

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

cuestas abruptas, y lograréis seguramente la meta, pese a las humanas injusticias y fieros egoísmos que no ofenden ni estorban cuando tropiezan con la inviolable coraza del sabio honrado. En la selva, la vegetación tiene sus raíces y si los tallos anémicos no medran por defectos de aquéllas, al llegar los rocíos primaverales se vigorizan y brotan al fin lujuriosas plantas con flores polícromas que perfuman llorando materias aromosas; y de igual manera con el riego espiritual del estudio y trabajo incesantes se nutre el intelecto perezoso y llega a dar siempre fulgurantes destellos, ópimos frutos científicos compensadores de los sacrificios.

HE DICHO.

Marzo de 1923.

La Sección de Ginecología con su Clínica en la Facultad de Medicina de Valencia

MEMORIA REFERENTE AL CURSO DE 1920-1921

REDACTADA POR EL DOCTOR D. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO
CATEDRÁTICO DE DICHA ASIGNATURA

I

RÉGIMEN PEDAGÓGICO Y PLAN DE ENSEÑANZA

SIENDO indudable que la práctica sin la teoría no puede aceptarse *La teoría*
sino como un procedimiento docente empírico por cuanto su *y la práctica*
prime el carácter peculiar a la verdadera manifestación de la ciencia—que radica en el cómo y el por qué de los fenómenos observados, o sea, en el raciocinio necesario para darnos cuenta del trabajo que realizamos—, creemos (a pesar de la tendencia moderna de reducirlo todo a la observación y al experimento, sin dar tiempo a que la razón intervenga), que es necesario discernir entre los hechos que encontramos establecidos, compararlos, integrarlos y elevarlos así a la categoría de la generalización

para formular leyes y principios, que, si bien pueden sufrir hondo quebranto andando el tiempo—por tratarse de materias biológicas—, es indudable que son fuente de ahorro y preparan el espíritu convenientemente para empezar con fruto la labor del verdadero trabajo material. El arte y la ciencia se completan, necesitándose de esta última hasta en los actos más simples y momentos más sencillos, no sólo en los estudios de la naturaleza, sino en la industria y en la agricultura y en toda manifestación del pensamiento. La enseñanza no constituye excepción, y la Medicina, aun tratándose de una ciencia puramente experimental, exige una preparación donde el libro y la voz del maestro hagan fructífero el trabajo experimental que forma el principal *substratum* de nuestra Asignatura.

Lo que necesita saber el alumno de Ginecología

El alumno de Ginecología necesita, como todo aquel que pretende estudiar Clínicas, una preparación suficiente, necesaria a la obtención de los hechos que forman la materia prima, y establecer luego un raciocinio comparativo y deductivo donde se forme primeramente la ciencia y se obtenga luego el fin práctico y utilitario. Claro está que en épocas anteriores a la nuestra, en épocas de constitución de la Especialidad Ginecológica, no podía generalizarse por falta de material almacenado y por falta de tiempo dedicado a discurrir; pero hoy que nuestra Especialidad ha alcanzado un grado de perfección a que nunca pudo aspirar, donde los hechos y el raciocinio unidos permitieron elevarnos a la categoría de ciencia sistematizada, sería una falta imperdonable contraria a los principios de un buen régimen pedagógico, empezar y acabar viendo enfermos como en algunas clínicas especialmente extranjeras se hace, relegando a los libros solamente, ese período de preparación tan esencial y tan preciso, que sólo el maestro podrá, en nuestro concepto, desarrollar con verdadero fruto, concediendo al alumno la preparación necesaria para el estudio de la enfermedad a la cabecera del enfermo.

Las lecciones teóricas

Empezamos el estudio de la Ginecología, con el capítulo llamado de Ginecología general, constituido en nuestro programa por 20 lecciones teóricas, desarrollando sucesivamente:

- 1.º Concepto de la Ginecología con su clínica como Especialidad.
- 2.º Anatomía quirúrgica de los órganos genitales externos.
- 3.º Anatomía quirúrgica de los órganos genitales internos.
- 4.º Estructura normal de los órganos genitales en sus aplicaciones a la Patología.
- 5.º Fisiología normal de los órganos genitales fuera de la época de la gestación.
- 6.º Patología general ginecológica:
 - Etiología general.
 - Síndrome general.
 - Diagnóstico general.
 - Terapéutica general.

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

La enfermedad en Ginecología, objetivo final de nuestra enseñanza, la estudiamos en la misma enferma, en la cual se hace aplicación de los principios generales sentados y se discute y se aprecia la excepción, enseñando al alumno a construir, a discernir, a tomar parte activa en nuestra diaria labor cuando pretendemos diagnosticar, fomentando el espíritu de investigación clínica, para llegar a concretar las especies morbosas que en los libros son únicas e invariables y en la clínica son tan numerosas y variadas en su forma y en su fondo. Una clínica bien surtida de enfermas, permite dar cierto grado de uniformidad a las historias clínicas, sistematizando la exposición por grupos análogos, que además de la ventaja del método que pueda adoptarse, método anatómico o método nosológico, donde resalta la conexión necesaria a la comprensión fácil y natural, se explotan los beneficios del método clínico comparativo, observándose las múltiples formas que revisten las especies morbosas en cada organismo siempre influenciado por circunstancias complejas que es preciso descubrir.

Estamos plenamente convencidos después de 27 años de enseñanza clínica, de que las bases principales para obtener el fruto apetecido entre nuestros escolares son: interesarles en la asistencia del enfermo hasta el punto de hacerle nuestro copartícipe tomando parte activa en las determinaciones diarias; crear en su espíritu el deseo de saber para cumplir debidamente su cometido; e intensificar las delicadezas de su sentido moral, que ha de estar siempre torturado en la difícil tarea de nuestro sacerdocio. Lo único que puede calmar el sufrimiento moral del médico, es el estudio perseverante; y por lo tanto, enseñar a sufrir agudizando el sentimiento humanitario, es hacer hombres de estudio y de preocupación que sólo la clínica puede forjar.

