

GAZETA MÉDICA DE MURCIA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

GAZETA MÚLTIPLE DEL MURCIANO

TOMO V

NOVIEMBRE 1911

NÚM. 56

EL DIAGNÓSTICO DE LA EDAD DEL EMBARAZO

POR EL MÉTODO DE AHLFELD

POR EL

DR. E. MAÑUECO VILLAPADIERNA

Médico de la Maternidad de Madrid

A la Maternidad acude un gran número de embarazadas. La mayoría son solteras, y todas llevan el mismo deseo: ingresar cuanto antes, para ocultar su estado. Para el ingreso se atiende: á la primiparidad, á la soltería, al abandono, á la pobreza y á los estados patológicos. Prescindiendo de estos estados, los cuales constituyen un motivo preferente de ingreso, á lo que más importancia se da es á la *edad del embarazo*. Se elige generalmente á las embarazadas más avanzadas, que ocupen el menor tiempo posible el establecimiento, y se procura el ingreso del mayor número. Esta selección, sencilla al parecer, tiene bastantes dificultades en la práctica, y el resolverla con criterio justo me ha llevado mucho tiempo. Su conocimiento lleva aparejado el de otros asuntos con él íntimamente ligados; como la duración del embarazo, las causas del parto, la madurez, fetal, etc. Para hacer este diagnóstico tenemos nosotros, además, una dificultad grandísima. Todo el mundo sabe la gran importancia que tiene para determinar la edad del embarazo el dato de la última regla. Las mujeres que allí acuden saben esto también, y como desean ingresar en seguida, este dato nos lo dan falso, así que no lo podemos utilizar. Otro tanto sucede con el

de la fecha en que han percibido los primeros movimientos fetales. Sea por cálculo, por incultura ó por malicia, ninguna nos da los antecedentes exactos; así que tenemos que prescindir de los datos subjetivos y quedarnos solo con los objetivos.

La interpretación de éstos aisladamente no tiene nada de fácil. El aquilatar el valor del más importante, *el tamaño del útero* y referir las observaciones que he recogido acerca de esto, es lo que constituye el objeto de esta comunicación. Estas observaciones, hechas en la clínica del Dr. Isla, se refieren todas á estados avanzados del embarazo. De la edad de éste en los primeros meses (hasta el 7.^o) no me ocupó, y solo lo hago de este mes en adelante. El crecimiento del útero es el dato más importante que tenemos para diagnosticar la edad del embarazo. Este crecimiento tiene lugar en todas direcciones, longitudinal, transversal y antero-posterior. La medición antero-posterior aislada no es posible realizarla, por las condiciones anatómicas en que se encuentra el útero. La transversal se realiza con muchas dificultades; así que lo que se hace es tomar la circunferencia abdominal, al nivel del ombligo, con lo que se obtiene aproximadamente el desarrollo del útero, *Esta medición la he realizado yo en 564 mujeres*, y voy á exponer los resultados que he obtenido.

Las medidas obtenidas oscilan entre 70 y 105 centímetros. En las 564 embarazadas he encontrado *ocho* con una circunferencia abdominal de más de 100 centímetros y *catorce* con una menor de 75. De las *ocho* con una circunferencia abdominal mayor de 100 centímetros, seis eran multíparas y dos primíparas. Entre las seis multíparas hay *un caso* de hídrannios con 104 centímetros, *otro* de vómitos incoercibles con feto muerto de ocho meses y 2800 gramos con 102; *otro* con presentación de nalgas de 3.320, con 100 y *tres*; partos normales con niños de 3.000, 3.500 y 3.900 gramos, con una circunferencia abdominal de 101, 102 y 103 centímetros, respectivamente. De las *dos* primíparas, en una se trataba de una embarazada con un niño de 3.170 gramos, en la otra con uno de 3.800 gramos, 52 cms. de longitud y 35 de circunferencia cefálica. Las dos tenían 101 de circunferencia abdominal. De las *catorce* cuyo vientre era menor de 75 centímetros, nueve eran primíparas y cinco multíparas. De las nueve *primíparas*, una era tuberculosa, y parió un niño á término de 2.500 gramos. Otra era una presentación

transversal, á quien se le hizo una versión, con un niño de 2.150. Otra, una estrechez de ocho y media vera, que parió espontáneamente niño de 2.510. Otra con una salpingitis; niño de 2.770. Otra, un parto prematuro por sífilis; feto muerto, 1.400 gramos, y otros cuatro partos normales, algunos con estrecheces pelvéticas de nueve y nueve y media vera, con niños de 2.100 á 2.800 gramos. En todas estas mujeres, la circunferencia abdominal era de 70 á 75 centímetros.

De las cinco múltiparas, una fué un parto de ocho y medio meses, terminado por versión por placenta previa. Niño muerto de 2.500 gramos. Otra, una posición frontal con una estrechez de 9 centímetros, con feto de 2.540 y otros tres partos espontáneos, algunos con estrecheces de nueve y media vera, con fetos vivos de 3.100, 2.500 y 2.280 gramos. En todos estos casos la circunferencia del abdomen oscilaba igualmente entre 70 y 75 centímetros. Resumiendo las medidas de los 564 casos, tenemos: con una

Circunferencia abdominal	Embarazadas
De 70 á 75 centímetros	14
De 75 á 80 id.	29
De 80 á 90 id.	473
De 90 á 100 id.	40
De 100 á 105 id.	8
TOTAL.	564

Como se ve, el mayor número, 473, corresponde á la decena de 80 á 90 centímetros. Sumadas todas las medidas y deducido el término medio, resulta un 85.78 de circunferencia abdominal. Este material clínico está compuesto, en su mayoría, de mujeres que se encuentran del octavo mes en adelante, y muchas de ellas á término. La cifra de 85.78, como término medio, obtenida por nosotros, resulta pequeña comparada con la obtenida en otros países; pero para interpretarla debidamente hay que tener en cuenta estos tres datos.

Primero. Que la mayoría de las mujeres que acuden á nosotros son primíparas.

Segundo. Que en nuestro material clínico abundan las mujeres con enfermedades constitucionales (sífilis, tuberculosis, etc.), que dificultan el desarrollo fetal.

Tercero. Que la talla media en nuestro país y el tamaño general de la mujer aquí, es menor que en los países del Norte.

Analizados los casos individualmente, y tomando las medidas varias veces durante el embarazo, nos hemos podido convencer del poco valor que se puede conceder á la medida de circunferencia abdominal para el diagnóstico de la edad del embarazo.

Schröder obtuvo, como término medio en sus mediciones, una circunferencia de

94	centímetros	en la	28	semana.	
97	»	»	32	»	
99	»	»	36	»	
100	»	»	40	»	(á término).

Estas cifras, ni aun aproximadamente las hemos podido alcanzar nosotros. Prescindiendo de que todas nuestras medidas son más pequeñas, pues en la mayoría de las embarazadas á término, en España, no dan más que 85 á 87 centímetros de circunferencia, individualmente se aprecian muchas diferencias que hacen á este medio muy inseguro y los resultados muy variables. Y se comprende que así sea. El mayor ó menor desarrollo del tejido adiposo; la abundancia de líquido amniótico; el que el vientre sea ó no péndulo, el que haya descendido ó no, según la época del embarazo; la primiparidad ó multiparidad; los estados patológicos, etc., son causas todas que hacen variar estas medidas grandemente, y de que este dato, aunque necesario para el historial clínico, tenga poca importancia para el caso que tratamos; por eso, en mi deseo de buscar un medio que me diera cierta garantía de exactitud para determinar la edad del embarazo, me he visto precisado á recurrir á la medición del útero, no en el sentido de su diámetro transversal sino en el *longitudinal*.

Esto es lo que constituye el método de Ahlfeld.

Es sabida la discusión que ha habido, y que todavía subsiste, acerca de la justificación del parto prematuro, en las estrecheces pélvicas. Uno de los principales argumentos de los enemigos de este método es la dificultad de un diagnóstico exacto de la edad del embarazo para decidir el momento oportuno de intervenir y poder obtener un niño viable. Con objeto de fijar bién este punto, emprendió Ahlfeld una serie de trabajos, que

se encuentra diseminados en distintas publicaciones, y que han dado lugar á que su método de diagnóstico de edad del embarazo se considere hoy como el más exacto.

