Año 1916 Núm. 3107

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA APENDICECTOMÍA SIN JARETA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

F. ALBERTO BORTON

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Alvear (1913, 1914 y 1915)
Ex-ayudante del Laboratorio de Química Biológica
de la Facultad de Medicina (1911, 1912 y 1913)
Ex-practicante menor y mayor del Hospital de Niños (1915)

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

LA APENDICECTOMÍA SIN DARETA

Año 1916 Núm. 3107

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA APENDICECTOMÍA SIN JARETA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

F. ALBERTO BORTON

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Alvear (1913, 1914 y 1915)
Ex-ayudante del Laboratorio de Química Biológica
de la Facultad de Medicina (1911, 1912 y 1913)
Ex-practicante menor y mayor del Hospital de Niños (1915)

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Enrique Bazterrica

Vice-Presidente

Dr. D. José Penna

Miembros titulares

1. » » Eufemio Uballes
2. » » Pedro N. Arata
3. » » Roberto Wernicke
4. » » Pedro Lagleyze
5. » » José Penna
6. » » Luis Güemes
7. » » Eliseo Cantón
8. » » Antonio C. Gandolfo
9. » » Enrique Bazterrica
10. » » Daniel J. Cranwell
11. » » Horacio G. Piñero
12. » » Juan A. Boeri
13. » » Angel Gallardo
14. » » Carlos Malbran
15. » » M. Herrera Vegas
16. » » Angel M. Centeno
17. » » Francisco A. Sicardi
18. » » Diógenes Decoud
19. » » Baldomero Sommer
20. » » Desiderio F. Davel
21. » » Gregorio Araoz Alfaro
22. » » Domingo Cabred
23. » » Abel Ayerza
24. » » Eduardo Obejero

Secretarios

Dr. D. Daniel J. Cranwell
» Marcelino Herrera Vegas

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Telémaco Susini
2. » » Emilio R. Coni
3. » » Olhinto de Magalhaes
4. » » Fernando Widal
5. » » Osvaldo Cruz

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. E. Bazterrica

Vice Decano

Dr. Carlos Malbran

Consejeros

Dr. D. Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Enrique Zárate
» » Pedro Lacavera
» » Eliseo Cantón
» » Angel M. Centeno
» » Domingo Cabred
» » Marcial V. Quiroga
» » José Arce
» » Abel Ayerza
» » Eufemio Uballes (con lic.)
» » Daniel J. Cranwell
» » Carlos Malbrán
» » José F. Molinari
» » Miguel Puiggari
» » Antonio C. Gandolfo (Suplente)

Secretarios

Dr. P. Castro Escalada (Consejo directivo)
» » Juan A. Gabastou (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomia Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomia Descriptiva	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomia descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia descriptiva	» PEDRO BELOU
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriologia	» CARLOS MALBRÁN
Quimica Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomia Topográfica	« AVELINO GUTIERREZ
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicologia Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patologia Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	,, LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	,, JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	« ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	,, JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	,, JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	,, JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	,, JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	,, PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	,, MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	,, JOSE R. SEMPRUN
	,, MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	,, BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica	,, ANTONIO F. PIÑERO
	,, MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	,, FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna	,, RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica	,, JOSE T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	,, GUILLERMO SEEBER
	,, SILVIO E. PARODI
Anatomía Descriptiva	,, EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	,, FRANK L. SOLER
	,, BERNARDO HOUSSAY
	,, RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	,, ALOIS BACHMANN
Química Biológica	,, GERMAN ANSCHUTZ
	,, BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	,, FELIPE JUSTO
	,, MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicicios clínicos	,, CARLOS BONORINO UDAONDO
	,, ALFREDO VITON
Anat. Patológica	,, JOAQUIN LLAMBIAS
	,, ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia	,, JOSE MORENO
Medicina Operatoria	,, ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON
	,, FRANCISCO P. CASTRO
	,, CASTELFORT LUGONES
Clínica Dermato-sifilográfica	,, NICOLAS V. GRECO
	,, PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
	,, JOAQUIN NIN POSADAS
» Epidemiológica	,, FERNANDO R. TORRES
» Oftalmológica	,, ENRIQUE B. DEMARIA
	,, ADOLFO NOCETI
» Oto-rino-laringológica	,, JUAN DE LA CRUZ CORREA
	,, MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología interna	,, PEDRO LABAQUI
	,, LEONIDAS JORGE FACIO
	,, PABLO M. BARLARO
	,, EDUARDO MARILO
Clínica Quirúrgica	,, JOSE ARCE
	,, ARMANDO R. MAROTTA
	,, LUIS A. TAMINI
	,, MIGUEL SUSSINI
	,, ROBERTO SOLE
	,, PEDRO CHUTRO
	,, JOSE M. JORGE (hijo)
	,, OSCAR COPELLO
	,, ADOLFO F. LANDIVAR
» Médica	,, JUAN JOSE VITÓN
	,, PABLO J. MORSALINE
	,, RAFAEL A. BULLRICH
	,, IGNACIO IMAZ
	,, PEDRO ESCUDERO
	,, MARIANO R. CASTEX
	,, PEDRO J. GARCIA
	,, JOSE DESTEFANO
	,, JUAN R. GOYENA
» Pediátrica	,, MAMERTO ACUÑA
	,, GENARO SISTO
	,, PEDRO DE ELIZALDE
	,, FERNANDO SCHWEIZER
	,, JUAN CARLOS NAVARRO
» Ginecológica	,, JAIME SALVADOR
	,, TORIBIO PICCARDO
	,, CARLOS R. CIRIO
	,, OSVALDO L. BOTTARO
» Obstétrica	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, A. PERALTA RAMOS
	,, FAUSTINO J. TRONGE
	,, JUAN B. GONZALEZ
	,, JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	,, JUAN A. GABASTOU
	,, ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal	,, JOAQUIN V. GNECCO
	,, JAVIER BRANDAN
	,, ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	SR. PEDRO J. MESIGOS „ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiológia, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica.....	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ

Padrino de tesis:

Dr. ANTONIO FELIX CELESIA

Cirujano del Hospital Alvear

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

ROBERTO Y RICARDO

A MI TÍO

DOCTOR HERMAN MERCKWITZ

GRATITUD

A MIS AMIGOS LOS DOCTORES:

BELISARIO LLAÑOS
HECTOR RAMIREZ CALDERON
LUIS P. CARBONE
OSCAR ROMERO
RICARDO P. LAVALLE

Anatomía de la pared abdominal

La cavidad abdominal hállase cerrada por delante y los costados, por una pared, constituida por músculos que por su forma han sido divididos en anchos y largos.

Haré rápidamente su estudio tratando de ser lo más conciso posible, ya que mi descripción no aportará nada que no haya sido extensa y admirablemente descripto por Testut en su "Anatomía Descriptiva".

Los músculos largos recibieron esta denominación por encontrarse dispuestos longitudinalmente y son en número de dos: el *Gran recto* y el *Piramidae del Abdómen* que se extienden, simétricamente colocados a ambos lados de la línea media, desde el pubis hasta el tórax el primero, y desde el pubis hasta un punto equidistante del ombligo y la sínpisis pubiana en la línea blanca, el segundo.

El *Gran Recto* toma nacimiento en el cuerpo del pubis, en el intervalo comprendido entre la es-

pina y el ángulo, inserción que se hace mediante un tendón que se fija sobre el labio anterior del borde superior del pubis y sobre todo, cuando el piramidal no existe, en su cara anterior.

Es del borde superior de este tendón de donde nacen las fibras constitutivas del *Gran Recto,* e inmediatamente después se dirigen hacia arriba, las internas verticalmente, oblicuando un poco hacia fuera las externas, para formar en conjunto un haz aplanado que se ensancha a medida que se eleva. Llegado à la caja toráxica divídese en tres lengüetas que se fijan; la externa, la más ancha de las tres sobre el borde inferior del cortílago de la quinta costilla; la media, sobre el borde inferior del de la sexta y la más interna, sobre el borde inferior del cartílago de la séptima sobre el ligamento costo xifoideo, y algunas veces sobre el mismo apéndice xifoideo.

Hállase esta larga masa muscular interrumpida por intersecciones aponeuróticas, que presentan según la feliz expresión de Testut, como único carácter distintivo y constante la irregularidad en su distribución.

El músculo que nos ocupa está encerrado en una vaina fibrosa muy resistente formada por la aponeurosis de inserción de los músculos anchos; oblicuo mayor, menor y transverso. Por su cara anterior el Gran Recto se halle en relación por in-

termedio de esta vaina con la piel en su parte superior y directamente con el piramidal, en la inferior. En el interior de la vaina y costeando la cara posterior del músculo, comunican y se anastomosan dos importantes arterias, ascendente la una epigástrica, descendente la otra, mamaria interna. El borde externo del Gran Recto se aloja en el ángulo abierto hacia dentro formado por la reunión de las dos hojas que constituyen su vaina. El interno está separado del borde del mismo nombre del lado opuesto por la línea blanca.