El sucinto plan pedagógico que acabamos de exponer, que, a semejanza de lo que debe hacerse en las escuelas primarias, no es sólo un plan de instrucción, sino un plan clínicamente educativo, exige una reforma en el horario de nuestras clases, que, como decíamos en la Memoria del año pasado, permita llevar a cabo la compenetración del alumno con el profesor para que el trabajo sea complementario y simultáneo, repartiéndose igualmente entre los dos colaboradores. Un trabajo tan interesante como el de la investigación clínica, verdadero laboratorio donde se forma el médico, no puede realizarse según se acostumbra en nuestras Escuelas de Medicina, a cuya clase diaria apenas le concedemos una hora de duración. Un trabajo tan práctico, tan manual, tan preminente, lo ejecuta el escolar con el sombrero en la mano como en acto de visita, oyendo consejos y recordando conocimientos teóricos cuando presta la debida atención.

La situación del estudiante de clínica debe ser otra muy distinta; debe disponerse a emplear el tiempo necesario, vestir la blusa del trabajo y coger con sus propias manos los instrumentos de exploración; obtener hechos, y discurrir por su propia cuenta, desempeñando un papel importante en la dirección del enfermo.

*El horario de las
clases clínicas*

Necesidad de sesiones largas Una clínica como la de Ginecología, donde hay enfermas en número suficiente, donde las enfermas se tratan con medios físicos y métodos cruentos; donde hay policlínica de externas ostentando una variedad inestimable de especies morbosas, requiere sesiones largas y pacienzudas para atender debidamente a todas las enfermas, en cuyas sesiones deben unirse en amigable consorcio, la conferencia teórica, la exploración clínica y la operación quirúrgica, sin que lleguen a lastimarse la atención del alumno ni a fatigarse o decaer la actividad y el celo del maestro.

Las sesiones largas no pueden establecerse diariamente, no sólo por el necesario reparto del tiempo entre todas las materias de nuestra carrera, sino por el trabajo que representaría, tanto para el alumno como para el profesor: el primero, por la fatiga física y mental, y el maestro, por la falta de tiempo para documentarse suficientemente en la labor diaria que el sistema habitual de la enseñanza clínica exige.

Ensayos iniciados La reforma fué propuesta en el Curso pasado a la Junta de la Facultad, y fué aceptada en principio, habiendo hecho el ensayo algunas clínicas (entre ellas la nuestra de Ginecología) en el Curso que acaba de expirar. Hemos dado la clase alterna desde el mes de Noviembre, después de haber explicado en lección diaria la parte fundamental de la Asignatura, empleando tres horas en nuestra Clase alterna, donde hemos tenido tiempo para dar una conferencia de tres cuartos de hora, explorar detenidamente los casos clínicos más interesantes, discutir las indicaciones y operar acto seguido. Sin cansancio para nadie por la distinta categoría del trabajo realizado y variedad de asuntos que se desarrollan, y sobre todo (y esta es la mayor ventaja del sistema empleado) por la compenetración que se establece entre el maestro y el alumno que conviven y trabajan juntos, estableciéndose la necesaria y simpática solidaridad, creemos preferible este horario y de alta importancia su aceptación.

Resultados obtenidos El resultado que hemos obtenido ha superado nuestras esperanzas, pudiendo asegurar que casi todos los alumnos que han asistido al trabajo de nuestras clínicas (que han sido casi todos los matriculados, cosa que no ocurría con el plan anterior) han terminado sus estudios sin gran esfuerzo mental, reflejando en su semblante la satisfacción de contribuir activamente en las áridas tareas de la clínica, sabiendo practicar una exploración ginecológica, lo cual no podía conseguirse con el sistema de la lección puramente teórica y la permanencia tan escasa del alumno en contacto con el profesor y con el enfermo, cuando todo aparecía truncado, desde los lazos que a todos deben unirnos, hasta los trabajos manuales y las disquisiciones obligadas de la ciencia. La clínica exige una práctica detenida, y por ello hemos insistido en las Memorias de los años anteriores diciendo que así como en casi todas las asignaturas de nuestra Carrera se exigen prácticas de laboratorio hasta en horas extraordinarias, no nos explicamos cómo la Clínica, que es toda ella un laboratorio muy complejo, puede dar el fruto apetecido celebrando sesiones de tres cuar-

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

tos de hora, que aunque diarias, no conceden el tiempo necesario para explorar, diagnosticar, operar y, sobre todo, discurrir en el continuo análisis de los hechos.

Nuestro Servicio de Ginecología del Hospital provincial, anejo a la Clínica oficial merced a las disposiciones vigentes que permiten simulta- *El Servicio de Ginecología del Hospital*
near el trabajo dedicando a la acción docente todas las enfermas genitales que alberga el Santo Establecimiento, concede la amplitud necesaria a la enseñanza, dotando de abundante material científico la Sección de Ginecología. La enfermería que como médico por oposición del Hospital provincial nos correspondía, la hemos destinado a Sala de operadas, y hemos reunido en la Sala de clínicas, todas las enfermas ginecológicas. Dicha separación, altamente beneficiosa para la enseñanza y para el servicio de las mismas enfermas, lo es también para la higiene de las operadas, desde muchos puntos de vista que no es necesario detallar.

Las enfermas, fuera de los casos de urgencia en que son asistidas inmediatamente sin sujetarse a regla alguna, son reconocidas primeramente en el Servicio de la Policlínica de externas todos los lunes y los jueves; se eligen los casos útiles; se admiten bajo nuestra autorización en la enfermería; se estudian, exploran y discuten, se operan los que tal tratamiento merecen y pasan luego a la enfermería de operadas, para terminar su estancia con unos días de convalecencia en la Sección correspondiente, aquellas que tal complemento exigen.

El Servicio del Hospital provincial y el Servicio docente unidos, si bien proporcionan beneficios inestimables a la enseñanza, reclaman en cambio un trabajo perseverante e intensivo, que sólo puede cumplirse merced al celo y entusiasmo de mi querido amigo D. Salvador Valero, Profesor Auxiliar, y la cooperación de los Sres. Ayudantes de Clínicas Dres. Pérez, Felú, López Sancho (D. Emilio), Archer (D. José) y Cuerpo de Alumnos Internos, a quienes doy las gracias más cumplidas como expresión de mi agradecimiento.

