

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XIX }

LIMA, 30 DE ABRIL DE 1903.

{ N.º 344

TRABAJOS NACIONALES

Sobre las hemoaglutininas de la sangre humana y la hematología de la "enfermedad de Carrión."

LEÍDO EN LA SOCIEDAD MÉDICA
"UNIÓN FERNANDINA"

Dr. Ugo. Biffi. Médico higienista de la Municipalidad de Lima

I

El fenómeno de la aglutinación de los glóbulos rojos de un animal por efecto del contacto con el suero sanguíneo de otro de especie diferente fué observado ya desde mucho tiempo hace. Solo la interpretación del hecho era distinta de la que se da hoy día.

"Estaba ya en la opinión de muchos experimentadores" dice Landois "que también los glóbulos rojos pudieran contribuir á la formación de la fibrina cuando yo, en 1874, pude convencerme *de visu*, siguiendo en el campo del microscopio la trasformación de los estromas de los glóbulos rojos en fibras de fibrina. En efecto, si se coloca una gotita de sangre defibrinada de conejo en el suero de rana, sin agitar, se observa que los glóbulos rojos se acercan los unos á los otros, se hacen viscosos en su superficie y se juntan. Una conve-

niente presión sobre el cubre-objeto nos convence que no es fácil vencer esta adhesión; los glóbulos no se despegan obedeciendo á la fuerza que los comprime; si esta es relativamente grande se estiran en forma de hilos. Algunos de ellos, los más periféricos empiezan á dejar salir el pigmento, empiezan á decolorarse. La decoloración procede desde la periferia hacia el centro, lo alcanza y entonces no queda sino un pequeño grupo de estromas adheridos. La substancia del estroma presenta una gran viscosidad; en el principio se pueden reconocer en ella todavía los bordes redondos de los distintos glóbulos; pero si se agita el preparado ó se hace presión, la masa de los estromas se alarga en forma de hilos, de estrías, y al mismo tiempo desaparecen los bordes celulares. Así se puede poco á poco seguir á la formación de hilos de fibrina de los estromas de los glóbulos rojos. Los glóbulos rojos del hombre y de los animales que se disuelven en el suero de otros animales presentan á menudo el mismo fenómeno."

Hemos querido citar textualmente y por completo este trozo del tratado de fisiología de Landois porque, además de ser históricamente interesante, representan también, prescindiendo de los hechos hemolíticos y de la interpretación, una descripción muy exacta del fenómeno que nos ocupa, cuando este

se presenta de una manera muy evidente.

En muchas enfermedades infecciosas se había notado por antiguos observadores que los glóbulos rojos tienen (es esta la frase con que se expresan) una viscosidad especial que los hace adherir é impedir que se coloquen en rollo de monedas como en los preparados de sangre normal. Rayer, Davaine, Pollender han demostrado que en la sangre de los enfermos de pústula maligna los eritrocitos están deformados y aglutinados en masas irregulares. Hayem ha observado que en muchas enfermedades agudas los glóbulos rojos no se disponen, como en las preparaciones frescas, en forma de islas rodeadas por el mar plasmático sino como masas compactas y contiguas. Este autor ha dado el nombre de *sang phlegmasique* á la sangre que presenta semejantes caracteres. Atribuye el hecho á un cambio en el modo de coagulación de la fibrina.

Estas observaciones de un agrupamiento irregular de los eritrocitos sin intervención de otra sangre ó de otro suero tienen que referirse, como veremos después, á la misma categoría de fenómenos que hoy están comprendidos bajo el nombre de "hemoaglutinación".

Todos los autores mencionados pusieron en relación el agrupamiento observado, con la coagulación de la sangre y solo en estos últimos años, después de los estudios de Pfeiffer, de Gruber, de Widal, etc. sobre aglutinación de las bacterias y el descubrimiento de la analogía estrecha entre hemolisis y bacteriolisis, entre inmunización contra los microbios é inmunización contra los eritrocitos de especies animales distintas, entre aglutinación de las bacterias y hemoaglutinación, (trabajos de Darenberg, de Buchner, de Belfanti y Carbone, de la escuela de Metchnikoff, de Ehrlich y Morgenroth) solo en estos últimos años se llegó á una interpretación del todo

distinta del fenómeno y se demostró que es independiente por completo de la coagulación de la sangre.

Se demostró como por inoculaciones repetidas hechas á un animal con una determinada bacteria se consigue un suero capaz de aglutinar y á veces de disolver esa bacteria, del mismo modo mediante inoculaciones repetidas practicadas á un animal con la sangre de otro, se obtiene un suero capaz de disolver los glóbulos rojos del animal cuya sangre ha servido para las inoculaciones. El hecho es muy evidente si los dos animales, el del que que se saca la sangre para inocular y el que se inocular, pertenecen á distintas especies; menos evidente si los dos animales son de la misma especie, nulo ó casi nulo si se inocular un animal con su misma sangre.

Se supuso en el suero sanguíneo capaz de disolver los glóbulos rojos la existencia de una sustancia especial dotada de esta propiedad y se la llamó *hemolisina*. Como es sabido, Ehrlich y Morgenroth hicieron sub-divisiones y llamaron *heterolisina* la hemolisina capaz de disolver los eritrocitos de un animal de especie diferente del que ha suministrado el suero hemolítico, *isolisina* aquella que disuelve los eritrocitos de otro individuo de la misma especie y *autolisina* la hemolisina supuesta, pero todavía no demostrada que debería obtenerse mediante la inoculación de un animal con su propia sangre.

Análogamente, por lo que toca á las hemoaglutininas, se hizo la distinción en *heteroaglutininas*, *isoaglutininas* y *autoaglutininas*.

En la sangre de hombres sanos ó enfermos se encontraron por Maragliano, Landsteiner, Donath, Lo Monaco y Panichi, Grixoni, Ascoli, Camus y Pagniez, Novi y Meruzozzi, Capogrossi y otros autores sustancias isoaglutinantes.

Ascoli afirma también que en el suero de sujetos sanos se pueden hallar autoaglutininas, á saber subs-

tancias capaces de aglutinar los glóbulos de la misma sangre á la que pertenece el suero. Pero no dice cuando extrae los glóbulos y cuando el suero; es de suponer, por lo que se dirá después que en sus experimentos haya extraído el suero y los glóbulos en tiempos distintos y por eso también en condiciones diferentes.

Este fenómeno de la autoaglutinación me pareció digno de ulterior estudio por sus posibles aplicaciones al diagnóstico clínico y la medicina legal, y porque estoy convencido de que tiene en la fisiología patológica una importancia muy superior á la que generalmente se le ha concedido hasta hoy.

