

REVISTA DE ESTUDIANTES.

PERIODICO CIENTIFICO SEMANAL.

DIRECTOR.—Francisco de Francisco y Diaz.

SUMARIO

Sífilis terciaria, ectima profundo, (continuación) —Ataxia, locomotriz progresiva, (continuación).—Boletín Bibliográfico

SIFILIS TERCIARIA.

ECTIMA PROFUNDO.

(CONTINUACION.)

sífilis es adquirida ó hereditaria; 2º en qué periodo se encuentra de su enfermedad, y 3º á qué grupo de las sífilides corresponden sus manifestaciones cutáneas para de este modo llegar al pronóstico y ver justificado el tratamiento

Descartamos desde luego, atendiendo á sus antecedentes, que se trate de una sífilis hereditaria.—Nuestro enfermo tiene una sífilis adquirida; la puerta de entrada al virus ha sido el miembro, pues hemos visto ya que él mismo manifiesta haber hecho abuso de los placeres venéreos y no haber tenido jamás ulceraciones en la boca, lábios, etc; es raro, sin embargo, ver dos cicatrices de chancros al parecer sífilíticos, pero este accidente, que en la mayoría de los casos es único y no reinoculable, sabemos que puede ser múltiple y se citan observaciones de 6, 7 y más chancros sífilíticos, dependientes, según el profesor Fournier, de que existen otras tantas erosiones ó puertas de entrada al virus.—En nuestro enfermo hubo indudablemente dos erosiones tal vez ligeras se realizó por ellas la inoculación y cumpliéndose mas tarde, una de las leyes de la sífilis al presentarse allí mismo el accidente primitivo, chancreo.

Mas tarde vemos que él dice le apareció la erupción en que ingresó hace dos años en la sala del Dr. Jacobsen; no fija

tiempo entre esta erupción y el chancreo, pero dice pasaron unos doce dias ó más; dado esto y los caracteres de sus cicatrices bien puede haber sido dicha erupción su sífilis secundaria y ser esta una erupción de gruesas pápulas.—Además estas son muy numerosas sucediendo en él lo que sabemos con respecto á las manifestaciones cutáneas sífilíticas de hacerse menores ó en menor número según se aproximan á las manifestaciones terciarias.

La erupción actual podemos colocarla en el grupo de las manifestaciones terciarias y ser esta una erupción pústulo-crustácea-ectima profundo-casi típico dados los caracteres de las usocreas, su época de aparición, su número etc

Sabido esto, el pronóstico, refiriéndonos á la lesión local, diremos que es leve pues le vemos mejorar de dia en dia y desaparecen estas ulceraciones á beneficio del tratamiento específico.—No así en cuanto al general pues nos es conocido que toda sífilis es de un pronóstico grave por ser muchos y variados sus accidentes, si bien el pronóstico de este enfermo no es de una sífilis maligna ó precoz, pues hemos podido casi seguir paso á paso sus manifestaciones y vemos que median más de dos años del accidente primitivo.—Aún apesar de estar en periodo terciario no es sumamente grave su pronóstico dado, sobre todo, el que continúa haciendo uso de los mercuriales y el yoduro

Nuestro enfermo está sometido á este tratamiento: jarabe de Bavin, dos cucharadas y yoduro de potasio á dosis crecientes; en esto consiste el tratamiento específico. Se usan además otros mercuriales: el bicloruro de mercurio bajo la for-

ma de licor de Van Sivieten; el protoyoduro bajo la forma de píldoras de Ricord, et; tambien se recomienda hacer caer las costras con cataplasmas.

Nos hicimos cargo del enfermo y hoja clínica el día 6 en cuyo día presentaba sus ulceraciones como las hemos descrito pero despues y por el tratamiento supuran menos, se han cicatrizado algunas. La cicatrización comienza por el centro y las cicatrices son eficaz é indolozas.

Octubre 16 del 87

Es copia de la del alumno D. Juan Bravo.

FIN.

FISTULAS—URETRO—PERINEO—ESCROTALES.

El enfermo que ocupa la cama número 5 de la sala de Clínica Quirúrgica—servicio del Dr. Bango—es el mismo Benito Escobar Lopez, natural de la Habana, de 34 años, de oficio talabartero, de regular constitución y de temperamento linfático, que ingresó en el Hospital "Ntra. Sra. de las Mercedes" en la tarde del 5 de Octubre de 1887.

