

# REVISTA BALEAR DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACION QUINCENAL

ÓRGANO DEL COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA

\* AÑO XIII \*

\* 15 ABRIL 1897 \*

\* NÚM. 7 \*

## DOS CASOS TERATOLÓGICOS (\*)

FOR

D. José Cerdá y Coll

**S** IEMPRE ha llamado la atención de la clase médica y ha despertado la curiosidad del vulgo, cuando no ha dado margen á inventivas y fantasmagorías, el estudio y descripción de lo que antiguamente denominaban y aún hoy día se denominan, mónstruos humanos.

Los antiguos tenían una idea supersticiosa de los mónstruos. Hasta el siglo XVIII, siguieron creyendo que eran signo de algún mal futuro, y que se formaban por arte diabólica ó eran fruto de consorcio sodomítico.

Posteriormente predominó la idea de que tenían su punto de partida de formación en el huevo humano, y más tarde se comprobó que las desviaciones del organismo animal se producían siguiendo las leyes ordinarias de desarrollo de los seres vivientes, pero con la intervención de alguna causa perturbadora.

Geoffroy Saint-Hilaire demostró que las monstruosidades están sometidas á reglas invariables, y que estas reglas son

(\*) Nota leída por su autor en el Colegio Médico-farmacéutico de Palma, el día 8 de Marzo de 1897.

iguales á las que rigen los seres normales, fundando de este modo la rama de las ciencias biológicas que estudia las anomalías de los organizados, y que llamó Teratología.

Los mónstruos pueden ser, como todos sabeis, simples y dobles, cuya variedad indica ya la palabra. Expondremos un caso de cada una, que hemos tenido ocasión de recojer, y que luego podreis examinar.

Primer caso: Mónstruo doble, toracópago, ó sea unidos por el tronco, de unos cuatro meses de vida intrauterina; gracias que su madre abortó, pues calcúlese si llega á término el feto, las consecuencias que hubiera dado el parto. Ambos de sexo masculino, tienen dobles la pelvis, el cuello y la cabeza, y confluyen el pecho y la parte superior del vientre, es decir, se miran casi de frente, estando unidos, desde la parte superior del esternón hasta casi encima del pubis, por un saco común, teniendo un ombligo—y por consiguiente un sólo cordón umbilical—en la parte baja de este saco; las extremidades—lo mismo que todas las partes libres—bien conformadas; el interior de las cajas torácica y abdominal no lo observamos, por no echar á perder el modelo, pero suponemos que, dada la conformación y habiendo sólo un cordón umbilical, habrá vísceras únicas ó sea comunes para ambos, y contendrá un solo corazón, un solo hígado, etc.

Segundo caso: Gemelo con una niña bien nutrida, de término y que vive robusta. Presenta la cabeza desarrollada y cubierta de algún pelo; falta el frontal y toda la cara, que parece estar llena de substancia cerebral, por su pastosidad al tacto. Al lado izquierdo, suponiendo que tuviera cara, presenta una oreja rudimentaria; la columna vertebral, partiendo del occipucio, se marca hasta las vértebras lumbares, es decir, se pueden seguir por el tacto las cervicales y dorsales, y al llegar á las lumbares se desvía retorciéndose, al parecer formando hélice; de los miembros superiores, no existen ni vestigios. En el lado izquierdo se ve una de las extremidades inferiores desarrollada y completa, con la particularidad de ser la dere-



cha; y se comprende, pues desviándose en hélice la columna dorsal, como dijimos antes, se presenta la extremidad derecha donde debía estar la izquierda. A poca distancia y un poco más á la derecha nace otro miembro rudimentario, especie de apéndice, percibiéndose al tacto un huecillo largo, y entre estos dos miembros se presenta una excrecencia que parece señalar los órganos genitales masculinos.

En la misma línea, hacia arriba, casi al lado y un poco debajo del rudimento de la oreja, y á unos cuatro centímetros del occipucio, se presenta el cordón umbilical; no pudimos comprobar si había una placenta ó dos, aunque por los datos recojidos parece que había una sola.

Estos son, á grandes rasgos, los caracteres que presentan los ejemplares citados.

En ambos casos, ¿cuáles fueron las causas de tales deformidades? Yo no he podido averiguarlas de fijo: las madres vivían bastante sanas, en particular la primera, tipo modelo de robustez, y en la que tampoco pude hallar antecedentes de familia; en la segunda sí, ha habido progenitores cancerosos. Es verdad que ambos eran embarazos dobles, y las deformidades congénitas sabéis que suelen ser más frecuentes en esta clase de gestaciones; y en el segundo caso se explica la deformidad por compresión, pues el otro gemelo era bastante desarrollado en perjuicio de éste; pero en el primer caso no existía esta causa, pues los fetos no se habían desarrollado aún. Ya sé que pueden influir los procesos inflamatorios del feto y de las membranas del huevo; sé que las substancias flogójenas pueden pasar de la madre al feto; pero aquí ni una ni otra embarazada habían estado incomodadas un solo día, y no dejaría de ser raro el no haberse presentado ninguna manifestación. Sé que la estrechez de la matriz por tumores puede producir deformidad, y si puede producirla un tumor, mucho más la producirá otro feto, y así es como me explico el segundo caso; pero en el primero

debo recurrir, para explicármelo, á impresiones morales de la madre que no pude inquirir bien; es verdad que tenía el marido ausente, pues estaba de viaje, y quizás no fué esto del todo extraño á su etiología; de no ser así, debería recurrir á condiciones anormales del óvulo ó de los espermatozoides, difíciles siempre de comprobar, pues no sé que hubiese habido conmoción alguna externa de la matriz, causa, según algunos, suficiente para producir estas deformidades.

Posteriormente, Féré ha demostrado que las intoxicaciones maternas por éter, alcohol, morfina, codeína, nitrato de plomo, retardan la evolución del huevo, causan en él desastrosos efectos y producen monstruosidades. Que sepamos no hay antecedentes paternos ni maternos de este género, en ninguno de los dos casos.

De modo que, por exclusión deduzco que la causa de estas deformidades fué, en el primer caso, una impresión moral de la madre, y en el segundo, la compresión del otro gemelo.





