

# Revista Médica Salmantina

---

OCTUBRE DE 1906

---

SECCION DOCTRINAL

## *Algunas notas sobre la regulación de la lactancia*

por José Carlos HERRERA

=

Muchos pediatras se han ocupado de esta cuestión que tanta importancia y tanta transcendencia tiene, no solo para el crecimiento de la criatura, sino también para conservar el buen estado de salud de la madre, si es ella la que amamanta á su hijo.

Dos puntos tenemos que resolver, y son: 1.º Cuántas veces en las 24 horas debe aplicarse el pecho al niño. 2.º Qué cantidad de leche debe tomar cada vez.

Cuando el niño tiene alguna necesidad, de cualquier orden que sea, nos la indica por medio del llanto; es el único medio de expresión que posee, y lo aplica para manifestarnos todas sus necesidades. Generalmente la madre interpreta mal el llanto de su hijo y no sabe callarle más que con el pecho, de donde resulta que le da de mamar á intervalos muy largos ó muy cortos.

¿Qué resulta de esto? Fijémonos en los efectos que produce en el niño. En primer lugar, no se desarrolla como debía, y nada nos lo puede decir mejor que la curva del peso. Si tenemos el cuidado de pesarlo á intervalos dados, unas veces sobrepasará y otras veces no llegará á la curva normal; su estómago sobrecar-



gado se librará del exceso que tiene (vómito) y si no puede hacerlo aumentará su capacidad (gastroectasia) á más que la secreción del jugo gástrico resultará alterada. Tal vez se crea este cuadro algo recargado; pero si nos fijamos en la anatomía y fisiología del estómago y en la patogenia de los trastornos que hemos enumerado, se comprenderá lo perjudicial de esta manera de amamantar al niño.

Diferentes autores se han ocupado de fijar la capacidad del estómago del recién nacido y sus resultados; aunque varían, pueden servirnos de guía é ilustrar nuestras decisiones.

Beneke fija la capacidad estomacal del recién nacido en 40 centímetros cúbicos.

Alliot da como medida de esta capacidad la cantidad de 35 centímetros cúbicos.

Holtz la expresa en las siguientes cifras:

Primer día. . . . .	35	centímetros	cúbicos
Tres meses. . . . .	130	—	—
Seis meses . . . . .	180	—	—
Doce meses . . . . .	270	—	—

Fleischman la fija de la siguiente manera:

1. <sup>a</sup> semana. . . . .	46	centímetros	cúbicos
2. <sup>a</sup> — . . . . .	78	—	—
3. <sup>a</sup> y 4. <sup>a</sup> semanas . . . . .	85	—	—
3 meses. . . . .	140	—	—
5 — . . . . .	160	—	—
9 — . . . . .	375	—	—

Pfaundler cree que la capacidad del estómago es

1. <sup>er</sup> mes	90	centímetros	cúbicos	7. <sup>o</sup> mes	180	centímetros	cúbicos
2. <sup>o</sup>	100	—	—	8. <sup>o</sup>	200	—	—
3. <sup>o</sup>	110	—	—	9. <sup>o</sup>	225	—	—
4. <sup>o</sup>	125	—	—	10. <sup>o</sup>	250	—	—
5. <sup>o</sup>	140	—	—	11. <sup>o</sup>	270	—	—
6. <sup>o</sup>	160	—	—	12. <sup>o</sup>	290	—	—

Por otra parte, las investigaciones de Zweifel, Leo, Langen-



dorf, Epstein, Heubner, etc. sobre la fisiología del estómago han demostrado que, si bien al cabo de media hora ha desaparecido de este órgano una parte considerable de la leche ingerida, su salida completa varía con la cantidad y calidad que de dicho alimento ha tomado el niño; pero que no se puede considerar como vacío el estómago sino al cabo de dos horas; un poco menos en los niños de un mes, un poco más en los que pasan de ocho meses (Holtz).

El papel principal de la digestión lo desempeñan la enzima del cuajo que coagula la leche y cuya presencia en el jugo gástrico es constante y el ácido clorhídrico que se forma continuamente durante la digestión y que hace que ésta sea más rápida (Thompson). La presencia de este ácido no es constante, tan sólo hacia el término de digestión se le encuentra, aunque en proporción menor que en el adulto (0,13 por 1000 en el niño; 2 por 1000 en el adulto, según Leo), hecho en el que debemos fijarnos, porque nos explica el pequeño poder antiséptico del jugo gástrico y la facilidad que tiene el niño para padecer afecciones gastrointestinales.

Pero aun hay más, según Robin, la secreción láctea resulta de la fusión de las células de los conductos y de los acimis glandulares, ayudando á esta fusión el suero sanguíneo trasudado; según Reiset, la primera leche que el niño mama en cada vez, es más acuosa, mientras que la última es más concentrada; pero también sabemos que contiene tanta mayor cantidad de partes sólidas cuanto más tiempo permanece la glándula inactiva, de donde resulta que la leche que ha permanecido cuatro ó seis horas en la mama, es más nutritiva para el niño.

Si reflexionamos sobre lo antes apuntado, comprenderemos que *lo más conveniente es aplicar al pecho al niño cada dos ó tres horas*. Por la noche este intervalo puede y debe hacerse mayor, en interés de la madre por un lado, para que tenga tiempo de procurarse un sueño reparador; en interés del niño por otro, para que así su estómago descanse,



Si no guardamos este intervalo y el niño se pone al pecho cada vez que llora, y lo hace muy á menudo, ingresa en su estómago una gran cantidad de leche, mayor que lo que permite su capacidad, y en este caso el órgano se defiende de dos maneras. Una de ellas es expulsando esta sobrecarga (vómito), para lo que los niños están muy bien dispuestos, puesto que su estómago es casi vertical y su fondo de saco mayor apenas existe, y esta parte del órgano es la que más se opone al vómito (dificultad de devolver en los adultos). Pero si esto no basta, el estómago se dilata, para poder contener el exceso de leche que el niño ha tomado; sus fibras musculares se distienden, acabando por perder su elasticidad, estableciéndose la gastroectasia.

El jugo gástrico tampoco se segrega con normalidad. Solicitada su secreción sin cesar por las nuevas cantidades de alimento que al estómago llegan, hace que las glándulas estomacales estén *forzadas* en su función. No hay tiempo para que sus elementos constitutivos se acaben de formar. A más, experimenta este jugo una dilución mayor, en virtud del mayor volumen alimenticio que el estómago contiene, y todo esto hace que la digestión de la leche sea incompleta. Si á esto añadimos que el débil poder anti-séptico del jugo gástrico ha desaparecido, por fijar todo el ácido clorhídrico la caseína (Müller), la facilidad con que la leche experimenta fermentaciones anormales y que la defensa del organismo contra los microorganismos ha desaparecido (falta de ácido clorhídrico), nada de particular tiene que en el niño se desarrollen infecciones gastro-intestinales, de carácter grave en algunas ocasiones.

Fijado ya el número de veces que el niño debe tomar el pecho durante las 24 horas, nos falta saber qué cantidad de leche debe tomar cada vez.

Casi todos los pediatras resuelven este punto sabiendo la capacidad estomacal y á los datos suministrados por la medición de esta capacidad se atienden.