Al ser interrogado en la visita de la mañana siguiente sobre la dolencia que le había traído á nuestra sala, nos respondió levantando su sábana, que *tenía fístulas*. Efectivamente en el escroto y periné se observan varios orificios por los cuales se escapa la orina, cuyo olor *sui generis* había herido ya nuestro olfato.

Tratando de conocer las causas que dieron lugar á estos trayectos fistulosos preguntamos á nuestro enfermo, si antes de padecer sus fístulas orinaba normalmente, á lo cual nos contestó que *su chorro era pequeño y que tardaba en empezar á orinar cuando sentía ganas*.—Esta anormalidad en la micción nos trajo la idea de una estrechura uretral, y sabiendo que una de las causas más frecuentes y comunes es sin duda la blenorragia, dirigimos el interrogatorio en ese sentido á lo que el enfermo contestó: que hace catorce años contrajo una blenorragia que trató con inyecciones;

que á los seis años sintió una recrudescencia de dicha blenorragia, pero tan considerable que se vió obligado á guardar cama por espacio de dos meses, á causa de calenturas de frío, con grandes escalofrios, del excesivo dolor que sentía, de que el pene creció considerablemente en todos sentidos y que gangrenándose en su raíz perdió parte de su cubierta, mas dice que sentía que la orina le *trabajaba hacia las bolsas y que al abrirse la fístula sintió un grande alivio, arrojando pus muy fétido*.—Por consiguiente hace ocho años que se vé enfermo.

Con estos datos anamnésicos procedimos al exámen físico y comprobamos la presencia de varios orificios situados, uno en la parte media y ántero-superior del escroto, otro en la parte superior y derecha del mismo y varios orificios mas esparcidos por todo el escroto y además en el periné. Haciendo orinar al enfermo, este se puso en cuclillas y tapando con el índice de su mano derecha el orificio superior de dicho lado del escroto pudimos observar que la orina salía por el meato formando un chorro espiroideo y sin fuerza, al paso que por uno que ocupa el lado izquierdo salía la orina en forma de surtidor y por los restantes babeando los bordes.—Hicimos acostar al enfermo y pasando una candelilla pudimos comprobar al nivel de la terminación de la porción cabernosa de la uretra una estrechez que daba al tacto la sensación de un diafragma interpuesto en dicho punto, y no sin esfuerzo logramos vencer dicho obstáculo para encontrarnos enseguida con otro situado al nivel de la porción membranosa y mucho más resistente.

Por lo demás nuestro enfermo se siente perfectamente, y su estado general es satisfactorio, no habiendo antecedentes ni hereditarios ni individuales dignos de llamar nuestra atención.

De lo anteriormente expuesto se deduce que lo que tiene nuestro enfermo son fístulas uretro-perineo-escrotales, cuya causa ha sido un estrechamiento

uretral de origen blenorragico, y que han sucedido á una infiltración ó, mejor aun, á un absceso urinoso. Entra por consiguiente el diagnóstico de nuestro enfermo en la primera subdivisión de las fistulas uretro-cutáneas descritas por el profesor Bsuilly.

El pronóstico de nuestro enfermo, apesar de su estado general satisfactorio no puede ménos que inspirarnos sérios temores; pues, en efecto, su lesión data de ocho años y los estrechamientos de su uretra revelados por el número de trayectos fistulosos y comprobados por nuestro estilete explorador, nos hacen suponer una curación que si llegara á realizarse sería larga y tardía.

En cuanto al tratamiento que nos atreveríamos á someter á nuestro enfermo está basado en el diagnóstico anteriormente formulado — *Sublati causa tollitur effectus*, he aquí la gran indicación, y puesto que la causa de las fistulas de nuestro enfermo son las estrecheces que tiene su uretra, dijiramos hacia ella la parte más activa de nuestra intervención, establezcamos el calibre de esa uretra estrechada por medio de la dilatación brusca ó gradual; una vez que hayamos conseguido esto, evitemos el contacto de la orina con los trayectos fistulosos, limpiemos estos cuidadosamente, quitándole las incrustaciones de las sales de la misma orina que puedan contener, avivemos sus bordes dilatemos sus trayectos, bien entendido que cuanto mayor sea el cuidado que empleemos en estas operaciones, mayores también serán las probabilidades de éxito — Dejemos la sonda permanente ó enseñemos, como quiere el profesor Thompson, al enfermo á sordarse cada vez y cuando sienta deseos de orinar, y, por último, si esto fracasara recurriríamos á la uretrotomía externa hasta con el termocauterio como ha recomendado últimamente el profesor Vernheil y despues la mas estricta antisepsia

Octubre 15 del 87.

