

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVII } LIMA, 30 DE NOVIEMBRE DE 1900. { N.º 286

TRABAJOS NACIONALES

Meningo-encefalitis blenorragica

--

La infección por el gonococo de Neisser local, generalmente, en el hombre como en la mujer, á veces sin abandonar las partes por los que hace su ingreso en la economía, los órganos sexuales ordinariamente, invade, otras regiones, otros órganos más ó menos delicados comprometiendo la salud, también más ó menos de cerca. En efecto, frecuentes son las artropatías blenorragicas en el curso franco y agudo, ó en la evolución oculta y crónica, de una blenorragia furetral, vaginal ó de otra mucosa apropiada para la vida del gonococo. También se ha observado aunque rara vez la inflamación específica por el parásito de que hago mención, y más seguramente por otros, que lo acompañan y hacen vida común con él, de serosas nobles, como los meninges craneales y hasta de órganos importantes como el cerebro cuya supuración determinan por acción propia ó combinada, como en un caso que nos ha servido para este artículo.

Pertenecen á este orden de consecuencias de la blenorragia las

metritis, salpingitis, ooforitis, pelvi-peritonis, en una palabra todas las inflamaciones pelyianas y de los órganos contenidos dentro de la pelvis, que se observan en una mujer que sufre, ó ha sufrido, una infección blenorragica, que ha quedado latente, y en la que no existe otra causa, más visible, como el traumatismo, el parto, el aborto.

Este recuerdo es indispensable para la explicación plausible, y aceptación consiguiente, del caso de meningo-encefalitis supurada, que hemos observado en la clínica interna del hospital de Santa Ana, y cuya historia es la siguiente:

Asunción Burga, natural de Huancayo, de 26 años de edad, india, labradora, fué llevada en camilla, al hospital indicado, y ocupó la cama n.º 20 de la sala de Santo Toribio, el día 5 de setiembre último, por la tarde.

Los datos que pudimos conseguir de ella, el día de la visita, son nulos; pues, la encontramos en estado de semi-coma y subdelirante. Sólo supimos, por las enfermas de las camas vecinas, que procedía de una chacra próxima á Lima, renombrada de palúdica.

Examinándola, sin anamnesia, sin más datos que el indicado, referente al último lugar de su resi-

dencia, obtuvimos el siguiente resultado.

Teníamos á la vista una mujer, bien nutrida, jóven, en estado de semi-coma, con una temperatura axilar de 40° , algidez tegumentaria, sudor meloso en la piel de diversas regiones, principalmente en la frente y en el abdomen, ningún exantema. La lengua seca, blanca y saburrosa; vómitos biliosos frecuentes; meteorizado el abdomen y doloroso á la palpación; punta de bazo. Respiración suspirosa, bostezos repetidos, y nada más notable de lado del aparato bronquio pulmonar. Latidos cardiacos lentos, conservando ritmo; pulso blando, lento, regular. Hiperestesia de los tegumentos craneanos, subdelirio y ligeras contracturas.

Este cuadro no podrá menos que llevarnos á la mente una obscuridad clínica,—si es aceptable la paradoja—ó, al menos una dificultad seria para nosotros.

No era prudente formular un diagnóstico, sin reservas; pero, era urgente indicar un tratamiento que cumpla las indicaciones.

En atención á la procedencia, á la elevación considerable de la temperatura, á la algidez tegumentaria, vómitos, contracturas, estado del bazo, no dejamos de pensar en una infección agudísima del paludismo, con signos meníngicos, ó en otros términos, en una pernicioso palúdica comatosa.

Así, instituímos un tratamiento en consonancia con nuestra presunción, del momento: una inyección hipodérmica de bicloruro de quinina, derivados intestinales, y nuevas dosis de quinina por la vía gástrica.

En la tarde, se notó algún alivio, que desde luego, fué falaz! Al día siguiente el cuadro semiótico se pronunció más; los síntomas meníngicos se acentuaron: mayor intensidad de la cefalalgia, delirio violento, gritos repetidos, no el hidroencefálico de la meningitis tuberculosa, no el grito corto y lastimoso de esta enfermedad, sino gritos continuos y prolongados;

trismus, risa sardónica, midriasis, hiperestesia en diversas regiones, desviación conjugada de los globos oculares—Temperatura (había descendido) 39° ; vómitos menos frecuentes.

El Dr. Fernández Dávila, que es el catedrático de esta clínica y que por indisposición de su salud no estuvo en la visita anterior vió á la enferma, en este día, y le prescribió un tratamiento en relación con sus síntomas meníngicos.

Por la tarde falleció la paciente. Al día siguiente practicamos la autopsia respectiva, cuyo resultado fué este:

Observamos un intertrigo génito-crural; y, separando los labios mayores vimos que manaba pus de la hilera genital.

Abiertas las cavidades esplánicas encontramos los pulmones normales, el corazón sobrecargado de grasa, y con un exudado sero-purulento notable en los surcos anteriores y en la base, cerca del origen de los vasos gruesos. Pericardio y pleuras nada notable.

El hígado hipertrofiado, duro, con depresiones en su cara anterior, como si se hubiere desarrollado bajo un objeto que ejerciese sobre el presión suave y continua, como lo haría un cinturón ó faja que usan estas mujeres; parecía este hígado tener también, en su cara convexa, que ya era casi plana, otro surco en H, como el surco anatómico normal de la cara inferior de este órgano. El bazo igualmente hipertrofiado, reblandecido y friable. El estómago y los intestinos no tenían alteración alguna. Los riñones ligeramente congestionados; la vejiga normal.

Los órganos genitales presentaban algunas alteraciones. Ya dijimos que la vagina contenía pus, éste pus era blenorragico. La apertura del útero dió salida á la misma substancia. Este órgano que había sido nulíparo, era asiento de una metritis blenorragica; algo más, la inflamación se extendía á

los anexos, había una metro-salpingo-ovaritis.

Abierto el cráneo encontramos una supuración difusa de la pia-meníngea, y levantando esta membrana vimos la substancia cerebral destruida, por el proceso supurativo, en la corteza de la scirconvoluciones frontales y parietales de ambos hemisferios, casi en toda su extensión; exudado purulento en la parte anterior del lobulo esfeno-oidal izquierdo, en ambas cisisuras de Silvio y en la base del quíasma; este mismo exudado en el 4.º ventrículo, en la cara superior del cerebello, y en la circunsferencia mayor del órgano.

No es necesario que en este cuadro anátomo patológico se manifieste, como causa de la muerte de nuestra enferma, la meningoencefalitis supurada; pues, es evidente que ni la hipertrofia del hígado, ni la del bazo, ni el proceso pelviano enunciado, aún cuando traduzcan, a cual más a cual menos, fenómenos morbosos, que pasaron en la sujeto en estudio, capaces de haber producido, quizá, por sí solos la muerte; ninguno de ellos, decimos, puede explicarnos mejor el caso y tan satisfactoriamente, dada la complicidad de lesiones anatómicas y desde el punto de vista de la causa inmediata de la muerte, como la supuración meningocerebral.

