) Al 8 por 100 del cocimiento de agua y avena en el cual debe diluirse.

(4) Al 10 por 100 del » » » » » »

(5) Al 12 por 100 del » » » » » »

Igual á unas 950 calorías y 1.200 calorías respectivamente.

\*\*\*

Fáltame recomendar el cuidado, que requiere atemperar la alimentación á las exigencias fisiológicas que el organismo del niño reclama en cada etapa.

La hipo-alimentación, ó alimentación, por defecto, causa extragos depauperando al niño; así como la hiper-alimentación ó alimentación por exceso, le produce trastornos gastro-intestinales graves: una y otra desproporcionalidad, entre lo que el niño necesita y lo que se le da, son las causas que más influyen en la mortalidad infantil cuya cifra podría reducirse grandemente porque estos trastornos suelen comenzar por vómitos fácilmente corregibles; en el primer caso aumentando cautelosamente la ración alimenticia hasta llegar al límite de la exigencia fisiológica; en el segundo, propinando al niño antes de lactarlo una solución de citrato sódico al 5% ó algo menos; dependiendo la dosis, de la edad del niño y de la intensidad del trastorno, pero que puede elevarse á una cucharada de las de sopa, ó no pasar de una de las del café, y, excusado es decirlo, rebajándole la dosis alimenticia.

La índole del acto me impide ser más extenso. Lo enunciado, muy poco en relación con lo mucho é interesante que me queda por decir, tiene de apreciable la intención en que se inspira. Voy pues á terminar consignando á manera de Decálogo, para gobierno de las madres durante el período de lactancia, algunos consejos sencillos y de fácil práctica:

1.º Toda madre deja de serlo, parcialmente, sino amamanta á su hijo; su jugo es insustituible, salvo si estuviere enferma, fuere aquel escaso ó de mala calidad: ó si, por deformidad del pecho, no pudiera tomarlo el niño.

2.º Durante los seis meses primeros, el régimen del niño será exclusivamente lácteo; hasta los cuatro debe usar, á ser posible, solo la leche de su madre; en su defecto, la de una nodriza, y, no siendo esto factible, sustituirla paulatinamente por la de vaca ó cabra humanizada, es decir, modificadas éstas en forma que se parezcan por sus proporciones de grasa, caseína y azúcar á la de su madre.

3.º Hasta que cumpla los dos meses debe mamar el niño cada dos horas de día y cada tres de noche y si, por necesidad imperiosa, se le alimentara artificialmente, la leche de vaca ó de cabra se le administrará en intervalos de una hora más, respectivamente.

4.º Cada vez que se le dé el pecho debe mamar el niño durante un periodo de quince á veinte minutos, separándolo y levantándolo de cuatro en cuatro, para que pueda expulsar por la boca el aire que ingiere con la leche en cada succión.

5.º Conviene habituar al niño á que no mame desde media

noche hasta las cinco de la mañana. De esta manera la madre se fatigará menos y el niño recibirá una alimentación más reparadora.

6.º Una vez alimentado se le acostará en su cuna sobre el lado derecho; más tarde se le cambiará la postura dejándolo sobre el izquierdo; pero nunca boca-arriba. No debe acostarse ó mantenerle sobre los brazos ó las piernas porque se le expone á contraer una joroba por desviación de la columna vertebral.

7.º Hasta los cinco meses adquiere diariamente el niño veinte y cinco gramos más de peso. Debe, pues, pesársele cada ocho días, por ser necesario para apreciar con justeza la calidad y cantidad de la leche con que se le alimenta.

8.º Es preferible que durante algún tiempo su alimentación sea más bien insuficiente que excesiva, pues si en el primer caso no gana en peso, en cambio no se expondrá, como en el segundo, á gravísimos trastornos gastro-intestinales.

9.º "El pez y el niño, por la boca mueren," dice el adagio; la revelación más temible de una transgresión en el régimen alimenticio es la diarrea, enemigo tan temible como la tuberculosis: antes que aquella generalmente aparece el vómito. Llamad entonces al médico, que el mal en sus orígenes será reparable.

10. La mayoría de las veces que el niño llora despues de mamar lo hace por hartura. Cuando ingiere cantidades excesivas de leche, procedan de la nodriza ó de cualquier animal, la expelle con frecuencia, si no en su totalidad, parcialmente, mediante regurgitaciones molestas ó experimentado fenómenos propios de la indigestión que provoca su llanto.



Réstame tan sólo hacer un llamamiento á vuestro auxilio en el pavoroso problema de la mortalidad infantil, al que va unido como uno de sus factores más activos, el mal régimen alimenticio.

Sabeis todos que tanto la ciencia como la voluntad del Médico serán estériles mientras subsista la resistencia que les oponen la penuria física y la inconsciencia en los hogares, la indiferencia colectiva y el retraimiento oficial en el ambiente público.

Solicito, pues, vuestra cooperación para que me ayudeis á despertar estímulos dormidos en la sensibilidad de la mujer y en el interes de la madre, por ser, no solo el elemento más ductil y predispuesto, sino tambien el que más y mejor puede auxiliar nuestra finalidad profesional en este caso.

Por otro lado los medios sociales puestos en otros países á tributo de esta idea y su éxito creciente invitan á que aquí lo imitemos.

Hay en Murcia ya un centro naciente La Gota de leche, que

puede dar óptimos frutos; pero constituye por sí sólo un medio insuficiente; reclama por lo menos la intervención relacionada de otras dos Instituciones que completen lo más esencial de esa inmensa red protectora que en todas partes va tendiéndose para auxiliar á la infancia.