Como el empleo de él constituyé el objeto principal de esta comunicación, voy á referir brevemente las observaciones que he recogido. *He tenido ocasión de emplearle en 94 casos.* De estas 94 embarazadas, 62 eran primíparas y 22 multíparas. La edad del embarazo oscilaba entre 31 y 40 semanas. La altura mayor del útero desde la sínfisis ha sido en ellas: la mayor, de 35 centímetros, y la menor, de 25. La longitud fetal obtenida por el método de Ahlfeld ha sido: la mayor, de 25, y la menor, de 16 centímetros. La longitud de los niños después del nacimiento: la mayor, de 48, y la menor de 40 centímetros. El peso de los mismo: el mayor, de 3.900 gramos; el menor, de 2.250. Lo que más llama la atención en estas medidas, y lo que resalta claramente en un cuadro que va unido á este trabajo, es la falta de paralelismo que se observa entre la altura del útero, tomada desde la sínfisis, y la longitud fetal, tomada por el método de Ahlfeld. Recorriendo las observaciones, se ve que la núm 8, por ejemplo dió una altura de útero desde la sínfisis sólo de 28 centímetros, y, en cambio, la longitud fetal por el método de Ahlfeld fué de 23, lo cual correspondía ya á un embarazo á término, y por eso el parto tuvo lugar á los cuatro dias. En cambio, la número 4 dió una altura de útero de 33 desde la sínfisis, y el diámetro de Ahlfeld sólo fué de 18. Esta enferma tardó en parir mes y medio. Estas diferencias son debidas, naturalmente, al mayor ó menor encajamiento del feto en la pelvis. Si se atiende sólo á la altura desde la sínfisis, que es lo que ordinariamente se hace, sufriremos repetidos errores; pero si se mide la longitud fetal directamente, estos errores se reducirán al mínimo.

La técnica del empleo de este método es sencilla. Basta un compás de ramas muy abiertas, como el de Baudelocque, y disponer de medios de esterilizarle. Yo he hecho la medición directamente por el vientre y por la vagina. En presentaciones transversales ó cuando la cabeza está movable sobre el estrecho superior, se debe hacer directamente por el vientre; pero hay que descontar entonces el espesor de las paredes abdominales, para lo cual se toma un pellizco de ella, y se culcula su grosor. Para tomar esta medida hay necesidad de hacer un diagnóstico

exacto por palpación, y colocar el compás en los puntos más distantes del feto, esto es, en las nalgas y en el vértice. Son necesarias dos personas: una que fije el feto y busque los puntos más distantes, y otra que coloque el compás y lea la cifra que da. Los datos que yo he obtenido haciendo la medición por el vientre no han sido tan exactos como los que he obtenido por la vagina. La medición, introduciendo una rama en la vagina, se hace en los casos en que la cabeza está encajada ó es accesible por esta vía. Hay necesidad de desinfectar previamente el compás. La rama de éste se guía con el dedo introducido en la vagina, apoyándolo por delante del cuello en la cabeza fetal, que está sólo separada del dedo por la bóveda vaginal anterior. La otra rama se coloca en el vientre, encima de la extremidad pelviana fetal. Esta medición puede hacerla uno sólo; pero se hace mejor cuando hay una persona que sostenga el compás, pues si no se hace con todo cuidado, hay el peligro de poder lesionar la vagina. Los resultados que se obtienen son muy exactos. Yo sólo una vez he obtenido el diámetro mayor de lo que correspondía á la longitud fetal, y eso fué porque, habiendo ya empezado el parto, la cabeza no estaba en flexión, sino que se había extendido.

Para deducir la edad del embarazo de la medida que se obtenga, basta solamente tener en cuenta que el eje fetal intrauterino corresponde á la mitad proximamente de la longitud del feto; de modo que sabiendo la longitud del feto en cada mes, podemos deducir de esta medida la edad del embarazo. El término medio que asigna Ahlfeld de longitud fetal á los niños á término en Alemania, es de 50 centímetros. Esta cifra no la podemos aceptar para nuestros niños; pues de las medidas que yo he realizado resulta mucho menor. Como el asunto es importante para resolver muchos problemas tocológicos, es deducir el término medio de la longitud, peso y diámetros de nuestros fetos será objeto de otro trabajo.

Hoy sólo puedo adelantar que la longitud fetal en nuestro material es de 45'9, como término medio. Claro está que esta cifra no se puede aplicar individualmente á cada caso, pues la longitud de los fetos varía según un gran número de circunstancias, como son: el tamaño de los padres, el número de partos anteriores, la duración del embarazo, la mejor ó peor alimentación de la madre, su vida de reposo ó actividad, los esta-

dos patológicos, las anomalías fetales, etc.; pero precisamente en tener en cuenta todos estos datos consiste el ser tocólogo. Uno que los sepa apreciar, con este método obtiene resultados que no los obtiene con ningún otro. Cuando al dato de la longitud fetal se pueden añadir los otros: fecha de la última regla, primeros movimientos del feto, descenso del útero, acortamiento del cuello, etc., unos á otros se complementarán, y del conjunto de todos resultará un diagnóstico más exacto; pero individualmente, como dato objetivo, ninguno de ellos tiene el valor del método que nos ocupamos.

Con objeto de deducir directamente la edad del embarazo de la medición fetal, Ahlfeld ha dado la siguiente fórmula:

$A = \frac{a \times 2 - 2}{5}$ en la que A representa la edad del embarazo y a

la medida obtenida. Si esta medida se multiplica por dos, y de la cantidad obtenida se restan dos, dividiendo el total por cinco, se obtiene la edad del embarazo. Por ejemplo, la medida de la longitud fetal, A , es de 24 centímetros:

$$\frac{24 \times 2 - 2 = 48 - 2 = 46}{5} = \frac{46}{5} = 9 \frac{1}{5};$$

ó sea nueve meses y un quinto de mes. Esta fórmula la he empleado yo en un gran número de casos, y no resulta muy exacta, sencillamente porque está calculada para fetos mayores que los nuestros.

Lo más sencillo para la práctica es prescindir de fórmulas y hacer tablas con la longitud que corresponde al niño, según la edad del embarazo. Como las tablas que publican los autores no son aplicables para nuestros niños, tenemos necesidad de hacerlas nosotros; y como yo no tengo noticia que aqui se hayan hecho, he emprendido esta tarea, que es bastante más larga de lo que parece.

Como resultado de muchos pesos y medidas que he realizado, tanto en partos prematuros como á término, he venido á deducir que la longitud fetal de nuestros niños, es por término medio:

En el séptimo mes, de 35'4 centímetros.

En el octavo mes, de 38'4 centímetros.

En el noveno mes, de 43'3 centímetros.

Y en el décimo mes, de 45'9 centímetros.

Para deducir la edad del embarazo, hay que multiplicar la

medida obtenida por 2, y de esta cantidad restar 2, que es lo que corresponde generalmente al espesor de las paredes abdominales. Por ejemplo, el compás nos indica una longitud fetal de 20 centímetros: 20×2 son 40; descontando 2, quedan 38. Mirando la tabla de la longitud fetal que hemos dado, se ve que esta longitud corresponde á un embarazo de ocho meses.

Si se pasa la vista por el cuadro que va unido á este trabajo, se ve que los resultados obtenidos con este método son bastante exacto.

Con objeto de poderlo apreciar de una ojeada, he reunido en él las 94 observaciones, consignando únicamente los datos que puedan tener interés para nuestro objeto.

