

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL USO DE HILO
DE ALGODON EN CIRUGIA ABDOMINAL

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

GUILLERMO J. MELVILLE

Ex-interno por oposición a los servicios de Cirugía, Medicina, Ginecología,
Maternidad y Emergencia del Hospital General.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

JULIO DE 1944.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur Número 30.

INTRODUCCION

Ha sido uno de los principales problemas para la cirugía, encontrar un material de sutura que llene condiciones especiales, desde el punto de vista de tolerancia y mínima reacción por parte de los tejidos en que quedan incluidos. Desgraciadamente no se conocen aún, suturas que no produzcan, localmente en los tejidos reacciones de tipo inflamatorio a la manera de cuerpos extraños asépticos.

El estudio experimental efectuado en estos últimos años, ha demostrado que la reacción tisural depende de múltiples factores y que el conocimiento de ellos es indispensable al cirujano, si quiere que el proceso de cicatrización de la herida operatoria se haga de la manera más favorable y con mayores posibilidades de éxito.

De estos estudios se deduce que, las heridas operatorias tienen una evolución tanto más satisfactoria cuanto menor sea la reacción de los tejidos en su fase inicial o exudativa y es con el empleo de materiales de sutura no absorbibles, el algodón en especial como se obtienen los mejores resultados.

Desarrollaré a continuación el estudio de la reacción de los tejidos a las suturas; en seguida la clasificación de los materiales más frecuentemente usados; después un comentario sobre suturas absorbibles tomando como tipo el catgut y por último el uso del hilo de algodón en especial.

REACCION DE LOS TEJIDOS A LAS SUTURAS

Como hemos dicho anteriormente no existen aun suturas que no produzcan reacción tisural. El grado de ésta es sin embargo variable y depende de diversos factores.

Desde el punto de vista anatomo-patológico el proceso de cicatrización de la herida operatoria comprende dos fases:

a) Fase inicial, exudativa o período latente que se caracteriza por el aflujo más o menos considerable de neutrófilos que llegan por diapédesis asociada a extravasación de plasma sanguíneo. El objeto principal de esta fase es la autólisis o heterólisis. Este período se llama también por eso período destructivo.

b) Período fibroplástico caracterizado por la participación de aquellas células del tejido conectivo: células amiboides, macrófagos fijos, fibroblastos y células del mesénquima encargadas de la verdadera reparación de la herida; de aquí el nombre de fase reparadora que se dá también a este proceso.

Los tejidos reaccionan con estas dos fases siempre, pero el grado de reacción de cada una de ellas varía según factores que estudiaremos después.

Desde este punto de vista, los cirujanos de los Estados Unidos de América, han clasificado las heridas operatorias en dos tipos, según el grado de la fase exudativa:

a) Aquellas en que el proceso cicatricial se acompaña de gran irritación de los tejidos, que dan heridas operatorias menos sólidas y se asocian a un gran exudado en su fase inicial y por eso las llaman "cicatrización húmeda" (wet healing).

b) Otras que son poco irritativas a los tejidos, dan heridas más sólidas y se asocian a escaso exudado y por esta razón las denominan "cicatrización seca" (dry healing).

Como tipo de cicatrización húmeda está el catgut y en general todos los hilos absorbibles; como representante de la segunda los hilos inabsorbibles y en particular el algodón.

Diversos factores deben considerarse al hablar del grado de reacción exudativa de los tejidos en las heridas operatorias. De estos unos son independientes de la calidad intrínseca de la sutu-

ra y otros de esta en particular. Debemos sin embargo reconocer que en todos los casos la inter-relación material sutura y reacción tisural es siempre factor importante y que el estudio separado es enteramente artificial.

I.—Factores independientes al material de sutura:

La reacción tisural será desfavorablemente influenciada por:

1) La cantidad y calidad de micro-organismos existentes en la herida que se sutura.

2) Deficiencia en la vascularidad tisural.

3) Cuerpos extraños independientes de la sutura (povos de talco, etc.)

4) Estado general del paciente: enfermedades crónicas, afecciones agudas, estados de desnutrición (avitaminosis C, hipoproteinemia).

5) Por último, el trauma local operatorio. Todos los tejidos desvitalizados por cualquier causa producen una reacción exudativa destinada a producir la citólisis y citofagia. El cirujano deberá evitar hasta donde sea posible lesionar los tejidos. Así al pinzar un vaso, cuidará en coger la menor cantidad de tejido con el instrumento; al anudar los labios de una herida no apretar demasiado fuerte, sino hacer que junten los bordes sin tensión excesiva. Lo mismo debe decirse de la cuidadosa hemostasis.

II.—Factores dependientes del material usado en la sutura:

1) Clase de material usado: los hilos absorbibles producen grandes exudados inflamatorios; los inabsorbibles escaso o nulo.

2) Dada una misma clase de sutura la reacción exudativa dependerá de la cantidad usada de la misma. Cuanto más grueso sea el hilo mayor será la reacción, de igual manera la sutura continua dá por idéntica razón mayor exudado que la hecha con puntos separados. Es precisamente por eso que debe evitarse usar hilos dobles, dejar cabos largos y el uso de nudos triples.

3) Del procedimiento empleado en la conservación y esterilización de los hilos. Aquellos que necesitan sustancias químicas (el catgut por ejemplo) en su preparación producen gran reacción tisural.

