

pidez de la curación; tal conducta debe seguirse en las erosiones que complican al ectropión del cuello, siempre que resista á la acción de los medios ligeros, procurando quitar en cada labio un corte de tejido bastante grueso para estar seguro de que ha desaparecido toda la mucosa.

Debe lograrse previa dilatación cuando el neoplasma es supuesto intracervical, y según las dimensiones, la edad, la extensión, el estado del parámetro, hacer la abrasión alta ó baja del cuello, la histerectomía ó atenerse al legrado y cauterizaciones.

Desde el punto de vista operatorio de la histerectomía, debe reducirse la abertura del peritoneo á lo estrictamente necesario, á fin de obtener la disminución proporcional de las superficies cruentas al nivel de la zona de desinserción de la vejiga y el recto; bastando dos hilos para cerrar el fondo de la vagina y para hacer la hemostasis de estas superficies, siendo esto ventajoso para obtener la reunión rápida, realizándose la histerectomía desde el punto de vista artístico como un acto quirúrgico simple y bien reglamentado.

México, Diciembre 30 de 1896.

FRANCISCO HURTADO.

CRÓNICA.

Segundo Congreso Pan-Americano, celebrado en México.*

(CONTINÚA.)

Leyó después el DR. LUIS DEBAYLE, de Nicaragua, su tesis titulada: "De la saturación antiséptica por la vía epidérmica—endérmica y sus aplicaciones en terapéutica, especialmente á las enfermedades infecciosas." Denomina saturación antiséptica la impregnación del organismo todo por medicamentos antisépticos. El método consiste en inmersiones prolongadas en líquidos antisépticos, ya de una parte, ya de la totalidad del cuerpo. En estos casos la absorción se hace ya por la piel intacta, ya por ulceraciones ú otras soluciones de continuidad. Emplea diversas sustancias antisépticas, que es necesario hacer penetrar prudentemente y no llevarlas hasta dosis tóxicas, para lo cual hay que vigilar atentamente el estado del enfermo, principalmente de sus riñones, y buscar el medicamento en los líquidos excrementicios. Este procedimiento que el autor

* Véase la pág. 147 del núm. 5.

generaliza á todos los estados infecciosos, tiene la ventaja (según él) de perseguir el germen hasta en sus últimos atrincheramientos. El resultado ha sido enteramente satisfactorio en los casos empleados, especialmente en la gangrena.

DR. G. MENDIZÁBAL, de México, acepta en términos generales el anterior trabajo, pero señala al procedimiento el defecto de la imposibilidad en que estamos, por los medios actuales, de medir la cantidad de substancia absorbida por la piel. La originalidad del trabajo, dice, consiste en la generalización del método y su sistematización para todos los casos de males infecciosos.

DR. A. H. HOLMES, de Denver, Colorado (E. U.), lee su trabajo: "Diagnóstico de la tuberculosis por medio del estudio microscópico de la sangre." El autor cree que el examen de la sangre puede suministrar un buen signo prematuro de la tuberculosis, aunque sólo sea en individuos muy predispuestos. La desorganización de los tejidos, dice, es la característica de esa enfermedad, y los leucócitos de la sangre serán el teatro de esta desorganización al mismo tiempo que la de otros lugares, y aun antes de aparecer signos típicos de tuberculosis. Esta desorganización de los leucócitos, cree él apreciarla por sus caracteres morfológicos y por ciertas *manchas microquímicas* que se observan en el campo del microscopio.

A ser cierto y evidente este signo precoz en los tuberculosos, ya se puede felicitar al DR. HOLMES de haber hecho un gran servicio á la Medicina. Es por esta causa por la que algunos médicos de E. U. le hicieron presentes sus plácemes.

Sesión de la tarde.

Presiden los señores Dres. G. Mendizábal y F. Altamirano, de México.

DR. ORTIZ Y CÓRDOBA, de Cuernavaca, Morelos, presenta y lee su Memoria "Pseudo-hermafroditismo, propiamente dicho, por hipospadias perineo-escrotal." Refiere un caso del que presenta fotografías y el original mismo (María Hernández), cuyo sexo dudoso pide sea esclarecido por los congresistas presentes.

La mayoría de los congresistas de la sección opinó por el sexo masculino de María Hernández.

DR. J. R. CROOK, de New York, hace una comunicación al Congreso sobre el uso de la creosota en las enfermedades pulmonares, muy empleado en E. U., uso que da muy buenos resultados, sobre todo en la tuberculosis. Los tuberculosos han soportado grandes dosis suministradas por él y aconseja la siguiente: 25 á 60 gotas en 24 hs., asociada al aceite de hígado de bacalao: los gérmenes de los esputos van disminuyendo con los progresos del tratamiento.

DR. ALTAMIRANO, de México: La tuberculosis intestinal es una contraindicación á la administración de la creosota por la vía digestiva y por ser muy dolorosas las inyecciones subcutáneas de creosota emplea el guayacol.