* *

Referiré brevemente mis experimentos y mis investigaciones. He estudiado la sangre de 100 individuos sanos y la de 40 enfermos. En muchos casos la sangre de un mismo individuo fué examinada repetidas veces. De los 40 enfermos, 18 eran palúdicos, 7 atacados de verruga peruana, 4 de neumonía, 2 de pleuritis, 1 de pioemia, 2 de fiebre tifoidea, 1 de ictericia catarral febril, 2 de enfermedades del corazón en el período de la asistolia, 2 de cirrosis atrófica, 1 de absceso hepático

Empezé por repetir los experimentos más importantes de los autores precedentes y especialmente los de Lo Monaco y Panichi y los de M. Ascoli, en la parte en que se refieren á las aglutininas. Es inútil decir que en la comprobación de los experimentos anteriores me ceñí estrictamente á la técnica empleada por los autores citados. He podido confirmar en gran parte, aunque no en todo, sus observaciones. Así he constatado que la sangre ó el suero de un individuo malárico tiene el poder de aglutinar los hematíes de otro malárico ó los de un individuo sano; que esta propiedad se encuentra también en muchos

otros estados mórbidos (Londsteiner, Lo Monaco y Panichi, Grixoni, etc.), que el suero de la sangre de sujetos normales puede aglutinar los hematíes de otros individuos sanos (Landsteiner, Ascoli), que los glóbulos de distintas sangres, aún provenientes de individuos aparentemente normales son diferentemente sensibles á la acción de las sustancias aglutinantes (Ascoli), que el sulfato de quinina al 1% en solución fisiológica, añadida al suero malárico no le quita contrariamente á lo que afirman Lo Monaco y Panichi, el poder aglutinante (Cappogrossi).

Por lo que toca á la importancia que el fenómeno de la hemoaglutinación puede tener en el diagnóstico de la *malaria latente*, me he convencido que es nula ó casi nula, no solo porque se puede encontrar dicho fenómeno en muchos otros estados patológicos sino también porque se pueden encontrar, como me ha pasado á mi dos veces, sueros normales dotados de un poder aglutinante mayor que el de algunos sueros maláricos para una misma calidad de glóbulos rojos. Si los globulos rojos con los que se experimenta provienen de individuos distintos, entonces es todavía mucho más fácil encontrar sueros sanos provistos de poder aglutinante superior al de sueros maláricos.

Voy á explicarme más claramente:—examinando la sangre de unos quince ó veinte individuos sanos, es bien difícil no encontrar diferencias muy marcadas en el poder aglutinante del suero y en el poder de aglutinarse de los glóbulos. Se hallará luego fácilmente un suero con elevado poder aglutinante, se hallaran glóbulos poco aglutinables y otros muy sensibles á las sustancias aglutinantes. Ahora bien: si se deja obrar el suero normal, bien aglutinante, sobre glóbulos muy sensibles se obtendrá fácilmente una aglutinación más marcada que si se dejan obrar algunos

sueros de palúdicos sobre glóbulos rojos poco aglutinables.

Es un hecho este que yo he visto repetidas veces y que cada uno puede fácilmente constatar por si mismo. Lo que rige para la malaria rije también para las demás enfermedades en las que se suele verificar el fenómeno de la aglutinación. Por esto estoy convencido que este fenómeno por si mismo, tomado aisladamente, nunca podrá tener importancia diagnóstica seria. Sin embargo, podría ser que tuviera importancia notable la curva del poder aglutinante del suero, determinada metódicamente en las distintas formas morbosas, sirviéndose para la formación de cada curva siempre de los eritrocitos del mismo individuo sano. Podría, en otras palabras, verificarse muy bien en el caso de la aglutinación lo que se verifica para el fenómeno patológico "fiebre": no es tanto el aumento de la temperatura cuanto la marcha de ella que es característica y tiene importancia diagnóstica. Por lo demás ulteriores estudios experimentales pondrán en claro este punto.

A proposito de la aglutinación en la malaria, debo añadir que encuentro muy justa la crítica de Ascoli sobre la técnica empleada por Lo Monaco y Panichi de la mezcla de sangre malárica con la sangre de un individuo sano y fuerte compresión sucesiva de dicha mezcla entre porta y cubre objeto, en vez del exámen en gota colgante de la mezcla de suero con una emulsión de glóbulos normales en solución fisiológica de NaCl. I esto no solo porque, como observa Ascoli, mediante tal procedimiento nunca se sabe si la aglutinación es debida á la acción del suero malárico sobre los glóbulos normales ó á la del suero normal sobre los glóbulos maláricos, sino también porque hay que tener en cuenta la compresión del preparado, elemento que no pue-

de absolutamente ser constante en todos los casos.

En lo que toca á la observación de Ascoli de que el suero de la san-normal puede aglutinar, aunque debilmente, sus propios glóbulos, mis experimentos no me permiten confirmarla sino en parte. Si del mismo individuo sano se sacan contemporaneamente los glóbulos y el suero y se deja obrar este sobre aquellos, se observa casi siempre la conocida disposición en rollo de monedas, pero nunca se ve una verdadera aglutinación. Si por lo contrario suero y glóbulos se extraen en tiempos distintos, entonces se puede observar, aunque muy rara vez, una ligera aglutinación. No es así cuando se trata de enfermos: yo he visto repetidamente un poder aglutinante bastante elevado que algunos sueros patológicos tenían sobre los glóbulos rojos del mismo individuo, extraídos contemporaneamente al suero. Pero de esto tendré ocasión de hablar detenidamente más adelante.

*
* *

Ascoli y otros autores afirman que distintos sueros normales tienen diverso poder aglutinante sobre los eritrocitos de un mismo individuo normal, y que los glóbulos de distintos individuos sanos son aglutinados en diferente grado por un mismo suero normal.

Pero estos observadores no establecen si existe una relación fija, y cual es, entre el poder aglutinante del suero y la propiedad de aglutinarse de los glóbulos.

Yo, trabajando contemporaneamente con los sueros de muchos individuos distintos, normales, y combinándolos pacientemente entre ellos mediante nuevos procedimientos técnicos especiales, de los que hablaré extensamente otra vez, me he podido convencer que una relación fija realmente existe, y que se puede

establecer la ley siguiente: En una misma sangre humana el poder aglutinante del suero está en razón inversa del poder de aglutinarse de los eritrocitos. Cuando mayor es el poder aglutinante de un suero para los glóbulos rojos en general, tanto menor es la aglutinabilidad de los eritrocitos correspondientes frente á los demás sueros. Si se toman dos sangres de las cuales la una posea glóbulos bien aglutinables mediante la mayor parte de los sueros normales y la otra tenga por el contrario glóbulos poco aglutinables, la primera sangre tendrá un suero poco activo sobre los eritrocitos de la mayor parte de los individuos normales, y la segunda un suero muy activo. Por ejemplo: el suero de mi sangre tiene un poder aglutinante muy elevado sobre los glóbulos rojos de muchísimas otras sangres normales: por eso es muy difícil encontrar un suero normal capaz de aglutinar mis eritrocitos; en los pocos casos en que he podido encontrarlo se trataba de un suero capaz de aglutinar también todos los glóbulos rojos que mi suero aglutinaba, y los glóbulos correspondientes no eran influenciados por mi suero.

