

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XV }

LIMA, NOVIEMBRE 30 DE 1898.

{ N.º 238

TRABAJOS NACIONALES

SÍFILIS

Lección dada por el profesor de Nosografía Médica Dr. Juan C. Castillo en la Facultad de Medicina de Lima, recogida por Manuel O. Tamayo.

(Conclusión)

Ictericia.—No es raro encontrar sífilíticos con la piel y conjuntivas más ó menos amarillas y orina con abundante cantidad de bilis, así como dolor en la región del hígado; esta ictericia la quieren explicar algunos, como el resultado de una intoxicación que tiene su resonancia en el hígado, otros por una congestión hepático, no falta quien la atribuya á catarros de las vías biliares, ó á la acción mecánica compresiva que sobre estos canales ejercen los gánglios específicamente hipertrofiados; así como también se cree que es el efecto de la impresión moral del terror que sobre algunos ejerce la sífilis. Sea de ello lo que fuere, es incuestionable que este fenómeno como muchos de los que se observan en la evolución de la sífilis, se debe á la que se llama influencia diatésica en esta infección.

Rara vez afecta la sífilis secundaria el aparato renal; no obstante, suele observarse algunas veces albuminuria, pero éste accidente es más bien un fenómeno terciario.

Además de los fenómenos de

modificación de la nutrición que acabamos de estudiar, hay todavía un estado más avanzado de aniquilamiento que se conoce con el nombre de caquexia sífilítica. En él se observa el color pálido, plomizo, amarillo, color paja ó color de hoja muerta, ojos hundidos, pómulos salientes, cara arrugada piel borrosa seca furfuracea, fisonomía lánguida; caída del pelo y de las cejas, el que queda es sin brillo y como pulverulento, demacración extrema, pérdida del apetito; constipación y diarreas, sudores profusos, fiebre errática, prostración y la muerte precedida de una agonía lenta.

En la mujer, la infección sífilítica se traduce á menudo por leucorreas, es decir un flujo sero-mucoso proveniente de las mucosas genitales, y que según todas probabilidades se debe á la cloroanemia y al estado de debilidad del organismo más bien que á una influencia específica. En tal virtud, estas leucorreas no son contagiosas, al menos así lo prueba la experiencia.

La cloroanemia también se observa; y no son raras las histeralgias así como las perturbaciones en la menstruación, disminución, retardo y aun amenorrea. Es positivo también que la sífilis secundaria en la mujer influye en la función de la generación. En ella es frecuente la esterilidad, y cuando conservan su aptitud para ser fecundadas son muy frecuentes los abortos y partos prematuros, los pocos casos que llegan á término

nace un niño con todos los signos de la sífilis.

SÍFILIS TERCIARIA—La sífilis en su período terciario imprime al organismo modificaciones más serias y lesiones más graves y profundas que las que hemos descrito en el segundo período. Los accidentes terciarios no vienen fatalmente después de las sífilis secundaria y en muchos casos el virus solo determina, en los distintos órganos, las alteraciones superficiales que caracterizan esta faz de la infección sifilítica. En otros casos, al contrario, se presentan las lesiones terciarias muy poco tiempo después de los accidentes primitivos.

Las causas que contribuyen á la manifestación de este período de la sífilis son complejas y poco conocidas; la sífilis que pasa ignorada en los primeros tiempos da lugar comunmente á las manifestaciones terciarias, pero la más poderosa de las causas es la ausencia ó la insuficiencia del tratamiento durante el período secundario que permite al virus inveterarse en la economía y dar lugar á focos latentes, donde los agentes patógenos evolucionan tranquilamente hasta adquirir el máximo de su actividad. El alcoholismo, el paludismo y todas las causas de degeneración orgánica, como las diatesis, las fatigas exageradas ó la insuficiencia de la alimentación, favorecen igualmente la aparición de los accidentes de la sífilis terciaria.

La sífilis terciaria se localiza en todos los tejidos, pero se establece de preferencia en el sistema nervioso y también en los huesos, la piel, las mucosas y las vísceras.

Son desde luego los órganos menos resistentes y los que han sido atacados anteriormente, los que sirven de asiento á las manifestaciones del tercer período de la sífilis. El exceso de trabajo mental predispone á la sífilis cerebral y á diversos estados neuropáticos. El alcoholismo y la litiasis biliar á la sífilis hepática.

Hace su aparición, á menudo, á

los tres ó cuatro años del chancro; en otras ocasiones es más precoz ó más tardía y los accidentes terciarios solo entran en escena después de diez ó quince años de la infección; Fournier ha citado casos, rarísimos por lo demás, en que solo se les vió aparecer después de cincuenta y aún cincuenta y cinco años. Las lesiones terciarias tienen un carácter común, el de ser esclerosas; estas esclerosas son muy persistentes, de larga duración y de marcha lenta. Las lesiones terciarias, ya lo hemos dicho, pueden presentarse en casi todos los órganos y en todos los tejidos. Vamos á decir algunas palabras de estas diversas localizaciones.

Piel.—Los tumores gomosos sifilíticos se presentan de preferencia en la piel que recubre inmediatamente los huesos; sus sitios más comunes son la región esternal y la región tibial anterior. Tienen dimensiones poco notables, se presentan semejando gánglios duros persistentes, más tarde se hacen voluminosos, y presentan prolongaciones que les dan una forma circular ó irregular; al cabo de algún tiempo la piel que los cubre se pone tensa, roja y se adelgaza; después el tumor se reblandece y se ulcerera dejando salir un líquido gomoso, de ahí su nombre; y queda una ulceración crateriforme, cubierta de botones carnosos; por último, se cicatriza dejando una mancha roja al principio, pigmentada después. Además se encuentra las *sifilíides tuberculosas* que se presentan bajo la forma de tumores de dimensiones variables, desde el tamaño de un frejol hasta el de una nuez, color rojo oscuro ó violeta, duros, separados ó reunidos; casi siempre se presentan en la frente, espalda, codos y rodillas, en el lado de la flexión; tienen la constitución histológica de los sifilomas, se reabsorven dejando una depresión oscura, pigmentada; en otros casos se ulceran y se cicatrizan lentamente, siendo la cicatriz casi siempre irregular y de ese color

cuproso que caracteriza las lesiones sifilíticas.

Estas mismas manifestaciones pueden presentarse en las mucosas sobre todo en la faringe y órganos genitales.

Los músculos pueden presentar también las lesiones de la sífilis terciaria; así su tejido conjuntivo intersticial es invadido algunas veces, y de tal manera, que concluye por asfixiar y atrofiar la fibra muscular, que en más de una ocasión sufre la degeneración grasosa. Los gomas pueden presentarse también en el tejido muscular, tumores que se ostentan con su caracteres propios y que clínicamente se traducen por el dolor, la rigidez y la contractura musculares.

Tejido oseo.—Las lesiones oseas de la sífilis terciaria son muchas y se radican en el periostio ó en el hueso mismo. Las pericistitis, osteitis y exostosis se observan con frecuencia; son comunes también las caries profundas que dan lugar á esos abscesos llamados por congestión ú osifuentes, las osteomielitis y la lesión conocida con el nombre de osteoporosis, caracterizada por el adelgazamiento de los huesos por efecto de la atrofia del tejido oseo con ensanchamiento del canal medular, y su fragilidad; también se observa los gomas; son comunes, como hemos dicho, las caries profundas de los huesos del cráneo principalmente del frontal. El ozena sifilítico con su supuración fétida y la lesión de los huesos propios de la nariz, da lugar á una deformación del órgano (nariz del lente), que por ser característica sirve de elemento de diagnóstico. Las alteraciones de los huesos palatinos y maxilares dan lugar á la perforación del paladar y las perturbaciones consiguientes de la deglución, fonación y masticación.