Pero ha habido en realidad, como parece á la simple vista, multiplicidad de entidades mórbidas aisladas ¿O ha existido por el contrario, una causa que ha dado origen á todos, ó á los más, de estos procesos explicando, al mismo tiempo, su verdadera asociación?

La hipertrofia del bazo, y dados los antecedentes, explica, rigurosamente, una intoxicación palúdica. La del hígado quizá sería admisible explicar por igual causa? pero también es necesario no olvidar cuando se asiste á un enfermo indígena de neustras serranías que se trata de un alcoholista positivo; porque á los médicos que hemos

ejercido la profesión al otro lado de nuestros Andes nos consta, que en ciertos lugares especialmente, los indios se destetan puede decirse con alcohol, muy particularmente las mujeres que desde los 10 á 12 años beben en jarros el aguardiente de caña; no por un día, sino durante las largas semanas que en aquellas regiones se prolongan las fiestas del Calendario, y después se entregan á los placeres que la Medicina Legal los denomina con títulos especiales y los describe con colores vivos.

La supuración pelviana es la prolongación ascendente de la blenorragia vaginal; como lo es también, sin duda, la supuración del cerebro y de su cubierta inmediata. Los linfáticos y los *locus minoris resistentia* dan cuenta de éstos hechos.

Habría sido necesario pero no muy indispensable, en caso tan positivo como éste, el estudio bacteriológico del pus, procurando determinar la presencia del gonococo de Neisser en los aludidos territorios anatómicos supurados, para asegurar que en este caso la meningoencefalitis era blenorragica.

Verdad es que ya pasaron los tiempos en que los patólogos podían expresarse con Laenec: Nada hay más cierto en anatomía patológica más allá de las lesiones marcadas que caen á primera vista bajo la acción de los sentidos y alteran la sustancia de un órgano de una manera evidentemente incompatible con el ejercicio de sus funciones. Si se buscan las causas de las enfermedades graves en las alteraciones microscópicas de los órganos es imposible no incurrir en consecuencias absurdas; y, la anatomía patológica, como la del hombre sano, de tal manera cultivadas, perderán bien pronto el lugar que ocupan entre las ciencias físicas para trocarse en vasto campo de hipótesis fundadas en ilusiones ópticas y en especulaciones desprovistas de toda utilidad real para la medicina. Pero, también, es evidente la idea que encierra éste pensamiento: si en los estu-

dios microscópicos un poco de ciencia puede conducirnos al error; la mucha ciencia puede revelarnos verdades muy importantes."

Nosotros con poca ciencia no nos determinados á estudiar bacteriológicamente el pus ya referido; y, sin el auxilio, en la clínica, de los elementos que la técnica exige para las buenas preparaciones microscópicas, perdimos la ocasión de rogar al profesor del Curso en la Facultad, que evidentemente posee ciencia en ésta materia, nos diera luz en asunto tan importante. Por esto pasamos hoy por el sentimiento de dejar incompleto este artículo en cuanto se refiere á Anatomía Patológica.

Con todo, solo un resultado microscópico adverso, bien fundado y lleno de autoridad, desvanecería el convencimiento que abrigamos, adquirido con la lógica de la clínica, de que A. B. falleció de una Meningo-encefalitis, ligeramente enmascarada por un envenenamiento palúdico, y causada por una blemorragia primitiva.

G. Olano

TRABAJO EXTRANJEROS

Tratamiento operatorio de las infecciones peri-uterinas

(Del "PROGRESO MÉDICO de la Habana")

POR EL DR. ENRIQUE NUÑEZ

(Leído en la sesión solemne de la Sociedad de ESTUDIOS CLÍNICOS.—Octubre de 1900.)

Todos los estados inflamatorios de las trompas, ovarios, peritoneo y tejido celular pelviano, se encuentran tan íntimamente asociados, se complican tan frecuentemente entre sí, que es imposible tratarlos aisladamente sin tomar á los otros en consideración.

Rara vez, en efecto, se encuentra una salpingitis purulenta sin que exista una pelvi-celulitis, ori-

ginadas en la misma fuente. En realidad, esos estados no constituyen lesiones independientes, son períodos más ó menos avanzados de una infección. Es un mismo proceso afectando á distintas porciones anatómicas de la pelvis, determinando lesiones que difieren por la textura de los órganos interesados, por la intensidad de la infección, por el período de la enfermedad en que el tejido es invadido; y así como no se consideran independientes de la apendicitis á la peritonitis y abscesos que la complican, ninguna razón abona la separación de los mismos procesos cuando dependen de la salpingitis.

La infección peritoneal en los casos de salpingitis se realiza por continuidad de la mucosa tubaria con la serosa pelviana, propagación que está subordinada á la intensidad del proceso y á la extensión de las lesiones; hecho que nos explica la limitación de la infección á la trompa sin llegar á la supuración en unos casos, mientras en otros se extiende al peritoneo pelviano donde se confina ó se propaga al ovario.

El carácter y virulencia de la infección y sus agentes, junto con condiciones individuales que desconocemos, explican satisfactoriamente el hecho de que en dos casos, con el mismo origen, los progresos y lesiones resultantes no sean iguales. Condiciones generales y locales que modifican el curso de la enfermedad en un caso, en el otro determinan lesiones tan profundas que invalidan á la mujer para el resto de su vida.

En estas infecciones no hay que ver exclusivamente la acción dañina de los agentes que las producen, sino que es preciso fijarse en el comportamiento de los tejidos ante la irritación del organismo extraño. Las infecciones peri-uterinas sumistran sólido fundamento á las reservas con que la Patología ha acogido las exageraciones de la doctrina microbiana.

En efecto, si las trompas, ovarios, y peritoneo con frecuencia

son infectados cada vez que el proceso sobresale de los límites del útero, no siempre resultan las mismas lesiones. La vía de invasión escogida por el agente infectante y su naturaleza, son las causas que determinan su localización primitiva en uno u otro órgano.

Por otra parte, la distinta naturaleza del agente infectante en nada modifica la extensión del proceso, ni el carácter de las lesiones. La reacción de los tejidos, irritados por la causa infectante, es la que determina la limitación del proceso y las lesiones que son sus consecuencias.

Las inflamaciones peri-uterinas tienen su punto de partida en una infección blenorragica ó séptica. Las excepciones atribuidas á la irritación producida por un neoplasma, no deben tenerse en cuenta porque en esos casos el proceso tiene su origen en el material infectante acumulado en la trompa ú ovario.