Es claro que cuando se trabaja con muchos sueros y muchas sangres, se juzga el grado de aglutinabilidad de los eritrocitos y el poder aglutinante del suero por la dilución máxima, á que el fenómeno se verifica todavía de un modo evidente. Creo inútil añadir que no se debe buscar en estos fenómenos biológicos y en las leyes que los rigen una precisión verdaderamente matemática. Sería pretender lo imposible.

Por lo que se refiere á las cifras que expresan los grados de dilución, no creo deber referirlas en detalle porque no son necesarias para las conclusiones de este trabajo: solo diré que no es raro el caso de encontrar sueros normales capaces de aglutinar glóbulos normales sensi-

bles, á la dilución de 1:30 hasta 1:50.

La fórmula arriba enunciada que indica la relación existente, dentro de los límites de la normalidad, entre sueros y glóbulos por lo que toca á la aglutinación, está bien en armonía con el hecho ya mencionado de que cuando se extrae de un individuo sano los glóbulos y el suero en el mismo tiempo, aquellos no son aglutinados por este, lo que pasaría inevitablemente, si en un mismo individuo se encontraran contemporáneamente un suero con elevado poder aglutinante y glóbulos muy aglutinables.

Todo esto admitiendo que las aglutininas presentes en los varios sueros normales tengan una acción parecida, sean, en otras palabras, equivalentes entre sí, por lo que toca á su acción sobre los glóbulos rojos; lo que se verifica en realidad. El experimento siguiente, repetido por mí muchas veces, nos proporciona una prueba de este aserto: dada, por ejemplo, una serie de sangres normales *a, b, c, d, e*, diferentemente aglutinables y de las que *a* sea la menos aglutinable y *e* la que más se aglutina y un suero, también normal, capaz de aglutinarlos á todos en distinto grado, si se deja durante 24 horas el suero en contacto con un exceso de los hematies más sensibles á la aglutinación (en nuestro caso son los glóbulos *e*) el suero pierde sus propiedades aglutinantes para toda la serie de las sangres. Los glóbulos más aglutinables son capaces de agotarlo completamente, es decir de quitarle todas las aglutininas que contenía. Repitiendo la prueba con una de las otras sangres, por ejemplo con *c*, se ve que el suero pierde su poder aglutinante para las sangres *a, b, c*, pero lo conserva, aunque disminuida, para *d* y *e*.

Es notable y hasta cierto punto contradictorio el hecho experimental de que cualquiera que sea la cantidad de glóbulos de la sangre

c que se ponen en contacto con un mismo volúmen del suero, estos no le sustraen sino una pequeña parte de las sustancias aglutinantes; el suero queda siempre aglutinante para las sangres *d* y *f*. La cantidad de las hematias no puede, según eso, substituir su calidad por lo que se refiere al poder de fijar las aglutininas. Este último experimento nos hace creer que la constitución de la aglutinina sea mucho más compleja de lo que generalmente se piensa.

Todo lo dicho arriba se refiere exclusivamente á la sangre normal: la sangre de enfermos se comporta frecuentemente como la normal, pero no siempre.

A propósito de sangre patológica deseo consignar en este lugar algunas observaciones hechas por mí sobre la relación que existe entre el poder aglutinante del suero de la sangre y el de exudados y trasudados eventualmente presentes en el mismo individuo. Los casos examinados son cuatro: en uno tratabase de ascitis en un cardíaco, en el segundo de ascitis en un caso de *poliserositis*, en el tercero de suero extraído del pericardio y del peritoneo de un individuo fallecido por "fiebre grave de Carrión" y en el cuarto caso del líquido de una pleuritis aguda, en los primeros días de la enfermedad. En los tres primeros individuos encontré, mediante el método de las diluciones que el suero de la sangre poseía un poder aglutinante marcadamente superior al de las otras serosidades; en el cuarto el líquido pleurítico tenía el mismo poder aglutinante que el suero de la sangre. Es inútil añadir que en todos los casos me he servido de la misma calidad de glóbulos rojos para los experimentos relativos al mismo individuo. Dada la escasez de las observaciones, no creo poder sacar de ellas, por ahora, otra conclusión segura sino esta: *que el poder aglutinante del suero angüíneo puede ser muy distinto el de exudados ó trasudados even-*

tualmente presentes en el mismo individuo.

* *

Pasemos ahora á considerar otra serie de fenómenos según mi parecer muy importantes, á saber los de la autoaglutinación en la sangre de individuos atacados de algunas infecciones agudas.

Hemos dicho arriba que Rayer, Davaine y Pollender habían observado y Hayem estudiado el hecho que se verifica en algunas enfermedades de rápido desarrollo, es decir un agrupamiento anormal de los eritrocitos en los preparados frescos de la sangre. Hemos visto también que estos autores habían puesto en relación el fenómeno observado con una viscosidad anormal de los hematies (Pollender) ó con modificaciones en la coagulabilidad de la sangre (Hayem).

Nadie, que yo sepa, ha vuelto á emprender el estudio de estos hechos después de las investigaciones recientes sobre hemolisis y hemoaglutinación; nadie los ha considerado desde los modernos puntos de vista. Y sin embargo es cierto que se trata de fenómenos perfectamente análogos á los que hoy día se estudian bajo la denominación de "aglutinación de los glóbulos rojos". Yo puedo afirmar que se trata de fenómenos idénticos, que se trata en otras palabras de la formación rápida y abundante de autohemoaglutininas en casos patológicos especiales. No es difícil imaginarse como la cosa proceda. Sabemos que existen sangres humanas cuyos glóbulos son muy aglutinables, muy sensibles á la acción aglutinante de casi todos los sueros. Mis investigaciones arriba referidas han demostrado de que sien este caso el fenómeno la aglutinación no se verifica, no es porque la calidad de la aglutinina no sea igual para todos los sueros normales (es decir no es porque exista en una dada sangre una aglutinina especial incapaz de

aglutinar los glóbulos correspondientes, pero capaz de aglutinar glóbulos de distinta proveniencia), sino porque el suero correspondiente á esos glóbulos muy sensibles tiene un poder aglutinante muy escaso, posee una cantidad de aglutininas pequeñísima.