La *primera* casilla se refiere al número de orden. En la *segunda* consigno los partos anteriores, pues es sabido que las multiparas paren niños mayores que las primíparas. En la *tercera*, la edad del embarazo en el día que se tomó la observación. Esta edad la consigno por semanas para mayor precisión, admitiendo la duración del embarazo como de cuarenta semanas. Como entre nosotros hay poca costumbre de contar el embarazo por semanas, para evitar confusiones en la exposición que he hecho, he preferido no referirme á semanas sino sólo á meses. El que tenga interés en ver la relación del diámetro obtenido con la edad del embarazo por semanas, no tiene más que mirar el cuadro adjunto. En la *cuarta* casilla consigno la altura del útero, tomado desde la sínfisis, y se ve claramente que con una altura grande, la longitud fetal puede ser pequeña, y viceversa. En la *quinta* casilla, la longitud del feto, tomada por el método de Ahlfeld, á que se refiere este trabajo.

En la *sexta*, la duración del embarazo, con objeto de poder comprobar si era de término y lo que ha ganado el niño desde el día de la observación hasta el parto. En la *séptima*, el peso del niño, que guarda, como se sabe, una relación íntima con su tamaño. En la *octava*, la longitud del niño al nacer, que no sirve de término comparativo, con la longitud del diámetro que hemos tomado durante la vida intrauterina, y que sirve además para comprobar la exactitud de esta medida ó los errores que hayamos podido cometer. Y, por último, en la *novena* coloco las observaciones. Estas, realmente, son innecesarias, pues de la lectura atenta de los números se pueden deducir las diferencias que se pueden hallar. Si el parto se ha realizado á los trein-

ta y ocho semanas, claro es que no era de término. Si la mujer es multipara, se comprende que la medida resulta algo mayor. Si resulta más pequeña, es que había alguna causa de las que disminuyen el tamaño fetal. El explicar individualmente cada caso y razonar las pequeñas diferencias que se encuentren, alargaría este trabajo grandemente. Estas diferencias se refieren a estados patológicos ó anomalías de posición. Mirando la tabla se ve, por ejemplo, que la observación número 67 de una longitud fetal de 20, y el feto, indudablemente, cuando se midió era mayor. Esto consiste, sencillamente, en que se trataba de una cifótica, con vientre péndulo, y las nalgas del feto correspondían á las parte anterior y no á la superior. Las justificantes de las diferencias que puedan apreciarse se encuentran en cada observación, y yo no puedo descender aquí á exponerlas. Todas ellas pueden interpretarse fácilmente por personas que cultiven con cariño la especialidad.

El que haya hecho trabajos de esta especie, comprenderá lo penoso que es aquilatar todos estos extremos y conseguir que las observaciones coincidan exactamente. Yo he puesto en ello todo mi empeño, y me daré por satisfecho si he logrado demostrar que este método puede ser útil en muchas ocasiones.

CONCLUSIONES

Primera. El método de Ahlfeld es el medio objetivo más seguro que tenemos para diagnosticar la edad del embarazo.

Segunda. La felicidad de su técnica, lo rápido de su empleo y los exactos de los resultados, le hacen necesario en establecimientos donde acudan gran número de embarazadas.

Tercera. En la práctica privada, en casos en que, por enfermedad, por ignorancia ó por malicia, no sea posible utilizar el dato de la última regla, el método de Ahlfeld puede resolvernos las dudas.

Y cuarta. El justificante de estas conclusiones, los resultados obtenidos y las observaciones detalladas se encuentran en el cuadro adjunto, donde puede comprobarse todo lo que he expuesto (1).

(1) Comunicación presentada al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

*Un caso de lupus eritematoso discoide y
simétrico tratado con la nieve de ácido carbónico*

POR

J. NONELL Y M. SERRANO (1)

Fieles al ofrecimiento que en la sesión de Julio de 1910 de esta Sociedad hicimos al presentar nuestra segunda comunicación sobre tratamiento de algunas dermatosis por medio de la nieve de ácido carbónico, de completar más tarde las observaciones y aportar nuevos datos referentes á los efectos conseguidos con dicho tratamiento en otras entidades nosológicas, seguimos observando atentamente los casos que á ello se prestan, bien por ser lo suficientemente constantes en su concurrencia á la consulta, ó por que como el que tenemos el honor de presentar hoy á esta Sociedad, hayan permanecido hospitalizados durante todo el tiempo que han estado sometidos al tratamiento. Pero no consideramos llegado aún el momento de dar cumplida satisfacción á nuestra promesa, puesto que poco nuevo podríamos aportar á lo que con anterioridad, en esta Sociedad dimos cuenta.

Y si nos decidimos hoy á presentar aisladamente este interesante enfermo sin esperar á que podamos tratar aquí de nuevo *in extenso* y con mayor acopio de datos todo lo referente al tratamiento por la nieve carbónica, es porque encontrándose ya en el estado de mejoría que puede verse, necesita marchar á su pueblo, y es más que probable no volviese á ofrecerse ocasión como la presente para demostrar á los señores socios el brillante resultado obtenido. Siendo éste tanto más digno de ser registrado, con ser hoy bien del dominio del mundo médico y haber nosotros tenido la fortuna de hacer patente en esta Sociedad lo bien que influye sobre el lupus eritematoso la nieve de ácido carbónico, cuanto que el caso pertenece á una variedad por regla general de difícil tratamiento,

(1) Comunicación á La Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

la que ha sido descrita por Devergie bajo la denominación de *herpes cretáceo*, y ser en este caso concreto de notoria intensidad y extensión.

Se trata de un sujeto de cuarenta y cuatro años de edad, hombre del campo, de apariencia robusta, que ingresa el 24 de Febrero de 1910 en el servicio dermo-sifiliográfico del doctor D. Juan de Azua, y que además de los trastornos cutáneos objeto de la observación, ofrece en su tegumento externo lo siguiente Alopecia antero-central por pitiriasis seborreica, queratosis pilar, efélides de la cara y dorso de las manos, un nevus moluscoide del tamaño y aspecto exacto de un higo en el hipogastrio derecho, y otro nevus vascular y pigmentario plano en la cara posterior del brazo izquierdo. Por lo demás, es nuestro enfermo un hombre sin taras hereditarias ni adquiridas, y tan sólo con ligeras alteraciones respiratorias, consistentes en expiración prolongada y algunos roncus en la expiración, explicables por ser catarroso crónico y ligeramente enfisematoso pero que son más pronunciadas en los vértices.

El lupus eritematoso ocupa, según en parte demuestra la primera figura bien gráficamente, ambos lados de la cara, con predominio en el derecho, la mitad inferior del pabellón de las orejas, la región retro-auricular detecha, el labio superior, el mentón, y elementos dispersos en el dorso de la nariz y arcos superciliares. Con más ó menos intensidad, todas las lesiones están recubiertas por una capa de hiperkeratosis bastante espesa y como lardácea, papilomatosa y muy adherente, dando en conjunto, comparado con otras variedades de lupus eritematoso y según acostumbra á suceder en ésta, la impresión de una lesión más profunda dérmica; pero donde más particularmente aparecen estos caracteres, es en la gran placa ó plastrón keratótico que recubre la región parotídea.

Al ingreso se dispone, para facilitar las aplicaciones, además de rape cada cuatro días (es hombre de barba recia), el levantamiento de las costras del labio mentón y lado derecho de la cara con jabón neutro de potasa y resorbina á partes iguales. No fué posible conseguir más que en parte el objeto deseado con esa aplicación tópica por la propiedad ya descrita de ser fuertemente adherente y friable la capa hiperkeratótica, quedando aún ésta íntegra en la región parotídea al hacer la primera aplicación el 10 de Marzo de 1910. Respecto á tiempo de aplicación

de la nieve é intensidad de la presión ejercida, podemos generalizar para todas las aplicaciones, diciendo que fueron éstas de un minuto y con regular compresión, á excepción de las placas cuya capa keratósica era más espesa, y en particular de la gran placa, que como demuestra bien la figura primera, ocupa la región parotídea. Dicha primera aplicación nos animó ya grandemente á proseguir, puesto que á los pocos días se notó mejoría de los elementos menos profundos. Por esto y porque según hemos dicho no había manera de levantar el plastrón keratósico de la región parotídea, se decidió aplicar á éste la nieve sin previo levantamiento y á varias otras placas, el 18 de Marzo. Como la aplicación fué extensa y en parte intensa y cercana á sitios de la piel con tejido celular subcutáneo más ó menos laxo, se produjo gran edema de la mejilla y párpado derechos y lado derecho del cuello, desapareciendo á los tres días sin rastro ni inconveniente ninguno y sin sorpresa ni temor por nuestra parte, puesto que conocíamos el fenómeno y su transcendencia por los varios casos inherentes á la primera comunicación sobre nieve carbónica, y en ésta lo describimos. El hecho se repitió en otra aplicación parecida, y de esto damos cuenta ahora para no tener que insistir más tarde.

