

REVISTA BALEAR DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACION QUINCENAL

ÓRGANO DEL COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA

✻ AÑO XIII ✻

✻ 30 JUNIO 1897 ✻

✻ NÚM. 12 ✻

UN CASO DE POLIDACTILIA

POR

D. José Ogazón

AUNQUE con bastante frecuencia se tiene ocasión de observar individuos que tienen seis dedos en una mano, ó en un pié, ó en ambas extremidades, no es lo más frecuente que esta anomalía pueda anotarse en los cuatro miembros, como sucede en el presente caso, que como dato curioso voy suscintamente á enumerar.

Hará próximamente un año, tuve ocasión de ver á José Pardo, muchacho de once años, robusto y que tiene veinticuatro dedos, correspondiendo á seis por cada extremidad.

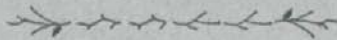
La mano derecha tiene cinco dedos naturales, bien conformados y otro igual al meñique con tres falanges y uña; el quinto metacarpiano presenta la articulación doble en la que tienen juego las extremidades articulares de las dos primeras falanjes, una del dedo natural y otra del accesorio, que en su posición ordinaria forma ángulo recto con el meñique natural siendo, por lo tanto, perpendicular á la eminencia tenar y ejecutando los movimientos de flexión y extensión ambos dedos á la vez.

En la mano izquierda, se presentan también cinco dedos bien conformados y uno accesorio mucho más pequeño que el

meñique; tiene dos falanjes y uña, falta la primera falange y en vez de ésta hay un pedículo carnoso que une al dedo rudimentario con la eminencia hipotenar, careciendo este de movimiento.

Los pies tienen seis dedos cada uno situados en posición natural y sin que pueda decirse cuál es el verdadero meñique, pues todos tienen tres falanjes y uña, siendo los movimientos de flexión y extensión uniformes para todos los dedos.

Para lo que pueda tener relación con la cuestión de herencia, debo hacer constar que el padre de dicho individuo tenía también 24 dedos, no habiendo podido adquirir más datos sobre esta familia por haberse ausentado inesperadamente, sin saber el punto del nuevo destino.



ALGO SOBRE FARMACIA PRÁCTICA

POR

D. José Pons y Bennasar

DÍAS pasados, al despachar una receta prescrita por un médico de Palma, que constaba de: agua hervida 800 gramos; borato sódico, 20; clorhidrato de cocaina 0'50 gramos; después de hervida el agua y disuelto el borato de sosa en parte de ella, disolví el clorhidrato de cocaina en la restante, pero al verterlo en la botella me sorprendió la formación de un precipitado, el cual no era más que un borato de cocaina, producto de una doble descomposición entre dichas sales, formándose cloruro sódico soluble en el vehículo, y borato de cocaina insoluble. No me quedaban más que dos medios (los cuales usan la inmensa mayoría de los farmacéuticos y prácticos en farmacia, cuando se encuentran en un caso semejante) ó dejar el precipitado interpuesto, haciendo la in-

dicación de que debía de agitarse cada vez que lo hubieran de usar, ó filtrar el líquido para dar una disolución transparente.

Como se trataba de una substancia, sin duda la que había de producir el deseado efecto que el médico se proponía, no quise optar por el primero, puesto que la disolución había de servir para una escoriación de la faringe, y con seguridad las partículas de borato de cocaína, obrando directamente sobre dicha escoriación, hubieran producido un efecto completamente contrario al que se proponía el médico; ni tampoco por el segundo, porque quedando la substancia activa en el papel filtro, ningún efecto le había de producir.

En esta situación pensé tantear algunos disolventes de dicho cuerpo; eché mano primero del alcohol, en el cual fué soluble, pero añadiendo líquido de la botella se formó de nuevo el precipitado; recurrí después á la glicerina, que también disolvió el precipitado, y añadiendo luego otra vez líquido de la botella, no precipitó ya, lo cual me proporcionó la consabida satisfacción de haber dado en el *quid* y poder entregar desde luego lo que se dice una receta bien despachada.

Modo de manipular: después de hervida el agua, y estando aún caliente, se disuelve el borato sódico en parte de ella; por separado se disuelve el clorhidrato de cocaína en unos dos gramos de agua hervida, añadiendo luego diez gramos de glicerina; mézclanse ambas disoluciones, y no se forma precipitado alguno, quedando, por consiguiente, una disolución transparente é incolora.

Esta receta había sido despachada primitivamente en Palma y la entregaron con el precipitado interpuesto, lo cual no tiene nada de extraño, pues también presenté días pasados una fórmula con una substancia interpuesta, á causa de querer cumplir nuestra sagrada misión de ser un verdadero fiel servidor del médico. Esta fórmula se componía de lo siguiente: agua destilada, 120 gramos; exalgina, 1'50 id.; jarabe, 30 id.

Después de bien pulverizada la exalgina, la mezclé con el

jarabe, lo mejor posible, añadiendo, por último, el agua; así me resultó dicha exalgina interpuesta en pequeñísimas partículas.

Debo hacer constar que no ignoraba que esta substancia era soluble en agua alcoholizada al 4 por 100, pero no quise excederme de lo prescrito, y creo que incurrí en un error, ya que el médico, al formular una poción, lo que quiere es que estén disueltas las sales lo más perfectamente posible, porque cuanto más disuelta una sal, más fácilmente se absorbe, y esta incumbencia es pura y exclusiva del farmacéutico, á cuyo efecto, el médico nunca se olvida de encargarle el *Modus faciendi*.

Como más tarde vino la misma fórmula, modificada con alcohol de melisa, cinco gramos, y entonces resultó una disolución transparente, creo que la manera de despachar dicha fórmula, aunque no lo indique el médico, es la siguiente: Se toma la exalgina y se disuelve en alcohol c. s., se añade el agua y se incorporan por último las demás substancias.

Tratándose de ejemplos como los anteriormente indicados, en que añadiendo estas pequeñas porciones de disolventes idóneos resultan disoluciones á que aspira el médico, son dignos de anotarse en la indispensable plagueta de cada farmacéutico, advirtiéndole que, cada vez que se me presenten casos análogos, tendré el especial gusto de hacerlo público, esperando que harán otro igual todos mis colegas, y así se podrán solventar con facilidad muchos inconvenientes que á menudo se presentan.

Muro, Febrero, 1897



ALGUNOS CASOS CURIOSOS DE OBSTETRICIA

POR EL

Dr. Rafael Weiss

Ex-Jefe de la Clínica de Partos de la Facultad de Medicina de la Habana (*)

PUESTO que generalmente se dice que la variedad es la sazón de la vida, por ese motivo he decidido hacer de la diversidad de asuntos, la principal materia para este artículo. Me ha parecido que sería así, quizás, más amena su lectura y despertaría algún interés y mejor ocasión para los comentarios.