Pero este poder aglutinante en algunos estados morbosos puede aumentar rápidamente y en modo muy notable. Deriva de esto la presencia por cierto tiempo en la sangre de dichos enfermos de un suero muy aglutinante y de glóbulos bien sensibles á la aglutinación. Esta condición anormal será tanto más marcada cuanto más se modifica la relación estrecha que existe normalmente en la misma sangre entre poder aglutinante del suero y aglutinabilidad de los glóbulos. Por lo demás basta pensar en lo que pasa durante el acceso malárico en el cual encontramos siempre ó casi siempre un suero con fuerte poder aglutinante, con poder aglutinante mucho mayor del que se encuentra en los mismos individuos en el estado normal: basta OJEAR las curvas que en el trabajo de Lo Monoco y Panichi expresan gráficamente con un rápido ascenso, el aumento rápido del poder aglutinante del suero sanguíneo en el acceso malárico experimental. Para que en estos casos no se verificara la aglutinación, sería necesario que con igual rapidez se modificase la sensibilidad de los glóbulos á la aglutinación, es decir que se produjera una especie de vacunación rápida de estos contra las aglutininas, una neoformación pronta de antihemaglutinas, solo así la relación entre el poder aglutinante del suero y la aglutinabilidad de los glóbulos quedaría invariable. Y esto prácticamente no sucede ó mejor dicho, no sucede en los casos en que, como en el acceso malárico, la formación de aglutininas en la sangre es notable por cantidad y rapidez.

Solo que si la producción de aglutininas continúa por un tiempo relativamente largo, entonces se modifica notablemente el grado de aglutinabilidad de los glóbulos rojos. Fundo estas aserciones sobre constataciones experimentales. Los experimentos son tan sencillos que cada cual puede repetirlos. Dejando coagularse la sangre se escapa por lo general de la masa del coágulo, además del suero, una cierta cantidad de glóbulos rojos que primero se mezclan al líquido y después, obedeciendo á la gravedad, se recojen en la parte inferior del recipiente, por debajo del suero. Si la sangre es normal los glóbulos se encuentran separados ó reunidos en rollo de moneda: una gota de este depósito globular transportada en un vidrio de reloj y mezclada con una pequeña cantidad de solución fisiológica de Na-Cl. da una emulsión homogénea de eritrocitos en la solución fisiológica misma. Por el contrario en varios estados mórbidos y especialmente en la malaria se encuentran muchos grupos de eritrocitos fuertemente aglutinados: la solución fisiológica es incapaz de separarlos, así es que resulta imposible en estos casos conseguir una suspensión homogénea de los hematíes en la solución salina. (Continuará).

Sobre la coloración de los Hematozoarios del Paludismo.

Uno de los puntos interesantes en el estudio del Paludismo, es la coloración de su parásito; en efecto, por ella nos damos cuenta de la fina estructura de éste y podemos seguirlo en las diversas etapas de su ciclo evolutivo, ya sporogónico ya schizogónico.

Laverán (1) describe un método

(1) A. Laveran, Sur une methode de coloration des nuyaux applicable en particulier a l'etude des Hematozoaires endog lobulaires Comptes rendus de la société de Biologie —1900.

de coloración que ha sido por mi parte objeto de estudio y en el cual he hecho una ligera modificación.

Con este método se obtienen resultados más consistentes que con el de Romanowsky y superiores á los obtenidos con la hemateína (2) muy empleada por los Ingleses.

Para servirse de él se necesitan las siguientes soluciones.

1. *Azul Borrel*.—En un probeta de 150 cc se colocan algunos cristales de nitrato de plata y 50 á 60cc de agua destilada, una vez que se hayan disuelto, se llena la probeta con una solución de soda y se agita, se forma un precipitado negro de óxido de plata, que se lava varias veces para arrastrar el nitrato de sodio y el exceso de soda.

Se vierte entonces sobre el óxido de plata, una solución acuosa saturada de azul de metileno purísimo de Hóchst (3) se deja en contacto 7 á 8 días teniendo cuidado de agitar de cuando en cuando.

2. Solución acuosa de eosina al 1 por 1000 (eosina de Hóchst.)

3. Solución de tanino al 5 %.

Para evitar la producción de hongos es conveniente echar algunos trozos de alcanfor en las soluciones de eosina y tanino.

Para colorear una preparación se procede como sigue:

La sangre desecada en capa delgada en la superficie de una lámina porta-objeto se fija al alcohol absoluto (20 minutos próximamente.)

Una vez fijada se procede á la coloración para lo cual se hace la mezcla siguiente:

Sol. eosina..... 4 cc

Agua destilada..... 6 cc

Azul Borrel..... 1 cc

Las soluciones de eosina y azul

(2) Este método aunque muy rápido y seguro, no da una noción exacta del parásito sirviendo solo para las investigaciones clínicas.

(3) Es de toda necesidad emplear azul de Metileno de esta casa ó cuando menos el de Grüber. Yo he ensayado con azules de otras fábricas, obteniendo resultados negativos.

deben filtrarse separadamente en el momento de hacer la mezcla, se agita y se vierte el líquido colorante en una cápsula de Petri.

En seguida se coloca la lámina porta-objeto de manera que la sangre solo toque la superficie del líquido colorante, 5 á 10 minutos bastan para que la coloración se efectúe; pero si los preparados de sangre son viejos, entonces el tiempo debe ser mayor.

Una vez que la coloración se ha efectuado, se lava perfectamente, se somete á la acción de la solución de tanino (1 minuto) se lava nuevamente y seca.

Antes de montar la preparación se examina á seco, si existe un depósito granuloso se lava al alcohol después al agua.

Tal es la manera de proceder según su autor, pero resulta que con mucha frecuencia toda la preparación tiene un color azul uniforme, haciendo de este modo imposible la observación microscópica é ilusorio el método.

Para obviar este inconveniente propongo hacer la siguiente modificación:

Una vez que se haya coloreado y lavado obsérvese si la preparación tiene ese color, entonces hágase uso del líquido siguiente:

Acido acetico 10 cc

Azul de metileno..... 1 gr.

Agua destilada..... 150 cc
por 2 ó 4 segundos máximun lávese inmediatamente y séquese.

Entonces los hematíes aparecen coloreados en rosa.

Los núcleos de los leucocitos en rojo violáceo, el protoplasma azul y las granulaciones en rosa.

Los hematozoarios: el protoplasma en azul y el núcleo rojo violáceo.

Reasumiendo todo lo dicho, el procedimiento se reduce á lo siguiente:

1º fijación de la sangre en porta-objetos, alcohol absoluto ó alcohol éter.

2º Coloración con la mezcla ya mencionada.

3º Si se observa que la preparación tiene ese velo azul, hacer uso del reactivo que propongo (2 á 4 segundos maximum).