En el diario clínico consta que á los veinte días de comenzado el tratamiento y con sólo dos aplicaciones, habían mejorado ya notablemente las lesiones, sobre todo de la nariz, pómulo derecho, arcos superciliares, región mastoidea y retroauricular derecha, que eran los sitios tratados, más el plastrón parotídeo que acusaba tan sólo muy leve mejoría. Sin embargo, llegamos á vencer la resistencia de éste, gracias á aplicaciones de más larga duración, como antes decimos, y volviendo á aplicar sobre un mismo punto dos, y aun en alguno algo más resistente, tres veces, al extremo que había desaparecido casi del todo dicho costrón á poco de la cuarta aplicación total, que fué hecha el 4 de Mayo de 1910.

En conjunto, le fué aplicada la nieve hasta mediados de Diciembre (después de cuya fecha no volvió á sufrir aplicación ninguna) unas diez y siete veces, comprendiendo entre éstas alguna que fué, según ya antes indicamos, reaplicación por resistencia especial del elemento tratado la vez anterior ó por haber sido en ésta defectuosa la aplicación. Intervalos entre cada sesión, los acostumbrados de diez á quince días, debiendo, sin

embargo, hacer presente que en este enfermo, por causas ajenas y coincidencias especiales, transcurrió casi un mes algunas veces, por lo que no es dudoso hubiésemos podido llegar á conseguir, en un espacio aun más breve, el resultado de que aquí damos cuenta. Porque si bien es conveniente no apresurar demasiado las aplicaciones para prevenir acciones artificiales ó excesos traumáticos que dejen luego infiltrados retardentes del efecto final, no hay inconveniente en aproximar algo las aplicaciones entre sí cuando por cualquier motivo así se desee, siempre que se tenga cuidado en combinarlas de forma que recaigan en puntos no muy contiguos.

Aparte ese posible retraso, es con todo innegable, que en un caso de lupus eritematoso discoide con lesiones muy pronunciadas, de las que hicieron denominar esta variedad *herpes cretáceo*, se ha conseguido un efecto, tanto estético como curativo, muy superior al resultado que en absoluto, y mucho menos en el mismo espacio de tiempo, estábamos acostumbrados á obtener con los procedimientos clásicos.

LA EPIDEMIA DE TARRAGONA

POR EL

DR. JOSÉ VIEJOBUENO

Parece comprobado que un velero italiano procedente de puntos infestados de su país, aunque con patente limpia, arribó á la playa de Comarruga ó San Salvador el 11 de Julio, después de haberlo hecho en las de Villanueva y Geltrú desembarcando suelas.

El día 17 ocurren en Vendrell 3 invasiones de enfermedad sospechosa de cólera, una de ellas seguida de defunción. El Inspector provincial tomó cuantas disposiciones creyó convenientes, y el 23 se participó á la Inspección general de Sanidad Interior la alteración de la salud pública en aquella población. Inmediatamente dispuso el Gobierno la salida de Madrid del doctor Sala, Inspector de Servicios; provisto de un Laboratorio de Campaña, para hacer el diagnóstico bacteriológico de la enfermedad. Los resultados del exámen de deyecciones y vísceras

de fallecidos fueron negativos, no encontrándose el *bacillus virgula* por ninguna parte. El análisis de las aguas potables, en cambio, acusó la contaminación de ellas por microbios distintos del vibrión colérico. Apesar de este resultado el Inspector provincial de Sanidad, de acuerdo con el Dr. Sala y con las Inspecciones generales, adoptaron rigurosas medidas de aislamiento y desinfección. Continúan las invasiones en escaso número, con exigua mortalidad, y se presentan también algunas en San Vicente de Calders, pueblo situado entre Vendrell y las playas citadas y en continua comunicación, como lo prueba el que las cuatro invasiones primeras recayeron en individuos que habían estado en aquella villa. Las investigaciones hechas por el Instituto de Alfonso XIII y las que particularmente hizo el Dr. Turró de Barcelona coincidían con las del Dr. Sala. Este señor continúa en Vendrell, extremando las medidas sanitarias apesar de haber cesado al parecer las invasiones y de las protestas del pueblo, que cree injustificados los rigores sanitarios.

—En esta situación llega el 18 de Agosto y el médico del Hospital de Tarragona, Sr. Aymat, participa al Inspector provincial que de una familia de mendigos procedentes de Francia, que había ingresado en el establecimiento, había fallecido el marido y un hijo pequeño; que una enferma que ocupaba una cama inmediata fué atacada de la misma enfermedad y murió á las 48 horas y que dos enfermas más presentaban síntomas de la misma enfermedad. Investigando las causas de estos hechos se supo que la familia de mendigos venía de Francia á pié, en cuyo viaje invirtieron 20 ó 30 días, habiendo acampado en la Riera, donde se sintieron enfermos, por lo cual vinieron á Tarragona. Se ofició á este pueblo y el 23 se recibe contestación de haber ocurrido cuatro casos de *gastro-enteritis infecciosa* con síntomas alarmantes, por lo cual se trasladó allí el Inspector provincial para examinar estos enfermos, comprobando que presentan el mismo cuadro sindrómico que los observados en Vendrell, San Vicente y Hospital de Tarragona y así lo participa á la superioridad, exponiendo *claramente su opinión*. El Sr. Sala, por orden superior, practica análisis en La Riera y denuncia formas bacterianas alarmantes, estableciéndose rigurosas medidas de aislamiento y desinfección, enviando la Diputación provincial dos desinfectores con material.

Ante esta situación, el 26 de Agosto salieron de Madrid el Inspector general de Sanidad interior Dr. Bejerano, el Inspector de servicios farmacéuticos Sr. Blas Manada, nombrado Jefe del Servicio de desinfección, una brigada sanitaria de maquinistas y desinfectores y un tren sanitario, formado por una *esteriliza-*

dora locomóvil para el agua, una estufa, 6 aparatos Hoton, gran número de pulverizadores y una considerable cantidad de desinfectantes y antisepticos. También se envía un Hospital desmontable Docker con 20 camas. Personal y material estaban en La Riera á las 36 horas de tenerse en Madrid la noticia y en cuyo pueblo se encontraba también nuestro compañero D. Ricardo Vilallongo, enviado por el señor Gobernador para auxiliar al titular, que ni por su estado ni por el número de enfermos podía atender debidamente á las necesidades del momento. Le substituyó el Dr. Cuchi y dos dias después llegó de Barcelona el doctor Mayoí para reforzar el servicio de asistencia domiciliaria. Organizados todos los servicios, cerrados los pozos: alistados hombres del pueblo como auxiliares, se procedió á la desinfección perfecta de casas, calles, acequias, ropas, etc. de todo el vecindario al que se obligó á beber el agua de la esterilizadora, que da 500 litros por hora. Los efectos fueron rápidos, pues en once dias quedó extinguida la epidemia, no habiendo más invasiones ni defunciones desde el día 6 del actual. El aislamiento de enfermos y enfermeros en los domicilios fué absoluto. Hay que lamentar, sin embargo, la invasión y defunción de un desinfector ocurrida el dia 18, hecho que no hace cambiar en nada el resultado de la extinción de la epidemia, pues este individuo ha sido seguramente contaminado por las ropas y efectos que cuidaba y no tomó las debidas precauciones para prevenirse del contagio.