Bouchaud la calcula así:

Tercer día. . . . .	40 gramos	5. <sup>o</sup> mes . . . . .	100 gramos
5. <sup>o</sup> — . . . . .	55 —	6. <sup>o</sup> — . . . . .	120 —
Primer mes. . . . .	60 —	7. <sup>o</sup> — . . . . .	150 —
Tercer — . . . . .	70 —		

Camerer dice que se debe dar

1. <sup>a</sup> semana. . . . .	48 gramos.	10. <sup>a</sup> semana. . . . .	80 gramos
2. <sup>a</sup> — . . . . .	52 —	13. <sup>a</sup> — . . . . .	83 —
4. <sup>a</sup> — . . . . .	60 —	15. <sup>a</sup> — . . . . .	85 —
7. <sup>a</sup> — . . . . .	77 —	20. <sup>a</sup> — . . . . .	89 —

Legoud administra

3. <sup>a</sup> semana, . . . . .	70 á 80 gramos.	6. <sup>a</sup> semana, . . . . .	90 á 100 gramos
4. <sup>a</sup> — . . . . .	80 á 90 —	7. <sup>a</sup> — . . . . .	100 á 110

Cramer, cuyas investigaciones se reducen á los diez primeros dias, consiguió un desarrollo fisiológico en un niño de pecho dándole las siguientes cantidades de leche en las 24 horas:

2. <sup>o</sup> día, . . . . .	20 gramos	6. <sup>o</sup> día, . . . . .	260 gramos
3. <sup>o</sup> — . . . . .	70 —	7. <sup>o</sup> — . . . . .	270 —
4. <sup>o</sup> — . . . . .	120 —	8. <sup>o</sup> — . . . . .	290 —
5. <sup>o</sup> — . . . . .	190 —	9. <sup>o</sup> — . . . . .	300 —

Biedert calcula la ración alimenticia de un niño de pecho durante las 24 horas de esta manera:

Primer día, . . . . .	27 gramos	3. <sup>a</sup> semana, . . . . .	454 gramos
2. <sup>o</sup> — . . . . .	100 —	4. <sup>a</sup> — . . . . .	570 —
3. <sup>o</sup> — . . . . .	198 —	2. <sup>o</sup> mes, . . . . .	712 —
4. <sup>o</sup> — . . . . .	255 —	3. <sup>o</sup> — . . . . .	805 —
5. <sup>o</sup> — . . . . .	350 —	4. <sup>o</sup> — . . . . .	873 —
6. <sup>o</sup> — . . . . .	432 —	5. <sup>o</sup> — . . . . .	998 —
7. <sup>o</sup> — . . . . .	491 —	6. <sup>o</sup> — . . . . .	949 —
2. <sup>a</sup> semana . . . . .	590 —	7. <sup>o</sup> — . . . . .	921 —

Perret la calcula así:

	1. <sup>er</sup> día nada.	
2. <sup>o</sup>	160 gramos—	15 á 20 gramos cada vez.
3. <sup>o</sup>	285 —	25 á 30 —
4. <sup>o</sup>	360 —	35 á 40 —
5. <sup>o</sup>	430 —	40 á 45 —
6. <sup>o</sup>	470 —	45 á 50 —



7.º	490 gramos	45 á 50 gramos cada vez.
8.º	500 —	45 á 50 —
9.º	515 —	50 á 55 —
10.º	540 —	50 á 55 —

Ulecia y Cardona administra:

1.ª semana	30 gramos cada vez.
2.ª	45 —
3.ª	60 —
4.ª	75 —
5.ª y 6.ª	80 —
7.ª y 8.ª	90 —
3.º mes	100 —
4.º	120 —
5.º	135 —
6.º	145 —
7.º	160 —
8.º y 9.º	170 —
10.º	175 —
11.º	180 —
12.º	200 —

La medida de la capacidad estomacal no puede servirnos de guía para establecer la cantidad de leche que el niño debe mamar cada vez, pues como dice muy bien Alliót «es preciso tener en cuenta, no solo la capacidad del estómago, sino también el funcionamiento del órgano y si las condiciones anatómicas pueden ser invariables, cada niño tiene una individualidad fisiológica que le es particular y que difiere de la de los otros».

¿Cómo sabremos la cantidad de leche que el niño debe tomar cada vez? Ningún procedimiento mejor que la observación del niño. Cuando su curva de peso sea la normal, cuando no presente vómitos, ni diarrea glerosa (leche á medio digerir) y sus deposiciones sean normales en cantidad y calidad, diremos que el niño está bien alimentado.

Mas esto dicho así, es muy vago, nos hace falta una pauta, una guía, para saber á qué atenernos sobre el particular.

Así, algunos han intentado relacionar la ración alimenticia del



niño con su peso. El Dr. Budín lo ha hecho con los prematuros y recomienda durante los 10 primeros días:

DIAS	Niño que pese menos de 1800 gramos	Niño que pese 1800 á 2200 gramos	Niño que pese 2200 á 2500 gramos
2.º	115	128	180
3.º	160	175	236
4.º	210	226	295
5.º	225	308	335
6.º	250	324	370
7.º	280	336	375
8.º	285	350	380
9.º	310	380	415
10.º	320	410	425

Pero más que con el peso hay que relacionarla con la superficie. Esto es lo que hacen Richet y Lesné, pues dicen «no es el peso lo que importa, sino la superficie porque la función de alimentación es en gran parte una función térmica, la combustión del alimento es proporcional á la radiación térmica. Ahora bien, esta radiación, según la ley de Newton, es proporcional á la superficie. Experiencias fisiológicas innumerables muy precisas, han establecido que el consumo de oxígeno es función de la superficie y por consecuencia, si se quiere establecer una fórmula racional de la cantidad de alimento necesario, es preciso relacionar la alimentación con la superficie».

A decir verdad, no les falta razón á Richet y Lesné, para pensar en esta forma. Una de las causas que contribuyen á que el niño pierda de peso durante los tres días que siguen á su nacimiento, es debida á la pérdida de calórico; que por irradiación experimenta. Necesitando conservar una temperatura constante y elevada, á pesar de las variaciones del medio, y no recibiendo alimento alguno (salvo excepciones) durante ese tiempo, tiene que *quemar* sus propios tejidos para proporcionarse el grado de calor necesario para su vida. A los prematuros se les coloca en



las incubadoras, no solo por librarles de las influencias atmosféricas (cambios de temperatura principalmente) sino también para que la pérdida de calor que experimenten por irradiación, se reduzca al minimum posible y *fijen* la mayor parte de los alimentos que ingieren.

Un hombre sano, normal y de desarrollo medio (75 kilos) necesita como ración de sostenimiento, en reposo, 118 gramos de albumina, 56 gramos de grasa y 500 de hidratos de Carbono (Voit y Pettenkofer) cantidad que si se quemara totalmente, produciría unas 3000 calorías; sin embargo el hombre solo produce 2.500, de las que 2000 ó más, se pierden por irradiación y están destinadas á mantener la temperatura del cuerpo. Si admitimos la fórmula que dá Meeh para calcular la superficie del cuerpo en razón de su peso, tendremos  $S = K \sqrt[3]{P^2}$  ó bien  $S = P^{0,636} \times K$ ; en la que P. representa el peso de gramos, K una constante, cuyo valor es 1'2313 para el niño y S representa la superficie. Si suponemos que el hombre posee 16 metros cuadrados (cifra dada por la mayor parte de los autores) de superficie cutánea, que es por donde se pierde el calor por irradiación, la relación que hay entre la superficie y el peso, varía mucho del niño al adulto. Meeh midió experimentalmente la superficie del niño y sus resultados pueden verse en el cuadro adjunto, Richet y Lesné, la calcularon por la fórmula de Meeh y construyeron también su cuadro y si tomamos sus resultados como ciertos, veremos que la proporción antes dicha puede establecerse. Para el adulto la representa la siguiente fórmula S: P:: 21'33: 1 y los del niño (6 días del cuadro de Meeh) esta otra S: P:: 829' 40: 1; la diferencia en la proporción, no puede ser más notoria.



