

sino de neumonía hipostática, lo que el examen microscópico de cortes del pulmón hubiera podido definir con exactitud.

Insiste nuevamente en la importancia de las observaciones del Dr. Manuell; pero las hubiera deseado más completas, particularmente en los datos necrósicos. El siempre viene insistiendo en la necesidad de las necropsias completas, que revelan muchas veces lesiones inesperadas. En una que practicó el año pasado de un niño que se suponía haber muerto de tifo, no encontró las lesiones que habitualmente se ven en esta enfermedad, sino sólo las propias de una septicemia y hasta después de haber examinado minuciosamente todos los órganos encontró un tubérculo miliar en el hígado, lo que le dió gran luz; pues hechos cortes histológicos de los otros órganos, encontró examinándolos en el microscopio en todos ellos lesiones incipientes, de tuberculosis aunque ningún bacilo, lo que le demostró que la causa del fallecimiento no había sido tifo, sino tuberculosis, que solamente él pudo descubrir gracias al cuidado con que practicó la necropsia.

Volviendo á la neumococos, dice, que en la ciudad es en efecto muy frecuente en variadas formas, y no sólo en la de neumonía en la que sólo es reconocida habitualmente. Recuerda entre otros casos el de nuestro sentido consocio Dr. Eduardo Vargas, fallecido el año pasado, habiendo principiado su enfermedad en forma de neumonía de carácter infeccioso y sobrevenido después lesiones en otros órganos, en particular en una rodilla en la que se produjo una artritis supurada.

R. E. CICERO,
Secretario 1^o

CLINICA EXTERNA.

Un nuevo caso de urétero-anastomosis y otro de urétero-cistoneostomía.

Digo un nuevo caso de urétero-anastomosis por ya haber presentado á esta honorable agrupación otro en que la unión del uréter izquierdo se hizo cabo á cabo no obstante haber extirpado como tres centímetros de su extensión entre dos núcleos fibrosos intrali-

gamentarios que lo comprimían y ocultaban; el éxito obtenido entonces y el nuevo que ahora me va á ocupar animan para hacer la delicada operación de la urétero-anastomosis tal cual la describo.

Tomo de la ordenata del servicio de Ginecología del Pabellón González Echeverría del Hospital General, la siguiente historia:

María Robles de Arévalo, de 24 años, casada, nulípara, entró al Hospital el 24 de Septiembre de 1905, padeciendo de ha tiempo de dismenorrea, flujo blanco, dolores de vientre y cintura; pero hará tres años sus sufrimientos han ido aumentando teniendo calenturas muy frecuentes que coinciden con los dolores de vientre y cintura. Cuando ingresó al Hospital estaba padeciendo de calenturas y la inflamación del vientre no la consentía estar de pie ni mucho menos desempeñar la menor faena doméstica. La exploración bimanual reveló la existencia de un tumor duro, lobulado, renitente, obscuramente fluctuante y muy doloroso, llenando ambos lados de la pelvis prolongándose por la derecha como á 4 dedos del ombligo; otro tumor más duro y no fluctuante continuándose con el cuello uterino se sentía á través del fondo vaginal posterior; se comprobó la existencia del flujo amarillento que escurría del cuello uterino y que irritaba los muslos de la paciente.

Comprimiendo la uretra salía por el meato una gota de pus. Por las noches el termómetro marcaba $38^{\circ}2$ á $38^{\circ}8$ ó 39° . Filamentos blenorragicos en la orina. Estreñimiento tenaz. Diagnóstico: piosalpinx bilateral voluminoso muy adherente por la pelvicultis y la pelvipertonitis crónicas, retroversión uterina adherente.

Tratamiento: Reposo en la cama, purgantes semanarios, inyecciones calientes, baños generales calientes dos veces á la semana, lavativas calientes con suero y una bolsa de agua caliente á permanencia sobre el vientre para abatir la temperatura y apaciguar el dolor que cuando fuere muy fuerte se recurriría á la morfina. El alivio se obtuvo, y 15 días más tarde coincidiendo con una exacerbación de la temperatura y recrudesencia de los dolores evacuó pus por el ano. Después el estado de la enferma siguió mejorando aunque la calentura no descendía á la normal siendo por las noches $37^{\circ}5$ á 38° .