4ª Fijación del color por la solución de tanino (1 minuto), lavado al agua, desecación y montaje.

Esta modificación que hace algunos meses vengo empleando, me ha dado siempre buenos resultados por lo cual lo pongo en conocimiento de los que se dedican á esta clase de estudios,

JULIO C. GASTIABURÚ.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. DALCHÉ

LA PUBERTAD

HEMORRAGIAS PATOLÓGICAS DE LA
PUBERTAD. METRORRAGIAS

Y MENORRAGIAS

(Conclusión.)

En el útero infantil normal, la pared posterior del cuello es más larga que la anterior. Desarrollándose, el útero tiene una tendencia natural á bascular hacia adelante sin doblarse. Suponed, por el contrario, lo que sucede con mucha frecuencia, que la pared vaginal anterior no se desarrolle de una manera normal: tira del cuerpo, que se dobla en el punto de unión con el cuello. De Sinéty dice: "En la pubertad el cuerpo adquiere proporciones normales, el segmento cervical es el único que conserva el carácter infantil. Estos casos van acompañados de acortamiento de la pared vaginal y esta pared vaginal acortada es la que impide al útero ocupar su sitio normal. Añadid á esto el peso de los órganos abdominales." Virchow ha hecho observar que al nivel de la unión del cuello y del cuerpo se hace el

ángulo de flexión. Es este el tipo de *ante flexión cérvico corporal* (Gail-
lard-Thomas).

En el *tipo corporal*, encontraréis fácilmente el cuello con el tacto, y colocando la otra mano sobre el hipogastrio, percibiréis el cuerpo uterino en antero-flexión; podéis comprobar ésta con el tacto rectal á fin de convenceros que no se trata de un fibroma, por ejemplo.

En el *tipo cervical* el cuerpo es disimulado ante los medios de investigación. Por lo demás en esta forma el orificio uterino está dirigido hacia atrás, lo que hace la introducción de un tallo de laminaria para hacer el tratamiento de las dilataciones de lo más problemático.

El *tipo cérvico-corporal* es muy raro. El conducto cervical es muy largo. El tratamiento muy difícil.

Si examinamos lo que pasa en estas desviaciones, vemos que en el tipo de *ante-flexión corporal* la cavidad del cuerpo y la del cuello están respectivamente dilatadas, mientras que hay estenosis de los orificios interno y externo, es el útero "en forma de reloj de arena" de Pozzi,

Resulta de esto un éxtasis de los menstruos y del moco, y consecutivamente, la endometritis y la anexitis. Acordaos que, en este caso, el útero permanece pequeño y, sobre todo, que su parte cervical es la que sufre un paro de desarrollo.

Los *síntomas* que traducen la anteflexión corporal son la dismenorrea y los cólicos menstruales. Este dolor aumentará progresivamente, y llegará á su máximo en el mismo momento en que el derrame sea más abundante.

Trataréis esta afección mediante la dilatación. Sería de desear que se empezase á buena hora. Desgraciadamente sólo cuando es esposa os trae el marido á la enferma, porque es estéril y también porque sufre mucho y no puede ni andar, ni salir, ni alternar en la sociedad. La

mujer de la clase obrera se quejará, sobre todo, de no poder trabajar, y no será nunca la más exigente.

Estas desviaciones pueden originar crisis peritoniformes, pequeños hematoceles de repetición por reflujo de la sangre en las trompas y su derrame en el pliegue de Douglas (Pozzi), es preciso estar prevenido pues se podría, frente á tales síntomas, creerse forzado á una intervención grave, cuando es suficiente esperar la próxima época, que puede pasar de otra manera.

Todas las complicaciones flemáticas, en general, pueden acompañar á estas ante-flexiones. Pozzi dice: "Si la higiene es mala, cuando el útero se hincha y se reblandece, todas las fatigas, la equitación, la masturbación, producen la inflamación y la desviación. Con estas palabras hace saber que en aquella edad la de la pubertad), podéis tener como en las mujeres adultas, una ante-flexión de origen patológico que veréis producirse progresivamente y á la que podréis detener de un modo preventivo, y más tarde de un modo curativo, como en la ante-flexión congénita.

La *retro-flexión* de las vírgenes no es tan frecuente como la ante-flexión, porque esta última solo es la exajeración de la posición natural del útero. Va acompañada también de cierto grado de infantilismo. Al tacto se nota á la vez el cuello y el cuerpo. Un síntoma frecuente es el estreñimiento.

Hertogh hace de la retroflexión de las vírgenes, uno de los síntomas que traduce la hipotiroidia benigna crónica. La opoterapia tiroidiana le ha dado, en este caso, resultados casi maravillosos.

En resumen, creo que el trabajo orgánico por el cual el útero pasa del estado infantil al pubescente, después al adulto, no puede hacerse sin provocar un estado congestivo que se manifiesta por la leucorrea en el período intermenstrual, por pérdidas en el momento de la

menstruación y en el que interviene la secreción ovárica. Ya he dicho que hay una clorosis menorragica debida á la fluxión uterina, que resulta de fenómenos vasodilatadores. Parece que la secreción ovárica provoca una vaso dilatación considerable en la matriz y en las trompas.

Jayle ha reunido, con el nombre de *ataxia ovárica*, estos hechos en los que se ve tanto la menorragia como la amenorrea en las jóvenes mal regladas. Pero en un momento dado, la menstruación se hace en ellas absolutamente regular.

Todas las consideraciones que preceden, van á permitirnos estudiar fructuosamente el tratamiento de las hemorragias genitales de la pubertad.

Este tratamiento varía con la causa de la hemorragia: es diferente según que la hemorragia es debida á una desviación, hiperemia ovárica, congestión uterina, ictericia acolúrica, etc.

Varía con la abundancia de la pérdida, con la época en que se produce [intra ó inter-menstrual].

En suma, hay tres puntos que considerar: 1º, la causa de la hemorragia; 2º, su abundancia; 3º, el período de producción.

La hemorragia puede ser fulminante, como en los casos citados por Trousseau, especialmente aquellos en que la enferma inunda literalmente su cama de sangre. Hobb cita una niña de 14 años muerta de hemorragia en pocos días. Poseemos por lo tanto, un tratamiento especial que oponer á estas pérdidas notables por su abundancia.

En tal caso se debe poner pronto á la enferma en posición horizontal, en el reposo más absoluto, con la cabeza un poco baja para evitar un síncope mortal. Calentad las extremidades con botellas de agua caliente, bolas de algodón en rama y guantes de lana. Haced inyecciones de ergotina Ivón; de la que 1 gra

mo corresponde á 1 gramo de cornezuelo de centeno; debéis hacer de una á tres inyecciones. Después prescribid grandes irrigaciones de agua caliente á 45° á 50°. Por último, haced un taponamiento con una solución gelatinada.