Por lo que a su inervación se refiere diré que está regida por los 6 ó 7 últimos nervios intercostales en su parte superior y por los abdómino genitales en la inferior.

El Gran Recto tiene por acción descender el tórax, flexionándolo y descender también las costillas; es como se ve un músculo flexor y expirador. Siguiendo además un trayecto curvilíneo con concavidad posterior, al contraerse endereza su curvadura y por la presión que ejerce sobre las vísceras abdominales favorece la expulsión del contenido de las mismas, vejiga, estómago, recto etc.

El *Piramidal del Abdómen* que con el anterior, según dijimos, son los únicos músculos largos, es pequeño, aplanado y alargado y se halla colocado a cada lado de la línea media, en la parte anterior e inferior del abdómen. Afecta en conjunto la for-

ma de un triángulo a base inferior y se halla envuelto por la misma vaina del Gran Recto. Su inervación es también la misma que la de este último músculo.

El Piramidal del Abdómen es en nosotros un órgano rudimentario y como tal no tiene ninguna función activa, a pesar de que algunos autores consideran a este pequeño músculo como tensor de la línea blanca.

Como todo órgano rudimentario es excesivamente variable, pudiendo faltar en ambos lados o en uno solo y su ausencia constituye una disposición normal en algunos mamíferos.

Músculos anchos

A tres láminas musculares que abarcan en su distribución las partes anterior y lateral de la pared del abdómen, se ha dado el nombre de músculos anchos. Camosas y aponeuróticas, superpónense estas láminas una sobre otra y se denominan yendo de la superficie subcutánea a la peritoneal; Gran oblicuo, Pequeño oblicuo y Transverso.

Gran oblicuo.—Es la dirección de sus fibras, la que le ha dado el nombre que lleva. El más superficial de todos los músculos anchos, se extiende desde la sexta costilla hasta el pubis en altura y desde

el Gran Dorsal hasta la línea blanca en ancho. Toma inserción por arriba en las 7 u 8 últimas costillas por digitaciones carnosas y aponeuróticas a la vez, que representan en conjunto una línea dentada dirigida oblicuamente de arriba abajo y de adelante atrás. Desde ésta su inserción superior, se expande en un inmenso abanico que se dirige a la vez hacia abajo, adelante y adentro, siguiendo sus haces anteriores o superiores una dirección horizontal, los inferiores o posteriores una vertical y los medios como que son intermediarios entre los dos precedentes una dirección más o menos oblicua.

La inserción inferior de este músculo es algo compleja. De una manera general, diré que los haces que provienen de las últimas costillas se insertan en la cresta ilíaca (labio externo), todos los demás que constituyen el cuerpo del músculo van a terminar en el borde de una ancha lámina aponeurótica, llamada impropiamente por cierto aponeurosis del gran oblicuo, representando en realidad su verdadero tendón terminal.

Considerada en sí, afecta esta lámina la forma de un cuadrilátero más ancho abajo que arriba y cuyo borde externo, en relación con el cuerpo muscular sería fuertemente cóncavo hacia afuera y arriba.

Esta aponeurosis (continuaremos llamándola así), sigue la dirección de las fibras carnosas de las

que no es más que su continuación y viene a fijarse sobre los siguientes puntos: cresta ilíaca, borde anterior del hueso coxal, pubis y por último sobre la línea alba.

Sobre la cresta ilíaca se inserta en su labio externo. En cuanto a su inserción sobre el borde anterior del hueso coxal, es imaginaria. A buen seguro que lo harían efectivamente si este borde estuviera libre, pero se halla ocupado por una serie de órganos de capital importancia que de la pelvis descienden al muslo o del muslo van a la pelvis y que según el orden en que se encuentran colocados y yendo de fuera adentro son; el Psoas ilíaco con su aponeurosis, que ocupa el intervalo comprendido entre la espina ilíaca antero-superior y la eminencia ileo-pectinea; la arteria femoral, la vena del mismo nombre y las linfáticas del muslo que llegan a 2 ctms. de la espina del pubis; el pectineo por último con su aponeurosis que se extiende basta la misma espina. Como se vé no queda del borde anterior del coxal, más que el borde superior de la cresta pectinea libre, desde la espina del pubis hasta el ángulo del mismo. Pues bien, sobre esta parte y exclusivamente sobre, es donde van a insertarse los haces de la aponeurosis del gran oblicuo.

Si tomamos esta aponeurosis en el preciso instante en que aborda la espina ilíaca antero-superior, la veremos adherirse íntimamente a la aponeurosis,

del Psoas hasta los vasos femorales, pasar formando puente sobre estos vasos, reflejarse hacia atrás y arriba ensanchándose al mismo tiempo en abanico, para fijarse sobre la parte interna de la cresta pectinea en una extensión de 2 a 3 ctms. Esta porción reflejada, de forma triangular a borde externo, llámase ligamento de Gimbernat. Denominación impropia por cuanto no es un ligamento en el sentido estricto del vocablo. Pasando a manera de un arco sobre todas estas formaciones la aponeurosis del gran oblicuo forma en su conjunto la llamada arcada crural.

Los haces aponeuróticos que vienen después de los insertados en la cresta pectínea, se fijan en la parte del pubis comprendido entre la espina y la sínfisis. Adapta también acá una disposición determinada para permitir el paso del cordón espermático y en consecuencia la aponeurosis del gran oblicuo divídese o se agrupa en tres haces; dos superficiales y uno profundo.

Los superficiales—y para abreviar—forman los pilares externo e interno del conducto inguinal por por cuyo orificio externo salen de la cavidad abdominal, el cordón y demás elementos que lo acompañan. El haz profundo constituye también un pilar del canal, el posterior, llamado por algunos autores Ligamento de Colles.

Los demás haces de la aponeurosis, aquellos si-

tuados por encima de los que se insertan en el pubis, se dirigen hacia dentro, pasan por delante del Gran Recto y alcanzan la línea media sobre el borde interno de este músculo. Llegados acá se entrecruzan con los del lado opuesto y contribuyen a formar ese rafe extremadamente resistente que se extiende desde la sínfisis pubiana hasta el apéndice xifoides y que se denomina línea blanca o alba.

Ligeramente encorvado sobre sí mismo el Gran Oblicuo se amolda a la pared autero lateral del tórax y del abdómen. Recubierto por la piel, el tejido celular sub-cutáneo y su aponeurosis superficial, se halla en relación con el Gran Recto, Piramidal del Abdómen, Pequeño Oblicuo, Intercostales y las 7 u 8 últimas costillas con sus certílagos correspondientes por su cara profunda.

Para terminar, recordaré que el borde anterior del Gran Dorsal, se halla separado del posterior del Gran Oblicuo por un espacio triangular a base inferior y conocido bajo el nombre de triángulo de J. L. Petit. Inervado por los intercostales inferiores y abdómino genitales, tiene por acción descender las costillas, flexionar al tórax sobre la pelvis, comprimir las vísceras abdominales. Es por lo tanto expirador y flexor, contribuyendo por las mismas razones aducidas para el Gran Recto a la evacuación del contenido de las vísceras abdominales favoreciendo la micción, defecación, vómitos etc.

Pequeños Oblicuo.—Llamado también oblicuo externo, se halla situado por dentro del precedente y es como él aplanado y ancho, pero las fibras musculares que constituyen su cuerpo siguen una dirección contraria a las del Gran Oblicuo.

Sus incersiones de origen carnosas y tendinosas a la vez se efectúan sobre la arcada crural (1|3 o 1|2 externo), sobre la espina ilíaca ántero superior, el instersticio de la cresta en sus 2|3 o 3|4 anteriores y sobre la aponeurosis posterior del Pequeño Oblicuo, aponeurosis que se fusiona con la del Gran Dorsal y prolonga las inserciones del músculo en cuestión hasta las apófisis espinosas de la última lumbar y primera sacra.

De estas anchas inserciones inferiores, los haces constitutivos del Pequeño Oblicuo divergen también en forma de abanico, cuyo borde que es su inserción terminal se extiende desde la duodécima costilla hasta el apéndice xifoides y de este al pubis. Siguiendo a Testut examinaremos sus haces posteriores, anteriores y medios. Los primeros, aquellos que dijimos provenían de la aponeurosis lumbar y de la creta ilíaca en su parte media, se dirigen al tórax en dirección anterior y superior, terminando sobre los 3 o 4 últimos cartílagos costales, poniéndose en relación con los músculos intercostales en cada espacio correspondiente.

Los haces anteriores se dirigen hacia abajo y

adentro y terminan fusionándose con los haces correspondientes del Transverso, (fusión que da por resultado la formación de un tendón, el tendón conjunto de los autores ingleses), sobre el borde superior del pubis, la espina pubiana y hasta la cresta pectinea.

Cloquet suponía que este músculo, Pequeño Oblicuo, descendiendo formaba el Cremáster, apreciación errónea por cuanto este último está formado por dos haces que descienden de la arcada crural y de la espina del pubis respectivamente. Lo que hay de cierto, es que el oblicuo menor envía un haz de resfuerzo al cremaster.