Urge el establecimiento de un *Consultorio* á donde concurren las madres con sus niños, semanalmente una vez, aparte de cuantas lo requiera el estado de éstos. En esa clase de Centros reciben aquellas instrucciones constantes y oportunas y se comprueba si los pequeños siguen normalmente el proceso que corresponde á su período ciclico. Todos sabeis cómo funcionan esas Instituciones en que se anota y eslabona todo cuanto se refiere al desarrollo y crecimiento de aquellos en fichas, registros y carnets ad hoc.

Este Centro debería complementarse con la instauración de una *Sociedad mútua de madres* cuyo actuamiento es práctico y sencillo.

Cada madre asociada paga mensualmente una cuota metálica que la dá derecho durante su embarazo á socorro para su sobre-alimentación. Durante un mes antes y otro tanto tiempo, poco más ó menos, despues del alumbramiento, no van al taller ni á la fábrica las que trabajan en ella, pero reciben socorro diario equivalente al jornal; se les facilita asistencia facultativa, durante el puerperio, la canastilla de ropas para el infante y durante la lactancia algún subsidio, si el médico de la asociación lo prescribe.

Ahí os entrego el pensamiento: recójalo el más activo y resuelto, en la seguridad de que todos le ayudaremos. Si conseguimos poner en pié los medios iniciales, tal vez allá, cuando el horizonte de nuestra breve vida nos muestre las opalinas intas crepusculares que presagian su inmediato término, se interponga entre nuestra vista y el lejano fondo del transparente firmamento una legión de madres satisfecha y de ángeles corrientes salvados de la muerte por nuestra bienhechora acción, y, poco más tarde, cuando el sepulcro se abra para recoger nuestros despojos, acaso entre las preces religiosas del sacerdote perciba nuestro espíritu, ya desligado de la carne, un coro hermoso de voces femeninas é infantiles, rogando al Dios Omnipotente que, si cometimos alguna falta en vida, ponga por contrapeso en la balanza de la Justicia Infinita las lágrimas que conseguimos ahorrar á las madres y la dicha que logramos proporcionarlas á costa de nuestro oscuro sacrificio.

HE DICHO

# LAS TUBERCULINAS Y LA TUBERCULOSIS URINARIA

POR EL

DOCTOR R. MOLLÁ

Catedrático de la facultad de Medicina de Madrid

Terminaron las conferencias sobre tuberculosis organizadas por la *Liga popular contra la tuberculosis*, ultimadas con éxito grande, tanto por el número de comunicaciones y trabajos, como por la calidad é interés científico de los temas tratados. Plácemes merecen los organizadores de la Asamblea, constituida por entusiastas cultivadores de la ciencia pura, y que á la par de la misión científica, elevada y noble, realizan fines sociales, benéficos y humanitarios, de innegable interés y trascendencia práctica.

Es sabido, que en los Dispensarios y Consultas que sostiene la Liga se emplean de preferencia la tuberculina en el tratamiento de todas las formas y localizaciones de la tuberculosis, y por esta razón, la mayor parte de los trabajos presentados han versado, ó se han relacionado de algún modo, con la tuberculino-terapia. Con motivo de una comunicación del Dr. Bastrina, de Barcelona, sobre el empleo de las tuberculinas en la tuberculosis renal, entablóse discusión sobre tan escabroso problema terapéutico, interviniendo brevemente el que estas líneas escribe.

Manifestaba el Dr. Bastrina que había sido, hasta hacía poco, escéptico ó rchacio en el empleo de las tuberculinas en Urología; pero un par de casos prácticos, muy notables, de Cirugía general, cuyas curaciones le habían sorprendido, operaron en él tan fervorosa conversión, que era de reciente entusiasta partidario del empleo de las tuberculinas.

El Dr. Peña, siguiendo las ideas de Motz, en reciente artículo, á vuelta de elogiar la intervención quirúrgica precoz en todos los casos de tuberculosis renal, y de afirmar que no conocía ningún caso de curación espontánea de tuberculosis renal, ni por los medios higiénicos, farmacológicos, ni por las tuberculinas, se mostraba partidario del empleo de estas últi-

mas de los primeros periodos en la evolución de la tuberculosis del riñón, lo mismo que en los últimos periodos cuando ya veo cabe la intervención quirúrgica.

Nosotros sostuvimos un criterio clínico distinto, y juzgando muy racional á la tuberculino-terapia, confesando que tal vez sea hoy el único camino racional que nos conduzca á la curación del terrible proceso, no nos seducían los éxitos conseguidos hasta la fecha y que de modo tan elocuente cantaba el doctor Bastrina.

Este nuestro juicio lo basamos, más que en lo que hayamos podido hacer, que es bien poco, en lo que hemos visto y leído, que es mucho, singularmente en cirugía génito-urinaria.

No es éste el momento ni el sitio para acumular opiniones y estadísticas, aunque citaremos algunas; pero hemos de consignar que, lo mismo exactamente que en la tuberculosis pulmonar, en la tuberculosis del riñón, que simboliza la tuberculosis urinaria, las estadísticas no pueden ser más contradictorias. En honor de la verdad, los partidarios del uso de las tuberculinas están en gran minoría, pues tratándose de la tuberculosis del riñón, sólo están de acuerdo en dos puntos: en recurrir á las tuberculinas en los casos neoperables y en las tuberculosis dobles. Esta es la conclusión del trabajo que sobre este asunto presentaron Leguen y Chervassu en el último Congreso de Roma, opinión que mentaba el Sr. Bastrina, sin adherirse á ella, influido sin duda por reciente trabajo teórico del doctor Motz, maestro suyo y colaborador de laboratorio de casi todos los urólogos jóvenes españoles.