Al mismo tiempo dad inyecciones de suero con 7 gramos de NaCl por 1.000, á la temperatura de 38° á 40° y dadas con un aparato de pera.

Haced inyecciones de éter, de cafeína, de estricnina. Estas últimas son poco conocidas; se emplea esta fórmula:

Sulfato de estricnina.....0'001 gr.
agua.....1 „

Cuando se trata de un derrame pequeño interminable, que mancha la ropa, Arán da un baño tibio de 20 minutos á media hora de duración. Usad este medio tan sencillo, y será suficiente la mayor parte de las veces.

* *

Se conoce con el nombre de *leucorreas*, dice Courty, los flujos patológicos producidos por el aumento y alteración de las secreciones normales del aparato genital. Esto quiere decir que el derrame que caracteriza á la leucorrea no contiene ni sangre ni ícor.

La leucorrea se observa en las jóvenes en condiciones muy diversas, y si se fracasa en muchos casos en el tratamiento de estos accidentes, es que se ignora muchas veces sus causas.

Hay una que con harta frecuencia es desconocida y que considero yo como importantísima: es precisamente el trabajo evolutivo de la pubertad. En efecto: es imposible que la transformación del órgano genital, su paso del estado infantil al estado pubescente, y luego al adulto, no vaya acompañado de cierta hiperemia, de cierto movimiento fluxionario localizado en las vías genitales. Este fenómeno explica algunas hemorragias de la pubertad. Pero, antes de llegar al período hemorrágico, este movi-

miento evolutivo basta por sí solo para mantener una fluxión de la mucosa del cuello y de todas las partes genitales, que se traduce por un flujo leucorréico. Esta leucorrea puede aparecer semanas, meses y aún años antes de la erupción de los primeros menstruos. La niña, durante ese período, tendrá, pues, pérdidas blancas, más ó menos líquidas y continuas. Este derrame, tan pronto seroso como sero-mucoso, en un momento dado se vuelve más espeso, se oscurece, y al mismo tiempo la joven acusa dolores en el bajo vientre: es un esbozo del molimen catamenial, y este derrame morenuzco recuerda el que se observa en las mujeres algunos días antes de los menstruos. En las linfáticas el derrame irrita la vulva y los labios, los pone tumefactos, da lugar á excoriaciones, á erupciones, á eritema y produce un cierto grado de vulvitis.

En algunas personas sucede que este derrame tiene una marcha periódica varios meses antes de establecerse la menstruación. La niña se queja de un poco dolor en los riñones y en el bajo vientre, tiene los pechos ligeramente hinchados y sufre pérdidas blancas durante cinco ó seis días acompañadas de algo de cefalalgia: son los "menstruos blancos" de otro tiempo. Es un trabajo catamenial que se detiene en el camino y se traduce por el aumento y la alteración de las secreciones normales del aparato genital, que constituye la leucorrea.

¿Sois vosotros los que debeis tratar estas leucorreas?

No siempre. No hagáis nada para que cesen, pues podría tener una acción nefasta sobre la ovulación. Es, pues, muy importante conocer bien la naturaleza de este accidente tan vulgar antes de tratarlo.

Estos flujos mucosos periódicos no se presentan únicamente antes de la pubertad, antes de la erupción de los primeros menstruos: los observaréis durante las fases de

amenorrea en las cloróticas, dispépsicas, en las que la evolución menstrual no está completamente terminada y que sufren alternativamente pérdidas leucorréicas y menstruales.

He aquí, pues, una primera variedad de leucorrea para la que seréis muchas veces consultados por las madres de familia, si no á causa del mismo derrame, por lo menos en razón á las complicaciones que produce y sobre las que volveremos á hablar en seguida.

En otros casos se observa una variedad de leucorréa quizás menos importante que la precedente: es la leucorrea que acompaña á las reglas, no solamente en la pubertad, sino durante todo el curso de la vida genital. No hay ninguna mujer que pocos días antes de tener la menstruación, ó algunos días después, no padezca un ligero derrame seroso. No insisto más sobre esto: se trata de un fenómeno fisiológico, y muy pocas veces se os consultará acerca de él. Vuestro papel se limitará, naturalmente, á tranquilizar á la mujer si ignora esta particularidad.

En una tercera categoría se comprenden las enfermas que con Alberto Robin hemos estudiado y descrito con el nombre de *falsas uterinas*.

Son estas mujeres ó jóvenes que sufren, en primer término, de las vías digestivas, dispépsicas ó atacadas generalmente de estreñimiento crónico. Tienen dismenorrea, menorragias y leucorréa. Las curaréis cuidando exclusivamente el estómago y el intestino. Otras tienen peritonitis, enteritis, gusanos intestinales, la tenia ó los ascárides lumbricoides. Por último, hay toda la familia de las cloróticas linfáticas y nerviosas. Después vienen las caquéticas, las que tienen principios de tisis, las intoxicadas, las saturninas, las palúdicas, las jóvenes que viven en una atmósfera confinada y padecen miseria y pri-

vaciones; todas estas enfermas tienen pérdidas blancas y son falsas uterinas. Por último, señalaré ciertas artríticas, en las que las pérdidas blancas toman á veces una marcha paroxística; pero las crisis no van acompañadas ni de dolores de riñones, ni de vientre, ni de hinchazón de los pechos, ni de la cefalalgia particular que acompañan á las menstruaciones.

La leucorréa acompaña también á las afecciones útero-ováricas de la joven: las metritis, las desviaciones, las flexiones. Esta leucorrea puede determinar diversas complicaciones, en particular un vaginismo, que á veces causa á las enfermas tormentos insostenibles, como en la joven que actualmente está en nuestro servicio en el N° 2 de la sala Cruveilhier. En ella la leucorrea tenía por causa una desviación de la matriz, y he tenido el placer de curarla, á la vez, todos sus males, reduciendo la desviación.

Este vaginismo es, en efecto, una afección muy penosa para las mujeres y que debe preocupar en el más alto grado al médico desde el punto de vista de las intervenciones terapéuticas que pueda intentar.

Voy á hablar ahora del estudio de la leucorrea que con más frecuencia trataréis, la que constituye una verdadera enfermedad, á cuya vista no habeis de ser impotentes ó indiferentes, pues origina complicaciones que pueden poner en riesgo la misma vida de las enfermas. Hablo de la leucorrea que acompaña á la *vulvo-vaginitis*.

La *vulvo-vaginitis* se observa desde el nacimiento hasta la pubertad con dos máximas: la primera de los dos á los seis años; la segunda en el momento de la pubertad, de los once á los trece años.