Es copia de la del alumno D. Jorge Lekey.

ATAXIA, LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.

Diagnóstico diferencial: En primer lugar ¿se trata de una enfermedad cerebral ó medular? En uno de estos enfermos hubo fenómenos de parálisis del párpado superior (blefaroptosia) dependientes de la parálisis del 3er, par (motor ocular comun) La sífilis cerebral se manifiesta muchas veces por parálisis locales del 3^o y 6^o par, ó á veces del 2^o; pero justamente en el enfermo en que pasó esto fué en el que no tuvo sífilis. En la ataxia sucede como en otras afecciones melulares, que hay síntomas que no corresponden a la sistematización. Ademas de la sífilis existen algunas afecciones oculares como las neuro-retinitis de origen cerebral pero en esta la vista está perturbada, la papila cubierta de exudados no permite distinguir sus bordes y estos enfermos acaban por cegar. En nuestros enfermos no pasa nada de esto, de modo que debemos eliminar una lesión de este centro. Los dolores fulgurantes ¿pueden confundirse con neuralgias ó dolores reumáticos.? De ningun modo. La palabra fulgurante indica la rapidéz de estos dolores comparados con el rayo, cosa que no existe ni en las neuralgias, ni en los dolores reumáticos. Ademas en nuestros enfermos no ha habido *puntos dolorosos* tan importantes en el diag. de las neuralgias; ni se provocan estos dolores por los movimientos del enfermo como sucede en los reumáticos

¿Tendran nuestros enfermos una *atrofia* muscular progresiva? Podemos eliminar esta afección Empieza primero por el abductor corto del pulgar, siguen luego los demas músculos de la eminencia ténar, luego los de la hipoténar, mas tarde las deformaciones de la mano en forma de garra, sucesivamente se atrofian todos los músculos. Hemos visto que en nuestro enfermo no pasa esto.

¿Tendrá una parálisis agitante? En estos enfermos no hay temblores ni durante el movimiento ni durante el reposo.

¿Se tratará de una esclerosis en placas? En esta afección existen fenómenos cerebrales y medulares, trastornos de la vision y de la palabra. Pueden Vds. comparar estos casos con el enfermo de la última cama que tiene una esclerosis cerebro espinal, en el cual notarán que necesita hacer un gran esfuerzo para emitir la palabra. Además hay un síntoma importante y es el temblor que aparece en los movimientos voluntarios y que se hacen cada vez más extensos hácia el fin del movimiento. Nuestros casos no corresponden á esto. ¿Se tratará de una corea? En la Sala tenemos á un individuo con movimientos coreiformes, pero no verdaderamente coreicos. En estos individuos existen temblores y constantemente están haciendo muecas. También tenemos que eliminar esta afección.

¿Será una esclerosis lateral amiotrófica? En esta existen atrofas en masa ocupando regiones extensas y á veces aparecen contracturas. Las piernas están en estension y adduccion. Hay exajeracion del reflejo rotuliano lo mismo que el del pié. Nuestro enfermo por lo tanto no tiene esclerosis lateral amiotrófica. *Tabes dorsal spasmodica?* tampoco porque hay un síntoma muy importante para un diagnóstico de á primera vista y es que el enfermo siente una rigidez en todas las articulaciones. Tiene las piernas unidas en ligera flexión y caminan con movimientos del tronco. En nuestro enfermo no existe nada de eso, de modo que hay que eliminarle.

Las mielitis crónicas difusas hay que eliminarlas porque aunque en uno de ellos hubo anestesia plantar, no existe paraplegia, además existe fuerza muscular y faltan los trastornos de la micción y defecación constantes en la mielitis difusa. De este modo por exclusión llegamos á sentar el diagnóstico de *Ataxia locomotriz progresiva*.