NOTAS SOBRE LA  
EPIDEMIA DE SARAMPIÓN PADECIDA EN PALMA

EN 1895-96

POR

D. Enrique Fajarnés y Tur

APÉNDICE

DEFUNCIONES

*registradas de sarampión, clasificadas por sexos,  
y estado civil, y tanto por mil á que  
resulta la mortalidad*

Conceptos	Habitantes en 1887	Defunciones de sarampión	Mortalidad por mil
Varones. . . . .	28.108	51	1'81
Hembras. . . . .	32.406	39	1'20
Solteros. . . . .	34.349	88	2'56
Casados. . . . .	21.154	2	0'09
Viudos . . . . .	5.011	»	»
Se ignora. . . . .	»	12	»

DEFUNCIONES

*registradas en Palma durante el periodo epidémico*

(1895-96)

Meses	Sarampión	Enfermedades infecciosas	Total general de defunciones
Mayo. . . . 1895	»	3	75
Junio. . . . —	»	5	98
Julio. . . . —	2	6	110
Agosto. . . . —	10	18	111
Septiembre. . —	1	11	85
Octubre. . . . —	»	12	106
Noviembre. . . —	»	11	181
Diciembre. . . —	»	6	132
Enero. . . . 1896	15	24	150
Febrero. . . . —	25	33	132
Marzo. . . . —	29	34	173
Abril. . . . —	16	23	158
Mayo. . . . —	1	11	138
Junio. . . . —	2	13	119
Julio. . . . —	1	26	120
TOTALES. . . .	102	236	1888



DEFUNCIONES

*producidas por el sarampión clasificadas por edades*

Edades	Defunciones	Edades	Defunciones
De 0 á 1 mes	»	De 17 á 18 meses	2
» 1 á 2 meses	»	» 18 á 19 meses	2
» 2 á 3 meses	»	» 20 á 24 meses	»
» 3 á 4 meses	»	» 2 á 3 años	28
» 4 á 5 meses	1	» 3 á 4 años	16
» 5 á 6 meses	3	» 4 á 5 años	5
» 6 á 7 meses	»	» 5 á 6 años	3
» 7 á 8 meses	1	» 6 á 7 años	3
» 8 á 9 meses	2	» 7 á 8 años	»
» 9 á 10 meses	2	» 8 á 9 años	1
» 10 a 11 meses	1	» 9 á 10 años	»
» 11 á 12 meses	5	» 10 á 15 años	»
» 12 á 13 meses	»	» 18 años	1
» 13 á 14 meses	4	» 31 años	1
» 14 á 15 meses	2	» 54 años	1
» 15 á 16 meses	3	Se ignora	13
» 16 á 17 meses	2	TOTAL. . .	102

DEFUNCIONES

*de sarampión clasificadas por periodos de la vida  
y mortalidad por edades*

Edades ó periodos	Habitantes en 1887	Fallecidos de sarampión	Mortalidad por mil
Hasta 5 meses. . .	611	1	1'63
De 5 meses á 3 años .	2.900	57	19'65
De 3 á 6 años. . .	3.675	24	6'53
De 6 á 13 años. . .	8.772	4	0'45
De 13 á 20 años. . .	7.699	1	0'12
De 25 á 40 años. . .	13.312	2	0'14
Se ignora la edad. .	»	13	»



MORTALIDAD

*del sarampión por edades de los fallecidos*

Edades	Habitantes en 1887	Defunciones de sarampión	Proporción por mil
Hasta 1 año. . . . .	1.164	10	8'59
De 1 año . . . . .	1.194	20	16'75
De 2 años. . . . .	1.153	28	24'28
De 3 años. . . . .	1.279	16	12'50
De 4 años. . . . .	1.225	5	4'08
De 5 años. . . . .	1.171	3	2'56
De 6 años. . . . .	1.146	3	2'61
De 7 años. . . . .	1.230	»	»
De 8 años. . . . .	1.218	1	0'82
De 9 años. . . . .	1.165	»	»
De 10 años. . . . .	1.398	»	»
De 18 años. . . . .	1.108	1	0'90
De 31 años. . . . .	»	1	»
De 34 años. . . . .	»	1	»
Se ignora. . . . .	»	13	»



DEFUNCIONES

*de sarampión, por calles del casco urbano, por el orden  
de prelación con que fueron invadidas*

Calles y plazas	Defunciones	Calles y plazas	Defunciones
C. del Matadero. . . . .	2	C. Soledad. . . . .	1
P. Socorro. . . . .	4	» Camaró. . . . .	4
C. Reus. . . . .	1	» Santa Clara . . . . .	1
P. Juanot Colom. . . . .	1	» Olmos. . . . .	7
C. Escursach. . . . .	1	» San Buenaventura . . . . .	1
» Riera. . . . .	1	P. Hospital . . . . .	1
» San Nicolás . . . . .	1	C. Viento. . . . .	1
» Siete Esquinas . . . . .	1	» S. Cristóbal . . . . .	1
» Jaime II. . . . .	1	» Danús. . . . .	1
» San Felio. . . . .	1	» Salud . . . . .	1
P. Constitución. . . . .	1	» Cererols. . . . .	1
C. Mar. . . . .	2	» S. Agustín. . . . .	1
» General Barceló. . . . .	1	» Gater . . . . .	1
» Santanyi . . . . .	1	» Fonollar . . . . .	1
» Estrella. . . . .	1	» Galera. . . . .	1
» Escuelas . . . . .	1	» Sindicato . . . . .	2
» Santa Eulalia. . . . .	1	» Birretería. . . . .	1
P. San Antonio. . . . .	1	» Berard. . . . .	1
C. Bosch . . . . .	1	» Samaritana . . . . .	1
» Peletería . . . . .	1	» Vila. . . . .	1
» Puerta del Mar . . . . .	1	» San Miguel. . . . .	1
» Alfarería . . . . .	1		
		Total en las 43 calles.	58



ESTADO DEMOSTRATIVO

*de las defunciones de sarampión registradas en el distrito municipal  
de Palma, clasificadas por entidades de población*

Entidades	Habitantes censo de 1887	Defunciones de sarampión	Mortalidad por mil
Palma (recinto amurallado) . . . . .	41.477	58	1'39
Arrabal de Santa Catalina. . . . .	5.791	14	2'41
La Soledad. . . . .	848	3	3'53
Hostalets . . . . .	1.020	3	2'94
Son Sardina . . . . .	1.152	2	1'73
Molinar. . . . .	1.237	2	1'61
Caseríos diseminados . . . . .	7.240	2	0'27
El Terreno. . . . .	469	1	2'13
La Vileta . . . . .	621	1	1'61
Secar del Real. . . . .	459	1	2'17
Caserío Can Capas . . . . .	171	1	5'84
Id. Sas Corralasas. . . . .	17	1	58'82
Id. Ca sas Bielás . . . . .	12	1	83'33
Se ignora . . . . .	8	12	»

PROPORCIÓN

*de las defunciones de sarampión con las producidas  
por enfermedades infecciosas, y con el  
total general de defunciones*

Meses	DEFUNCIONES DE SARAMPIÓN POR MIL DE	
	Enfermedades infecciosas	TOTAL GENERAL de fallecidos
Julio . . . . 1895	333'33	18'18
Agosto . . . —	555'55	90'09
Septiembre. . —	90'90	11'76
Enero. . . . 1896	625'00	100'00
Febrero. . . —	757'57	189'39
Marzo. . . . —	852'94	167'63
Abril. . . . —	695'65	101'26
Mayo. . . . —	90'90	7'24
Junio. . . . —	153'84	16'80
Julio . . . . —	38'46	8'33
TOTAL. . .	512'56	78'59