Reconoce como causa, por una parte, la suciedad, el contacto de las materias fecales, de la orina, la irritación por trapos ásperos, esponjas duras, cuerpos extraños,

oxiuros, hábitos de onanismo, algunas veces el enfriamiento, en fin, ciertas dermatosis, el pénfigo, la dermatosis esfoliativa, el eczema, el ectima, el impétigo contagioso, etc. Puede, en una palabra, ser atribuida, según Marfan, á un origen *saprofítico ó piodérmico*.

Suele acompañar á la varicela, á la viruela, al sarampión á la escarlatina, á la coqueluche, á las parótidas, á la fiebre tifoidea, á la escrófula, á la anemia y á la sífilis congénita, en la que no se piensa lo bastante.

Por último, puede ser de origen *venéreo* y revelar la infección blenorragica.

La vulvo-vaginitis se observa, sobre todo, en el estado endémico ó epidémico en los asilos. Veillon ha encontrado el gonococo veintitrés veces en veintiocho casos. Se ha de invocar en semejante caso el contagio directo, y sobre todo indirecto (trapos, esponjas, termómetros, retretes): los casos de violencia son extremadamente raros, y precisamente desde el punto de vista de los peritajes médico-legales importa tener presente las causas múltiples que hemos señalado.

El derrame de origen gonocócico es al principio espeso, cremoso, verdusco y deja como almidonadas las ropas; después se vuelve fluido, amarillento, claro. La faz aguda dura de dos ó tres semanas: pero la enfermedad ofrece una tendencia desesperante á la cronicidad. Dura meses enteros y aún años.

La vulva está inflamada, los labios tumefactos, ulcerados y son dolorosos; puede haber foliculitis. En una variedad descrita por Courty, la uretra se rodea de granos fungosos y polipoideos, que es preciso cauterizar con una barra de nitrato de plata. El cuello raras veces es atacado. Se ve adenitis inguinales, piosalpingitis, pelvipеритонitis, conjuntivitis.

Duparc había, en otro tiempo, descrito la peritonitis aguda idio-

pática de las jóvenes, que consideraba como un fenómeno de metástasis consecutivo al brusco paro de las menstruaciones. Esto es simplemente una manifestación de la gonococcia ó una complicación de la vulvo-vaginitis venérea. Marfan ha observado tres casos mortales.

Se vé también fisuras anales, manifestaciones reumáticas, pericarditis, corea.

Ebstein, Suger y Noegaert han señalado casos en que el gonococo parecía dormir; después se despierta bajo la influencia del embarazo y produce supuraciones anxiales.

TRATAMIENTO.—¿Qué tratamiento vamos á instituir para combatir las pérdidas blancas, accidente que parece tan vulgar y puede tener consecuencias tan terribles?

Este tratamiento difiere según la variedad á que se dirige.

En las falsas uterinas la debilidad, el estado caquéctico, son la causa; se atenderá, pues, al estado general, será preciso combatir el estreñimiento, cuidar las vías digestivas, hacer el tratamiento de la clorosis, del linfatismo ó del estado nervioso, evitar las fatigas, etc.

En las niñas atacadas de vulvo-vaginitis haréis tomar, sobre todo, baños para conservar en un estado constante de limpieza los órganos genitales, y tomaréis medidas profilácticas, prohibición de acostarse en la misma cama, supresión del trapo y de los objetos de limpieza comunes, desinfección de los baños, etc.

La leucorrea que precede á las reglas va acompañada de prurito, de acné, de eritema; algunos lavados y la aplicación de polvo aislador es suficiente. Si hay eczema se pondrá el polvo y las pomadas de óxido de zinc.

La leucorrea catarral crónica, no venérea se trata con los lavados. Se puede emplear, como antes, el cocimiento de hojas secas de nogal á la dosis de diez á veinte gramos en

un litro de agua, ó bien la rosa de Provenza. Empleo hojas de eucaliptus á la misma dosis, añadiendo al cocimiento tibio cuatro gramos de bicarbonato de sodio. Robin prescribía de treinta á sesenta gotas de láudano, y de cinco á diez gotas de extracto de Saturno ó una cucharada de tanino por litro.

Si el derrame es tenaz, os podréis ver obligados á introducir una bujía pequeña ó un supositorio á base de iodoformo ó de ictiol. En la mujer me sirvo de un tapón empapado en

Glicerina..... 100 gramos
Acido láctico..... 3 „

La bujía de ictiol es mucho más cómoda de manejar. Se la retiene durante la noche y por la mañana basta un simple lavado. Se puede emplear la siguiente mezcla:

Almidón..... 20 gramos
Bismuto..... } aa. 5 „
Salol..... }
Prescribo con mucha frecuencia:
Polvo de ortoformo.... }
Polvo de diortoformo. } aa. gramos
Polvo de talco..... }

El ortoformo tiene las mismas cualidades que el iodoformo, sin su mal olor; pero estas sustancias tienen el inconveniente de ser muy caras.

Se ha preconizado las gasas empapadas en glicerolado de almidón, de resorcina, de tanino, de sublimado, de sulfato de zinc y de emulsión de coaltar.

En la *vulvo-vaginitis blenorragica* aconsejad el reposo en cama, los baños de asiento, narcóticos y emolientes: con mucha frecuencia empleo esta fórmula:

Hojas de belladona. }
Hojas de yerba mora }
Hojas de beleño..... } aa. 30 gramos
Cabezas de adormideras núm. 2..... }

Se hace hervir en el agua de un baño de asiento tibio. En la mujer

se hará inyecciones con el agua de este baño, que es muy sedante.

No es fácil hacer irrigaciones vaginales en las niñas: se tomará una sonda uretral de hombre un poco larga, adaptada á un embudo de vidrio y se echará la inyección *sua-vemente, con débil presión*, haciendo acostar á la niña en la posición de la talla. Se hará pasar de un litro á litro y medio en el espacio aproximadamente de veinte minutos. Esta irrigación podrá renovarse mañana y tarde. Se empleará permanganato potasa al 4 por 1.000 ó sublimado al 10 por 1.000, *sin alcohol*.

Ebstein preconiza el ictiol al 1 ó al 2 por 1.000.

Desde hace algún tiempo empleo protargol. Esta substancia debe estar mezclada por mitad en su peso de agua, de modo que forme una pasta blanda, que al cabo de una hora puede mezclarse con agua y disolver en ella. Me sirvo de una solución madre compuesta de:

Protargol..... 20 gramos
Agua..... 100 „

Empiezo por una ó dos cucharadas de café, es decir, uno ó dos gramos de protargol por un litro de agua. En las adultas llevo al 10 por 100.

Estas inyecciones deben continuarse durante largo tiempo.

Nota.— Cuando hagáis lavados con sublimado no aplicad nunca polvo ó pomada de óxido de zinc; se forma cloruro de zinc, que es cáustico y determina quemaduras muy dolorosas. He observado este hecho en un caso, y es preciso estar prevenido siempre que se noten pérdidas blancas acompañadas de prurito vulvar.