La sífilis terciaria visceral afecta de preferencia el hígado, y puede decirse que esta es una de las localizaciones más frecuentes y graves. Hay algunas circunstancias que contribuyen á la manifestación de

la sífilis hepática, estas son las inflamaciones anteriores del órgano, el alcoholismo y el paludismo, causas que determinan un *locus minoris resistentie*. La forma típica de la sífilis terciaria hepática es la esclerosis, en la que se encuentra la proliferación, la hiperplasia del tejido conjuntivo interlobular, y que hace que esta víscera se presente á la simple vista con los caracteres de una cirrosis vulgar.

A la vez que la esclerosis se puede observar en el hígado los gomas sifilíticos, que se presentan como tumores circunscritos de color gris amarillento, muy semejantes á los nódulos cancerosos ó con su aspecto miliar. La esclerosis sifilítica hepática se caracteriza por una hipertrofia del órgano que sobrepasa el reborde de las falsas costillas, y puede llegar hasta el ombligo ó fosa iliaca correspondiente; hipertrofia que es irregular, puesto que al lado de la porción hipertrofiada hay otra normal ó atrofiada; su consistencia está aumentada, es dura, leñosa; su superficie es desigual, mamelonada y surcada por profundas depresiones; el borde cortante presenta una ó varias escotaduras. Estas alteraciones de forma y testura han sido bien determinadas por Lancereaux y sirven como un buen elemento de diagnóstico. Hay ascitis, la ictericia es rara. Los gomas sifilíticos del hígado, cuyo volumen puede ser variable, pueden transformarse en una masa caseosa, que se reabsorve ó se clasifica, dando lugar á retracciones bien notables y que contribuyen por su parte también á producir las alteraciones de forma y de testura tan características de esta sífilis visceral.

Aparato respiratorio.— En este aparato son frecuentes las manifestaciones terciarias de la sífilis.

Son la traquea y bronquios donde se observan con mayor precosidad, encontrándose allí las infiltraciones sifilomatosas nodulares que pueden ulcerarse y producir tras-

tornos serios según la profundidad que alcancen. Los síntomas que revelan la existencia de la sífilis terciaria de estos órganos son más ó menos insidiosos; así hay sensación de cuerpo extraño y constricción detrás del esternón en su parte superior, respiración ruidosa, disnea que se agrava con los esfuerzos y que viene en accesos nocturnos, tos seca al principio, con expectoración muco-purulenta ó muco-sanguinolenta después, descenso é inmovilidad de la laringe durante la deglución, y los fenómenos de compresión que se observa en los casos de invasión del mediastino.

Las manifestaciones terciarias se observan también en el pulmón, siendo más frecuentes en el hombre que en la mujer. Se presentan bajo la forma de esclerosis ó de gomas, que revelan su existencia por la manifestación de una tos seca ó con expectoración abundante, sobre todo en casos de dilatación bronquial, circunstancia que es muy común en las esclerosis; hemoptisis poco considerables, dolor torácico moderado, disnea en los casos de lesiones avanzadas; y fenómenos distintos por la auscultación, según el grado que haya alcanzado la lesión, no siendo raros los casos en que se encuentren síntomas cavitarios.

El estado general es bueno por algún tiempo, hasta que se presenta la verdadera consunción pulmonar ó domina la caquexia terciaria.

En el corazón puede la sífilis en su período terciario ocasionar, no solo trastornos funcionales de la misma naturaleza de los que hemos mencionado al hablar del 2.º período de la sífilis, sino también lesiones de testura de naturaleza esclerosa, con todo el cortejo sintomático de estas alteraciones del miocardio.

En los riñones se hace sentir también la sífilis en su tercer período. Las lesiones específicas de este órgano han sido objeto de un importante estudio del doctor Mauriac, quien ha establecido

que la sífilis terciaria de los riñones no es tan frecuente como puede creerse, siendo sumamente raras las gomas. La forma más corriente es la esclerosis, ó sea la nefritis intersticial, observándose la albuminuria como uno de sus síntomas obligados, albuminuria que está ligada en algunos casos á una degeneración amiloide de estos órganos. Los testículos son también invadidos por la sífilis terciaria bajo la forma especial conocida con el nombre de sarcocele sífilítico, que es una infiltración difusa del tejido celular intersticial de esta glándula, infiltración que se acompaña en algunos casos de gomas circunscritas.

El sarcocele se desarrolla lentamente, primero en un testículo, después en el otro; en estos casos adquieren dichos órganos un volumen considerable, tienen el grosor de un puño, son indolentes espontáneamente y á la presión, conservan casi la forma normal con un aumento considerable en su consistencia, y se localiza la lesión exclusivamente en la glándula misma, no en el epidídimo como sucede con el testículo tuberculoso, del que además se diferencia por no tender á la supuración.

Otro de los aparatos importantes en que se manifiesta también la sífilis terciaria es el eje cerebroespinal y son envolturas. Como consecuencia de las lesiones terciarias de los huesos del cráneo, se realizan allí procesos de supuración que traen como consecuencia una meningitis ó un absceso del cerebro, con todo su cortejo sintomático.

Otras veces son los gomas desarrollados en la pia madre ó en el tejido subaragnoideo los que comprimen el tejido nervioso y concluyen por atrofiarlo.

Pocas veces estos tumores se desarrollan en el espesor mismo de la pulpa cerebral ó medular.

Estos tumores tienen por lo general una forma irregular, circuns-

tancia que los distingue de las granulaciones tuberculosas, y sufren como estas la degeneración caseosa; el tejido nervioso que rodea el tumor está generalmente reblanecido.

Las arteritis sífilicas cerebrales son también frecuentes y producen el reblanecimiento cerebral por trombosis, así como las hemorragias cerebrales. Los nervios craneanos son también atacados por la sífilis terciaria, y su lesión puede ser el resultado de una meningitis de la base ó por compresión de los tumores gomosos ó de las exóstosis.

También se observa la encefalitis sífilítica, ya de carácter gomoso en la que el cerebro se encuentra invadido, infiltrado por un tejido idéntico al de los gomas, ó ya la encefalopatía circunscrita, en placas, descrita por Charcot, Cornil y otros, ó ya también la encefalitis sífilítica esclerosa, menos característica y menos estudiada que las otras, y en la que según Lanceaux se encuentra mayor tendencia del tejido conjuntivo á sufrir la transformación grasosa, hecho que la diferencia según este profesor de las otras encefalitis escleróticas no especificadas.

Todas estas alteraciones que la sífilis imprime al cerebro y sus envolturas, constituyen el síndrome clínico bien complejo llamado sífilis cerebral, que se presenta con una sintomatología tan variada como interesante.

Así se observa la cefalea, con exacerbaciones, el insomnio, tristeza, apatía cerebral, vértigos, hormigueos, adormecimientos, seguidos de fenómenos más acentuados, delirio, ó al contrario opresión y soñolencia; parálisis de los nervios motores, estrabismo, ptosis y hemiplejías, que pueden ser totales ó con predominio en la cara ó en un miembro. Se observa también la afasia sola ó asociada á la hemiplejía derecha.

