

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVII } LIMA, 15 DE DICIEMBRE DE 1900. } N.º 287

TRABAJOS NACIONALES

LIGEROS APUNTES

sobre la Histología Patológica de
la Verruga Peruana

TEORIA VASCULAR

TESIS QUE PARA OBTAR EL GRADO DE
BACHILLER EN MEDICINA PRESEN-
TA EL SR. OSWALDO HERCELLES.

A mis maestros, los Drs.

Julio BECERRA y David MATTO

Entre las alteraciones anatómo patológicas de la Verruga Peruana, aquellas que tienen su asiento en la sangre, ocupan, sin duda alguna, el primer papel en la sintomatología, diagnóstico y pronóstico de esta enfermedad.

Infección esencialmente anemísante, pues infecciosa es indudablemente la verruga, traduce sus efectos por manifestaciones múltiples y variadas, pero que sin duda alguna, todas son función de la presencia del germen en la sangre; desde la fragmentación de los elementos figurados hasta la aparición del botón verrucoso y su atro-

fia. Todas no son sino etapas sucesivas de la invasión, multiplicación y muerte de ese germen que hoy por hoy, todavía está en litigio; (1) pero que día llegará en que un triunfo nacional nos lo de a conocer con todas sus propiedades, y nos enseñe a combatirlo por el único medio racional que hoy posee la ciencia contra las enfermedades infecciosas.

La ciencia moderna nos enseña que el germen que invade el organismo encuentra siempre defensores aguerridos que le hacen difícil su victoria y que, si en el primer combate el organismo sale victorioso, para el segundo su triunfo será casi seguro; y esta misma ciencia nos indica que son elementos normales de la sangre los encargados de defender nuestro organismo; y si en la Verruga es sobre el aparato hematopoiético que las alteraciones toman mayor intensidad, fácil se hace comprender la gravedad de ésta afección; mucho más todavía las dificultades que su estudio presenta. Por eso es que este trabajo, que debo presentar en cumplimiento de una disposición reglamentaria, tiene muchos vacíos que llenar; no obstante que para su confección he empleado todo el alcance de mis fuerzas, toda mi vida de estudiante en el Laboratorio de

(1) Véase el apéndice

Bacteriología; el encarna fatigas y desvelos que me he impuesto para agradecer, tan sólo, en parte, la benevolencia que vosotros, señores Catedráticos, habeis tenido la amabilidad de dispensarme.

Dividiré mi trabajo en dos partes:

1.º Estudio de la Sangre en la "Enfermedad de Carrión."

2.º Estudio de la erupción verrucosa.

1.º Estudio de la sangre en los verrucosos

Cuando observamos un verrucoso lo primero que llama nuestra atención es el color amarillo pálido que presentan; sus orejas transparentes, sus labios color de cera, sus fondos de saco conjuntivales de un color amarillo paja, todo nos indica que se trata de una de esas anemias que Hayen califica con el nombre de anemia extrema ó anemia caquética. Para darnos cuenta de estas alteraciones tan profundas que sufre el líquido sanguíneo, es necesario primero observar las alteraciones que experimenta á la salida de los vasos, apreciables á la simple vista, para en seguida darnos cuenta de aquellas que necesitan de instrumentos amplificantes.

Densidad de la Sangre. Para determinar la densidad de la sangre, me valgo del siguiente procedimiento que he encontrado citado por James S. Breeve M. D. en "The Medical Age": Se sabe que el benzol es más pesado que la sangre, el cloroformo lo es menos, y que una gota de sangre se mantiene sin mezclarse en la mixtura formada por esas dos sustancias; ahora bien, si nosotros hacemos una mezcla de benzol y cloroformo hasta darle una densidad proximately de 1,059, y colocamos una gota de sangre la veremos conservando su forma esférica, quedar en la superficie ó descender segun que sea menos ó más pesada que la mixtura en cuestión. Adicionando benzol ó cloroformo, segun el caso, llegaremos á conseguir que la gota de sangre quede

al medio de la mixtura citada; nos bastará entonces tomar la densidad del líquido para tener la densidad de la sangre.

Según este procedimiento, bastante preciso, y de fácil ejecución, he podido ver que la densidad de la sangre verrucosa es de 1.033 á 1.045. Como se vé, cuando se trata de determinar la densidad de la sangre, sin poder disponer de gran cantidad de ella este procedimiento presta grandes servicios; y si á esto agrego que las investigaciones de Hammerschlag han hecho ver que existe una relación bien marcada entre el peso específico de la sangre y la cantidad de hemoglobina, habré dicho lo suficiente para demostrar la gran utilidad, que este sencillo método presta á la clínica. Hammerschlag presenta un cuadro que tendré oportunidad de citar en breve, por medio del cual es fácil determinar la cantidad de hemoglobina por ciento.

Estudio de la coagulación sanguínea. El exámen de la coagulación de la sangre, que en época remota era de gran importancia, sufrió la suerte de la sangría, para no volver hasta 1885 á tomar la importancia que Hayen le dió en el Congreso de Grenoble, y que continua dándole con trabajos, tantos propios, como inspirados á sus discípulos. La tesis de Lenoble sobre los caracteres semiológicos del cuárgulo y del suero, presentada en Paris en 1898, está rica en datos sobre ésta importante materia. Tres procedimientos tenemos á la mano para extraer la sangre que deseamos estudiar: 1.º la sangría que tiene la ventaja de suministrar gran cantidad, pero, como dice Parmentier, no se puede recurrir á ella sino con un fin terapéutico; 2.º la punción aséptica de una vena, y 3.º la punción digital. De estos tres procedimientos he elegido el segundo, pues la punción digital, á más de la lentitud con que suministra la sangre tiene el inconveniente de ser menos soportada por los enfermos. Para hacer este estudio es necesario 1.º una aguja de inyec-

ciones, 2.º un frasco de 3 c. c. de capacidad con una escala graduada. Tanto una como otro deben ser lavados primero con una solución de potasa al 20 por ciento, en seguida con agua destilada hasta hacer desaparecer toda alcalinidad.

Después de hacer la antisépsis rigurosa de la región [cara anterior del antebrazo] y de poner visibles las venas por una ligadura al nivel del pliegue del codo, se procede como para practicar una inyección intravenosa. Con el reloj á la vista, el frasco en la mano izquierda, la derecha sosteniendo la aguja se observa exactamente el momento preciso en que la primera gota cae en el frasco; cuando se ha recibido unos dos ó tres centímetros cúbicos, no queda sino observar cuanto demora la sangre en coagularse desde el instante en que cayó la primera gota.