MORTALIDAD

*del sarampión durante el periodo epidémico*

*por meses*

Meses	Habitantes	Defunciones de sarampión	Mortalidad por mil
Julio . . . 1895	61.609	2	0'03
Agosto . . . —	61.622	10	0'16
Septiembre. . —	61.675	1	0'01
Octubre. . . —	61.650	»	»
Noviembre. . —	61.650	»	»
Diciembre . . —	61.646	»	»
Enero. . . . 1896	61.649	15	0'24
Febrero. . . —	61.658	25	0'40
Marzo. . . . —	61.629	29	0'47
Abril. . . . —	61.603	16	0'25
Mayo. . . . —	61.573	1	0'01
Junio. . . . —	61.549	2	0'03
Julio . . . . —	61.525	1	0'01

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES METEOROLÓGICAS

Meses 1895-1896	BARÓMETRO			TERMOMETROCENTIGRADO		
	Altura media	Altura máxima	Altura mínima	Tempe- ratura media	Máxima absoluta	Mínima absoluta
Mayo. . . 1895	760'3	768'1	753'0	17'5	25'2	10'0
Junio. . . —	761'2	768'2	755'6	21'4	32'8	13'6
Julio. . . —	761'0	764'3	758'3	25'7	33'4	19'6
Agosto. . . —	761'8	767'5	754'4	25'7	32'4	19'0
Septiembre —	763'3	767'6	759'7	25'3	32'6	17'8
Octubre. . . —	759'4	766'9	747'2	20'2	28'2	8'8
Noviembre. —	763'1	770'6	747'4	16'5	23'2	6'2
Diciembre. —	760'2	771'0	744'5	12'3	18'6	4'8
Enero. . . 1896	766'1	777'8	758'6	10'2	17'8	1'8
Febrero. . . —	765'6	774'5	751'5	10'7	17'6	2'4
Marzo. . . —	760'7	771'9	752'5	14'2	24'0	6'4
Abril. . . —	763'0	769'5	755'2	14'5	24'8	5'2
Mayo. . . —	759'8	763'0	754'9	16'9	25'0	8'4
Junio. . . —	760'8	767'2	752'7	21'8	32'2	13'6
Julio. . . —	762'0	769'5	758'3	25'8	36'2	17'0



REUNIDAS EN LA ESTACION DE PALMA DE MALLORCA

PSICRÓMETRO		ATMTR.º	PLUVIÓMETRO		NÚMERO DE DÍAS		
Humedad relativa	Tensión de vapor	Evapora ción	Lluvia	Días de lluvia	Despeja dos	Nubosos	Cubiertos
69	11'9	4'2	87'8	7	14	16	1
69	14'9	5'5	38'7	3	20	7	3
66	18'1	6'8	»	»	15	16	
66	18'3	6'1	33'0	2	13	16	2
68	17'9	4'1	52'9	5	6	23	1
71	14'1	2'5	102'4	11	10	15	6
81	12'5	1'2	17'3	5	10	15	5
75	8'8	0'9	44'9	5	11	12	8
72	7'3	1'0	6'8	5	13	16	2
71	7'9	1'7	28'8	4	16	7	6
66	9'1	3'3	5'5	4	13	17	1
66	9'8	4'0	24'0	8	16	12	2
74	12'2	3'5	87'7	13	8	16	7
65	14'4	5'8	20'8	5	18	11	1
66	18'9	7'3	14'8	1	24	7	»

## SOBRE LA HEPATOPTOSIS (\*)

POR

I. FAMILIANT

TRAD. POR

D. José Ogazón y Cirer

EN 1866, Cantani describió por primera vez una anomalía, caracterizada por el hecho que el hígado no ocupaba su sitio normal, sino que descendía hacia parte inferior del abdomen. El autor da á esta anomalía el nombre de hígado móvil. Se trataba en este caso, de una mujer de 54 años, en la cual, el sonido pulmonar seguía directamente el sonido intestinal. Apesar de la blandura de la pared abdominal, no se sentía el hígado en la región hepática. Cuando la enferma se hallaba en el decúbito dorsal se percibía á la derecha y por debajo del ombligo una masa compacta de las dimensiones de un hígado normal, dando matitez á la percusión. Por su parte superior esta masa sobresalía y á la matitez sucedía inmediatamente el timpanismo intestinal. El borde inferior de dicha masa, era difícil de reconocer, puesto que llegaba casi al pliegue inguinal; el borde izquierdo se distinguía bien á dos y dos y medio centímetros de la línea media, estando la enferma acostada sobre el dorso.

Tan luego como la enferma se hallaba en el decúbito lateral izquierdo, la masa se dirigía un poco á la izquierda. Cantani deducía que la masa provenía del hipocondrio derecho. Ejerciendo una presión suave sobre el tumor de abajo arriba pudo colocarlo enteramente en la región hepática, en donde quedó durante algún tiempo; esta región dió entonces á la percusión la matitez habitual y el tumor seguía entonces los movimientos del diafragma; cuando la masa se encontraba en esta región se percibió perfectamente la cisura interlobular.

Tomando por base estos hechos, Cantani considera esta masa como un hígado móvil con alargamiento de los ligamentos que sostienen el hígado á los órganos vecinos; este autor admite que el hígado podía dislocarse enteramente dentro la cavidad abdominal hacia arriba ó hacia abajo, y considera la afección como adquirida y provocada por preñeces múltiples y por el abuso del corsé.

(\*) *Ejenedelmie*, 1895, n.º 39.—*La Med. Scient.* En. 96.



Según él, no solamente tenía esta enferma dislocación del hígado con alargamiento de los ligamentos, sino que además, había cambio de posición de la vena cava.

La explicación de Cantani sobre el hígado móvil, no fué admitida por todos; Landau da á la anomalía el nombre de torsión del hígado; Drehleber, no encuentra posible admitir un relajamiento del ligamento coronario, pues en este caso no sería un verdadero ligamento. La hipótesis del relajamiento del ligamento coronario, no está demostrada científicamente; Meissner imagina la hipótesis de una mesohepar, es decir, la hipótesis de una anomalía congénita del ligamento, que une el hígado al diafragma; según este autor, el desplazamiento no es una anomalía adquirida, pero sí congénita, aunque muy rara. Pero la autopsia que ha sido publicada con el objeto de demostrar lo bien fundada de esta hipótesis, ha sido poco convincente; por otra parte, una autopsia hecha por P. Müller, ha demostrado que el diagnóstico hecho durante la vida no era exacto.

