

nuir con el ejercicio acrecerá en razón directa de la anhelación respiratoria y de los apuros del corazón, que son el fundamento patogénico de todos estos fenómenos. Y por último, la hipertrofia del corazón no expresa vigorización de este órgano, sino la consecuencia lamentable de un trabajo desmedido; y digo lamentable, porque en mi opinión la hipertrofia cardíaca no es un hecho satisfactorio en absoluto, sino tan sólo relativamente. En efecto, la significación de la hipertrofia es compleja. Entiendo que no es acertada la opinión de los que la consideran como consecuencia, no como causa de la compensación, pues es ambas cosas, ya que no se puede negar que surja por el exceso de funcionalismo cardíaco, y que á la vez el engrandecimiento muscular ha de implicar necesariamente mayor potencia contractil y, por lo tanto, ha de representar un indiscutible elemento de compensación. Pero aparte de esto, hay que reconocer que cuando sobreviene hipertrofia es porque el trabajo del corazón es realmente extraordinario, pues si así no fuera no alteraría la proporción de sus elementos contractiles; así, pues, la hipertrofia revela anormalidad de funcionalismo; y además, probablemente, este proceso somático no consistirá sólo en el aumento de volumen de los elementos musculares, sino que se producirá también hiperplasia, alterándose, por consiguiente, las condiciones fisiológicas de la textura cardíaca, por cuyas razones conceptúo lamentable en parte la hipertrofia, pues sería mucho más conveniente para el enfermo que se estableciera la compensación sin que se alterara la estructura del órgano.

De manera que no siendo la hipertrofia un fenómeno satisfactorio por sí, no debe haber interés en aumentarla, sino que, por el contrario, el ideal clínico debe ser que conserve el corazón el máximo de su normalidad, tanto desde el punto de vista *fisiológico* como *anatómico*. El corazón se hipertrofia con sus solos esfuerzos, no hace falta que se le incite á ello, ni debe hacerse; si provocáramos el desarrollo de la hipertrofia, nuestra conducta, además de esencialmente perniciosa, sería ciega, porque es imposible fijar en qué grado es necesaria; mientras que el organismo, obedeciendo á las inmutables leyes de armonía y de conservación que le rigen, produce la hipertrofia cuando es precisa y en el grado estrictamente indispensable. En el supuesto, que no admito, de que fuera conveniente la hipertrofia cardíaca, no haría falta provocarla con movimientos más ó menos fatigosos, porque tiene el corazón bastante influencia hipertrofiante con la sobrecarga de trabajo que representa la lesión; sobrecarga tan continua, tan implacable, que

es posible que no dé ni una sola palpitación que no sea de mayor intensidad que lo que corresponde al tipo fisiológico. Basta con pasear unos minutos con un cardíaco por estas calles de Madrid para ver, aun andando muy despacio, la anhelación que le produce la más ligera pendiente; y aun paseando por un terreno horizontal y hasta cuando se halla el niño sentado, véase lo frecuente de su respiración.

El ejercicio en los cardíacos le creo siempre totalmente contraindicado por su *enfermedad*, sólo que se le debe recomendar, cuando es posible, porque le reclama el *estado general* del enfermo, pues el ejercicio constituye verdaderamente un *modificador interno* de importancia suprema por su influencia sobre la esfera moral, sobre el apetito, sobre la nutrición, sobre las secreciones, sobre el sistema muscular y hasta sobre el corazón, el cual participaría en más ó menos grado, en tanto que es un órgano de la economía, de la astenia general que acarrea la inacción demasiado prolongada; por lo cual estoy tan distante del método de Ertel que, según parece, ha tenido cierto eco en Alemania, como del de Valsalva, en el que se aconsejaba á estos pacientes la inmovilidad. Creo, por lo tanto, que durante el período de compensación debe aconsejarse á los niños que paseen, pero muy despacio, deteniéndose unos momentos de cuando en cuando y sentándose alguna vez en sitios en que no se queden fríos; es decir, ha de ser un ejercicio tan prudente, tan dulce, que expresaré mi pensamiento diciendo: que ha de hacerse sin que el corazón se aperciba más que lo estrictamente imprescindible.

A ser posible debe evitarse el que los niños suban escaleras, lo que se consigue subiéndoles en brazos ó sentados en una silla; y prohibase el canto, la lectura en alta voz, el hablar con exceso, y en fin, todo lo que implique esfuerzo.

#### Frenillo.

El repliegue membranoso que sujeta verticalmente la cara inferior de la lengua al suelo de la boca, puede avanzar demasiado hacia la punta del órgano y dificultar sus movimientos. Semejante exuberancia del frenillo constituye un pequeño defecto que es preciso corregir; pero debe tener el médico muy presente que en muchos, muchísimos casos, llevan los padres á los niños al médico para que les corte el frenillo porque no pueden mamar, porque tardan en hablar ó porque tartamudean. Ninguno de estos tres hechos es debido al frenillo; respecto de

los dos últimos puede afirmarse en absoluto, pues si bien cabe en los amplios límites de la posibilidad el que en algún caso se halle tan extensa é íntimamente unida la lengua al suelo de la boca, que entorpezca la pronunciación, no pasarán de aquí sus efectos en el lenguaje, pero no llegará á impedir que el niño hable ni á determinar la tartamudez.