En la mayoría de los casos han bastado cuatro minutos para obtener una coagulación completa, solo en pocos se ha demorado de 6 á 8 y como en el estado normal la sangre emplea 10 á 20 para coagularse, puedo concluir que la coagulación está acelerada en la sangre verrucosa. En el estado normal, igualmente, después de 10' á 20' que el coágulo se ha formado comienza á exudar de su superficie algunas gotas de líquido ambarino, que hace que se independise de la pared del frasco al cual estaba adherido, y este fenómeno marcha más ó menos rápidamente, de tal modo que está muy avanzado al cabo de cuatro á seis horas, y es completo de las 12 á las 18; pues bien, esto que se designa con el nombre de retractilidad del coágulo, no pasa en la verruga. Lo que se observa es lo siguiente: al cabo de cinco horas se nota una capa superior de un color rosado intenso, otra inferior dos veces mayor rojo ladrillo, y solamente á las 12 horas de la coagulación comienza el fenómeno de retracción del coágulo, para hacerse completa de las 40 á 48: es decir, comienza después que debía estar concluido todo fenó-

meno de retracción. ¿A qué es debido que la coagulación se haga tan rápidamente en la sangre verrucosa? Para darme una razón exacta de esto, apelo á las conclusiones de Schmidt, en 1892. Según este sabio hay que distinguir en la coagulación dos actos distintos, primero la producción del fermento, segundo la acción coagulante de este. El fermento llamado trombina se forma unicamente durante la coagulación; en la sangre viva y normal los leucocitos contienen una sustancia inactiva la protrombina, capaz de transformarse en trombina bajo la acción de ciertas materias puestas en libertad por la destrucción de los hematias (materias zimoplásticas); en presencia de la trombina libre la cual se halla en el plasma, la paraglobulina de la sangre sufre una serie de metamorfosis: 1.ª. fórmase fibrinogena, luego pasa esta á fibrina líquida y finalmente combinándose este último albuminoide con las sales de cal produce la fibrina coagulada. Pues bien, cualquiera que haya examinado inmediatamente la sangre al microscopio, habrá notado la rapidez con que se hace la destrucción de los elementos figurados y en particular la de los glóbulos rojos, y si estos son los que dan la sustancia capaz de combinarse con la paratrombina para formar trombina, no tiene nada de extraño que la coagulación se haga tan rápidamente en la sangre verrucosa. Ahora me queda por explicar la segunda parte ¿por qué demora tanto el coágulo para retraerse? La retractibilidad del coágulo depende de la mayor cantidad de fibrina y como la misma observación microscópica nos hace ver que la red de fibrina apenas si existe, encuentro, aquí, la causa suficiente que me explica el fenómeno. El volumen del coágulo es próximamente la mitad de la cantidad de sangre extraída, es decir: está disminuído, lo que se halla de acuerdo con la pobreza de elementos figurados en la sangre verrucosa. Su color es rojo claro, su con-

sistencia blanda, su forma es semicilíndrica, queda adherido á un lado del frasco en que se ha formado. No se redisuelve ni se fragmenta.

Suero.—La cantidad de suero suministrado por 3 c. c. de sangre es próximamente de 1 y $\frac{1}{2}$ al cabo de 18 horas y alcanza 2 c. c. y aun más á las 48 horas; y como en el estado normal solo es de 1c., puedo decir igualmente que está aumentada. Su color, primero, es rosado, debido á cierto número de glóbulos rojos que contiene; pero por el reposo toma un color verde claro. Este suero está dotado de un poder bactericida tremendo, y voy á relatar la experiencia que he hecho con él, para convencerme de su toxicidad ante los elementos figurados de la sangre: Tomando sangre de enfermos que no tenían el menor rasgo de anemia, tanto á la simple vista como al exámen microscópico, he podido reproducir con exajeración los caracteres de la sangre verrucosa. He aquí en lo que consiste mi experiencia. Con una antisepsia rigurosa, hago una punción digital en una persona no anémica y examino primero esta sangre al microscopio, compruebo la normalidad de ella y entonces hago una nueva punción; dispuesta mi laminilla para ser examinada, teniendo á mi vista los elementos normales de la sangre, con una jeringa de Praváz perfectamente aséptica, tomo una pequeña cantidad de suero y lo hago penetrar entre el cubre y porta objeto; no bien el suero penetra por capilaridad entre las dos laminillas que sostienen la pequeña cantidad de sangre, cuando mi vista presencia el daño tan grande que produce en los elementos figurados; inmediatamente se les ve cambiar de forma, vacuólas aparecen en su seno y en breves instantes una multitud de esferas cristalinas dotadas de movimientos brownianos reemplazan á los elementos nobles de la sangre. Más tarde tendré la oportunidad de insistir sobre este asunto, cuando me ocupe de las altera-

ciones propias á la sangre verrucosa. Por ahora bástame decir que el suero de la sangre verrucosa tiene un poder globulicida intenso.

Densidad.—La densidad del suero determinada por el método de las pesadas es de 1.021, y como la densidad normal es de 1.028 puedo decir que está ligeramento aumentada.

Alcalinidad.—4, referida al ácido oxálico.

Materias albuminoides.—82-50 %.

Reacción Gmelin.—Nula.

Al espectroscopio se nota una ligera banda entre el azul y el verde, testigo de la presencia de urobilina, pero en muy pequeña cantidad. Se nota igualmente la banda característica de la hemoglobina, que nos indica la existencia de ella en el suero.

GLOBULOS ROJOS

Elementos que tienen por misión llevar á la intimidad del organismo el oxígeno necesario á las evoluciones nutritivas, células que su número indica un fenómeno trascendental en el gran acto que se llama combustión, calor animal, vida, sufren en la Enfermedad de Carrión alteraciones de las más profundas en su forma, dimensiones, número, capacidad globular, etc., razón por la cual las estudiaré, sucesivamente, procurando ser lo mas conciso que me sea posible.

Forma.—Extrayendo una gota de sangre por punción digital y examinándola sin ninguna coloración al microscopio, se observa lo siguiente en lo que concierne á la forma de los glóbulos rojos:

La cantidad de glóbulos de forma discoidea normal es muy escasa; lo más común es observar formas en raqueta, ovalares, piriformes y en estos últimos, he notado, algunas veces, elementos que por medio de sus prolongaciones ejecutan movimientos muy lentos, pero apreciables cuando durante largo tiempo los tiene uno á la vista. Si me fuera permitido dar una explicación, me atrevería á decir que son

debidos á la excitación que el plasma sanguíneo, excesivamente tóxico en la sangre verrucosa, ejerce sobre la membrana globular. Es la primera fase de la lucha entre el plasma y el elemento figurado, es el prólogo de la poikilocitosis de Quincke. Al lado de estas formas existen otras que no son sino etapas sucesivas del mismo fenómeno que acabo de señalar, tales como glóbulos *crenelé*, glóbulos con vacuolas que simulan núcleos, espacios en que la materia colorante ha desaparecido, de tal modo que semejan glóbulos agujereados, fragmentos de glóbulos, formas en media luna, y otras que describiré cuando me ocupe de las alteraciones que he observado experimentan los glóbulos rojos de la sangre verrucosa.