Una ratificación de nuestras afirmaciones nos la da la Asociación francesa de Urología, cuya reunión ha tenido lugar estos días en París. Según nuestras noticias, una de las ponencias versaba sobre este tema, y dicha ponencia se ha manifestado también contraria al empleo de las tuberculinas en la tuberculosis urinaria.

Y se comprende que así sea á pesar de la opinión, para nosotros muy autorizada, del Dr. Bastrina, y del concepto que nos merece la tuberculino-terapia como método. Dos motivos muy poderosos nos hacen mirar con prevención el empleo de las tuberculinas en la tuberculosis renal. *Primero:* que la tuberculosis de este órgano, por su tolerancia, es muy difícil de diagnosticar al principio, cuando se inician las lesiones; y cuando el diagnóstico clínico ó biológico se hace, se corre el

riesgo de que esté ya infectada la vejiga por el descenso de los bacilos con la orina. Este es el mayor peligro que existe, de contemporizar con la tuberculosis renal mediante tratamientos lentos, como son los higiénicos y los tuberculínicos, admitiendo que pudieran ser eficaces. Es decir, que la tuberculosis del riñón *no tiene espera*, porque puede infectar muy pronto la vejiga, y la tuberculosis de este órgano es mucho más grave que la del riñón, porque este es órgano doble y la vejiga es única. Por ello estimase por todos los urólogos, urgente la indicación de intervenir en cuanto se diagnostica una tuberculosis renal unilateral, mediante la nefrectomía. Lo demás es exponernos á perder un tiempo precioso, tanto más cuanto que es un axioma clínico que la nefrectomía es tanto menos grave cuanto más precoz.

En segundo lugar, en la tuberculosis urinaria, como en casi todas las localizaciones de la tuberculosis, el peligro está en las infecciones asociadas y secundarias que la acompañan; pero en urología, el peligro que entrañan estas infecciones es mucho mayor, ya que ellas son la causa habitual de la muerte en casi todas las infecciones urinarias. Pocas veces las afecciones primitivas de la vejiga, por ejemplo, son causa directa de la muerte (tumores, cálculos, tuberculosis). La muerte sobreviene por infecciones banales secundarias que sobrevienen fatalmente si no se trata pronto y enérgicamente la afección primitiva. Por ello estimamos doblemente peligroso el empleo de las tuberculinas en la tuberculosis renal ó reno-vesical. Porque una de dos ó la tuberculina empleada á dosis homeopáticas no produce efecto alguno, en cuyo caso es cómplice de la pérdida de tiempo retrasando el tratamiento radical, ó se emplea á mayores dosis, y en este caso, la reacción perifímica que produce, congestiona las mucosas urinarias, y de la congestión á la infección no hay más que un paso, que lo salvan fácilmente los múltiples agentes patógenos de la flora normal de las vías urinarias.

Sinceramente creemos, además, que todas ó casi todas las localizaciones de la tuberculosis urinarias son curables quirúrgicamente, no ya por operaciones radicales ó mutiladoras, sino por operaciones parciales ó conservadoras.

Salvo en los casos de tuberculosis renal doble primitiva, todas las localizaciones del proceso fímico en Urología se pueden curar interviniendo: por nefrectomía precoz en la tuberculosis

renal unilateral; por cauterizaciones, legrados y otros medios tópicos, en la cistitis tuberculosa en lo que puede llegarse á la cistectomía parcial ó total, si bien es verdad que la nefrectomía cura las lesiones vesicales ó las modifica ventajosamente; en la tuberculosis prostática, desde el simple legrado por vía perineal hasta la prostatectomía; la extirpación de las vesículas seminales, cuando con la próstata ú órganos genitales externos están aquellos invadidos, por legrado, epididimectomía, castración ó las operaciones conservadoras por anastomosis en la tuberculosis epididimaria y testicular.

Si estas intervenciones precoces y aun tardías, siempre que estén las lesiones limitadas, son de éxito seguro ó casi seguro, ¿para qué recurrir al empleo de un remedio inseguro siempre y peligroso no pocas veces, sobre todo tratándose del riñón? En buena hora que se recurra de primera intención al uso de las tuberculinas cuando no se disponga de mejores recursos terapéuticos.

¿Negará alguien conocedor de la materia, que el problema de la tuberculosis renal unilateral está resuelto por la nefrectomía precoz?

No sabemos lo que nos tendrá reservado el porvenir cuando todos los aspectos de la biología del bacilo de Koch hayan sido iluminados por la investigación y la experimentación; pero hoy por hoy, no creo que debamos aventurarnos empleando sistemáticamente la tuberculioterapia que, aparte sus reales peligros, no parece tener más acción que la de otros muchos remedios que *auxilian* al organismo en su lucha contra el germen.

Concederíamos que en la tuberculosis testicular, prostática y vesicular primitiva, que muchas veces lo es, se recurriera al uso de las tuberculinas, porque alejados estos focos del riñón y de la mucosa urinaria permiten esperar, es decir, ensayar el remedio antes de recurrir á las operaciones parciales ó mutiladoras; pero tratándose del riñón, por las razones dichas, por hoy, mientras no tengamos la evidencia de que la tuberculina cura, jamás recurriremos á su empleo.