Los haces medios terminan en el borde externo de una ancha aponeurosis, la aponeurosis anterior del Pequeño Oblicuo que continuando la dirección de las fibras canosas, se dirige hacia el borde externo del Gran Recto y una vez alcanzado se comporta de distinta manera según sea considerada en su parte superior o inferior. Hacia arriba en los 3|4 superiores del músculo Gran Recto, la aponeurosis anterior del Pequeño oblicuo se divide en dos hojas: una anterior que pasa por delante del músculo, se fusiona con la aponeurosis ddel Gran Oblicuo y como esta termina en la línea blanca; una posterior que pasa por detrás, se fusiona con la del Transverso y también termina en la línea alba. Hacia abajo

en su 1|3 inferior la aponeurosis que nos ocupa pasa sin dividirse delante del Gran Recto.

La inervación es la misma que la del Gran Oblicuo, así como también su acción.

Situado entre el Oblicuo Mayor por fuera y el Transverso por dentro, fácil es darse cuenta cuales serán sus relaciones.

El *Transverso del Abdómen* debe su nombre a la dirección de sus fibras, se halla situado por dentro del Pequeño Oblicuo y es un músculo carnoso en su parte media, tendinoso en sus extremidades. Por dentro se halla en relación con las vísceras abdominales a las que comprime cuando se contrae. Toma nacimiento sobre la porción cartilaginosa de las 6 últimas costillas en su cara interna, sobre el labio interno de la cresta ilíaca (3|4 anteriores), sobre la arcada crural (1|3 externo) y sobre las apófisis transversas de la columna lumbar, por intermedio de una ancha aponeurosis.

De estas inserciones todos los haces constitutivos del Transverso se dirigen hacia adelante y antes de alcanzar el borde del Gran Recto se terminan en una ancha aponeurosis, que es su aponeurosis anterior.

El borde externo de esta aponeurosis es ligeramente curva y a esta línea curva es a la que se conoce con el nombre de Línea Semilunar de Spigel.

Seguida esta aponeurosis la vemos, para ganar la línea blanca, pasar por detrás del Gran Recto en sus 3|4 superiores o si se quiere 4|5 y por delante del mismo en su 1|4 inferior. La parte superior de esta aponeurosis que es retro-muscular, teniendo en cuenta su situación respecto del Gran Recto, termina a 10 o 12 ctms. por encima del pubis en un arco de concavidad inferior, que es el Arco de Donglas. En su parte más inferior, la que corresponde a los haces nacidos en la arcada crural, la aponeurosis de inserción terminal del Transverso, se fusiona como dijimos con la del Pequeño Oblicuo para formar unidas el tendón conjunto, que cruzando la cara anterior del Piramidal y del Gran Recto, se inserta en el pubis desde la sínfisis hasta la cresta pectinea.

En cuanto a sus relaciones se refiere, las estudiamos al comienzo de la descripción de este músculo, no insistiré. Su inervación es la misma que la de los otros dos músculos anchos y su acción principal es comprimir las vísceras abdominales, tomando punto fijo en su inserción vertebral y actuando a manera de una verdadera cincha. Fácil es darse cuenta que esta compresión trae como consecuencia la expresión del contenido de las mismas, provocando la micción, defecación, vómitos etc.

Terminado el estudio anatómico de los músculos abdominales, iniciaré el de las aponeurosis, el de las anteriores exclusivamente puesto que son las

únicas que en las intervenciones sobre el apéndice podemos encontrar.

Con este nombre de aponeurosis abdominales anteriores designamos las tres aponeurosis de inserción terminal de los músculos anchos, vale decir Gran Oblicuo, Pequeño Oblicuo y Transverso.

Como fueron descriptas al estudiar los músculos mismos, nos limitaremos, a considerar la manera como se comportan con el Gran Recto.

La aponeurosis del Gran Oblicuo que es la más superficial, pasa toda por encima del Recto Mayor, recubriéndole desde el pubis hasta el apéndice xifoides, límites extremos del músculo. La del Pequeño Oblicuo se divide en dos hojas: una anterior que pasa por delante y se fusiona con la del músculo precedente, otra posterior que pasa por detrás, pero tan solo en su 3|4 superiores.

En su 1|4 inferior la aponeurosis del Pequeño Oblicuo no se desdobla, pasa íntegramente por delante del Gran Recto fusionándose con la del Gran Oblicuo. Bien entendido que me refiero a la hoja posterior. Ya dijimos que sus haces más inferiores formaban con los de igual situación del Transverso el tendón conjunto.

La aponeurosis del Transverso pasa por detrás del Gran Recto en sus 3|4 superiores fusionándose con la hoja posterior del Pequeño Oblicuo. En su

1|4 inferior pasa por delante y se fusiona a su vez con las del Oblicuo menor y Gran Oblicuo.

Todas estas aponeurosis alcanzan después del recorrido descripto la línea media y entremezclándose con las del lado opuesto, forman como dijimos la línea blanca.

Constituyen así, a nivel del Gran Recto una verdadera envoltura a este músculo, conocida con el nombre de vaina del Gran Recto.

He creido indispensable rememorar estas nociones anatómicas que falitarán enormemente mis descripciones ulteriores.

Procedimientos operatorios

Varios son los procedimiento empleados para la resección del apéndice o apendicectomía, procedimientos que solo difieren entre sí en la incisión cutánea y en la manera de cortar las fibras musculares.

Entre estos, tres son los más conocidos de los cuales únicamente me ocuparé. El de Roux, Mac, Burney y Jalaguier.

Roux incinde la piel por un corte rectilíneo o ligeramente curvo, paralelo a la arcada crural, a un través de dedo por encima de esta arcada y hacia dentro de la espina ilíaca antero superior, estan-

do la parte media de la incisión a nivel de esta espina. Ircinde siguiendo la misma dirección el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis del Gran Oblicuo, el Pequeño Oblicuo con su aponeurosis, el Transverso y la fascia subperitoneal. Abre en seguida el peritoneo con la mayor prudencia para evitar lesionar el intestino que se encuentra a veces adherido a la serosa peritoneal.

Mac Burney hace esta misma incisión; pero en lugar de cortar los planos muscalares en la misma dirección que la piel, disocia siguiendo la dirección de las fibras musculares con un instrumento romo, sonda acanalada por ejemplo.

Es esta la única modificación al procedimiento de Roux y no deja de tener sus bondades, por cuanto deja al operado al abrigo de una eventración.

Jalaguier, Max Schüller, hacen una incisión a igual distancia del ombligo y de la espina ilíaca antero-superior de 6 a 8 ctms. de largo, paralela al borde externo del Gran Recto un poco hacia adentro del mismo. La situación de la incisión es tal que su 1|3 superior viene a quedar por encima del ombligo y sus 2|3 inferiores por debajo. Incinden piel, tejido celular y la hoja anterior de la vaina del Gran Recto; caen de esta manera sobre la cara anterior del músculo. Reclinan entonces hacia dentro su borde externo poniendo a descubierto la hoja posterior de la vaina y abordan el peritoneo por una

incisión a esta hoja a 1 ó 2 ctms. hacia dentro del ángulo formado por su reunión con la hoja anterior. Esta incisión debe ser hecha con mucho cuidado pues a este nivel no hay interposición de tejido entre la fascia transversalis y el peritoneo. Este es incindido separadamente si no lo ha sido ya al mismo tiempo que la vaina.

Una pequeña variante de este método sería la de incindir la pared por fuera del borde externo del Gran Recto, en el sitio en que los músculos Pequeño Oblicuo y Transverso han fusionado sus aponeurosis anteriores. Evítase de esta manera la abertura de la vaina del Recto Mayor y la sección de fibras musculares.

Abierta la cavidad abdominal se investiga el apéndice ileo cecal y encontrado se procede a su resección, tercer tiempo de la operación. Antes de resecarlo se liga con catgut la arteria apendicular y se secciona paralelamente al órgano el meso-apéndice. Liberado de esta manera se le secciona a termo-cauterio, bisturí o tijera, aseptisando con yodo en estos dos últimos casos el muñón que queda.

Hecha la sección se invagina el muñón resultante, en el espesor de la pared del ciego mediante un surjet sero-muscular. Este surjet es quizás la parte fundamental de la operación, pues se obtiene con él la continuidad de la serosa peritoneal y por consiguiente se precabe la formación de adheren-

cias ulteriores que podrían provocar en las ansas intestinales vecinas, torsiones, acodaduras, etc., con todos los inconvenientes imaginables.

En el caso de que la lesión radicara en la base del apéndice, la permanencia de este muñón séptico en la gran cavidad abdominal puede dar lugar a la formación de procesos infecciosos localizados o no, que con la invaginación se evita.

Apendicectomía sin peritonización del muñón

La observación clínica que consta en la historia N.° 491, del 16 de Abril de 1914. Sala IV del Hospital Alvear, en la que se constata como complicación en el transcurso post. operatorio de una apendicectomía, la producción de una enterorragia suficientemente abundante para poner en peligro la vida de la enferma, hizo pensar al cirujano que la operó Dr. Celesia en las causas que podían producir estos accidentes y la posibilidad o manera de evitarlos.