Dimensiones.—Si hay algún punto de importancia capital en las alteraciones que sufre el líquido sanguíneo en la Enfermedad de Carrion, es sin duda las alteraciones que experimenta en lo que se refiere á las dimensiones de los glóbulos rojos.

El 5 de Octubre de 1898 tuve la honra de leer un trabajo en la Sociedad Médica "Unión Fernandina," en que puse de manifiesto esta importancia; y aunque allí fué exagerado en mis aserciones, no por eso dejé de ser el portador de la verdad; hoy, después de una labor continuada, he adquirido la convicción de que lo que yo senté ese día no es infalible, pero no por eso deja de ser importante y verdadero. Dos palabras y seré explícito en esta disertación.

Decía en Octubre del 98 y sostengo ahora, que en la sangre verrucosa hay una gran cantidad de glóbulos enanos, proporción que muchas veces asciende al 75%; pues bien, esta gran cantidad de glóbulos enanos me ha servido en dos ocasiones para pronosticar una nueva erupción cuando los síntomas clínicos manifestaban un estado de salud completa. Para ser exacto repetiré lo que decía el 5 de Octubre del año citado:

El 23 de Mayo de 1898 ingresó al Hospital 2 de Mayo el enfermo Manuel Fernández, siendo colocado en la sala de San Pedro. Departamento de mi maestro el señor Dr. Velásquez, cama N.º 39. Natural de Chiclayo, de constitución fuerte, con una fiebre de tipo intermitente, infarto hepático y esplénico, y un dolor persistente en la región hepática donde conserva el sello de un vejigatorio. Se diagnostica una hepatitis, prescribiéndosele el régimen adecuado. Al mes de su ingreso el enfermo presenta cuatro verrugas en el brazo derecho, interrogado si había estado en algunos de los lugares donde esta afección es endémica, contestó afirmativamente diciendo que seis meses antes había estado trabajando en Cuesta Blanca (entre Matucana y Cocachacra); que antes de ingresar á San Pedro, había estado en el servicio del señor Dr. Villar, donde se le puso un vejigatorio en el hipocondrio derecho, que á los pocos días había tenido una erupción verrucosa de la que fué curado muy pronto, y dado de alta por el jefe del servicio; y que después de haber estado dos meses trabajando, como jornalero, había sentido nuevamente dolor al hígado y fiebre cada dos días, razón por la cual ingresó nuevamente al hospital para aliviar sus dolencias. Sin síntomas anemísantes que llamaran la atención, sin dolores articulares que solo aparecieron cuando la erupción se presentó, natural de Chiclayo, proveniente de los alrededores de nuestra capital, y algo más, con un vejigatorio en la región hepática, era muy excusable que el interno del servicio no hubiera hecho el diagnóstico de verruga. Al día siguiente de presentada su erupción le examiné la sangre extraída por punción de la pulpa digital, y pude constatar que el número de glóbulos enanos era muy considerable, hemoglobina 7 $\frac{0}{100}$. En el intervalo de tres días aparecieron verrugas en otras partes del cuerpo y bien pronto toda su erupción se había marchitado.

Su estado general era satisfactorio, el hígado había disminuido de volumen, el dolor había desaparecido, el bazo se conservaba infartado, el exámen de la sangre hacía ver una cantidad enorme de glóbulos enanos. El enfermo acusaba un movimiento febril, que se presentaba con el carácter intermitente; se le prescribió sulfato de quinina y la fiebre cesó. El exámen de la sangre mostró una cantidad considerable de glóbulos pequeños, no obstante que su estado general era de lo más satisfactorio.

Todos los síntomas clínicos habían desaparecido, el enfermo se creía curado y un día me manifestó el deseo de retirarse del hospital, más como el exámen de su sangre me llamara la atención le supliqué se quedara, á lo que él accedió. Se le prescribió una poción tónica, y dándosele media ropa, nuestro enfermo convaleciente se paseaba por los jardines del hospital.

Sus glóbulos enanos eran siempre considerables, las alteraciones de la sangre idénticas á las de otros verrucosos en observación, sin embargo que su estado general no podía ser mejor.

La identidad de la sangre del enfermo que me ocupa, con las de los verrucosos en observación me daba la seguridad que no estaba curado, la sospecha de que bien pronto se presentaría una nueva erupción. El dos de agosto mis sospechas se confirman, una nueva erupción aparece, erupción confluyente, que tardó tres meses para marchitarse; la cantidad de hemoglobina era 11 por ciento y el número de sus glóbulos enanos era considerable.

En ese mismo día, decía, más de una vez, señores, habré cansado la atención de Uds. con la enumeración de glóbulos enanos; pero más de dos meses he estado yo también intrigado con su persistencia en la sangre de los verrucosos. Para mi ellos tienen una gran importancia, creo que pueden servir de un útil dato en el hemopro-

nóstico de la verruga, y tal es mi idea á este respecto, que el verrucoso que ocupaba la cama N.º 3 de la sala de San Pedro y que ha sido dado de alta, lleva todavía en su sangre una gran cantidad de glóbulos enanos y aseguro que pronto regresará al hospital con una nueva erupción.

En la mañana del día 5, cuando casualmente, fuí á la visita del señor doctor Villar, vi que entraba un verrucoso con un gran número de verrugas mulares, y pude reconocer al enfermo en cuestión: es decir, vi confirmado mi hemopronóstico, de tal modo que yo concluía mi trabajo diciendo: Hoy en la mañana ha ingresado al servicio del señor doctor Villar el verrucoso que ocupaba la cámara N.º 3 de la sala de San Pedro y en el cual había pronosticado una nueva erupción. Ocupa actualmente la cama N.º 25 de la sala de Santa Ana, y presenta un gran número de verrugas mulares. Mis sospechas se han confirmado. El hemopronóstico de la verruga cuenta con un caso más legado por la casualidad á un día tan clásico como éste. Decía igualmente: Creo pues, aunque mis observaciones sean muy limitadas, que después que han desaparecido todos los síntomas clínicos de la verruga se debe hacer el examen de la sangre; y si el número de glóbulos enanos es considerable se puede pronosticar que el enfermo todavía no está curado, que una nueva erupción se presentará; y por lo tanto debe seguir sujeto á un régimen medicamentoso. Por otra parte, si se presenta un enfermo de los lugares donde esta afección es endémica, y el examen de la sangre indica una gran cantidad de glóbulos enanos, se puede diagnosticar la "Enfermedad de Carrión", puede decirse que una erupción verrucosa se presentará, lo que me induce á instituir el hemodiagnóstico de la verruga.