La inflamación crónica engendrada por la irritación de un neoplasma no conduce á iguales resultados que la infección pelviana, pues las lesiones se reducen á engrosamiento ó hipertrofia de los elementos epiteliales. Yo he visto un gran número de neoplasmas uterinos complicados con enfermedades tubarias, y no necesito insistir sobre el carácter infeccioso del contenido de una trompa gruesa y enferma. Por ese hecho de observación común, cuando un proceso inflamatorio pelviano complica la presencia de un neoplasma uterino, es lógico pensar en la existencia latente de una infección tubaria y la única causa que de ella puede invocarse es la séptica ó la blenorragica.

Por dos vías llega al peritoneo el agente infectante, la linfática y la mucosa. En todas las infecciones que ocurren durante la gestación, las lesiones primitivas residen en el peritoneo por ser la vía linfática la que trasporta la infección. En esos casos puede eliminarse la intervención de la blenor-

ragia como factor causante del proceso, porque las lesiones que ella produce, se extienden por continuidad de la mucosa útero tubaria y no por la vía linfática como las sépticas.

La efusión de linfa contaminada en el peritoneo determina la supuración en el tejido conjuntivo pelviano, en el ovario y secundariamente la infección tubaria. Este mecanismo de la infección peri-uterina de origen séptico, explica la frecuencia de la unitalidad de las lesiones en las anexitis secundarias.

En el útero en vacuidad la infección casi siempre se realiza por la trompa y la causa puede ser ya blenorragica, ya séptica, resultando lesiones primitivamente tubarias con invasión sucesiva del peritoneo y ovario. La continuidad de la mucosa del útero con la de ambas trompas, nos explica la frecuencia de las lesiones bilaterales en las infecciones producidas por el gonococo.

Quizás os haya sorprendido la escasa significación que damos al termino *celulitis pelviana*. Las denominaciones de piosalpinx, absceso del ovario, pelvi-peritonitis y absceso pelviano, precisando lesiones gruesas— y no sencillos cambios microscópicos,— son las que sirven de fundamento para la intervención operatoria. Realmente la diferencia es puramente teórica y en clínica la pelvi-celulitis y la pelvi-peritonitis son fases de una misma enfermedad.

El conocimiento de que los agentes causales de las infecciones peri-uterinas, son los mismos que determinan la inflamación en otras regiones del cuerpo, ha encaminado por rumbos fijos su tratamiento. El terror, el enfriamiento y la menstruación han dejado de invocarse como causas de inflamación pelviana, aunque todavía se utilizan por algunos prácticos para escusar la suciedad de sus exploraciones y prácticas quirúrgicas.

Si la inflamación peri-uterina únicamente reconoce por causas

las infecciones sépticas y blenorragica, las lesiones que ambas determinan como ya hemos dicho, son las mismas en uno y otro caso.

Nunca es posible establecer la causa de una inflamación peri-uterina sin el auxilio del microscopio; pero con una historia de intervención uterina, de parto ó de aborto, seguida de fiebre, dolor, peritonitis y más tarde de engrosamiento tubario, puede inferirse que la causa sea séptica y no blenorragica, adquiriendo esta deducción visos de posibilidad si no existen signos de blenorragia uretral y vulvo vaginal, aunque sabemos que la infección blenorragica puede iniciarse en la matriz, sin localizaciones vaginales, ni vulvares. El diagnóstico es irrefutable con el examen microscópico, sin echar en olvido la posibilidad de una infección mixta tan frecuente en el período puerperal.

En realidad, bajo el punto de vista terapéutico poco interés práctico tiene el distinguir la naturaleza del agente infeccioso; las lesiones tubarias, ováricas y peritoneales son las mismas, variando solamente la localización primitiva del proceso, que si en la blenorragia se extiende directamente por continuidad de la mucosa del útero á la trompa y de ésta sucesivamente al peritoneo y al ovario, en los casos de origen séptico además de la extensión por infección de continuidad en la mucosa, se hace por intermedio de los linfáticos al peritoneo con propagación secundaria á la trompa.

Los resultados de una infección iniciada en el útero y extendida á los órganos peri-uterinos son en extremo variables. En las trompas se ven desde una salpingitis atenuada hasta un piosalpix, en el ovario desde una insignificante ovaritis hasta el absceso, en el peritoneo desde un ligero ataque de peritonitis circunscrita á la serosa que cubre la trompa y el ovario hasta una peritonitis purulenta generalizada.

En las formas atenuadas de salpingitis la enfermedad asume el tipo *catarral*. La inflamación se confina á la mucosa con congestión de los otros tejidos de la trompa. En la forma aguda se produce un exceso de secreción sero mucosa que es drenada hácia el útero ó á la cavidad peritoneal, pero si las aberturas uterina y abdominal de la trompa se obstruyen, la secreción se acumula en la cavidad produciéndose un *hidrosalpinx*. Muy pocos terminan así porque la inflamación no es suficientemente activa para producir la oclusión completa del conducto tubario. Si la inflamación pasa al estado crónico, la descamación epitelial que resulta inutiliza al órgano para sus funciones y es causa de una gran proporción de casos de esterilidad y preñez ectópica.

En un grado más avanzado que el tipo catarral, la infección interesa todas las capas de la trompa, que se presenta voluminosa, flexuosa y su mucosa amamelonada con multitud de pequeños divertículos llenos de un pus cremoso, constituyendo la salpingitis *purulenta*. El pabellón adosado por sus franjas ó cubierto por exudación peritoneal, tiene ocluido su orificio impidiendo la caída del pus en la cavidad, pero el orificio uterino suele estar permeable facilitando la salida del pus hacia la cavidad uterina constituyendo la variedad de salpingitis llamada *profluente*.

En esta variedad de salpingitis es excepcional la restitución á la normalidad, pero en revancha es muy frecuente ver desaparecer el pus y organizarse las vegetaciones cubriéndose de una capa de células embrionarias para constituir la salpingitis *crónica parenquimatosa*, denominación atinada que precisa el predominio de las lesiones en la túnica fibro muscular. En esta forma anatómopatológica pueden observarse dos variedades distintas, la *hipertrofica* en que las paredes adquieren un espesor considerable, presentando

al corte un aspecto lardáceo y por expresión dejan salir una sustancia pulposa, y la *atrófica* en que el órgano invadido por el tejido fibroso queda convertido en un cordón impermeable.

En la salpingitis purulenta, la permeabilidad del orificio uterino permite la evacuación del contenido tubario, pero cuando el *ostium* uterino es invadido por la inflamación, se obstruye y no es posible el drenaje natural de la secreción purulenta. Así se constituye el *píosalpinx* por acumulación intra tubaria del pus, que habitualmente se realiza en los dos tercios externos de la trompa.