Este creemos es el común sentir de los urólogos, especialmente de los urólogos cirujanos, y hay que confesar que nuestra especialidad es genuinamente quirúrgica.

Insistiendo en nuestro punto de vista sobre el escaso partido que tiene el empleo de las tuberculinas en Urología, citemos

opiniones y juicios de cirujanos de allende el Rhin, ya que antes consignábamos los dos urólogos franceses. Israel, en estadística reunida de 1.023 casos de nefrectomías por tuberculosis renal, da un 75 por 100 de curaciones, haciendo afirmaciones tan categóricas como las siguientes: el valor de las tuberculinas es *más ilusorio que real*; no debe contarse nunca con la curación espontánea de la tuberculosis renal, y no deben esperarse buenos resultados más que de la operación precoz.

Wildbolz y Kronlein, otras dos grandes figuras quirúrgicas y urólogo eminente el primero, afirman lo mismo: que el único tratamiento racional de la tuberculosis del riñón es el quirúrgico.

Estas afirmaciones tan rotundas, hija de la Clínica y de la Anatomía patológica, derivan también del concepto general que nos merece la tuberculinoterapia. Es indudable que todas las tuberculinas son iguales ó similares, ó tienen un fondo común en su composición, los venenos ó toxinas microbianas que aproxima la acción fisiológica y terapéutica de todas ellas. No puede pretenderse que ninguna tuberculina tenga *acción específica* sobre el tubérculo, ni menos que lo cure, porque, en sana doctrina científica, para que una tuberculina sea capaz de curar un tubérculo, ha de ser capaz de producirlo también. Las tuberculinas ayudarán al organismo de modo indirecto, bien provocando ligeras descargas anafilácticas, como dice Ferrán, bien provocando ó aumentando las reacciones defensivas celulares, bien aumentando el índice opsonico por las leucocitosis que provocan, de igual manera que la mayor parte de los sueros y excitantes celulares, desde las nucleínas hasta la sangría.

Es, pues, indudable que las tuberculinas, como todos los remedios propuestos, llámense específicos ó no, pueden producir la curación de la misma manera, facilitando la evolución regresiva de las lesiones por idéntico mecanismo como curarían, abandonadas á las solas fuerzas de la Naturaleza cuando hay energías, defensas y resistencias orgánicas para ello. Es incuestionable que en la curación de todas las infecciones, y la tuberculosis tal vez más que ninguna, interviene más el organismo que la terapéutica, y precisamente en esta sabia acción del *natura sanat* está el aspecto científico de la tuberculinoterapia, interpretándola con arreglo á los sanos principios del hipocratismos racional.

En virtud de estos principios, se comprende que todos los

procedimientos tengan estadísticas, partidarios, curaciones, éxitos y entusiastas.

Dejando á un lado las tuberculosis urinarias y refiriéndonos á las demás tuberculosis quirúrgicas ¿es que antes del empleo de las tuberculinas no se curaban estas tuberculosis? Todos los jorobados, anquilosados de rodilla y cadera, y marcados con cicatrices irregulares en regiones del cuello, son tuberculosos quirúrgicos curados por medios higiénicos, quirúrgicos farmacológicos ó espontáneos. No es extraño, pues, que muchas tuberculosis quirúrgicas se curen con el uso de las tuberculinas solas ó asociadas á otros medios. Lo importante sería saber cuáles son esos casos, aunque vagamente se adivina que han de ser las tuberculosis lentas, tórpidas, con buen estado general, etc., es decir, los casos que curan con facilidad hasta espontáneamente, porque, como decíamos, el organismo hace más que la terapéutica.

Y hacemos punto final consiguando nuevamente que nuestro trabajo no es un alegato en contra de la tuberculino-terapia, que estimamos muy racional como método ó como aspiración de la terapéutica moderna; que no se le debe dar á ésta más alcance ni más valor del que tiene, no olvidando nunca que el organismo es antes y superior al remedio; y que el tratamiento específico de la tuberculosis envuelve una serie de problemas de terapéutica y de diagnóstico, entre ellos los que se refieren á la biológica del bacilo de Koch, no resueltos, ni mucho menos.

*(Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas)*

---

**Peligros de la evacuación rápida y total de la vejiga urinaria  
EN LOS PROSTÁTICOS CON RETENCIÓN COMPLETA  
POR EL DR. CARLOS NEGRETE**

Profesor de vías urinarias del Instituto Rubio.

La observación frecuente de estos casos nos induce á escribir unas cuantas líneas dedicadas al médico en general, ya que el especialista sabe á qué atenerse y sigue la conducta terapéutica que la ciencia aconseja frente á un enfermo en estas circunstancias. Pongamos el caso más típico y corriente: enfermo ya de alguna edad (de sesenta á sesenta y cinco años), que se ve en la imposibilidad absoluta de vaciar la vejiga, y que cuanto más tiempo transcurre experimenta más dolor, más tenesmo, llegando á un estado verdaderamente angustioso.

La indicación que deriva de este estado es clara y terminante: evacuación de la vejiga. Del modo de practicarla (salvando la situación del momento), depende en la mayoría de casos el porvenir del enfermo, presentándose, cuando se hace en malas condiciones, peligros y complicaciones que comprometen seriamente la vida.