La enfermedad, en los días que siguen va tomando cuerpo, la anemia se va pronunciando más, y en-

tonces encontramos nuevos datos para apoyar nuestro diagnóstico etc.

Por esta ligera exposición habreis podido, señores catedráticos, daros cuenta de lo que os decía anteriormente, esto es: que la dimensión de los glóbulos rojos tiene una gran importancia en la Enfermedad de Carrión, pues si bien es cierto que en otras anemias ocurre cosa semejante, no deja de serlo también que en ninguna su número es tan crecido como en la Enfermedad de Carrión; pero decía antes que había sido un poco exagerado en mis conclusiones y que una labor continuada me había hecho ver, lo que le ha pasado á todos, que nada hay fatal en medicina, que todo está sujeto á un gran número de contingencias; y que lo que por un momento nos entusiasma no es sino efecto de nuestro fervor científico, excusable, por el deseo de contribuir al adelanto de nuestra medicina nacional. Nada sería para mí más fácil que citar los dos hechos observados y pasar en silencio mis ulteriores investigaciones; pero este comportamiento sería poco honrado y ante el bien nacional debo sacrificar mi orgullo; y confesar que en parte he estado equivocado.

Voy á esplicarme: Decía el 5 de Octubre que en presencia de un enfermo proveniente de los lugares donde la verruga es endémica, se le debía hacer el examen de la sangre; y si ella nos manifestaba una gran cantidad de glóbulos enanos, se podía diagnosticar la Enfermedad de Carrión, esto es del todo exacto; pero casos hay en los cuales la toxicidad del suero no es tan intensa, en que las alteraciones de los elementos figurados no se presentan con tanta energia, en que la poikilositocis no es tan manifiesta, y en que por lo tanto no es posible hacer un diagnóstico seguro; de manera que si es factible hacer el diagnóstico comprobando una gran cantidad de glóbulos enanos, no es lógico concluir que no

hay Enfermedad de Carrión por la ausencia de ellos.

Como se ve, pasa aquí lo contrario á lo que en la fiebre tifoidea con la reacción aglutinante de Vidal. La presencia de la reacción no es bastante para diagnosticar la fiebre tifoidea, la ausencia basta para decir que no hay. La presencia de una gran cantidad de glóbulos enanos es suficiente para diagnosticar la Enfermedad de Carrión, su ausencia no nos autoriza á negar la existencia ella; y lo que he dicho del diagnóstico digo, igualmente, del pronóstico.

La persistencia de glóbulos enanos indica una próxima erupción, la no persistencia no nos indica nada. Con todo, creo haber dado un dato importante en lo que respecta á las alteraciones de los elementos figurados en la sangre verrucosa es decir: he colocado la primera piedra del hemodiagnóstico y hemopronóstico de la Enfermedad de Carrión.

Al lado de estos glóbulos enanos se encuentran unos cuantos glóbulos gigantes y el resto de glóbulos medianos (20% próximamente).

Coloración.—El color del glóbulo rojo está notablemente disminuido y un examen de lo mas superficial es bastante para ponérselos en manifiesto; más tarde, cuando me ocupe de la acción de los colores de la anilina sobre los elementos figurados, tendré oportunidad de insistir sobre este punto.

Número.—Basta ver un verrucoso para deducir á priori que está atacado de una oligohemia profunda; pero no por esto deja de tener una gran importancia la determinación del número de glóbulos rojos, pues ella es de gran utilidad para determinar el estado de la enfermedad. Varios procedimientos tenemos á la mano para la numeración de los glóbulos rojos: 1.º Los que determinan la cantidad de glóbulos, numerándolos ó midiéndolos; 2.º Los que determi-

nan primero la calidad de hemoglobina, y deducen de allí el número de glóbulos.

El segundo procedimiento es imperfecto; pues si el poder globular aumenta ó disminuye no se puede deducir con exactitud la cantidad de glóbulos rojos.

Por el primer procedimiento no se puede sacar utilidad tampoco sino de aquel que cuenta directamente el número de glóbulos rojos, pues el que se funda en medir el volumen de los glóbulos por el Hematocritik tiene para mí el gran inconveniente de que variando tanto las dimensiones de cada glóbulo, no se pueden sacar deducciones sobre el número de ellos.

Finalmente tenemos el hematímetro de Thomas que es el más sencillo y preciso. Con el mezclador de Potin, una solución de suero de Hayen y un microscopio de pequeño aumento, tenemos todo lo indispensable para proceder á la numeración.

Lo primero que hay que determinar es la cantidad total de glóbulos rojos, sin diferenciarlos en grandes, medianos y enanos.

Desde los orígenes de la Enfermedad de Carrión los glóbulos rojos están notablemente disminuidos. Tres millones, 2 millones y medio y hasta 900.000 me ha sido posible contar en varios verrucosos. No obstante, lo más corriente es que su número oscile entre 1.200.000 y 2.500.000.

Mi compañero Tamayo, en un trabajo que leyó en la Sociedad médica Unión Fernandina se ha ocupado de este asunto, y ha presentado unas curvas que indican la marcha de la oligohcitemia en la Enfermedad de Carrión. El hace notar también un caso de 990.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico de sangre.

Después de haber determinado la totalidad de glóbulos rojos, hay necesidad de contar las variedades, y esto nos manifiesta un 20 á 23 % de glóbulos medianos, 60 á 75 % de glóbulos enanos y un 8 % de glóbulos grandes.

CAPACIDAD GLOBULAR

Se designa con el nombre de capacidad globular la cantidad de hemoglobina contenida en un glóbulo rojo; y como es por esta sustancia que el glóbulo realiza sus funciones, fácil se hace comprender la importancia que su determinación tiene.

Para determinar la capacidad globular basta contar el número de glóbulos rojos contenidos en un milímetro cúbico de sangre, la cantidad de hemoglobina en el mismo volumen, y dividir el segundo número por el primero.

Ahora bien, en el estado normal la capacidad globular es de 25 billonésimas de gramo, y en la verruca, la hemoglobina, proporcionalmente disminuye más que el número de los eritrocitos: lo que equivale á decir que la capacidad globular está disminuída en la Enfermedad de Carrión (1). Si ahora nos fijamos que es debido á la hemoglobina, que el glóbulo rojo realiza la importante función de la hematosi, encontraremos una doble causa que nos explique el estado de anemia tan profunda, así como la gran cantidad de uratos en la orina, testigos de la dificultad de las oxidaciones en la intimidad de los elementos anatómicos; esto nos explica igualmente la disnea que presentan un gran número de enfermos, y quizás también la muerte cuando falta de oxígeno, la máquina animal, no encuentra combustible para realizar esa gran función que como dice Lavoisier, no es sino una combustión continuada.