Las aberturas tubarias pueden permanecer ceradas y si el contenido de la trompa no es abundante suele desaparecer por reabsorción. A estos casos pertenecen las transformaciones en hidrosalpinx que se han mencionado en la ciencia. No es poco común encontrar que los anejos contengan grumos de apariencia caseosa, por haber desaparecido la parte líquida del pus. Sin pruebas demostrativas se han atribuido esos cambios á la localización tuberculosa sobre un píosalpinx.

A menudo la piosalpingitis está asociada á un ovario de apariencia normal, como no es raro que la infección determine en la trompa una salpingitis catarral y en el ovario produzca un absceso.

En la mayoría de los casos el ovario está incluído en la masa inflamatoria, adherido á la trompa; á veces el absceso se forma en la superficie de adherencia tubo ovárica, ó bien el ovario y la trompa unidos constituyen una sola colección purulenta. La infección del estroma del ovario produce el absceso ovárico que puede permanecer separado del píosalpinx.

La infección de la trompa puede extenderse á la cubierta serosa del ovario, ó bien ésta se inflama por extensión de lesiones peritoneales, como ocurre casi constantemente cuando la infección peri-uterina se localiza primitivamente en el peritoneo. Esta inflamación de la

túnica serosa del ovario determina su adherencia con los órganos vecinos, principalmente trompa y ligamentos anchos.

En esos casos el ovario está grande, edematoso y cubierto por una gruesa capa de linfa plástica que da mayor solidez y firmeza á las adherencias contraídas. Esta peri-ovaritis puede extenderse al estroma del ovario y sus folículos; infiltrándose el estroma con nuevos elementos de tejido conectivo se contrae y produce la *esclerosis* del ovario. Si los folículos con invadidos se dilatan por la imposibilidad de descargar su contenido al través de la cubierta engrosada, constituyendo la degeneración *poliquística* del ovario. Entre los quistes pueden encontrarse reas de tejido esclerosado lo que constituye la variedad *escleroquistica*.

Cuando los linfáticos del ovario se infectan, el órgano está grande, suave y edematoso, llegando el estroma á la supuración si es intensa la virulencia de la infección. Este *absceso del ovario* producido por infección linfática puede existir sin lesiones tubarias.

El píosalpinx y el absceso del ovario son las lesiones que determinan esos ataques de peritonitis recurrente ó de recaídas. La paciente vive en un estado de miseria fisiológica, producida por la septicemia crónica, hasta que muere ó bien el pus se abre paso en una cavidad próxima. Si la abertura se realiza en el útero ocurre una curación espontánea, si bien sucede con frecuencia que una nueva obstrucción acumula otra vez pus en la trompa, no siendo raros los casos de oclusión y descarga periódicamente repetidos. Si el pus cae en el peritoneo las consecuencias graves de la peritonitis purulenta local ó generalizada son de esperarse. El pus puede abrirse paso á la vejiga, vagina ó recto, resultando fístulas que difícilmente desaparecerán por tratamiento que no sea quirúrgico.

Cuando la infección invade el peritoneo las lesiones pueden que-

que cubre á los anejos inflamados, extenderse á todo el peritoneo pelviano ó generalizarse á toda la serosa abdominal.

Dos lesiones dominan rápidamente en la infección peritoneal, el derrame de serosidad y la efusión de linfa plástica que organizándose en corto tiempo inmoviliza los órganos pelvianos. El derrame se constituye en breves horas y si clínicamente es poco apreciable, se debe á que aun no está enquistado por las falsas membranas. Generalmente se colecta en el fondo de saco de Douglas, es seroso y susceptible de transformarse en purulento. Las adherencias que se establecen entre las asas intestinales, el epiploón, útero, ligamentos anchos, recto y paredes pelvianas, lo enquistan, aunque suele suceder que gane el fondo de saco anterior, flotando entonces el útero en una masa de serosidad ó pus.

Cuando la trompa es asiento de antiguas flegmasias, la forma y localización del derrame en casos de infección peritoneal están modificados por las adherencias que previamente unían los anejos á los órganos vecinos.

En esta forma de pelvipеритонitis secundaria se presentan brotes de *perisalpingitis serosa* que duplican el volumen de la trompa en pocas horas para desaparecer tan rápidamente como se realizó, originando frecuentes errores de diagnóstico.

Cuando el derrame sufre la transformación purulenta, estamos en presencia del último grado de evolución de las anexitis supuradas, del *absceso pelviano*. Los anejos supurados se encuentran entre múltiples colecciones purulentas y serosas, separadas por asas intestinales, por franjas epiploicas, tabicamiento de nueva formación que permite comparar la pelvis con una esponja cargada de pus, con un panal de abejas.

El tejido conjuntivo subyacente al peritoneo es envuelto en el proceso. La conexión de ambos tejidos es tan íntima que no se concibe la infección del uno sin que el

otro esté interesado. El tejido se espesa por infiltración edematosa, sus mallas se llenan de un líquido que puede reabsorberse, pero que generalmente evoluciona hacia la supuración, fusionándose unas con otras para constituir una sola cavidad.

Cuando la organización de los productos inflamados tiene lugar, los ligamentos sufren una retracción por haber desaparecido el tejido conjuntivo, que es la causa más aceptada de las desviaciones uterinas y anexiales.

Los abscesos pelvianos como los del ovario y el piosalpinx tienden á fraguarse vía de salida hacia la superficie. Esta evacuación espontánea es tan peligrosa, que para nosotros constituye una nueva necesidad de adoptar medidas vigorosas que la eviten, pues su curso habitual es una prolongada convalecencia, los trayectos que resultan son largos é irregulares, las cavidades del absceso quedan insuficientemente drenadas, secuelas de una terminación relativamente favorable, causas de inutilidad permanente y amenaza constante á la vida de la mujer.

Las afecciones periuterinas por los accidentes que originan, por las peligrosas intervenciones que á veces exigen, llevan consigo un pronóstico demasiado sombrío, constituyendo siempre, aun sin complicaciones, un estado serio que si no amenaza directamente á la vida de la paciente, la hacen insoportable por los incesantes dolores que ocasionan, por su repercusión sobre el estado general, condenándolas á un estado valetudinario perpetuo, ó una muerte lenta y dolorosa.

Las más peligrosas é incurables de las enfermedades de las mujeres, son las infecciosas periuterinas porqué generalmente se someten á la atención de un especialista cuando la afección está ya muy avanzada, pues atendidas desde sus comienzos curan segura y fácilmente. Cuando se ha dejado á

la enfermedad pasar al estado crónico, la mujer sentirá sus consecuencias para todo el resto de su vida, siendo raro que aun con los más favorables resultados recobre su anterior estado de salud.

La evolución natural de las infecciones periuterinas conduce á la curación absoluta, á la curación relativa, á un estado valetudinario perpétuo y á la muerte.