Son conocidas las hemorragias del tubo digestivo, que suelen producirse después de operaciones ejecutadas en el vientre y en terreno perfectamente aséptico y que son atribuidas a embolias que partieran de la región operada. Si esto es cierto debemos aceptar que la producción de dichas embolias es más fácil en un terreno infectado y por lo tanto es posible que estas hayan sido la causa de la

enterorragia de la enferma a cuya historia clínica me refiero.

Puede suceder también en estos casos de apendicectomía con invaginación del muñón, que quedando el nudo de la ligadura dentro de esta invaginación, la destrucción y necrosis de este muñón apendicular y de su meso puede traer como consecuencia la ruptura del vaso arterial ligado, antes de que el proceso cicatricial hállase establecido de una manera definitiva, produciendo entonces lo que probablemente sucedió a la enferma de la observación citada, es decir una hemorragia por caida prematura de la cicatriz arterial.

Aceptando esta manera de ver como productora de la complicación que nos ocupa, se pensó como es lógico suponer no hacer la invaginación del muñón apendicular.

Seguir esta conducta era muy difícil por cuanto iba en contra de una serie de principios fundamentales de la técnica quirúrgica abdominal, como es la probable dejada in situs en contacto con el peritoneo de microorganismos más o menos patógenos, que normalmente y con más razón en estado patológico existen en el apéndice: y si a esto se agrega que es conducta perfectamente sentada y aceptada la peritonización de toda superficie que normalmente se halla recubierta por el peritoneo, debido a que si así no se hace, la producción de bridas

o cicatrices pueden traer no solo trastornos graves al enfermo, sino que en muchos casos bien conocidos por todos los que han hecho cirugía abdominal, trastornos mortales, fácil es darse cuenta que la decisión de no invaginar el apéndice fué de difícil aceptación.

Pero si la técnica quirúrgica nos cohibía para tomar esta resolución, la Clínica Quirúrgica se encarga de mostrarnos que muchos de los trastornos que pasan o pueden pasar por no hacer la jareta en las apendicectomías son más teóricos que reales.

Y en efecto, común es la observación de la amputación apendicular por el proceso supurativo mismo de las apendicitis agudas y que sin embargo estos enfermos no presentan accidentes ni trastornos mayores que esos otros a quienes cirujanos más escrupulosos o más bien tímidos—ya que escrupuloso debe ser todo aquel que tenga en sus manos la vida de un enfermo, — ejecutan la invaginación cuando las paredes del ciego permiten el sostenimiento de los puntos.

Y hemos visto también, en procesos más avanzados todavía, abrir el vientre y colocar un tubo de drenaje sin pensar siquiera en extirpar el apéndice ni en buscarlo cuando no ha sido encontrado inmediatamente después de abierta la pared, para no destruir las adherencias defensivas y porque las paredes del ciego, no sostienen los puntos de la in-

vaginación del muñón; y sin embargo, estos enfermos han tenido un post-operatorio favorable y se han levantado a los 20 o 25 días de operados.

Más aún en casos en que el cirujano parangonando con su criterio clínico los trastornos que pudiera acarrear al enfermo una larga anestesia, por las condiciones precarias del mismo, con lo que pudiera traer la no invaginación del muñón apendicular, ya que sabemos que la jareta exige habilidad y tiempo, puede y debe decidirse por la operación más rápida sin temor alguno a complicaciones ulteriores, que, lo repito, son más teóricas que reales.

Otro argumento casual si se quiere viene en nuestra ayuda y nos los da la "Presse Medicale" núm. 50 del mes de Junio de 1914, donde bajo el título "De la facon de traiter la moignon appendiculaire" se encuentran resumidas las opiniones de varios cirujanos de París y que yo me permito transcribir algunas.

M. Dartigues insiste sobre los inconvenientes y las dificultades que presenta generalmente la realización de la invaginación.

M. de Martel levanta el apéndice toda vez que no resulte una agravación para la intervención abdominal: la extirpa desde que la cavidad peritoneal está abierta y piensa que es mejor hacer así que invaginarlo después de una operación séptica. Después de haber peritonizado durante 5 años, no

peritoniza más y no concibe que se agujeree las paredes del ciego inútilmente...

M. Bonomy, que tiene desde hace 15 años un término medio de 200 a 250 apendicitis operadas por año, no peritoniza y jamás ha tenido accidentes. Las ventajas de la peritonización del muñón son más bien teóricas que reales.

M. Lance es un adversario resuelto de la peritonización.

En cambio, M. Barbarin, M. Ozenne son partidarios de la peritonización.

M. Thevenard reoperó diez días después de la apendicectomía un enfermo operado por un cirujano que tenía por norma de conducta no peritonizar y que con una peritonitis presentaba una perforación en el fondo del ciego.

M. Bonamy, estima que los casos de accidentes señalados después de la no invaginación no son concluyentes. Es necesario probar que en estos casos el cirujano no ha ligado su apéndice muy al ras del ciego, que no se ha servido de un catgut muy fino o aún que no ha quemado su hilo al cauterizar el muñón.

M. Robert Lœwy agrega que no hay un cirujano de la sociedad, que habiendo operado algún caso de apendicitis sin invaginar el muñón, haya constatado accidentes; por el contrario, todos aquellos que han practicado otras veces la peritoniza-

ción y no peritonizan más, se declaran encantados de su técnica simple y rápida, abandonando de una manera absoluta, formal su vieja práctica.

Técnica de la operación

La técnica de esta intervención en sus diferentes tiempos es la misma que la empleada en la apendicectomía clásica, sin efectuar la invaginación del muñón.

Hay dos puntos importantes: 1.° Nunca usa el cirujano que me honra con su padrinazgo y me inspirara este trabajo el termocauterio para cortar el apéndice, haciéndolo simplemente con bisturí o tijera, depositando en la cavidad apendicular puesta al descubierto por la sección y encima de la ligadura 1 ó 2 gotas de tintura de yodo, que se lleva con una sonda acanalada, pinza o instrumento cualquiera; 2.° el estrangulamiento del muñón apendicular que ejecuta del modo siguiente: Teniendo en un mano el catgut, con el que se ha ligado el meso y la arteria apendicular, y en la otra, el que ha servido para la ligadura de la base del apéndice, se anudan estos dos hilos cuidando de encerrar en el asa de la ligadura el muñón apendicular, que queda como se comprende, aprisionado en ella, lo que es

fácil ejecutar cuando el ayudante lo sostiene y coloca con una pinza por debajo.

De esta manera se consigue levantar en parte el fondo del ciego (cuando es móvil), que los trastornos propios a la apendicitis o una verdadera tosis lo hayan descendido.

Antes de cerrar este capítulo y entrar a la especificación de las historias clínicas, permítaseme decir una vez más que las deducciones, producto de la lógica si pueden ser alguna vez destruidas son por los hechos. Este es nuestro caso.

Queremos con este aporte clínico cierto y verdero sacar algo de utilidad práctica aún para los que no sean partidarios de esta manera de proceder. Y cuando, en un momento dado, dificultades técnicas o clínicas o de cualquier orden obliguen al cirujano a seguir aquel precepto de Murphy, "sacar las manos del vientre en menos tiempo que el que se empleó en introducirlas", vayan las *cien* observaciones que presento a acallar protestas de conciencia que la apendicectomía sin pareta pueda levantar.

Las observaciones clínicas que a continuación detallo fueron tomadas de la sala IV de Ginecología del Hospital Alvear, donde es práctica hacer apendicectomía en el curso de toda laparotomía y cedidas con toda gentileza por el Dr. Felipe Carranza,

médico agregado del servicio, quien no trepidó en suspender su publicación para permitirme hacer de ellas el tema de mi tesis.

Observaciones personales

Año 1914

G. B., de 20 años de edad, española, casada, ingresa al servicio el 16 de Diciembre con diagnóstico de "Apendicitis, Colecistitis calculosa". Es intervenida el día 30. Anestesia general (éter). Incisión paramediana desde el reborde costal derecho hasta la altura del ombligo. Abierto el peritoneo se explora el colon ascendentes y aparece el apéndice eréctil del tamaño del índice. Se le extirpa sin invaginar el muñón. La herida cura por primera intención y quince días después es dada de alta

N. N., de 31 años, oriental, ingresa con fecha 8 de Septiembre. Diagnóstico: " Pisalpinx derecho". Es intervenida con anestesia general (éter). Incisión paramediana infra-umbilical. Se extirpa el apéndice en el curso de la operación sin hacer

jareta. Marcha post-operatoria sin novedad. Es dada de alta el 19 de Octubre.

N. N., de 31 años, rusa, ingresa con diagnóstico de "Embarazo extrauterino". Operada con anestesia general clorofórmica. Laparotomía mediana. Se extirpa el apéndice en el curso de la intervención sin invaginar el muñón. Marcha post-operatoria favorable es dada de alta el 8 de Octubre.