Desde el día 3 de agosto asumió la dirección local de la acción sanitaria en La Riera el Dr. Pittaluga, nombrado Delegado del Gobierno para este servicio y á las órdenes del Inspector general. Hemos dejado para el final de esta parte de la epidemia hablar del Dr. Pittaluga, pues bien merece párrafo aparte el hombre que ha conseguido mediante sabios consejos, y dando ejemplo de valor cívico, al par que tratando con afecto y cariño paterna á los vecinos de La Riera, ilustrarles, convencerles de la utilidad de la Higiene, convertirles, en fin, en personas razonables, que, desechando de su imaginación tantos errores y prejuicios como tiene la gente de los pequeños pueblos se han sometido dócilmente á seguir los preceptos de la Higiene, reconociendo eficacia y acordando, como pueblo agradecido, recompensar dignamente á quien tanto deben dando el nombre del Dr. Pittaluga á una de sus calles.

—Cuando mejoraba rápidamente el estado sanitario de La Riera y el vecindario de Vendrell arreciaba en sus protestas contra las medidas sanitarias, por creerlas injustificadas é innecesarias, se recibe del Dr. Sala un telegrama participando que

en la noche del 30 al 31 de Agosto se habían presentado en Vendrell tres casos alarmantes clínicamente, y en los que el examen directo demuestra la presencia de gran número de vibriones. Dos horas después llegaba á Vendrell el Inspector General, al que acompañaba el de la provincia, encontrándose con una verdadera explosión de la enfermedad, no cesando de recibir avisos todos los médicos de la población. La noticia de que habían fallecido doce atacados, cundió por todas partes, el pánico fué horrible y centenares de personas, la mitad casi de la villa, huyó á la desbandada, siendo imposible evitarlo por carecer de fuerza de la Guardia civil que les detuviese.

Desde Vendrell pidió el Dr. Bejerano un tren sanitario á Madrid, á la casa Cros de Barcelona gran cantidad de desinfectantes, y ordenó al alcalde la publicación de un bando haciendo ver los peligros de beber las aguas sin hervir, pues la invasión colectiva de la enfermedad no podía ser producida más que por la contaminación de las aguas. El 2 de Septiembre llegaba á Vendrell el tren sanitario, empezando seguidamente á funcionar.

La potabilizadora quedó emplazada, empezando á suministrar agua el día 4, encargándose desde esa fecha de los servicios de Vendrell el Dr. Murillo, subdirector del Instituto de Bacteriología de Alfonso XIII, nombrado como lo fué el señor Pittaluga para La Riera. Enfermos los médicos de Vendrell Sres. Mercadé y Gómez, llegaron de Barcelona los Dres. Farreras y García, ofreciéndose también el Sr. Rosell, de Tortosa, que accidentalmente se encontraba allí.

Apenas la potabilizadora empezó á funcionar, se observó la mejoría del estado sanitario. El ánimo de la población reaccionó rápidamente, llegó otra máquina potabilizadora, se cerraron las fuentes públicas y se pidió á la compañía del ferrocarril un vagón algibe de agua diario de Ruidecañas y al Gobernador de Barcelona otro de aquella ciudad. Con esto, y extremando las medidas de aislamiento y desinfección, y con escrupulosa vigilancia por parte de todos los médicos, la epidemia empezó á decrecer tan rápidamente que el día 14 es decir, á los dieciséis días, no se registraba ninguna invasión nueva, aun cuando se presenta de vez en cuando alguna defunción de enfermos anteriores, que por lo general, por su ancianidad ó por padecer lesiones orgánicas ni sorprenden ni dicen nada en contra del perfecto estado de la población.

—Consecuencia de la huida de los vendrellenses ha sido la presentación de casos aislados de la enfermedad sospechosa en Calafell, Albiñana, San Vicente, La Bisbal y algún otro pueblo.

Casi en su totalidad han sido aislados y extinguidos estos focos y en evitación de que se propagara más la enfermedad, todos los viajeros procedentes de Vendrell, Riera y San Vicente, llevan su patente sanitaria y se avisa á los alcaldes y gobernadores de los puntos de destino, para la vigilancia médica de los mismos.

Como resumen de lo anteriormente expuesto consignaremos que en La Riera pueblo de unos mil vecinos, hubo 52 enfermos y 21 defunciones, lo cual da una proporción de mortalidad de un 40 por 100, y que con las medidas sanitarias adoptadas se extinguió en onçe dias la epidemia.

En Vendrell, población de 5.000 vecinos no pudo precisarse el número de invadidos, calculándose que del 31 de Agosto al 3 de Septiembre hubo de 700 à 800, y en los demás dias se llegó próximamente á un millar, con 81 defunciones, lo cual da una mortalidad de 8 por 100.

En las demás localidades no tiene importancia la estadística, pues incluso en Tarragona el foco iniciado en el Hospital quedó extinguido en absoluto rápidamente.

Con esto termina la parte cronológica de la epidemia de una enfermedad que se caracterizó por su difusión y contagio y, clínicamente, por vómitos, diarrea, calambres y algidez.

Boletín del Colegio de Médicos de Tarragona

CARDIOPATÍAS Y EMBARAZO

POR EL

DR. D. SEBASTIÁN RECASENS (1)

Catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de Madrid.

Es un problema clínico de los de más difícil solución establecer la línea de conducta del tocólogo ante un caso de coexistencia del embarazo con una afección cardíaca: todos tenemos en nuestro activo casos de gestantes que llegaron al término feliz del embarazo, á pesar de graves afecciones endo ó miocardiacas, pero todos los que tienen una práctica algo dilatada en tocología, tienen en el pasivo buen número de mujeres

(1) Comunicación al Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

que por ser cardíacas, les ha costado la vida el haberse hecho embarazadas; de éstas, unas han muerto durante el embarazo, otras en el momento mismo del parto, y las más en los días que subsiguen á éste, ya por ataques de asistolia, ya por edema del pulmón, ya por fenómenos embólicos, etc., etc.

La gravedad de este problema trae á discusión una serie de temas, de carácter social unos, religiosos otros, y los que en esta sesión pretendo yo tratar de carácter puramente tocológico; para otras discusiones y otro lugares dejo el hablarse de si debe permitirse ó no el casamiento de las cardíacas; lo mismo digo en el sentido moral religioso de la licitud de la esterilización de las enfermas del corazón, y paso á ocuparme del problema tocológico.

En presencia de una enfermedad cardíaca, ¿cuál debe ser nuestra conducta? Ante todo debemos establecer una diferencia capital entre las enfermas del endocardio de las del miocardio; en éstas, generalmente se conlleva el embarazo bastante bien, pero al llegar el momento del parto, cuando el trabajo que debe realizar el músculo cardíaco es superior á lo que permite su alteración patológica, entonces sobrevienen los graves trastornos que frecuentemente producen la muerte, bien durante el parto bien en las primeras horas que suceden á éste. Les pasa á estas enfermas con el parto lo que les ocurre con una pulmonía ó con otra clase de procesos infectivos; conllevan bien su estado de insuficiencia miocardiaca, pero cuando algún proceso patológico, cual los mencionados, perturba el equilibrio en que se hallaban, mueren víctimas, no de la infección, sino de la impotencia funcional de su corazón; estas enfermas vivirían tal vez años si no se alterara su equilibrio, que en ellas es en donde la influencia nefasta del embarazo se manifiesta de modo más evidente; cada nueva gestación representa el papel de una grave enfermedad que pone en peligro su vida.

En estas cardíacas el papel del médico es muy importante durante el acto del parto: hay que evitar el esfuerzo, hay que terminar lo más pronto posible el acto, que perturba el inestable equilibrio de aquella víscera; en cuanto se encuentren reunidas las condiciones indispensables para practicar una buena aplicación de forceps, hay que hacerla para impedir que el esfuerzo que representa la acción de la prensa abdominal sostenida, ocasiona el temido desequilibrio. A esto hay que agregar el uso de

los tonis cardiacos, administrados durante el parto á larga mano, las inhalaciones de oxígeno, y si hay dificultades circulatorias pulmonares antes de la expulsión del feto, no hay que vacilar en hacer una depleción sanguínea que permita al corazón sostener la lucha; hay que sangrar á la enferma.