Los siguientes casos que voy á relatar, han sido escojidos de mi práctica, más que por su gran rareza, por razón de alguna circunstancia curiosa ó interesante en cada uno de ellos.

CASO I

Parto espontáneo y extraordinariamente rápido, de un feto excesivamente voluminoso y precisamente á término.

Esta paciente era sexti-grávida, peninsular, de treinta y cuatro años de edad. Sus cinco niños anteriores nacieron á termino en presentación del Vértice, sin dificultad especial, salvo alguna lentitud en el segundo período ó período expulsivo, siendo todos robustos y bien conformados. La ví por primera vez, un mes antes del término; el feto se presentaba en O I A, y anuncié el día probable del parto para el 1.º de Noviembre de 1896, añadiendo cinco días á la conclusión de última menstruacion y contando de allí nueve meses de preñez. El parto empezó, en efecto, el 1.º de Noviembre á las tres de la mañana; rotura espontánea del saco de las aguas á las seis de la misma y expulsión espontánea también á las 6½ en punto, de un feto vivo, del sexo masculino. Duración total del parto, 3 horas y 30 minutos.

<i>Dimensiones del feto</i>	<i>Media normal</i>
Peso.—5130 gramos	3250
Longitud.—55 centímetros	50
Diámetros.—Máximo.—139 milímetros	135

(*) De la *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, tom. II, págs. 135-144.—1897.

Occípito-mentoniano.—132 milímetros	130
Occípito-frontal.—124 milímetros	120
Sub-occípito frontal.—115 milímetros	110
Sub-occípito bregmático.—98 milímetros	95
Biparietal.—99 milímetros	93
Bitemporal.—90 milímetros	80
Circunferencia sub-occípito frontal.—37 centímetros	35

Consideraciones.—Bien sabido es, que para poder apreciar la duración media del embarazo normal, sería preciso conocer con exactitud el momento de la fecundación, pero desgraciadamente nuestra ignorancia sobre este punto es completa. Aun cuando en efecto se sepa la época del coito fecundante, es imposible precisar el instante en que se ha realizado la unión del óvulo y del espermatozoide, es decir, el principio real del embarazo.

Mientras que unos autores piensan que el óvulo es fecundado durante los diez ó doce días que siguen á las reglas, otros admiten que el óvulo fecundado, es el que corresponde á las reglas que faltan, variando así la duración media del embarazo desde 254 días hasta 280 aproximadamente. Por lo común se acepta como duración media la de 270 días.

Sin embargo, hay que contar con algunas predisposiciones individuales. Yo asistí una señora, que ha dado á luz en cuatro partos sucesivos de 290 á 295 días de la última menstruación ó sea, en la semana premenstrual del décimo mes; y otra, sus dos hijos á los 302 y 304 días, después de haber menstruado, ó sea en la semana menstrual del décimo mes. Aun en los casos de coito único, la cifra media de 262 días, puede ofrecer también grandes diferencias. Quiero simplemente recordar el interesante caso publicado por mi inolvidable maestro el Dr. M. Núñez Rossié, de una joven que fué violada el 6 de Mayo de 1884 y dió á luz, por medio del forceps, en la Clínica de Obstetricia de la Universidad de la Habana, el día 21 de Marzo de 1895, ó sean 319 días á partir del coito único.

Ordinariamente para determinar la época probable del parto, se tiene en cuenta la fecha de la última menstruación, que la mayor parte de las mujeres conocen y se cuentan nueve meses y algunos días después del fin de las últimas reglas.

Para determinar rápidamente el término del embarazo, Tarnier da el consejo de añadir cinco días al final de la última menstruación y restar tres meses en sentido inverso de su orden natural. Así en nuestro caso, la mujer tuvo sus últimas reglas del 22 al 27 de Enero de

1896, añadiendo cinco días, dá el 1 de Febrero; se restan los tres meses hacia atrás, 1 de Enero, 1 de Diciembre, 1 de Noviembre, que fué el día preciso de su parto. Cuando este dato de la menstruación falta, es el exámen directo al que hay que recurrir para apreciar el tiempo de la gestación y entonces se estará más cerca de la verdad, cuanta más familiaridad se tenga con la clínica obstétrica.

De una manera general, la duración total del trabajo del parto, es mayor en las primíparas; en ellas es por término medio, de doce á catorce horas, mientras que no es sinó de 6 á 8 horas en las multiparas, guardando cierta relación, en unas y en otras, con el volumen del feto; constituyendo á veces, una verdadera causa de distocia, el tamaño excesivo del niño. En nuestro caso, el parto ha durado 3 horas y treinta minutos, á pesar del volumen exagerado del feto:

Uno de los particulares referentes al feto de término, y que no interesa menos al partero, es el que respeta al desarrollo, ó mejor al peso del cuerpo y al volumen de la cabeza y cuya influencia se hace sentir de un modo notable, en las estrecheces pelvianas, principalmente.

Se admite universalmente como el peso más bajo del feto á término, el de 2,000 gramos y el más alto, el peso de 5,000 gramos pero como estos extremos son relativamente raros, se ha hecho oscilar entre 3,000 y 3,500 gramos el peso medio, lo que dá 3,250 gramos como peso medio del feto de término.

Pinard en 20,000 observaciones de la Clínica, ha encontrado un solo feto con el peso de 5,300 gramos. Charpentier ha visto sólo dos fetos en la práctica, uno de 5,150 gramos y el otro de 5,275 gramos. Mme. Lachapelle cita uno de 6,000 gramos, Baudelocque de 6,500, Merrimann de 7,000, Groft de 7,500. La cifra más elevada que se conoce es la que refiere Cazeaux en un caso que asistió con Riembault en que el feto pesó 9,000 gramos. Ultimamente se ha publicado en un periódico de medicina la relación de un parto difícil por exceso de volumen del feto, que pesaba 11 mil gramos; estaba afectado de hidrocefalia y de ascitis.

La longitud total del feto á término es de 48 á 52 centímetros.

La cabeza fetal es la parte más interesante en conocer, como la más voluminosa y la más irreductible que tiene que atravesar el conducto pelviano, variando sus diámetros proporcionalmente al peso del cuerpo.