Tampoco constituirá un impedimento serio, por lo general, para la lactancia, á no ser que coincida con la pequeñez del pezón de la madre, en cuyo caso serán ya dos dificultades, cuya suma puede ser, claro es, de mayor importancia. Efectivamente; la succión conceptúa que puede realizarse aunque haya un pronunciado frenillo; porque si bien es cierto que de ordinario, cuando el niño mama hace avanzar su lengua sobre la encía inferior para aplicarla por debajo del pezón, no creo que sea indispensable semejante requisito, pues supongo que podrá verificar la succión, sobre todo si el pezón es largo ó extensible, sin más que una fácil modificación en el mecanismo, que el niño realizará instintivamente, y que consiste en que, en vez de elevar y sacar un poco la lengua, dejarla en su sitio, donde estaría aprisionada por el frenillo, y atraer el pezón hacia abajo mediante la presión hecha con los labios para aplicarle sobre la cara dorsal de la lengua, para cuya aplicación eleva también el niño su boca, y se facilitará seguramente en gran manera este movimiento de adaptación de la boca al pezón, si la madre dirige un poco al niño en la dirección conveniente; es decir, que si la lengua no puede *ir á buscar al pezón, creo que puede ir á buscarle la cabeza en masa*. Tal vez se halle muy dificultada la succión cuando el pezón sea pequeño y poco deslizante, pero semejantes circunstancias del pezón implican por sí solas dificultades sin necesidad de que coexista el frenillo.

No niego, sin embargo, que en algunos casos pueda éste constituir un obstáculo serio para coger el pecho; lo que quiero es prevenir al práctico para que cuando se presenten las madres con la pretensión de que corten el frenillo al niño porque no puede mamar, se fije con cuidado en si existe la indicación ó es una falsa apreciación de la madre. En cambio afirmo que muchas veces la única causa de que el niño no coja bien el pecho es la pequeñez del pezón. Muy frecuentemente se presentan en mi consulta mujeres con la pretensión que acabo de manifestar, y yo suelo decir á los alumnos: «Verán ustedes cómo probablemente no sobra frenillo, sino que falta pezón;» y, en efecto, así lo demuestra á menudo el examen de la boca del niño y del pecho de la madre. Lo que ocurre es que ésta observa que el niño coge el pezón

con algún trabajo, sobre todo si está duro el pecho; que se le es capa fácilmente, y que á veces, al irle á coger, resulta frustrada la tentativa, y en cambio produce un chasquido la lengua; que ocasiona ruido al mamar y que se desliza la leche por fuera de la boca; sólo que la mujer interpreta mal estos fenómenos, atribuyéndolos al frenillo, cuando la única causa es lo pequeño del pezón, y más que pequeño, borroso, aplanado; es decir, que en lugar de formar un tubérculo prominente de contorno vertical, es una elevación rodeada de un plano inclinado; y si á esto se agrega que el pecho sea duro de por sí ó lo esté accidentalmente por hallarse muy lleno de leche, se comprenderá lo difícil ó imposible que ha de ser al niño coger el pezón. En este caso aconsejo á las mujeres que usen pezoneras duras, de cristal, por ejemplo, durante todo el tiempo que separa una de otra mamada, con el fin de que no aplasten los vestidos el pezón, sino que, por el contrario, forme éste más relieve en el hueco de la pezonera; y si no basta, que pongan al pecho unos momentos, cuando vayan á dar de mamar á su hijo, á otro niño sano de más edad, para que, como ejerce la succión con más fuerza, haga salir más el pezón, quitándole á continuación del pecho y poniendo á su hijo.

Se puede conseguir también la formación del pezón aplicando al pecho, en vez de otro niño, uno de esos aparatitos que se llaman *saca-leches* ó *tira-leches*, consistentes en una pezonera provista de una pera de goma, ó en una pezonera con un tubito de goma terminado en un pezón; en el primer aparato hace el vacío la pera, que se la aplasta antes de aplicarla al pecho y después se la suelta; y en el segundo la succión hecha por la misma mujer ó por otra persona; pues bien, con tres ó cuatro succiones sucesivas se consigue que sobresalga el pezón. El medio más cómodo para la mujer, por ser más inocuo para el pecho, es la succión de otro niño; pero en cambio es muy difícil tenerle siempre que le necesite y menos higiénico para ambos niños por algún posible y mutuo contagio. Si se apela al *saca-leche*, háganse las succiones puramente indispensables, porque se resienten muy pronto los pezones, y suprimase su empleo en el momento en que la mujer sienta dolorido el pecho.