El glóbulo rojo atacado de muerte por la gran toxicidad del suero, su hemoglobina disminuída por una alteración quizá de su poder isotómico se vuelve ya, no elemento muerto porque muerto es según dice Cajal, sino elemento físico, inútil en el gran papel respiratorio que le ha encargado la naturaleza. Llevado por el movimiento

(1) Cuando me ocupe de la cantidad de hemoglobina, daré más detalles sobre este punto.

sistólico á la intimidad de los tejidos, es un receptáculo dañado en las propiedades de su envoltura, en la cantidad de su contenido y que si sigue prestando sus servicios hasta los últimos momentos de la vida, es por que desempeña un papel inconciente, un papel puramente físico.

Plasmolisis. -- Dutrochet en 1836 notó que una disolución más densa que el agua (lecha, azúcar, albúmina, &c) encerrada en una membrana orgánica y colocada en una vasija llena de agua, tenía la propiedad de hacer penetrar el agua de la vasija al interior de la membrana, que hinchaba y diluía su contenido lentamente.

Fraube en 1877, hizo experiencias análogas y comprobó el mismo fenómeno. Este fenómeno, que es una de las manifestaciones de la osmosis fué aplicado á la fisiología vegetal en los años de 1882 á 1889 por H. de Vries.

La célula viva, dice Parmentier, con su membrana que rodea un contenido semifluido, el protoplasma, conteniendo azúcar, materias salinas, etc. constituye un pequeño saco osmótico asimilable del todo al aparato imaginado por Fraube y Dutrochet.

Examinando al microscopio una flor marchita H. de Vries hace notar que el protoplasma de las células no tapiza la pared interior, está retraído; pero si ésta flor marchitada recientemente se coloca en el agua, el protoplasma se hincha, se pone en contacto con su membrana envolvente; y la flor toma su rigidez normal. Esta propiedad del protoplasma de contraerse y de hincharse á merced de las causas exteriores es debida según Vries y su escuela á dos causas esenciales: 1.° á que la membrana de envoltura tiene la propiedad de retener las sales y no dejar pasar sino el agua; 2.° á que las materias salinas y azucaradas atraen enérgicamente el agua.

Cuando la flor tiene cierto tiempo de marchitada, cuando sus cé-

lulas están muertas el fenómeno no se realiza.

Cuando una célula tiene su protoplasma retraído, marchitado, esta célula se dice que está plasmolizada.

Ahora bien, tomemos el asunto bajo otro aspecto: imaginémos una célula turgida y coloquémosla en una solución de cloruro de sodio ó de azúcar, y la veremos al microscopio deshincharse, arrugarse bajo la acción de la solución salina ó azucarada, es decir: la veremos plasmolizarse. Modificando sucesivamente la concentración de las soluciones llegará un momento en que la célula no sufra ningún cambio, las atracciones entre el protoplasma celular y la disolución exterior serán nulas, es decir: habremos llegado á determinar el poder isotómico ó isomolecular del protoplasma celular.

Estas conclusiones de H. de Vries, que extracto ahora, fueron aplicadas por Hanvurger á la fisiología animal repitiendo sus experiencias con soluciones salinas y con glóbulos rojos de la sangre considerados como células. El hecho ver que en soluciones salinas concentradas los glóbulos se depositan sin dejar escapar su hemoglobina, en las soluciones diluidas la materia colorante abandona los hematíes, fenómeno que él designa con el nombre de hematolisis. Ahora bien, de la misma manera que en la célula vegetal hay para cada sal un estado de concentración en el cual la célula no experimenta ningún cambio, de idéntico modo, existe una solución titulada al 61 por 1.000 de cloruro de sodio que produce los mismos efectos con el glóbulo rojo, solución que nos determina al poder isotómico de él.

Vamos á aplicar estas exploraciones á la sangre verrucosa.

En un frasco de pequeña capacidad conteniendo la solución de 61% de cloruro de sodio, hago caer unas dos gotas de sangre; al cabo de varias horas cuando los glóbulos rojos han caído al fondo del frasco, exa-

míno al espectroscopio si la solución contiene ó no hemoglobina.

Siempre me ha dado resultado positivo necesitando 63 y 64 % para que el glóbulo rojo no deje escapar su materia colorante.

Poikilocitosis. — Estudiaré en este capítulo las alteraciones que experimentan tauto los glóbulos rojos como los blancos, para no dividir la poikilocitosis en los distintos elementos figurados de la sangre.

Con el microscopio á la cabecera del enfermo y examinando la sangre con gran celeridad, se observan las siguientes alteraciones: Los glóbulos rojos presentan como una especie de retracción parcial en su protoplasma, que trae por resultado hacer que en ciertos puntos aparezcan vacuolas completamente transparentes y en otros bastante coloreadas, de tal modo que el eritrocito simula una aglomeración de esferas, claras unas, coloreadas otras; bien pronto la alteración se va haciendo más y más pronunciada, su circunferencia deja de ser regular y se hace sinuosa, el glóbulo toma el aspecto de una mora; á esta segunda etapa que se realiza en muy poco tiempo sucede la tercera y última que está caracterizada por la destrucción completa del eritrocito, por su fragmentación en multitud de elementos de variadas formas.

El exámen de los glóbulos blancos nos ofrece el espectáculo siguiente: sus contornos perfectamente regulares concluyen bien pronto, en un cierto número de ellos, por alterarse; la línea limitante que primero era bien clara, deja de serlo en pocos instantes, y entonces observamos que no es ya una línea uniforme, sino una serie de líneas en los intersticios de las cuales hacen hernia dentellones de las formas más irregulares, dentellones que se mueven y con su movimiento no tardan mucho en separarse de la masa microscópica que se fragmenta para engendrarlos. Independizados por este mecanismo del leucocito cadavérico,

y agitados por movimientos bronbianos aparecen en el campo del microscopio bajo las figuras más irregulares, de las cuales me ha sido dado observar las que siguen: 1.º dos cocos unidos por una barra simulando una palanqueta, 2.º un coco unido á un vástago dando la apariencia del bacilo del tétano, 3.º una barra muy pequeña simulando un bacilo y 4.º cocos del todo aislados.

Un cierto número de glóbulos se escapan á estas alteraciones, de donde resulta que en pocos momentos se tiene una simulada mixtura microbiana.