4) La reacción depende del hilo usado con relación al tejido que se sutura. Es por eso que cada clase tiene sus usos en particular, así como el grosor de los mismos tienen sus indicaciones especiales.

Desde el punto de vista de la cicatrización de la herida operatoria debe considerarse, que todas las causas anteriores que pro-

fué quien primero preconizó el uso del catgut y recomienda la sección de los gruesos vasos entre dos ligaduras.

El Dr. P. S. Physick reintrodujo el uso del catgut publicando en 1816 estudios experimentales en animales, haciendo una comparación entre seda, lino y catgut, notó que los dos primeros permanecían mucho tiempo en las heridas, mientras que el último desaparecía de las mismas al cabo de cierto tiempo.

Luigi Porta en 1840 preconiza el catgut como el medio más homogéneo y fuerte para ligaduras.

Era sin embargo difícil apreciar en ese tiempo las ventajas que ofrecían los diferentes medios de sutura, pues todas ellas habían sido hechas en la época pre-antiséptica. En 1861 José Lister publica su libro titulado "Observations on ligatures of arteries on the antiseptic system" en el que recomienda el empleo de material de suturas estériles. En 1878 Luis Pasteur en su memorable comunicación a la Academia de Cirugía sienta las bases de la asepsia, la cirugía entra en una nueva era y a ella se deben los grandes progresos de la cirugía actual.

Como hemos dicho el catgut es obtenido del intestino de carnero, pertenece al grupo de suturas absorbibles; la esterilización y su conservación en tubos sellados se obtiene por medio de diversas sustancias químicas o por el calor en autoclaves especiales con vapores antisépticos.

Antes de su esterilización es preciso también desproveerlo de sustancias nocivas al organismo como por ejemplo grasas, toxinas, ptomaínas y próticos. Estos últimos serían responsables según J. W. Hinton de reacciones alérgicas locales que explicarían la dehiscencia de la herida operatoria. Esta alergia puede comprobarse, en esos casos, por medio de la intradermo reacción cutánea producida por extractos de catgut en diluciones 1/10, 1/100 y 1/1000.

Como puede observarse la preparación del catgut es un proceso complejo y delicado; por consiguiente su elaboración requiere laboratorios comerciales especiales.

Los tubos mismos, que contienen el catgut, necesitan esterilizarse antes de su empleo y esto se obtiene mediante antisépticos químicos o por ebullición en ciertas clases en que puede emplearse el calor.

La absorción del catgut depende de tres factores: grosor, preparación previa con sustancias químicas (cromo, plata, tanino, etc.) y tejido en el cual está incluída la sutura.

La clasificación en general de los catgut por la Farmacia Central del Servicio Sanitario francés se hace atendiendo a su diámetro externo expresado en milímetros.

En los Estados Unidos de Norte América se atiende para clasificar el catgut simple en la resistencia máxima que puede soportar expresada en kilogramos:

00	1.300	Kgrs.	de	resistencia	máxima.
0	3.000	"	"	"	"
1	4.500	"	"	"	"
2	6.000	"	"	"	"
3	8.600	"	"	"	"

El catgut crómico se absorbe en doble tiempo correspondiente al catgut simple del mismo número.

La absorción es influenciada por el tejido donde se encuentra la sutura. Así por ejemplo, el catgut simple 0 se absorbe en cuatro días en el peritoneo, nueve días en el músculo y en siete en la piel.

No todos los autores están de acuerdo con los conceptos anteriores; el estudio de la absorbilidad del catgut no está aún completamente resuelto.

Roberto R. Bates, haciendo experiencias en perros adultos, observó que el catgut simple provoca en los tejidos violenta reacción exudativa de cuerpo extraño, que retarda la aparición de los fibroblastos y por consiguiente la cicatrización de la herida. Según el autor el catgut simple grueso se absorbe tan pronto como el delgado. El catgut crómico estuvo asociado a una reacción exudativa retardada con aparición precoz de fibroblastos y pronta cicatrización. Bates cree sin embargo que el catgut crómico delgado es mejor que el grueso y que la herida cicatriza satisfactoriamente usando los primeros.

En experiencias en el hombre J. T. Priestley y H. L. Wolff de la Clínica Mayo dieron a conocer en 1939 los resultados obtenidos después de emplear suturas con puntos separados, de diversos grosores y clases de catgut, de manera que cada sutura estuviese atada a un hilo inabsorbible que salía al exterior. Por tracciones suaves de este hilo, practicadas cada día pudieron llegar a saber el tiempo de absorción cuando el hilo inabsorbible se desprendía de su sitio. Las conclusiones a que llegaron fueron las siguientes: El catgut de grosor delgado permanece sin absorberse tanto tiempo o más que el grueso. El catgut crómico 000 se absorbió en 15 días; en cambio el crómico N° 1 y N° 2 lo hicieron 10.6. El tiempo de absorción de hebras simples tarda tanto como el de hebras dobles y la única ventaja de estas últimas es en tener mayor seguridad en la fuerza de tensión inicial. En algunos casos observados el catgut crómico se absorbió en el mismo tiempo o más rápido aún que el catgut simple. Grandes variaciones individuales pudieron comprobarse al respecto con el catgut

crómico. De estas experiencias deducen lo siguiente: el tiempo marcado por las etiquetas en los tubos no son aplicables, en lo que se refiere al tiempo de absorción, a la cirugía humana; la supuración o el drenaje de una herida no es causa de mayor absorbilidad y por último la marca misma de fábrica influye en el tiempo de absorción lo cual indica posiblemente diferencias en el procedimiento empleado en la preparación.