Una manera fácil de resolver la duda de si el niño tiene ó no frenillo excesivo que le dificulte la succión, es ponerle al pecho de otra mujer de pezón indiscutiblemente bien formado y observar cómo mama; pero ésta es una prueba casera, digámoslo así, ó para aconsejada por un médico joven que no tenga aún experiencia bastante, pues á cualquier

práctico le basta examinar el pezón de la madre y el frenillo del niño para conocer la clase de conformación del uno y del otro, y saber si existe ó no indicación de seccionar el frenillo.

Cuando éste es carnoso está contraindicada la operación, pues únicamente deben seccionarse los frenillos membranosos, transparentes y que no tienen vasos.

La operación es muy sencilla y no da lugar á ningún accidente, pero es á condición de hacerla bien.

Se comienza por colocar al niño frente á un balcón para que penetre la luz directamente en la boca, sosteniéndole con suavidad, pero con firmeza, tanto el cuerpo como la cabeza, especialmente esta última, y un individuo de la familia coge el labio inferior del niño y le invierte hacia afuera y abajo, y á la vez hace descender ligeramente el maxilar inferior. Para levantar la lengua aconseja Saint-Germain el dedo índice izquierdo, pero no lo creo aceptable; porque como la cara inferior de la lengua se encuentra recorrida por el frenillo, y es además un órgano blando, movable y está impregnada de saliva, se la eleva con muy poca seguridad; esto aparte de que la boca del niño es muy pequeña, por lo cual el dedo obscurece el campo operatorio. Los tres medios preferibles son: la extremidad ancha de la sonda acanalada, colocada debajo de la lengua, de manera que el frenillo penetre en la hendidura que aquélla presenta; ya coger la punta de la lengua con el índice y pulgar; ó bien con una pinza de bocados anchos y planos, revestidos de un poco de lienzo ó de algodón para que no traumatizen nada á la lengua.

De estos tres medios, es el mejor la sonda acanalada, porque lo plano y ancho de la placa eleva con gran facilidad la lengua y no ocupa apenas espacio; se ha dicho que con este instrumento se pueden ocasionar desgarraduras de la mucosa sublingual, pero esto no ocurrirá jamás si se realizan las maniobras con suavidad, pues sólo se produciría este accidente empleando una violencia completamente innecesaria y reprensible. Sigue en orden de bondad el coger la punta de la lengua con dos dedos, con lo cual se la sostiene suavemente y con seguridad; pero aun cuando se dirigen los dedos hacia el labio superior para dejar la boca expedita, siempre ocupan demasiado espacio; y, por último, la pinza constituye indudablemente el menos aceptable de estos tres medios, porque puede lesionar fácilmente la lengua.

Una vez elevado este órgano en grado conveniente, se corta el frenillo con unas tijeras de puntas obtusas, cuidando muchísimo de no herir

los vasos raninos ni la mucosa sublingual, lo cual se consigue con facilidad suma teniendo en cuenta que lo único que hay que cortar es la parte membranosa transparente del frenillo, y aun no toda, pues debe respetarse su porción más posterior en una extensión de uno ó dos milímetros, porque esta reminiscencia de frenillo no entorpecerá nada los movimientos de la lengua y en cambio evita que la acción de las tijeras se ejerza en tejidos que no se deben herir. Los instrumentos se aseptizarán previamente, y tanto el médico como la persona que coja el labio inferior del niño se lavarán las manos con jabón y agua hervida.

No ocurrirán accidentes en esta sencilla operación siempre que se practique con arreglo á los consejos que acabo de formular, y á este otro que voy á indicar: no acelerarse, no ejercer violencia alguna y *no cortar jamás* con las tijeras sin que se vea bien claramente lo que se va á cortar.

Si por desgracia se produjera hemorragia, se contendrá apelando sucesivamente, y en el orden en que los expongo, á los siguientes recursos locales hasta que se haya cohibido: aplicar debajo de la lengua una torundita seca de algodón; impregnada en la solución oficial de percloruro de hierro diluída en diez, y si no basta en cinco partes de agua destilada; en una mezcla de tanino y de una solución concentrada de antipirina; la cauterización del punto que sangra con la barra afilada de nitrato de plata y si no fuera suficiente, con un estilete ó alambre enrojecido al fuego; y si ni aun así se contuviera, se apelará al recurso empleado con éxito por Saint-Germain, de pasar un hilo por detrás del punto que da sangre y ligar en conjunto toda la porción del frenillo comprendida en el asa.

#### Luxación congénita de la cadera.

Esta enfermedad ofrece un campo de estudio sembrado de problemas, pues se los encuentra tanto en la patogenia como en el tratamiento.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—En la práctica nos encontramos ya con el proceso constituido, por lo que nos vemos obligados á formar juicio respecto de su causa y de su mecanismo patogénico, fundado en suposiciones más ó menos probables, ya que, por otra parte, la anatomía patológica no ofrece un sello de invariabilidad que simplificara