Hacia días se le ministraban como antiséptico intestinal y laxante unas óbleas de benzonaftol y magnesia inglesa c. c. 10 oo. XXX óbleas; para tomar de tres á cuatro en el día en el intervalo de los alimentos.

El 7 de noviembre de 1905, mes y medio después de su ingreso al Hospital, se practicó la siguiente intervención ayudado por la Srta. Profesora, Practicante del servicio, María Pérez, dando el cloroformo, cuando fué necesario, la enfermera mayor, Srta. Eulalia Hernández Lora. Asistieron á esta operación el Sr. Dr. Jesús Sánchez Gómez, Profesor de Anatomía en la Escuela Nacional de Medicina de esta Capital, el Dr. J. Sánchez Barquera, el Dr. C. Zavala y alguna otra persona que no recuerdo. Con los cuidados habituales de asepsia se hizo la raquianestesia con 0'04 clorhidrato de cocaína en solución isotónica estéril al 5 por 100; pasados 15 minutos se retiró la aguja y se procedió al aseo de la pared anterior del vientre y cavidad vaginal; el programa de la intervención era: histerectomía abdominal total por piosalpinx bilateral voluminoso adherente y abierto en el intestino.

Lo muy alto y adherido de las bolsas purulentas y su comunicación con el intestino eran contraindicaciones para intentar nada por la vagina.

Puesta la enferma en la posición de Trendelenbourg hice una incisión del pubis al ombligo. Abrí el peritoneo cogiéndolo con pinzas, haciendo un pequeño ojal é introduciendo el dedo para destruir las adherencias con el epiplón y el intestino. En seguida, ampliando con tijeras la incisión me valí de compresas para desprender el epiplón adherido al estrecho superior y á la superficie de las bolsas purulentas, vejiga y asas intestinales adheridas también al piosalpinx, al separar estas últimas de dichas uniones y de las que guardaban entre sí hube más de una vez que recurrir al escalpelo ó las tijeras. Descubierta el recinto pélvico sin efracción de las bolsas purulentas que, voluminosas, la izquierda como los dos puños y la derecha como una cabeza de feto, sobresalían muy por encima del estrecho superior y ocupaban toda la cavidad pélvica ocultando la matriz y casi toda la vejiga, procedí á vaciarlas

cerrando antes con gasas estériles la gran cavidad serosa, protegiendo los intestinos y puncionando luego la bolsa derecha más prominente y cuyas paredes no eran tan gruesas, con un trócar grueso adoptado al aparato de Potain; un pus verdioso fluido y de mal aspecto empezó á escurrir hasta llenar unos 400 centímetros cúbicos del frasco que lo recibía. Al sacar el trócar se tuvo cuidado de levantarlo con todo y bolsa para coger las paredes de ésta al nivel de la punción con una pinza de forsipresura evitando así que algo de pus fuera á caer en el peritoneo. En estos momentos una de las enfermeras hizo notar que el pus había también salido por el ano de la enferma que, consciente, dijo sentir que algo caliente le ensuciaba la espalda. Tal percance obligó á poner á la enferma en posición contraria de la de Trendelenbourg para cambiarla de lienzos y asearla, lo que ejecutó una enfermera con unas pinzas y lienzos esterilizados entretanto yo había puncionado la otra bolsa retirando más de 200 centímetros cúbicos de un pus semejante al primero; y vuelta la enferma á la posición de Trendelenbourg y sin retirar el trócar, intenté desprender la bolsa de sus adherencias con la del lado derecho y con la cara posterior de la matriz, aun recurriendo á las tijeras, la operación era difícil y tardada; se empezó á dar cloroforno por haber dicho la paciente que sentía ya algunos dolores, y me valí para desprender la bolsa del procedimiento que muchas veces he empleado para los piosalpinx y tumores intraligamentarios: dividí el ligamento ancho desde el cuerno uterino izquierdo al borde pélvico entre el ligamento redondo y la trompa uterina, llegué sobre las paredes de la bolsa y pude con el dedo desprenderla hacia adelante, lateralmente, y hacia atrás; el engrosamiento del tejido celular pélvico impidiéndome hacerlo hacia abajo; pero puesto ya á descubierto el ligamento infundíbulo pélvico, lo cogí entre pinzas así como el ligamento redondo cerca de la pelvis y los seccioné entre ellas movilizandole la bolsa hacia la línea media, poniendo á descubierto el uréter izquierdo, siguiendo este conducto hasta el borde de la matriz, seccionando la hoja peritoneal al ras del uréter y de la porción peritoneal del recto. Con esto conseguí pediculizar la bolsa de manera que no quedaba adherida más que al bor-