**Cuadro de Meeh, hecho con medidas experimentales**

EDAD	Longitud del cuerpo en centímetros.	Peso del cuerpo en gramos	Superficie del cuerpo en centímetros cuadrados	Superficie en centímetros cuadrados por kilogramo de peso
6 días	50	3020	25048	829
6 y 1/2 meses	66	6766	42216	624
14 meses	74	9514	53450	562
33 meses	82	13594	62785	462
6 años y 8 y 1/2 meses	102	17500	80182	458
9 años y 4 días	112	18750	85467	456
9 años y 10 meses	114.5	19313	87959	456
13 años y 12 1/2 meses	137.5	28300	118831	420
15 años, 9 meses y 20 días	152	35375	149885	421

**Cuadro de Richet y Lesné, hecho con la fórmula de Meeh**

EDAD principio de mes	Peso en gramos	Superficie absoluta en centímetros cuadrados	Superficie por kilogramo en centímetros cuadrados
1.º	3000	2496	832
2.º	3750	2980	768
3.º	4500	3264	725
4.º	5250	3620	691
5.º	6000	3960	660
6.º	6500	4176	642
7.º	7000	4390	627
8.º	7500	4596	613
9.º	7900	4752	602
10.º	8300	4932	590
11.º	8660	5109	584
12.º	8960	5182	579

Nota.— Creemos que este cuadro está equivocado y que le falta una cifra, á todas las que expresan la superficie absoluta en centímetros cuadrados, pues bien sabido es que estas unidades crecen de 100 en 100, y no es posible que un niño de 50 centímetros de estatura, tenga solo 2496 centímetros cuadrados de superficie total.



Ahora bien; si un hombre necesita una cantidad de alimentos dada, de la que la mayor parte ha de perderse para su calorificación y una pequeña ha de ser transformada en trabajo útil, con más razón hemos de suponer que un niño ingrese la casi totalidad de sus alimentos para su función térmica; he aquí porque dicen Richet y Lesné «que la combustión del alimento es proporcional á la radiación térmica y añadan un poco más adelante en su trabajo sobre Racion de leche necesario y suficiente del niño» (Archives de Medicine des enfants, Aout 1906) que es preciso relacionar la alimentación con la superficie.

Pero nos falta saber si existe una fórmula general que nos indique la cantidad de leche necesaria para un niño de superficie dada.

Para esta determinación acuden Richet y Lesné á las cifras clásicas indicadas por los autores para el consumo de leche de niños según su edad y que son las siguientes:

1er. mes, 600 gramos diarios de leche.

2.º	—	650	—	—
3.º	—	700	—	—
4.º	—	750	—	—
5.º	—	800	—	—
6.º	—	850	—	—
7.º	—	900	—	—
8.º	—	925	—	—
9.º	—	950	—	—
10.º	—	975	—	—
11.º	—	1000	—	—
12.º	—	1025	—	—

Refiriendo estas cifras á la unidad de superficie, podemos saber, en la práctica, la cantidad de leche necesaria por decímetro cuadrado. Así nos lo indica el siguiente cuadro de Richet y Lesné:

1er. mes 3000 á 3750 gramos de peso 21'8 gramos de leche por día y por decímetro cuadrado de superficie.

2.º	—	3750 á 4500	—	—	20'0	—	—	—
3.º	—	4500 á 5250	—	—	19'8	—	—	—



4.º mes 5250 á 6000 gramos de peso 19·7 gramos de leche por día y por decímetro cuadrado de superficie.

5.º	—	6000 á 6500	—	—	19·5	—	—	—
6.º	—	6500 á 7000	—	—	19·3	—	—	—
7.	—	7000 á 7506	—	—	19·1	—	—	—
8.º	—	7500 á 7900	—	—	19·0	—	—	—
9.º	—	7900 á 8300	—	—	18·8	—	—	—
10.º	—	8400 á 8660	—	—	18·6	—	—	—
11.º	—	8660 á 8960	—	—	18·5	—	—	—
12.º	—	8960 á 9280	—	—	18·3	—	—	—

Nos demuestra este cuadro que el niño en el primer mes necesita 22 gramos de leche por decímetro cuadrado, mientras que más adelante solo le hacen falta primero 20 gramos y luego 18 por decímetro cuadrado; mas como esta serie de cifras se retiene, mal conviene dar una fórmula muy general y muy simple que abrace todos los casos y Richet y Lesné proponen esta, que nos parece muy aceptable.

*La cantidad de leche que conviene al niño es la de 20 gramos por decímetro cuadrado.*

Si conociéramos exactamente la cantidad de excreta del niño, las cifras dadas sobre la cantidad media de leche que le es necesaria, nos permitirían establecer una proporción muy interesante, entre la cantidad de leche fijada por el organismo y la cantidad de leche consumida. Pero los análisis de los excreta (Uffelman, Blau-berg) no son muy satisfactorios, pero sí admitimos con Camerer que contienen (cifras redondas) 75 por 100 de agua, 4 por 100 de residuos de otra naturaleza (cenizas) y 17 por 100 de materias azoadas; que su cantidad en el primer mes, es de 60 gramos por día, que aumenta 2 gramos por mes (50 gramos en un niño de un mes, 74 en el de un año) y que 100 gramos de heces desarrollan 120 calorías; resulta que el niño pierde por sus excretas, las calorías expresadas en el cuadro siguiente (Richet y Lesné).



1. <sup>er</sup> . mes	60 calorías	7. <sup>o</sup> mes	84 calorías
2. <sup>o</sup> —	64 —	8. <sup>o</sup> —	92 —
3. <sup>o</sup> —	68 —	9. <sup>o</sup> —	96 —
4. <sup>o</sup> —	72 —	10. <sup>o</sup> —	100 —
5. <sup>o</sup> —	76 —	11. <sup>o</sup> —	104 —
6. <sup>o</sup> —	80 —	11. <sup>o</sup> —	108 —

Siendo la composición química del cuerpo del niño: agua 71'2; grasa 13'3; albuminoides 11'5; cenizas 2'4; Materias extractivas 1'6; según Camerer, dejando á un lado las materias extractivas producen para un crecimiento en peso de 100 gramos, una fijación de 166 calorías por cada 100 gramos de tejido.

Las calorías que el niño fija serán (Richet y Lesné).

EDAD	Aumento de peso	Calorías fijadas	EDAD	Aumento de peso	Calorías fijadas
1. <sup>er</sup> . mes	25 grms.	41	7. <sup>o</sup>	15 grms.	25
2. <sup>o</sup> —	23	38	8. <sup>o</sup>	13	23
3. <sup>o</sup> —	22	36	9. <sup>o</sup>	12	20
4. <sup>o</sup> —	20	33	10. <sup>o</sup>	10	17
5. <sup>o</sup> —	18	30	11. <sup>o</sup>	9	15
6. <sup>o</sup> —	17	28	12. <sup>o</sup>	8	13

La leche por su composición tiene un equivalente calorífico de 60 calorías por cada 100 gramos (según Berthelot (Gómez Ocaña; Fisiología), cada gramo de albumina desarrolla 4'1 calorías, cada gramo de hidratos de carbono, 4'1 calorías y cada gramo de grasa 9'3 calorías), así es que conociendo la cantidad de leche ingerida, las calorías que desarrolla, las que el niño pierde con los excreta y las que fija por el aumento de peso, sabremos las calorías que el niño consume, pues basta restar de las calorías de ingestión, las que el feto fija y las que pierde por sus excretas. El siguiente cuadro (Richet y Lesné) nos dá estas cifras por día.



MES	Leche ingerida en gramos	Leche ingerida en calorías	Calorías de fijación	Calorías de las excretas del niño	Calorías que consu- me
1.º	600	360	41	60	259
2.º	630	378	38	64	276
3.º	680	408	36	68	304
4.º	730	438	33	72	333
5.º	790	474	30	76	368
6.º	850	510	28	80	402
7.º	900	540	25	84	431
8.º	920	552	22	88	442
9.º	930	558	20	92	446
10.º	940	564	17	96	451
11.º	950	570	14	100	456
12.º	960	576	12	104	460

Aunque estas no son más que cifras aproximadas, se las puede considerar como reales y servir de media general para construir el cuadro siguiente (Richet y Lesné).