Las investigaciones de La Torre han demostrado que ni el sexo del feto, ni la multiparidad, ni la mayor duración de las reglas, ni la cantidad del líquido amniótico, ejercen ninguna influencia sobre el de-

sarrollo del feto; un tanto perceptible es la que ejercen la época de la pubertad y la edad de la madre; en tanto que es proporcional dicho desarrollo, de una manera evidente, á la *estatura, corpulencia y volumen de la cabeza del padre sano, cualquiera que sea la constitución y el estado de salud materno.*

Así, los padres sanos, fuertes y de cabeza voluminosa, si son de pequeña estatura, engendran fetos de peso medio, y si de alta estatura, fetos de gran peso; mientras que los padres sanos, de cabeza pequeña, aún de cualquiera estatura, engendran los fetos del menor peso.

Otra causa que influye poderosamente sobre el desarrollo del feto y por lo tanto, sobre el peso del cuerpo y los diámetros de la cabeza es, *el estado de salud del padre* en el momento del coito fecundante. La media general del peso de los fetos nacidos de padres sanos, cualquiera que sea la constitución y el estado de salud de la madre, es muy superior á la de los fetos nacidos de padres enfermos, cualquiera que sea el estado de la madre. Y con las variaciones del peso, varían los diámetros de la cabeza fetal.

La influencia paterna es la que preside al desarrollo del feto.

Pater is est quem morbi filiorum demonstrant. En cambio, el sexo del niño no ejerce ninguna influencia sobre su desarrollo. Así, por ejemplo, el peso medio de los fetos del sexo femenino nacidos de padres sanos, es muy superior al peso medio de los fetos masculinos nacidos de padres enfermos. Como también cuando el padre está sano, la media de peso de los recién nacidos hembras, es igual á la de los varones; pero cuando el padre está enfermo, el feto, de cualquier sexo que sea, pesa mucho menos, aunque la madre sea de alta estatura, de mayor peso y aunque sana.

Las estadísticas de La Torre demuestran á la vez un hecho digno de anotarse, y es que *la determinación del sexo del niño está, en gran parte subordinado clínicamente al estado de salud del padre.* Así un hombre sano en el momento de la fecundación, cualquiera que sea su estatura, engendra el 76 por 100 de varones bien desarrollados, de peso superior á 3,000 gramos, mientras que el hombre, no importa su estatura, enfermo en el momento de la fecundación, dá el 53 por 100 de hembras, inferiores al peso de 3,000 gramos. Por lo tanto, como el mayor número de hembras, son la mayoría de los casos procreados por hombres enfermos, resulta que el peso medio de 100 fetos del sexo femenino debe ser inferior al peso medio de 100 fetos varones; quizás sea esa la razón de como y porqué la mujer es, con frecuencia, menos desarrollada, psicológica y biológicamente, puesto que proviene más fácilmente de padres enfermos y degenerados.

Todas estas consideraciones establecen que la media asignada tanto al peso del cuerpo, como á las dimensiones de la cabeza fetal, no pueden, en cuanto á su significado general, considerarse como absolutas y no susceptibles de modificaciones substanciales, puesto que no corresponden á la realidad científica; y entre las condiciones orgánicas que las modifican, figura principalmente el volumen de la cabeza del generador y la salud que aporta á la procreación.

C A S O II

Menstruación en la primera semana de la vida

E. M. primípara, dá á luz á término por medio del forceps, una niña que pesaba 3,990 gramos. Todo marcha normalmente, alimentación, sueño, etc., hasta la tarde del quinto día. Esta noche la niña duerme mal, está inquieta, unas veces rechaza el pecho, otras lo abandona enseguida; el vientre está abultado, hay algunos borborigmos, parece el malestar producido por pequeños cólicos intestinales. Por la mañana aparecen en su culero, algunas pequeñas manchas, producidas por un líquido viscoso, que se hace bien pronto rosado, después sanguinolento y al fin están constituidas por sangre pura. Al exámen, los órganos genitales externos están ligeramente tumefactos y rojizos; se ven pequeños coagulitos entre los grandes labios; se hace un lavado escrupuloso de la bulba con una solución bórica templada, se seca bien con algodón bórico y á los pocos segundos se vé fluir por la pequeña vagina el líquido sanguíneo, muy lentamente. Al mismo tiempo se percibe un abultamiento de ambas mamas, que parecen un tanto dolorosas á la presión. La niña pasa dos días con estos síntomas, al tercero los trastornos generales parecen atenuarse al mismo tiempo que el flujo sanguíneo, vulvar es menor en cantidad, cesando por completo unos y otro la tarde del cuarto día, después de hacerse de nuevo más pálido, ó sero-sanguinolento como al principio. Hoy cuenta tres años esta niña y el fenómeno no ha vuelto á reproducirse más.

Consideraciones.—Estas hemorragias que se realizan por los órganos genitales de los recién-nacidos del sexo femenino, independientemente de un estado grave del organismo, son bastante frecuentes y se presentan por regla general, en la primera semana de la vida, sobre todo del cuarto al quinto día, siendo cada vez más raras, á medida que la niña se aleja de la época del nacimiento. La duración del flujo es algún tanto variable; en la mayor parte de los casos es de dos á cuatro días, pudiendo á veces, prolongarse algunos más. Comunmente el fe-

nómeno no se produce nuevamente hasta la pubertad y se termina siempre de uná manera favorable.

Desde hace mucho tiempo se habían considerado estas hemorragias vulvares de las recién nacidas, como menstruaciones precoces, (Billard y Ollivier) *como un prelude de la naturaleza*, puesto que algunas autopsias demostraron la presencia de la sangre y de coágulos en la cavidad del útero (Billard).

Más tarde, Camerer explicaba la hemorragia por trastornos en la circulación pelviana, producido por la ligadura prematura del cordón umbilical; haciéndose observar además (Cullingworth) que las hemorragias intestinales son más frecuentes en los varones y que las hemorragias vulvares se producían en la misma época que aquéllas. En fin, se ha invocado también aunque sin pruebas, la congestión de los órganos pelvianos causada por el trabajo del parto en las presentaciones podálicas, y los trastornos circulatorios dependientes de obstáculos á la respiración, y disposiciones anormales del corazón ó de sus grandes vasos. Pero actualmente está demostrado que son flujos menstruales precoces. La sangre proviene de la mucosa uterina y quizás también de la mucosa vaginal. En tres casos Pinard ha hecho la autopsia de recién-nacidas que habían presentado este flujo sanguíneo precoz por la vulva y ha encontrado al nivel de un ovario un folículo de Graaf voluminoso que acaba de romperse. El tratamiento de estos casos es muy simple, pues se reduce á algunos lavados vulvares con una solución bórica templada y á la aplicación sobre la vulva de una ligera capa de algodón antiséptico.