de uterino y parte de la cara posterior; cogiendo entre dos pinzas la parte alta de este borde y seccionando entre ellas, ya me fué fácil no teniendo que herir ninguna arteria, seccionar el resto del ligamento y de tejido celular engrosado resguardando el uréter con el índice izquierdo introducido y apoyado sobre él hasta el borde de la matriz. Había logrado extirpar la bolsa sin que se desgarrara ni se derramara una gota de pus. Taponé con gasa estéril la pérdida de substancia del ligamento ancho y procedí á la extirpación de la bolsa derecha dos veces más grande que la anterior como ya dije, repitiendo los tiempos indicados antes: incisión del borde superior del ligamento ancho entre el ligamento redondo y la trompa uterina; desprendimiento intraligamentario de la bolsa; sección entre pinzas de los ligamentos infundíbulo-pélvico y redondo; aislamiento del uréter hasta el borde de la matriz, no pudiendo continuar adelante por el engrosamiento y dureza del parametrio; presión y sección, entre pinzas, del cuerno uterino derecho y parte alta del ligamento ancho junto al borde uterino. Sólo hubo diferencia en la sección de la hoja posterior del ligamento ancho que no fué posible por su adherencia íntima con el recto, siendo este punto donde estaba la comunicación, y determiné dejar su sección para cuando se hubiere extirpado la matriz quitándola con el anexo y porción del ligamento ancho aún no seccionado. Al efecto volví sobre el lado izquierdo para coger y seccionar los vasos uterinos, el fondo vaginal izquierdo, invertir la matriz y terminar la operación como en el procedimiento de Kelly, mas las cosas no pasaron tan sencillamente; he aquí los detalles:

El uréter izquierdo descubierto hasta el borde de la matriz fué rechazado con el dedo y cogidas la arteria y venas uterinas que se seccionaron al ras de la matriz. Incisión del peritoneo vésico-uterino separando la vejiga de la cara anterior de la matriz, rechazando aquel órgano con el dedo hasta sentir el cuello uterino á través del fondo vaginal anterior. Se seccionó lateralmente hacia la izquierda debajo de la pinza que cogía los vasos uterinos y siempre protegiendo el uréter que estaba muy próximo, la aponeurosis pélvica superior y el músculo elevador en una parte de su inserción