No existe unidad de criterio en lo que respecta al uso de las diversas clases y grosores de catgut. La piel con sus folículos y glándulas sebáceas es muy fácil que se infecte y por eso debe evitarse el uso de catgut en ella. En el penículo adiposo únicamente es usará para evitar "espacios muertos" y en este caso catgut simple 000 y 0000 con puntos separados. Los vasos superficiales se deberán ligar con catgut simple más fino, Mahoney Louis recomienda 000 y 0000. Los vasos de grueso calibre se ligarán con catgut crómico 1, para evitar hemorragias secundarias ya que el proceso de hemostasis definitiva es diferente que en los pequeños vasos. El plano muscular se suturará de preferencia con puntos separados que aproximen cuidadosamente los bordes con catgut simple 1 o crómico 1. En el peritoneo parietal Thoreck recomienda el uso de simple 1 en incisiones infra-umbilicales y el crómico 1 para las supra-umbilicales. Para el plano aponeurótico el mismo autor recomienda el catgut simple N° 1.

ALGODON

El algodón ha sido conocido desde hace muchos años, así no es de extrañar que los cirujanos lo empleasen como medio de sutura desde la antigüedad. El cirujano Indio Susruta 600 años antes de Cristo lo preconizó por primera vez.

Sin embargo el empleo del algodón con bases experimentales científicas pertenece a estos últimos años. Son los cirujanos especialmente de los Estados Unidos de Norte América: Alton Oeshner, William H. Meade, Garroll H. Long, Phil Thoreck a quienes se deben interesantes estudios sobre el particular.

ESTERILIZACION E HILOS USADOS

La esterilización del hilo de algodón es fácil; se hace por calor húmedo, al autoclave durante veinte minutos a quince libras de presión. Los hilos cortados de la longitud deseada se envuelven en tubos elásticos de caucho y después esterilizados, así se evita la ruptura de las fibras por la acción del calor como sucedería si se envolviesen en tubos rígidos. El algodón debe usarse seco, el húmedo tiene la desventaja de ser más laxo y por consiguiente menos seguro al anudar. En casos de extrema urgencia

puede sin embargo usarse, a pesar de esta desventaja, el hilo esterilizado durante media hora en agua en ebullición.

La mayoría de los cirujanos emplean el hilo blanco, comercial, no mercerizado, de grosores variables del N° 10 al N° 80 yendo del más grueso al más delgado. Algunos autores aconsejan, para favorecer el deslizamiento, el uso de grasa impregnada a los hilos, está sin embargo comprobado que su uso es contraproducente; las grasas al igual que las sustancias químicas para teñir los hilos provocan reacción inflamatoria de los tejidos.

TECNICA DE LA SUTURA

La técnica empleada es la técnica habitual con puntos separados y en general la expresada por Halsted para el uso de la seda:

- 1) Uso de puntos separados.
- 2) Empleo de hilos lo más delgado posibles.
- 3) Se evitará dejar hilos que queden a la manera de puente, al suturar "espacios muertos."
- 4) No usar a la vez hilos absorbibles e inabsorbibles.

Se ha considerado por algunos cirujanos como un serio inconveniente el empleo de puntos separados porque naturalmente alargan un poco el tiempo operatorio. A esto se puede objetar que el exceso de tiempo es bastante corto, que el empleo de suturas continuas tiende a evitarse, cuando sea posible, por la reacción exudativa que provoca el uso de mayor cantidad de material de sutura y por último con práctica se reduce considerablemente el tiempo extra.

Las reglas segunda y tercera dadas por Halsted deben aplicarse siempre; en cuanto a la proscripción de usar a la vez hilos absorbibles y no absorbibles no todos los autores están de acuerdo con ella. En cirugía gástrica e intestinal P. Thorek recomienda el empleo de catgut y algodón en planos diferentes.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL ALGODON CON OTROS MATERIALES DE SUTURA EN HERIDAS CONTAMINADAS Y SEPTICAS

Casi todos los autores que tienen experiencia con el uso del algodón recomiendan su empleo en heridas sépticas o contaminadas.

W. Meade, C. H. Long, C. Pannett prefieren el algodón al catgut en heridas sépticas o contaminadas.

El empleo del algodón fue escogido por la mayoría de cirujanos de la Universidad de Tulane en el Charity Hospital en 1939.

He aquí como resumen W. H. Meade y C. H. Long el estudio comparativo entre catgut, seda y algodón:

“De Diciembre 1° de 1940 al 1° de Mayo de 1941, 729 operaciones fueron practicadas en el Charity Hospital por treinta miembros del grupo de cirujanos de Tulane. Nueve de los diecisiete cirujanos visitantes y los trece residentes, usaron siempre algodón. Tres cirujanos visitantes emplearon seda en todos los casos; cinco usaron suturas con catgut. En 465 casos en los cuales se empleó suturas con algodón, 358 fueron clasificadas asépticas, 89 contaminadas y 18 infectadas. En 61 casos se empleó seda, 37 de los cuales eran asépticos, 21 contaminados y 3 infectados. El catgut fue usado en 86 casos, de ellos 57 asépticos, 25 contaminados y 4 infectados.”

“De las 57 heridas asépticas en que se empleó el catgut 80.7% curaron de primera intención y 19.3% fueron complicadas; de éstas 14% por infección. Todas las heridas contaminadas e infectadas se complicaron (23 de las 25 contaminadas fueron operaciones efectuadas en la región anal.)”