CASO III

Partos espontáneos en posición occípito sacra

(a) M. Z., 2 para, parto anterior normal á término de O. I. A.

Menstruó por última vez del 18 al 23 de Diciembre de 1895. El 30 de Septiembre de 1896, á las diez de la mañana, empezó el trabajo en O. I. P. A las tres de la tarde, rotura artificial del saco amniótico con dilatación completa. A las cuatro de la misma tarde expulsión espontánea en occípito-sacra, de un feto varón, vivo que pesaba 3,250 gramos. Duración total del parto 6 horas.

(b) A. D. 3 para. Primer parto de vértice en O. I. A. con forceps, feto vivo; segundo parto espontáneo, en O. I. A. Menstruó por última vez del 19 al 25 de Mayo de 1893. El 2 de Marzo de 1894 á las doce del día empezó el trabajo; rotura prematura de la bolsa de las aguas. La cabeza se presenta en O. D. P. A las cinco de la misma tarde, ex-

pulsión espontánea en occípito-sacra de un feto varón, vivo, de 3,500 gramos de peso. Duración total del parto 5 horas.

(c) C. C. 4 para. Primer parto á término con forceps en O. I. A. varón vivo; segundo, á término en O. D. P. con rotación espontánea y expulsión en occípito pubiana; tercero espontáneo en O. I. A. Menstruó por última vez del 5 al 10 de Junio de 1894. El 13 de Marzo de 1895 á las ocho de la mañana empezaron los primeros dolores. Posición O. D. P. A las once de la misma, rotura espontánea del saco amniótico y á los doce del día expulsión espontánea de un feto vivo, hembra, de 3,600 gramos de peso. Duración total del parto cuatro horas.

Consideraciones.—Demasiado se sabe que la posición occípito-sacra, no es una posición primitiva, sinó la consecuencia de la rotación hacia atrás de una posición posterior, derecha ó izquierda. En efecto, las posiciones posteriores del vértice, pueden comportarse de diferentes maneras durante la expulsión del feto. Generalmente el occipucio rota hacia adelante más ó menos completamente, haciéndose una posición transversal ó francamente anterior; rara vez permanece fijo é inmóvil en el extremo posterior del diámetro oblicuo de la pelvis y en algunas ocasiones, en vez de la rotación natural y más favorable, que es hacia adelante, rota en sentido inverso y se aloja en la concavidad del sacro; estas son las posiciones occípito-sacras. Se hace difícil explicar de una manera completamente satisfactoria, á qué es debida esta desviación de la ley general. Es muy probable que el problema sea complejo y que intervengan en su mecanismo diversos factores: La desproporción entre la cabeza y la pelvis, bien siendo aquella muy voluminosa, ó esta última defectuosa en su conformación; la falta de flexión de la cabeza que hace que el occipucio no encuentre las resistencias naturales del suelo pelviano, que lo empujarían hacia adelante; la multiparidad, la poca energía en las contracciones, así como las maniobras intempestivas de reducción tanto manuales como instrumentales, parecen ser las condiciones que más favorezcan esta rotación del occipucio en sentido inverso del mecanismo normal. Revisando las estadísticas más completas sobre esta materia (Bataillard, Farabeuf y Varnier, Valvis, etc.) se puede establecer la proporción de $1\frac{1}{2}$ á 2 posiciones occípito-sacras por 100 posiciones posteriores. Parece deducirse del trabajo de Vallois que la terminación en occípito-sacra es mucho más frecuente cuando el occipucio está primitivamente atrás y á la izquierda que cuando ocupa la extremidad posterior derecha del diámetro oblicuo, pero esta conclusión no ha tenido comprobación ulterior.

Ahora bien, qué marcha sigue el trabajo del parto en posición oc-

cépito-sacra? En 17 casos (6 de Bataillard, 8 de Vallois, 3 míos), 4 veces ha sido necesaria la intervención y en 13 casos el parto ha terminado espontáneamente por los solos esfuerzos de la naturaleza. Se vé claramente que la ley general es la terminación espontánea y aún rápida del parto, como mis casos demuestran. Pero es necesario á mi juicio establecer una separación entre las primíparas y las múltiparas.

De 14 casos en que esta circunstancia se consigna en las observaciones, tres eran primíparas y once múltiparas. De estas últimas nueve dieron á luz espontáneamente y sólo dos necesitaron la intervención mientras que de las tres primíparas sólo una dió á luz espontáneamente aunque el parto fué largo, y las otras dos exigieron una intervención. De las once múltiparas se obtuvieron diez niños vivos y uno macerado y de las tres primíparas, un solo vivo, el del parto espontáneo, los otros dos perecieron á consecuencia de la intervención.

De este breve estudio sumario, se puede concluir, de un modo general, que el parto en OS, es una terminación rara de las variedades posteriores del vértice y que esta terminación no prolonga necesariamente la duración del trabajo que puede marchar aún rápidamente en las múltiparas: En las primerizas el parto es largo y exige frecuentemente la intervención, con graves riesgos para el feto.

Dada la necesidad de la intervención en un caso de posición occipito-sacra directa, es claro que ésta ha de consistir en una aplicación de forceps, porque ya la cabeza se encuentra en plena escavación; no solamente porque es la conducta más prudente y natural, dejar á la naturaleza el cuidado de la terminación del parto, el mayor tiempo posible, dentro de los intereses maternos y fetales, sino porque es en la escavación, contra el suelo pelviano, donde se verifica la rotación en las pelvis normales. Se hará una aplicación regular, los bordes cóncavos del instrumento dirigidos hacia la cara ó frente; si la cabeza está en flexión la presa caerá sobre la línea parieto-malar, y si la flexión es incompleta la cabeza será cogida por el forceps, por detrás de las orejas y no al nivel de las regiones parieto-malares. En este último caso las primeras tracciones producirán la flexión y el operador siente entonces que las cucharas resbalan, debe detenerse, desarticular, y hacer una nueva presa, completamente regular, si es que la cabeza flexionada por el forceps, no se encaje espontáneamente en el estrecho inferior. No se me oculta que en algunos casos se ha ejecutado con el forceps, con éxito, la rotación artificial de la cabeza hasta colocar el occipucio en la extremidad de un diámetro transversal ó hasta hacerlo completamente sub-púbico: Pero no es ésta mi conducta, ni mi manera