vaginal, y por último se abrió la vagina junto al cuello uterino, e. que cogido con pinzas, á duras penas, dado su enclavamiento por la pelvi-celulitis crónica esclerosa, pudo invertirse lo suficiente para seccionar como la mitad del fondo vaginal anterior y otro tanto del posterior; la mitad restante de la vagina se escapaba á las tijeras en el túnel pélvico endurecido é inextensible por la inflamación crónica; opté entonces por seccionar la mitad restante de la vagina atacándola por el lado derecho, quitando para ello el anexo vacío de pus pero comunicado con el intestino. Protegiendo con el dedo el uréter derecho seccioné los tejidos de la parte baja del borde lateral derecho de la matriz, y al tirar sobre ellos quedó flotando la uterina que fué cogida con una pinza, y resguardando con gasa la pelvis, cuidadosamente fuí desdoblado con el escalpelo la adherencia intestinal, hasta que hubo un momento en que la perforación se puso de manifiesto saliendo pus del anexo y gases del intestino; el pus, unas cuantas gotas, fué recogido en las compresas y la bolsa purulenta retirada del campo operatorio. La perforación intestinal de dos ó tres milímetros de diámetro fué suturada, primero, por una sutura en bolsa con catgut delgado, sutura que se apretó ligeramente para no desgarrar las paredes del intestino esclerosadas y frágiles; en seguida se pusieron tres puntos entrecortados sero-serosos con seda delgada en el sentido del eje longitudinal del recto haciendo un pliegue transversal. Quedaba por quitar sólo la matriz continuando la sección de la vagina para lo cual tirando fuertemente sobre aquella, cogida por su cuerpo con una pinza de ovarios, continué la sección, rechazando la vejiga, del fondo anterior, y en seguida la del fondo lateral: en este momento noté un pequeño conducto adherido á la pared vaginal y que por el aspecto de la sección me hizo temer fuera el uréter, acabé de seccionar la vagina y extirpar la matriz. Fuí á investigar el conducto referido de $1\frac{1}{2}$ á 2 milímetros de diámetro, y como no daba orina, cogí una sonda ureteral y la introduje en la dirección de la vejiga saliendo orina; así, pues, no obstante lo adherido de dicho conducto á la pared vaginal, se trataba del uréter que tanto había defendido. Nuevo incidente y percance nada grato. Llevaba ya una hora y veinte mi-

nutos de operación y faltaba mucho para terminar; ¿dejaría una fístula urétero-vaginal? era la solución más fácil, menos peligrosa, pero, para el porvenir, nueva intervención y muchos meses de padecimientos, por no alargar la intervención presente, 15 ó 20 minutos más. Esto lo pensaba mientras substituía por ligaduras las pinzas que cogían los pedículos vasculares. Determinada la sutura del uréter ví con satisfacción al encontrar el cabo posterior ó superior que sólo había sido seccionado y que no había pérdida de substancia. Dilaté con una sonda el cabo vesical y aun lo seccioné sobre su borde superior como en la extensión de 5 milímetros. Con aguja y seda delgadas cogí un pliegue de 3 milímetros sobre el borde superior del cabo renal como á 4 milímetros de su extremidad, y en el sentido de su longitud formando una asa cuyo hilo próximo á la extremidad de dicho cabo ureteral fué pasado del interior al exterior del cabo vesical á 3 milímetros del vértice de la incisión de su borde superior. Con pinzas delgadas fué introducido el cabo renal en el vesical dilatado y cuando hubo llegado y pasado el asa de seda del borde superior del primero 3 milímetros el ángulo de la incisión del segundo, se anudaron los hilos, el que se pasó á través de la pared de este último y el hilo distal de la asa que venía á coincidir con el vértice de la incisión del cabo vesical, quedando invaginado y sujeto el cabo renal que fué acabado de fijar por 4 puntos en el sentido longitudinal perforantes para el cabo vesical á 3 milímetros de su extremidad y cogiendo más de la mitad del espesor de la pared del cabo renal subyacente y saliendo como un milímetro encima de la terminación invaginante del cabo vesical, el punto superior comprendiendo ambos ángulos de la incisión de este último.

Se reforzó esta sutura colocando tiras de gasa yodoformada que de la vagina iban á ambas regiones meterales y, aproximando con un punto de sutura de catgut grueso el peritoneo del recto, encima de la sutura de su perforación, el corte vaginal posterior, el corte vaginal anterior y el peritoneo vesical.

La peritonización pélvica se terminó con una sutura en bolsa de catgut delgado comprendiendo de uno á otro lado los restos de los

ligamentos anchos, los muñones de los ligamentos redondos é infundíbulo pélvico y los peritoneos vesical y rectal. Toilette pélvica con gasas estériles secas; se retiran las gasas que protegían la gran serosa peritoneal y los intestinos; se colocan éstos en su situación normal haciendo que los cubra el epiplón, para lo que se pone á la enferma en posición horizontal y se cierra el vientre por mi procedimiento de sutura temporalmente perdida del plano músculo-aponeurótico.

La operación duró dos horas, y la enferma sólo tomó 15 gramos de cloroformo. El pulso, aunque frecuente, era fuerte y no podía decirse que hubiera shock.