También se encuentra la parálisis de nervios craneanos, la de los motores oculares, sobre todo la del

motor ocular común, cuya existencia por sí sola, dice Lancereaux, debe hacer suponer la sífilis. Hay disminución de la agudez visual que puede llegar á la ambliopia y ceguera. Se observa también en algunos casos convulsiones de fondo epiléptico; variedad de síntomas que como se vé puede revelar ya las meningitis, ya la arterioesclerosis cerebral y los reblanecimientos de este órgano. los tumores del cerebro, la epilepsia sífilítica, y alteraciones más avanzadas que comprometen la esfera psíquica y que han sido bien estudiadas por Foville, Fournier y algunos otros, constituyendo lo que hoy se llama enagenación mental sífilítica; estados en los que se encuentra disminución ó pérdida de la memoria, cambios de carácter, indiferencia interrumpida por violencias inmotivadas, estupor, demencia, delirio simple, delirio de grandeza, de persecución, que conducen á la debilidad y pérdida rápida de la inteligencia, pudiendo llegar hasta la demencia.

Se puede observar también casos de sífilis cerebral, en los que los trastornos mentales están asociados á los trastornos motrices; verdaderas parálisis, acompañadas de embarazo de las palabras, y cuyo conjunto clínico le da una fisonomía común con la parálisis general progresiva, razón por la que algunos nosografistas las llaman seudo parálisis general sífilítica.

La médula espinal y sus envolturas son también comprometidas por la sífilis terciaria, pudiendo observarse la meningitis, la meningo mielitis, los gomas y las arteritis sífilíticas.

En la meningitis espinal sífilítica se observan dolores violentos, por lo general limitados á la región comprometida, con irradiaciones á las espaldas, á los brazos, al torax; rigidez de la columna y dolor por la presión sobre las apófisis espinosas; los dolores se exasperan en la noche, es tal su intensidad en algunos casos que los pacientes los comparan á la acción de un fierro rojo ó de un gárfio que atravesara

las carnes; no es raro observar fenómenos paréticos de las extremidades y la atrofia muscular.

En los casos de compromiso de las meninges y la médula, se nota que á los fenómenos anteriormente apuntados se asocian las parálisis, precedidas de hormigueos y adormecimientos sobre todo en las extremidades inferiores, e en las que es frecuente observar como tipo las paraplegias, las hipoestésias, reflejos voluntarios exagerados y algunas veces acompañados de trepidación epileptoide del pie, relajación de los esfínteres de la vejiga é impotencia.

Se observa también algunas paraplegias que antes de ahora eran consideradas como estados crónicos, resultado de los gomias ó exóstosis, y que sólo desde pocos años se sabe que son producidas por mielitis agudas, que evolucionan de una manera rápida, y que van acompañadas de adormecimiento y pesadez de los miembros inferiores, fenómenos que según Lance-reaux traducen el estado isquémico de la médula. No es raro que el primer síntoma de esta manifestación de la sífilis sea una retención de orina, puede encontrarse también la anestesia absoluta de las extremidades inferiores y sobre todo el fenómeno constante de las escaras de decubito. La esclerosis en placas creen algunos que puede presentar su cortejo de síntomas como consecuencia de la infección sífilítica, así lo sostiene Moncorvo, no obstante que Marie afirma lo contrario.

La esclerosis de los cordones posteriores de la médula ó sea lo que se llama tabes dorsalis ó ataxia locomotriz, con su variadísimo cortejo de síntomas puede ser también el resultado de la sífilis terciaria, así lo han aseverado desde años atrás Fournier y Erb, así lo admitten Bernhardt, Strumpell, Remak y sobre todo Mobius, quien cree que la tabes reconoce siempre por causa la sífilis.

Con lo expuesto se ve toda la dañosa influencia que la sífilis pue-

de ejercer en el sistema nervioso cerebro espinal.

Para concluir el estudio de la sífilis voy á ocuparme, aunque sea ligeramente, de la sífilis hereditaria.

Ya hemos hecho presente todas las perturbaciones que la sífilis secundaria puede producir en el producto de la concepción llegando con frecuencia á determinar el aborto; pero también hemos dicho que bien puede no tener lugar este, y en tal caso el recién nacido es portador de la sífilis que le han legado sus progenitores. Son las sífilides cutáneas las principales manifestaciones de estos seres desdichados, es el pénfigo sífilítico el que se observa de preferencia, y se le encuentra en las palmas de las manos y plantas de los piés; el exantema macular, placas mucosas y coriza. Se observa también la keratitis intersticial, deformaciones orgánicas, el raquitismo; en su oportunidad se observa la deformación de los dientes, que se presentan con canaladuras, desiguales y con bordes dentados, dientes que se conocen con el nombre de dientes de Hutchinson.

Todos estos estigmas no se presentan siempre con el nacimiento, muchas veces nacen sanos, y solo en los tres primeros meses es que ellos se manifiestan.

Se puede observar en esta sífilis hereditaria de los niños las alteraciones cerebrales que se presentan en el adulto, como consecuencia del compromiso de las facultades intelectuales pudiendo llegar hasta la imbecilidad é idiotismo.

Vamos á ocuparnos de la manera de hacer el diagnóstico de la sífilis.

El diagnóstico de la sífilis es una de las cuestiones más interesantes, y para resolverlo es indispensable conocer las verdaderas bases en que debe reposar. Estas son: el conocimiento del conjunto de sus manifestaciones, y el de la evolución de estas, teniendo en cuenta su gerarquía cronológica. Desde luego, este diagnóstico es difícil y su dificultad es variable según se trate

de establecerlo en el hombre ó la mujer. Más accequible el hombre, más versado en lo que se refiere á esta clase de enfermedades, podrá suministrar al médico datos que puedan conducirlo con más seguridad á la vía del diagnóstico. Cosa distinta pasa en la mujer, quien además de su poca versación en estos achaques, su pudor, etc., tiene el inconveniente de no poder ser examinada con la misma facilidad que el hombre, de donde resulta que muchas veces las lesiones genitales pueden pasar desapercibidas. En ellas hay algo más, son muy propensas á los accidentes nerviosos, y es muy posible tomar un accidente nervioso de índole sífilítica, por un fenómeno vulgar. No contribuyen menos á dificultar en ellas el diagnóstico de la sífilis, algunas consideraciones de índole moral, que las obliga á ocultar ó negar al médico los datos más indispensables. Todas estas circunstancias conviene sean conocidas de ustedes, á fin de que se persuadan de la paciencia, suavidad, tacto é inteligencia que debe desplegar el médico para llegar á descubrir la verdad.

Se sabe que la puerta de entrada para la sífilis es el chancro; pero con la mujer no se debe ser exigente en esta materia, este dato puede faltar en ellas, pues, como se sabe, es un accidente benigno y que puede pasar desapercibido.

Hay todavía otras dificultades en el diagnóstico de la sífilis, dificultades que nacen de la circunstancia de presentarse en esta enfermedad fenómenos que le son propios, que solo la sífilis es capaz de producir, como son, el chancro, sífilides, gomas, etc., y fenómenos comunes, que pueden observarse tanto en la sífilis como por cualquiera otra causa; tales son la cefalea, neuralgias, artritis, etc.