de ver en estos casos. No por los peligros de la torsión del cuello, hecho que no se ha demostrado que no se realice siempre y que encierre en ese caso riesgos para el feto, aunque sea poco deseable sin embargo; ni porque no deje de tener influencia sobre mi decisión, el que es «una maniobra rara, especial, discutida aún en su modo de ejecución, que exige siempre una gran contención de espíritu, porque el partero más ocupado, no tiene ocasión de practicarla bastante frecuentemente para familiarizarse con ella»: sinó principalmente, porque pienso que es otra cosa muy diferente lo que enseñan la experiencia y las estadísticas. No debe perderse de vista un momento, que es la ley general en las múltiparas, que la terminación en OS, no alarga necesariamente el parto que puede marchar muy rápidamente, que no es perjudicial ni á la madre, ni al niño, ni cuando se realiza espontáneamente por los esfuerzos naturales, ni cuando la cabeza es extraída con forceps. No me explico porque se han de complicar un parto fácil y sin riesgos, con maniobras innecesarias por lo menos. Las primerizas, son la que podrían ofrecer algún terreno para la discusión. En ellas también, aunque mucho más raramente el parto en OS, puede ser espontáneo, aunque largo, y sin riesgo para la madre, ni para el niño; pero también es verdad, que la extracción en OS, con el forceps, puede dar lugar á desgarraduras perineales más ó menos extensas y á presiones sobre el cráneo fetal, que pueden ser graves y peligrosas, pero de ninguno de estos dos accidentes está exenta de igual modo la maniobra de una rotación de media circunferencia pelviana y la extracción con el forceps invertido, ó una segunda aplicación del instrumento directa y regularmente; pudiendo no sólo ocasionar la pérdida del feto, como podría suceder en posición OS, sinó la muerte de la mujer, por una desgarradura de la vejiga, como E. Blanc refiere en su trabajo sobre las occípito-posteriores. Es que, en efecto, ó el problema es fácil por pequeñez y movilidad de la cabeza, en cuyo caso la reducción manual, en el momento de la intervención es más inocente y debe preferirse, y es seguro que el desprendimiento en O. S. lo será igualmente; ó bien el volumen del cráneo, ó la forma de la pelvis han enclavado el occipucio hacia atrás en cuyo caso la rotación será impracticable ó exigirá esfuerzos violentos sumamente peligrosos, para la madre y el niño, los cuales están condenados aún por los partidarios más convencidos de la rotación artificial, y prefieren y con mucho la extracción en occípito-sacra que se ejecutará como lo enseñan los clásicos y maestros.

Bien se comprende que si á la resistencia exagerada de las partes blandas y del suelo pelviano en las primerizas y á la presión que sufre el cráneo fetal en estos casos, se asocian desgraciadamente accidentes

y complicaciones, como son la rotura prematura ó precoz del saco de las aguas, el volumen excesivo del feto, la edad madura de la mujer etc., el pronóstico, á no dudarlo, se hace muy sombrío para el niño, cuando hay necesidad de intervenir con el forceps, en las primíparas, en posición occípito-sacra.

DE LA RESPIRACIÓN ACELERADA (*)

POR

PAVINSKY

TRAD. POR

D. Gabriel Oliver y Mulet

DEBIDO á un número considerable de observaciones personales, M. Pavinsky considera de la manera siguiente la cuestión de la respiración acelerada (taquífnea ó mejor polífnea paroxística).

La aceleración de la respiración se encuentra, como es sabido, en gran número de enfermedades diferentes, pero en los casos de «polífnea paroxística» el número de respiraciones llega con frecuencia á 100 por minuto y es mayor algunas veces el número de las pulsaciones. El autor refiere casos de respiración acelerada consecutivos á conmociones morales, (emociones, espanto, trabajo físico considerable) á una excitabilidad exagerada del sistema nervioso (neuralgia, histeria) puede también ser debida á la presencia de la acetona en la orina, á la arterio-esclerosis, ó perturbaciones del sistema de la pequeña circulación, á afecciones renales. Basándose en todas estas afecciones el autor llega á las conclusiones siguientes:

1.^a La respiración acelerada puede aparecer independientemente de todo síntoma, como fenómeno puramente nervioso debido á la excitación del centro de la respiración bajo la influencia de emociones morales, de un dolor, de la histeria, etc. Los enfermos, cuya mayoría son mujeres, apenas se quejan de la dificultad de respirar, las pulsaciones no presentan modificación y la respiración es muy superficial, su frecuencia parece estar compensada por poca profundidad.

(*) *Gaz. lekarska*, 1896, 3-12.—*La Méd. Scientif.* En. 97.

2.^a Fuera de los casos de origen nervioso, la respiración acelerada puede ser debida á una intoxicación como en la hematuria, la acetouria, la uremia, las enfermedades en las que la naturaleza del agente tóxico no es todavía conocido. Para Nencki y Pawloff este agente tóxico es el carbonato de amonio; según la nueva teoría de Horbatschewsky son los cuerpos aloxúricos que se forman á expensas de los productos de descomposición de la nucleína.

3.^a La influencia fatal de las sustancias tóxicas que se forman durante los cambios respiratorios se dejan sentir sobre el centro vaso-motor, seguidamente sobre el centro respiratorio y por último sobre el nervio vago.

4.^a La presión de la sangre en los vasos, durante el absceso de respiración acelerada, es fuerte ó débil según el grado de excitación del centro vaso-motor, del trabajo del corazón y según la cantidad de sangre. La más fuerte presión sanguínea se observa en la respiración acelerada de origen nervioso; es débil cuando se trata de una afección del ventrículo derecho ó del ventrículo izquierdo cuando hay fenómenos de compensación.

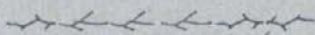
5.^a Se pueden considerar los accesos de respiración acelerada como uno de los fenómenos de auto-defensa del organismo que se esfuerza para desembararse de las sustancias tóxicas.

6.^a En los casos de respiración acelerada de origen nervioso sin alteraciones bien acentuadas de los órganos de la circulación y de la respiración, el pronóstico es bueno; es mucho menos favorable y algunas veces aún fatal á los casos de origen tóxico.

El tratamiento de la respiración acelerada debe ser causal y sintomático. Para el de la causa, las indicaciones del tratamiento las suministra la enfermedad primitiva; para el sintomático, es el estado general del enfermo que debe determinar la clase de tratamiento.

Durante el acceso de origen nervioso, ante todo es preciso devolver al enfermo la tranquilidad moral, es preciso animarle y convencerle que el absceso que sufre no ofrece ningún peligro, etc. Interiormente puede tomar la tintura de valeriana, la de laurel cerezo y si el absceso se prolonga la morfina; los bromuros no son eficaces. En los abscesos que tienen por causa un exceso de trabajo físico, se prescribe al enfermo el reposo físico, (estar sentado si el enfermo padece asma, decúbito dorsal no es permitido más que en los casos de anemia cerebral) y los excitantes ó los calmantes. En los casos de enfermedad del corazón, de los vasos ó de los riñones y en general en todos los casos de origen tóxico la elección de medicamento para el tratamiento de la respiración acelerada está determinado por el grado de la presión sanguínea.