No es rara la restitución á la normalidad en las infecciones poco intensas y aun en las sub-agudas oportuna y convenientemente tratadas. Estos casos suelen pasar al estado crónico originando un trabajo de esclerósis tubaria, causa frecuentemente de esterilidad cuando es bilateral, de preñeses ectópicas cuando es de un solo lado.

La curación entónces solo es relativa, porque subsisten lesiones que alteran las legítimas funciones de los órganos y conducen á graves consecuencias.

La infección que persiste latente en muchos casos en apariencia curados, es responsable de esas pelvipерitonitis recurrentes ó de recaídas tan frecuentes en mujeres que han padecido esta clase de lesiones.

Las adherencias entre los órganos pélvicos resultantes del proceso, determinan dolores y molestias que mantienen á la mujer en un estado de sufrimiento insostenible, del que sale con la rotura de las adherencias, la ablación de los órganos afectados ó la menopausia. Es un hecho de observación común que el cambio de vida alivia y hasta cura espontáneamente esos trastornos, pero es un factor con el que no debe contarse por que es también un hecho cierto que esta clase de lesiones retardan su aparición.

Las precedentes consideraciones demuestran que las infecciones periuterinas abandonadas á su evolución natural pueden conducir á grandes desastres en los órganos y funciones de la reproducción que tan capital influencia juegan en la

vida física, intelectual y social de la mujer.

Siendo la infección uterina el origen de las lesiones que nos ocupan,—por más que en casos excepcionales que no contradicen la regla general debe inculparse á la tuberculosis, al intestino,—se comprende que las infecciones periuterinas son evitables y que de ellas resultan responsables los prácticos que entretienen en sus consultas á las pacientes tratando su lesión uterina con recursos inadecuados y poco oportunos.

Si todo útero infectado se tratase teniendo presente que aun en los casos más benignos es posible la extensión del proceso á las trompas y al peritoneo, las inflamaciones peri-uterinas disminuirían considerablemente.

Una infección localizada en el útero como en cualquiera otra región, coloca al caso bajo la dependencia quirúrgica y con los actuales métodos de exámen, con los progresos de asepsia y operatorios no hay excusas que justifiquen el empleo exclusivo del opio, duchas y reposo, como medios de combatir una infección de la matriz.

El desconocido porvenir que aguarda á una mujer que haya tenido una sola vez pus en las trompas, es circunstancia que obliga á destruir rápidamente todo foco de infección uterina sin esperar á que sobrevenga la infección tubaria ó peritoneal.

Si todos los casos de blenorragia y sepsia puerperal fuesen tratados de acuerdo con los principios formulados, las infecciones periuterinas serían más raras que al presente.

Conocido el concepto quirúrgico que tenemos de las infecciones uterinas y peri uterinas, se comprenderá que no nos detengamos en la crítica del tratamiento médico, únicamente justificado en los casos muy ligeros, ya que tan eficaz y rápidamente puede instituirse

hoy día un tratamiento operatorio racional y sencillo.

Tan pronto como un proceso séptico ó blenorragico sale de los límites del útero invadiendo las trompas ó el peritóneo pelviano, su futura evolución es difícil de señalar, más siempre debe ser considerado como una seria amenaza para la vida, como un peligroso contratiempo en la vida sexual de la paciente.

Aplicada en esos momentos una terapéutica activa y vigorosa, es posible la restitución de las trompas á la normalidad, pero si nos limitamos á combatir los síntomas generales, el proceso continuará su curso evolucionando hacia la supuración, determinando la oclusión de ambos orificios tubarios, un piosalpinx, un estado crónico que dé lugar á lesiones permanentes en las paredes tubarias, á adherencias entre los órganos pelvianos, etc. estados todos que exigen para desaparecer una intervención que jamás podrá asegurar el retorno de las trompas á la integridad anterior.

Si la trompa y el peritóneo están invadidos por el proceso hay que destruir los focos del endometrio causantes de la infección propagada á los anejos. La observación diaria nos enseña que la terapéutica uterina activa y precoz en los casos de infección periuterina es suficiente en muchas ocasiones para detenerla. Estos resultados son más seguros é inmediatos en casos que reconocen un origen séptico que en los producidos por la infección blenorragica.

La potencia y eficacia curativa de la terapéutica uterina bien dirigida desde los primeros momentos en que aparecen los síntomas de una infección del órgano uterino, ha sido palmariamente demostrados por los trabajos y estadísticas de Doleris.

La antisepsia vaginal, la dilatación, el curetaje y el drenaje del útero son armas poderosas que bien manejadas reducen el número de las grandes intervenciones

La dilatación del útero permitiendo actuar sobre la mucosa por el curetaje y asegurando el drenaje de la cavidad es la base fundamental del tratamiento de las infecciones uterinas.

La terapéutica de las infecciones anexiales es solidaria de la uterina; y así como en las infecciones quirúrgicas el cirujano presta cuidadosa atención á la herida que sirvió de puerta de entrada á los gérmenes y en vías urinarias se atiende al estado de la vejiga en las infecciones ascendentes, de igual modo en los casos de infección periuterina debemos destruir el foco uterino, punto de partida del proceso extendido á los anejos y al peritóneo.

El curetaje prudentemente dirigido favorece la regresión de un salpingitis, por destrucción del foco originario de la infección y quizás por la acción mecánica atribuida á la dilatación sobre el *oso tium* uterino, que restableciendo su permeabilidad, facilita la evacuación en el útero del contenido intratubario, acción favorable que no es de esperarse en los casos de piosalpinx por la obliteración extensa de la trompa en su tercio interno.

La terapéutica uterina es eficaz en la salpingitis catarral, pero por poco que los desórdenes periuterinos se acentúen resulta insuficiente é ineficaz, por la reinfección posible del útero con los productos procedentes de las trompas. En esos casos estimo que esta justificada una intervención más directa la incisión del fondo del saco de Douglas ó colopotomía posterior, cuyos espléndidos resultados anunciados con entusiasmo por sus partidarios de Norte América y Francia, aplaudidos en el último Congreso internacional, han tenido exacta comprobación en catorce casos personales.

Pocos años hace que era práctica corriente entre los ginecólogos extirpar por el abdomen los ane-

jos que presentasen la menor evidencia inflamatoria.

Esa intervención instituida como regla general de tratamiento para las lesiones anexas, eximia de un diagnóstico preciso dado el carácter explotario que en sus primeros tiempos reviste toda laparotomía; pero los progresos de la cirugía y el principio fundamental de la conservación en que descansan los propósitos de todo cirujano concienzudo, estimularon el ingenio de los operadores, naciendo así las prácticas de destrucción de adherencias recomendada por Hadra, de expresión de la trompa por Polk, del cateterismo tubario por Mundé, de resección tubaria y creación de un pallebón artificial por Martín y Skutsh, de resección del ovario y sutura del muñón al pabellón de la trompa por Pozzi, primeros pasos y esfuerzos de las tendencias conservadoras de la ginecología moderna tan rotundamente sustentada por Champagniere y Terrillon en la Sociedad de Cirugía de París.