Los primeros es fácil conocerlos, los segundos muy difícil determinar su causa, y como hay casos de sífilis en los que sólo se ostenta por medio de estos fenómenos comunes, se comprende lo difícil que es el diagnóstico en tales circunstan-

cias. Desde luego, debe recurrirse á los antecedentes é investigar la existencia de los fenómenos primarios; si estos datos le faltan, no debe el médico darse por vencido, debe compulsar bien las condiciones del paciente, apreciar los fenómenos que presenta y apoyado en la ciencia no debe trepidar, debe resolver en sentido afirmativo, sobreponiendo su criterio al del enfermo.

Entre el juicio del médico que afirma la existencia de la sífilis, por los datos que la ciencia le proporciona, y el juicio negativo del enfermo, lo más probable es que la verdad esté con el médico.

En favor de esta decisión hay dos circunstancias de grandísimo valor y son: primera, que la sífilis puede negarse de una manera deliberada; y segunda, que puede ignorarse su existencia y negarse de buena fe. Como se ve, todos estos escollos hacen en más de una ocasión muy oscuro y bien difícil el diagnóstico de la sífilis.

Al hablar del chancro y su satélite, el bubón como manifestaciones primitivas, hemos señalado sus caracteres, y la manera de diferenciarlos de las lesiones que se le parecen. Al ocuparnos de la sífilis secundaria, cuyas manifestaciones son múltiples y variadas, hemos tenido ocasión de hacer saltar su diferencia con muchas lesiones comunes, sobre todo en lo relativo á las sífilides cutáneas que se distinguen de las dermatosis vulgares. Por lo que respecta á la sífilis terciaria, sus manifestaciones son tan características que el diagnóstico es casi siempre hacedero.

A pesar de todo, tratándose del diagnóstico de la sífilis, conviene tener presente que hay muchos casos en que es sumamente difícil hacerlo.

Conviene también recordar que en más de una ocasión se corre riesgo de hacer diagnósticos aventurados, atribuyendo carácter sífilítico á muchísimos accidentes que no tienen nada específico. Es necesario tener, pues, mucho cui-

dado para no incurrir en este defecto, del que solo nos veremos libres el día que llegue á ser conocido el micro-parásito de la sífilis. Mientras tal resultado se alcance, más vale quedar en la duda, poner un punto de interrogación, que afirmar con ligereza la existencia de esta enfermedad infecciosa.

Pronóstico de la sífilis.—Este puede considerarse bajo dos puntos de vista: el de actualidad, y del porvenir. El primero se relaciona con el accidente ó accidentes que se presentan á la vista del médico y con el período de evolución á que ha llegado la sífilis en el enfermo. El segundo se relaciona con las eventualidades de la enfermedad, con la posibilidad de los accidentes lejanos cuya realización puede tener lugar á los 5, 10, 15, 20, 30 años y más después del principio de la infección.—Se comprende que el primero puede establecerse con más ó menos facilidad, teniendo en cuenta la calidad de los síntomas que se observan, el estado general del enfermo y la acción que el tratamiento haya podido ejercer.

El segundo queda siempre oscuro, incierto, sombrío; es punto que no puede determinarse de un modo preciso la naturaleza de los accidentes lejanos.

De lo expuesto se deduce que el pronóstico de la sífilis es variable, benigno en ciertos casos, grave, gravísimo en otros sobre todo cuando llega al período terciario.

Tratamiento de la sífilis. En este terreno han podido ejercitar su ilustración y sagacidad los clínicos más experimentados.

Muchos han opinado por la expectación, suponiendo que la sífilis es una enfermedad de tal naturaleza que puede curarse por sí misma, ó solo con el auxilio de la higiene. Otros, al contrario, convienen en la necesidad de tratarla por los remedios conocidos con el nombre de específicos. Desde luego, siendo esta una enfermedad tan generaliza-

da, que ha llegado á convertirse en una verdadera plaga social, deber es adelantarse á sus manifestaciones, estableciendo para esto su profilaxis. Esta debe estribar: 1.º en la reglamentación de la prostitución, y 2.º en la destrucción *in loco* (si fuere posible) del gérmen de esta enfermedad.

De esta manera, si es cierto que no se llegaría á suprimirla, por lo menos se restringiría notablemente su desarrollo. Una vez desarrollada debe combatirse por todos los medios.

Entre estos, figuran el mercurio y los yoduros como los más eficaces.

En cuanto á la oportunidad y manera de emplearlos, no ha dejado de ser objeto de discusión entre sabios sífiliógrafos. Así Liébersmeister, Hebra, Zeisel, Kaposi y otros de la escuela de Viena, piensan que no debe anticiparse el tratamiento de la sífilis, porque cuando tal se hace toma formas muy rebeldes y tenaces. La Escuela de París, encabezada por Fournier, piensa lo contrario, y emplea el tratamiento anticipante. Familiarizados como estamos con la Escuela francesa, aceptamos sus ideas al respecto y en tal virtud intuímos siempre desde los primeros momentos el tratamiento contra la sífilis; práctica que por otro lado ha sido reconocida como muy saludable por autoridades como Neisser, Leube, Edlefsen, Weber y otros. Entre todos los remedios empleados contra la sífilis, es sin disputa el mercurio, el que goza de más merecida fama, apesar de todo lo que de él se ha dicho desde los más lejanos tiempos, y sobre lo que no creo útil llamar la atención de ustedes.

Se le emplea bajo todas las múltiples formas conocidas, así se hace uso del mercurio metálico, del calomel, el protoyoduro, el biyoduro, bicloruro, cianuro, tanato, benzoato, timolato, tomolacetato, salicilato, peptonato, de mercurio amoniacal, etc. etc. Su penetración en el organismo se realiza por la vía gastro-intestinal ó por la piel, ya

en fricciones, ya en inyecciones; y se administra ya sólo, ya asociado á los yoduros y hasta al arsénico como sucede en la solución de Odonovan.

La manera como se establece el tratamiento y el tiempo que él debe durar ha sido también materia de estudio para los sifiliógrafos. Entre otros, Fournier aconseja que en los primeros dos años el tratamiento debe ser activo, administrando las preparaciones mercuriales por dos meses, por seis semanas, por un mes; para entrar en seguida en períodos de reposo, y comenzar luego con el uso de los yoduros siguiendo los mismos intervalos; reconociendo siempre como de gran utilidad, como muy ventajoso que el tratamiento sea intermitente, y prolongado por mucho tiempo.

Se comprende que el tratamiento de la sífilis tiene una técnica especial en relación con cada uno de los métodos que se quiera poner en práctica, técnica que ustedes encontrarán en sus tratados de terapéutica y que observan día á día, de una manera práctica, en nuestras clínicas, donde como ustedes saben abundan los casos de esta terrible enfermedad.

Además del tratamiento específico, debemos hacer presente que es necesario emplear el tratamiento tónico, reconstituyente, los amargos, el fierro, la hidroterapia, buena alimentación, y en general todo aquello que tiende á levantar las fuerzas y á realizar una modificación favorable en el estado general del paciente.

Al dar por terminado el estudio de la sífilis debemos hacer presente que es ésta una de las enfermedades que más vasto campo ofrece á las investigaciones de la medicina, tanto que en los países donde la ciencia médica ha adquirido amplio desarrollo, merced á las facilidades que se le dispensa, el estudio de la sífilis ha sido desprendido de la Nosografía interna, para formar una especialidad con el nombre de sifiliografía.

COLABORACION

Ataxia hereditaria de Friedreich

Hace diez años tenía ocasión de enviar desde la Salpêtrière, la relación de un caso de esta enfermedad á los Anales del Círculo Médico Argentino.