En las afecciones valvulares se soportan generalmente bien los primeros meses de gestación, pero al llegar á la segunda mitad del embarazo, los trastornos circulatorios se acentúan y no es raro que sobrevengan fenómenos de asistolia; las estrecheces é insuficiencias aórticas determinan en algunas ocasiones la muerte repentina en los últimos días del embarazo, y en general, los accidentes que sobrevienen, tienen el sello de la rapidez, siendo difícil el encontrar una terapéutica verdaderamente eficaz. Nosotros consideramos á estas enfermas como las de mayor gravedad, por la impotencia de nuestros medios terapéuticos.

En ninguna de las enfermas cardiacas está indicado como en esas la privación de las relaciones sexuales; en ellas, ni aun aceptando el aborto como lícito (cosa verdaderamente discutible) podemos encontrar medio de semigarantizar la vida de la enferma.

Las enfermas mitrales son las que ofrecen más variedad en el modo de soportar la gestación; en ellas se observan, al lado de las que desde que aumenta la tensión sanguínea se hallan con estados asistólicos de variable intensidad y duración, otras que soportan admirablemente bien el embarazo y aun el parto; esta clase de enfermas requieren un estudio muy completo de la tensión sanguínea y del funcionalismo renal. En términos generales puede afirmarse que la gestante con insuficiencia mitral que no tiene albuminuria, es enferma que escapará bien de su embarazo, en tanto que la que es albuminúrica tiene gran número de probabilidades de que le cueste la vida la gestación.

La hipertensión es muy frecuente en estas enfermas y mejor que la gran serie de medicamentos hipotensores que se han recomendado, consideramos preferible la sangría repetida una y otra vez hasta tanto que la respiración se regularice y pueda el corazón cumplir su misión fisiológica. En los casos de congestión con edema pulmonar, constituye asimismo la sangría un excelente medio de tratamiento.

Ante un caso de asistolia, toda tentativa de provocación de parto se halla contraindicada: todos los casos que hemos tenido

ocasión de observar en estas condiciones, ya directamente, ya en junta con otros compañeros, han terminado fatalmente si se ha presentado el parto espontáneo ó si ha sido provocado. En asistolia los esfuerzos uterinos y los de la prensa abdominal son fatales, y por lo tanto, más que atender á la depleción del útero, debe el tocólogo atender al corazón de la enferma.

Si la asistolia se presenta en el curso del parto y hay posibilidad de terminar éste rápidamente por la versión ó por el fórceps, creo que el tocólogo hará bien en hacerlo; debe, sobre todo, en enfermas de esta categoría, evitarse el periodo de expulsión, que es el que más fatiga á la mujer, y por ello consideramos la aplicación de forceps como un medio soberano capaz por si de salvar la vida de la enferma.

El distinguido Catedrático de esta Facultad, Dr. Chacón, ha propuesto en esta sesión como medio que pudiera resultar salvador en esta clase de enfermas que se hallan en estado de impotencia cardiaca, la operación cesárea; mi opinión personal *a priori* era la misma; tanto era así, que en el pasado Diciembre, en un caso que hemos tenido ocasión de observar en unión de los Dres. Espina y Fraile, acordamos, en vista de la impotencia cardiaca de la mujer, y tenida cuenta que el menor esfuerzo la ponía á la muerte, practicar la operación cesárea; la operación se realizó con rapidez y sin accidente de ninguna especie, habiendo practicado la anestesia el mismo Dr. Espina: sacamos una niña viva que ha continuado bien; ni en el acto de la intervención ni después ocurrió nada que pudiera hacernos temer el menor contratiempo; el pulso se desplegó, la respiración se convirtió en amplia y regular; el acto operatorio apenas duró quince minutos.

Trasladada la enferma á la cama, reaccionó bien; á las tres horas se hallaba alegre, porque además de sentirse bien, sabía que era madre; llegamos á creer que habíamos solucionado el conflicto; seis horas más tarde se inició un ataque de asistolia, que no pudo ser vencido á pesar de todos los medios que para ello emplearon y la enferma murió á las quince horas de la operación.

Confieso que este final me descorazonó, porque en ningún caso puedo pretender hacer mejor que lo que hicimos en ese, y á pesar de haber evitado todo esfuerzo, así involuntario como voluntario, á pesar de haber atendido á los medios hipotenso-

res, á pesar de haber, por el mismo hecho del parto, disminuído con la pérdida de sangre la sobrecarga del corazón, no nos fué posible salvar á la enferma. Es verdad que además de los fenómenos de insuficiencia cardiaca, había también albuminuria abundante, pero había estado mucho tiempo sometida al régimen láctico y había tomado durante varios días dosis regulares de néfrina.

Este caso viene á demostrarnos del modo más evidente la proposición antes establecida, esto es, que las cardiacas albuminúricas que presentan ataques de asistolia, acusan un extremo de gravedad, en la que todos los medios de tratamiento son justificables, pero que no puede ninguno de ellos inspirarnos confianza.

No creemos que la interrupción del embarazo solucione el conflicto y, por lo tanto, no le aconsejamos, tanto, más cuanto creemos que el parto es lo que más en peligro pone la vida, y provocándole no hacemos más que adelantar el momento de la tempestad.

Teniendo en cuenta las consideraciones antes expuestas, las indicaciones deben variar en cada caso según las condiciones de momento, y desde los medios más sencillos farmacológicos hasta la cesárea abdominal clásica, todos los recursos pueden y deben estar en la mente del médico para emplearlos según le aconseje su buen juicio.

Inconvenientes de la respiración bucal en el niño

POR EL

DR. VICTOR CONILL Y MONTOBRIÓ

El aire puede seguir indiferentemente dos vías para llegar á los pulmones, la bucal y la nasal, siendo empero esta última la dispuesta para el caso.

Las dos aberturas nasales están constituidas en admirable tamiz, pues á través de los pelos el aire se despoja de gran parte de sus impurezas, el moco mismo ejerce una acción mecánica y tal vez química, la primera, fijando mediante su consistencia pastosa los cuerpos que con él rozan y la segunda por su poder antiséptico que ha sido puesto de relieve por algunos

autores, sin que sobre este punto se pueda asegurar nada en concreto, ya que recientemente se ha negado en absoluto.

La longitud y anfractuosidades del trayecto nasal bastan para que el aire llegue á los pulmones lo suficiente calentado para no producir grandes y bruscas oscilaciones térmicas en el delicado epitelio pulmonar.

Cuando, por cualquier causa, esta vía es estrecha ó se obstruye completamente, la respiración bucal viene á suplir la deficiencia orgánica, no sin graves riesgos para la salud del niño.

Zarniko (1) señala una serie de ellos como alteración de la mucosa de las fosas nasales, á consecuencia de la retención de sustancias fermentecibles que constantemente la irritan, á saber: eczema y erisipela de los bordes de las ventanas y con tendencia á propagarse, acompañados de hinchazón de los ganglios sub-maxilares.

Tomaso Manciola llama la atención sobre la carie dentaria, principalmente de los incisivos, ocasionada por los cambios bruscos de temperatura que supone la inspiración de aire frío.

Tampoco es raro que estos pacientes sufran con frecuencia desarreglos gastro-intestinales debido á que durante la comida la respiración es penosa, y se acostumbran á masticar poco; los alimentos llegan al estómago poco ptialinizados y peor triturados.

En la laringe, bronquios y pulmones, la respiración bucal puede producir una serie de trastornos inflamatorios que preparan el terreno para la tuberculosis. Schmid aclara este hecho teniendo en cuenta que la rápida evaporación del vapor de agua que llega con el aire, seca la mucosa, y repitiéndose constantemente este fenómeno, acaba por alterarse.