Herz, admite por completo la posibilidad de este mesohepar, apesar de que no ha podido encontrar vestigios en más de mil autopsias, así es que está convencido que no había más en la mayor parte de los casos publicados. Como la hipótesis de Landau del desplazamiento por torsión no puede explicar satisfactoriamente todos los fenómenos observados, Herz está inclinado á pensar que en este caso se tomó por un hígado desplazado un segmento del hígado desviado por compresión del corsé.

Según él, el surco transversal del hígado comprimido por el corsé puede estrecharse tanto y la atrofia transversal ser de tal modo acentuada que el hígado no es sensible á la exploración de dicho surco. Cuando la pared abdominal es blanda el lóbulo separado de esta manera por el surco puede hacerse bastante móvil para que se pueda por una presión enérgica colocarlo por encima del reborde costal.

Se puede, pues, por el momento, deducir dos conclusiones de lo que se acaba de decir: 1.ª La anomalía en cuestión, es rara, puesto que desde hace 30 años, no se han publicado más que unos veinte casos: 2.ª Las opiniones de los autores sobre la naturaleza de esta anomalía, son diametralmente opuestas. Sobre un solo punto los autores están acordados: Es que esta anomalía se observa, sobre todo, en las mujeres que han tenido muchos embarazos y relajamiento de la pared abdominal.

A las observaciones escasas de esta afección descrita por los autores, añadiré el caso observado por mí, y reasumiré las conclusiones que puedan deducirse.

OBSERVACIÓN\*—Campesina de 38 años, seis partos, ha tenido durante largo tiempo que hacer trabajos del campo muy pesados; dejaba el lecho al tercero ó cuarto día. Fiebre intermitente anterior. No había usado nunca corsé ni se apretaba mucho los vestidos.

Tan luego como la enferma se levanta, la pared abdominal desciende formando un pliegue por encima del pubis, que llega hasta el tercio superior de los muslos. El sonido pulmonar es seguido de una sonoridad intestinal limpia sin el menor rastro de matitez entre estas dos zonas. A la derecha del ombligo la exploración permite reconocer la presencia de un cuerpo duro cuyo borde superior se halla á dos ó tres traveses de dedo por encima del ombligo; el borde inferior llega hasta la ingle, el borde izquierdo sobrepasa el ombligo de tres traveses de dedo. Cuando la enferma está acostada sobre el dorso, los límites superiores é inferiores de la masa remontan un poco y se pueden pasar las extremidades de los dedos entre la ingle y el borde inferior de dicha masa, percibiéndose luego distintamente la cisura interlobular del hígado. Levantando con precaución hacia arriba este cuerpo, se llega á colocarlo entero en la región hepática, y entonces se encuentra entre la zona de la cavidad pulmonar y la del timpanismo intestinal, una zona intermedia de matitez hepática. Cuando la enferma aparece acostada el hígado conserva su posición normal, pero cambia de dicha posición tan luego como la enferma hace el menor movimiento; desciende hacia el lado izquierdo cuando se acuesta sobre este lado, desciende un poco hacia abajo cuando el enfermo está sentado, y toma su posición primitiva cuando se halla derecho. Por medio de un vendaje se llega á mantener el hígado un poco por encima de la región que ocupa cuando el enfermo está de pié. Intértrigo. Sensación de pesadez y de relajamiento del abdomen.

Este caso es parecido, pues, al de Cantani; si el hígado de mi enferma era muy grande, era tal vez á causa de la malaria que había tenido.

No puede haber duda alguna sobre la ausencia de un hígado de corsé (Schnurleber).

La hipótesis de Meissner sobre el mesohepar, no habiendo sido demostrado por las autopsias, es muy problemático. Por otra parte como el hígado de corsé se observa muy amenudo, sobre todo, en las ciudades donde las mujeres abusan del corsé y tienen raramente una pared abdominal relajada como también el hígado móvil, es un hecho raro y se acompaña siempre de relajamiento de las paredes abdominales, yo me asocio á la opinión de Cantani y creo poder deducir que:



- 1.º El hígado móvil es una afección rara.
- 2.º Esta afección es siempre adquirida.
- 3.º Es debida á un relajamiento de las paredes abdominales y de todos los ligamentos suspensorios del hígado.
- 4.º El relajamiento de unos y otros es la consecuencia de la involución insuficiente después de partos repetidos.
- 5.º El peritoneo sufre bajo la influencia de la presión ejercida por el útero grávido, alteraciones tales que su involución post-puerperal insuficiente ó impedida produce probablemente el relajamiento de las partes que sirven de aparato de unión entre las vísceras.
- 6.º La hipertrofia del hígado y su compresión que tiene lugar durante los trabajos físicos pesados, pueden favorecer, cuando los ligamentos son predispuestos al relajamiento, una movilidad anormal de este órgano.



## REVISTA DE HIGIENE

POR EL

**Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez**

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona (\*)

SUMARIO: Anginas causadas por el bacilo de Friedländer.—Sífilis concepcional.—Las patatas y las epidemias que pueden producir.—Servicio médico en la Exposición internacional de 1900.—Conjuntivitis sub-aguda.—Conjuntivitis infecciosas en general.—Color de los cristales protectores de los ojos.—Procedimiento de Calliani para practicar la respiración imitada.—Tratamiento de la llamada muerte aparente de los recién-nacidos.—Determinación de la edad de la leche de mujer.—Influencia del alcoholismo de los padres en la descendencia.

LA tesis del doctorado (1896-97), presentada por Hébert, tiene como materia de estudio una de las variedades de angina que se deben á las investigaciones modernas (*Recherches cliniques et bacteriologiques sur les angines á bacille de Friedländer*).

Estas anginas son sub-agudas ó crónicas y se caracterizan por falsas membranas nacaradas ó amarillentas, poco extensas, adherentes á la mucosa y que, levantadas, se reproducen con rapidez; apenas si tie-

(\*) De la *Rev. de Med. y Cir. práct.*, 25 Febrero, 1897.

nen síntomas funcionales y generales y son muy resistentes á toda terapéutica, sobre todo las formas crónicas. En su concepto, estas anginas son debidas al bacilo de Friedländer, que es muy abundoso en las membranas. Se parecen mucho á la leptotrimicosis, con las cuales han de confundirse no pocas veces; por esto es siempre preciso el exámen bacteriológico, aún cuando se crea estar seguro del diagnóstico.

—La de Mergier (*Etude critique sur la syphilis conceptionnelle*), es un ataque á la teoría de la sífilis por concepción. Los cuatro órdenes de pruebas en que se apoya, tienen todos puntos flacos y todos reunidos en un sólo caso no constituyen un edificio inexpugnable. Por lo mismo, propone reemplazar la definición clásica de Diday: «la sífilis concepcional es la que va del padre á la madre, pasando por el feto», por esta otra: «la sífilis concepcional es una sífilis de chancro interno, que se ingerta por regla general durante la época de las reglas, ó en los días que las siguen, mediante un coito fecundante».