DR. G. MENDIZÁBAL: La creosota no cura la tuberculosis, remedia sólo los accidentes. Se ha creído que obra mejor en los climas de altura, pero en esos casos no atribuye grande influencia al medicamento, pues hasta se ha dicho que la altitud es incompatible con la tuberculosis.

DR. J. TERRÉS, de México: Emplea la creosota por la vía rectal, siempre emulsionada con aceite de olivas y yema de huevo. De ese modo su acción benéfica es más palpable.

DR. GARCÍADIEGO, de Guadalajara, México, lee su trabajo sobre enfermedades del corazón, en el que hace preponderar para el diagnóstico los caracteres del trazo esfigmográfico, y para el tratamiento, la higiene.

Día 18.— Sesión de la mañana.

Preside el Dr. G. Mendizábal, de México.

DR. R. G. CURTIN, de Filadelfia, lee su Memoria denominada: "La herencia en la enfermedad de Graves, con observaciones sobre otras influencias etiológicas." Atribuye á la herencia la mayor importancia en la etiología de esta afección, y apoya su juicio con numerosos hechos clínicos que le son personales: cree que la altura puede tener influencia en la producción del bocio, pues que se encuentra en regiones arriba de quinientos pies sobre el nivel del mar; también el clima puede influir. Deduce como consecuencia profiláctica en estos casos, la habitación en los lugares bajos cercanos al mar; la prohibición de los matrimonios de enfermos de esta clase, é impedir todo lo que pueda provocar en el individuo un estado neurasténico. Da al uso de las aguas calcáreas gran importancia en la producción de esta enfermedad.

DR. M. CARMONA Y VALLE, de México, comunica "un caso de atrofia amarilla aguda del hígado, seguido de autopsia y de estudio histológico de la glándula hepática." El enfermo, de 38 años de edad, costumbres alcohólicas, comerciante, habitó en Veracruz como ocho días, y un mes después de su regreso á México, sin causa apreciable, se vió atacado de calosfrío intenso, quebranto y náuseas sin vómitos. Fué observado á los cuatro días con ictericia, epistaxis y 40° y medio de calentura; hipocondrio derecho doloroso, hígado pequeño y bazo grande. Los días siguientes osciló la temperatura entre 39° y 41°, persistiendo las hemorragias por diversas partes, y el enfermo en un estado ataxo-adinámico murió á los siete días. Vaciló en un principio el diagnóstico entre fiebre

amarilla é ictericia grave, desechándose la primera porque nunca presenta tan larga incubación. La autopsia demostró hígado pequeño y bazo abultado y difuente. Por el examen microscópico se encontraron las mallas del tejido conjuntivo vacías de celdillas hepáticas, y las venas, en especial las suprahepáticas, con sus paredes engrosadas. Presenta el Dr. Carmona varias microfotografías.

Funda en esta observación una teoría que resume así: *“La ictericia grave es producida por trastornos circulatorios microbianos ó no de las venas suprahepáticas, que primero exageran las funciones celulares, y más tarde destruyen la celdilla.”*

DR. MENDIZÁBAL, dice haber observado largas incubaciones (13 á 14 días) de la fiebre amarilla y no sólo de 3 á 5 días como lo afirma el DR. CARMONA.

El DR. CARMONA replica que aun admitiendo las incubaciones observadas por el DR. MENDIZÁBAL, y que él nunca ha visto, están muy lejos esas incubaciones de llegar á un mes, como la del enfermo cuya historia relata.

DR. B. BROWN, de Alejandría. Su Memoria se intitula: “Fiebres otoñales en los Estados del Sur (E. U.), en el litoral del Atlántico, y su tratamiento.” Asienta el autor que la mayor parte son de origen palúdico y muy pocas tifoideas: 1 para 20 casos. El vehículo de los gérmenes es el agua las más veces; la época en que se presentan es de Agosto á Octubre; revisten varias formas, siendo las más frecuentes, la continua biliosa y la remitente de aspecto tifoideo. Como profilaxia recomienda la purificación del agua y el empleo de la quina y la quinina, siendo esta última, al mismo tiempo, el mejor tratamiento en inyecciones hipodérmicas hasta la dosis de 3 gramos diarios.

DR. GARCADIAGO, de Guadalajara, desca que los congresistas se pongan de acuerdo sobre la dosis máxima en que puede administrarse la quinina en inyecciones.

DR. MENDIZÁBAL, está de acuerdo enteramente con las ideas del DR. BROWN, y agrega que no siempre se puede elegir el método en la administración de la quinina; que entre nosotros, en los litorales, también se presentan dichas fiebres en la primavera, y respecto de la profilaxia, agrega la plantación de eucaliptus en los bosques, el drenaje y el uso del arsénico.

(Continuará.)