Infructuosos resultaron los mencionados procedimientos en el tratamiento de las lesiones inflamatorias anexas, quedando entronizada la ablación de los anejos por laparotomía y ocupando un lugar muy secundario, utilizable solamente en casos especiales ó rechazados en absoluto de la Ginecología operatoria los procederes de incisión inguino sub-peritoneal, perineotomía, insición parasacra, vía sacro coxígea, resección preliminar del sacro y coxis, vía rectal, etc.

Triunfante la laparotomía con ablación de los anejos, preconizada por Lawson Tait en el tratamiento de las lesiones periuterinas, fué necesaria la aplicación de la histerectomía vaginal por Pean, para reducir la cifra de mortalidad causada por las intervenciones operatorias en los casos de supuraciones pelvianas.

Los resultados maravillosos publicados por Pean y Segond despertaron violenta polémica, entre

laparotomistas y partidarios de la castración vaginal, que diaramente ganaba terreno imponiéndose á sus más encarnizados adversarios.

El eco de las animadas discusiones sostenidas en el extranjero repercutió entre nosotros, y la laparotomía que por sus desastrosas consecuencias atemorizaba á los más audaces cirujanos de Cuba fué sustituida por la operación de Pean, que en la estadística de mi maestro el Dr. Casuso, arroja el brillante resultado de 72 operadas con 2 fracasos y en la nuestra 15 intervenciones con éxito.[1]

La histerectomía vaginal facilitando un drenaje amplio y eficaz, por su declive natural llenaba sin duda las indicaciones principales de la intervención en las infecciones peri uterinas: la evacuación y el drenaje.

Pero estas ventajas consideradas exclusivas de la ablación del útero por la vagina, fueron cuidadosamente aprovechadas por los laparotomistas, y así vemos desde 1892 á Polk y Krug de New-York, Baldy de Filadelfia, Kelly de Baltimore, Brown de Chicago, Delageniere y Faure de Francia, practicando sistemáticamente con admirables resultados, la castración abdominal total por supuración de los anejos.

Después de atravesar una fase verdaderamente temerarias, la cirugía de las trompas parece haber penetrado en un período conservador.

Los trabajos de Le Dentu, Bouilly, Monod, Laroyenne, Pryor y Hartman, demuestran que las dos condiciones necesarias para la curación de las lesiones peri-uterinas pueden obtenerse con la colpoto-mía á costa de menores sacrificios

(1) Nota. Posteriormente á la lectura de este trabajo, el día 12 de Octubre, me ví precisado en un caso, á practicar la histerectomía vaginal. Una pinza curva de Terrrier de construcción americana (Kny and Scheerer), se quebró al nivel de la articulación á las 30 horas, y la operada murió de hemorragia.

para los órganos y funciones de reproducción que los exigidos por las operaciones de que nos hemos ocupado.

Sin caer en la vulgar costumbre de generalizar las indicaciones de los métodos operatorios, pretendemos que la incisión del fondo de saco posterior, evacuando el pus, destruyendo adherencias, exprimiendo el mocepus contenido en las tropas, extirpando los anejos profundamente alterados, drenando amplia y suficientemente la cavidad pelviana, sea considerada como un valioso concurso que asociado á la dilatación, curetaje y drenaje de la matriz, debe ser aprovechado en el tratamiento de de las infecciones peri-uterinas.

Con esa conducta, destruyendo en el útero el foco originario de la infección, atacando vigorosamente por la vía que suministra la colpotomía posterior las lesiones peri-uterinas constituidas, evitando la constitución de otras más perjudiciales, drenando ampliamente con tiras de gasa yodofórmica esparcidas en todas direcciones por la cavidad pelviana, hemos logrado detener procesos inflamatorios, destruir focos de infección crónica, respetar órganos de vitalidad indiscutible á las que no se pueden negar facultades reparativas, conservar el ovario, al que se atribuye el papel de glándula de secreción interna y la función menstrual á la que Keiffer de Bruselas concede funciones eliminatorias especiales comprobadas recientemente por Gautier, alejar en fin la menopausia prematura, complejo problema que absorbe la atención de los ginecólogos llevándolos á dirigir las operaciones por derroteros conservadores.

— Bien alto proclamamos que existen casos de infección crónica periuterina, en que resulta infructuoso y perjudicial entretenerse con la cirugía conservadora por que abogamos. Para las pacientes agotadas por supuraciones pelvianas fistulosas ó no, en que los órganos

pelvianos constituyen una verdadera esponja purulenta, la histerectomía vaginal es prodigiosa en sus resultados; la consideramos superior á la castración abdominal total por su menor gravedad, su eficacia indiscutible y la ausencia de la cicatriz del vientre.

Cuando un neoplasma del útero está complicado con lesiones inflamatorias periuterinas, en el tratamiento de estas no tiene aplicación la colpotomía posterior, por las dificultades operatorias que representa el obstáculo mecánico del neoplasma uterino y por la ineficacia de una operación incompleta. La laparo histerectomía total por los procedimientos de Delageniere, Kelly ó Faure tiene perfecta indicación en dichos casos.

La edad, la posición social de la paciente y el fracaso evidente de la intervención conservadora son factores que deben tomarse en consideración como indicativos de una operación mas radical.

El ensayo previo de la terapéutica que recomendamos en las infecciones periuterinas deben constituir una doctrina para todo cirujano de conciencia.

Su valor es evidente para exigirle nuevas pruebas y sobre el conjunto de mis operadas que alcanzan el número de 14, puedo afirmar la simplicidad de su técnica, su inocuidad absoluta, un cambio benéfico y sorprendente en el estado general y local de las pacientes.

Siendo una operación racional, que pone á cuajerto de errores de diagnóstico, que no sacrifica órganos y funciones de reproducción, que en una palabra cura sin extirpar satisfaciendo así las legítimas aspiraciones de la moderna cirugía no dudo que será adoptada en la práctica ginecológica corriente para el *tratamiento operatorio de las infecciones periuterinas*.

Contagio y profilaxis de la tuberculosis infantil

El Dr. A. D' Espine (de París):

La tuberculosis infantil es una afección parasitaria "adquirida por contagio en el niño, igual que en el adulto, debe hacerse abstracción en la práctica de los casos raros de tuberculosis congénita, debidos á la trasmisión hereditaria del bacilo de Koch.