Se puso una sonda á permanencia en la vejiga para evitar los movimientos de este órgano. Temperatura á las 8 p. m. $36^{\circ}6$, pulso 88, fuerte; respiración tranquila y normal, no hay basca ni grandes dolores.

	Horas.	Temperaturas.	Pulso.	Respiración.	Lengua.
Día	7.—7 p. m.	$36^{\circ}8$	88	regular.	húmeda.
»	8.—7 a. m.	$36^{\circ}7$	88	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}8$	86	»	»
»	9.—7 a. m.	$36^{\circ}9$	90	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}4$	88	»	»
»	10.—7 a. m.	$36^{\circ}8$	90	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}9$	88	»	»
»	11.—7 a. m.	37°	96	»	»
»	».—8 p. m.	$37^{\circ}2$	88	»	»
»	12.—7 a. m.	$37^{\circ}3$	88	»	»
»	».—8 p. m.	$37^{\circ}4$	88	»	»
»	13.—7 a. m.	37°	90	»	»
»	».—8 p. m.	$37^{\circ}1$	94	»	»
»	14.—7 a. m.	$36^{\circ}9$	90	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}8$	96	»	»
»	15.—7 a. m.	$36^{\circ}4$	88	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}8$	88	»	»
»	16.—7 a. m.	$36^{\circ}2$	88	»	»
»	».—8 p. m.	$36^{\circ}4$	84	»	»

Horas.	Temperaturas.	Pulso.	Respiración.	Lengua.
Día 17.—7 a. m.	36°2	84	»	»
» ».—8 p. m.	36°5	84	»	»
» 18.—7 a. m.	37°	84	»	»
» ».—8 p. m.	36°9	82	»	»

El día 14 se le ministró un purgante de aceite de ricino.

El 15 se le quitó la sonda que había funcionado perfectamente; el 18 se le retiró la gasa de canalización; el 25 se retiró la sutura de la pared del vientre y se le dió de alta por curación el 14 de diciembre de 1905.

Igualmente he tenido oportunidad de ocuparme ante esta Academia de otro caso de urétero-cistoneostomía en una enferma afectada de cáncer uterino invadiendo la vejiga, á la que hubo que resecar una porción de este órgano con parte del uréter derecho, teniendo que suturar la vejiga en forma de cono de vértice dirigido á la derecha para recibir el uréter. Hoy, después de cinco años del primero, presento el segundo caso en el que se obtuvo también éxito operatorio.

Observación II.—Conrada Nieto, de León, de 33 años, casada, múltipara (5 hijos), natural de Moroleón, Estado de Guanajuato, ingresó al Pabellón González Echeverría el 22 de enero de 1906.

Diagnóstico.—Epitelioma del cuello uterino invadiendo el perimetro. La enferma, por las hemorragias que ha sufrido, se encuentra en un estado de agotamiento excesivo; delgada, pálida, revela en su semblante una profunda tristeza y abatimiento. Hay huella de albuminuria en la orina. El pulso es frecuente (100 pulsaciones por minuto) y débil. El estreñimiento es constante. Se le impone un regimen reconstituyente, haciéndola tomar además cuatro ó cinco tazas de leche en el día; y como tratamiento externo, baños de aseo una ó dos veces por semana é inyecciones vaginales dos en el día con solución de permanganato de potasa al 1/4000 estéril y bien caliente; al iniciarse las hemorragias taponamiento con gasa yodoformada.

Se opera el 6 de marzo de 1906. Ayudante, Dr. C. Zavala.—Raquianestesia con cuatro y medio centigramos de clorhidrato de

cocaína en solución isotónica estéril de 10 por 100. Aseo de la pared abdominal, vaginal y cuello uterino, empleando aquí permanganato de potasa y ácido oxálico en soluciones concentradas.