La morfina y el cloral si el enfermo no lo soporta está indicado si el pulso es lleno y resistente. En ciertas enfermedades de los riñones en que la morfina obra mal, las sangrías generales serán útiles. Para prevenir las recidivas se recomendará una nutrición racional, paseos al aire libre ó por el campo, higiene cerebral, abstinencia de bebidas alcohólicas y de abusos sexuales, supresión del café fuerte y del té, moderación en el uso del tabaco, el tratamiento de Oertel, la hidroterapia y los medicamentos laxantes y cardíacos.



REVISTA
DE TERAPÉUTICA MODERNA (*)

I

MIDROL.—Se da este nombre á un iodometilato de fenilpirazol, que es un polvo blanco, inodoro, amargo y muy soluble en agua. De los experimentos hechos bajo la dirección del Dr. Albertoni, se deduce que el midrol dilata la pupila en los animales que la tienen redonda, pero no en aquellos otros en los que es oblonga. En opinión del doctor Cattaneo, el midrol, por sus efectos transitorios sobre la acomodación y la tonicidad del ojo, y por lo pasajero de su acción midriática, es de gran utilidad para el diagnóstico en los casos en que se teme produzca algún transtorno el aumento de la presión intra-ocular ocasionada por otros midriáticos. Según Albertoni, carece de propiedades irritantes y venenosas, y es superior á la cocaina para disminuir la cantidad de sangre, no sólo en los vasos de la conjuntiva, sino en los del iris, y probablemente en los del fondo del ojo. Por estos efectos, aunque carece de propiedades anestésicas, es utilísimo contra el dolor ciliar y supra ciliar y en muchas afecciones del iris, de la córnea, de la esclerótica, de la conjuntiva, y sobre todo del globo ocular. El midrol se absorbe con rapidez y se elimina por la orina sin descomponerse.—(*Therapeutische Wochenschrift*).

(*) De varios números de la *Rev. de Med. y Cir. práct.* tomamos las materias de esta revista.

II

PIRAMIDÓN.—El piramidón, es una substancia blanca, cristalina, soluble en agua en la proporción del 1 por 10. Su acción sobre el sistema nervioso, según las investigaciones del Dr. Filehnes es análoga á la de la antipirina, pero hay diferencias considerables en la manera de obrar de estas dos substancias. El piramidón obra á dosis pequeñas, sus efectos benéficos se producen de un modo más gradual y son más duraderos que los de la antipirina. En los animales tratados por el piramidón, no se han observado alteraciones de la sangre. En el hombre sano, no produce efectos objetivos ni subjetivos á la dosis de 5 decigramos. A los veinte minutos, da la orina la reacción del cloruro félico. La dosis para los adultos, varía de 3 á 5 decigramos. Este medicamento, obra con rapidez contra los dolores de diversas regiones. Ha sido ineficaz en cuatro casos de nefritis.—(*Berl. Klin. Woch.*).

III

EUQUININA.—Según el Dr. V. Noorden, esta nueva preparación de la quinina, tiene propiedades curativas de la misma y carece de sus inconvenientes. Resulta de la acción del éter cloro-carbonato sobre la quinina, cristaliza en agujas, es soluble en alcohol y cloroformo y casi insoluble en agua. El cloruro de euquinina es muy soluble en agua, el sulfato menos y el tanato menos aún. La euquinina administrada en vino de Jerez, leche ó chocolate, carece de sabor. A las personas sanas, puede administrarse 1 ó 2 gramos, sin observar efectos desagradables. Además de emplearla en el paludismo, la ha ensayado V. Noorden en 15 casos de tos ferina, 14 de fiebre hética de los tísicos, 5 de sepsis de origen variable, en la pulmonía, la fiebre tifoidea y varias neuralgias. Observó 14 casos favorables y rápidos en 14 casos de tos ferina. En las fiebres rebaja bastante la temperatura, y el descenso dura algunos días. Los resultados fueron notabilísimos en un caso de neuralgia supra-orbitaria. La mejor forma de preparación, es la pastilla comprimida. En los niños, puede emplearse en leche, en caldo ó en chocolate.—(*Centralb. f. inn. Med.*).

IV

LICETOL.—El licetol ó tartrato de dimetilpiperazina, tiene un sabor grato, se conserva indefinidamente y une á la acción disolvente de la piperazina sobre el ácido úrico, la acción no menos eficaz del compues-

to tártrico que se transforma en la economía en carbonato que alcaliniza la sangre. Según Henley y Wittzsch, la administración continua del licetol permite casi siempre impedir los ataques dolorosos de la gota crónica. Su empleo carece de inconveniente. Tollenaëre ha empleado con éxito este medicamento en varios casos de reumatismo. En cuatro de ciática, el resultado fué favorable en dos y en otros dos negativo. Se administran al día gramo y medio á 2 gramos en varias dosis, acompañadas cada una de ellas de la ingestión de un vaso de agua. — (*Belgique Medicale*).

V

AMILOFORMO.—Esta combinación del aldehído fórmico y del almidón, se presenta en forma de polvo blanco, inodoro, insoluble en todos los líquidos, muy estable y que no se altera ni aún á la temperatura de 180°. La acción antibactericida, antifermentecible y antipútrida del aldehído fórmico, hace que sea el amiloformo un antiséptico activísimo en cirugía. Espolvoreándolo sobre las heridas, disminuye en poco tiempo sus secreciones y la fetidez. Lougard, que ha empleado este medicamento en varios casos, no ha visto que produzca fenómenos de intoxicación ni irritación local.—(*La Medecine Moderne*).

VI

FOSFATO DE GAYACOL.—En una de las últimas sesiones de la Sociedad de Biología, leyó el Dr. Gilbert un trabajo sobre el fosfato de gayacol. Es un cuerpo cristalino, bien definido, incoloro, inodoro é insípido, soluble en el alcohol é insoluble en el agua, los aceites y la glicerina. Contiene 89'4 por 100 de gayaeol. Introducido en el estómago lo atraviesa sin modificarse y se descompone en el intestino, absorbiéndose entonces y eliminándose principalmente por los riñones. Es menos tóxico que el gayacol y su acción idéntica á la de éste y á la de la creosota. Tiene la ventaja que al descomponerse en el organismo deja en libertad ácido fosfórico que puede ser útil mientras que es inútil el ácido carbónico que queda libre al descomponerse el carbonato de gayacol.—(*Le Progrés Médical*).