Desde entonces hasta aquí se ha adelantado mucho en el estudio de esta enfermedad sobre todo en su parte anátomo patológica, pero los casos no son frecuentes aun y creo que hay interés en publicar los que se observen señalando las particularidades que pueden presentar.

En el Consultorio de Enfermedades Nerviosas, que dirijo en el Hospital de Niños, he tenido la oportunidad de ver á dos hermanos afectados de la misma enfermedad, cuyas observaciones son el objeto de este artículo. No ha sido posible obtener fotografías sino del primero, porque la niñita no ha vuelto á la consulta.

Antecedentes familiares.— Los enfermos son hijos de labradores italianos que viven en Luján.

El padre es alcoholista.—La madre se asusta irreflexivamente de cualquier tontería, sufre desmayos, precedidos de la sensación de bolo histérico.—Por el examen físico no he podido encontrar estigmas de la neurósis, pero la histeria en ella me parece evidente.

El abuelo parterno murió accidentalmente en una lucha á puñetazos; se dice que era de carácter irritable.—La abuela paterna vive aún.

El abuelo y la abuela maternos, han fallecido á una avanzada edad (80 y 70 años respectivamente.)

El matrimonio Molesi ha tenido siete hijos, de los cuales los dos mayores son nuestros enfermos.— Los otros según sus padres son sanos hasta ahora, aunque empiezan á notar ciertas alteraciones en la marcha en uno de los menores.

Antecedentes individuales.—En Francisco notaron los padres que la enfermedad había empezado á los tres ó cuatro años, por alteraciones en la marcha.—En Carolina empezó recién á los siete años. No han tenido afecciones eruptivas ni otra enfermedad.

Resumiendo en cuadro su genealogía para mayor claridad, tenemos:

Padre, alcoholista; madre, histérica.

Francisco, 11 años; enfermo de Friedreich.

Carolina, 10 años, enferma de Friedreich.

Rafaela, 9 años.

Ramón, 8 años.

Antonio, 5 y medio años.

Concepción, 4 años.

Juana, 2 años.

Estudio clínico.—*A.*—*Alteraciones motrices (a) Marcha.*—Es el síntoma más resaltante á primera vista.—Su marcha es tabeto cerebelosa franca.—Es pesada, convulsiva y vacilante en grado extremo, teniendo que hacer los enfermos, movimientos de equilibración suplementarios y puede aplicárseles la clásica comparación de un pasajero no acostumbrado á caminar sobre el puente de un navío, ó más bien se semeja á la marcha de los grandes monos antropoideos ó á la marcha de un ébrio.—Hay torpeza en todos sus movimientos.—Avanzan con la cabeza inclinada, los ojos fijos en el suelo y los brazos separados del tronco.—Los pies se desprenden del suelo con brusquedad y vuelven á caer sobre el talón.—Dan á veces algunos pasos tropezando, pero vuelven á la línea recta.

(b) *Ataxia estática.*—Cuando están parados, nuestros enfermos, talonean y marcan el paso, hay en ellos una especie de columpio continuo como buscando un punto de apoyo; hay verdadera inquietud muscular.—Tienen ambos el signo de Romberg, cerrando los ojos oscilan y caen si no se les sostiene.

(c) *Parexia muscular.*—Sienten pereza para cualquier movimiento

y hay fatiga precoz después de cualquier ejercicio muscular.—Francisco dice que tenía antes más fuerza y que nota que la pierde.—Carolina después de caminar pocas cuerdas está exhausta.

(d) *Movimientos uniformes.*—Hay movimientos involuntarios de los músculos faciales, sin tener la instantaneidad de los coreicos.—Es un nystagmus de la cara, como dice Soca, lo mismo en las manos y se acentúa un poco cuando se les hace ejecutar ciertos movimientos voluntarios.—Francisco pretende haber tenido un fuerte temblor en los movimientos volicionales que ha desaparecido.

B.—*Sentido muscular.*—No lo han perdido y llevan, aunque con cierta vacilación, sus miembros al punto indicado, con los ojos cerrados.—En la escritura hay un ligero temblor, pero debe tenerse en cuenta que han tenido poco tiempo de escuela y sus conocimientos son rudimentarios.

C.—*Reflejos.*—Abolidos los reflejos tendinosos en ambos enfermos, presentan el signo de Westphal.

D.—*Alteraciones de la sensibilidad.*—No existen.—No han tenido los dolores fulgurantes que he observado en el caso que envié á los Anales del Círculo Médico, y que han observado varios autores.—No hay alteración apreciable en la sensibilidad al contacto, dolor ó térmica.

E.—*Síntomas oculares.*—No hay nystagmus, y esto hace la particularidad de nuestros casos porque se han observado en setenta por ciento de los enfermos.—Las pupilas reaccionan bien y no hay estrechamiento del campo visual.

F.—*Escoliosis.*—En ambos enfermos se nota una escoliosis muy pronunciada, principalmente en la región dorsal, de concavidad izquierda.—Puede observarse bien en la fotografía que acompaña á este artículo y en la niñita es aún más pronunciada.—Esto los hace caminar inclinados al lado opuesto.

G.—*Pié bot.*—Muy marcado sobre todo en el varón.—Es un pie bot equino.—Responde bien a la descripción de Soca como si dos manos, una apoyada sobre el talón y otra sobre la cabeza de los metatarsianos comprimiran el pie.—Esta deformación es puramente funcional, porque sólo se nota bien cuando los niños están sentados y con los pies colgantes.—Cuando caminan el ahuecamiento de la planta desaparece.

Los dedos están en extensión forzada con flexión de los falanges en forma de gancho.—Esto es más marcado en el dedo gordo que parece implantado en la cara dorsal del pie, como puede verse en la fotografía.—El *pié bot* es bilateral.

H.—*Facies.*—Los dos tienen aspecto un poco atontado.—Se sonríen pero su risa no es nunca franca.—He podido observar en ellos ese aire de familia con otros enfermos de la misma afección.

I.—*Disartria.*—Su palabra es un poco torpe y dificultosa, pero pronuncian bien las sílabas, sin la explosión que se observa en la esclerosis en placas.

K.—*Intelecto.*—Son niños de escasa instrucción, pero que no salen de lo normal.—Saben leer y escribir con alguna dificultad, lo que no es de extrañarse por el poco tiempo que estuvieron en la escuela.

L.—No hay alteraciones genitourinarias, ni vasomotrices.—Las funciones orgánicas se desempeñan bien.

Diagnóstico.—Con el cuadro sintomático que hemos descrito el diagnóstico se impone:

El carácter familiar de la enfermedad, el *pié-bot*, la marcha atáxica cerebelosa, la ataxia estática, los movimientos coreiformes, la escoliosis, la abolición de reflejos, la integridad del intelecto y la ausencia de las alteraciones de sensibilidad, realizan la clásica descripción de la ataxia hereditaria de Friedreich.

G rasset dice que estos enfermos

son por su cabeza son esclerosos en placas y por sus piernas tabéticos.—La *disartria* y el *nystagmus* lo acercan de los primeros, aunque en mis enfermos no existe el segundo síntoma; la marcha tabético cerebelosa y la abolición de reflejos lo acercan del *tabes*, pero en estos casos no hay en el temblor característico ni la exageración de reflejos la esclerosis en placas, ni las alteraciones de la sensibilidad y oculares, ni la edad de aparición de la segunda, para no tomar sino los síntomas capitales que las diferencian.