Puesta la enferma en la posición de la talla perineal se hace la cauterización de la úlcera cervical con termocauterío. En seguida, habiendo vuelto á lavar y secado el campo operatorio, se hizo la circuncisión de la vagina á la mitad de su altura desprendiéndola hacia atrás sin perforar el fondo de Douglas, hacia adelante, se separa la vagina de la vejiga hasta el fondo peritoneal vésico-uterino, donde hay íntimas adherencias con la matriz; lateralmente se desprende la vagina hasta la base de los ligamentos anchos; se taponan estos diferentes desprendimientos con gasa esterilizada y en seguida se vacía la vejiga.

Por la vía alta se practica la laparotomía supra-púbica hasta el ombligo; se cogen ambos cuernos uterinos con pinzas de forcipresura; se ligan y se seccionan el ligamento infundíbulo pélvico izquierdo y el redondo correspondiente; se abre el ligamento ancho, se secciona el peritoneo vésico-uterino; se ligan y seccionan el ligamento infundíbulo-pélvico y el redondo derecho y se abre el ligamento ancho correspondiente. Se busca el uréter sobre la cara profunda de la hoja posterior de dicho ligamento; se sigue el uréter hasta la vejiga cogiendo con pinzas el ligamento ureteral con arteria y vena uterinas. En este momento se empieza á dar cloroformo. Se repite la investigación del uréter y se hace la ligadura de la arteria y vena uterinas del lado izquierdo, y se nota que la región ureteral está invadida por el epiteloma; se sigue desprendiendo la vejiga llevándose una porción sobre la cara anterior de la matriz hasta llegar al desprendimiento vaginal anterior.

Lateralmente hacia la izquierda se secciona la aponeurosis pélvica y músculo elevador del ano; se repite la operación al lado derecho; se seccionan atrás los ligamentos útero-sacos, el peritoneo de Douglas, las aponeurosis pélvicas y las inserciones del músculo elevador y se desprende la matriz con los anexos y tejido celular pélvico, parte media de la vagina y algo de la musculosa de la vejiga; este órgano quedando adelgazado se reseca en la porción sub-

peritoneal desde el uréter del lado derecho hasta pasar la desembocadura del uréter izquierdo, seccionando este mismo que, como se dijo, estaba invadido por el neoplasma. Se hace la urétero-cistoneostomía con la porción inferior de la vejiga, aplicando cuatro puntos de seda delgada en la extremidad de los ejes verticales y horizontales del uréter; se sutura en bolsa con catgut delgado la mucosa vesical y con seda la musculosa, y con cuatro puntas de seda delgada dispuestas alrededor del uréter en el sentido de su eje comprendiendo el espesor de su pared, sin perforarla, se acaba de fijar este conducto á la vejiga de la que se cogió solamente la musculosa. Colocando dos tiras delgadas de gasa yodoformada de las regiones ureterales á la vagina, puse dos puntos entrecortados de catgut grueso, comprendiendo el peritoneo vesical, el corte vaginal anterior, el posterior y el peritoneo rectal, reforzando así la sutura anterior. Surgetes con catgut delgado de uno y otro lado de estos puntos aproximan el peritoneo que quedó de los ligamentos anchos, el de la vejiga y el del recto y los muñones ligamentarios, haciéndose así la peritonización y el tabicamiento peritoneal de la pelvis. Acomodando el intestino y epiplón en su lugar, se cierra el vientre por el procedimiento que me es propio. Sonda á permanencia.

La enferma sólo tomó 8 gramos de cloroformo, habiendo durado la operación 1 hora y 40 minutos.

Asistieron á esta intervención, además de los señores doctores que estuvieron presentes en la anterior, el Sr. Dr. Jesús Sánchez Rebolledo, el Sr. Dr. Alfredo García, entonces practicante.

La pieza anatómica, convenientemente preparada por los Sres. Dres. Ulrich y Huici, se compone de un gran collarete vaginal; el cuello uterino, desaparecido por la cauterización, guarda aún la coloración negruzca de la carbonización de las vegetaciones cancerosas; el útero con sus anexos; casi totalidad de los ligamentos redondos é infundíbulo pélvicos; tejido celular de dichos ligamentos con vasos sanguíneos y linfáticos; todo el tejido celular del perimetro, y sobre la cara anterior de la matriz una porción de la musculosa de la vejiga y parte de la porción de vejiga seccionada con la desembocadura del uréter izquierdo.