VII

HÉMOL.—La hemoglobina forma combinaciones insolubles con varios metales, cuando la sangre de éstos se ponen en contacto con la

sangre. Separando el precipitado que forma la combinación metálica de la hemoglobina, es fácil desalojar la molécula del metal que entra en esta combinación; queda entonces un cuerpo pulverulento, morenuzco, de sabor algo salado, pobre en hierro; es el hémol que puede transformarse en hemocromogena y en hemoporfirina. El hémol se emplea contra la anemia; no produce estreñimiento. Puede considerarse como un extracto de glóbulos rojos, es decir, como un medicamento análogo á los extractos orgánicos.—(*La Med. Moderne*).

VIII

GAYACOLATO DE PIPERIDINA.—Se forma este cuerpo haciendo obrar la piperidina sobre el gayacol disuelto en benzol ó en esencia de petróleo. Cristaliza en agujas largas ó en placas fusibles á los 80°. Le descomponen los ácidos minerales y los álcalis. Tiene sobre el gayacol y su carbonato la ventaja grandísima de ser soluble en agua hasta la proporción de 3 $\frac{1}{2}$ por 100. Su fórmula es: C⁵ H¹¹ NC⁷ H⁶ O².

El Dr. Chaplin, médico del Hospital para enfermedades del pecho en Londres, ha ensayado el gayacolato de piperazina en casos de tuberculosis, y ha visto que á la dosis de 3 gramos 80 centímetros repetida tres veces al día, es bien tolerada por el estómago y ejerce un efecto favorable sobre el apetito y el estado general. No produce erupciones, á causa de descomponerse sólo en el medio alcalino intestinal.—(*La Med. Moderne*).

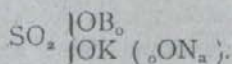
IX

LA HOLOCAINA EN LAS AFECCIONES OCULARES.—El cloruro de holocaina cristaliza en agujas blancas, es muy soluble en agua caliente y poco en la fría. Gutmann ha empleado este medicamento en 30 casos, 13 de cuerpo extraño del ojo, 2 de keratitis, 7 de operaciones oculares y 8 en los que el ojo se hallaba en estado normal. Al minuto de instilarse tres á cinco gotas de la disolución de holocaina al 1 por 100 queda anestesiada la córnea, notándose antes una sensación pasajera de quemadura. En 2 casos de leucoma se ha hecho el tatuado de la córnea sin inconveniente. En un caso se practicó la tenotomía de los músculos del ojo empleando antes respectivamente la cocaína y la holocaina. Con esta última fué menor el dolor. La anestesia producida por la holocaina dura de cinco á quince minutos. La córnea queda húmeda y brillante. No disminuye la tensión ocular. La pupila queda inalterable y no se afecta la acomodación. La rapidez de la anestesia

con la holocaina es una ventaja. La dilatación de la pupila que produce la cocaina es un inconveniente para la extracción de los cuerpos extraños. La disminución de la presión es una desventaja en la extracción de la catarata, pero de gran utilidad en las operaciones por glaucoma. Gutmann aconseja no emplear la cocaina en inyección hipodérmica, porque produce con rapidez la muerte á pequeñas en un conejo. En uso externo, la recomienda como sustituto de la cocaina.—(*British Med. Journal*).

X

BOROL.—El borol es incoloro, inodoro, soluble en cinco partes de agua, se presenta en fragmentos cristalinos y tiene la fórmula siguiente:



Según H. Jäger es un antiséptico tres veces más enérgico que el ácido fénico. Según Vogtenberger y Foehr, su disolución al 2 por 100 mata con rapidez el estafilococo piógeno dorado, el bacilo del antrax y el vibrión del cólera. Vopelius y Golliner consideran el borol como un antiséptico excelente y no venenoso, utilísimo en la infancia y edad adulta. Se ha empleado al interior en la meningitis cerebro-espinal epidémica, en la bronquitis crupal, en la septicemia aguda, en la erisipela y en los flemones, en uso interno y externo en la erisipela, el psoriasis, el ozena y la difteria; tópicamente en la blenorragia, las quemaduras y las heridas. En la difteria se encuentran pulverizaciones faríngeas y nasales con una disolución al 2 por 100; esta misma disolución es la que se usa en la blenorragia y el ozena. Al interior se emplea una disolución al 2 por 100, de la que se administran 10 ó 20 gotas cinco ó seis veces por día á los niños y 30 á 50 en los adultos, diluidas en agua. Como coagula la leche, no debe administrarse después de mamar á los niños de pecho.—(*Terapeutische Wochenschrift*).

XI

SALUBROL.—Es un polvo antiséptico, inodoro y desprovisto de propiedades tóxicas, que ha obtenido Schuftan haciendo obrar el bromo sobre la bimetilenantipirina. Los experimentos hechos con esta substancia por Silber demuestran que su eficacia antiséptica es superior á la del iodoformo, y que carece del olor desagradable y de la to-

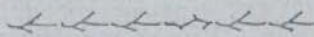
xicidad de éste. En las heridas ha observado que es no sólo un anti-séptico enérgico, sino un secante, su aplicación forma con rapidez una escara. Su único inconveniente es la sensación pasajera de escozor que produce.—(*Deutsche med. Woch.*).