25 de Noviembre 1886.

2ª CONFERENCIA.

Señores:

En nuestra última conferencia hice un exámen de nuestro n.º 7 y del caso del Dr. Jad. reuniendo sus síntomas pudimos formar por exclusion el diag. nosológico de ataxia locomotriz progresiva. Pero un diag. nosológico no es completo mientras no le acompañe el anatómico y el etiológico. Vamos á comparar los síntomas culminantes de estos dos enfermos para ver sus analogias y diferencias y luego relacionaremos estos síntomas con las lesiones para determinar el diag. anatómico y terminaremos sentando el diag. enológico. En estos dos enfermos habrán podido Vds. notar diferencias notables en los síntomas del primer periodo. En 1er. lugar el enfermo del Dr. Jad. tuvo parálisis del tercer par que no tuvo el n.º 7. El primero tuvo anestesia plantar, y el segundo no la tuvo. El del Dr. Jad. sufrió dolores lancinantes agudos, así como constrictivos y fulgurantes, los cuales no fueron evidentes en el n.º 7. El caso del n.º 7 tuvo 4 crisis gástricas desde el principio de su enfermedad hasta su salida del hospital; el caso del Dr. Jad. no ha tenido estas crisis. De modo que si existen analogias en este periodo preatáxico, también existen diferencias. Por eso decía Vulpian "que la enfermedad hay que buscarla para encontrarla." El hacer el diag. de la ataxia locomotriz cuando ya está en el periodo de incoordinación no tiene mérito; sino que es necesario descubrirla antes y por eso un exámen detenido es indispensable. Esto es importantísimo para establecer el tratamiento. Llegamos al periodo de incoordinación (2 periodo). Vds. han visto las diversas pruebas que hemos sometido nuestros dos enfermos. En uno de ellos (el n.º 7) vieron Vds. que poniéndolo de pié con los talones unidos se sostenia bastante bien, pero que empezaba á tambalear en cuanto cerraba los ojos. Esto es mucho más evidente en el caso del Dr. Jad. El n.º 7 podia detenerse, aun que oscilando, cuando se le daba la voz de alto, el otro caso no podia porque se caia. El n.º 7 podia dar la

vuelta caminando, al caso del Dr. Jad. le era imposible. El reflejo rotuliano muy disminuido en el n° 7 estaba abolido en el caso de Jad. De modo que la incoordinación existe en diferente grado en ambos casos. La fuerza muscular la conservan ambos; sirviéndonos de los términos de mecánica pudiéramos decir que el motor existe, que lo que falta es el regulador. Examinando Vds. el enfermo del Dr. Jad. verán que las piernas no tienen relación con los muslos en cuanto se refiere á su desarrollo muscular, indudablemente están atrofiándose; este principio de atrofia revela ya un grado mas abanzando que el n° 7, esto es, está entrando en el 3 periodo, ó periodo final. Los fenómenos de este periodo van estendiéndose de abajo hacia arriba y termina con la incontinencia de orina y de materias fecales y la muerte por marasmo y las escaras, ó por tuberculosis ó por parálisis bulbar. Estudiadas las analogías y diferencias pasaremos á estudiar el *diag anatómico*.

Este es un punto muy importante porque nos servirá para resolver algunas dudas que surgen en el diag. de la ataxia locomotriz. Recordarán Vds. que en uno de los casos hubo parálisis del 3 par, les llamaré la atención que en una enfermedad medular existan trastornos cerebrales. En esto tiene analogía con la esclerosis en placas en la cual hay fenómenos cerebrales y medulares.

Cuando se empezó á estudiar la ataxia se trató de determinar si era afección sistemática ó no; si estaba limitada á ciertos cordones de la médula ó si se extendía á varios ó á todos; se creyó por unos que se trataba de una neurosis, por otros de una mielitis sistemática de los cordones posteriores. El Dr. Dejerine ha encontrado en muchos casos, lesiones de los nervios cutáneos, cuyas lesiones no están en relación con la esclerosis posterior. Este dato contribuye á negar que la ataxia sea una mielitis sistemática. Durante algun tiempo se creyó que la lesión de la ataxia era una esclerosis