N. N., 52 años, española, ingresa el 7 de Octubre con diagnóstico de "Fibromatosis de útero". Intervenida con anestesia general (éter y cloroformo). Incisión de Pfannenstiel. Extírpase el apéndice sin hacer jareta. Cura por primera intención y el 29 de Octubre es dada de alta.

N. N., de 25 años, argentina, ingresa el 27 de Octubre por "Quiste del ovario". Intervención con anestesia clorofórmica. Marcha post-operatoria inmejorable, cura por primera. Apendicectomía sin invaginar el muñón.

N. N., de 40 años, española. Fecha de ingreso: 19 de Octubre. Diagnóstico: "Pelvi peritonitis gonocóccica . Bajo anestesia general (éter) se le practica una histerectomía sub-total. En el curso de la intervención extírpase el apéndice sin hacer jareta. Marcha post-operatoria sin accidentes. Es dada de alta el 1.° de Diciembre.

N., de 42 años, francesa, ingresa con diagnóstico de "Quiste de ovario, Anexitis derecha" el 2 de Octubre. Es operada con anestesia general y en el curso de la intervención se extirpa el epéndice sin invaginar el muñón. La enferma cura por primera intención.

N. N., ingresa el 24 de Noviembre con diagnóstico de "Fibroma de útero". Operada con anestesia general (cloroformo). Incisión de Pfannenstiel; histerectomía sub-total. Se extirpa el apéndice durante la intervención sin hacer jareta. Marcha post-operatoria excelente. La enferma cura por primera intención.

N. N., ingresa al servicio el 7 de Noviembre por "Pelvi-peritonitis" estreptocóccica. Bajo anestesia general clorofórmica se interviene, practicándosele una histerectomía sub - total y extirpándose el apéndice de paso sin invaginar el muñón. La enferma es dada de alta el 20 de Diciembre.

N. N., ingresa al servicio el 29 de Octubre con diagnóstico de "Retroflexión uterina". Es operada con anestesia general clorofórmica. Durante la intervención se le extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. La marcha post-operatoria es excelente, cura por primera intención.

N. N., de 25 años, española, ingresa con diagnóstico de "Anteflexión marcada". Bajo anestesia general clorofórmica es operada, extirpándosele el apéndice durante el intervención. Incisión de Ppannenstiel, cura por primera intención. Ingresa el 2 de Diciembre.

N. N., de 20 años, española, ingresa al servicio el 8 de Diciembre con diagnóstico de "Apendicitis". Es intervenida bajo anestesia general (cloroformo). Incisión de Jalaguier. Ciérrase la pared sin dejar drenaje. Marcha pos-operatoria sin accidentes. Le levantan los puntos a los 8 días y la enferma es dada de alta el 25 de Diciembre. No se hace jareta.

N. N., de 22 años, oriental, ingresa con diagnóstico de "Anexitis derecha" el 16 de Diciembre de 1914. Es intervenida bajo anestesia general (cloroformo). Incisión de Pfannenstiel. Apendicectomía en el curso de la operación, sin invaginar el muñón. La enferma sale de alta el 18 de Febrero, curada.

N. N., de 26 años, argentina, ingresa el 2 de Diciembre con diagnóstico de "Retroflexión, Ovaritis esclero-quística". Es intervenida 12 días después de su entrada, con anestesia general (éter). Extírpase durante la operación el apéndice sin hacer ja-

reta. Marcha post-operatoria inmejorable. Es dada de alta el 15 de Enero de 1915.

N. N., de 20 años, española, ingresa al servicio con diagnóstico de "Apendicitis crónica" el 24 de Diciembre. Intervenida con anestesia general (cloroformo). Incisión de Jalaguier, Apéndice retroccal ascendiente íntimamene adherido al ciego. Extírpase sin invaginar el muñón. Ciérrase completamente la pared sin dejar drenaje. La enferma cura por primera intención.

N. N., de 22 años, española, ingresa el 6 de Septiembre con diagnóstico de "Piosalpinx doble". Es operada con anestesia general (éter). Se le practica una histerectomía sub-total extirpándosele el apéndice en el curso de la operación, sin hacer jareta. Es dada de alta el 1.° de Octubre.

N. N., de 20 años, argentina, ingresa el 10 de Septiembre con diagnóstico le "Pericolitis". Intervención 10 días después de su ingreso, anestesia general (cloroformo). Extírpase el apéndice sin invaginar el muñón.

N. N., de 21 años de edad, argentina, ingresa con diagnóstico de "Apendicitis y Retroflexión". Interevnida con anestesia general (cloroformo). Incisión mediana infra-umbilical. Se extirpa el apéndice, que se encuentra adherido, sin hacer ja-

reta. Marcha post-operatoria inmejorable, cura por primera intención.

N. N., de 30 años, española, ingresa al servicio el 5 de Diciembre con diagnóstico de "Embarazo extrauterino". Anestesia general (éter). Incisión: Laparotomía paramediana. Apendicectomía sin jareta. Cura por primera intención.

Observaciones personales

Año 1915

Historia Clínica N.º 1.—N. N., de 55 años, casada, italiana, ingresa al servicio el 3 de Enero. El 7 del mismo mes es intervenida por "Quiste de ovario". Incisión mediana infra-umbilical de 5 a 7 centímetros de extensión. Abierta la cavidad abdominal se comprueba la inclusión del apéndice en el pedículo del quiste. Se extrae éste y se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Ciérrase completamente la pared y 8 días después se retiran los puntos. Es dada de alta, curada, el 11 de Febrero.

Historia Clínica N.º 49. — N. N., de 35 años, italiana, casada, ingresa con diagnóstico de "Fibroma de útero y Sífilis". Es intervenida después de haber curado sus manifestaciones específicas. Se le practica una histerectomía sub-total, y en el curso de la operación se extirpa el apéndice, sin hacer jareta. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.º 51. — N. N., de 40 años, española, ingresa al servicio el 15 de Febrero de 1914 con diagnóstico de "Eventración". En el curso de la operación se extirpa el apéndice, sin invaginar el muñón. Ciérrase completamente la pared, los puntos se levantan a los 10 días y la enferma es dada de alta 25 días después de intervenida.

Historia Clínica N.º 55. — N. N., de 18 años, soltera, rusa, ingresa el 24 de Febrero con diagnóstico de "Apendicitis crónica". Se opera con anestesia general (éter). Incisión Jalaguier. Abierto el peritoneo se comprueba la existencia de adherencias a nivel del apéndice; se le extirpa sin hacer jareta. Doce días después es dada de alta, curada.

Historia clínica. N.º 57. — N. N., uruguaya, de 23 años, ingresa al servicio con una "Eventración". Es intervenida 5 días después. Anestesia general clorofórmica. Extírpase el apéndice en el curso de la operación. No se invagina el muñón. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.º 59. — N. N., de 42 años de edad, casada, italiana, ingresa a la sala el 4 de Marrzo. Diagnóstico: "Fibroma del útero". Se interviene con anestesia general, practicándosele una histerectomía sub-total. Incisión mediana infra-umbilical. En el curso de la operación se ex-

tirpa el apéndice sin hacer jareta. La herida operatoria cierra por primera intención, se levanta a los 18 días y sale de alta 26 días después de operada.

Historia Clínica N.° 65. — N. N., argentina, de 27 años, casada, ingresa al sericvio el 6 de Marzo con diagnóstico de "Anexitis doble". Es intervenida con anestesia general y se le extirpa al apéndice, sin hacer jareta. La marcha post-operatoria no deja nada que desear, y es dada de alta 20 días después de intervenida.

Historia Clínica N.° 84. — N. N., de 23 años, española, casada, ingresa al servicio el 3 de Abril con diagnóstico de "Eventración". Es intervenida el 10 del mismo y durante la operación se le extirpa el apéndice, sin invaginar el muñón. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.° 90. — N. N., de 25 años de edad, soltera, española, ingresa al servicio el 15 de Abril con diagnóstico de "Apendicitis". Intervención con anestesia general (cloroformo). Incisión de Jalaguier. Se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Se deja un drenaje de gasa que 48 horas más tarde se retira. La enferma es dada de alta 18 días después de su operación.

Historia Clínica N.° 92. — N. N., de 19 años de edad, soltera, italiana, ingresa al servicio con diagnóstico de "Apendicitis crónica" el 15 de Abril. Es intervenida el 21. Anestesia general (éter). Incisión de Mac Burney. Apéndice retro-cecal ascendente con adherencias y lesiones claras de apendicitis. Se le extirpa sin hacer jareta. Cierra su herida por primera intención y el 4 de Mayo es dada de alta.

Historia Clínica N.° 93. — N. N., de 55 años, española, ingresa al servicio con diagnóstico de "Cáncer de estómago". Es intervenida 11 días después de su entrada. Anestesia general (éter). Operación: gastro entero-anastomosis. Extírpase el apéndice en el curso de la intervención, sin invaginar el muñón. La marcha post-operatoria es altamente satisfactoria. El estado general ha mejorado algo gracias a la intervención.