EDAD. MES	Superficie media (en centímetros cua- drados)	Peso medio (en gramos)	Calorías de consumo por superficie (en decímetros cuadrados)	Calorías de consumo (por kilógramo)
1	2750	3380	9'4	76'7
2	3120	4125	8'8	70'0
3	3440	4880	8'8	60'0
4	3390	5625	8'8	59'2
5	4060	6250	9'0	58'8
6	4280	6750	9'4	59'5
7	4450	7250	9'6	59'4
8	4680	7700	9'4	57'4
9	4840	8150	9'2	54'7
10	5020	8530	9'0	52'8
11	5150	8810	8'8	51'8
12	5240	9120	8'9	50'4

Se ve que es sensiblemente igual el número de calorías consumidas por unidad de superficie y que estas calorías son próximamente 9 por decímetro cuadrado; lo que representa un peso de leche que oscila alrededor de los 15 gramos.



El consumo de leche por kilogramos, varía muchísimo (de 79 á 50) su decrecimiento es muy irregular, cosa que era de prever.

Se puede, pues, decir, que la medida de la superficie da una noción más completa y más exacta que el peso del cuerpo.

En fin, si se compara la cantidad de calorías fijadas con las consumidas, podremos saber cuantas calorías se fijan por cada 100 que se consumen, cosa que nos dice el cuadro siguiente (Richet y Lesné).

1 <sup>er</sup> mes	15'8	calorías fijadas.		7 mes	5'8	calorías fijadas.
2.º	—	13'7	—	8	—	4'9
3.º	—	11'8	—	9	—	4'5
4.º	—	9'9	—	10	—	3'8
5.º	—	8'2	—	11	—	3'1
6.º	—	6'9	—	12	—	2'6

Lo que nos autoriza para decir que la fisiología del niño se modifica profundamente en el trascurso del primer año. El recién nacido emplea una buena parte de la leche ingerida (16 por 100) en fijarla en sus tejidos; mientras que al año, cuando su superficie se ha desenvuelto, cuando la radiación térmica es considerable y su consumo más activo, la fijación en los tejidos es menos importante, no fija en sus tejidos más que el 3 por 10 de la leche ingerida.

El procedimiento de Richet y Lesné es más racional, más fisiológico que los de otros autores, que miden la cantidad de leche que necesita el niño por su capacidad estomacal, unifica las investigaciones, pues así como en el adulto nos sirve de base para establecer su ración alimenticia la cantidad de trabajo que desarrolla, en el niño, como no hay trabajo, la base para calcular la cantidad de alimentos tiene que ser otra, y ninguna mejor que las pérdidas que sufre, que, como hemos visto, están en relación con su superficie.

Los cálculos que Richet y Lesné presentan y que más arriba hemos expuesto, nos dan á conocer otro hecho interesante, y es que, á medida que se desarrolla el niño disminuye en importancia



la fijación en relación con el consumo de alimentos, hecho que no tiene nada de particular por ser en el niño muy importante el trabajo del crecimiento, cosa que no sucede en el adulto.

El ser casi igual, el número de calorías que el niño consume por unidad de superficie, en los diferentes meses de su vida, nos demuestra la bondad de la base escogida por Richet y Lesné para calcular la ración de leche necesaria en el niño, difícilmente se encontraría otra mejor, sin embargo debemos esperar que nuevas investigaciones acaben de dar la supremacía á este procedimiento pues los hechos de Richet y Lesné necesitan comprobación, pero aun así y todo, no debemos de perder de vista su trabajo que representa un gran adelanto en la cuestión tan importante y tan transcendental de la alimentación del niño.

Salamanca 4 de Octubre de 1906.

---

CLÍNICA DE BEJAR  
=  
OBSTETRICIA

por RAMIRO ARROYO

**Médico de la Beneficencia**

Presento 35 casos de Obstetricia, sección de interés en la práctica del médico titular. Reconozco que esta estadística no es tan numerosa como otras que pudieran presentarse de esta misma población; mas, aun siendo escasa, se presta á consideraciones útiles.

Ocurre en Béjar, como en muchas localidades, que la inmensa mayoría de las mujeres embarazadas avisan con anticipación á un médico de su confianza para que las asista durante el parto. Nadie dejará de reconocer la excelencia de esta costumbre y sin esfuerzo se recuerdan con pena casos en que el médico es llamado demasiado tarde, cuando apenas puede hacer más que tratar



de poner remedio á complicaciones que pudieron y debieron en un principio evitarse.

*Partos normales.*—Figuran 18 en mi estadística de Béjar.—Un parto normal parece ser la cosa más sencilla y, efectivamente, así es, porque basta dejar que todo se verifique naturalmente. Por regla general no ocurre ningún contratiempo desagradable, á pesar de los tactos repetidos que el médico hace por impaciencia propia, de la parturienta ó de la familia; tactos que es difícil practicar siempre según las reglas asépticas, porque aunque se lleven á prevención pastillas de sublimado para lavarse las manos, todavía la gente no está instruida lo bastante para dejar lavar la vulva y partes próximas en el comienzo del parto, ni tenemos todos los médicos el valor heroico necesario para afrontar la falsa responsabilidad del lavado antiséptico previo, del campo en que el dedo ha de moverse para hacer el *reconocimiento*.

Un punto de interés es el de la posición de la mujer durante el parto. En esto cada médico tiene su costumbre ó su sistema. De los partos que he asistido, trece mujeres dieron á luz en cama y cinco fuera de ella, reclinadas en butacas ó en sillas. No cabe duda que la posición horizontal, la posición *francesa* es cómoda generalmente para la mujer, economiza energías y facilita el descanso en el intervalo de los dolores; por otra parte, proporciona tranquilidad al médico, pues hay partos muy rápidos, sobre todo en multiparas, que exponen á serios peligros si la mujer está levantada. En una de mis observaciones, gracias á estar la mujer en cama, donde pudo permanecer después de reiteradas instancias, se pudo evitar la expulsión brusca del feto con la probable rotura de cordón, caída del feto al suelo, arrancamiento de placenta, inversión del útero y otros accidentes desagradables y peligrosos. Tratábase de una Xlpara á quien en el parto anterior asistí también, no pudiendo conseguir que diera á luz en la cama, viéndome en apuro para contener la rápida salida del feto para romper las membranas íntegras en aquel momento y para evitar un síncope por la considerable hemorragia.



Por otra parte, es indudable que la mujer aprovecha mejor sus esfuerzos expulsivos estando levantada y que fuera de la cama puede ser ayudada con más eficacia mediante ciertas presiones sobre el vientre ejecutadas por una persona colocada detrás de ella, sosteniéndola sobre sus rodillas y abrazándola cruzando las manos por delante; pero esta práctica está lejos de merecer la aprobación de la generalidad de los médicos y de ser aceptada por la mayoría de las mujeres; sé, sin embargo, que algunos partos lentos han terminado favorablemente merced á este medio.

En cuanto á la expulsión de la placenta, es variable el tiempo que el médico deja transcurrir sin decidirse á la extracción.

Por mi parte espero media hora cuando no hay hemorragia alarmante, y no tengo que arrepentirme de haber tenido paciencia. En caso de hemorragia abundante no hay que perder tiempo. En dos casos tuve que intervenir haciendo la extracción por síncope de las enfermas; ambas habian dado á luz fuera de la cama, y puede calcularse la situación.

Tengo la costumbre de administrar 0,50 centigramos ó un gramo de cornezuelo de centeno, sintemáticamente, después del alumbramiento, aun en partos normales. Esta práctica me permite retirarme hasta la visita siguiente con bastante tranquilidad, respecto á hemorragia. Recuerdo el caso de una mujer asistida por una partera (sin título) y á quien ésta dejó en buen estado, después del parto, no dando cornezuelo (cosa rara). A las cuatro horas sobrevino tan abundante hemorragia, que puso en peligro la vida de la puérpera y que felizmente pude contener con inyecciones de ergotina.