Para distinguirla de la heredo ataxia cerebelosa de Marie, que tiene muchos síntomas comunes con la ataxia de Friedreich, como son la marcha, la inestabilidad de los movimientos coreiformes. las sacudidas nistagniformes de la cara, el carácter familiar y la evolución progresiva, que pudieran confundir en error á un observador no prevenido, me valdré también de las diferencias capitales y las pondré para mayor facilidad en forma de cuadro:

HEREDO ATAXIA CEREBELOSA

- 1.—Exageración de reflejos rotulianos.
- 2.—Alteraciones serias de la visión (Diplopia, discromatopsia, atrofia papilar.)
- 3.—No existe escoliosis ni *pié-bot*.
- 4.—Debut después de los 15 años.

ATAXIA HEREDITARIA DE FRIEDREICH

- 1.—Abolición de reflejos rotulianos.
- 2.—Solo *nystagmus* (En mis casos no existe.)
- 3.—Escoliosis y *pié bot*.
- 4.—Debut antes de los 15 años.

Este último carácter diferencial no es sin embargo absoluto.—En el número de junio de este año de la NUEVA ICONOGRAFÍA de la Salpêtriére, Leon Bomus, describe un

caso á debut tardío á los 25 años; pero estas son excepciones á la regla y reunidos á los otros síntomas enumerados, bastan para caracterizar el diagnóstico.

Reflexiones.—La única particularidad que distingue nuestros casos, de la descripción clásica, es la ausencia de nystagmus que aparece en un setenta por ciento de los enfermos.—Quizás este síntoma sobrevenga con el tiempo para completar el cuadro clínico.

El caracter familiar de la enfermedad está bien claro.—Nuestros enfermos descienden directamente de neurópatas, el padre alcoholista y la madre histérica.—Ya dos de ellos están afectados de ataxia hereditaria.—Uno de los menores ya empieza á ser sospechoso.

La edad de aparición parece haber sido casi la misma en ambos enfermos, confirmando la regla que cada familia interpreta á su manera la afección, debutando á la misma edad y con los mismos síntomas.

En cuanto á la naturaleza de esta enfermedad, debo inclinarme con Blocq, Marinesco y Weigert á la teoría que hace de ella una enfermedad de evolución, debida á un vicio original hereditario, que repercute sobre los elementos menos diferenciados de la médula, consagrados más á la nutrición que á la función.

En cuanto á la modernísima teoría de Senator que la hace depender de falta de desarrollo del cerebelo, no está comprobada y puede aplicarse con mayor propiedad á la heredo ataxia cerebelosa.

¿El cerebro, la protuberancia y el bulbo, están acaso intactos? Es lo que aún no ha podido establecerse; pero todo induce á creer que sea una afección cerebro-espinal, por los numerosos síntomas que salen del dominio medular, pero la comprobación anatomopatológica está aun por hacerse.

Roman Pacheco.

Buenos Aires, Agosto de 1898.

TRABAJOS EXTRANJEROS

DOCTOR P. ARENTT.

Pomada salicílica é ictiolada en el tratamiento de las artritis reumáticas.

(Annales de la Societé de Medicine d'Anvers.)

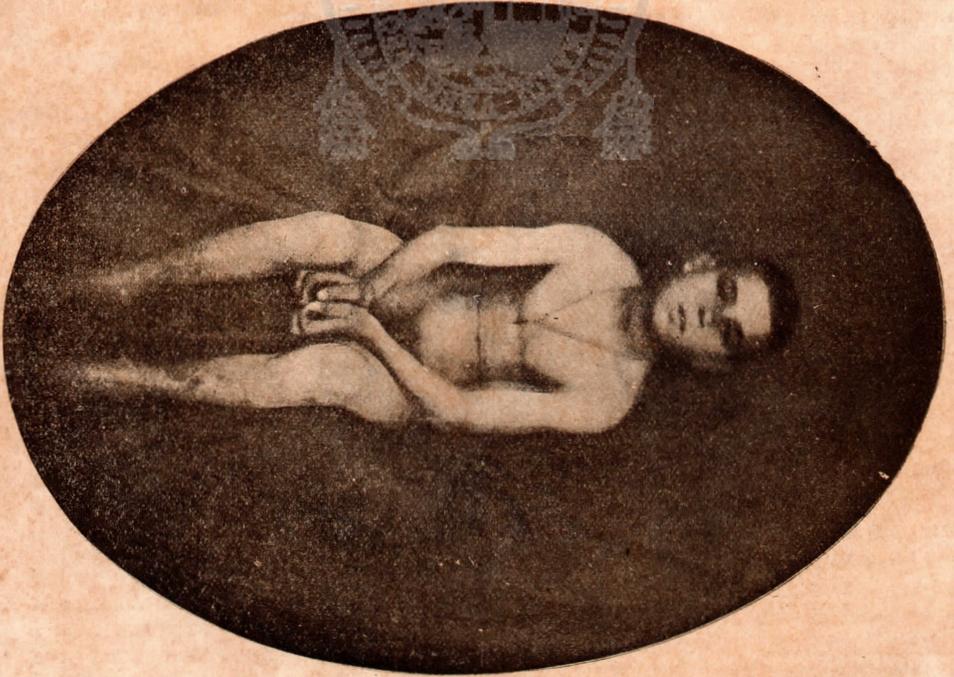
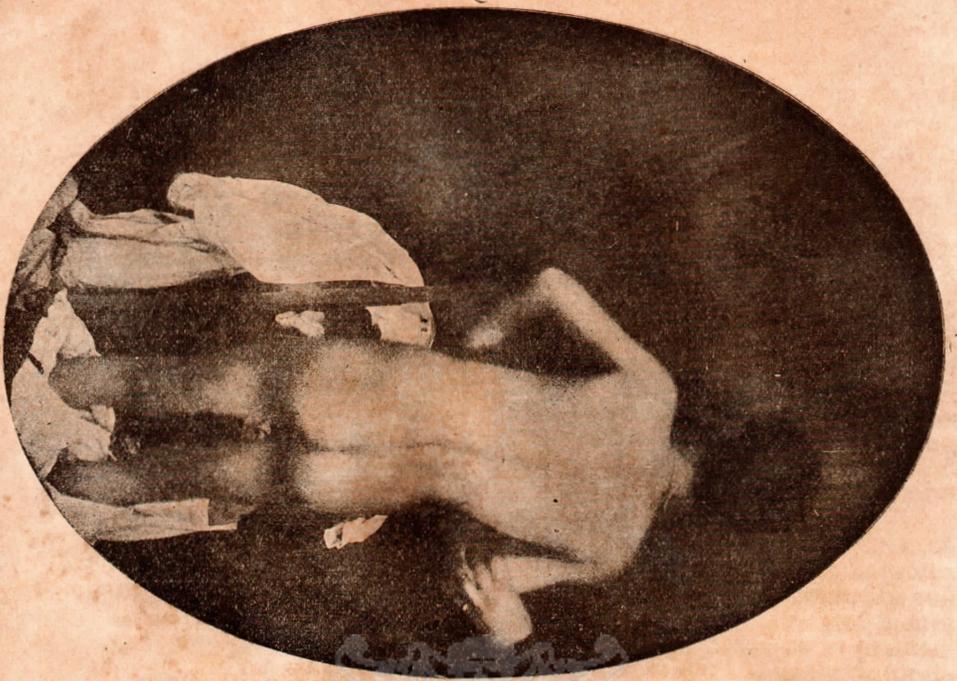
El empleo del ácido salicílico bajo la forma de unguento, en el tratamiento de las afecciones reumáticas, está muy vulgarizado desde las publicaciones de Ruel, Bourget y Ziemssen; hace poco Sterling publicó igualmente un trabajo muy interesante sobre este asunto. Se sabe hace tiempo, dice, que el ácido salicílico se absorbe por las superficies tegumentarias denudadas, y Küster ha descrito un caso de envenenamiento producido por esta vía; Unna, Ritter é Ingria nos han demostrado que el ácido salicílico atraviesa la piel gracias á la destrucción de la epidermis que él opera, *mientras que el salicilato de soda, según Ritter, no es absorbido por la vía cutánea.*