Historia Clínica N.° 106. — N. N., de 29 años de edad, casada, española, ingresa con diagnóstico de "Apendicitis crónica" el 7 de Marzo. Se interviene el 26 de Marzo. Anestesia general (éter). Abierta la cavidad abdominal se observan adherencias que rodean el apéndice. Se le extirpa sin invaginar el muñón. La pared es cerrada completamente. Cicatriza su herida por primera y sale de alta doce días después.

Historia Clínica N.º 108. — N. N., de 34 años, casada, rusa. Diagnóstico: "Retroplexión uterina". Es intervenida el 28 de Marzo, 8 días después de su ingreso. Anestesia general (éter). Incisión mediana infra-umbilical. Se extirpa en el curso de la operación el apéndice sin hacer jareta. No se deja drenaje. Los puntos se leavntan a los 10 días de operada y 8 días más tarde es dada de alta.

Historia Clínica N.º 116. — N. N., de 34 años de edad, argentina, ingresa al servicio el 17 de Marzo por "Colicistitis calculosa". Es intervenida el 23 del mismo. Anestesia general (cloroformo). Incisión paramediana supra-umbilical. En el curso de la operación se encuentra un apéndice bastante largo que se extirpa sin invaginar el muñón. Se deja un drenaje de gasa. La marcha post-operatoria es inmejirable. El 1.º de Julio es dada de alta, curada.

Historia Clínica N.º 122. — N. N., de 22 años de edad, soltera, argentina, ingresa al servicio el 20 de Mayo con diagnóstico de "Apendicitis". Es intervenida el 15 de Junio. Anestesia general (éter) Incisión de Mac Burney. Se observan adherencias que rodean la base del apéndice. Se le extirpa sin invaginar el muñón; 15 días después es dada de alta.

Historia Clínica N.º 129. — N. N., de 50 años, casada, italiana, ingresa el 29 de Mayo. Diagnóstico: "Apendicitis". Diez días después es intervenida. Incisión de Mac Burney. Anestesia general (éter). Apéndice largo de 8 centímetros, congestionado, libre en su extremidad, fuertemente adherido en su base. Se le extirpa sin hacer jareta. Ciérrase totalmente la pared. Marcha post-operatoria excelente. Es dada de alta doce días después de intervenida.

Historia Clínica N.º 137. — N. N,. de 39 años de edad, casada, española, ingresa al servicio con diagnóstico de "Apendicitis, Anexitis doble" el 7 de Junio. Se interviene el 9 del mismo. Anestesia general (éter). Laparotomía mediana infra-umbilical de 10 centímetros de longitud. Apéndice congestionado y eréctil Se le extirpa sin invaginar el muñón. Ciérrase la pared sin dejar drenaje. Cura por primera intención, los puntos se levantar a los 8 días. Sale de alta el 15 de Julio.

Historia Clínica N.º 144. — N. N., de 37 años de edad, soltera, italiana, ingresa con diagnóstico de "Ulcera del duodeno". Es intervenida con anestesia general (éter). Laparotomía supra-umbilical paramediana. Se hace una gastro entre-anastomosis y se extirpa el apéndice en el curso de la opera-

ción, sin invaginar el muñón. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.º 149. — N. N., de 26 años, italiana, llega al servicio el 3 de Julio. Se le diagnostica "Cuerpo extraño de la vejiga", diagnóstico que la operación confirma. Operación: Talla hipogástrica. En el curso de ella se extirpa el apéndice sin hacer la clásica jareta. Marcha post-operatoria excelente; cura por primera intención.

Historia Clínica N.º 151. — N. N., de 33 años, ingresa el 12 de Julio. Diagnóstico: "Hidrosalpinx". Incisión Pfannenstiel. Anestesia general clorofórmica. Extírpase el apéndice, que presenta lesiones de apendicitis y cuya sintomatología pasó desapercibida. Se le extirpa sin invaginar el muñón. Un mes más tarde es dada de alta.

Historia Clínica N.º 154. — N. N., de 28 años, italiana, ingresa el 4 de Agosto, diagnosticándosele "Retroflexión fija". Es intervenida con anestesia general (éter). Incisión: Laparotomía infra-umbilical mediana. Extírpase el apéndice, sin hacer jareta. Cura por primera.

Historia Clínica N.º 167. — N. N., de 49 años, argentina, ingresa el 28 de Agosto con diagnóstico de "Fibroma de útero". Es interenvida algunos

días más tarde, practicándosele una histerectomía sub-total. En el curso de la operación se extirpa el apéndice cuyo muñón no se invagina. La enferma se levanta a los 21 día de operada.

Historia Clínica N.° 168. — N. N., de 40 años de edad, ingresa al servicio el 28 de Agosto. Diagnóstico: "Colecistitis calculosa". El 3 de Septiembre es intervenida. Anestesia general (éter). Incisión: Laparotomía supra-umbilical paramediana. Encuéntrase un apéndice ascendente que se extirpa. No se invagina el muñón. Se deja un drenaje de gasa. La marcha post-operatoria es favorable. La enferma se levanta sana un mes después.

Historia Clínica N.° 171. — N. N., de 50 años, viuda, argentina, ingresa al serivcio con diagnóstico de "Fibroma de útero" el 6 de Septiembre. Intervención: 15 de Septiembre. Incisión: Laparotomía infra-umbilical mediana. Anestesia general (éter). Se le practica una histerectomía subtotal y en el curso de la operación se extirpa el apéndice sin hacer jareta. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.° 172. — N. N., de 26 años, argentina, casada, ingresa el 14 de Septiembre. Diagnóstico: "Retroflexión uterina, Eventración". Intervenida con anestesia general (éter) se le ex-

tirpa el apéndice en el curso de la operación. No se invagina el muñón. La marcha post-operatoria es altamente satisfactoria y a los 20 días de operada es dada de alta completamente curada.

Historia Clínica N.º 173. — N. N., de 35 años de edad, casada, italiana, ingresa al servicio el 18 de Septiembre con diagnóstico de "Apendicitis crónica". Es intervenida el 4 de Octubre. Anestesia general (éter). Se hace una laparotomía mediana infra-umbilical, por sospecharse algo de anexos. Estos están sanos El apéndice es retro-cecal y está fuertemente adherido al colon. Hay una pequeña dilatación en su extremidad, que se halla libre. Se le extirpa sin hacer jareta. La pared es cerrada totalmente. Cura por primera y es dada de alta a los 15 días después de intervenida.

Historia Clínica N.º 178. — N. N., de 40 años de edad, casada, italiana, ingresa con diagnóstico de "Fibroma de útero" el 23 de Septiembre. Intervenida el 27 se le hace una histerectomía subtotal, extirpándosele el apéndice en el curso de la operación. No se hace jareta. Ciérrase totalmente la pared y la enferma cura por primera.

Historia Clínica. N.º 179. — N. N., de 35 años, casada, italiana, ingresa al servicio con diagnóstico de "Embarazo tubario". Intervenida al día si-

guiente con anestesia general (éter) se hace apendicectomía en el curso de la operación. No se invagina el muñón. La enferma cura por primera.

Historia Clínica N.° 180. — N. N., 30 años, casada, italiana, ingresa el 17 de Septiembre con diagnóstico de "Anexitis doble". Es intervenida, practicándosele una histerectomía sub-total. En el curso de la intervención se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Se deja un drenaje de gasa. Los puntos de la pared supuran. Sale de alta a los 25 días después de operada.

Historia Clínica N.° 185. — N. N., de 26 años de edad, casada, española, ingresa por "Anexitis doble" el 8 de Octubre. A pedido de la enferma se interviene el 27 del mismo. Anestesia general (éter). Laparotomía infra-umbilical. En el curso de la operación se le extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Se deja drenaje de gasa. La marcha post-operatoria es satifactoria y es dada de alta el 22 de Diciembre.

Historia Clínica N.° 186. — N. N., de 30 años de edad, argentina, casada. Ingresa el 19 de Octubre con fenómenos anexiales. Es intervenida el 3 de Diciembre. Anestesia general clorofórmica. Incisión de Pfannenstiel. Extírpase el apéndice en el curso de esta operación sin hacer jareta. Se dre-

na la cavidad y 15 días después es dada de alta. El drenaje se retira al segundo día de operada.

Historia Clínica N.° 189. — N. N., de 14 años de edad, española, soltera. Diagnóstico: "Apendicitis crónica". Ingresa el 16 de Octubre y es intervenida el 8 de Noviembre. Incisión de Jalaguier. Extirpación del apéndice sin invaginar el muñón. Hay muchas adherencias que fijan el apéndice al ciego. Drenaje. Alta el 27 de Noviembre.

Historia Clínica N.° 190. — N. N., de 32 años de edad, argentina, casada. Ingresa el 26 de Octubre con diagnóstico de "Retroflexión fija". Intervenida 8 días después extirpándose el apéndice. No se invagina el muñón. Es dada de alta 18 días más tarde.