Llamado el médico general para resolver, lo resuelve (cuando puede, quizás las menos veces) con una mala sonda, traída de la farmacia más próxima, y quiera Dios que no se le ocurra intentar el cateterismo con sonda metálica, pues en este caso seguramente penetrará en tejido prostático con la vía falsa consiguiente. Llama o muchas veces para entender en enfermos de esta índole, con retención completa aguda, con copiosísimas uretrorragias, he oído decir al médico: «He intentado sondarle varias veces (la mayoría con sonda dura ó metálica); he introducido la sonda seguramente hasta la vejiga, y no sale orina». Lo primero, si lo creo; lo segundo, no.

Pero supongamos que ha podido sondar; el enfermo se ha quedado muy satisfecho, y en unos casos ha recobrado la micción, en otros ha necesitado nuevos sondajes, y en ambos se ha presentado posteriormente hematuria intensa, acompañada de violenta cistitis, cuando no vienen accesos típicos de fiebre urinosa, cosas todas que ponen en grave situación al paciente. ¿A qué obedece todo esto? Pues sencillamente á la evacuación rápida, total y séptica de una vejiga en retención completa.

La retención de orina en los prostáticos es un hecho fisiopatológico más que anatómico ó por obstáculo mecánico, y para mayor claridad aun, diremos que depende más de la forma y asiento de las producciones adeno-miomatosas que constituyen la hipertrofia, que del volumen de las mismas; la observación de grandes retencionistas con próstata pequeña, enfrente de grandes próstatas con poca retención, evidencian el hecho. En mi último folleto, titulado *Algunas consideraciones respecto á la hipertrofia de la próstata*, decía: «El centro dinámico de la vejiga reside en la uretra prevesical. Ahora bien; si el proceso adeno-miomatoso ha invadido el grupo glandular correspondiente á esta región, la inhibición es un hecho, precisamente porque la vejiga pierde la sensibilidad á la distensión: la inhibición vesical no solo está bajo la dependencia de la hipertrofia prostática; los trastornos circulatorios la producen igualmente».

Muy restringido es el papel que hoy se asigna á la arterio-esclerosis en la retención; pero hay casos en los que, á falta de otras causas, hay que invocar ésta. Señalemos también lo que algunos autores llaman «prostatismo vesical» (á mi juicio, impropíamente), caracterizado clínicamente por distensión y retención vesical, y anatomo-patológicamente por lesiones del sistema nervioso ó por degeneración granulo-grasosa.

Hecha esta digresión, volvamos al caso del prostático con retención completa aguda sin distensión vesical, ó retención crónica con gran distensión y orinando por rebosamiento: el primero constituye á veces el puente de paso del 1.º al 2.º periodo de la hipertrofia; el segundo corresponde al tercer periodo.

El primer periodo de la hipertrofia prostática está constituido por los siguientes síntomas: frecuencia de las micciones, más nocturnas que diurnas; micción más difícil; disminución de fuerza de proyección del chorro de orina y erecciones durante la noche, tanto mayores cuanto más la vejiga; en este periodo, la orina, cuantitativa y cualitivamente, está normal, y el estado general se conserva bien; en estas condiciones, un cambio brusco de temperatura, un exceso de mesa, de coito, etc., determina una retención completa aguda, en la que la congestión interviene con principal papel.

El tercer periodo se llama también de incontinencia ó de retención crónica con distensión; en éste, distendida la vejiga desde mucho tiempo é incapaz de contraerse, deja escapar el líquido que no puede contener, el enfermo *orina por rebosamiento*: la fiebre y los grandes síntomas del aparato gastro-intestinal correspondientes á esta fase, indican lesiones de orden infeccioso de todo el aparato urinario.

¿Por qué vienen esas hematurias *ex vacuo* á seguida de una evacuación rápida y total de una vejiga en retención completa? Hay que recordar que siempre que un órgano se distiende lentamente llegando por fin á adquirir gran volumen y, por consiguiente, aumentando superficialmente, sobrevienen indefectiblemente modificaciones iguales en el volumen, disposición y aun textura de los vasos que por sus paredes serpentean; consecuencia lógica y fatal es que la vejiga urinaria, cavidad de paredes musculares y de rica vascularización, esté sometida á las mismas leyes. Todas las ramas venosas de las paredes vesicales (submucosas é intermusculares) llegan: las laterales y posteriores, contorneando el cuello, al plexo periprostático y las anteriores, al plexo de Santorini, que queda comprimido contra la arcada pubiana.

Supuesta una vejiga en estas condiciones de gran éxtasis venoso y repleta de orina, si la evacuación es rápida y total, la presión intravascular es mayor, se rompen los vasos ya de por sí frágiles en esas edades), y viene una hematuria, que muchas veces concluye con la vida del enfermo, y no solo se rompen los vasos de la mucosa, sino que ocurre lo mismo con los intraparietales, constituyendo verdaderos equimosis.

El éxtasis venoso del aparato urinario inferior en los prostáticos con retención y distensión vesical existe en el aparato urinario superior, y esto explica las hematurias de origen renal.

Lo arriba citado demuestra que el sondaje debe ser *lento, parcial y aséptico*, condiciones que el gran sentido clínico de

Guyón asignó al cateterismo evacuador al instituirlo como medio de tratamiento.