Discusión: Este procedimiento de urétero-anastomosis semejante á los Poggi y Gubaroff, en cuanto á la invaginación, difiere por la disposición de las suturas, que siendo longitudinales facilitan su aplicación y ponen á salvo de una fístula ureteral en caso de sección de los hilos, porque es sabido que las incisiones longitudinales de dicho conducto cicatrizan fácilmente.

La enferma pasó tranquila el día de la intervención y sólo tuvo penosas las primeras horas mientras pasó el schok y se calentó. He aquí el cuadro de sus temperaturas, pulso, respiración y estado de sus mucosas:

	Horas.	Temperaturas.	Fulso	Respiración.	Lengua.
Día	7.—7 p. m.	37 ^o 4	90	Normal.	Húmeda.
»	8.—7 a. m.	38 ^o	96	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 2	100	»	»
»	9.—7 a. m.	38 ^o 9	94	»	»
»	8 p. m.	38 ^o	100	»	»
»	10.—7 a. m.	38 ^o	100	»	»
»	8 p. m.	38 ^o 2	100	»	»
»	11.—7 a. m.	38 ^o 6	100	»	»
»	8 p. m.	38 ^o	104	»	»
»	12.—7 a. m.	38 ^o 1	100	»	»
»	8 p. m.	38 ^o	100	»	»
»	13.—7 a. m.	38 ^o 2	96	»	»
»	8 p. m.	38 ^o 1	96	»	»
»	14.—7 a. m.	38 ^o 4	90	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 2	94	»	»
»	15.—7 a. m.	37 ^o 1	90	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 2	96	»	»
»	16.—7 a. m.	37 ^o 2	98	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 2	100	»	»
»	17.—7 a. m.	37 ^o 6	100	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 9	100	»	»
»	18.—7 a. m.	37 ^o	100	»	»
»	8 p. m.	37 ^o 5	100	»	»
»	19.—7 a. m.	37 ^o	100	»	»

Día	Horas.	Temperaturas.	Pulso.	Respiración.	Lengua.
	8 p. m.	37°2	100	Normal.	Húmeda.
»	20.—7 a. m.	37°	102	»	»
»	8 p. m.	37°	98	»	»
»	21.—7 a. m.	36°9	100	»	»
»	8 p. m.	37°	96	»	»

Al cuarto día se le ministra un purgante de aceite de ricino por habersele elevado la temperatura, y se le repite aquél tres días después.

Al 8° día se le quita la sonda permanente y el tapón vaginal que son reemplazados por otros por haberse presentado la orina de color negruzco y fétida, y se hace un amplio lavado de la vejiga con solución félica débil. Tres días después se repite la misma operación; á los 14 días de la intervención se retira el tapón vaginal para hacer aseos con solución débil de permanganato de potasa dos veces al día. No desapareciendo el aspecto turbio de la orina y su olor amoniacal, se hace una instilación de nitrato de plata que se repite cada tercer día durante una semana. La orina se aclara; el estado de la paciente se levanta; se le empiezan á dar otros alimentos que la leche que hasta entonces estaba tomando.

Al 25° día de la intervención se levanta por primera vez la curación de la pared del vientre, encontrándose la herida ventral completamente cicatrizada, se quitan las suturas y la enferma es dada de alta 40 días después de la intervención.

Hasta aquí el éxito operatorio no puede ser más halagador: una enferma librada de los estragos del cáncer, de los dolores y las hemorragias, de la putrefacción en vida, un gran esfuerzo intelectual y físico del cirujano para conseguirlo, y por parte de la enferma una resolución firme, deseo ardentísimo de sanar, desesperación de llevar una vida miserable que expone evidentemente en una intervención semejante para perecer ó gozar de la alegría de vivir con salud. ¿ Consiguen el médico y la paciente su objeto? ¿ Le es permitido á aquél, movido por la piedad, sacrificar algunas horas de su vida y su salud por ayudar á la muerte á consumir su obra sólo

por el vislumbre de una salud que no hay la seguridad de que sea duradera?