Historia Clínica N.° 192. — N. N., de 30 años de edad, rusa, casada. Ingresa al servicio el 7 de Noviembre. Se laparotomiza el mismo día por "perforación de útero. Extírpase el apéndice en el curso de la operación sin hacer jareta. No se deja drenaje. Marcha post-operatoria favorable. Sale de alta diez días después de intervenida.

Historia Clínica N.° 194. — N. N., de 53 años, argentina. Ingresa el 15 de Diciembre con diagnóstico de "Quiste de ovario" (torción del pedícu-

lo). Es intervenida de urgencia. Se le extirpa el apéndice en el curso de la operación sin hacer jareta. Cura a los 20 días y 5 más tarde es dada de alta.

Historia Clínica N.º 196. — N. N., de 35 años. de edad, argentina. Ingresa al servicio el 27 de Noviembre con diagnóstico de "Apendicitis y colecistitis calculosa". Es intervenida el 30 del mismo. Anestesia general (cloroformo). Incisión paramediana. Se extirpa la vesícula llena de cálculos y el apéndice, que contiene en su interior gran cantidad de coprolitos. Se le extirpa sin invaginar el muñón. La herida operatoria cicatriza por primera. Sale de alta el 24 de Diciembre.

Historia Clínica N.º 197. — N. N., de 23 años, casada, española. Ingresa al servicio el 3 de Diciembre. Diagnóstico: "Sífilis, Retroflexión uterina y Ovaritis escleroquística izquierda". Intervención el 6 de Diciembre. Anestesia general (éter). Incisión mediana infra-umbilical Apendicectomía sin jareta. Cura por primera intención. Sigue, no obstante, en la sala con tratamiento específico.

Historia Clínica N.º 198. — N. N., de 17 años de edad, española. Ingresa el 7 de Diciembre por "Piosalpinx doble". Operación: 16 del mismo. Laparotomía infra-umbilical mediana. Anestesia

clorofórmica. Se extirpa en el curso de la operación el apéndice sin invaginar el muñón. Sale de alta el 31 de Diciembre.

Historia Clínica N.° 199. — N. N., de 21 años, española. Ingresa el 4 de Diciembre, diagnosticándosele "Anexitis izquierda". Intervenida el 10 del mismo, se le extirpa en el curso de la operación el apéndice, sin invaginar el muñón. Es dada de alta 18 días después.

Historia Clínica N.° 200. — N. N., de 28 años, italiana, ingresa el 25 de Diciembre por "Pelviperitonitis". Es intervenida el 14 de Enero de 1916. Anestesia general (éter). Extírpase su apéndice en el curso de la operación sin invaginar el muñón. Incisión: Laparotomía mediana. Cura por primera.

Historia Clínica N.° 201. — N. N., de 24 años de edad, española, ingresa el 4 de Diciembre por "Anexitis izquierda". Es intervenida el 13 del mismo con anestesia general (éter). Incisión infraumiblical mediana. Se extirpa el apéndice, que se encuentra pequeño y esclerosado. No se hace jareta. Ciérrase la pared completamente, su herida operatoria cura por primera intención y es dada de alta doce días después de intervenida.

Historia Clínica N.° 203. — N. N., de 34 años, argentina. Ingresa el 15 de Diciembre con diag-

nóstico de "Fibroma de útero". Se interviene el 25 del mismo con anestesia general (éter). Incisión: Laparotomía infra-umbilical. En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Ciérrase sin dejar drenaje. Marcha post-operatoria favorable. Es dada de alta el 18 de Enero de 1916.

Historia Clínica N.° 204. — N. N., casada, italiana. Ingresa al servicio el 17 de Diciembre con diagnóstico de "Quiste del mesenterio" (hidático). Durante la intervención se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Supura, queda en la sala.

Historia Clínica N.° 206. — N. N., de 17 años de edad, argentina, soltera. Ingresa con diagnóstico de "Apendicitis crónica" el 6 de Diciembre. Es intervenida el 29 con anestesia general clorofórmica. Incisión de Mac Burney. Abierta la cavidad abdominal, se observan fuertes adherencias que revelan un proceso de apendicitis antiguo. Se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. La herida operatoria cicatriza por primera intención. Es dada de alta 15 días despué.

Historia Clínica N.° 213. — N. N., de 22 años de edad, argentina, soltera. Fecha de su ingreso: 4 de Diciembre Diagnóstico: "Anexitis doble". Es operada el día 15. Anestesia general (éter).

Incisión mediana infra-umbilical. Abierta la cavidad abdominal, se observa el apéndice incluído en las adherencias que engloban su anexo derecho. Se le extirpa sin hacer jareta. Es dada de alta el 10 de Enero de 1916.

H. B., 36 años, italiana, casada. Ingresa al servicio el 14 de Febrero de 1915. Diagnóstico: "Fibroma de útero, Sífilis". Se interviene con anestesia general (éter). Extírpase el apéndice sin invaginar el muñón. Marcha post-operatoria muy satisfactoria. La herida ciérrase por primera. Permanece la enferma en la sala con tratamiento específico.

Juana M., de 27 años, española, casada. Ingresa el 6 de Noviembre con diagnóstico de "Colecistitis". Es intervenida con anestesia general (éter). Incisión de Mayo - Robson. Se extirpa el apéndice en el curso de la operación, sin invaginar el muñón. Ciérrase la pared dejando un drenaje de gasa. Marcha post-operatoria sin accidentes. Treinta y cinco días después de intervenida es dada alta.

Observaciones personales

Año 1916

Historia Clínica N.º 217. — N. N., de 23 años de edad, italiana. Ingresa al servicio el 1.º de Enero por "Embarazo extrauterina", a las 9 a. m. Dado el estado de gravedad en que se encuentra es intervenida dos horas después. Anestesia general (éter). Laparotomía paramediana. Gran cantidad de coágulos sanguíneos en la cavidad abdominal. Se hace apendicectomía sin invaginar el muñón. Alta, completamente curada, el 10 de Febrero.

Historia Clínica N.º 218. — N. N., de 40 años, española, casada. Ingresa al servicio el 1.º de Enero. Se le diagnostica "Cáncer del útero", y es operada el día 19. Anestesia general (éter). Laparotomía mediana infra-umbilical. Se le extirpa su apéndice sin hacer pareta. El día 4 de Febrero muere caquética. La herida operatoria está curada. No se autopsia.

Historia Clínica N.° 223. — N. N., de 22 años, italiana. Ingresa el 5 de Enero por "Anexitis doble". Es operada el 21 con anestesia general (éter). Laparotomía mediana infra-umbilical. Se extirpa el apéndice en el curso de la operación sin invaginar el muñón. La pared abdominal es completamente cerrada. La marcha post-operatoria es satisfactoria hasta el 8.° día de su intervención, en que presenta síntomas pulmonares (bronco-neumonia). El 15 de Febrero es dada de alta, curada.

Historia Clínica N.° 226. — N. N., de 26 años, casada, italiana. Ingresa con diagnóstico de "Retroversión uterina" el 7 de Enero. Es intervenida con anestesia general (éter); en el curso de la operación se le extirpa el apéndice, sin invaginar el muñón. Sale de alta, completamente curada, a los 20 días de intervenida.

Historia Clínica N.° 228. — N. N., de 26 años de edad, argentina, soltera. Ingresa el 7 de Enero con diagnóstico de "Retroflexión uterina". Operación: 19 de Enero. Incisión Pfannenstiel. Se extirpa su apéndice en el curso de la intervención. La herida operatoria cicatriza por primera intención. El 24 de Enero presenta una flebitis de su extremidad inferior derecha. Queda en asistencia en el serivcio. La apendicectomía es hecha sin invaginar el muñón.

Historia Clínica N.º 235. — N. N., de 35 años de edad, argentina, soltera. Ingresa el 13 de Enero, diagnosticándosele "Fibroma de útero". Es operada al siguiente día con anestesia general (éter). Laparotomía mediana. Se extirpa su apéndica en el curso de la operación, sin invaginar el muñón. Marcha post-operatoria inmejorable. Cierra su herida por primera intención, y es dada de alta el 30 de Enero.

Historia Clínica N.º 237. — N. N., de 34 años de edad, argentina, casada. Ingresa al servicio el 18 de Enero por "Litiasis biliar". Es intervenida el 4 de Febrero con anestesia general (éter). Incisión de Mayo - Robson. Se extirpa su apéndice en el curso de la operación, sin invaginar el muñón. Déjase un amplio drenaje. Tiene en los días subsiguientes una congestión pulmonar que cura fácilmente; a los 10 días de intervenida se saca el drenaje y es dada de alta, completamente curada, el 20 de Febrero.

Historia Clínica N.º 242. — N. N., de 17 años de edad, argentina, soltera. Ingresa el 29 de Enero, habiéndosele diagnosticado "Anexitis doble". Es intervenida el 5 de Febrero con anestesia general (éter). Laparotomía mediana. Se extirpa el apéndice en el curso de la intervención, sin hacer jareta. Es dada de alta 15 días después.