En un estudio de U. C. Rivers (2) sobre la respiración bucal como proceso predisponente en la tuberculosis hecho en tres sanatorios durante el año 1904-05 encontró el resultado siguiente:

CASOS OBSERVADOS	Menores de 20 a.— ^o / ₁₀	Con respiración bucal ^o / ₁₀
Individuos robustos	23	— 34'7
Medianamente robustos.	25	12 16
Débiles.	29	26 1'2
Total.	67	11'9 19'4

En mi opinión esta estadística es algo instructiva. En los individuos robustos donde hay que invocar causas ajenas al medio favorable para el desarrollo de la tuberculosis, la respi-

(1) Zarniko.—*Ohren, nasen and Kehlkopfkrankheiten*.—Hamburg 1910.

(2) *Internationales Genralblatt für Ohenheilkunde*.—Leipzig, 1905.

ración bucal juega un importante papel, entrando en la enorme proporción de 34 por 100.

Durante el sueño es quizás cuando más sufre el niño los perniciosos efectos de su anormal respiración. Cuando está profundamente dormido, se hunde el maxilar inferior y la base de la lengua va á apoyarse en la entrada de la laringe; angostado el trayecto el aire tiene que luchar para abrirse paso y se produce un ruido idéntico al de la respiración onestésica cuando la base de la lengua cae hacia atrás. Consecutivamente el sueño es intranquilo y llega un momento en que la inspiración es tan penosa, que el niño despierta y por un movimiento de deglución, libera la abertura laríngea de la oclusión de la lengua. Este hecho repetido varias veces durante la noche, ó sea este intranquilo sueño, da por resultado que al día siguiente el niño se encuentra cansado y poco apto para el trabajo, sea el que fuere, como exija la menor concentración; este estado se conoce con el nombre de "Aprosexia".

Todavía más interesante es el caso citado por Körner: según este autor, dimana de este estado de cosas una serie de alucinaciones y sueños pavorosos que pueden conducir á la micción espontánea. Esta forma de *Enuresis nocturna*, según el autor, está bien caracterizada desde el momento que tan pronto como se ataca la causa (tonsilotomía, extirpación de vegetaciones adenoideas, etc.) desaparecen sus molestos efectos.

Sin embargo, cuando la parte superior del tubo respiratorio no está completamente obstruída y si estrechada, observamos como hecho habitual que en estado de reposo el paciente respira con la boca cerrada, mas al menor esfuerzo, como al correr, ó al tener una impresión grata ó desagradable, tiene que servirse de la boca. Este tipo respiratorio, que sin embargo dista de ser el natural, facultativo, presenta sus inconvenientes reducidos al mínimo.

Poli (1) resume las desventajas de la respiración bucal con relación á la nasal, en que aquélla es: *menos profunda, menos repetido y menos ritmica*. Por ser la abertura aérea mucho mayor entra por parte del individuo en el cumplimiento de tan importantísima función: *menos energía, menos intención y menos atención*.

A la Policlínica oto rino-laringológica de la Facultad de Medicina de Berna acuden periódicamente una regular cantidad de niños que constituyen un excelente material para este estudio.

En una serie de casos observados por mí, bajo la dirección

(1) *Inter. Centralblatt für Ohrenheilkunde*.—Leipzig, 1905.

científica del Prof. Lucher, he podido comprobar que las causas de obstrucción de las fosas nasales se repiten con lamentable frecuencia.

Entre las más constantes pueden señalarse las vegetaciones adenoideas del cavum faríngeo y la hipertrofia de las amígdalas; menos generalmente edema de las fauces, peritonsilitis, flemones, absceso retro-faríngeo, desviaciones del tabique medio, cuerpos extraños durante largo tiempo retenidos, pólipos mucosos, secreción excesivamente seca (ozena genuina) oclusión innata y cicatrices.

Cuando la lesión se ha constituido lentamente y sobre todo si mirándola con desdén, sin importancia, no se ha sido diligente en dar conocimiento al médico, pueden establecerse desarreglos, que en más ó en menos quedan á perpetuidad.

Se refieren éstos á las alteraciones mentales, á las de la fisonomía, de la mucosa olfativa y de la conformación de los huesos maxilares.

El primer caso es tan enigmático como cierto, un niño que desde largo tiempo sufre obstrucción nasal, y por tanto es tipo respiratorio bucal, presenta la mayoría de las veces un estado de estupidez, de atraso mental particular, como si al compás de su benigna enfermedad se hubiera operado un paro de desarrollo en los órganos destinados á exteriorizar sus manifestaciones psíquicas.

Por lo que se refiere á los cambios de la fisonomía, no es raro en estos enfermos que el médico práctico haga un diagnóstico de impresión. En estado de reposo, la boca está abierta, el labio inferior caído, el surco naso-labial muy pronunciado, las comisuras oculares externas y los párpados inferiores son arrastrados por la piel de las mejillas, las que á su vez están también dislocadas hacia abajo; en conjunto, la fisonomía aparece cansada y soñolienta.

La voz es gangosa y arrastrada, efecto de que en la fonación las palabras y el aire deben escapar juntos por la boca y vencer además las resistencias que encuentran á su paso.

En tercer lugar podemos afirmar que obstruídas las fosas nasales, quedan en ella mucosidades que, fermentando, originan procesos químicos con desarrollo de substancias débilmente cáusticas, ácidos en general que en contacto continuamente con la mucosa olfativa, la irritan y alteran profundamente; tanto que yo he observado repetidas veces, aún después de exterminada la causa de la obstrucción, ó sea devuelta la normalidad, que el sentido del olfato en el paciente quedaba muy menguado. El proceso anatómico que nos explica este fenómeno es

una infiltración inflamatoria en los comienzos, época en que la curación completa es posible, pues podemos confiar en una reabsorción lenta de exudados, consecutivamente la mucosa se engruesa y acaba por queratinizarse.

La particularidad más curiosa y menos tratada dentro del capítulo de la "Respiración bucal," es la relativa á las deformaciones de los huesos maxilares ó mejor de la hilera dentaria, según mis observaciones.

Kaposi y Port en su estudio sobre estas deformidades óseas señalan dos periodos perfectamente separados: antes y durante la dentición; siguiendo en toda su descripción el camino trazado por Zarniko en este sentido.

Antes de la dentición, en lugar de presentar el borde alveolar una figura semicircular, como es lo normal, toma la forma elipsoidea.

Durante la dentición, según los citados autores, las partes laterales óseas se aproximan, por lo mal las mandíbulas se estrechan y alargan.

Como causas de este proceso se citan: 1.º La presión positiva de la cavidad bucal. 2.º La negativa de la nasal. 3.º La presión de las mejillas.

Cuando la cavidad bucal está cerrada, existe en ella, según Donders, una presión de 1 á 2 mm. Hg. Naturalmente, en la respiración por la boca la presión es positiva y con el tiempo puede este hecho variar las condiciones de crecimiento del esqueleto de la región. La bóveda palatina del lado estenosado se presenta más alta y socavada.

Debo de hacer constar, sin embargo, que en cuantos casos he observado de niños con respiración bucal, en algunos no he notado alteración en este sentido, indudablemente no había tenido tiempo de constituirse y en los restantes, más que los huesos maxilares en si, son los dientes los dislocados.

En condiciones normales, las eminencias de los molares de la mandíbula inferior, se ajustan á las depresiones de sus superiores y viceversa; hay aquí una primera causa poco clara y es la dirección anormal que adoptan los molares inferiores; partiendo de este hecho real, los molares inferiores, para ajustarse á los primeros y obligados por éstos en la masticación, seguirán su tendencia á aproximarse en sentido de la línea media palatina, de donde resulta la forma elipsoidea del contorno maxilar, ó mejor, dentario, pues que en este anormal crecimiento el hueso puede jugar un papel en absoluto pasivo, que, en mi opinión, constituye la regla general.