—El Ministro de la Guerra francés se ha preocupado de las epidemias causadas en las tropas por las patatas, epidemias que si ordinariamente son benignas, no dejan de tener su importancia, según se ha observado en Francia, Alemania, Baviera, etc. Los fenómenos dominantes son diarrea y vómitos, debidos al uso de patatas alteradas, sea porque éstas hayan llegado á lo último del período de conservación, sea porque su germinación en los almacenes determine en su substancia á la vez que la solanina, ó un fermento soluble no bien definido todavía, una mengua de su valor nutritivo y una menor rapidez. Se han observado más de 800 casos en estas epidemias militares, sin que, por fortuna, haya ocurrido una sola defunción.

En evitación de estos transtornos, el mencionado funcionario ha dispuesto se verifiquen visitas periódicas á los almacenes y que se arranquen los retoños en cuanto se note que los tubérculos empiezan á germinar (*La Revue méd.*, 13 Enero, 1897).

—Han quedado acordadas las bases para el servicio médico de la Exposición universal de 1900 durante el período de los trabajos de construcción.

Se establecerá sucesivamente tres puestos de socorro, en cada uno de los cuales habrá un médico, un interno y un enfermero permanentemente, turnando en el servicio ocho de los primeros y dos de los segundos; en total, veinticuatro médicos, seis internos y tres enfermeros. Además, habrá médicos de socorro, que visitarán los heridos en los hospitales ó en sus domicilios. Los medicamentos procederán de la farmacia central de la Asistencia pública, encargándose de este servicio un inspector especial.



La dirección del servicio médico ha sido confiada al Dr. Gilles de la Tourrette.

— Una nueva entidad morbosa, la conjuntivitis sub-aguda, ha sido diferenciada del gran grupo de las flegmasías de la conjuntiva por el Dr. Morax. Esta inflamación, de aspecto vulgar, es un padecimiento especial y contagioso, clínica y bacteriológicamente distinto de todos los demás análogos.

De la etiología tal como la describe el autor (*Soc. d'Ophthalmologie*, 5 Enero, 1887), tomo los datos siguientes:

Aparece en todas las edades especialmente en la adulta y en la vejez y pasa de uno á otro ojo en tres ó cuatro días; la lesión reside de preferencia en la conjuntiva tarsiana y en la carúncula, quedando intacta la bulbar y siendo raro se altere la córnea.

En la secreción conjuntival, además de los leucocitos nucleares y de células epilépticas desprendidas, se encuentra un gran número de bacilos muy voluminosos y muy teñibles con los colores básicos de anilina. Tienen la forma diplobacilar, los extremos son redondeados, y un espacio claro separa muy bien los dos elementos. No se puede confundir con ningún otro de los que hay normal ó patológicamente en la conjuntiva. Las colonias se desarrollan entre 30 y 38°; á la temperatura ordinaria, el bacilo sólo vive dos ó tres días; en cambio, puede vivir seis meses y más en la estufa. No es inoculable á los animales, pero basta depositar una gota de un cultivo puro del bacilo á la quinta generación en el fondo de saco de la conjuntiva humana, para que se desarrolle una flegmasía igual á la primitiva. Se trata, pues, de un padecimiento inoculable, contagioso.

— Ya que he hablado de una conjuntivitis infecciosa, he de completar el cuadro haciendo un resúmen del trabajo presentado por el Dr. Coppez, de Bruselas, á la Sociedad belga de Oftalmología (Diciembre último), sobre clasificación de las conjuntivitis infecciosas.

Actualmente hay dos clasificaciones: una antigua, fundada en la anatomía y en la sintomatología; otra reciente, que se apoya en la bacteriología; es decir: una, puramente anatómica; otra, exclusivamente etiológica.

Los microbios que pueden provocar las diferentes clases de conjuntivitis que conocemos, son:

1.º El gonococo, capaz de producir: *a*, la purulenta (forma clásica); *b*, la catarral (Fournier, Morax, Piringer); *c*, la granulosa (escuelas de los unitaristas, Arlt); *d*, la pseudo-membranosa (Von Graefe, Legros, Jacobsen, etc.);

2.º El bacilo de Wecks: *a*, catarral (forma clásica); *b*, pseudo-membranosa (Morax, H. Coppez);

3.º El pneumococo: *a*, catarral (Parinaud); *b*, flictenular (Axenfeld); *c*, purulenta (Haushalter y Viller, Guénod); *d*, granulosa (Axenfeld); *e*, pseudo-membranosa (Morax, H. Coppez, Pichler);

4.º El estafilococo: *a*, catarral (Barbier, Guénod); *b*, purulenta (Valude); *c*, flictenular (Duclaux y Boucherón); *d*, pseudo-membranosa (Guibert, Pes, Pichler, Dor);

5.º El estreptococo: *a*, catarral (Parinaud); *b*, purulenta (Morax); *c*, complicada con bubones (Villeneuve); *d*, pseudo-membranosa (numerosos observadores);

6.º El bacilo de Klebs-Löffler: *a*, catarral (Sourdille, H. Coppez, Aubinnau, Von Hippel); *b*, pseudo-membranosa (forma clásica).

Designando las conjuntivitis con el nombre de microbio patógeno (clasificación etiológica), hay las siguientes ventajas: 1.ª, conocimiento exacto del origen del mal y posibilidad de la profilaxis; 2.ª, pronóstico más claro; 3.ª, terapéutica más precisa; pero tiene estos otros inconvenientes: 1.º, precisión de la investigación bacteriológica; 2.º, no ser siempre posible la determinación exacta del grupo á que corresponde la conjuntivitis; 3.º, colocar en el mismo orden los casos más comunes y más raros; 4.º, no ser posible deslindar los casos, muy comunes, de conjuntivitis poli-microbianas.

En la clasificación antigua (anatómica pura) se acepta:

1.º Una conjuntivitis purulenta (de gonococos, de diplobacilos, de pneumococos, de estafilococos, de estreptococos, de bacilos de Klebs-Löffler);

2.º Una conjuntivitis purulenta (de gonococos, de pneumococos, de estafilococos ó de estreptococos);

3.º Una conjuntivitis granular (de gonococos y de pneumococos);

4.º Una conjuntivitis flictenular (de pneumococos ó de estafilococos);

5.º Una conjuntivitis pseudo-membranosa (de gonococos, de pneumococos, de estafilococos, de estreptococos, de bacilos de Wecks ó de bacilos de Klebs-Löffler).

A primera vista, esta clasificación es tan confusa como la precedente, pero no es así. Tiene las ventajas: 1.º, de separar bien las formas raras de las formas comunes, aclarando ésta más la fuente del mal que la otra los signos clínicos; 2.º, de hacer fácil el diagnóstico; 3.º, de ser el tratamiento más sintomático que etiológico.