de los cordones posteriores, pero varios autores indicaron que en muchos casos los cordones de Goll estaban intactos. Esto es cierto, pero en otros casos existen en ellos lesiones idénticas á las de las zonas radicales posteriores; estos casos son avanzados y estas lesiones son secundarias y consecutivas. De este modo se ha llevado la sistematización á un grado mayor, circunscribiendo la lesión á una parte de los cordones posteriores. Pero las parálisis de los nervios craneanos no se pueden explicar por la lesión fundamental de la médula. La anestesia plantar solo se explica admitiendo con Dejerine lesiones en los nervios cutáneos. Así empiezan á complicarse las cuestiones y debemos seguir el consejo de Grasset y no dejarnos arrastrar por la teoría que localiza todas las lesiones en los cordones posteriores y admitiremos que las lesiones son muchas y la fundamental está en las zonas radicales posteriores. Este es un hecho que no puede refutarse. Hay que incluirlas en las mielitis no sistemáticas —Si recuerdan ustedes las funciones de la médula no les será difícil comprender el motivo de la incoordinación. Es sabido por las investigaciones de Stilling, Clark y Robliker que en las zonas radicales posteriores existen las comunicaciones entre las células de diferentes alturas de la médula y por ellas se establece la coordinación.—Con respecto á las crisis gástricas, los dolores constrictivos etc, son de origen central.—Con todos estos datos podemos sentar el diagnóstico anatómico: La lesión fundamental de la ataxia locomotriz propagada es una esclerosis de las zonas radicales posteriores, algunas veces con extensión á los cordones de Goll, lesiones de los nervios craneanos y alteración de los filetes cutáneos. En otros enfermos y en uno de los nuestros las astas anteriores son atacadas dando lugar á una atrofia muscular.

Diagnóstico etiológico.—En el caso del Dr. Jad no encontramos una causa que explique el origen de la enfermedad.

Podemos afirmar que no tiene sífilis; tampoco ha sufrido ninguna perfrigeración. Este enfermo ha cometido excesos venéreos, ¿podemos decir que es esto la causa de su enfermedad? Yo creo que no. Nos dice que frecuentaba el coito, que tenía erecciones, que la eyaculación era prematura, me parece más lógico atribuir esto á su enfermedad y no ser causa de ella. En el primer periodo de la ataxia son frecuentes las erecciones y estos enfermos repiten el coito un gran número de veces; algunos autores los han comparado con los pájaros. De modo que en este caso es una manifestación patológica y no la causa de la enfermedad. Tampoco existen antecedentes que pudieran relacionar su enfermedad con alguna neurosis pues en su familia no han ocurrido estas afecciones. De modo que en este enfermo el diagnóstico etiológico es muy dudoso.— En el núm. 7 el diagnóstico etiológico es fácil. Este enfermo tuvo un chanero indurado, tuvo manifestaciones secundarias y terciarias y fué bastante ignorante para no reclamar servicios médicos y no se sometió á ningun tratamiento, de manera que no es extraño que hayan aparecido fenómenos de sífilis localizada en el sistema nervioso.

Podrá considerarse la sífilis como factor importante en la producción de la ataxia loc. prog.? Esta es una cuestión muy debatida. Fournier sostiene que la sífilis; tiene gran importancia en la etiología de la ataxia. Valiéndose de observaciones y estadísticas propias ha llegado á conclusiones importantes. En una série de casos el 70 por 100 han tenido sífilis y en otra série el 91 por 100 también la han tenido; por término medio resulta que el 80 por 100 de los atáxicos son sífilíticos, lo cual es una cifra importante. Fournier cita la opinión de Vulpian [comunicación oral] el cual dice que en todos sus atáxicos ha encontrado la sífilis como causa.—Se le han hecho algunas objeciones á Fournier. Se le ha dicho: Que la ataxia sífilítica no

tiene síntomas ni lesiones propias.