Historia Clínica N.° 244. — N N,, de 34 años, española. Ingresa al servicio el 1.° de Febrero con diagnóstico de "Anexitis derecha". Es intervenida con anestesia general (éter). En el curso de la operación se le extirpa el apéndice, sin invaginar el muñón. Cura por primera intención.

Historia Clínica N.° 245. — N. N., de 24 años, argentina, casada. Ingresa al sericvio el 1.° de Febrero con diagnóstico de "Piosalpinx doble". Intervenida con anestesia general (éter). Se extirpa durante la operación el apéndice sin hacer jareta. Cura por primera intención. Sale de alta el 30 de Abril.

Historia Clínica N.° 248. — N. N., de 30 años, italiana, casada. Ingresa al servicio el 10 de Febrero con diagnóstico de "Apendicitis". Es intervenida el día 11 con anestesia general (cloroformo). Abierta la cavidad se observa adherencias, sobre todo a nivel de su base. El apéndice se encuentra más grande que normalmente. Incisión de Roux. Destruidas las adherencias y extirpado el apéndice no se invagina el muñón. Cura por primera intención, y 20 días después es dada de alta.

Historia Clínica N.° 254. — N. N., de 39 años, española. Ingresa el 19 de Febrero con diagnóstico de "Anexitis doble". Es intervenida con anes-

tesia general (éter). Incisión de Pfannenstiel. Cura por primera intención. Apendicectomía sin hacer jareta.

Historia Clínica N.º 257. — N. N., de 34 años, italiana, casada. Ingresa al servicio con diagnóstico de "Anexitis esclerosa doble". Intervenida con anestesia general (éter). Incisión Pfannenstiel. Se extirpa en el curso de la operación el apéndice sin invaginar el muñón. Ciérrase la pared sin dejar drenaje. Sale de alta el 26 de Marzo.

Historia Clínica N.º 259. — N. N., de 24 años, argentina, casada. Ingresa al servicio el 2 de Marzo, con diagnóstico de "Anexitis doble". Es intervenida con anestesia general (éter). Incisión de Pfannenstiel. Se deja drenaje de gasa. Es dada de alta el 13 de Abril. Durante la operación se extirpa el apéndice sin hacer jareta.

Historia Clínica N.º 262. — N. N., de 23 años, argentina, casada. Ingresa con diagnóstico de "Litiasis biliar". Es intervenida con anestesia general (cloroformo). Incisión: Laparotomía paramediana. En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Marcha postoperatoria satisfactoria. La enferma se levanta a los 18 días de operada y 5 más tarde es dada de alta.

Historia Clínica N.° 264. — Enferma de 24 años, argentinna, casada, que ingresa al servicio con diagnóstico de "Retroflexión uterina" el 13 de Febrero. Es intervenida con anestesia general (cloroformo) .En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin hacer jareta. La enferma cura por primera intención, Incisión mediana infra-umbilical.

Historia Clínica. N. 266.—N. N. de 17 años, argentina, ingresa el 14 de Marzo con diagnóstico de "Retroflexión de Utero" y "Anexitis izquierda"'. Fué intervenida el 22 de Marzo. Anestesia general (Eter) Se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Alta el 15 de Abril.

Historia Clínica N. 267.—N. N. de 33 años, francesa, ingresa con diagnóstico de "Retroflexión Uterina" y "Anexitis izquierda". Se interviene con anestesia general (Eter). En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin hacer jareta. Cura por primera intención.

Historia Clínica N. 268.—N. N. de 19 años, ingresa el 19 de Febrero con diagnóstico de "Anexitis izquierda". Es operada con anestesia general clorofórmica: Incisión paramediana infra-umbilical. Se halla el apéndice íntimamente adherido al

ciego y congestionado; se le extirpa sin invaginar el muñón. Alta 25 días después de intervenida.

Historia Clínica N.° 269.—N. N. de 19 años de edad, soltera, argentina, ingresa con diagnóstico de "Quiste de Ovario supurado". Se la opera con anestesia general (cloroformo) el 17 de Abril. Déjase un drenaje. Esta dada de alta 20 días después.

Historia Clínica N.° 270.—N. N. de 23 años, argentina, ingresa el 15 de Febrero, por "Retroflexión fija". Es intervenida con anestesia general (Eter) y se extirpa el apéndice sin hacer jareta. El 15 de Marzo es dada de alta.

Historia Clínica N.° 271.—N. N., de 46 años, española, ingresa el 2 de Abril. Diagnóstico. "Eventración". Anestesia general (Eter). Se interviene el 6 de Abril, extirpándose el apéndice en el curso de la operación. Cura por primera.

Historia Clínica N. 272.—Esta enferma ingresa el 16 de Marzo, es oriental y tiene 26 años. Se le diagnostica "Embarazo Extrauterino" "Inundación pelviana". Operada de urgencia con anestesia general (Eter). Se le extirpa el apéndice. No se invagina el muñón. Sale de alta el 9 de Abril.

Historia Clínica N. 273.—N. N. de 20 años, italiana, casada, ingresa el 17 de Marzo. Diagnós-

tico: "Retroflexión uterina". "Ovaritis escleroquística". Se la opera con anestesia general (Eter) Extírpase el apéndice en el curso de la intervención, no se hace jareta. Es dada de alta el 1.° de Abril.

Historia Clínica N. 275.—N. N. de 16 años, argentina, soltera, ingresa al servicio con diagnóstico de "Apendicitis". Es operada con anestesia general clorofórmica. Incisión Jalaguier. Se halla el apéndice congestionado y muy adherido en su base. Se le extirpa sin hacer jareta. Ciérrase la pared completamente, los puntos se levantan a los 8 días y 15 días después de intervenida es dada de alta.

Historia Clínica N.° 276.— N. N. de 26 años, española, casada, ingresa al servicio el 16 de Abril. Diagnóstico "Retroflexión fija". Anestesia general (Eter). Incisión paramediana infra-umbilical. Extírpase el apéndice en el curso de la operación sin invaginar el muñón. Cura por primera intención.

E. B., de 16 años, argentina, ingresa al servicio el 21 de Marzo con diagnóstico de "Apendicitis Crónica". Es intervenida con anestesia general (cloroformo). Incisión de Jalaguier. Ciérrase completamente la pared sin dejar drenaje. La marcha post-operatoria es inmejorable. La enferma cura por primera intención. Apendicectomía sin hacer jareta.

Catalina S. de D. ingresa el 14 de Abril, 24 años argentina, casada con anestesia general (cloroformo). En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Marcha post-operatoria altamente satisfactoria.

C. B., de 20 años de edad, italiana, ingresa con diagnóstico de "Anexitis Izquierda" el 4 de Abril.

Es operado con anestesia general 8 días después de su ingreso. Incisión paramediana infraumbilical. Extírpase el apéndice sin invaginar el muñón. Marcha post-operatoria sin accidentes. Cura por primera intención.

Y. V., 30 años, argentina, ingresa el 5 de Marzo con diagnóstico de "Quiste hidático de hígado". Incisión paramediana. Anestesia general (Eter). Extírpase el apéndice en el curso de la operación sin hacer jareta. Marcha post. operatoria sin accidentes cura por primera.

Amalia Q. de O., 34 años, argentina, ingresa al servicio el 30 de Abril con diagnóstico de "Colecistitis". Es intervenida con anestesia general (Eter). Extírpase el apéndice sin invaginar el muñón. Marcha post. operatoria sin accidentes. La enferma sigue bien.

G. O., 40 años, argentina, ingresa el 12 de Abril con diagnóstico de " Apéndicitis". Es operada con

anestesia general el 25 de Abril, se extirpa el apéndice sin hacer jareta. La pared es cerrada totalmente. La enferma sigue bien.

M. B., 38 años, argentina, casada, ingresa al servicio el 1.° de Mayo, con diagnóstico de "Anexitis izquierda". Es intervenida el 8 de Mayo con anestesia general (Eter). En el curso de la operación se extirpa el apéndice sin invaginar el muñón. Ciérrase totalmente la pared sin dejar drenaje.

T. D., de 37 años, italiana, ingresa al servicio con diagnóstico de "Apendicitis". Es intervenida con anestesia general (Eter) el 8 de Mayo. Incisión de Jalaguier. Abierta la cavida se encuentran adherencias en la base del apéndice que lo fijan al ciego. Se le extirpa sin invaginar el muñón. La pared es cerrada totalmente.

F. Alberto Borton.

Buenos Aires, Mayo 8 de 1916.

Nómbrase al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Eugenio A. Galli, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. Bazterrica

J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 15 de 1916.

Habiendo la comisión precendente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3107 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Bazterrica

J. A. Gabastou
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas de la incisión de Sonnenburg para la apendicetomía.

Diógenes Decoud.

II

Abscesos apendiculares situaciones frecuentes.

Ricardo S. Gómez.

III

Apendicitis y embarazo.

Eugenio A. Galli.