Hace algunos años, al principio de mi práctica, hacia lavados vaginales, con disolución de ácido bórico en agua hervida después del vaciamiento del útero; hoy no lo hago más que cuando se han hecho táctos muy repetidos, cuando ha habido que extraer la placenta, cuando hay, en fin, sospecha de infección. Cuando todo



ha sido normal no hay necesidad de ello, y hay que tener presente que acaso tienen razón los que achacan á las irrigaciones mal hechas, algunas infecciones puerperales.

De los 18 partos normales, dos solamente han sido de nalga, los demás, de vértice. Uno de los partos de nalgas, modalidad completa, no exigió nada más que lo que exige el caso: paciencia y moderación en la salida del tronco, pues no hubo necesidad de extraer la cabeza; tratábase de una mujer IV para y dió á luz una niña viva. Durante el parto fué expulsada una abundante cantidad de meconio, y conviene apuntar que esto, que en cualquiera otra presentación es de fatal pronóstico para la vida del feto, no tiene gran importancia en la de nalgas. En el otro caso, modalidad también completa, mujer IV para, murió la criatura (de 8 meses) durante el parto, teniendo que extraer la cabeza por la maniobra de Mauriceau.

Expondré la nota clínica siguiente, que se refiere á un parto normal M. A., 34 años, I para. Bocio simple en varios individuos de su familia, y enfermedades de Basedow (según diagnóstico del Dr. Símarro) en una hermana. Ella afecta, de un bocio voluminoso, con ligero exofthalmus y facies inexpresiva.

Durante los últimos tiempos del embarazo tomó con intervalo de dos días, dos baños generales templados, de 15 minutos. Embarazo de término. El 10 de Junio 1904, á las diez de la noche, habiendo comenzado los dolores, se aprecia el encajamiento del vértice y dilatación del tamaño de una peseta. Lavado vulvo vaginal á muy ligera presión con agua hervida. En cama. El día 11 á las tres de la mañana rotura de la bolsa, líquido amniótico oscuro, como manchado por algo de meconio. A las seis de la mañana, expulsión espontánea de un niño vivo, que llora difícilmente. Expulsión espontánea de la placenta á los cinco minutos. Rasgadura perineal de 2º grados: dos puntos de catgut; 0'50 centígramos de cornezuelo.

A las diez de la noche fiebre de 39'5º pulso muy pequeño á



130, indiferencia mental. A las diez de la mañana del día 12, el pulso se hace imperceptible, hay temblor general, pérdida completa de conocimiento, muriendo á las once de la mañana. El niño muere á las dos de la mañana.

Es indudable que no se trata de fiebre puerperal. siendo lo más probable que el corazón ha tomado una participación considerable en la producción de la muerte. Siendo el bocio exoftálmico una afección cardíaca es racional atribuir al corazón esta participación, toda vez que se sabe que «los accidentes en una cardíaca, pueden no aparecer hasta después del parto; resultan de una insuficiencia funcional del corazón, debida al cansancio, al descenso brusco de la tensión arterial, á la depresión nerviosa.

*Partos distócicos.*—Es bastante común en primiparas de alguna edad, la distocia ocasionada por la excesiva resistencia del periné. La presentación es de vértice; el encajamiento, la rotación interna, la rotura de la bolsa, el avance de la cabeza, todo se ha verificado perfectamente; pero al final, la cabeza se detiene, á pesar de los fuertes dolores, la mujer sufre, el feto también, y la situación se hace peligrosa, tanto para la criatura como para la madre. Casos de estos abundan en la práctica de todos los que han asistido á partos. Frecuentemente el feto es expulsado, al fin; pero casi siempre sin vida. No está exenta la madre de peligro y en una de mis observaciones tratábase de una mujer que en un parto anterior, al cuál no asistí, después de expulsar un feto muerto, quedó con una fístula véxico-vaginal; y en otra mujer, cuya historia publiqué en la Revista Valenciana de Ciencias Médicas, núm. 81; y á cuyo parto tampoco asistí, fueron tales las consecuencias de esta distocia, que después de poner su vida en gravísimo peligro, del cuál pudo triunfarse con dificultad, la ocasionaron la muerte en un segundo parto de término, según pronóstico racional anticipado. A continuación expongo los casos en que he intervenido por esta clase de distocia.

1.º A. S.—27 años. I para.—Vértice 3.ª.—Me avisan el 30 de Octubre 1904, á las doce de la noche. Me dicen que está en parto desde hace ocho días; la partera dice que desde hace veinte horas no aprecia diferencia en la progresión del feto. Rotura de la bolsa desde hace tres días. Cabeza á unos 8 cm. de la vulva. Se



oyen bien los latidos fetales, se hacen bastante lentos. Aplicado el forceps de Levret, extraigo una niña viva, con alguna dificultad respiratoria, que logro reanimar. Rasgadura perineal de 2.º grado. Tres puntos de seda. Se levanta el día 10.

2.º F. C.—27 años. I para.—Me avisan el 2 de Noviembre 1904, á las ocho de la noche. Está con dolores desde hace tres días; acusa un dolor fuerte en la región sacra. que la hace dar fuertes gritos. Bolsa íntegra, apenas prominente; cuello poco dilatado, como un duro; latidos normales. Vértice 2.<sup>a</sup> A las once rompo la bolsa de las aguas: continúan los dolores fuertes en el sacro. A las doce, no percibiéndose los latidos fetales y á petición de la parturienta, aplico forceps de Levret, extrayendo una niña viva. Rasgadura perineal de 2.º grado. Dos puntos de seda. Se levanta el día 10.º

3. P. P.—24 años. Ipara. Vértice. 1.<sup>a</sup> Lamento que en la nota clínica no aparece el tiempo transcurrido desde el principio del parto. Aplicación de forceps Levret. Extracción de una niña viva. Rasgadura. No hago sutura. Paresia vesical durante dos días que obliga á extraer la orina con sonda. Sobreviene infección puerperal, pudiendo levantarse, por último, al mes del parto. Nuevo embarazo á los dos años, con parto normal y niño vivo, que lacta.

4. J. G.—33 años. IVpara. El 17 Octubre de 1902 me avisan. Tiene una fístula véxico-vaginal consecutiva al parto anterior, con feto muerto. Vértice 1.<sup>a</sup> Forceps Levret. Extracción de una niña viva. Se levantó al 10.º día. (La fístula véxico-vaginal fué operada con éxito en el mes de Agosto siguiente por el doctor don Ruperto Sanchez).

5. J. A.—36 años. Ipara. El 4 de Junio de 1903 me avisan á las doce de la mañana. Vértice 1.<sup>a</sup> Los dolores comenzaron al anochecer del día anterior. Espero; latidos fetales lentos. A las dos de la tarde la cabeza continúa en el mismo sitio, á pesar de existir fuertes dolores; no se perciben los latidos fetales. Propongo la aplicación de forceps: no se acepta. A las tres de la tarde el marido me ruega que intervenga y extraigo un niño muerto; rasgadura de 2.º grado. Se levanta el 17.

6. I. N.—32 años. Ipara. El 25 de Enero de 1906 soy llamado en consulta con el ilustrado compañero don Mateo Montero. El parto comenzó el 24 por la tarde. El 25 á las cuatro de la tar-



de se acentuaron los dolores. A las once de la noche, hora de la consulta, se aprecia presentación de vértice, 3.<sup>a</sup>, bolsa íntegra, poco prominente. Cabeza á 4 cm. de la vulva. Rompo la bolsa y aplico forceps Levret, extrayendo un niño muerto, que no logro reanimar. Rasgadura perineal de tercer grado. Sutura triple, rectal, vaginal y perineal. Se levanta á los doce días, después de haber cicatrizado las suturas.