II

SECCIÓN DE MEJORAS

La consignación asignada al servicio de las Clínicas, aunque modesta, comparada con la que disfrutaban en otros hospitales, puede conceptuarse suficiente en la atmósfera de pobreza en que nos desenvolvemos, por lo menos para subvenir a lo más perentorio. La buena administración, que cada día alcanza mayor perfección, obliga a interesarnos a todos por igual, resultando de ese consorcio nuestro, debidamente cumplidas las primeras necesidades, si no con esplendidez, como debía hacerse, por lo menos

con decoro para el enfermo y para la Facultad de Valencia; pero la consignación de dichas Clínicas, no permite ni por la cantidad (50.000 pesetas) ni por su especial destino, atender a subsanar deficiencias e implantar las mejoras que pueden calificarse de inaplazables.

*Fisioterapia.—
Radium.—Ra-
yos X.—Luz ul-
tra-violeta*

No es este el lugar de enaltecer la importancia que ha alcanzado en la época actual la Fisioterapia en el tratamiento de ginecopatías. El Radium cura el cáncer en algunos casos; los rayos X curan en ciertas ocasiones el fibroma sin operación cruenta; la diatermia alcanza también la curación de muchos procesos anexiales sin necesidad de intervención operatoria; la luz ultra-violeta se extiende cada día más en sus aplicaciones ginecológicas. Si se tratase de procesos morbosos baladics que con medios sucedáneos pudiesen curarse, padecería solamente la enseñanza careciendo de la riqueza que siempre debe mostrar; pero tratándose de procesos siempre mortales como el cáncer o el sarcoma, de procesos que exigen operaciones cruentas, peligrosas, como el fibroma uterino que tanto abunda y que también mata, de procesos como los flogísticos anexiales que constituyen el 80 por 100 de nuestras enfermas hospitalizadas, que mueren también por los progresos de la dolencia, o se someten a intervenciones arriesgadas, o quedan reducidas a valetudinarias inservibles para sus funciones en el hogar doméstico o para ganar con su trabajo el sustento, compréndese la trascendencia de la petición que formulamos y la premura con que debemos hacerla, cuando estamos negando al pobre desgraciado su verdadero derecho en los momentos más culminantes de su infortunio.

Tenemos Radium, pero no propio, como se necesita en una Clínica moderna de Ginecología, donde las aplicaciones deben repetirse a diario; tenemos rayos X, pero de escaparate y no de acción terapéutica con las intensidades y la instalación que hoy la ciencia reclama; tenemos un aparato de diatermia tan deficiente, que hemos abandonado su uso por no hacer perder lastimosamente el tiempo a las enfermas.

Concretando, debe decirse, que nuestra Facultad de Medicina necesita a todo trance cierta cantidad de Radium para curar y aliviar a las pobres cancerosas, curadas hoy algunas y aliviadas muchas merced a la caridad de la Sociedad Hispano-Suiza, que por 1.500 pesetas anuales proporciona el maravilloso remedio los días festivos y algunos más que graciosamente conceden. Instalación completa de rayos X. Dos aparatos de diatermia y un aparato de luz ultra-violeta.

*Laboratorio
de análisis*

Otra de las mejoras fundamentales que necesitamos a todo trance, es la dotación de un pequeño laboratorio de análisis. Bien es verdad que nos presta su valioso concurso el laboratorio de Anatomía patológica de nuestra misma Facultad de Medicina, así como el laboratorio de Patología general y el laboratorio del Hospital provincial, a cuyos directores y personal a ellos adscrito he de testimoniar mi profundo agradecimiento; pero el trabajo acumulado procedente de otras clínicas y la premura del tiempo en otras ocasiones, nos obliga a prescindir de su acertado y valioso dicta-

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

men, viéndonos privados de un elemento de juicio clínico inestimable, incurriendo al mismo tiempo en falta imperdonable en un centro de Cultura y además humanitario.

III

MEDIDA HIGIÉNICA IMPRESCINDIBLE

La enferma de Ginecología (lo mismo que la de todas las clínicas, *Servicio de aseo personal* pero yo debo referirme exclusivamente a la Sección de mi cargo) no dispone de local a propósito para hacer su toilette, no sólo careciendo de todo lo necesario para hacer la limpieza de su cuerpo y poder peinarse, sino hasta de poder lavar sus manos. Hace ya muchos años que hicimos la petición a los señores Directores Diputados, y en el acta de la sesión de la Junta de clínicas celebrada en Octubre de 1919 fué aprobada nuestra proposición, ayudando, en la medida de nuestras escasas fuerzas económicas, a la Dirección del Establecimiento para implantar tan importante mejora. Todos los esfuerzos fueron vanos, y hoy nos encontramos a la misma altura, sin que la desgraciada enferma disponga de local, agua, jabón, etcétera, etc., donde pueda efectuar la necesaria limpieza diaria.

Provisionalmente hemos mandado construir un carrito-toilette que se pasa por las camas de aquellas enfermas que no pueden abandonar el lecho y realizan el lavado de sus manos antes de servirles la comida; pero consideramos tan esencial la reforma y de necesidad tan perentoria, que ponemos todo nuestro empeño en conseguirla, proponiendo a la Facultad de Medicina gestione cerca de la Diputación la manera de resolver pronto el asunto, habilitando o instalando locales a propósito para dicha toilette en cada una de las clínicas, y singularmente en la de Ginecología, donde las regiones enfermas exigen mayor limpieza.