Esta poikilocitosis en la sangre verrucosa tiene de característico la intensidad y la rapidez con que se produce, á tal punto que en ninguna otra anemia se realiza en tan corto tiempo ni con tanta intensidad.

AFINIDAD ANTE LOS DIVERSOS COLORES DE LA ANILINA.

Es sabido que el eritrocito tiene una gran afinidad ante los colores ácidos de la anilina y que hasta cierto punto estos colores sirven para conocer el estado de la célula roja como su riqueza en hemoglobina.

Cuando por medio de la eosina coloreamos una preparación de sangre verrucosa, inmediatamente notamos algo de especial, algo que nos indica que el glóbulo rojo no está en su estado de integridad fisiológica, ya por la alteración de su hemoglobina ó por la disminución de ella. Efectivamente, todo el que haya coloreado sangre verrucosa notará que el glóbulo rojo no se tiñe en su totalidad, que quedan vacuolas completamente transparentes, vacuolas debidas á la falta de hemoglobina en dichos sitios ó á su gran disminución; y si nosotros seguimos observando la marcha de la enfermedad en relación con la existencia de la coloración, fácil nos será notar que á medida que la anemia se hace más profunda, es decir: que la cantidad de hemoglobina va haciéndose me-

nor, menor va siendo también la existencia de la parte coloreada.

La Policromatofilia de Maragliano no me ha sido posible comprobarla en ningún período de la enfermedad de Carrión.

ACTIVIDAD DE REDUCCIÓN DE LA HEMOGLOBINA.

Se designa con el nombre de reducción de la hemoglobina el tiempo que emplea en realizarse la transformación de la hemoglobina oxigenada en hemoglobina reducida.

Ahora bien, en el estado normal la sangre emplea 70 segundos para convertirse de hemoglobina oxigenada en hemoglobina reducida; en este estado hay 14% de hemoglobina.

Para determinar la actividad de reducción en el estado patológico, yo procedo de la siguiente manera.

1.º Veo la cantidad de hemoglobina por ciento, 2.º el tiempo que emplea la sangre en desoxidarse; divido la primera cantidad por la segunda y determino así así la actividad de reducción. Ahora, en conocimiento de este dato, determino el retraso en la desoxidación haciendo la siguiente proporción: Si 14% se desoxidan en 70 segundos, tanto de hemoglobina en cuanto tiempo deben desoxidarse. Conocida esta suma, la resto del tiempo empleado y esto me da el retraso. Ejemplo: supongamos que encuentro 7% de hemoglobina, que el tiempo empleado en ésta desoxidación es 50 segundos, actividad de reducción 14 centigramos por segundo.

Retrazo en la desoxidación 35-50 = 15". Puesto que si 14 se desoxidan en 70 segundos, 7 se deben desoxidar en 35 y como se han desoxidado 50 han empleado, pues, 15 segundos más en realizar su papel.

Si deseo expresar de otro modo el retraso en la desoxidación, me bastará fijarme en que multiplicando por 5 la actividad de reducción normal, encuentro por resultado la unidad. En efecto $14 \times 5 = 70$ es de

cir: unidad de la actividad de reducción. Para determinar pues con el ejemplo precedente esta unidad, tengo que multiplicar 7 (cantidad de hemoglobina) partido por 50 (tiempo empleado en la reducción) por 5 (número constante), lo que me da $\frac{7}{50} \times 5 = 07$; es decir: que la unidad de actividad de reducción está disminuida en $\frac{3}{10}$.

Hecha esta ligera explicación, fácilmente se colige que tengo primero q' describir los procedimientos para dosar la hemoglobina, y en seguida el que sirve para darse cuenta de la actividad de reducción.

Entre los procedimientos que tenemos para determinar la cantidad de hemoglobina los principales son los siguientes:

Método de Hammerschlag.—Se determina el peso específico de la sangre por la mixtura de benzol y cloroformo, y conocido éste se consulta la tabla siguiente que adjunto.

Cuadro de Hammerschlag

Densidad	Tanto %, de hemoglobina
1033-1035	25-30
1035-1038	30-35
1038-1040	35-40
1040-1045	40-45
1045-1048	45-55
1048-1050	55-65
1050-1053	65-70
1053-1005	70-75
1055-1057	75-85
1057-1060	85-95

Otro método bastante clínico y de fácil ejecución es el que consiste en hacer el dosaje de la hemoglobina por el procedimiento de Henocque, quien ha ideado un aparato llamado hematoscopio, con el cual, solo ó combinado con el espectroscopio de mano, es fácil determinar la cantidad de hemoglobina. Finalmente tenemos el hematímetro de Fleish, que es sencillo en su manejo y preciso en sus resultados.

Para determinar el tiempo que emplea la sangre en desoxidarse se procede de la manera siguiente:

Se toma el espectroscopio de bolsillo y se comienza por regularlo, es decir por ponerlo en condiciones tales que se pueda ver con toda claridad las rayas de Fraunhofer, tanto en el espectro superior que nos servirá más tarde para observar las bandas de la oxihemoglobina, como en el inferior que nos será útil reparo para notar cuando desaparezcan. Una vez regulado el espectroscopio, se sitúa el observador frente á una ventana bien alumbrada, pero no directamente por un rayo solar; el enfermo por delante y á un lado mirando de frente, el brazo separado del tronco, el antebrazo en semiflexión, la mano en pronación y est-ncción. En esta actitud se coloca una tarjeta entre el índice y el pulgar y se flexiona la falanjeta de modo que la luz le venga lo más perpendicular que sea posible.

(Continuará)

TRABAJOS EXTRANJEROS

DR. FRANÇOIS

Profilaxia de la Sífilis

("Annales de la Societé de Medecine d'Anvers")

La sífilis aumenta, progresa, florece; tal es la opinión actual de todos los sifiliógrafos. El año último, á iniciativa de nuestro querido compañero y amigo Dr. Dubois-Havenith, se reunió en Bruselas una conferencia internacional para la profilaxia de la sífilis y las enfermedades venereas.

Esta conferencia se abrió con una comunicación magistral del Profesor Fournier sobre el peligro social que entraña la sífilis; demos-tró en ella que la sífilis es grave:

1.º Para el individuo: a) por las lesiones sífilíticas mis-nas, particularmente por las lesiones terciarias ó gomas y más aun por las gomas cerebrales, medulares ó nerviosas; b) por las lesiones parasifilíticas (tabes.), que son habi-

tualmente graves y casi incurables.