7. E. G.—22 años. Ipara. Dolores desde las ocho de la noche del 28 de Septiembre. Vértice 1.<sup>a</sup> Bolsa abierta. A las cuatro de la tarde del día 29 consulta con don Mateo Montero, quien me proporciona estos datos. Cabeza detenida á 5 cm. de la vulva hace más de dos horas. Forceps Tarnier. Rasgadura de 2.<sup>o</sup> grado. Niño vivo. Sutura con seda. Se levantó á los diez días. Pare-sia vexical que exige cateterismo durante dos días.

8 y 9 —I. R.—30 años. Ipara. A las 11 de la mañana del 19 Diciembre 1904 echó agua, dice. Tiene algunos dolores, ligeros.

Cuello dilatado, como una peseta. Hay dos focos. A las 12 del día 20 dilatación como 2 pesetas. Escalofrios; 130 pulsaciones (la madre). A las 8 de la noche, siendo completa la dilatación del cuello y estando la cabeza en la escavación, aplico forceps Levret, previa consulta con Don José Mendez, extrayendo un niño muerto, con asfixia blanca, que no se logra reanimar. Se aprecia una segunda bolsa, que punzo, observando un segundo feto, también de vértice, que, encajado, extraigo también con forceps, muerto y que tampoco se logra reanimar. Rasgadura ligera, que no requiere sutura. No hay retención urinaria y solamente en los días sucesivos ligera fiebre, que llega á 38<sup>o</sup>1, siendo dada de alta la puérpera el 7 de Enero. Aquí, como se comprende, la dificultad no estuvo en el periné, sino en la rigidez del cuello. Hubiera hecho un buen servicio el dilatador de Champetier.

10 A. de M.—Ipara. Vértice—3.<sup>a</sup> Parto que data de 18 horas. Cabeza visible en la vulva. No se oyen latidos fetales. Bolsa abierta. Forceps Tarnier. Niña muerta. La madre se levanta, sin haber sobrevenido complicación el día 7<sup>o</sup>

He aquí otros casos de distocia, debida á otras causas:

F. M. 35 años. VIII para. El 11 de Diciembre 1904, me avisan á las seis de la mañana. Tiene ligera hemorragia. Se aprecia dilatación del tamaño de una peseta, presentación de vértice, no encajada. El 12 continúa con dolores, se rompe la bolsa, se encaja



el vértice, tercera posición con procidencia del cordón; cesa la hemorragia; dilatación como un duro. Solicito el concurso de otro compañero, siendo llamado don Mateo Montero. Siendo ya la dilatación completa, no percibiéndose latidos fetales, ni del cordón se decide hacer una aplicación forceps, que se lleva á cabo con el Levret; pero al hacer tracciones fuertes la cabeza no avanza. Se desiste y solicita el concurso de un tercer compañero, viniendo don Santos Oviedo, que insiste en nueva aplicación de forceps, con cloroformo. Se procede á ello, y no se consigue hacer avanzar la cabeza. La familia de la enferma se niega á nueva intervención y la enferma muere sin dar á luz á las cuatro de la mañana del día 14. La causa de la distocia permanece ignorada.

J. C. 25 años. III para. El 16 de Abril 1904 á las cinco de la tarde, dió á luz un niño vivo; no expulsa la placenta, ni hay hemorragia. Se supone la existencia de un segundo feto. Llamado en su auxilio á las nueve de la noche, compruebo la existencia de una bolsa de agua, no percibiéndose latidos fetales. Punzo la bolsa, encontrando pié y mano derechos. Extraigo por versión interna un feto muerto. Placenta única, con dos cordones. No sobreviene infección. Alta á los siete días.

M. R. 43 años. XIV para. El 6 de Junio 1903 por la noche, se presentan dolores y metrorragias. No hay dilatación del cuello. Taponamiento con gasa yodofórmica, que quito y renuevo al día siguiente, después de apreciar borde placentario á través del cuello, ya dilatado lo suficiente para permitir esta apreciación. Hidratis. A las nueve de la noche se nota bolsa de agua, A las doce de la noche se nota bolsa de agua. A las doce ésta aumenta de volumen; no se toca la presentación. A las cinco de la mañana del día 8, perforo la bolsa, encájase el vértice y á los 10 minutos es expulsada una niña viva. Sobreviene abundante hemorragia y tengo que extraer la placenta, que está muy adherida. Inyección de ergotina. Puerperio apirético. Alta el séptimo día.

J. G. 34 años. VI para. La misma mujer de la observación cuarta.

Me avisan el 4 de Octubre 1906. Embarazo de término; dilatación como una moneda de dos pesetas. Vertice. Continúan los dolores fuertes y á las doce de la noche hay dilatación completa con rotura de bolsa, cabeza en el estrecho inferior, cuarta posición. A las ocho de la mañana del día 5, continúa el mismo esta-



do. Consulta con don Mateo Montero. Aplicó forceps Tarnier, bajo cloroformo, con previo cateterismo vexical, extrayendo un niño vivo, con la nariz deformada por la arcada pubiana, por no haberse verificado la rotación interna. La placenta no sale. Se aprecia la existencia de una segunda bolsa, rota la cuál, se perciben ambos piés de un segundo feto, que extraigo con toda la rapidéz posible, aunque con dificultad, en estado de muerte aparente, logrando reanimarle con maniobras de respiración artificial y con el insuflador Ribemont. Don Mateo Montero extrae dos placentas. Un gramo de cornezuelo, irrigación con agua hervida. El día 12 no ha sobrevenido ninguna complicación.

*Extracciones placentarias.*—M. de P. 33 años. Fuentes de Béjar. V para. Un aborto. El 25 de Marzo 1905, dió á luz dos fetos vivos, uno á las dos de la mañana y otro á las cuatro de la misma. Sobreviene hemorragia abundante. Llamado en consulta por el distinguido médico de Fuentes y querido amigo mío, don Leopoldo Acosta, logro extraer una placenta única, á las cinco de la tarde, después de reanimar á la enferma, casi exangüe, con 1 500 c. c. de suero artificial. La hemorragia cesa al punto. Sobreviene á los dos días fiebre puerperal intensísima, que el distinguido compañero logra dominar, pudiendo la enferma ser dada de alta en 1.º de Mayo.

A. 38 años. IV partos. Un aborto. Dió á luz á las cuatro de la tarde el 8 de Diciembre 1904, asistida por una partera. Sobreviene hemorragia, la placenta es retenida y avisándome á las siete de la tarde, la extraigo sin esfuerzo, pues se halla desprendida y no ha sido expulsada por inercia del útero.

E. G. 42 años. XIII para; dos abortos; nuevo aborto de seis meses el 25 de Octubre 1906. Comete la imprudencia de levantarse contra mi prescripción; expulsa el feto, rompiéndose el cordón y sobreviniendo considerable hemorragia. La placenta no cede á suaves tracciones, acompañada de expresión del útero; dilatación del cuello, uterino como de dos pesetas. Lavado abundante con agua hervida; taponamiento con gasa yodofórmica. Al día siguiente, es expulsada íntegra la placenta después de un rasgado digital. Irrigación intrauterina: 1 gramo de cornezuelo. No sobreviene fiebre; alta á los diez días. Hubiera hecho un gran servicio la cuchara de Pinard, inmediatamente.

Tal es la estadística que como resultado de la práctica de 6



años en Béjar he podido presentar. Como se apreciará fácilmente, no tiene particularidad alguna, á no ser que tal se considere el dar 10 aplicaciones de forceps en 35 casos, proporción excesiva para esta localidad, donde el forceps es mirado con demasiada prevención. Ya en otro lugar (R. V. de Ciencias Médicas, núm. 81) he hecho ligeras indicaciones sobre este punto y no he de insistir sobre ellas. Diré solamente aquí, que en esto como en todas las cuestiones médico-quirúrgicas, cualquier medicamento, cualquier instrumento, cualquier operación, puede producir beneficios y perjuicios: todo depende de la indicación y del modo de cumplir la indicación, y repetiré, como también he dicho en otro lugar (Nota clínica, 1902): prefiero una aplicación de forceps á la administración del cornezuelo de centeno como ecbólico.