CONSEJOS Á LAS MADRES

PARA TRATAR LAS QUEMADURAS

POR EL

DR. MARTINEZ VARGAS

Desgraciadamente los accidentes producidos en los niños por el fuego, no amenguan á pesar de haber insistido tantas veces y en diversos tonos, para que se tomasen precauciones en este respecto. Tuve la esperanza de que las quemaduras graves y mortales disminuyeran, cuando después de relatar la historia de una niña, traída á mi sala, del Hospital Clínico, con extensas quemaduras que le produjeron la muerte á las pocas hoas de su ingreso, publiqué un extenso artículo relatando las tristes circunstancias en que dicha quemadura se había producido, y excité al Ayuntamiento de Barcelona para que mandara poner en las escaleras de varias casas, alambrados ú otros medios protectores que impidieran en esas casas donde tanto niño y niña pululan, que los vestidos de estos fueran incendiados por las luces de gas de las escalera; cuando ví establecida esta reforma, confié, repito, que esos graves accidentes fueran raros, pero no obstante; mi sala de cirugía de Hospital Clínico, demuestra con harta y lamentable frecuencia; que cuando no es uno, son dos los niños brutalmente quemados que nos traen allá para morir con las torturas de un nuevo San Lorenzo, á pesar de los baños, de la morfina, de los anestésicos y de cuantos calmantes se les propinan para hacerles menos angustiosas las horas de su irremediable y fatal suplicio. Mis alumnos y yo podríamos referir trágicas escenas de dolor y de conmiseración; desarrolladas al descubrir los cuerpos tostados; carbonizados y sangrientos, con penetrante y molesto olor de chamusquina, de esas criaturas que nos traen á la clínica, presas de estupor, con un quejido continuo é incoherente, á quienes cuesta trabajo sacarles los restos de sus ropas quemadas, sin que sigan detrás, pegados á

ellas, piltrafas de su carne frita; podríamos referir además escenas de un heroísmo sin par, de madres que han soportado, sin clorotormo, en plena sensibilidad, antes esta exaltada por la finalidad de su rasgo, de madres que han soportado sin estremecerse ni quejarse, 4, 6 ó más tizeretazos dados en sus carnes, para trasladar colgajos de su piel á extensas quemaduras de su hijo, con cuyos ingertos podía acelerarse la cicatrización de sus extensas úlceras, rasgos de alteza moral que confortan, porque pasan en la oscuridad, sin ostentación teatral, sin la esperanza de recompensa y en plena concentración de amor materno; podríamos citar escenas y dolores que serían bastantes á imponer al más descuido la necesaria precaución.

Para remediar en parte los escorzores, los dolores, las ulceraciones interminables ó las cicatrices, deformes, en los que sobreviven á la quemadura, ya he dado en otros artículos ciertos consejos; sin olvidar que la tinta es un remedio utilísimo en las quemaduras de primer grado y también las soluciones de ácido picrico, voy á exponer dos fórmulas, una de una loción y de una pasta la otra, que han alcanzado gran crédito por los buenos efectos. La primera ha sido aconsejada por el Dr. Caland de Cambrai.

Se aplica sobre las partes lesionadas y con ayuda de un pincel la loción siguiente:

Acido fénico.	XXV gotas
Dextrina neutra pulverizada.	125 gramos
Titura de aloe sucotriño.	65 »
Alcohol alcanforado débil.	30 »
Nitrato de plomo químicamente puro.	3 »
Tanino.	1 »
Agua de laurel-cerezo.	150 »

Para que este bálsamo sea perfectamente homogéneo se necesita reducir la dextrina á polvo impalpable. Se la deslie luego por pequeñas fracciones, en la mezcla de tintura de aloe y aguardiente alcanforado, y para concluir, se añade el agua de laurel-cerezo que contiene el nitrato de plomo y el ácido tánico.

Se extiende por medio de un pincel. Se deja secar la primera capa, y sobre las partes más lesionadas se hacen dos ó tres aplicaciones.

La segunda es una pasta como crema, recomendada por el Doctor Biddle. He aquí su preparación.

Carbonato de plomo.	455	gramos
Polvo de goma arábica.	30	»
Bicarbonato de sosa	10	»
Aceite de lino	C. S.	

Después de haber abierto las vesículas con las tijeras se separan los fragmentos y se lavan con jabón y agua tan completamente como sea posible: luego y después de haber embadurnado un poco de gasa con la pomada, se la aplica sobre la quemadura, y se la deja en el sitio con una venda poco apretada. Los dedos deberán mantenerse separados y las articulaciones extendidas. Se dejará en el sitio la cura hasta que resulte empapada por las secreciones, después de lo cual se cambia por otra. Las curas no deben repetirse frecuentemente, á menos que exista supuración, y se continuará el tratamiento hasta que la superficie esté cubierta de granulaciones; en ese momento se aplicará una cura de vaselina ó de estearato de zinc y si las llagas son muy extensas, se recurrirá á los injertos epidérmicos.

Ningún caso de intoxicación por el plomo ha sido observado, lo cual se debe seguramente á la presencia de la goma arábica.

Así pueden estos dos remedios combatir convenientemente los estragos consecutivos á toda clase de quemaduras.

(La Med. de los Niños)

CÁPSULAS EUPÉPTICAS

DE

MORRHUOL

PRINCIPIO ACTIVO DEL ACEITE DE HIGADO 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 puede 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, escurfúla 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, neuralgias, 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 de hemoglobina.—Frasco, 12 reales.

CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE TERPINOL.—Diurético modificador de las secreciones catarrales, enfermedades de las vías respiratorias y gènito-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.

Farmacia Catalana

DE

M. REBORDOSA

La mejor surtida y más económica de la capital.

EXISTENCIA DE

Sueros Terapéuticos. ☉ Medicamentos modernos. ☉ Especialidades nacionales y extranjeras. ☉ Aguas minero-medicinales. ☉ Aparatos para curación é Higiene. ☉ Instrumentos Quirúrgicos. ☉ Medicamentos homeopáticos. ☉ Medicamentos veterinarios. ☉ Materiales Antisépticos. ☉ Oxigeno puro para inhalaciones.

JUNTO A LA DROGUERIA

DE LOS SRES. FERRER HERMANOS

PLAZA SAN JULIAN 24

MURCIA

CAPSULAS
DE
QUININA
DE
PELLETIER

Las Cápsulas
de Quinina de Pelletier
son soberanas contra
las *Fiebres*, las *Jaquecas*,
las *Neuralgias*, la *Influenza*,
los *Resfriados* y la *Grippe*.

Exigir el Nombre:



En
todas las
buenas farmacias

CEREVISINA

(Levadura seca de cerveza)

La **CEREVISINA** da maravillosos resultados en el tratamiento de los *furúnculos*. En los enfermos que padecen de *psoriasis*, *herpès* ó *eczema*, produce el mejor éxito mejorando rápidamente su estado general, así como en el *acné*, la *urticaria*, etc.

PARIS, 8, rue Vivienne y en todas las Farmacias

APIOLINA CHAPOTEAUT



Regulariza el *flujo mensual*,
corta los *retrasos* y
supresiones así como
los *dolores* y *cólicos*
que suelen coincidir con las
épocas.

En todas las Farmacias

SALUD DE LAS SEÑORAS

Supresión de
las inyecciones.

Tratamiento
el mas facil
y el mas discreto.

**SANTAL
MIDY**

Exigir la firma :

P. Midy
sobre el rótulo.

CURACION RAPIDA y RADICAL
de los flujos antiguos ó recientes

Cada cápsula
lleva el nombre



Desconfiar de las Falsificaciones.

Cada cápsula
lleva el nombre



EN TODAS LAS FARMACIAS

ÉL JARABE FENICADO DE VIAL

combate los microbios ó gérmenes de las enfermedades del pecho,
es de eficacia segura en las Toses, Resfriados, Catarros,
Bronquitis, Grippe, Ronquera, Influenza.

PARIS, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.



La pureza de la PEPTONA CHAPOTEAUT
la ha hecho adoptar por el
INSTITUTO PASTEUR

VINO DE PEPTONA
de **CHAPOTEAUT**

Contiene la carne de vaca digerida por la pepsina.
Se recomienda en las enfermedades del estómago, las
digestiones penibles y la insuficiencia de alimentación.
Con él se nutre á los *Anémicos*, los *Convalecientes*,
los *Tisicos*, los *Ancianos* y á toda persona desganada,
á la que repugnan los alimentos ó no puede soportarlos.

PARIS, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.