2.º Para la familia: a) por infección de la mujer honrada por el marido, lo que se encuentra 20 veces sobre 100 mujeres sífilisadas, ó sea en $\frac{1}{5}$ de los casos; b) por la desunión y dislocación del matrimonio que puede determinar; c) por la miseria en que puede sumerjir una familia por la enfermedad, incapacidad ó muerte de su jefe, pues amenoado las manifestaciones terciarias no se presentan sino tardíamente, la sífilis no cobra su crédito sino cuando el jóven de antes se ha transformado en hombre serio, casado y padre de familia.

3.º Es grave por sus consecuencias hereditarias, especialmente por la terrible mortalidad que amenaza á los niños, tanto más si la sífilis de los padres ha sido tratada de manera insuficiente ó no tratada.

4.º Es grave por las distrofias y degeneraciones heredosifilíticas que se presentan bajo las formas más variadas, ya no atacando sino un sistema, un segmento de sistema ó aun un solo órgano del individuo; ya afectandolo en todo su ser, lo que lo convertirá en valetudinario, infantil, raquítico; ya to lavía exagerando la destrucción y produciendo un monstruo.

Grave es pues la sífilis, y grave por su esencia misma. Debemos tratar de combatir esta gravedad, combatiendo al mismo tiempo el flajelo por todos los medios que están á nuestra disposición.

Estos medios serán:

1.º Medios religiosos, que nos escapan á nosotros los médicos.

2.º Medios morales, que consistirán en advertir á todo sífilítico que nos consulte, las consecuencias graves que su sífilis puede tener para el mismo, para las personas que lo rodean ó que se hallan en contacto con él, y para los niños que pudiera tener de un matrimonio demasiado precoz.

3.º Medios administrativos y represivos de la prostitución y de la provocación. Desgraciadamente, como lo demostraba el Profesor

Fournier en la Academia de Medicina de París, (noviembre 1899) estos medios son hasta nuestra época insuficientes, la historia lo prueba, y lo será más en el porvenir por la disminución progresiva del número de lupanares, por el refugio de la prostitución en los talleres de mujeres, en los teatros, en los café-concierto, las casas de cita, etc.; en una palabra, por el aumento de la prostitución clandestina, en fin por la tendencia del espíritu público actual que rechaza toda medida coercitiva individual.

4. Medios médicos, tendentes á esterilizar, en la medida de lo posible los gérmenes del contagio, los factores de diseminación. Estos medios consistirán en un tratamiento bien comprendido, bien instituído, y bien seguido. Es necesario que hagamos comprender bien á nuestros enfermos que si la sífilis es una enfermedad grave, debe en gran parte su carácter maligno á la insuficiencia ó ausencia de un tratamiento correctivo; que si la ausencia de un tratamiento no determina fatalmente lesiones graves, ni un tratamiento prolongado y regular preserva de seguro al enfermo, se puede sin embargo decir que de 100 sífilíticos terciarios hay cuando más 3 que han sido bien tratados y 19 que han sufrido un tratamiento mediano, mientras que los 78 restantes se han tratado insuficientemente ó no se han tratado (estadística de Fournier). Es necesario hacerles comprender que siendo la sífilis una enfermedad crónica, el tratamiento debe ser crónico, que debe durar largo tiempo, que debe ser seguido con perseverancia, con encarnizamiento. Para esto, nosotros los médicos y en particular nosotros, sífiliógrafos, debemos poner un poco de nuestra parte; debemos facilitar la venida, y el regreso de nuestros enfermos indigentes, estableciendo y organizando nuestras clínicas gratuitas de modo que los sífilíticos que no son portadores de manifestaciones que requieren el lecho hospitalario, puedan venir á ellas sin perder nada ó casi nada

de su día; interrogando á nuestros enfermos, escuchándolos con cuidado y dando á cada uno el tiempo necesario para hacerle un exámen completo; en fin, obligando á los poderes públicos á interesarse en esta gran cuestión de profilaxia por el tratamiento, subvencionando estas clínicas, ó por lo menos suministrando gratuitamente los medicamentos prescritos en ellas. Es de esta manera que en la actualidad podremos, nosotros los médicos, intentar más fácilmente poner un dique á la ola invasora de la sífilis y las enfermedades venereas. Tratemos de esterilizarlas por el tratamiento.

Estas ideas, han impulsado á los jefes de servicios de sífilio-grafía y venereología de la Central-Klinik á hacer sus estudios clínicos respectivos á las 8 de la mañana, y á rodearse en ellos del número de médicos requeridos según la afluencia de enfermos, para evitar la aglomeración y como consecuencia una consulta imperfecta; en fin, por lo que respecta al menos á la sífilis, á editar una cartilla con los principales consejos á un sífilítico, á fin de que de regreso á su casa pueda meditar tranquilamente lo que le hemos indicado de palabra, y grabarlo bien en su memoria.

La composición de esta cartilla es la siguiente:

Consejos a las personas atacadas de sífilis.

I.—La sífilis es una enfermedad curable; pero que no cura sino á precio de un largo tratamiento, que debe continuarse varios años bajo la dirección de un médico, aunque la enfermedad no se traduzca por ningún signo exterior. Este tratamiento no necesita la cesación del trabajo.

II.—La sífilis es extremadamente contagiosa, especialmente por las erosiones ó heridas, por mínimas que sean, que se producen en los órganos genitales ó en la boca. El enfermo tiene pues el deber

guroso de abstenerse de toda relación sexual cuando lleva la menor lesión en los órganos genitales.

Tiene también el deber, cuando presenta alguna erosión en los labios, en la lengua ó en la garganta, de abstenerse de besar á cualquiera: pudiendo ser contagioso todo beso aun en la piel sana.

Los enfermos deben tener para su uso personal exclusivo ciertos objetos, como son: vasos, cucharas, tenedores, pipas, cigarros, cigarrillos, lienzos, vestidos, etc.

III. La sífilis se trasmite hereditariamente á los niños, que muy amenudo mueren cuando la enfermedad no ha sido tratada. Un sífilítico no puede pues casarse antes de 3 ó 4 años consagrados á un tratamiento regular, y con la autorización de un médico.

IV.—Un niño nacido de padre ó madre sífilítica no debe ser confiado nunca á nodriza, porque podría transmitir la sífilis á esta nodriza.

V.—Cuando un sujeto que ha tenido la sífilis es afectado de una enfermedad cualquiera, debe siempre declarar su estado de sífilis á su médico; esta declaración puede ser de la mayor utilidad para la dirección del tratamiento y la curación de la enfermedad.

MEDICINA PRACTICA

Suero iodado

Las formas de administración de los compuestos iódicos son numerosas; su unión á cuerpos protéicos va siendo también abundosa (por ejemplo, tratamiento con el líquido de Lugol, de la clara de huevo, de la leche, de la peptona, de la gelatina). Selavo se vale del suero sanguíneo aséptico tratado con el iodo para lograr un preparado albuminoso iódico.