IV

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Uno de los asuntos siempre controvertidos y que en la actualidad *La raquianestesia* preocupa a todos los clínicos, es el procedimiento de anestesia que, en la actualidad, merece los honores de la elección. En la Memoria del Curso pasado expusimos los motivos que me habían impulsado a emplear la raquianestesia, no sólo en las operaciones ginecológicas practicadas por la vía vaginal, sino en las intervenciones por la vía suprapubiana; y en la misma Memoria figuran los resultados obtenidos y las consideraciones deductivas a que se prestaron los casos estudiados. En nuestra estadística

anterior como en la del presente Curso, sumando en total 350 casos de raquianestesia ginecológica, hemos procurado ceñirnos a una técnica rigurosa, antisepsia escrupulosa, observación minuciosa de los efectos producidos lo mismo próximos que lejanos, figurando, como parte interesante de la historia clínica, todo lo referente al método de Corning y Tuffier, que bien merece, dada la importancia que reviste y la tendencia moderna a aceptarla en muchas clínicas, que le dediquemos nuestras modestas conclusiones, que son las siguientes:

*Conclusiones
clínicas*

1.^a Debemos estimar como procedimiento inócuo la raquianestesia tal como la practicamos nosotros, empleando la novocaína e inyectándola por debajo de la tercera vértebra lumbar.

2.^a En las intervenciones vaginales, vulvares, perineales e inguinales, puede considerarse como procedimiento electivo, concediéndole la consiguiente supremacía, porque a la inocuidad se une la seguridad de su acción con dosis relativamente débiles.

3.^a En las intervenciones abdominales (laparotomías en toda clase de procesos ginecológicos) resulta fallida o incompleta en el 12 por 100 próximamente, cifra que resulta mucho más reducida en otras clínicas españolas y extranjeras porque puncionan más alto y emplean dosis más elevadas que las nuestras.

4.^a En las operaciones abdominales, debe hacerse un estudio detenido en las indicaciones del método anestésico que debe emplearse, tomando en cuenta las condiciones orgánicas, las condiciones del proceso, duración del acto operatorio, posición en que ha de colocarse la enferma, etc., para elegir en consecuencia el método regional o la anestesia por inhalación.

5.^a En las laparotomías cortas y subumbilicales, sólo debe emplearse la inhalación en las contraindicaciones de la raquí.

6.^a En las laparotomías de larga duración (p. g. Wertheim), es ventajoso empezar por la raquianestesia que concede un campo operatorio más espléndido, aunque haya de completarse con la inhalación. Se absorbe así poca cantidad de anestésico (éter o cloroformo) para llegar a la anestesia quirúrgica y terminar el acto operatorio.

7.^a En términos generales, las laparotomías altas, anexitis supuradas y adherentes y fibromas que exigen fuertes tracciones en su extirpación, deben mirarse con mayor atención para sentar la indicación de la anestesia atendiendo a las condiciones individuales de la enferma.

8.^a En las enfermas profundamente anémicas, preferimos la raquianestesia. Respecto de los detalles técnicos que en varias ocasiones hemos expuesto, deben tenerse presentes los siguientes, que nosotros observamos con rigurosa pulcritud:

*Técnica de la
raquianestesia*

1.^o Dosis de novocaína: 1 cgr. por 5 kilos de peso. En las intervenciones vaginales bastan 10 cgrs.

2.^o Punción con aguja de platino, oro o níquel en el espacio de Tillaux entre 4.^a y 5.^a lumbares.

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

3.º Inyección lenta con *barbotage*.

4.º Posición de la enferma: sentada con flexión forzada de la columna durante la inyección; sentada y erguida luego durante cinco minutos por lo menos, pudiendo entonces sin inconvenientes adoptar la posición Trendelenbourg.

5.º Salida del líquido céfalo-raquídeo en cantidad aproximadamente igual a la que ha de inyectarse.

Las historias clínicas que tenemos archivadas de todas nuestras enfermas, conteniendo el detalle minucioso de todo cuanto puede referirse a la anestesia, nos autoriza a recomendar la raqui, cuyas bondades se evidencian diariamente cambiando la ansiedad y zozobra que nos proporcionan los agentes inhalados, en tranquilidad y sosiego durante el acto operativo, pudiendo por lo tanto en este ambiente de calma y de silencio realizar detenidas observaciones y explicaciones ante los alumnos, que no podríamos permitirnos en la anestesia por inhalación.

La tendencia moderna es reducir a las menores proporciones la zona de anestesia, suprimiendo las intoxicaciones generales. La relativa perfección que ha alcanzado la raqui, empleada dentro de las proporciones de cantidad y de altura de la punción que nosotros hemos adoptado, le conceden una evidente supremacía en la especialidad ginecológica.

V

ANESTESIA POR INHALACIÓN

Hemos observado, en nuestras visitas a las clínicas españolas y extranjeras, la tendencia a no emplear el cloroformo o a no emplearlo puro. Nosotros también estamos impresionados en el mismo sentido. Los inconvenientes imputables a la anestesia clorofórmica, no sólo en el momento de la administración de dicha substancia, donde los accidentes revisten suma importancia y excepcional gravedad, sino en los días subsiguientes, consecuencia de la intoxicación sufrida en mayor o menor grado, según la cantidad absorbida y las taras viscerales que la enferma presente, nos ha obligado a elegir un procedimiento mixto de anestesia, empleando la mezcla de Sleigch: 60 por 100 de éter, 30 por 100 de cloroformo y 10 por 100 de cloruro de etilo, habiendo reducido todavía al 20 por 100 la cantidad de cloroformo según consejo del Dr. Faure. El distinto grado de evaporación de las tres substancias, conduce la anestesia aprovechando las ventajas de sus tres componentes, empezando con cloruro de etilo, siguiendo luego con cloroformo, y últimamente, el más largo período con éter.

*La anestesia
clorofórmica*

Administramos la mezcla con el aparato Gautier, modificado por el Dr. Faure de París, y aunque el período de tiempo que venimos em-

pleando este procedimiento de anestesia por inhalación sólo comprende el curso que acaba de expirar, es necesario hacer constar que no hemos tenido accidente alguno, ni siquiera la más ligera alarma que pudiera turbar por un momento la marcha normal de las operaciones.

VI

EL RADIUM EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER UTERINO

*Resultados
obtenidos*

Otra de las consideraciones clínicas que no debemos omitir en el estado actual de la ciencia, es la referente a los resultados obtenidos con el Radium en el tratamiento del cáncer uterino en nuestra modesta clínica. Tanto más necesario es publicar dichos resultados obtenidos, cuando hoy van sentándose ya conclusiones en casi todas las clínicas, y todos debemos contribuir, sin pasión alguna y en la medida de nuestras fuerzas, a proclamar sinceramente los resultados que se obtienen.