“Los resultados con seda fueron mucho mejores. De los 37 casos de heridas asépticas solamente 5.4% se complicaron, 2.7% por infección. Sin embargo 70.6% de las contaminadas fueron complicadas, 67.9% por infección; todas las heridas infectadas se complicaron.”

“El algodón se usó en 358 heridas asépticas; de éstas 4.8% se complicaron, 4% por infección. Una observación importante fué que casi la mitad de las heridas contaminadas o sea el 47.6% de 89 curaron por primera intención.”

“El algodón causa escaso edema y reacción tisural mínima y el uso de él constituye el tipo de cicatrización seca (“dry tipe of healing”) poco favorable al desarrollo de la infección.”

Esta última conclusión ha sido demostrada categóricamente, mediante cultivos bacteriológicos obtenidos con hilos de sutura extraídos de heridas operatorias en animales. Los trabajos experimentales de A. Localio, W. Casale, y J. W. Hinton han dado los resultados siguientes:

<i>Material de sutura.</i>	<i>Nº animales en experiencia.</i>	<i>Nº cultivos</i>	<i>Cultivos Nº</i>	<i>Posi- tivos %</i>
Catgut.	66	60	12	20
Seda.	56	56	4	7.1
Algodón.	56	43	2	4.7
Alambre.	55	51	4	7.8
Nylon.	55	55	4	7.3

Los micro-organismos encontrados fueron los siguientes:
Con el catgut: estafilococo aureus, estreptococo no hemolítico, pioctánico y colibacilo.
Con la seda: estafilococo aureus, estreptococo no hemolítico.
Con el algodón: estreptococo no hemolítico.
Con el alambre: estafilococo aureus y estreptococo no hemolítico.
Con el nylon: estafilococo aureus.
Como puede observarse el catgut dió el más elevado porcentaje de cultivos positivos y el hilo de algodón el más bajo.

CONTRA-INDICACIONES DEL USO DEL HILO DE ALGODON

Son limitadas las contra-indicaciones al uso del algodón, su empleo debe proscribirse en los siguientes casos:

1) Cuando se intervenga en órganos en los cuales puedan originarse cálculos secundariamente (aparato urinario, vesícula biliar).

2) Aquellos casos en que el factor tiempo es de gran importancia por el estado general del paciente.

3) Cuando el uso de puntos separados no se adapte a técnicas que emplean sutura continua. En estos casos se puede casi siempre modificar la técnica operatoria pero necesita un entrenamiento para que el acto operatorio no se prolongue demasiado.

OBSERVACIONES

El hilo de algodón se comenzó a usar en Guatemala, el 14 de Agosto de 1941, fecha en que el Dr. Mario J. Wunderlich lo introdujo en el Servicio de Ginecología del Hospital General.

En el presente trabajo analizamos 79 casos en los cuales el algodón fué empleado como material de sutura en el cierre de la pared abdominal de todas las celiotomías practicadas; en 68 apendicectomías; 10 reposiciones uterinas y en 5 herniectoplastías.

El algodón usado ha sido el hilo blanco, comercial de grosores N° 10, N° 30 y N° 40.

El hilo N° 10 fué empleado en los 46 casos siguientes: 1-2-3-5-6-7-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-48-49-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79.

El hilo N° 30 en los casos 61-62-63.

El hilo N° 40 se usó en los siguientes 30: 4-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48 y 50.

El cierre de la pared abdominal se efectuó con puntos separados; sin embargo el peritoneo de las celiotomías medianas infraumbilicales se suturó con catgut simple N° 1 siguiendo la técnica original del Dr. Mario J. Wunderlich (Academia Mexicana de Cirugía, sesión 19 mayo de 1942) que presenta las siguientes ventajas: dá mayor solidez en la pared, reduce a un punto la formación de adherencias intra-abdominales y evita posibles estrangulaciones. Ningún inconveniente pudimos observar en estos casos en que se empleó, en diferentes planos catgut y algodón. En los casos en que el peritoneo se sutura con algodón, algunos autores aconsejan proceder de la manera siguiente para evitar que el exceso de tensión del hilo rasgue el peritoneo: se sigue siempre la técnica de puntos separados, pero se ponen todos antes de anudar, en seguida el ayudante cruza los hilos; de esta manera la tensión se reparte entre todos ellos y entonces el cirujano anuda con facilidad uno por uno.

De las 16 reposiciones uterinas que aparecen en las observaciones, 10 fueron practicadas por el procedimiento de Gilliam; en todas ellas se usó el algodón como medio de fijación de los ligamentos redondos.

De las 68 apendicectomías que fueron efectuadas, 4 se practicaron por apendicitis sub-aguda (casos: 23-24-26 y 71); 11 por apendicitis crónica (casos: 7-13-18-32-35-36-45-47-48-76-77) y el resto apendicectomías profilácticas. En todas las apendicectomías se empleó la técnica de invaginación del muñón apendicular sin ligadura previa. La bolsa de tabaco se hizo con hilo de algodón de grosores variando entre N° 10, 30 y 40.

Se practicaron 3 herniectoplastías umbilicales siguiendo la técnica de Mayo (casos 31, 52 y 79) en las dos últimas se empleó hilo N° 10 y en la primera N° 40.

Dos herniectoplastías inguinales (casos 43 y 44) fueron efectuadas usando algodón N° 40.