---

### Revista de revistas

*Estudio sobre la citología de la leche de mujer y el citopronóstico de la lactancia;* por Patton.

Es preciso centrifugar el líquido que se ha de examinar, y un residuo nulo ó pequeño es mal pronóstico. La proporción relativa de las diversas especies de elementos figurados, no tiene un valor-pronóstico absoluto. En los casos de buena lactancia se encuentra un predominio neto de los polinucleares, con un número considerable de mononucleares y linfocitos.

No se nota desaparición de leucocitos, ni tampoco una disminución considerable de estos elementos en los días que siguen á la subida de la leche.

Analizando la leche después de haber tomado el pecho el niño, hay predominio de los polinucleares.

Las malas nodrizas tienen elementos figurados poco distintos, su numeración es muy difícil, los linfocitos predominan, los polinucleares desaparecen. En los casos de retención ó de mastitis, predominan muy notablemente los linfocitos.

---



*Retorno de la secreción láctea después de un destete prolongado; por Audérodias.*

En dos casos se ha visto volver la secreción láctea en mujeres que habían cesado de amamantar, hacía algún tiempo.

1.º Una mujer dá á luz el 19 de Enero de 1905, una hija que amamanta hasta mediados de Febrero, en que tiene abcesos muy dolorosos. Apósito compresivo y curación.

Seis semanas después, la niña solícita y la pone al pecho y á los tres ó cuatro días, la leche vuelve á subir y poco á poco suprime el biberón. A los 13 días no toma más alimento la niña que el pecho materno, con el que se cría muy bien.

2.º Mujer que dá á luz el 24 de Septiembre de 1905, una niña, que cría hasta mediados de Diciembre, que padece un ataque de grippe. La niña soporta mal el destete. Un mes después, la pone al pecho, la leche vuelve á subir al cabo de algunos días y se suprimen la mitad de los biberones, poco después la alimentación exclusiva de la niña es el pecho materno.

Estos hechos, aunque raros, confirman los ya publicados por Comby, Barbier, Lust, etc.

---

*La leucocitosis en la secreción láctea y el citopronóstico de la lactancia; por Vincenzo Trtischitta (La Pediatría).*

En los primeros días, después del parto, los mononucleares predominan, pero hacia el segundo ó tercero día hay una invasión de polinucleares. Al cuarto ó quinto día disminuyen de número y á partir del quinto no se encuentran más que algunos leucocitos en vías de degeneración.

Si hay galactoforesis ó linfagitis, los leucocitos pueden reaparecer.

Es preciso no contentarse con el exámen químico de la leche, ni con el microscópico de los corpúsculos de calostro, es preciso buscar los leucocitos mono ó polinucleares. La presencia de estos últimos en la leche, hace preveer una *subida* intensa primero, una secreción láctea abundante después.

Por el contrario una proporción notable de leucocitos en el



curso de la lactancia, es el de mal pronóstico. Una proporción elevada de linfocitos en el calostro ó en la leche, cuando la lactancia se ha suspendido ó cesado, es también de mal pronóstico.

— — —

*De la aparición de los dientes en los niños de pecho; por Martin (Tesis de París.)*

El autor ha observado un gran número de niños de la clínica de Budin y ha podido deducir las siguientes conclusiones:

El primer diente sale al 6.º ú 8.º mes.

Entre el 6.º y el 12.º nacen los incisivos medios inferiores, medios superiores, laterales superiores y laterales inferiores.

Entre el 12.º y el 15.º los pequeños molares.

Del 15.º al 18.º los caninos.

Del 20.º al 26.º los grandes molares.

Hay anomalías que recaen, sobre el orden de erupción (premolares, naciendo antes que los incisivos laterales inferiores) ó sobre la edad de aparición (precocidad, retardo).

El retardo se observa en los niños enfermos (raquitismo).

La aparición de los dientes no da lugar á accidentes, mas puede ser causa de algunos síntomas; prurito gingival, retardo ó caída de la curva del peso, salivación, etc.

Los accidentes propiamente dichos, no deben ser atribuidos á la dentición, sino á otras causas que es preciso investigar.

— — —

*La capacidad estomacal del recién nacido; por Alliot (Tesis de París).*

El autor ha estudiado 51 observaciones de fetos de seis á nueve meses, en la clínica Baudelocque. Las medias obtenidas son:

1.º Dos estómagos de fetos de unos seis meses; capacidad estomacal, 14 centímetros cúbicos.

2.º Cinco de 6 á 7 meses; 17 cms.

3.º Once de 7 á 8 meses; 21 á 22 cms.



- 4.º Trece de 8 á 9 meses; 24 á 25 cms.
- 5.º Cinco de 9 meses; 27 á 28 cms.
- 6.º Catorce de término; 35 cms. próximamente.

Borie y Tleischman, evalúan la capacidad estomacal del recién nacido en 35 cms.; Beneke en 35 ó 40 cms.

Se recomendará dar el pecho una vez cada tres horas (siete en las 24) y recibirá de cada vez unos 30 gramos de leche; pero esta cifra puede variar según los individuos, porque es preciso tener en cuenta, no solo la capacidad estomacal, sino también el funcionamiento del órgano.

La medida de la capacidad estomacal no es el todo para la regularización de la lactancia. La observación clínica no pierde sus derechos y á veces sus resultados deben ser los primeros que tengamos presentes.



*Una técnica para prevenir la pneumonia por aspiración en las operaciones sobre la boca y los órganos del cuello; por Gluck (Presse Medicale).*

Para evitar el peligro de la penetración en las vías respiratorias de sangre, pus, etc., en el curso de las operaciones sobre la boca y órganos del cuello, ha ideado Gluck, de acuerdo con Zeller, una serie de operaciones para desplazar ú obturar la entrada de la laringe y tráquea.

Resecan la tráquea y abocan provisionalmente su extremo inferior á una pequeña sección hecha en la piel, cerca de la región operatoria ó tallan un colgajo de piel ó de mucosa, para cubrir la epiglotis, colgajo que fijan temporalmente con algunos puntos de sutura.

Gluck ha practicado intervenciones sobre la base de la lengua y órganos del cuello por una simple incisión transversal subhióidea, sin tener que recurrir á la resección del maxilar inferior.



*Sobre el mecanismo de protección de los vermes intestinales contra los jugos digestivos (por Molineux Hamill.)*

Era difícil explicar cómo los parásitos intestinales podían re-



sistir la acción de los jugos digestivos, pues estaban bañándose en ellos. El descubrimiento de los antifermentos ha permitido darnos una hipótesis satisfactoria, antifermentos que para Weinland son una antitripsina, ahora Dastre y Stassano, admiten una antikinasa.

Mezclando una solución de tripsina con extracto de ascárides Hamill, ha podido notar que para una dosis determinada, el ataque de los tubos de gelatina era gradualmente retardado y detenido por último (acción antitripsica) Dastre y Stassanon, suponen la existencia de la antikinasa porque mezclando enterokinasa y extracto de vermes á 37° se hace inactivo el primer cuerpo, aunque Hamill supone que basta el fluoruro sódico, con su alcalinidad, para hacer inactiva la enterokinasa.

Echando progresivamente extracto de ascárides, sobre tubos que contengan, unos esterokinasa, otros jugo pancreático, al cabo de cuatro horas se encuentra en los primeros tubos la enterokinasa, en los otros jugo pancreático, pero después de veinte horas, las digestiones son iguales é inversamente proporcionales á la cantidad de extracto de ascárides; pero no sucede así si se utiliza el suero antikinásico. No existe, pues, la antikinasa, la actividad del extracto no se ejerce en presencia de la tripsina.