Que la ataxia es una mielitis sistemática y uno de los caracteres fundamentales de la sífilis es el ser difusa. Que el tratamiento específico tiene poca influencia en la ataxia sífilítica. Que, la coexistencia de la ataxia y de la sífilis puede ser una simple coincidencia. Estas obligaciones á primera vista son serias y merecen que nos detengamos un momento. Fournier acepta que la ataxia sífilítica no tiene síntomas diferentes de la no sífilítica; pero no por eso puede negarse la influencia de la sífilis. Vds. saben que existen paraplegias y hemiplegias de origen sífilítico, ¿acaso estas afecciones tienen síntomas diferentes de las que reconocen otro origen? Con respecto á que la ataxia sífilítica no tiene lesiones propias, también lo acepta Fournier; pero cual es la lesión de la ataxia sinó una hiperplasia celular que histológicamente no difiere de las lesiones de la sífilis. Si la ataxia es una afección sistemática y las lesiones de la sífilis son difusas, esto es indudablemente cierto; pero las lesiones de la sífilis siempre siguen una marcha regular atacando los sistemas, primero el linfático, luego el óseo, etc. Pero admitiendo que sean difusas estas lesiones, Vds. saben que hoy se extiende á excluir la ataxia de las lesiones sistemáticas y con esto queda destruida la objeción.

Que la ataxia no es sífilítica por que no se modifica con el tratamiento específico. Esto no es cierto, por que en muchos casos se ha logrado influir favorablemente y sino en todos, hay que tener presente que la sífilis visceral es muchas veces rebelde á todo tratamiento. Se ha dicho que esas mejorías sólo son treguas en la enfermedad; pero las curaciones de ataxia sífilítica son en mayor número que los de otra causa.

Fournier confiesa que ha tenido pocos casos curados, pero otros autores han tenido mejores estadísticas. Que la sífilis puede ser una coincidencia con la ataxia lo admite Fournier, pero en un 80 por 100

ya no es coincidencia. Fournier compara esto con la pneumonia y dice si es posible que en 100 pneumónicos tengan pneumonias sifilíticas.

En cuatro autopsias practicadas por Charcot, Buchard y Debove de individuos con ataxia, en periodo preatáxico y muertos de enfermedades intercurrentes, han encontrado que las zonas radicales posteriores estaban ya alteradas. De modo que cuando estos individuos solicitan los recursos de la medicina, la lesión está ya establecida ¿Cómo entonces influir favorablemente?

30 de Noviembre de 1886.

3ª CONFERENCIA.

Señores:

Vamos a estudiar el tratamiento de la ataxia. En la generalidad de los autores encontrarán una decepción terrible por que dicen que la ataxia sigue su curso cualquiera que sea el tratamiento; pero en estos últimos tiempos mucho se ha adelantado. Debemos estos adelantos á Fournier por sus estudios sobre la influencia de la sífilis en esta afección. Saben Vds. que el 80 por 100 de los atáxicos son sifilíticos. Es menester instituir el tratado específico desde que se sospeche la enfermedad. Cuando la ataxia está confirmada, bien por que, la incoordinación, la amaurosis, etc., están avanzadas, el tratamiento solo alivia uno que otro síntoma y á veces lo mas que puede hacer es detener la catástrofe; pero cuando no se ha llegado á ese período definitivo [Fournier] el tratamiento específico merece gran confianza.

En esos casos es necesario emplear no solo altas dosis de ioduro de potasio, y preparados mercuriales, si no que es necesario hacerlo durante largo tiempo y con perseverancia. *Se continuará.*

BOLETIN BIBLIOGRAFICO.

Biblioteca de *La Propaganda Literaria*

«Guia del Gobierno y policía de la Isla de Cuba»

por el Oficial de Administración civil D. Francisco Garcia Morales. «Compendio de las atribuciones gubernativas de los Alcaldes, Tenientes de Alcalde y Alcaldes de Barrio», con un «Prontuario alfabético de la legislación vigente sobre Policía y Orden Público» y multitud de «Apéndices,» que amplian el texto del libro y constituyen un cuerpo de disposiciones importantes, que conviene tener á la vista y que permiten el ejercicio de los deberes y el conocimiento de los derechos que competen á las autoridades de la elección popular, á los empleados civiles y á los funcionarios de policía, no menos que á los comerciantes, hacendados, propietarios, contratistas y particulares.

Obra de reconocida utilidad recomendada á los centros oficiales por el Gobierno general de la Isla de Cuba, indispensable á las autoridades de elección popular, á los empleados civiles, funcionarios de policía etc. etc.

Segunda edición.—*La Propaganda Literaria*, premiada en varias Exposiciones.—Imprenta.—Estereotipia.—Galvanoplastia.—Librería, Zulueta 28, entre Virtudes y Animas,—1888.