*La ley de los 3 y
de los 5 años*

La impresión que tenemos en la actualidad es mucho más halagüeña que la reflejada en nuestras Memorias anteriores. Tratando siempre de ser optimistas en la curación del cáncer, cuyo noble deseo, que no es otro que el de vencer al terrible enemigo, es el acicate en la experimentación, creemos firmemente que hemos entrado en un período de decidido progreso en la terapéutica de dicha lesión, llegando a curar algunos casos y aliviar a casi todos. La substitución de la ley de los tres años para dar como curado un cáncer por la ley de los cinco años, aceptada ya por todas las naciones en vista de la recidiva frecuente en aquel primer plazo, tiende a oscurecer algunos de los brillantes resultados obtenidos, exigiendo una severa inspección durante este largo plazo de ansiedad.

Los resultados que hoy obtenemos, son indudablemente mejores que en un principio, debido no sólo a la técnica empleada, sino a la mayor firmeza en las indicaciones sentadas, siendo un coadyuvante de la Cirugía operatoria, complemento de casi todas las intervenciones cruentas asegurando el éxito apetecido, o en algún caso excepcional aplicado previamente, permitiendo la práctica de la operación que fué imposible en un principio.

En los cánceres cavitarios del útero no hemos empleado el Radium, practicando siempre la histerectomía abdominal completa con resultados satisfactorios, como en las estadísticas puede comprobarse. En los cánceres vulvares, vestibulares, clitorideos y vaginales primitivos, el resultado alcanzado no invita a insistir en dichas aplicaciones, sea por la razón histológica, ya de todos conocida, de la región y de la variedad del epiteloma, sea por lo avanzado de la lesión que presentan nuestras enfermas del hospital.

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

El mayor número de aplicaciones ha recaído en cánceres de cuello, observándose mejor resultado en las formas anatómo-patológicas exuberantes, eflorescentes y variedades pavimentosas, que en los epitelomas endocervicales de forma corrosiva y variedad cilíndrica; no pudiendo, sin embargo, formular un principio general fundado en estos hechos observados, porque los epitelomas del conducto cervical invaden mucho antes el parametrio, y la mayor extensión del proceso pudiera explicar la mayor resistencia a la radio-actividad.

Las indicaciones que hoy mantenemos según el criterio que sustentamos de los beneficios del Radium, son los siguientes:

*Conclusiones
clínicas*

Todo cáncer inoperable cuya zona de infiltración puede ser influenciada favorablemente, alcanzando, cuando más, dos centímetros de profundidad.

Todo cáncer inoperable muy hemorrágico. Legrado previo de las fungosidades y aplicación inmediata.

Todo cáncer operable en su período inicial. Epitelioma laminar.

Todo cáncer operado (Wertheim). Aplicaciones en número de dos, la primera en cuanto se obtiene la cicatriz de la bóveda vaginal.

El presente curso se ha prolongado durante el período canicular en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre, estando servida la clínica durante el mes de Junio por el que suscribe, Catedrático de la Asignatura, y durante los tres meses restantes por el Profesor Auxiliar D. Salvador Valero con los Ayudantes de clínicas y los señores Internos. El trabajo extraordinario del período de vacaciones ha redundado, no sólo en beneficio de los enfermos asistidos en la Policlínica en número de 193 y en la enfermería en número de 37, sino en beneficio de la clase escolar y de algunos señores Médicos que han acudido a nuestro Centro docente como laboratorio de investigación clínica, donde han encontrado la debida orientación y acertada dirección de sus estudios, conducidos metódicamente por el Dr. Valero, única manera de obtener el debido fruto de una enseñanza tan eminentemente práctica como la Ginecología. Las restricciones que pudieran anotarse en el servicio durante el período canicular, son consecuencia de la insuficiente consignación de que disfrutamos, siendo un nuevo motivo de alabanza para el Profesor Auxiliar el haber terminado su cometido sin que se hicieran patentes las dificultades o tropiezos de orden económico.

*Servicios del
período canicular*

Valencia, 15 de Septiembre de 1921.

ANEXOS
DE LA MEMORIA DEL DR. LOPEZ SANCHO

Núm. 1.

ENFERMAS NO OPERADAS EN LA SECCIÓN DE GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA
(CURSO DE 1920-1921)

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados					
				C	A	E	T	F	
N. G. R.	1	Embarazo molar.	Trasladada a Obstetricia.				I		
A. F. M.	2	Epitelioma de cuello.	Paliativo, pide el alta.		I				
P. G. G.	3	Cistitis.	Instilaciones vesicales.	I					
D. J. A.	5	Epitelioma de cuello.	Tres aplicaciones de Radio.		I				I
M. F. M.	7	Cáncer cavitario inoperable.	Paliativo.						
A. M. C.	11	Producción quística ovárica.	Pide el alta.			I			
D. G. R.	16	Fibroma uterino.	Fugada.			I			
M. B. P.	18	Epitelioma inoperable.	Paliativo.			I			
C. S. S.	19	Fístula véscico-vaginal.	Pide el alta.			I			
R. A. P.	22	Aborto con retención ovárica.	Trasladada a Obstetricia.						I
C. P. I.	23	Admitida sin reconocimiento.	Fugada.						
M. A. G.	24	Epitelioma infiltrado.	Radium, tres aplicaciones.	I					
A. V. M.	37	Plosainge en estado agudo.	Fugada.			I			
A. C. M.	38	Metroanexitis.	Médico. Reposo, ichtiol, etc.			I			
A. H. A.	39	Perimetroanexitis aguda.	Reposo, hielo, Electrágol.			I			
L. M. B.	40	Hernia umbilical epiploica.	Se le da el alta (cardiaca).			I			
M. M. E.	45	Perimetroanexitis.	Reposo, hielo, etc.			I			
R. P. V.	55	Epitelioma vulvar inoperable.	Azul metileno, sol.º clor., K.			I			
M. B. Z.	56	Epitelioma inoperable.	Radium. Tres aplicaciones.			I			
V. E. R.	62	Retroflexión fija.	Trasladada a Medicina general.			I			I
C. G. B.	63	Epitelioma veg. vulva.	Paliativo.						
V. B. M.	64	Prolapso 3.º de útero.	Se le da el alta. Volverá.						I
M. A. C.	65	Neoplasia recto-vulvar.	Trasladada a Cirugía.						I
E. Ch. O.	71	Metritis.	Dilatación. Toques sol.º formol.						I