El período post-operatorio de todos los casos (excepto en los casos 25 y 27) fue sin incidentes y ninguna reacción local precoz o tardía fue observada.

En el caso N° 25 se formó un hematoma que secundariamente se infectó, evacuado, la herida cicatrizó por segunda intención.

En el caso N° 27 hubo formación de absceso en el tejido celular subcutáneo; se drenó y la herida cicatrizó secundariamente.

Podemos deducir de esto, que en 79 casos, 2 se complicaron por infección de la herida parietal lo cual dá un porcentaje de 2.5.

A continuación resumimos la lista de los casos observados.

LIBRO NUMERO 35

Observación Número 11,490.—Caso Número 1.

E. S.—Ingresa el 8 de Agosto de 1941.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (14 Agosto 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 28 Agosto 1941.

Observación Número 11,491.—Caso Número 2.

A. G.—Ingresa el 11 de Agosto de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica.

Tratamiento.—A) Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia.

B) Quirúrgico: Histerectomía fúndica, apendicectomía (20 de Septiembre 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 3 Octubre 1941.

Observación Número 11,494.—Caso Número 3.

M. C. Q.—Ingresa el 10 de Agosto de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis sub-aguda.

Tratamiento.—A) Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia.

B) Quirúrgico: Histerectomía fúndica, apendicectomía (13 Septiembre 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 24 Septiembre 1941.

Observación Número 11,503.—Caso Número 4.

T. A. de M.—Ingresa el 13 de Agosto de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis aguda forma tumoral.

Tratamiento.—A) Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia.

B) Quirúrgico: Histerectomía fúndica, ooforectomía derecha, apendicectomía (23 Septiembre 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 4 Octubre 1941.

Observación Número 11,514.—Caso Número 5.

M. B. M.—Ingresa el 18 de Agosto de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, retroversión irreductible.

Tratamiento.—Salpingectomía izquierda, reposición uterina. (13 Septiembre 1941).

Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada, 25 Septiembre 1941.

Observación Número 11,533.—Caso Número 6.

M. S.—Ingresa el 27 de Agosto de 1941.
Diagnóstico.—Prolapso genital grado III.
Tratamiento.—Fothergill, colpo-perineorrafia, Gilliam, apendicectomía (6 Septiembre 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada, 22 Septiembre 1941.

Observación Número 11,534.—Caso Número 7.

S. S.—Ingresa el 27 de Agosto 1941.
Diagnóstico.—Apendicitis crónica, litiasis biliar.
Tratamiento.—Apendicectomía, colecistectomía, (11 Septiembre 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada, 26 Septiembre 1941.

Observación Número 11,535.—Caso Número 8.

V. P.—Ingresa el 27 de Agosto 1941.
Diagnóstico.—Prolapso genital III.
Tratamiento.—Fothergill, apendicectomía, resección cuneiforme del ovario izquierdo, Gilliam.
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada, 24 Septiembre 1941.

Observación Número 11,542.—Caso Número 9.

M. L. L.—Ingresa el 4 de Septiembre de 1941.
Diagnóstico.—Retroversión irreductible.
Tratamiento.—Apendicectomía, Gilliam (11 de Septiembre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.—
Terminación.—Curada, 22 Septiembre 1941.

Observación Número 11,547.—Caso Número 10.

J. M.—Ingresa el 8 de Septiembre de 1941.
Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.
Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (18 de octubre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada, 5 Noviembre 1941.



Observación Número 11,548.—Caso Número 11.

V. C.—Ingresa el 6 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Pelvis congelada.

Tratamiento.—Series Elliot (III); sulfanilamidoterapia.

Quirúrgico: Histerectomía abdominal sub-total (degollamiento anterior del cuello), anexectomía bilateral, apendicectomía (25 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 20 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,551.—Caso Número 12.

V. V. de M.—Ingresa el 9 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Utero fibroso.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, ovariectomía izquierda (23 de Septiembre de 1941). *Nota.*—Había sido operada antes: ooforo-salpingectomía derecha, salpingectomía izquierda, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—5 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,552.—Caso Número 13.

M. T. G.—Ingresa el 9 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica, retroversión uterina.

Tratamiento.—Apendicectomía, Gilliam (20 de Septiembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—2 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,555.—Caso Número 14.

M. O.—Ingresa el 10 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, cervicitis erosiva y glandular grado III.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (18 de Septiembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—2 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,557.—Caso Número 15.

B. O.—Ingresa el 11 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis aguda forma tumoral.

Tratamiento.—Series de Elliot (II), sulfanilamidoterapia.

Quirúrgico: Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (11 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—31 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,558.—Caso Número 16.

M. M.—Ingresa el 12 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis aguda.

Tratamiento.—Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia. Quirúrgico: Histerectomía fúndica, ovariectomía derecha, reposición uterina, apendicectomía (14 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—27 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,561.—Caso Número 17.

M. T.—Ingresa el 13 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Quistes dermoides en ambos ovarios.

Tratamiento.—Ovariectomía bilateral (25 de Septiembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—15 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,563.—Caso Número 18.

A. C.—Ingresa el 15 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis aguda, apendicitis crónica.

Tratamiento.—Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia. Quirúrgico: Histerectomía fúndica, ooforectomía derecha, apendicectomía (25 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—5 Diciembre de 1941.

Observación Número 11,564.—Caso Número 19.