Este suero se presta para inyecciones subcutáneas é intravenosas, tarda más en eliminarse que el iodo potásico, á pesar de ser rápidamente absorbido (10 á 20 cm³

por dosis) y no causa trastornos locales ni generales. Se le está ensayando contra la sífilis (Barduzzi) y la tuberculosis, al parecer con buen éxito.—(Trad. por la *Gac. Méd. Cat. de la L. Accad. des Fisiocritici di Siena*).

Tuberculosis pulmonar: empleo del etol

(CINAMATO SÓDICO)

Discusión en la Academia de Medicina interna de Berlín (13 marzo de 1900):

Ewald: en 35 tuberculosos no avanzados, el tratamiento de Landerer, á dosis progresivamente crecientes basta llegar á 14 miligramos por inyección intravenosa, usado en un lapso de 18 á 300 días, si bien no resultó peligro alguno, salvo ligera tendencia á las hemoptisis y notable somnolencia, no influyó en la temperatura, ni en los sudores, ni en el número de bacilos, etc. Los resultados obtenidos por Landerer han de referirse á las condiciones higiénicas de los sanatorios en que estaban los enfermos.

Landerer: el número de los tratados por Ewald no basta para formar concepto; los resultados fueron los mismos en los sanatorios que en la policlínica y en la visita particular; la tendencia á las hemoptisis y al sueño, es debida á las grandes dosis empleadas por Ewald.

Tobías: en 45 casos no ha visto inconvenientes notables, pero tampoco modificaciones ventajosas, de modo que no cree que sea el etol un remedio específico

Hauseman: en los conejos ha observado el encapsulamiento fibroso de los tubérculos, que no se ve en estos animales sin el etol.

Wolf: actualmente se está tratando, en la policlínica de la universidad, á 20 enfermos, con inyecciones intramusculares; hasta ahora se ha notado que no presentan inconvenientes y no son dolorosas.

—(*Gac. Méd. Cat.*)

Fiebre: acción de los medicamentos

De los experimentos hechos por V. Traina, alumno interno en el Instituto farmacológico de la R. Universidad de Palermo, experimentos tan numerosos como notables, se deduce:

1.º Durante la fiebre, es mayor la resistencia del organismo á los medicamentos, por cuya razón disminuye el poder tóxico de estos. Esta resistencia se inicia al empezar á subir la temperatura, llega á su máximun con el máximun de ésta y se va atenuando cuando la hipertermia se va desvaneciendo.

2.º La fiebre no perturba la acción general del medicamento, pero retarda la intoxicación, cuyo retardo es independiente á la absorción.

3.º Esta mayor resistencia del organismo es una nueva prueba de que la hipertermia, á los menos en ciertos límites y condiciones, es un elemento benéfico más que nocivo.

4.º Probablemente esta resistencia es debida al mayor metabolismo orgánico.

5.º Como durante la fiebre hay paresia de la motilidad gástrica por ser menos excitantes los ganglios propios de las paredes y persistir la excitabilidad motora del nervio vago, los medicamentos que obran sobre éste son activos, no así los que actúan sobre los ganglios.

6.º Fenómenos análogos ocurren en los intestinos en cuanto á las fibras moderadoras procedentes del simpático y las motoras del vago.

Publicaciones recibidas

Dos páginas de Psiquiatría Criminal por el Dr. José Ingegneros, Médico del *Hospicio de Mercedes*, de Buenos Aires.

I.—Criterios positivos para un estudio de los alienados delincuentes. II.—La sección especial para

alienados delincuentes en el Hospicio de las Mercedes, de Buenos Aires.

Buenos Aires. — Librería, Breddah — Calle Rivadavia, 615 — 1900.

Ligue contre la Myopie. — *Comment on preserve L'ŒIL DU LISEUR de la Myopie, de ses progrès, de ses complications par le Dr. E. Rolland*, Chirurgien oculiste à Toulouse. Avec quatre figures dans le texté.

PARIS, Librairie de A. Maloine. 23, rue de L'École de Médecine. — 1900.

“Somos más miopes que nuestros antepasados por que nos ponemos voluntariamente en condiciones que por si solas crean la miopía, ó hablando más exactamente, porque permitimos, por ignorancia ó incuria que se ponga en ellas á nuestros hijos.” *Fonssagrives*.

Enciclopedia de Ginecología. — Publicada bajo la dirección de J. VEIT, Profesor de la Universidad de Leiden, con la colaboración de distinguidos profesores. Versión castellana de los doctores D. Isidoro de Miguel y Viguri, D. Rafael del Valle, D. Silvio Escolano, D. Miguel Gayarre y D. Gaspar Sentiñón. Precedido de un prólogo escrito por el doctor D. Eugenio Gutierrez, individuo de la Real Academia de Medicina de Madrid y Ex-Presidente de la Sociedad Ginecológica Española. Con grabados y láminas en colores.

MADRID. — Administración de la *Revista de Medicina y Cirujía prácticas*. Preciados N. 33 — bajo.

Esta monumental obra, que ha llamado poderosamente la atención en Alemania mereciendo extraordinaria acogida entre los médicos y un laudatorio juicio crítico de la prensa profesional, formará cuatro voluminosos tomos con profusión de excelentes grabados y magníficas láminas en colores de un mérito tan sobresaliente, que bien podemos afirmar que jamás se vieron igual en exactitud y belleza de colorido.

Cada uno de sus magistrales capítulos han sido escrito por un especialista alemán de fama universal, están entre ellos Fritsch, Bunn, Döderlein, Olshausen, etc.

Se publicará por cuadernos de 128 páginas al precio de 3 pesetas cada cuaderno. Las suscripciones se reciben en la administración de la revista antes citada.

Hemos recibido los ocho primeros cuadernos.

Estudio de la cistitis tuberculosa, concepto clínico y tratamiento de la misma por D. JOSÉ COLL, médico de número de las Casas de Socorro de Barcelona, ex-alumno interno pensionado de la Facultad de Medicina, etc.

Memoria laureada por la Real Academia de Medicina y cirugía de Barcelona con el *Premio del Dr. Gari* (consistente en 3.000 pesetas y el título de Académico correspondiente) en el concurso de 1898-99.

Barcelona.—Paseo de San Juan 144.—1900

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, Legueu, Lubet Barbon, Lyot, Maucloire, Morestin, Nimier, Pichevin, Ricard, Rieffel, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson y Villar.

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

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

Esta 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 Quiñtana 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 franqueo y certificado de los tonos 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 profuaxis.—*Las enfermedades protozoaria 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