ANEXO NÚM. I (CONCLUSIÓN)

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados						
				C	A	E	T	F		
F. B. B.	253	Anexitis derecha.	Cura ichtiolada.		I					
J. N. L.	256	Epitelioma inoperable.	Paliativo.						I	
A. A. M.	257	Epitelioma inoperable.	Paliativo.						I	
C. C. G.	259	Epitelioma infiltrado de cuello.	Radium, dos aplicaciones.						I	
M. R. G.	262	Epitelioma infiltrado.	Paliativo.						I	
M. C. G.	263	Epitelioma infiltrado.	Paliativo.						I	
M. O. B.	264	Matropatía hemorrágica.	Hidrastritis, digital y cl. Ca.						I	
D. S. G.	265	Metroanexitis bilateral quística en estado de agudeza.	Hielo, coloidales. Pide el alta.							I
R. B. P.	268	Epitelioma vegetante de cuello.	Cuprasa: Licor Labarraque.							I
C. S. F.	273	Metroanexitis bilateral pelvipertonitis.	Ichthiol. Suero Cheron.							I
N. G. G.	274	Metritis subinvolutiva. Perimetroanexitis.	Hielo, Electargol, Pantopón, Ichthiol.							I
B. A. Ch.	275	Epitelioma inoperable.	Paliativo.							I
E. A. P.	276	Epitelioma infiltrado de cuello.	Licor de Labarraque, etc.							I
A. G. R.	277	Metritis subinvolutiva.	Hidrastris, irrigaciones calientes, etc.							I
E. C. S.	278	Epitelioma inoperable de cuello.	Aplicación de Radium, 51 mg.							I
M. M. D.	279	Infección tífica.	Se la trasladó de Sección.							I
C. S. G.	280	Metroanexitis.	Reposo, ichtiol, etc.							I

RESUMEN DE LAS ENFERMAS NO OPERADAS, EN N.º DE 83

C. curadas.	8
A. aliviadas.	37
E. en igual estado.	27
T. trasladadas a otras Secciones.	5
F. fallecidas.	6
TOTAL.	83

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados		
				C	A	F
M. R. C.	4	Retroflexión. Perimetritis..	Histerectomía subtotal.			I
M. G. B.	6	Perimetroanexitis.	Castración útero-anexial.	I		
C. M. M.	8	Fístula vesico-vaginal.	Op. procedimiento americano.	I		
J. A. S.	9	Fibrona enclavado.	Histerectomía sub. met. o de Kelly.	I		
C. T. M.	10	Fístula vesico-vaginal comp.	Oclusión método americano.	I		I
A. G. B.	12	Metroanexitis bilateral.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
C. H. M.	13	Metritis.	Legrado y Schroeder.	I		
A. F. M.	14	Metroanexitis.	Hist. ^a total abdominal.	I		I
F. S. M.	15	Fístula vesico-vaginal.	Oclusión método americano.	I		
C. F. M.	17	Fibroma múltiple.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		I
F. C. V.	20	Condensación conjuntiva en tabique recto-vaginal.	Extirpación.	I		
A. P. F.	21	Retroflexión libre.	Legrado y Alexander Adams.	I		
C. S. R.	25	Quiste de ovario.	Desprendimiento adherencias a intestino y extirpación.	I		
J. C. V.	26	Trayecto fistuloso.	Extirpación de un punto de crfn.	I		
D. L. G.	27	Epitelioma vulvar.	Extirpación.	I		
A. L. P.	28	Metroanexitis.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
B. P. P.	29	Pólipo emergente en vagina.	Histerotomía media: extirpación.	I		
M. Y. M.	30	Fibroma uterino con inyección anexial.	Histerectomía abdominal total y castración bilat.	I		
J. B. R.	31	Metritis cérvico-corporal.	Hist. ^a sobal, castración bilateral.	I		
A. G. H.	32	Metroanexitis bilateral.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
C. G. C.	33	Metritis poliposa.	Dilatación y legrado.	I		
C. A. L.	34	Neoplasia genital. ¿Quiste proflero de ovario?	Laparotomía incompleta.	I		
D. C. T.	35	Carúncula del meato.	Extirpación y sutura.	I		
R. R. M.	36	Metroanexitis bilateral.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
M. G. M.	41	Quiste intraperitoneal supurado.	1. ^a operación: abertura, desagüe, 2. ^a operación: la par. ^a marsupialización.	I		I
M. L. S.	42	Metroanexitis izquierda.	Hist. ^a sub. extirp. ^a anexo izquierdo.	I		
A. M. M.	43	Metroanexitis y anteeflexión.	Hist. ^a sub. respetando ovario derecho.	I		
D. F. C.	44	Metritis cérvico-corporal.	Legrado y Schroeder.	I		

ANEXO NÚM. 2 (CONTINUACIÓN)