Constituye la obra un tomo de 250 páginas, elegantemente impreso.

A la rústica	\$ 2 00
En media pasta... ..	2 75

ALMANAQUE DE LA FAMILIA CRISTIANA 1889.—(edición de Suiza)—PUBLICASE EN CASTELLANO POR LA LIBRERIA.—LA PROPAGANDA LITERARIA.—ZULUETA 28.

Contiene una magnífica lámina cromo litografiada representando el cuadro de Murillo LA PURISIMA CONCEPCION, y multitud de grabados que representan retratos de santos, sacerdotes ilustres, reyes, príncipes y personas célebres, escenas bíblicas, vista de monumentos, paisajes caprichosos y multitud de asuntos, asi como amena é interesante lectura en que se une el interés y la amenidad con los principios de la más rígida moral católica.

Se vende el ejemplar á

UN PESO BILLETES.

Es, seguramente, este almanaque, el que debe preferir el público á todos los demás publicados para el presente año. Recomendamos su adquisición á todo el que quiera obtener por un ínfimo precio una magnífica colección de retratos y brillantes trabajos literarios.

MANUAL DE LEGISLACION SANITARIA DE LA ISLA DE CUBA Y DE TODAS LAS REALES ORDENES Y DEMAS DISPOSICIONES RELATIVAS A LA MISMA CON ALGUNAS DE LA PENINSULA, QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMO SUPLETORIAS POR D. ANTONIO VETA Y FILLART.—Licenciado en Medicina y Cirujia,

Sócio corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, Benemérito á la Pátria, condecorado dos veces con la cruz blanca de 1ª clase, del Mérito Militar, con la Medalla de la campaña de Cuba con distintivo rojo y tres pasadores, y la de Constancia con dos. Médico del primer escuadrón de Caballería, Voluntarios de Jaruco, y titular del Ayuntamiento de San Pablo de Bainoa, provincia de la Habana. ex-Fiscal, ex-Juez municipal del mismo, etc.

Autorizado por S. M. el Rey (q. D. g.) y en su nombre la Reina Regente del Reino, su augusta Madre, por Real orden de 24 de Marzo último.

Obra de interés á Médicos, Farmacéuticos, Dentistas, Practicantes y Veterinarios, que ejerzan en la Isla; así como á los Ayuntamientos, Diputaciones provinciales, Juzgados y á cuantos Centros ó Juntas del Estado intervengan en lo relativo á sanidad de la misma, como igualmente á los particulares que aspiran en ella á la noble profesión de Medicina y Cirugía.—Tomo I.—Habana.—Imp. »La Lealtad,» de Manuel Graell, Neptuno 103.—1888.

Esta obra que ha empezado recientemente á publicarse encierra un laborioso trabajo que, aparte de la importancia que tiene no solo para los médicos sino para otras clases sociales, merece la protección del público en general como premio á la constancia que demuestra su autor y competencia que revela.

«Anales de la Sociedad Odontológica de la Habana,» Revista mensual.—Director D. Federico Poey.—Año X.—Febrero de 1889.—Núm. 2.—Imprenta «La Prueba» Habana 1878.

Ha llegado á nuestra Redacción el estimado colega científico cuyo sumario copiamos.

<i>Memoria de la Biblioteca de la Sociedad Odontológica de la Habana,</i> por el Dr. D. Eladio A. Rodríguez.....	17
<i>Exámen crítico-comparativo de los Anestésicos generales y locales en su aplicación á la Cirugía Dental</i> por el Dr. D. Juan T. Royes.....	22
<i>Pequeña Correspondencia</i> por el Dr. D. Federico Poey.....	32

Saludamos á nuestros estimados colegas, que diariamente nos visitan, El León Español y El Estandarte. También recibimos la puntual visita de el semanario El Progreso Mercantil.

EL MENSAJERO CATOLICO.—Mes de Marzo.—Sumario—Libros pequeños.—Academia

calasanciana.—Enseñanza laica.—Ntra. Sra. del Sagrado Corazón en la obra de la reparación.—Sufrir las flaquezas del prójimo por amor de Dios.—Crónica de Ntra. Sra. del Sagrado Corazón en Guanabacoa.—Crónica religiosa.—Necrología.