R. V.—Ingresa el 15 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis aguda forma tumoral.

Tratamiento.—Series Elliot (I), sulfanilamidoterapia. Quirúrgico: Histerectomía fúndica, ooforectomía derecha, apendicectomía (16 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—27 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,566.—Caso Número 20.

D. v. de D.—Ingresa el 15 de Septiembre de 1941.

Diagnóstico.—Cáncer del cuerpo uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (25 de Septiembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada.—15 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,568.—Caso Número 21.

A. A.—Ingresa el 18 de Septiembre de 1941.
Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.
Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (27 de Septiembre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada.—9 de Octubre de 1941.

LIBRO NUMERO 36

Observación Número 11,580.—Caso Número 22.

D. C.—Ingresa el 22 de Septiembre de 1941.
Diagnóstico.—Anexitis aguda forma tumoral.
Tratamiento.—Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia. Quirúrgico: Salpingectomía bilateral, apendicectomía (28 de Octubre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada.—11 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,585.—Caso Número 23.

M. C. de B.—Ingresa el 25 de Septiembre de 1941.
Diagnóstico.—Fibromas múltiples subserosos, retroversión irreductible, apendicitis sub-aguda.
Tratamiento.—Miomectomías múltiples, histerectomía fúndica, ovariectomía derecha, reposición uterina, apendicectomía (7 de Octubre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada.—18 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,594.—Caso Número 24.

E. F. P.—Ingresa el 2 de Octubre de 1941.
Diagnóstico.—Apendicitis sub-aguda.
Tratamiento.—Apendicectomía (4 de Octubre de 1941).
Post-operatorio.—Normal.
Terminación.—Curada.—14 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,595.—Caso Número 25.

I. R.—Ingresa el 3 de Octubre de 1941.
Diagnóstico.—Anexitis crónica.

Tratamiento.—Resección parcial del ovario izquierdo, liberación de adherencias a los anexos derechos, ligamentopexia (18 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Hematoma de la pared y fué necesario evacuarlo; después la herida cicatrizó por segunda intención.

Terminación.—Curada.—30 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,602.—Caso Número 26.

J. A.—Ingresa el 6 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis sub-aguda.

Tratamiento.—Apendicectomía (9 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—17 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,616.—Caso Número 27.

I. V. de G.—Ingresa el 14 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Pólipo uterino (degeneración carcinomatosa al examen anatómo-patológico).

Tratamiento.—Miomectomía vaginal; Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (21 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Absceso en el tejido celular subcutáneo, fué drenado.

Terminación.—Curada.—11 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,603.—Caso Número 28.

I. R.—Ingresa el 7 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexestomía bilateral, apendicectomía (14 de Octubre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Octubre de 1941.

Observación Número 11,627.—Caso Número 29.

M. E.—Ingresa el 17 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis sub-aguda.

Tratamiento.—Serie Elliot (I), sulfanilamidoterapia; quirúrgico: salpingectomía bilateral, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—12 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,630.—Caso Número 30.

A. G. de G.—Ingresa el 11 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Reposición uterina, apendicectomía (4 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—21 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,633.—Caso Número 31.

M. R.—Ingresa el 20 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Hernia umbilical.

Tratamiento.—Hernioplastia umbilical (Mayo). (6 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—25 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,634.—Caso Número 32.

F. J. de P.—Ingresa el 21 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Litiasis biliar, apendicitis crónica.

Tratamiento.—Colecistectomía, apendicectomía (2 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—17 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,642.—Caso Número 33.

V. D.—Ingresa el 26 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, útero fibroso.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (8 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—27 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,643.—Caso Número 34.

M. P.—Ingresa el 27 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Quiste del ovario derecho, cervicitis erosiva grado III, apendicitis crónica.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (15 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—30 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,652.—Caso Número 35.

G. C.—Ingresa el 30 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica.

Tratamiento.—Apendicectomía (6 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada—17 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,653.—Caso Número 36.

M. G.—Ingresa el 31 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica.

Tratamiento.—Apendicectomía (25 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—10 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,657.—Caso Número 37.

J. M.—Ingresa el 2 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, poliposis múltiple (degeneración carcinomatosa al examen anatómo-patológico).

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (13 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—17 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,657.—Caso Número 38.

J. M.—Ingresa el 2 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Litiasis biliar.

Tratamiento.—Colecistectomía (4 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—17 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,658.—Caso Número 39.

R. R.—Ingresa el 31 de Octubre de 1941.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (8 de Noviembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—30 de Noviembre de 1941.

Observación Número 11,660.—Caso Número 40.

J. G. de B.—Ingresa el 2 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Cáncer incipiente del cuello uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía.—15 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—1º de Diciembre de 1941.

Observación Número 11669.—Caso Número 41.

F. R.—Ingresa el 10 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía.—15 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—7 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11675.—Caso Número 42.

M. G.—Ingresa el 11 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Cáncer del cuerpo uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía.—20 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—10 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,680.—Caso Número 43.

I. J. Z.—Ingresa el 17 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Hernia inguinal derecha.

Tratamiento.—Hernioplastia inguinal.—20 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—7 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11681.—Caso Número 44.

M. L.—Ingresa el 18 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Hernia inguinal derecha.

Tratamiento.—Hernioplastia inguinal.—20 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—14 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,686.—Caso Número 45.

C. C.—Ingresa el 22 de Noviembre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica, retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Apendicectomía, reposición uterina.—26 de Noviembre de 1941.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—9 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,709.—Caso Número 46.