Al ser requerido para una evacuación de vejiga en un prostatico, cinco minutos bastan al médico para enterarse de uno de los dos casos que pueden presentarse: retención aguda sin distension (primer periodo), ó retención con distension (tercer periodo); siendo en estos últimos en los que se encuentran enormes globos vesicales acompañados de micción por rebosamiento; según uno ú otro, así ha de ser la conducta que *á posteriori* hay que seguir: si es un retencionista agudo sin distension, evacuación muy lenta, interrumpiendo la salida de orina, ya con el dedo, ya con un tapón *ad hoc*, y, ó sustituir con disolución bórica, agua esteril, etc., parte del contenido vesical, ó sacar la sonda cuando el chorro, perdiendo su fuerza de proyección, empieza á caer perpendicular á la vasija: en estos casos, yo recomiendo irrigaciones rectales calientes (dos al día), seguidas de la introducción de un supositorio, cuya fórmula es:

De ictiol y antipirina . . . . a. a. 2 1/2 grs.

Extracto tebaico y de belladona. a. a. 15 centígrs.

Mézclese y enciérrese en 12 supositorios.

No es sorprendente, ni mucho menos, ver en estos enfermos restablecerse la micción espontánea, teniendo en cuenta que son casos de primer periodo en los que el estado general se conserva bien, no está abolida la contractibilidad vesical y las orinas son claras.

Si el enfermo con retención lo es de tercer periodo, con gran globo vesical, con orina turbia, facias terrosa y macilenta, lengua seca y saburrosa, disfagia, sed, anorexia, periodos de estreñimiento alternados con otros de diarrea, insomnios, hemorroidario antiguo (hecho muy frecuente); evacuación muy lenta, parcial, fijación de la sonda, taponamiento de la misma para dar salida cada tres ó cuatro horas á cierta cantidad de orina, llegando á la evacuación completa al cabo de cinco, seis ó siete dias, dando lugar con esto á la descongestión lenta de los plexos venosos, y continuar despues el tratamiento apropiado: en éstos son verdaderamente temibles las hemorragias *ex vacuo* y los accidentes infecciosos que se presenten.

El por qué ha de ser rigurosamente aséptico el cateterismo evacuador es condición inherente á todo acto manual de grande ó pequeña cirugía y aducir argumentos para demostrarlo, sería ofender la ilustración, no ya del especialista, sino de cualquier médico, por escasos que fuesen sus conocimientos. El sinnúmero de microorganismos que saprofiticamente viven en la uretra, más los que con las manos y las sondas puede introducir un sondaje séptico en ún órgano que, por el hecho de la retención y congestión, es más apto para infectarse, es la prueba más concluyente de la pulcritud en la asepsia.

No conducen á nada bueno los apresuramientos ante un enfermo con retención completa. La relativa calma, el aplomo y la seguridad del que sabe lo que va á hacer, es la garantía mayor de éxito; con toda seguridad puede afirmarse que nada ha de perder un enfermo porque se tarde diez ó quince minutos más en sondarle; en cambio, á cuantas complicaciones se expone si el apresuramiento del médico no le deja vislumbrar lo que hay detrás de la indicación escueta, vaciar la vejiga; una

hematuria incórcible, una violenta cistitis, quizá una fiebre urinosa que acabe con el paciente. Las decepciones vienen después; el médico y el enfermo, satisfecho de haber vaciado totalmente y en unos minutos la vejiga, se quedan dolorosamente sorprendido de que al día siguiente, a las pocas horas, quizá a la primera micción, las orinas empiezan teñirse de sangre; vienen dolores, violentos tenesmos, escalofríos, fiebre alta, delirio, sudores profusos.

Este cuadro, y conste que no es mi ánimo asustar, es de tal modo ajustado á la realidad clínica, que de ello puedo dar fe por lo que en practica he visto, y conmigo todos los que a la especialidad se dedican.

¿Con qué clase de sonda deb procederse á la evacuación?

Desechad en absoluto, totalmente, la sonda metálica, a cuyo haber pueden cargarse muchas desgracias. La mejor sonda es la de goma roja, llamada de Nélaton, número 15 ó 16; si con esta no se consigue, recúrrase á la de Nélaton acodada, que reúne la flexibilidad de la goma y la acodadura terminal. Esta clase de sondas, que ningún instrumentista de Madrid las tiene en venta, me las proporciona, hace algúo tiempo, la casa Pogés, de Paris, y a decir verdad, estoy satisfecho de su uso.

Si las de Nélaton no han llenado su objeto, estan indicadas las de seda acodadas, en ángulo variable de 25, 30, 40 y 45 grados, y que tienen la ventaja, dentro de su flexibilidad, de ser más resistentes que las de goma.

Aún se emplean en otros casos las biacodadas, las acodadas con punta olivar, las de corvadura analoga al beniqué, formas que requieren mano acostumbrada al cateterismo.

Una disolución bórica ó, en su defecto, agua hervida; un infiernillo de alcohol, cacharros (jefainas ó bateas) de hierro emaltado y un trozo de jabón para lavarse las manos, son útiles que en todas las casas pueden encontrarse; además el médico puede y debe ir provisto de comprimidos antiéuticos (ácido bórico, oxicianuro de mercurio), con los que pueda preparar soluciones en cualquier momento.

Las sondas de Nélaton se esterilizarán por ebullición en agua; las de seda, por los vapores de formol; mas antes de usarlas se tendrán algunos minutos sumergidas en agua esteril para quitar restos del formol, que es irritante para las mucosas.