ILUSTRACION NACIONAL.—Ha llegado á nuestra redacción el núm. 4 de esta interesante publicación adornada con magníficos grabados y artículos escogidos. Véase el sumario.

Grabados: Estátua de Ramón Pignatelli y Moncayo.—Vista general de Burdeos.—Madrid.—San Francisco el Grande: «Santiago combatiendo á los moros» [boceto de Casado del Alisal, fotograbado de Laurent].—Tarragona: Claustro de la Catedral.—Monasterio de piedra: Cascada de Iris [fotograbado de Laurent].—Aparatos para medición de bases geodésicas, inventados por el sábio general D. Carlos Ibáñez.

Texto: Crónica.—Exposición de los grabados.—El brigadier D. José Aparici: bosquejo biográfico [continuación], por D. Luis Vidart.—El acueducto de Segovia, por don Enrique Corrales y Sánchez.—Crítica musical, por don Antonio Guerra y Alarcón.—La luz eléctrica, sus máquinas generadoras y las instalaciones en general, por don M. Mendez.—Matrimonio natural [continuación] por don José de Siles.—La bondad y la hermosura, por doña Aurelia Mateo de Alonso.—El invierno, [poesía], por don David Pardo Gil.—Espectáculos, por Z.—Bibliografía.—Pasatiempos.—Solución á los insertos en el número anterior.—Anuncios

Agente en esta Isla D. José Extremera, San Ignacio 56.

EL HOGAR.—Este semanario ilustrado que dirige nuestro distinguido y querido amigo el Sr. Triay publica en su número 8 [año 4] el siguiente sumario.

Sección literaria.—Conversación, el Rey Niño.—El nido oculto, poesía, por Ismael E. Arciniegas.—El Sr. Obispo diocesano, por Juan V. Schwiep.—Jorge Isaac y el poeta Obligado.—Flores y perlas, novela escrita por la reina de Rumania.—Cuestión de óptica, poesía, por Nicanor A. González.—La cascada del Styk, por Said.—Nocturno, poesía, por J. Estevez Travieso.—Crónica, por Enrique Nápoles Fajardo.—Resurrecciones, poesía, por Carlos A. Torres.—La Exposición en 1889.—Rumores.—Anuncios.

SECCION ILUSTRADA.—Retrato del Excmo. é Ilmo. Sr. Don Manuel Santander y Frutos, Obispo de esta diócesis.

EL LIBRO de las FAMILIAS.—Labores: Los bordados.—La casulla, por Kasabal.—Medicina: La anemia.—Consejos recetas para la salud: El sueño despues de las comidas.—Modo de curar la embriaguez.—Predicar en desierto.—Remedio para la jaqueca.—La pulmonía.—Curación de berrugas.—Para purificar el agua potable.—El agricultor cubano: por Mr. Jules Lachaume; [continuación].—Variedades: Comida de Reyes.—Orígen del pañuelo.—Conocimientos útiles: Procedimiento para esmaltar hierro fundido.—Mancha negra fria para metal.—Domar el acero.—Algodón en los tegidos de lana ó seda.—Blanqueo de ropas.—Para cortar el vidrio.

Boletín Eclesiástico del Obispado de la Habana — Soler, Alvarez y Compañía, impresores del Obispado, calle de Riela, núm. 40.

Hemos recibido el Boletín correspondiente al mes de Febrero, con el siguiente

Sumario.—Oficio y misa propios de Nuestra Señora del Rosario. Decretum urbis et orbis.—Oficio y misa de Nuestra Señora de las Mercedes.—Hispaniarum.—Exhortación pastoral del Ilustrísimo Señor Obispo de la Habana.—Secretaría de Cámara; Ordenes. Jubileo espiritual de S. S.—Santa Pastoral Visita-Visita Pastoral á Guara.—Santa Visita pastoral de San Antonio de las Vegas.—Primera comunión de niñas.—Santas Misiones de Batabanó.—Santa Misión y Visita de San Nicolas.—Santa Misión de San Antonio de las Vegas.—Matrimonios de militares in artículo mortis.—Sobre derechos de enterramiento de una Hermana de la Caridad.—Congreso Católico Nacional que habrá de celebrarse en Madrid el día 24 de Abril del año actual.—Habilitación del Culto y Clero de la Diócesis de la Habana.