Un punto importante todavía, y es Bourguet el que lo ha señalado en primer lugar, y después Sterling, que ni la glicerina ni la vaselina constituyen un excipiente conveniente para las pomadas saliciladas; *la lanolina combinada con la grasa es el excipiente de elección.*

He aquí, según Sterling, la composición de la pomada salicilada, tal como la habíamos encontrado descrita por Bourguet, en la SEMANA MÉDICA, y en la THERAP. MONASTHEFE, 1893. Esta fórmula es la que empleamos desde entonces, y nos ha dado casi siempre excelentes resultados.

Acido salicílico....	} 3a	
Aceite trement....		} 15 gramos.
Lanolina		
Grasa de puerco....	100 grams.	

Las partes enfermas son cubier-



las con una buena capa de este unguento, después, y éste es un punto esencial para conseguir éxito, debe aplicarse una curación impermeable; todo es sujeto con una venda de franela. Según Bourguet, en efecto, la permeabilidad de la piel para el ácido salicílico depende del reblandecimiento de la epidermis, y es con el objeto de activar esta alteración que ha agregado la esencia de trementina que actúa como erosivo; en segundo lugar, este reblandecimiento será favorecido por el calor húmedo del medio, gracias á la capa impermeable que provoca una fuerte sudación.

Hemos observado varias veces que el efecto de la pomada salicilada no era tan manifiesto cuando las partes enfermas, no obstante la envoltura impermeable, no entraban en traspiración. El sudor debe pues jugar un papel importante en la absorción del ácido salicílico. Sterling señala igualmente esta particularidad; ha notado que el espesor y la finura de la piel tienen su papel en la eficacia del método. Así las personas jóvenes, los rubios, las mujeres, se prestan mejor á su empleo que los morenos y las personas de mayor edad. Ha comprobado además que, á superficie igual, la piel que cubre la rodilla es más apta para absorber el unguento, que la del dorso, los costados y el vientre.

Una prueba de que el ácido salicílico se absorbe es, dice Sterling, es que después del empleo del unguento salicilado el enfermo sufre zumbidos de oídos, algunas veces náuseas, síncope, al mismo tiempo que se declara una traspiración profusa.

Aparte de ligeros zumbidos de oídos y ligeras traspiraciones (algunas veces no hay efecto sudorífico), nosotros, personalmente, no hemos observado nunca desórdenes gastro-intestinales ni otros efectos desagradables, siendo así que hemos usado la pomada en un gran número de casos. La hemos prescrito un día á una docena de

hombres de la tripulación de un navío, simultáneamente atacados de fiebre reumática, que hemos llegado á curar en muy poco tiempo sirviéndonos *exclusivamente* del unguento salicílico. Sterling insiste mucho sobre la importancia del hecho que, por el empleo de la pomada, la cantidad de ácido salicílico absorbido por la piel, es muy inferior á la que se administra generalmente al interior; de aquí se deduce la utilidad de la pomada en los cardiacos, las mujeres en cinta, las personas sujetas á síncope, los alcohólicos y los débiles en general, á los cuales importa prescribir *pequeñas dosis*.

Sterling pretende haber tenido menos resultados con el unguento salicílico en el tratamiento de las artritis crónicas, es decir en las reactivas afebriles del reumatismo articular. En estos casos manda fricciones cada diez minutos con la pomada.—Cita igualmente un caso de ciática curada por este método; Bourguet, en 14 casos, ha curado así 8, y mejorado 6.

En un caso de reumatismo gotoso, con accesos agudos, que hemos tratado recientemente nos encontramos más satisfechos con la solución alcohólica de ácido salicílico, según Ruel [REV. MED. DE LA SUISSE ROMANE 1894], cuya fórmula es la siguiente:

Acido salicílico.	20 gram.
Alcohol.....	100 „
Ac. ricino.....	200 „

Uso externo,

Se imbebe gasa ó algodón hidrófilo de esta solución, se aplica sobre la parte enferma y se recubre de una tela impermeable. Hemos conseguido así que desaparecieran casi por completo gruesas nudosidades deformes de las manos y los pies, que el enfermo llevaba hacía años. Aquí la pomada de Bourguet no nos había dado resultados, debemos creer que el alcohol intervino en este caso provocando la maceración de la piel.

Sterling resume como sigue las ventajas de la pomada salicilada:

1.º Administramos al enfermo menor cantidad de salicilato, y esto con el mismo éxito terapéutico que sirviéndonos de altas dosis. Es verdad, dice, que el dosaje en el tratamiento por el unguento es bastante incierto, pero la marcha que siga la enfermedad deberá guiar al médico en el empleo más ó menos prolongado de esta medicación.

2.º Respetamos el estómago, que con frecuencia soporta muy mal el salicilato de soda; sin embargo, no debemos olvidar que el ácido salicílico empleado por la vía cutánea puede igualmente desarreglar el estómago.

3.º La aplicación directa del medicamento sobre las partes enfermas impresiona más al público que si se prescribiera el salicilato al interior; es pues siempre bueno ordenar esta pomada, aún cuando se recurra á la vez al uso interno de las preparaciones saliciladas.

Sterling ha observado dos casos de eczema después del empleo del unguento de Bourguet, que atribuye á la presencia de la esencia de trementina en la preparación. Recomienda en consecuencia dejar á un lado esta última en una prescripción ulterior, después que la epidermis haya sido suficientemente reblandecida por la aplicación del unguento clásico. Nosotros no hemos observado nunca eczemas ni irritaciones renales debidas á esta pomada.

Un cuerpo igualmente muy precioso como medicamento externo de las afecciones reumáticas y gotosas, es el ictiolato de amoniaco, vulgo ictiol.

Nosotros lo prescribimos solo [en fricciones sobre las partes enfermas] ó juntamente con los salicilatos, estos últimos administrados al interior. El efecto calmante del ictiol sobre los dolores articulares, en particular al principio de las *artritis reumáticas agudas*, es sorprendente. Los dolores se mejoran muy rápidamente, y el rubor de la misma manera que la hinchazón

disminuyen desde las primeras aplicaciones; los casos de reumatismo articular crónicos son mucho menos influenciados por este tratamiento.

Formulamos el ictiol en pomada, por ejemplo:

Ictiol	} aa.	
Agua dest.		10 gramos
Lanolina		30 „

Esta preparación es demasiado líquida.

O bien.

Ictiol	15 gramos
Ext. belladona	150 centg.
Lanolina	30 gramos

Ya en solución alcohólica:

Ictiol	} aa.	
Esp. vino diluido		10 gramos
Agua dest.		40 „
M. f. linim.		