T. P.—Ingresa el 6 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Gilliam, apendicectomía (13 de Enero, 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—30 de Enero de 1942.

Observación Número 11,711.—Caso Número 47.

D. G. de M.—Ingresa el 6 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica, litiasis biliar.

Tratamiento.—Apendicectomía, colecistectomía (10 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—24 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,712.—Caso Número 48.

H. S. de M.—Ingresa el 6 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, retroversión uterina irreductible, apendicitis crónica.

Tratamiento.—Salpingectomía bilateral, apendicectomía, reposición uterina (16 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—27 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,713.—Caso Número 49.

C. P.—Ingresa el 6 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Quiste del ovario derecho, anteflexión uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (16 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—30 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,717.—Caso Número 50.

C. P. de Z.—Ingresa el 9 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Litiasis biliar.

Tratamiento.—Colecistectomía apendicectomía (17 de Diciembre de 1941).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—31 de Diciembre de 1941.

Observación Número 11,729.—Caso Número 51.

M. G.—Ingresa el 16 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Litiasis biliar.

Tratamiento.—Colecistectomía apendicectomía (8 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Enero de 1942.

Observación Número 11,732.—Caso Número 52.

J. G.—Ingresa el 17 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina, hernia umbilical.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía herniectoplastía umbilical (13 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—3 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,751.—Caso Número 53.

M. G.—Ingresa el 27 de Diciembre de 1941.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, retroversión irreductible.

Tratamiento.—Histerectomía fúndica, ovariectomía derecha, apendicectomía, reposición uterina (20 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—3 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,760.—Caso Número 54.

C. Z.—Ingresa el 7 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Quiste del ovario derecho, obesidad.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, lipectomía (17 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—3 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,763.—Caso Número 55.

A. S. de R.—Ingresa el 8 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral apendicectomía (27 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,765.—Caso Número 56.

A. G. de A.—Ingresa el 1º de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Litiasis biliar.

Tratamiento.—Colecistectomía, apendicectomía (15 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—3 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,773.—Caso Número 57.

A. G. de O.—Ingresa el 9 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer del cuello uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral apendicectomía (15 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—3 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,781.—Caso Número 58.

M. C. L.—Ingresa el 23 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Gilliam, apendicectomía, 27 de Enero de 1942.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 6 de Febrero de 1942.

LIBRO NUMERO 37

Observación Número 11,782.—Caso Número 59.

R. B.—Ingresa el 15 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—8 de Febrero de 1942.

Observación Número 11789.—Caso Número 60.

M. H.—Ingresa el 19 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Histerectomía fúndica, apendicectomía, reposición uterina (27 de Enero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—13 de Febrero de 1942.

Observación Número 11795.—Caso Número 61.

C. V. de A.—Ingresa el 25 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Quiste del ovario derecho.

Tratamiento.—Ovariectomía derecha, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.

Observación Número 11797.—Caso Número 62.

C. C.—Ingresa el 27 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis crónica.

Tratamiento.—Histerectomía fúndica, apendicectomía (3 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—16 de Marzo de 1942.

Observación Número 11800.—Caso Número 63.

S. S.—Ingresa el 28 de Enero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer del cuello uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.

Observación Número 11810.—Caso Número 64.

J. A.—Ingresa el 3 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer del cuerpo uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (7 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—24 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,811.—Caso Número 65.

P. G.—Ingresa el 4 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Retroversión uterina irreductible.

Tratamiento.—Gilliam, apendicectomía (17 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—6 de Marzo de 1942.

Observación Número 11814.—Caso Número 66.

R. M.—Ingresa el 4 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral apendicectomía (4 de Marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—8 de Abril de 1942.

Observación Número 11,817.—Caso Número 67.

J. H. de M.—Ingresa el 5 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Utero Fibroso.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (12 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,818.—Caso Número 68.

A. I.—Ingresa el 7 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Dismenorrea esencial.

Tratamiento.—Operación de Cotte (12 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—26 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,819.—Caso Número 69.

B. G.—Ingresa el 7 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Litiasis Biliar.

Tratamiento.—Colecistectomía, apendicectomía.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—11 de Abril de 1942.

Observación Número 11,823.—Caso Número 70.

V. G.—Ingresa el 9 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer del cuello uterino grado I.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (21 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—9 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,827.—Caso Número 71.

C. C. de G.—Ingresa el 10 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Apendicitis sub-aguda.

Tratamiento.—Apendicectomía (12 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—24 de Febrero de 1942.

Observación Número 11,834.—Caso Número 72.

C. C. v. de G.—Ingresa el 12 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Fibromatosis uterina.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral.

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—8 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,840.—Caso Número 73.

A. C. V.—Ingresa el 12 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis crónica.

Tratamiento.—Histerectomía fúndica, apendicectomía (24 de Febrero de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—9 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,846.—Caso Número 74.

Z. A.—Ingresa el 23 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis aguda de forma tumoral, litiasis biliar.

Tratamiento.—Series Elliot (III), sulfanilamidoterapia; quirúrgico: anexectomía derecha, salpingectomía izquierda, apendicectomía colecistostomía (16 de Mayo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—16 de Junio de 1942.

Observación Número 11,849.—Caso Número 75.

R. E.—Ingresa el 24 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer incipiente del cuello uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral apendicectomía (7 de Marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,852.—Caso Número 76.