En resumen, hoy es todavía la mejor la clasificación anatómica, pero se debe añadir á la denominación, siempre que sea dable, el epíteto bacteriológico correspondiente.

Vandenberghe acepta las ideas de H. Coppez, pero opina que al



lado de la sala de consultas debe funcionar el laboratorio, encargado de resolver ciertos casos dudosos.

—En la misma Sociedad belga de Oftalmología, tratando Pergent. de Bruselas, del color que deben tener los cristales, dice que los rayos rojos son los más nocivos á la vista, porque hacen perder á los conos y á los bastoncillos el máximun de nucleína, lo cual es un signo de fatiga. No son, pues, convenientes para el reposo los cristales que dejen pasar dichos rayos, que también dejan pasar los cristales ahumados de los ópticos: es preciso dar la preferencia al azul, al azul puro sin vestigio de rojo.

—Reproduciéndolo de otro periódico, que no cita, *A Medicina contemporánea*, de Lisboa (23 Enero último), expone un nuevo procedimiento, el de C. Calliano, de respiración imitada (usualmente mal llamada artificial). En definitiva, es una modificación que simplifica el de Sylvester.

Como es sabido, en este procedimiento los brazos son levantados hasta los lados de la cabeza, y luego descendidos hasta comprimir lateralmente el tórax; exige á pesar de ser de los más sencillos, con frecuencia dos personas, es fatigoso para el que lo ejecuta, hay que vigilar la posición de la lengua para que los movimientos que se imprimen tórax no la hagan al caer á la faringe, etc.

Calliano coloca los miembros torácicos en la posición inspiratoria, primer tiempo de Sylvester, y ata las manos entre sí, una vez que están por encima de la cabeza. Atadas, las abandona; quedando, por tanto, el tórax en inspiración permanente. El operador se cuida sólo del acto expiratorio, que efectúa comprimiendo rítmicamente de 18 á 20 veces por minuto las paredes torácicas. En realidad el *modus faciendi* es bien sencillo, y puede ser recomendado á personas imperitas y á individuos no robustos.

—Refiriéndose á los medios usados para reanimar á los recién-nacidos con apariencias de muerte, el Dr. Schultze, de Jena, estudia y compara diversos experimentos y medios empleados, y llama la atención hacia la gran conveniencia de distinguir los casos en que la médula es susceptible de ser excitada por estímulos periféricos, casos en que el refluo medular existe, por tanto, de aquellos otros en que esta reflectividad necesita á su vez ser despertada.

En su concepto, el procedimiento de Laborde (tracciones rítmicas de la lengua), debe ser colocado con todos aquellos, revulsivos cutáneos inclusive, que son capaces de obrar por vía refleja, al paso que la respiración imitada obra cuando está abolido el reflejo medular y lo restablece (*Centralb. f. Gyn.* 1896.—*Gaz. des hôp.*, 26 de Enero de 1896).

—Un número enorme de experimentos, bien hechos, conduce á Umikoff á sostener la tesis que se puede determinar por modo aproximado la edad de la leche, ó sea el tiempo transcurrido desde el parto. Su procedimiento es bien sencillo: se mezcla con la leche 2'5 c. c. de una solución de amoníaco al 10 por 100; si el parto es reciente, la leche toma un color rojo-violeta pálido; si data de varios meses, de un violeta intenso. Si se coloca la mezcla en baño de maría durante quince ó veinte minutos y á la temperatura de 60°, la reacción es más rápida más manifiesta.

Umikoff no ha obtenido la reacción violeta con la leche de vaca; antes bien, opina que es propia de la de mujer, añadiendo que á los diez días de ordeñada es tan característica como recién salida de la mama.

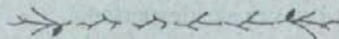
No hay duda que si los hechos se confirman, hay un buen dato para elegir nodrizas, desde este punto de vista: por más que sea un dato sólo de valor aproximado (*Fahrh. f. Kinderheilk.*, 1896. — *Id. id. id.*).

—El Dr. Bourneville presenta una estadística decisiva sobre la perniciosa influencia del alcoholismo sobre el producto de la gestación (*Le Progrés médical*, Enero de 1897), especialmente desde el punto de vista del idiotismo en general. En 1000 niños de toda clase y de varias categorías, ha encontrado el alcoholismo:

En el padre de . . . . .	471 niños
En la madre de. . . . .	84 —
En el padre y en la madre de . . . . .	65 —
Faltan noticias de . . . . .	171 —
No eran alcohólicos los padres de . . . . .	209 —

En 57 casos se verificó la concepción durante la embriaguez del padre, y en otros 24, grandes probabilidades del mismo suceso, pero no seguridad completa.

Tal como es esta estadística, demuestra el gran papel que el alcoholismo desempeña en la producción de niños degenerados, idiotas, epilépticos, imbéciles morales, inestables y perversos.





## REVISTA BIBLIOGRÁFICA

---

- I.—*Impresiones de viaje*, por el Dr. D. JULIO ROBERT, médico del Hospital de San Luís de los franceses. Madrid, 1895.
- II.—*La terapéutica Brown-Séguard*. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia, por el Dr. D. FRANCISCO BARBERÁ Y MARTÍ, seguido del de contestación al mismo, por el Académico Dr. D. PABLO COLVEE Y ROURA, Valencia, julio de 1896.

### I

EN doce páginas condensa el autor sus impresiones sobre pediatría en un viaje á Burdeos y París con motivo del Congreso de Ginecología, Obstetricia y Pediatría celebrado en agosto de 1895 en la primera de esas dos villas.

Como es natural, dada la época del viaje, la sueroterapia en general y su aplicación al tratamiento de la difteria fueron los puntos que atrajeron especialmente su atención y son los que más *extensamente* trata.

Después de extractar la sesión del Congreso dedicada al suero antidiftérico, reseña ligeramente el laboratorio instalado en Burdeos para la preparación de *toxinas* y el diagnóstico bacteriológico de la difteria, bajo la dirección respectiva de los Dres. Ferré y Faguet, dando cuenta de los ensayos de *immunización* de un asno, practicados por estos señores para obtener suero anticanceroso por el método de Richer y Héricourt; describe la excelente instalación del pabellón de diftéricos en el Hospital de niños de la misma villa, que tan ventajosos resultados viene dando en el tratamiento de esta enfermedad; cita la interesante comunicación sobre la curación radical de las hernias en los niños, presentada al Congreso por el Dr. A. Broca, ofreciendo una estadística de 477 operaciones con una sola defunción por peritonitis consecutiva; habla con entusiasmo de la incubadora Lión, que considera superior á todos los demás modelos conocidos, y cita la estadística del Dr. Ciaudo, según la que, gracias á este excelente aparato, de 185 niños nacidos desde seis á ocho meses de tiempo, se salvaron 143; ensalza la magnífica instalación del Hospital general, situado en el campo, á alguna distancia de la población, en cuyo establecimiento se encuentran la Maternidad y Escuela de partos, el Asilo de niños, el de ancianos, el Hospital de incurables y de infecciosos y epidémicos, ocupando una extensión de terreno de 24 hectáreas, y termina esta primera etapa de su viaje dando cuenta de una notable conferencia que sobre «Literatura española» dió la distinguida escritora Sra. Pardo Bazán.