Cuando las enfermas acusan *plurito vulvar* es preciso siempre asegurarse de la causa que lo mantiene. Puede ser un vicio de conformación, como el desarrollo exagerado del crítoris, de las ninfas, etc. La resección de las partes exuberantes con las tijeras, es necesaria entonces.

¿Qué medios se han recomendado contra el prurito vulvar?

Los lavados calientes de sublimado al 1 por 1,000, aplicados largo tiempo, parecen tener un resultado eficaz. Se puede emplear también el hidrato de cloral al 10 por 1,000, los polvos de ortoformo y de diortoformo. Una pomada que me ha dado muy buenos resultados, es la siguiente:

Mentol.....	0'05 gramos
Guayacol.....	0'50 "
Oxido de zinc.....	10 "
Vaselina.....	30 "

Aplíquese dos veces al día sobre la vulva y el periné, alrededor del ano. (No hagáis lavados con sublimado.)

Robin ha propuesto tomar de la práctica veterinaria la tintura de álces, que se puede añadir á esta pomada á la dosis de 0'25 á 1 gramo ó bien aplicar en embrocaciones.

También se puede usar el "bálsamo del Comendador," que entre una multitud de otras sustancias contiene álces.

El herpes que acompaña muchas veces al prurito vulvar, se tratará con el agua blanca, los polvos de alumbre y talco. Bernier aconseja el tanino. Robin indica:

Polvos de almidón.....	60 gramos
Oxido de zinc.....	5 "
Alcanfor pulverizado...	2 "

y en las ulceraciones:

Azufre sublimado	} aa. 5 gramos
y lavado.....	
Alcanfor.....	

Vaselina pura..... c. s.

para hacer una pasta blanda.

En los casos de *gangrena* hago lavados con agua oxigenada, pura ó diluída al sexto.

Me sirvo mucho del eritrol (ioduro doble de bismuto y de sintonina) en toques, seguidos, después de secamiento total, de lavados con agua oxigenada.

Por último, puede ser obligatorio practicar la ignipuntura con el termocauterio.—(Traducido por Ruiz Rodríguez, para la GACETA MÉDICA CATALANA.)

Medicina Práctica

Sobre el valor antiséptico del agua oxigenada

He hecho durante un año ensayos clínicos, dijo el Dr. Lucas Championniere en la Academia de Medicina, que prueban que el agua oxigenada es un antiséptico de una notable potencia, llamado á prestar grandes servicios en los casos de supuración ó de infección séptica, contra los cuales, hasta hoy, nos hallábamos mal preparados.

Las soluciones de agua oxigenada del comercio, á 10 ó 12 volúmenes, son las que más convienen para uso quirúrgico. Estas soluciones son poco irritantes, y jamás he observado accidentes como consecuencia de su empleo.

La potencia antiséptica del agua oxigenada es superior en mucho á la de todas las sustancias más usuales, el sublimado inclusive.

He podido, por medio de lavajes de agua oxigenada, detener la putrefacción en las heridas profundamente infectadas que habían resistido á los antisépticos más poderosos. Pero el agua oxigenada no sólo es susceptible de detener las putrefacciones y las supuraciones: también puede prevenirlas. El lavaje previo de la vagina para la histerectomía siempre me ha parecido más perfecto con el agua oxigenada que con ningún otro líquido.

En fin, en los casos de aborto seguidos de fenómenos de infección manifiesta, con fetidez de las secreciones y elevación de temperatura, el lavaje de la cavidad uterina con el agua oxigenada me ha parecido dar resultados tan satisfactorios como los que se obtienen por medio del curetaje de la matriz.

Agrego que, además de su extrema potencia antiséptica, el agua oxigenada se halla provista de propiedades hemostáticas, que extien-

den el campo de sus aplicaciones quirúrgicas.

* *

Con gusto hemos transcrito lo anterior tomándolo del periódico "Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles", porque la respetable opinión del Dr. Championnière, el distinguidísimo cirujano francés, viene corroborando lo que nosotros asentamos, al hablar en este mismo periódico del HYDROZONE de Ch. Marchand, la mejor agua oxigenada que conocemos y cuyo uso se generaliza más y más cada día entre nosotros.

DR. E. D. ABOGADO.

(Published by *La Crónica Médica Mexicana*, Mexico, for March 1st, 1903.)

Publicaciones recibidas

Enfermedades de la laringe, nariz y oídos. por el Dr. Andrés Castex, traducido de la segunda y última edición francesa por don Federico Toledo, precedida de un prólogo del Dr. D. Juan Cisneros, catedrático de dicha asignatura en el Colegio de San Carlos de Madrid.

Declarada de texto oficial en varias facultades de medicina de España, en la cátedra recientemente creada.

La rapidez con que agotada la excelente obra del reputado profesor de la facultad de medicina de Paris, le ha obligado á publicar una segunda edición; en la que ha introducido notables mejoras aumentando algunos capítulos y modificando otros, hasta el punto que puede decirse que es una obra completamente nueva y *con doble lectura que la anterior*, por lo que no es aventurado predecir, que la segunda edición obtendrá igual éxito que la primera. Ilustran la obra, una profusión de magníficos grabados intercalados en el texto. Constará de un hermoso volumen que se

publica por cuadernos de 64 páginas cada uno, al precio de una peseta.

Los señores suscritores sólo abonarán *quince* euadernos, recibiendo gratis los que excedan de este número.

Van publicados 12 cuadernos.

Los pedidos y suscripciones, á la administració de la *Revista de Medicina y Cirugía practicas*, Preciados, 33, bajo. Madrid.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL VERUCOMA DE CARRIÓN. — Interesante publicación hecha en francés, en Paris, por nuestro ilustrado colega Dr. Escomel.

Trujillo, febrero 19 de 1903.

Srs. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: Hace ocho años mas ó menos que en el ejercicio de mi profesión he venido haciendo uso de su excelente preparación Emulsión de Scott con el mejor resultado en casos de consunción pronunciados; tuberculosis pulmonar, manifestaciones de escrofulismo y raquitismo y como agente reparador y altamente nutritivo. No solamente es la Emulsión de Scott un agente de gran valor; sino que la forma farmacéutica que ustedes le han dado la hace agradable y fácil de administrar á los enfermos delicados y especialmente á los niños.

El éxito universal de su preparación les ha dado ante la ciencia médica y opinión pública la indisputable gloria de haber enriquecido la terapéutica con un poderoso agente curativo de resultados casi siempre infalibles.

Me suscribo de ustedes muy atento y S. S.

DR. JACINTO PITAR.

Imprenta de San Pedro.