El extracto de vermes es de reacción neutra ó débilmente ácida, llevado á la ebullición durante cinco minutos, conserva sus propiedades de anticuerpo. Se destruye á los 100°, operando en medios alcalinos (Weinland y Dastre). La diatesis hace perder sus propiedades á las soluciones de extracto de vermes, no es cuerpo coloide, es soluble en las soluciones alcohólicas débiles, precipita en las fuertes, pero no puede ser de nuevo disuelto sin perder sus propiedades antitripsicas.

---

### *La apendicitis parasitaria;* por Desanuais de Guermarker.

El origen parasitario de la apendicitis ha sido sostenido por varios autores y Desanuais, apoyándose sobre la coincidencia frecuente del parasitismo intestinal en los enfermos atacados de apendicitis, en la presencia de vermes, en el apéndice en algunas ocasiones, piensa en la existencia de una apendicitis verminosa.

Presenta la misma sintomatología que la apendicitis de ori-



gen no parasitario y para diagnosticarla hay que apoyarse en el descubrimiento de los parásitos ó huevos de nematodes en los excretas, lo que obliga á examinar las heces de todos los enfermos atacados de apendicitis.

Para prevenir la apendicitis verminosa, se recomienda por Desanuais abstenerse de aguas no hervidas, no consumir legumbres crudas, sino someterlas á una cocción prolongada, recurrir según las costumbres de nuestros antepasados á los purgantes para combatir la constipación.

En caso de apendicitis crónica de repetición y en previsión de su naturaleza verminosa, cuando las crisis son de mediana intensidad, separadas por intervalos más ó menos grandes y aún en los casos ligeros de apendicitis verminosa bien manifiesta, recomienda muy eficazmente el tratamiento antihelmíntico.

En los casos graves, cualquiera que sea la causa ocasional de la apendicitis, es preciso recurrir al tratamiento quirúrgico, pues es el que puede darnos garantías, realce de una completa curación.

---

*Las formas de la sombra de proyección del corazón patológico; por Arcelín (Tesis de Lyon.)*

Al exámen radioscópico ordinario, la sombra que se muestra sobre la pantalla, es una imágen deformada y agrandada del órgano examinado y para obtener una imágen exacta, es preciso valerse de la ortodiagrafía que requiere el concurso de aparatos especiales (ortodiógrafo de Destof). Estos aparatos se construyen de tal modo, que los planos de la ampolla y de la placa se hacen paralelos y cualquier objeto interpuesto entre ellos, ha de ser perpendicular á los rayos emanados de la ampolla y por consiguiente su contorno ha de ser exacto.

El autor ha podido obtener imágenes típicas de las cardiopatías y del corazón normal, radiografías que sirven para rectificar ó ratificar nuestro diagnóstico, del que son verdaderos auxiliares.

---

*Dolores tardíos del estómago y su tratamiento, por León Meunier (Presse Medicale).*

Estos dolores que se presentan, tres ó cuatro horas después



de las comidas, son debidos á la excitación de la mucosa por un jugo gástrico, rico en ácido clorhídrico ó á una hiperestesia especial de la mucosa gástrica. Los alcalinos son el tratamiento clásico de estos dolores.

De las investigaciones hechas por Meunsier, deduce este autor: 1.º, que el máximum de dolor tiende á producirse cuando el ácido clorhídrico tiende á su disminución. 2.º, los dolores tardíos del estómago, no son producidos por el exceso de ácido clorhídrico. 3.º, que el bicarbonato de sosa los calma, no por su poder neutralizante, sino por el ácido carbónico que desarrolla.

Partiendo de esta base, aconseja como tratamiento:

Acido tártrico pulverizado. . . . .	un gramo (n.º 1)	
Bicarbonato de sosa. . . . .	40 centigramos	} n.º 2
Carbonato de cal . . . . .	30 »	
Hidrocarbonato de magnesia. . . . .	20 »	

Se diluyen separadamente el n.º 1 y el n.º 2 en un vaso de agua. En el momento de los dolores se toma sucesivamente una cucharada grande del n.º 1 y otra del n.º 2, continuando así cada diez minutos hasta que el dolor cese.

El ácido carbónico que se desarrolla, calma los dolores, porque según Meunier, acelera la evacuación gástrica de los alimentos.

J. C. H.

## Bibliografía

*Memorandum Terapéutico de urgencia para estudiantes, médicos y farmacéuticos*, por don José M. López Rodríguez. Con un Prólogo del señor don Augusto Almarza. Precio, diez pesetas. Sevilla, 1905.

Hemos recibido dos ejemplares lujosamente encuadernados de esta obra, de más de 400 páginas, de la cuál es autor, el labo-



rioso médico-cirujano, con ejercicio de Mairena del Alcor (Sevilla).

Consta el volumen de un Repertorio farmacéutico, no solo de medicamentos urgentes, sino de todos los que la práctica ha aconsejado, y aun algunos más, según nuestra opinión.

A este Memorandum sigue el Reglamento para el servicio benéfico-sanitario de los pueblos (de 11 de Octubre de 1904) el Reglamento del Cuerpo de farmacéuticos titulares de España (de 14 de Febrero de 1905) la Instrucción general de Sanidad pública (de 12 de Enero de 1904) los Estatutos del Montepío del Cuerpo de Médicos titulares; las ordenanzas de Farmacia (de 18 de Abril de 1860); el Arancel de los médicos forenses; la ley de Accidentes del Trabajo (de 30 de Enero de 1900) y su Reglamento; el Cuadro de inutilidades físicas para el ingreso en el ejército; y unos índices, por cierto muy útiles para sacar partido de esta obra.

Como se vé, constituye un verdadero libro de consulta para el médico, especialmente el rural, y en este sentido es muy recomendable.

Los pedidos deben dirigirse al autor, en el pueblo de referencia.

---

*Beneficencia y Salubridad de Jaén*, por Eloy Espejo y García;  
Decano del Cuerpo de Beneficencia Municipal. Madrid 1906.

La obrita de Espejo es un estudio de Geografía Médica, que junto á sus similares, permitirá en su día realizar la obra sintética de la Geografía médica de España.

Por ella nos enteramos de que á Jaén, como á tantas otras capitales de España, le falta mucho para ser un dechado de higiene y el autor pasa revista á esas deficiencias haciendo consideraciones oportunas sobre el modo de remediarlas.

Claro está que este análisis etiológico es bonísimo, pues solamente poniendo al aire la llaga, se logra que el pueblo se entere de la importancia que ella tiene para su vida.

Pero hay que hacerla conocer, como decimos, hasta de las últimas capas sociales y luego que éstas empujen á los Municipios á que reformen y curen lo reformable y curadero.



Como lleguen los pueblos á criar en su espíritu un callo moral, y no les impresionen estas cosas, negocio perdido.

Pero los que como Eloy Espejo cumplen con su deber, diciendo el mal que ven y proponiendo sus remedios, no se hacen solidarios de los males que conocen.

Enhorabuena al autor y al digno Cuerpo de Beneficencia de Jaén.

---

## Noticias

---

El estado sanitario de nuestra ciudad el mes pasado, ha sido mejor que los anteriores, aunque todavía abundaron casos de paratífus, ó de tifoideas benignas.

En cambio hubo viruela en algunos pueblos de la provincia, y muchos casos de *fiebres infecciosas* en el próximo pueblo de Villares de la Reina.

---

### *Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.*

#### Mes de Septiembre de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones . . . 38	{	Ilegítimos. . . . . 3
		Hembras. . . 36		Idem. . . . . 7
Idem no viables	{	Varones . . . 2	{	Idem. . . . . 0
		Hembras. . . 2		
				<i>Totales.</i> . . . . . 88
Defunciones	{	Varones . . . 42	{	Contags. Varones. . . 8
		Hembras. . . 46		Hembras . . . 0
				<i>Totales.</i> . . . . . 88

Matrimonios, 19

---

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.<sup>a</sup>—Zamora, 19