El origen principal del contagio es el esputo húmedo ó seco de los tuberculosos adultos, porque los niños escupen rarisima vez. La tuberculosis infantil se adquiere casi siempre por "inhailación"

Otra causa de contagio tuberculoso es "la leche cruda de vacas" más rara vez de cabras, principalmente de las que padecen tuberculosis mamaria. Esta infección por "ingestión" es más frecuente en los niños de poca edad que en los adultos; su frecuencia se ha exagerado.

En los niños de menos de dos años, los besos son, al parecer, el modo habitual del contagio por aspiración de la saliva bacilífera.

En los niños de dos á ocho años, la tuberculosis es frecuente, y prócede casi siempre en los ganglios bronquiales de donde se propaga al pulmón ó al resto de la economía por vía embólica. Puede quedar localizada en dichos ganglios y manifestarse después bajo la influencia de enfermedades tuberculizadoras como la gripe, el sarampión ó la tos ferina.

En esta edad los niños se arrastran por el suelo y están así más expuestos al contagio; además, estos niños tienden á llevarse á la boca las manos, que pueden estar manchadas de polvo bacilífero.

Desde los seis años hasta la pubertad, la tuberculosis es frecuente, y sus manifestaciones suelen remontarse á un contagio anterior. El contagio en la escuela es efectivo, pero se ha exagerado.

La tuberculización por "inoculación cutánea" es siempre excepcional, pero menos en el niño, como lo prueba la aparición ordinaria de *lupus* antes de los quince años.

La vía de penetración del bacilo de Koch no está demostrada por

completo para la "tuberculosis quirúrgica".

La predisposición hereditaria es importantísima en la producción de la tuberculosis infantil, y favorece en alto grado el contagio familiar.

La profilaxis contra la tuberculosis debe tener por objeto: 1.º, impedir el contagio; 2.º, disminuir la receptibilidad del organismo infantil fortificando la resistencia vital.

No se administrará á los niños más que leche hervida ó leche cruda de vacas sanas.

Las nodrizas y las niñeras estarán exentas de tuberculosis.

Si la madre está tísica, se encargará de criar el niño una nodriza evitando en lo posible todo contacto peligroso con la madre.

En un medio familiar tuberculoso se observarán las reglas profilácticas generales recomendadas por la Academia de Medicina.

No ejercerán el cargo de profesor las personas tísicas, y se expulsará de la escuela á los niños tuberculosos.

Se crearán en las poblaciones rurales asilos para los niños pobres de constitución enfermiza ó convalecientes de enfermedades agudas, y se fomentarán las colonias de vacaciones para los escolares.

Se combatirá la predisposición á la tuberculosis ó sus primeras manifestaciones enviando los niños á los Sanatorios de montaña ó á las costas.

El doctor HUTINEL (de París): Todo el mundo está conforme en admitir que la tuberculosis tiene una influencia hereditaria considerable. La herencia tuberculosa puede consistir en la transmisión del germen, en la transmisión de una predisposición ó manifestarse por trastornos distróficos. Estos tres modos de herencia se superponen ó existen aisladamente.

Desde el punto de vista profiláctico, el médico necesita llenar tres indicaciones:

1.ª Proteger los hijos de tuberculosos contra la invasión bacilar, y particularmente contra el peligro

temible del medio familiar infectado. Esta protección es posible, porque el hijo del tísico no suele nacer contaminado; es realizable y esencial, porque la infección precoz del niño determina casi siempre una tuberculosis inmediata de marcha rápida ó una tuberculosis larvada temible para el porvenir.

2.^a En los hijos de los tísicos, uno de los peligros consiste en los focos latentes, origen de la auto-infección ulterior; es preciso descubrirlos; la exploración clínica minuciosa y repetida permite muchas veces hacer el diagnóstico precoz, punto de partida de una terapéutica eficaz.

3.^a Debe continuarse en los hijos de los tísicos el estudio y el tratamiento de todos los trastornos del desarrollo ó de la nutrición que permitan sospechar la heredo-pre-disposición tuberculosa.

El doctor A. Mousous: En la segunda infancia la tuberculosis pierde sus caracteres de enfermedad general y adquiere los de un padecimiento local.

Desde el segundo ó tercer año de la vida se observan las modalidades clínicas tan bien caracterizadas: peritonitis crónica tuberculosa, meningitis tuberculosa primitiva, adenopatía traqueo-bronquial, etc. La tifo-bacilosis no existe en la primera infancia.

La tuberculosis de la primera edad es hereditaria ó adquirida. Reviste dos formas distintas:

A) Tuberculosis generalizada aguda;

B) Tuberculosis generalizada crónica.

La tuberculosis infantil va acompañada generalmente de un infarto especial de ganglios linfáticos. Ocasiona á menuda accidentes cerebrales que revisten una forma diferente de la meningitis tuberculosa de los niños de más edad: Meningitis tuberculosa de los niños de pecho.

El diagnóstico de la tuberculosis en la primera edad es difícilísimo. Existe, no obstante, un medio de diagnóstico que promete ser uti-

lísimo. Es la "sero-reacción tuberculosa", estudiada por Arloing y Courmont.

El doctor H. RICHARDIÈRE (de París): Me ocuparé de este asunto desde el punto de vista clínico, estudiando: 1.^o, los caracteres generales de la tuberculosis en los niños de poca edad; 2.^o, las formas clínicas de la enfermedad; 3.^o, los síntomas comunes á todas las formas, y 4.^o, los nuevos procedimientos de diagnóstico de la tuberculosis infantil.

En la edad temprana la tuberculosis es casi siempre ó siempre una enfermedad generalizada, ó al menos una tuberculosis que se localiza primero en un órgano principalmente en los ganglios linfáticos) y se generaliza después. Se asemeja por sus caracteres á la tuberculosis experimental.

La generalización de la tuberculosis se explica por la actividad é importancia del sistema linfático en esta edad, por las condiciones etiológicas (herencia del germen ó de los tejidos menos resistentes al bacilo tuberculoso). Los tejidos del niño no están vacunados contra el bacilo, como suelen estarlo los del adulto.

La tuberculosis de la primera edad puede dividirse en varios grupos.

1.^o Tuberculosis infantiles generalizadas sin localización especial, de marcha aguda. Son:

a) Las fiebres infecciosas tuberculosas primitivas sobreagudas de Landouzy, en las que no se encuentran á la autopsia lesiones, pero sí bacilos. Esta forma es discutible.

b) Las tuberculosis agudas granuláticas (granulía de Empis), que evoluciona como la fiebre tifoidea.

2.^o Tuberculosis infantiles generalizadas de marcha aguda y localización bronco-pulmonar. Existen varias formas:

- a) Forma bronquial;
- b) Forma sofocante ó asmática;
- c) Forma bronco-pneumónica;
- d) Forma esplenopneumónica;
- e) Forma pleurítica.

3.^a Tuberculosis infantil de mar-

cha lenta (tísis pulmonar ordinaria).