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados		
				C	A	F
T. S. M.	46	Metritis cérvico-corporal.	Hist. ^a total y abdominal.	I		
A. Ch. S.	47	Metritis.	Legrado y Schroeder.	I		
T. A. C.	48	Metritis.	Legrado.	I		
M. Z. P.	49	Metritis subinvolutiva.	Legrado.	I		
Y. S. A.	50	Metritis cervical crónica.	Legrado y Simón (amputación).	I		
E. M. T.	51	Metroanexitis bilateral.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
H. E. B.	52	Tumoración que rechaza el útero contra el pubis y lo fija.	Hemisección de Faure. Peritonización Chaput.	I		
D. C. R.	53	Retrodesviación libre.	Acortamiento intraperitoneal de lig. redondos proced. Dr. López, Appendicectomía.	I		
M. B. C.	54	Eventración (línea media).	Cura radical.	I		
R. T. G.	57	Retroflexión, Fluxión anexial.	Acortamiento intraperitoneal de ligamento-redondo Dr. López.	I		
A. M. C.	58	Prolapso de 3.º de útero.	Landau y perineoplastia Doleris.	I		
T. C. G.	59	Fibroma en degeneración.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
M. Y. T.	60	Epitelioma de cuello.	Histerectomía vaginal.	I		
A. R. T.	61	Útero grávido en retroflexión irreductible.	Laparotomía; reducción de la flexión, sin ligamento-mentopexia.	I		
U. A. C.	66	Retroversión y anexitis.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
M. G. M.	67	Metritis subinvolutiva.	Legrado.	I		
V. R. L.	68	Eventración antigua.	Cura radical. Sutura por planos.	I		
A. C. J.	69	Metroanexitis bilateral.	Castración útero anexial. Hemisección de Faure.	I		
M. B. F.	70	Retención ovular incompleta.	Vaciamento y legrado.	I		
I. C. M.	72	Metritis.	Legrado.	I		
M. B. A.	74	Metroanexitis.	Castración útero-anexial.	I		
T. M. M.	75	Matriz miomatosa.	Castración útero-anexial.	I		
E. G.	76	Metroanexitis con fuertes adherencias.	Desprendimiento de epíplon y de asas intestinales. Sutures múltiples de intestino.	I		I
M. C. M.	77	Metroperianexitis.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
R. V. A.	78	Retroflexión: metroanexitis.	Hist. ^a subcastración met. Kelly.	I		
P. L. G.	79	Quiste de ovario.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		
C. M. B.	81	Fistula véscico-vaginal complicada.	Oclusión por el método americano. Episiotomía previa.	I		
A. C. M.	82	Metroanexitis.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I		

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

84	V. R. B.	Eventración antigua.	Extripación del saco y sutura.	I
85	J. N. G.	Quiste de ovario.	Ovariomía. Castración total.	I
88	M. G. G.	Fistula estercorácea.	Desprendimiento de múltiples adherencias. Resección y suturas de intestino delgado.	I
89	T. M. N.	Retroflexión libre.	Acortamiento intraperitoneal de ligamentos redondos. Dr. López.	I
90	J. P. J.	Perimetraoexítis.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
91	S. A. S.	Fibroma con infección anexial.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
92	R. M. E.	Metritis cérvico-corporal.	Legrado y Schroeder.	I
93	T. O. G.	Retrodesviación fija.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
94	C. T. M.	Fistula véscico-vaginal.	Oclusión método Pouchet.	I
95	M. P. A.	Tumoración multilobular en el fondo de Douglas.	Extripación del anexo derecho y acortamiento intraperitoneal.	I
96	E. L. A.	Pólipo emergente en vagina.	Extripación y legrado uterino.	I
98	J. P. M.	Fibroma uterino.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
99	M. C. A.	Metroanexítis quística.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
100	D. G. A.	Metritis cervical.	Legrado y Schroeder.	I
102	R. E. Y.	Metroanexítis bilateral.	Hist. ^a subcastración bilateral.	I
103	A. B. M.	Metroanexítis. Apendicitis.	Histerectomía subtotal. Anexectomía del lado derecho.	I
104	E. G. M.	Quiste salpingiano en Douglas.	Castración sub. bilateral.	I
105	F. V. B.	Quiste de ovario.	Castración sub. y bilateral.	I
106	V. B. M.	Prolapso de útero de 3. ^o .	Operación de Wertheim Schauta.	I
107	T. M. P.	Retroflexión y anexítis doble.	Castración sub. y bilateral.	I
108	R. P. Q.	Epitelioma de cuello.	Operación de Wertheim, con ligadura de las ilíacas	I
109	C. B. B.	Quiste de ovario izquierdo.	Castración sub. y bilateral. Esta operada fué por su pié de la mesa a la camilla después de operada	I
110	M. G. G.	Elongación de cuello.	Amputación alta de Huguier.	I
111	C. L. G.	Endometritis fungosa.	Dilatación y legrado.	I
112	A. S. L.	Fibroma uterino.	Castración sub. y bilateral.	I
113	J. S. A.	Metroanexítis.	Castración sub. y bilateral.	I
118	A. B. G.	Perimetraoexítis.	Hist. ^a sub. anexectomía derecha y salpinguectomía del lado D.	I
119	M. Y. T.	Fistula véscico-vaginal.	Oclusión por el met. americano.	I
120	Y. M. B.	Permetro salpingo-ovaritis.	Hemisección de Faure. Castración sub. y bilateral.	I
121	J. F. M.	Quiste dermoideo.	Ovariomía por quiste dermoideo del lado derecho	I
122	J. F. D.	Tumor yuxta-uterino (fibroma?)	Castración sub. por fibroma método americano.	I
123	G. Ch. R.	Retroflexión: perianexítis.	Castración sub. y bilateral.	I
124	C. E. C.	Prolapso de 3. ^a de útero.	Operación de Landau; perineografía de Dolenis.	I
127	V. A. E.	Metritis cérvico-corporal.	Legrado y Schroeder.	I
129	M. F. G.	Endometritis y anteflexión.	Legrado y Doudley.	I
130	V. S. S.	Metritis post-abortum.	Legrado.	I

ANEXO NÚM. 2 (CONTINUACIÓN)