De su estancia en París dedica la mayor parte al tratamiento de la difteria en el Hospital de niños, y muy especialmente, á la práctica del entubamiento por el Dr. Martin, describiendo los tubos de O' Dwyer y la técnica operatoria, y facilitando su comprensión con algunos grabados del instrumento y sus accesorios. Luego se ocupa del inhalador de bolsillo doble F, intercalando dos figuras que indican su forma y tamaño; cuenta sus impresiones en la clínica quirúrgica del Hospital Troussseau, en la que tuvo ocasión de admirar la habilidad operatoria del Dr. Broca, especialmente en la operación de las hernias; dedica un largo párrafo al Instituto Pasteur y en particular al departamento instalado en el mismo para la preparación del suero antidiftérico, haciendo algunas observaciones acerca la dosis terapéutica del mismo, fundadas en su propia experiencia y en las explicaciones y consejos de los doctores Roux y Martin, y concluye la serie de estas *impresiones* con la que experimentó el día que fué presentado al ilustre y malogrado microbiólogo Sr. Pasteur, cuya reciente pérdida deploran la ciencia y la humanidad.

Es un excelente trabajo en que el autor resume, en forma elegante y castiza, los adelantos clínicos y de laboratorio que tuvo ocasión de observar en las instalaciones pediátricas y en los Institutos microbiológicos de París y Burdeos.

## II

No podía ser más oportuno el tema elegido por el Sr. Barberá, dada la época en que escribió su discurso (á principios del año 1894, según observa en una nota de la 4.<sup>a</sup> pág.), cuando apenas había transcurrido un año desde la presentación á la Academia de Ciencias—24 de abril de 1893—de la tercera comunicación del Dr. Brown-Séguard insistiendo sobre los notables resultados obtenidos con el líquido testicular en numerosas enfermedades y en los casos de abatimiento orgánico.

En corroboración del [apoteagma *nihil novum sub sole*, recuerda el disertante algunos precedentes de organoterapia, citando como ejemplos el del rey D. Martín de Aragón y el de Fernando el Católico, cuya impotencia se intentó combatir con brebajes de *turmas de toro*, durante su segundo é intempestivo matrimonio; sienta luego los fundamentos fisiológicos de la medicación glandular, y sigue paso á paso al ilustre maestro en sus investigaciones y experimentos desde 1869, época en que dejó entrever sus presunciones de que la absorción de líquidos orgánicos procedentes de un animal sano y robusto debía de producir efec-



tos dinamogénicos en el hombre, hasta su última comunicación á la Academia de Ciencias corroborando sus anteriores afirmaciones acerca la virtud rejuvenecedora y acción curativa de las inyecciones del líquido testicular en las afecciones orgánicas más variadas.

Seguidamente se ocupa de los experimentos de otros observadores para comprobar los efectos del método *seguardiano*, y refiere las opiniones favorables emitidas por Variot, Villeneuve de Marsella, Loowis de New-York, etc., respecto á las inyecciones de los productos testicular y ovárico; por Vassale y Gley tocante á los del cuerpo tiroides; por Von Mering y Minkowski respecto al páncreas; por Tuffier y Arsonval acerca los del riñón, etc., etc. Expone los efectos fisiológicos de la inyección sobre los centros nerviosos, sistema muscular, secreciones, circulación y funciones digestivas, y por ende su acción reconstituyente de las funciones orgánicas; cita los trabajos de laboratorio practicados por Schreiner, Landenburg, Abel, Poehl, Pantschewk, etc. en busca del principio activo de los nuevos líquidos terapéuticos; describe los procedimientos de preparación de éstos, y las precauciones que el propio Brown-Séguard aconseja en la aplicación de los mismos; reseña ligeramente los ensayos hechos con los diferentes extractos orgánicos, al objeto de valorar su virtud curativa, en el myxedema, la glicosuria, enfermedad de Addison, psicopatías, ataxia, epilepsia, neurastenia, asistolia, etc.; y después de exponer una serie de observaciones personales, cita el Dr. Barberá las opiniones contra esta medicación emitidas por numerosos profesores, para deducir en resumen las siguientes conclusiones:

«1.<sup>a</sup> Que la terapéutica Brown-Séguard, desde el punto de vista más general, ha hecho un gran bien á la ciencia, pues ha promovido el importante estudio de las secreciones internas, antes desconocidas y actualmente investigadas con interés y fruto.

2.<sup>a</sup> Que no responde en la clínica á los pomposos anuncios de sus partidarios; que su efecto excitante nada tiene de especial y que no pueda conseguirse por otros medios conocidos.

Y 3.<sup>a</sup> Que es lamentable que no se proceda con más circunspección al publicar novedades científicas, porque de ese modo se evitarían desengaños.»

El trabajo del Sr. Barberá revela claridad de criterio y espíritu observador que entiende que no basta la afirmación de algunas notabilidades científicas para aceptar como buena una innovación terapéutica, sinó que es preciso que la clínica aquilate su valor antes de concederle el *exequatur*.

¡Lástima que la forma expositiva desluzca algo el mérito de tan concienzuda Memorial

\*  
\* \*

El Dr. Colvée, después de resumir en pocas líneas el anterior trabajo, ateniéndose á la ley de Chéron divide las inyecciones hipodérmicas en tres clases, incluyendo en la primera los líquidos orgánicos y químicos no tóxicos; en la segunda los que llevan en disolución alguna substancia tóxica, y formando la tercera los sueros de los animales inmunizados; sintetiza con envidiable erudición la manera de obrar de cada una, atribuyendo, con Achalme, la del último grupo á una doble acción refleja, gracias á la presencia de unos elementos que llama *estimulinas*, por sus efectos estimulantes del poder fagocítico de los leucocitos, nombre que debería substituir al de *antitoxinas* que se les aplica generalmente.

Es un trabajo que se recomienda tanto por su forma elegante y concisa como por su interés científico.

G. Serra y B.



## FORMULARIO



### JARABE ANTIGOTOSO DE BOURBÉE

Es una mixtura filtrada de decocción de zarzaparrilla concentrada.