El enfermo debe estar echado en decúbito supino, respirando tranquilamente, sin hacer esfuerzo de ninguna clase; sentado, y menos de pie, son posiciones malas para el cateterismo. Con una tohalla limpia ó con un gran trozo de algodón marófito, aislese el miembro de todas las partes vecinas; lávese el glande con una torunda de algodón, empapada en cualquier disolución antiséptica ó agua hervida. El lavado de uretra se hará con la misma disolución, mediante una jeringa de las llamadas vesicales. Déjese una compresa envolviendo el miembro mientras el médico procede a la limpieza de manos tan escrupulosamente como para cualquier otro acto quirúrgico, y lubricada la sonda con glicerina estéril, a falta de esta, vaselina, ó en último término, aceite de olivas que haya hervido, se introduce en la uretra con toda la dulzura y calma que requiere el sondaje.

Por todo lo expuesto, el cateterismo evacuador debe ser *lento, parcial y rigurosamente aséptico*.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS**

**MORRHUOL**

PRINCIPIO ACTIVO DEL ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO

**DEL DR PIZA**

**PRIMER PREPARADOR ESPAÑOL DE DICHO MEDICAMENTO  
PREMIADO CON MEDALLA DE ORO EN LA  
EXPOSICION UNIVERSAL DE BARCELONA 1888.**



El **MORRHUOL** es el principio activo del aceite de hígado de bacalao, al cual puedes substituir en muchos y diversos casos.

A causa del sabor desagradable y olor aromático muy pronunciado, lo encerramos en cápsulas eupépticas que contiene cada una 0'20 correspondiente á 8 gramos de aceite colorado y á 15 del blanco. Los efectos han sido notables á la dosis de 2 cápsulas diarias en los niños de 6 á 8 años, de 3 á 4 en los de 8 á 12, y de 6 á 10 en los adultos, tomadas antes de las comidas.

El **Morrhuel** no perturba ni afecta las vías digestivas cual sucede con el aceite administrado en cantidad algo crecida. Por el contrario, las más de las veces desde los primeros días de su administración, desaparecen en los trastornos digestivos aumentando el apetito, las digestiones se facilitan y se regularizan las deposiciones. Este producto obra más rápidamente que el aceite de hígado de bacalao por que su absorción es más fácil y completa.

**CAPSULAS EUPEPTICAS DE MORRHUOL**

*Frasco, 10 reales; 12 frascos, 96 reales*

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MORRHUOL: HIPOFOSFITOS Y CUASINA.**—Substituyen con ventajas fácilmente apreciables la emulsión Scott y jarabe Fellows.—Frasco, 16 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MORRHUOL CREOSOTADO.**—De grandes resultados en el tratamiento de las diátesis depauperantes, tuberculosis, escorbuto, escrófula y afecciones de corazón.—Frasco, 14 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MORRHUOL IODO FERRUGINOSO.**—Poderoso reconstituyente y anti-discrásico en las afecciones escrofulosas, anemia y clorosis.—Frasco, 14 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MORRHUOL: FOSFATO DE CAL Y CUASINA.**—Reconstituyente de los pulmones, centros nerviosos y aparato óseo.—Frasco 14 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MIRTOL.**—Da resultado en las afecciones de las vías respiratorias; especialmente en la broncoectasia, bronquitis fétida, asma catarral neurosis cardíaca, etc.—Frasco, 10 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE ÉTER AMÍLICO VALERIÁNICO.**—Específico de las enfermedades nerviosas, neu algias, hemicránea, cólicos hepáticos, nefríticos y uterinos.—Frasco, 10 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS HEMOGLOBINA SOLUBLE DE PIZÁ.**—Principio ferruginoso natural, reparador de los Glóbulos de la sangre; reconstituyente de la anemia, clorosis, debilidad general y que no produce nunca dolores de estómago ni estreñimiento de vientre. Cada cápsula contiene 0'20 gramos.—Frasco, 12 reales.

**CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE TERPINOL.**—Diurético modificador de las secreciones catarrales, enfermedades de las vías respiratorias y urinarias.—Frasco, 8 reales.

**CAPSULAS EUPÉPTICAS DE HIPNONO.**—Procuran el sueño sin excitación y tienen las ventajas del cloral sin tener sus inconvenientes.—Frasco, 10 reales.

Se remiten por correo á cambio de sellos.—En venta, farmacia del Autor, Plaza del Pino, 6, Barcelona y principales farmacias de España y América.

**En la Farmacia Catalana**  
hay existencias de cuantos productos  
se anuncian en esta Revista.

# TRATADO DE GINECOLOGIA

POR EL DOCTOR

MIGUEL A. FARGAS

SEGUNDA EDICION

Tomo 1.º (*edición económica*). En rústica: 14 ptas. Encuad. 71

<b>GARGANTA</b>	<b>NARIZ</b>
<b>Y OIDO</b>	
DR. PEREZ MATEOS	S. Nicolás, 25
CONSULTA GRATIS EN EL HOSPITAL	
MURCIA	
<b>VENÉREO</b>	<b>SIFILIS</b>
<b>PIEL Y</b>	APLICACIÓN DEL 606
GLORIA, 80.	D. J. BERMUDEZ

FRANCISCO REIX

EDITOR  
BARCELONA

Obra notable

Acaba de publicarse

**LA ORTOPEDIA INDISPENSABLE**

**A LOS MÉDICOS PRACTICOS**

POR

✻ **F. CALOT** ✻

**Traducción de V. Juaristi**

**Editores: PERLADO PAFZ Y C.<sup>a</sup>—Madrid**

OBRAS NUEVAS.—ACABAN DE PUBLICARSE

## **MANUAL DEL MÉDICO PRACTICO CLINICA Y TERAPÉUTICA ESPECIALES**

Por Cathelin, Delherm, L. Devraigne, Iselín, Mouchet, M. Roy, F. Terrien, y Wicart.—Traducido al castellano por D. José Núñez Granés y D. Joaquín Núñez Grimaldos.