XII


TRIBROMOFENOLATO DE BISMUTO.—Afirma el Dr. C. G. Custom que de todos los antisépticos, el más activo es el tribromofenolato de bismuto ó «xeroformo», primero, porque contiene casi el 49 por 100 de óxido de bismuto y el 50 por 100 de tribromofenol, mientras que otros productos contienen sólo del 10 al 20 por 100 de fenol, cresol ó naftol, y segundo, porque el tribromofenol es más antiséptico que el fenol. La fórmula química del «xeroformo» es $C^6H^3Br^3O - Bi-O$. Se descompone al momento por los ácidos y las bases, sobre todo cuando se les calienta. Pero puede calentarse á 110° sin descomponerse, ventaja de que carece el iodoformo. Es un polvo fino, amarillo, neutro, que no se descompone por la luz; su olor recuerda algo al del ácido fénico: es insipido y no irrita la mucosa del aparato digestivo. En las heridas abiertas, sin infectar, asegura la unión por primera intención. A semejanza del iodoformo, produce un efecto calmante en las quemaduras. En las afecciones cutáneas con secreción purulenta, impétigo, sicosis, sus resultados no han sido satisfactorios. Ciertos casos de *pruritus localis sine materie* han curado con esta preparación. Empleándolo después de raspar los abscesos ó ganglios tuberculosos, se obtiene la cicatrización rápida. Una de las propiedades del iodoformo es producir tejido de granulación; el tribromofenolato de bismuto, el crisol, el iodol, etc., no la poseen en tan alto grado, así que en las heridas conviene espolvorear el iodoformo para que se forme tejido granuloso y terminar empleando el tribromofenolato de bismuto. El Dr. Custom ha empleado esta substancia en 26 casos; 5 heridas cortantes de las extremidades, que exigieron de tres á doce suturas; 1 úlcera blanda; 2 operaciones por desgarradura lateral del cuello uterino; 7 raspaduras en endometritis blenorragicas; 2 casos de vaginitis; 3 de tuberculosis de los huesos; 1 histeropexia abdominal; 1 absceso tuberculoso del cuello; 1 absceso sub-aponeurótico de la axila; 1 apendicitis; y 2 fistulas de ano. En todos estos casos obtuvo con el tribromofenolato de bismuto mejores resultados que los obtenidos antes con el iodol, el iodoformo, la tintura de iodo, etc. Cree que en los casos ginecológicos tiene dicha preparación una influencia marcada sobre la regeneración del epitelio. No ha observado síntomas tóxicos, aunque en los casos de tuberculosis

ósea y de absceso tuberculoso del cuello, se emplea en abundancia.—
(*Boston Medical and Surgical Journal*).

F. Toledo



REVISTA BIBLIOGRÁFICA



Formulaire hypodermique, par E. BOISSON et J. MOUSNIER.— Sceaux (Seine), bureaux de la Medecine Hypodermique.

LA gran importancia de las inyecciones hipodérmicas de aceites, esencias, minerales y alcaloides ha inspirado á los Sres. Boisson y Mousnier la idea de reunir en elegante y manuable tomito algunas fórmulas de esta manera de medicación, que se va generalizando más cada día y está fundada en la rapidez de la absorción de las substancias medicamentosas por la vía hipodérmica y en seguridad de dicha asimilación, según se desprenden de las palabras del Dr. Landouzy, por los autores citados.

En este modo de medicación, por el Dr. Boisson justamente llamada «la medicina del porvenir», reconoce este señor un, impertinente á las veces, exceso de precauciones, que considera necesario proscribir del campo de los escrúpulos del arte; confesando que su práctica de millares de inyecciones de esta naturaleza no le ha producido nunca accidente desagradable, á pesar de no haber en ellas guardado con escrupulosidad las precauciones que para las tales aconsejense.

Recomienda mucho la jeringa hipodérmica Roussel, por su fácil manejo y lo bien que previene los accidentes consecutivos á la inyección, y deja seguro el ánimo de que son ciertas sus palabras cuando afirma que han obrado con ligereza los que han dicho: «la práctica hipodérmica es el mejor medio de hacer el vacío en el gabinete de un médico». Sus acertadas indicaciones son de mucho precio y no dudamos que harían impresión en el ánimo de los retraídos, inclinándoles á la beneficiosa práctica por los autores defendida.

Después de provechosas advertencias respecto á las substancias medicamentosas que se utilizan para las inyecciones, estudian las jeringas, decidiéndose por la ya citada, entre oportunas observaciones con relación á los inconvenientes de las otras en general. La técnica de la

inyección es otro de los puntos que después les ocupan; emplean en él la minuciosidad por su importancia requerida, y terminan las generalidades con un estudio de los medicamentos inyectables y de los tapones filtros, haciendo fijar la atención en lo que significa «medicamento inyectable» y prometiendo, lo que no puede tener más precio á los ojos del menos confiado, incluir en el formulario sólo los medicamentos que les haya dado por verdaderamente útiles su experimentación detenida.

No se trata, pues, de un libro teórico, sinó de una obra eminentemente práctica. No de una simple recopilación, sin conocimiento de causa hecha, sinó de un análisis de laboratorio de las materias medicamentosas que son ó se tienen por inyectables.

Las fórmulas están enriquecidas con notas de gran utilidad, y la valía de los autores que recomiendan algunas, contribuye, con la ordenación alfabética por enfermedades, á avalorar el libro.

F. Antich é Izaguirre



NOTAS CIENTÍFICAS

Intoxicación plúmbica por paprika

El Dr. Mannaberg refiere (Imp. y Real Soc. de los Médicos de Viena, ses. del 26 Marzo del 97) que el 27 de Febrero se presentó en la Clínica interna un hombre de cuarenta y dos años quejándose de dolor en las pantorrillas, debilidad de las extremidades inferiores, parestias y sensación de cinturón. Un minucioso exámcn reveló, además neuritis múltiple, glicosuria moderada é intensa anemia, las señales características del plomo en las encías y la cara inferior de la lengua. Como las ocupaciones del enfermo no le ponían en contacto con dicho metal, interesaba averiguar la procedencia del mismo. Se exploró á los miembros de la familia del paciente, y se encontraron afectados la esposa, cuatro hijos y la sirvienta, mientras que otros tres individuos sólo presentaban anemia. Investigando los utensilios de cocina, el agua potable, la leche, café tostado y los condimentos, se encontró que había plomo, y en cantidad considerable, en el condimento húngaro llamado *paprika*, del que esta familia hacía mucho uso, habiendo el padre comprado 7 kilogramos en Octubre del año pasado á un precio sumamente

barato. Mannaberg mandó comprar este condimento en la misma tienda, y resultó plumbífero. Habiendo declarado el paciente que también compró para otra familia, Mannaberg fué á ver á ésta y encontró asimismo plomo en su paprika, pero exentos de todo indicio de intoxicación se hallaban los individuos que componían esta familia. En cuanto á la frecuencia de la fabricación de dichos condimentos con plomo, el conferenciante hizo constar que en 1892 un investigador había encontrado minio en ocho muestras, pero que en 1893 otro dejó de descubrir plomo en cien muestras; mas dada la diferencia de precio, es evidente que la fabricación se hace con un fin lucrativo.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*.—*Rev. de Med. y Cir. prácts.*).—(G. SENTI-SÓN).

Menstruación supletoria

El Dr. Lop refiere el caso de una histérica de 37 años de edad que habiendo sufrido la extirpación de los ovarios por una doble salpingitis, tiene el día 28 de cada mes una hemorragia por el dedo pulgar, de cinco días de duración. La cantidad de sangre perdida cada vez, varía entre un vasito y media *taza.—(*La Ciencia Moderna*).

Traslado á los que sostienen todavía que la hemorragia menstrual depende directamente de la ovulación.—(G SERRA Y B).