Tintura de resina; guyaco . . . . .	15 partes
Resina jalapa . . . . . r	2 —
Esencia de mostaza . . . . .	10 —
Jarabe espeso . . . . .	200

### POLVOS CONTRA LA ATONIA GASTRO-INTESTINAL, DE SÉE

Creta preparada . . . . .	30 gramos
Magnesia calcinada . . . . .	30 —
Colombo polvo . . . . .	2 —
Vainilla polvo . . . . .	1 —

Mézclese.—Para tomar media cucharadita antes de cada comida.



VINO CONTRA LA ATONIA GASTRO-INTESTINAL, DE SÉE

Vino de genciana . . . . .	300 gramos
— de ruibarbo . . . . .	100 —
Alcoholaturo de raíz de acónito . . . . .	3 —
Esencia de anís . . . . .	1 —

Mézclese.—Para tomar una cucharada antes de cada comida.

ESPÍRITU UNIVERSAL

(*Wildbrand, Berlín*)

Para los dolores de los miembros, gota, reumatismo, etc.

Sal común . . . . .	2
Alcanfor . . . . .	2
Solución amónica . . . . .	30
Espíritu . . . . .	180

(*Schädler*).

MIXTURA PARA GONORREA AGUDA

Acido salicílico . . . . .	60 centigramos
Bicarbonato de sosa . . . . .	30 —
Jarabe . . . . .	3'60 —
Agua . . . . .	10'80 —
Esencia de pirola . . . . .	c. s. para aromatizar.

Una dosis: para repetir cada cuatro horas hasta que la inflamación aguda decrece. Se ordena usualmente seis dosis y raramente deja de obtenerse curación.—(*The Druggist*).

ANADOLI

Son polvos dentífricos orientales.

Jabón en polvo . . . . .	42
Almidón en polvo . . . . .	44
Saponaria de Oriente . . . . .	12
Esencia de bergamota ó de limón . . . . .	c. s. para aromatizar la mezcla

(*Wittsfein*).

ANTHOSENZ

(Dr. Ness, de Berlín)

Es un tónico general y balsámico anodino.

Alcoholado de clavillos . . . . .	4
— de geranio . . . . .	2
Esencia de ananas. . . . .	1
Alcohol . . . . .	50

La mezcla se colorea con raíz de orcaneta.—(Hager).

POMADA DEPILATORIA

Carbonato de sosa. . . . .	3'60 centigramos
Cal viva . . . . .	1'80 —
Carbón vegetal en polvo . . . . .	40 =
Glicerina neutra . . . . .	3'60 —
Manteca . . . . .	25'20 —

Después de aplicada durante 10 ó 12 días esta pomada, la piel de las partes afectas toma un color de rosa y puede separarse el pelo ó vello sin el menor dolor.

ANESTÉSICO LOCAL PARA LA DENTADURA

Polvo de alcanfor . . . . .	18 gramos
Eter . . . . .	25 —

Aplíquese á las encías al rededor de la muela ó diente que deba extraerse hasta que la encía tome color blanco, y entonces puede arrancarse sin que apenas se sienta dolor alguno.

J. Morey





## NOTAS CIENTÍFICAS

### Esófagotomía externa por cuerpo extraño

El Dr. Broca (Soc. de Cir. de París, Dic. 1896): Trátase de una observación muy interesante enviada por el Dr. Lemaître, de Limoges, referente á un caso de esófagotomía externa practicada en un niño de diez meses que se había tragado un alfiler imperdible. El Dr. Lemaître vió al enfermo doce días después del accidente, y habiendo observado la presencia del cuerpo extraño, hizo la esófagotomía externa, practicó la extracción del cuerpo extraño y suturó la herida; el enfermo curó. De esta observación se desprenden algunos hechos, como, por ejemplo, el niño del Dr. Lemaître es el más joven entre los que han sido operados, y en segundo lugar, se puede preguntar como un alfiler imperdible, cuerpo relativamente voluminoso, puede descender por un conducto tan estrecho como el esófago. Yo observé un niño de doce meses que había tragado una llave de una cómoda, no habiendo encontrado nada al cateterismo, dije que el niño no había tragado nada, y doce días después murió, y en la autopsia encontré la llave enclavada en el esófago.—(*Rev. de Med. y Cir. prácts*).—(CODINA CASTELLVI).

### Un caso de hermafroditismo unilateral verdadero, ocurrido en el hombre

El D. G. Blacker, describe un caso de este género. El ejemplar se clasificó en la subdivisión del hermafroditismo unilateral verdadero. Era un feto de ocho meses y medio, y se componía de un útero unicornio mal desarrollado, con ovario y trompa de Falopio en el lado izquierdo, mientras que en el derecho, la glándula genital tenía la estructura microscópica del ovario y del testículo, y estaba relacionada con una trompa de Falopio mal desarrollada, y un conducto de Wolff ensanchado, que presentaba el epididimo y el vaso deferente. De 28 casos de hermafroditismo verdadero que se han descrito, 2 pertenecían á la variedad unilateral, 9 á la bilateral, y 17 á la lateral. El ejemplar descrito es, al parecer, el único caso de hermafroditismo unilateral verdadero en el hombre, que se ha descrito hasta la fecha.—(*British Med. Journal.—Rev. de Med. y Cir. prácts*).—(F. TOLEDO).

### Solubilidad de las sales de pilocarpina

El clorhidrato de pilocarpina es casi tan soluble en frío como en caliente. 100 partes de agua hirviendo disuelven 66 partes de esta sal.

A la temperatura de 15° c. son necesarias 7 partes de alcohol de una densidad de 0'820 para disolver una parte de clorhidrato de pilocarpina; á la temperatura de ebullición bastan 2'5 partes de alcohol.

A 15° el nitrato de pilocarpina se disuelve en 8 partes de agua; á la temperatura de ebullición, tiene el mismo grado de solubilidad que la sal precedente. A 15° se disuelve en 130 partes de alcohol de una densidad de 0'820 y en 40 partes del mismo alcohol hirviendo.— (J. MOREY).

### Un signo nuevo de la epilepsia

El Dr. Mairet (Acad. de Med. de París, Enero 1897): Se deduce de experiencias numerosas, que la orina de los epilépticos es hipertóxica antes del ataque é hipotóxica después. Estas propiedades hipertóxicas se observan en el período intercalar. Desciende de 150 á 450 (lo necesario para matar un conejo de un kilogramo). Es constante, se observa fuera de todo ataque y constituye un estigma permanente. Esta hipotoxia se observa también en los histéricos, pero en este caso la orina de los epilépticos es más bien convulsiva, y la de los histéricos conserva su toxicidad ordinaria. En todas las formas de epilepsia, aún larvadas, se observa esta hipotoxidad tan bien caracterizada, que tiene una gran importancia clínica y médico-legal.—(*Rev. de Med. y Cirugía prácts.*)—(F. TOLEDO).