TOMO I.—Primera serie.—Oftalmología: F. Terrien.—Odontología: M. Roy.—Oto-rino-laringología: Wicart.

TOMO II.—Segunda serie.—Cirugía ortopédica: A. Mouchet.—Vías urinarias: F. Cathelin.—Ginecología: Iselín.—Obstetricia: L. Devraigne.—Electro-radioterapia: L. Delherm.

Dos tomos en 4.<sup>o</sup> mayor con más de 1 500 páginas de lectura y 778 grabados.—PRECIO: 30 pesetas en rústica y 34 encuadernado en pasta española.

### **LA HIPEREMIA COMO PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO**

por el Dr. Augusto Bier, de Berlín; traducida al castellano de la sexta edición alemana, por don Joaquín Núñez Grimaldos.

Un tomo en 4.<sup>o</sup> mayor de cerca de 500 páginas de lectura.—PRECIO: 12 pesetas en rústica y 14 encuadernada en pasta española.

### **Otras publicaciones de la casa**

«Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias», por el Dr. Alberto Suarez de Mendoza. Un tomo en 4.<sup>o</sup> mayor de 790 páginas con numerosos grabados y láminas en color; en rústica. Precio 15 pesetas.

«Tratado de Medicina y de Terapéutica», publicado bajo la dirección del P. Brouardel, A. Gilbert y S. Girode. Diez tomos en 4.<sup>o</sup> prolongado, de más de 900 páginas cada uno; en rústica. Precio 167 pesetas.

«Tratado de Cirugía clínica y operatoria», publicado bajo la dirección de A. le Dentu y Pierre Delbet. Once tomos en 4.<sup>o</sup> prolongado de unas 900 páginas cada uno próximamente; en rústica. Precio 167 pesetas.

## **Manual del método Rontgen**

POR

### **B. Navarro Cánovas**

Médico Mayor de Sanidad Militar. Profesor de Radiografía en el Hospital Militar de Madrid. Ex-interno, por oposición, de los hospitales provincial y clínico de dicha capital.

Con 88 figuras y 4 tablas intercaladas en el texto.

Se halla de venta al precio de 8 pesetas en la librería de Roso, Alcalá, 5, y en la Administración de "El Siglo Médico", Magdalena, 36.—MADRID.

# LIBRERIA EDITORIAL

DE

## BAILLY-BAILLIERE E HIJOS

PLAZA DE SANTA ANA, 11.-MADRID

### Obras importantes de Medicina

#### Anuario Internacional de Medicina y Cirugía.

*Correspondiente al primer semestre del año actual.*

Es tan conocida esta publicación que seguramente no habrá Médico ni Farmacéutico que no sepa el asunto de que trata.

Dedicada al examen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos en las ciencias Médicas, es, sin duda alguna el mejor que tan conocidísima Casa presta á la clase médica.

La mayor garantía de este Anuario es la de su prestigioso recopilador Doctor Reboles y Campos, quien con singular pericia ha llevado á la obra aquellos descubrimientos y adelantos de verdadero interés y que puedan servir de estudio á Médicos y Farmacéuticos, tomados de artículos de las principales publicaciones de todas las naciones, y, por último, ha sido adicionado con un formulario Mod rno.

El precio de este tomo es el de 5 pesetas en rústica y 6 encuadernado, aumentando en provincias 50 céntimos más para gastos de correo.

*Cirugía Abdominal Ginecológica*, por el Dr. D. Policarpo Lizcano, médico, por oposición, de la Beneficencia Municipal, profesor del Instituto Rubio, Jefe de la Consulta oficial de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa, con una carta-prólogo del Dr. D. Eugenio Gutiérrez, individuo de la Real Academia de Medicina de Madrid.—Madrid, 1909.—Un tomo en 8.<sup>o</sup> (23 × 18), ilustrado con 105 grabados. En rústica, 8 pesetas en pasta, 10.

*Manual de Electroterapia*, por el Dr. D. Jaime Mitjavila, médico mayor del Cuerpo de Sanidad Militar. con un prólogo del Dr. Pulido —Madrid, 1909 —Un tomo en 12.<sup>o</sup> (18 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> × 12 <sup>3</sup>/<sub>4</sub>), ilustrado con 62 grabados. En rústica, 4 pesetas; en tela, 4'50.

*Formulario práctico de Terapéutica y Farmacología* (Dujardin-Beaumetz, revisado por A. Gilbert, profesor de Terapéutica-agregado á la Facultad de Medicina de París, médico del Hospital Broussais, miembro de la Sociedad de Biología, y por P. Yvón, doctor en Farmacia, miembro de la Academia de Medicina, miembro de la Sociedad de Farmacia y de la Sociedad de Biología; traducido y anotado de la vigésima primera edición francesa por el Dr. D. Gustavo Reboles y Campos, médico numerario por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid, Jefe facultativo de la misma, etc., etc.—Vigésima edición española.—Madrid, 1909.—Un tomo en 12.<sup>o</sup>, de bolsillo, tirado en papel indiano (15 × 9 <sup>1</sup>/<sub>2</sub>—400). Elegantemente encuadernado, 6 pesetas,