¿Debe el médico en condiciones como las que acabo de referir abandonar á su suerte á la infeliz que de rodillas implora una operación como único alivio á sus males, convencida como está, de la ineficacia de los medicamentos que, por desgracia, los ha probado todos perdiendo el tiempo y con él la esperanza de salvarse de las garras de la enfermedad? Abandonar á estos seres desgraciados á una muerte segura sin intentar nada por salvarlos cuando la experiencia nos enseña que algunos se libran, es duro é inhumano, y por lo que á mí toca, aconsejaré al que sufre y me pondré de su parte para que se opere, y mientras me sienta con fuerzas y destreza suficientes intervendré yo mismo aunque sé que con ello doy algo de mi vida y mucho de mi reputación científica.

Mas si el mal pasa los límites de lo tangible y se va á un desastre seguro, no operaré, acudiré á los paliativos, á las termo-cauterizaciones, para simular una operación que las desgraciadas ansían como su única salvación y dirigiré un ruego, como siempre que tengo la oportunidad lo hago, á todos los médicos de cabecera, médicos de familia:

Investigad en vuestros clientes sus padecimientos ginecológicos y siempre que encontréis algo sospechoso (escurrimientos fétidos, metrorragias), si vuestros conocimientos no os ponen en estado de formar un diagnóstico, recurrid á un compañero; no perdáis el tiempo, sobre todo si ha pasado la menopausa y la sangre aparece por la vagina, porque no hay que olvidar que el cáncer es curable en su principio, pero curable quirúrgicamente. Hasta hoy la ciencia no conoce otro medio, las inyecciones de Doyen y los rayos X están en estudio y no debemos esperar de lo dudoso cuando disponemos de medio seguro; el ejercicio de nuestra profesión es de conciencia y muy por encima del mercantilismo; nuestra satisfacción del bien obrar es íntima; nuestra misión altamente humanitaria y patriótica: «conservar á las madres para sus hijos,» porque son las madres las víctimas propicias del cáncer uterino.

He divagado algo distrayéndome de la historia de mi enferma,

esto no es raro, la enfermedad y la salud, la vida y la muerte, son los problemas que nos asaltan al iniciarnos en esta carrera sembrada de abrojos y que nos atrae y nos seduce tal vez porque nos hierre y nos lastima al recoger las pocas flores sembradas en ella.

A principios de Agosto, 5 meses después de la intervención, fué la paciente á verme quejándose de ganas frecuentes de orinar; sondeándola encontré que tenía un cálculo vesical. Pocos días después se lo extraía valiéndome para ello del cistoscopio que me demostró además la existencia de una placa de infiltración calcárea al nivel de la desembocadura del uréter, placa que fué igualmente removida. Nueva tregua de dos meses en que la enferma con exacerbaciones febriles me consultó. Encuentro el riñón izquierdo doloroso y la cicatriz vaginal algo dura sobre todo al nivel del intestino. El cálculo no se había reproducido pero el orificio ureteral izquierdo deprimido, estaba indudablemente estrechado. Hice su dilatación con una sonda de Kelly, maniobra que repetí 15 días después; la calentura y escalofríos habían desaparecido. La aconsejé, siendo pobre, con cinco hijos y el esposo en la cárcel, que viera la manera de pasar una temporada en el hospital; ya para entonces se quejaba de algunos dolores en el recto. Le hice unas secciones de masaje encontrando un verdadero núcleo, sobre cuya naturaleza no había duda, entre la vejiga y el recto; la cicatriz estaba intacta.

A principios de diciembre sintiéndose bien y habiendo salido su esposo de la cárcel pidió su alta. El 6 de enero de este año recibí su papeleta de defunción.

Tal fué su fin, sucumbiendo á los avances de su cruel enfermedad y, pensar que operada 8 meses antes, unas criaturas hoy desvalidas tendrían el amparo de su madre y, asunto de consideración igualmente lamentable: esta enferma estuvo atendiéndose de la cintura durante más de un año sin que se le hiciera un reconocimiento!

México, abril 10 de 1907.