Se puede también incorporar á la mezcla goma arábica hasta 50.º de su volumen; nosotros prescribimos de ordinario 30.º.

Esta última preparación, y particularmente la solución alcohólica dan una especie de *barniz* que se deseca muy rápidamente; se hace aplicar por medio de su pincel y es más cómodo que el empleo de la pomada. El barniz se quita fácilmente con agua caliente.

Bastan dos aplicaciones por día de una ú otra de las preparaciones citadas; pero es igualmente necesario envolver el miembro de una capa de algodón no desengrasado y una tela impermeable. Es útil lavar de tiempo en tiempo las partes enfermas, con agua caliente y jabón, antes de aplicar la pomada.

Un hecho que nos hace suponer que una cierta cantidad de ictiol debe ser absorbido por la piel, es que los enfermos acusan con frecuencia un gusto de betún, característico del ictiol, es verdad que esto puede deberse también á la evaporación del ictiol sobre la piel.

De todas maneras, es positiva y manifiesta la acción terapéutica de esta sustancia en el reumatismo

articular agudo; ella constituye un adyuvante real para los enfermos instruidos, que á menudo no quieren oír hablar de salicilatos bajo ninguna forma.

Recurriendo en estos casos á la Dimethyloxiquinicina [evitemos prescribir Antipirina] 6 á 8 gramos en solución para tomar en la 24 horas, y al Amonium sulfo-ictiolicum al exterior, obtendremos un espléndido efecto sudorífico al mismo tiempo que una disminución de los síntomas mórbidos generales y locales, y, *last not least*, habremos contentado á nuestro enfermo.

El ictiol en pomada es además precioso para las personas que no soportan los salicilatos; en fin para alternar con la medicación salicilada, cuando esta última no de el efecto que se desea.

Las manchas que el ictiol produce sobre el lienzo, se quitan por medio del agua de Javelle, lo que importa decir igualmente al enfermo.

Publicaciones Recibidas

ACABA DE APARECER **Anatomie des Regions** en sus relaciones con la medicina y la cirugía por el DR. GEORGE MAC-CLELLAN, D. M., profesor de Anatomía descriptiva y Topográfica en la Escuela de Anatomía de Fidelity. *Ilustradas con fotografías que el autor ha hecho de preparaciones anatómicas disecadas exclusivamente para esta obra; las planchas han sido coloreadas por él del natural.*

“LA ANATOMÍA NO ES COMO SE ENSEÑA EN LAS ESCUELAS.”

BICHAT.

En dos volúmenes, ha aparecido el primero, que se puede pedir separadamente, traducido de la edición inglesa por el DR. LOUIS TOLLEMER, antiguo Interno de los hospitales de París,

Esta magnífica Anatomía, con 120 planchas coloreadas, es clásica en América del Norte y en Inglaterra donde se venden nueve mil

ejemplares cada año. Las piedras que han servido para el tiraje de las planchas son hechas todas por las fotografías originales de cadáveres disecados; *nunca habia sido empleado en Francia este procedimiento*, que no puede ser sino la imagen de la verdad anatómica; así la presentamos con confianza á los profesores de anatomía y á todos los prácticos de la lengua latina.

Cada volumen, solo ha aparecido el primero, se vende en 40 francos y consta de 500 páginas en 4.º, lujosamente imprimidas en magnífico papel.

Extracto del prólogo

La anatomía, para ser útil, debe ser un estudio práctico y no teórico. Es bastante difícil por sí misma para que nos esforcemos en hacerla clara con figuras netas y verdaderas. Nuestra obra llenará su objeto presentando cada asunto bajo una *forma nueva* que, lo esperamos, será interesante y útil tanto para el práctico como para el estudiante que tiene intención de ejercer la cirugía de actualidad.

Las láminas han sido expresamente preparadas para ilustrar y comprobar las descripciones; ellas representan las disecciones tan fielmente como es posible. Hemos tenido confianza en la PRECISIÓN INFALIBLE DE LA FOTOGRAFIA para presentar las verdaderas relaciones de las partes que, en cada caso, han sido dejadas *in situ*, habiendo separado únicamente los tejidos adiposo y conjuntivo para dar impresiones netas.

Publicada por la SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES—4 rue Antoine Dubois, Place de l'École de Médecine—París.

Formulaire Hipodermique et Opothérapique.—Injections sous-cutanées d'huiles médicamenteuses, d'essences, de substances minérales, d'alcaloides, de sucs animaux, de glandes, d'organes et de muscles, par le DR. E. BOISSON et J. MOUSNIER, pharmacien de 1er.

clase, 1 vol. in-18 de 261 pages, avec 21 figures, cartonné.....3 fr.

Demostrar la inutilidad de las precauciones antisépticas excesivas, que alejan á tantos médicos de la práctica hipodérmica; hacer desaparecer los impedimentos que detienen en su desarrollo á la medicina hipodérmica; poner á la vista del práctico los servicios que está llamada á prestar, los beneficios tan grandes y todavía desconocidos que se debe esperar de ella; tal es el objeto que se han propuesto M. M. Boisson y Mounier.

Harán pronto diez años que ellos se consagran al estudio de la hipodermia, buscando cual es la mejor instrumentación, cual el modo operatorio superior á los otros, cuales las fórmulas que suministran á la terapéutica medicamentos inyectables en la acepción propia de la palabra; cuales son, al contrario, las que se debe rechazar como dolorosas y nocivas.

La primera parte está consagrada á la técnica hipodérmica; la segunda es un formulario de medicamentos hipodérmicos; la tercera, bajo el título de Memorial Hipodérmico, pasa revista á las diversas enfermedades justificables de la práctica hipodérmica.

Querer citar todos los casos en que la hipodermia se impondrá poco á poco, y cada día más y más, sería un trabajo largo; pero, ha llegado el momento en que el médico, con plena confianza en la jeringa que maneja, en la solución que le entrega el farmacéutico—tome pocas ó muchas precauciones de asepsia ó antiseptia, mas bien muchas el que lo crea indispensables—experimente íntima satisfacción y procure á los enfermos un bienestar inesperado.

La obra se termina por un *Formulario Opoterápico*. Contiene datos muy exactos de este nuevo método terapéutico que consiste en utilizar los jugos extraídos de glándulas ó parenquimas de origen animal.

LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS—19, RUE HAULEFEUILLE, A PARIS.

Le pain de Froment PAR M. LE DOCTEUR TISON, Docteur és sciences naturelles, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, etc.

A MALOINE, Libraire-Editeur.—23-25, Rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

In 8.º—Prix, 75 cent.

EL CORREO DE AMÉRICA, que acabamos de recibir, viene como siempre repleto de gráficas ilustraciones y artículos interesantísimos. Los nuevos inventos, los episodios de la guerra, retratos de personajes ilustres, artículos de gran interés para los médicos, otro concurso provechosísimo... todo esto y mucho más hallarán nuestros lectores en las columnas del ilustrado colega neoyorkino.

EL CORREO DE AMÉRICA se halla en todas las boticas y droguerías al por mayor á la disposición de todo el que se tome la molestia de pedirlo. El presente número revisite especial interés por ser el que decide la distribución de premios con motivo del concurso en que tantas personas han tomado parte haciendo cálculos sobre el número de veces que aparecerán en él las palabras: Emulsión—Scott—Salvación—Niños.

Imprenta y Librería de San Pedro 16994