E. M. de C.—Ingresa el 26 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica.

Tratamiento.—Apendicectomía (10 de Marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—24 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,856.—Caso Número 77.

J. R.—Ingresa el 27 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Apendicitis crónica.

Tratamiento.—Apendicectomía (10 de Marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—23 de Marzo de 1942.

Observación Número 11,857.—Caso Número 78.

R. A. de M.—Ingresa el 28 de Febrero de 1942.

Diagnóstico.—Cáncer del cuerpo uterino.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, apendicectomía (15 de Marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada.—28 de Mayo de 1942.

Observación Número 11,860.—Caso Número 79.

J. R.—Ingresa el 2 de Marzo de 1942.

Diagnóstico.—Anexitis crónica, hernia umbilical adherente.

Tratamiento.—Histerectomía fúndica, apendicectomía, hernioplastia umbilical (5 de marzo de 1942).

Post-operatorio.—Normal.

Terminación.—Curada, 19 de Marzo de 1942.

Son auténticas,

MARIO J. WUNDERLICH.

CONCLUSIONES

- 1) El hilo de algodón es un buen material de sutura.
- 2) Su fácil obtención, esterilización, conservación y lo económico que resulta su empleo hacen su uso aconsejable tanto en el medio urbano como en el rural.
- 3) En todos los casos, en que empleamos a la vez catgut y algodón, en diferentes planos, no encontramos ningún inconveniente.
- 4) Es necesaria cierta experiencia y práctica para el uso del algodón en aquellos casos en que su empleo precisa modificaciones a la técnica habitual operatoria.

DR. ANTONIO VALDEAVELLANO,
Decano.

GUILLERMO J. MELVILLE.

BIBLIOGRAFIA

- Archivos Sala Wunderlich, Hospital General de Guatemala.—
Libros núms. 35, 36 y 37.
- Bates Robert R.*—Studies on the absorbability of catgut. *American Journal Surgery* 43: 702 (March 1939).
- Babcock W. W.*—Catgut allergy. *American Journal Surgery*. 27: 67; 1935.
- Hinton J. W.*—Allergy as an explanation of dehiscence of wound *Arch. Sur.* 33: 197: 1936.
- Kraissl C. J.*—Intrinsic factor altering the absorption of catgut. *Surg. & Gynec.* 63: 561—1936.
- Koontz, A. R.*—Fascia in Surgery.—*Surg.* May 39.
- Localio Arthur, Casale Walter, Hinton J. William.*—Wound healing experimental and statistical study. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 77: 481 (Nov. 43).
- Large, Octavus P.*—Comparison of tissue reactions from new sutures. *American Journal of Surgery*, 60415 (June, 1943).
- Lewis.*—Practice of Surgery, *Waltman Walters*, Vol. num. 1
- Meade, William H. and Ochsner Alton.*—The relative value of catgut, silk, linen and cotton as suture materials.—*Surgery* 7: 485-514, 1940.
- Meade, William, and Long, Carroll H.*—The use of cotton as a suture material, with particular reference to its clinical application, *Journal of the American Medical Association*, 117: 2140 (December 1941).
- Mahoney, Louis.*—Sutures material, *American Journal of Surgery* 61: 414 (September 1943).
- Pannett, Charles A.*—Plea for the war-time use of cotton ligatures.—*Lancet*, 1: 755 (June 27 1942).
- Spivack, Julius.*—Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales.
- Taylor, Frederic W.*—Surgical knots and sutures.—*Surgery* 498, (April, 1939).
- Thoreck, Phil.*—Experiences with spool cotton as a suture material

- American Journal of Surgery.—55: 118 (January 1942).
- Taubenschlag, Herman y Beaux, Alfredo Raul.*—Un año con el algodón como material de sutura. La Prensa Médica Argentina, 29: 741 (Mayo 1942).
- Viano, F.*—El algodón como material de sutura y ligadura. La Prensa Médica Argentina, 30 (Nov. 24 1943).
- Wunderlich M. J.*—Academia Mexicana de Cirugía, sesión 19 de mayo de 1942.
- Wolff, L. H. and Priestley J. T.*—The absorption of catgut in human beings. Proc. Staff meet. Mayo Clin., 14: 149 (March. 8 1939).
- Whipple, A. O.*—Repair of abdominal incisions, Surgery 4: 3: 464, 1938.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Canal inguinal.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Región esterno-costo-pubiana.
<i>Anatomía Patológica</i>	De los fibromas.
<i>Bacteriología</i>	Vibrión colérico.
<i>Botánica Médica</i>	Atropa belladona.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Anestesia esplácnica.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del Hígado.
<i>Fisiología</i>	Grupos sanguíneos.
<i>Física Médica</i>	Rayos catódicos.
<i>Higiene</i>	Profilaxia de la escarlatina.
<i>Histología</i>	Pancreas.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i>	Intoxicación por el óxido de carbono.
<i>Obstetricia</i>	Forceps.
<i>Parasitología</i>	Treponema pallidum.
<i>Patología Quirúrgica</i>	Vólvulo del delgado.
<i>Patología Médica</i>	Escarlatina.
<i>Patología Tropical</i>	Tifus exantemático.
<i>Pediatría</i>	Difteria.
<i>Psiquiatría</i>	Oligofrenia.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Cloruro de sodio.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Urotropina.
<i>Química Biológica</i>	Investigación de sangre en la orina.
<i>Técnica Operatoria</i>	Histerectomía abdominal.
<i>Terapéutica</i>	Morfina.