Estas tuberculosis se asemejan á las del adulto por su marcha lenta: difieren por su tendencia á la generalización en el último período de la enfermedad.

Marfan ha individualizado en este grupo, con el nombre de tuberculosis generalizada crónica ó apirética infantil, una forma perfectamente caracterizada.

Otra es la tísis ulcerosa de marcha lenta, rara en la infancia, en la que presentp ciertos caracteres especiales.

En este grupo debe estudiarse además la tísis ganglionar (adenopatía traqueo-bronquial tuberculosa).

Desde el punto de vista etiológico conviene recordar la importancia etiológica de algunas enfermedades infecciosas (sarampión y tos ferina).

Sólo puede tenerse confianza absoluta en un procedimiento de diagnóstico: el descubrimiento de los bacilos en los esputos. Los demás son medios auxiliares.

MEDICINA PRACTICA

Eczema agudo: tratamiento

Este tratamiento es de Jaquet:

Abstención de vino, café y licores.

Colocar permanentemente cataplasmas de fécula de patatas, frías y blandas, que serán cambiadas en en cuanto se calienten.

Cuando el eczema no sea ya caliente, se le cubre de una gruesa capa con:

Vaselina.....	20 grs.
Polvo de almidón... ..	} aa. 8 „
Oxido blanco de zinc	
pulverizado)	

Gelatina como hemostásico: preparación

La importancia de este hallazgo hace que insista para que mis lec-

tores formen concepto completo y puedan utilizarlo. Extracto un trabajo de Capitán.

Se usa la gelatina en *inyecciones subcutáneas* (Lancereaux contra los aneurismas), método delicado y excepcional. También se usa en *lavativas*, y á menos dosis por la boca. Esto es lo preferible, y siempre que haya una hemorragia de alguna importancia, debe ser administrada la gelatina (hemoptisis, hematemesis, metrorragias y hasta flujo hemorroidal): bien pronto se coagula la sangre y cesa la hemorragia. La dosis media, generalmente bastante, es de 15 á 20 gramos en las veinticuatro horas.

Ahora bien, hasta la gelatina más pura (cola de pescado), dada como debe ser, al 4, 6 ó 7 por 100, da lugar á una jalea desagradable aun cuando se la añada 1 ó 2 por 100 de cloruro sódico, inconveniente que se puede evitar aromatizando la solución (menta, vainilla y mejor tintura de corteza de naranjas amargas, ó bien el jarabe de éstas ó el grosella) ó añadiendo jarabe simple y nn poco de *kirsch*, á gusto del enfermo.

En casa del enfermo puede ser preparada la gelatina, ateniéndose á lo siguiente: se pesa, se fragmenta en pedazos pequeños, se lava en agua tibia abundante, se saca de ella y se la pone á macerar durante tres ó cuatro horas en la cantidad prescrita de agua fría, á la que antes se habrá hecho hervir y añadido 1 ó 2 por 100 de sal común; la vasija se tapa; trascurridas estas horas, se la somete á un fuego lento hasta que se disuelva y no *entre en ebullición*; disuelta se la hace hervir uno ó dos minutos y se aparta. Luego se aromatiza y se filtra á través de un lien, zo fino, puesto sobre un embudo, todo ello lavado en agua hirviendo para que sea recibida en un frasco de cuello largo, también hervido previamente. Puede llenarse uno en pos de otros varios frascos pero ninguno de ellos contendrá más que la cantidad necesaria para veinticuatro horas, ni debe pre-

pararse para más de tres días. Los frascos, tapados, son colocados en sitio fresco.

La jalea resultante puede tomarse á cucharaditas, en frío ó ligeramente tibia para que se liquide,

Si se quiere mezclar con caldo, jugo de carne ú otros alimentos, no hay que aromatizarla.

Sin necesidad de la cola de pescado, puede ser preparada directamente la gelatina: se hace un cocido ordinario, pero con más carne y más hueso; á las cuatro horas se separa dos litros de caldo, que se pone en una marmita con 500 gramos de huesos y 500 de pata de ternera; durante dos horas se la somete á ebullición lenta, añadiendo poco á poco el caldo, en términos que pasadas las dos horas quede sólo litro y medio de éste.

Se pasa á través de un lienzo y se guarda en recipientes esterilizados y bien tapados. Al enfriarse, queda una buena jalea.

(“Gaceta Médica Catalana”)

Publicaciones recibidas

Tratado de Cirujía Clínica y Operatoria.—Publicado en Francia bajo la dirección de los doctores A. Le Dentu, profesor de clínica quirúrgica en la facultad de medicina de París, miembro de la academia de medicina, cirujano del hospital Necker, y Pierre Delbet profesor agregado á la facultad de medicina de París, cirujano de los Hospitales, con la colaboración de los doctores Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipaul, Faure, Gangolfe, Guiuard, Jaboulay, Leguen, Lubet Barbon, Lyot, Maucloire, Mores tin, Nimier, Pichevin, Ricard, Rieffel, Schwartz, Sebilean, Souligoux, Terson y Villar.

Traducido al castellano por D. José Núñez Granéz, y anotado o comentado por D. Federico Rubig y Gali.

Diez tomos en 4.º mayor, con in finidad de grabados intercalados en el texto.

Está ya publicado el tomo 4.º Se publica por suscripción y se sirve un tomo cada mes, al precio de 15 francos.

Para ser suscritos basta dirigirse á la Casa de Hernando y C.^a, Arenal, 11, y Quintana 31, la cual se encarga de servir los tomos en el domicilio del suscriptor y de girar por un importe, contra el mismo, en tres plazos de 50 francos cada uno, más el importe del franco y certificado de los tonos y y de los regalos.

Hemos recibido el tomo 4.

XI Congreso Internacional de Higiene y Demografía.

Límites de la acción de los poderes públicos en la aplicación de los preceptos de la profilaxis.— Las enfermedades prolozoaria desde el punto de vista higiénico.— Sobre el contagio del paludismo. Comunicaciones presentadas por el doctor Rodríguez Méndez, presidente honorario.

Barcelona. Tipografía *La académica*, de Serra hermanos y Rusell, Ronda Universidad. 6—teléfono N.º 861.—1898

Callao, Abril 19 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Míos:

La Emulsión de Scott tiene importante aplicación en casos de tuberculosis incipiente y aún en períodos más avanzados cuando las funciones del estómago son normales. También en el raquitismo es un poderoso auxiliar dicho medicamento para dar vigor á organismos cuya nutrición no vá en armonía con el desarrollo de la edad y finalmente en las bronquitis crónicas es de muy benéfica acción ayudada por el uso de los balsámicos.

Soy de Uds. Atto. S.S.,

MODESTO SILVA SANTISTEVAN

Imprenta San Pedro.—22,473.