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados		
				C	A	F
M. C. R.	131	Antreflexión. Metritis.	Legrado.	I		
C. E. F.	133	Endometritis conjuntiva.	Legrado.	I		
E. M. F.	134	Metroanexitis del lado izquierdo. Retroflexión.	Legrado. Anexectomía y acortamiento intraperitoneal de ligamentos redondos proc. Dr. E. L.	I		
M. S. C.	135	Metritis cervical.	Operación de Schroeder.	I		
L. F. G.	136	Metritis fungosa.	Legrado.	I		
R. N. E.	137	Retroflexión libre.	Legrado y Alexander Adams.	I		
T. R. P.	138	Hidrosalpinge de gran volumen.	Anexectomía lado izquierdo por hidrosalpinge voluminoso.	I		
D. F. P.	139	Metritis parénquimatosa.	Histerectomía vaginal 2.ª operación. Oclusión de una fístula véscico-vaginal postoperatoria.	I		
R. P. G.	140	Fibroma uterino.	Hist.ª subcastración unilateral.	I		
M. P. S.	141	Metritis cérvico-corporal.	Legrado y traquelorrafia.	I		
J. O. B.	143	Epitelioma de la vulva.	Vulvectomía.	I		
E. S. R.	144	Endometritis conjuntiva.	Legrado.	I		
E. P. G.	145	Embarazo extrauterino.	Hist.ª subcastración bilateral. Peritonización Chabut. Desagüe vaginal.	I		
J. S. E.	146	Prolapso de 3.ª de útero.	Operación de Hugiere y perineoplastia de Doleris.	I		
B. S. A.	150	Endometritis tipo conjuntivo.	Legrado.	I		
A. A. M.	151	Endometritis tipo conjuntivo.	Legrado.	I		
D. R. N.	152	Epitelioma de cuello.	Hist.ª total y castración doble.	I		
J. C. S.	154	Prolapso de 3.ª de útero.	Operación de Landau. Op. Doleris.	I		
G. S. M.	156	Hematocèle pelviano.	Colpotomía: 2.ª operación. Laparatomía: anexectomía. Appendicectomía.	I		
M. B. M.	157	Prolapso de 3.ª de útero.	Histeropexia por emisección procedimiento del Dr. E. López.	I		
V. R. A.	158	Pólipos uterino.	Extirpación.	I		
R. R. M.	159	Metroanexitis. Anexo quístico en el Douglas.	Castr.º uteroanexial sub. bilater. Proced. Terrie.	I		
J. E. S.	161	Prolapso de 3.ª de útero.	Operación de Wertheim (media cintilla).	I		
J. D. H.	162	Proceso pelvipertonítico al parecer fímico.	Laparotomía incompleta.	I		
T. M. P.	163	Punto infectado (de crin).	Extracción.	I		
M. R. B.	164	Metroanexitis con retroflex.ª	Salpingectomía izquierda: acortamiento lig. redondos, Dr. E. L.	I		
D. G. S.	156	Punto de crin infectado.	Extracción.	I		

ANEXO NÚM. 2 (CONCLUSIÓN)

Nombre	Núm.	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados		
				C	A	F
A. M. M.	217	Metroanexitis.	Histerectomía método del Dr. J. L. Faure (hemisección).	I		
D. R. P.	218	Quiste de ovario.	Ovariectomía, respetando el resto del aparato.	I		
M. B. G.	219	Ooforosalpingitis, con periovaritis.	Castración útero-anexial subtotal y bilateral.	I		
B. J. R.	220	Metritis corporal.	Dilatación y legrado.	I		
A. Y. H.	221	Rasgadura de cuello, retroflexión libre.	Legrado, Schroeder y Alexander.	I		
T. F. B.	222	Metritis subinvolutiva.	Dilatación y legrado.	I		
J. D. T.	224	Metritis.	Dilatación y legrado.	I		
R. L. A.	225	Retención decidual.	Dilatación y legrado.	I		
G. R. Ch.	228	Retroflexión libre. Metritis.	Legrado y Schroeder.	I		
C. G. M.	230	Petritis parenquimatosa. Anexectomía bilateral.	Hemisección de Faure. Castración doble.	I		
M. G. M.	231	Neoplasia intrauterina.	Carcinoma que engloba intestinos. Laparotomía incompleta.	I		I
R. M. L.						
C. C. M.	233	Quiste hidatídico abierto en la vejiga.	Desprendimiento de adherencias a intestinos. Abertura y marsupialización del quiste. Liberación de la vejiga y sutura del orificio fistuloso.	I		
R. R. V.	234	Endometritis conjuntiva.	Dilatación y legrado.	I		
J. C. C.	236	Metritis. Matriz en retroflexión libre.	Legrado y Alexander.	I		
D. F. R.	237	Metritis conjuntiva.	Dilatación y legrado.	I		
A. C. T.	238	Metritis con retroflexión.	Legrado, Schroeder y Alexander.	I		
A. A. G.	239	Metroanexitis crónica.	Histerectomía total. Anexectomía bilateral.	I		
P. S. G.	240	Incontinencia nocturna de.	Cuatro inyecciones distanciadas, de 15 a 25 c. c. de suero F. en el espacio epidural, producen alivio pasajero. La quinta inyección de suero hipertónico.	I		
A. T. T.	241	Metroanexitis bilateral.	Castración útero anexial por hemisección. Procedimiento del Dr. J. L. Faure.	I		
P. T. A.	242	Gestación ectópica.	Vaciamiento del hematocole y castración útero-anexial.	I		
M. P. A.	243	Endometritis conjuntiva.	Dilatación y legrado.	I		
Y. Z. C.	244	Metritis hemorrágica.	Dilatación y legrado.	I		
P. M. G.	245	Alargamiento del cuello y debilidad del periné.	Amputación de Hugutiere y perineoplastia de Doleris.	I		

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

F. N. R.	Epitelioma de cuello.	Hist.ª total. Castración bilateral.	I
F. C. M.	Papiomas múltiples de vulva.	Vulvectomía.	I
A. M. M.	Metritis parenquimatosa. Anexec.ª bilateral.	Castración útero-anexial y subtotal.	I
C. C. T.	Metritis con retroflexión.	Legrado y Alexander.	I
D. M. A.	Matriz miomatosa con infección anexial.	Desprendimiento de adherencias a intestinos. Castración útero-anexial sub y bilateral.	I
T. M. A.	Endometritis.	Dilatación y legrado.	I
J. L. R.	Metroanexitis bilateral.	Castración útero-anexial subtotal y bilateral.	I
E. G. F.	Proceso fímico genital con.	Castración útero-anexial subtotal y bilateral.	I
M. R. M.	Metroanexitis quística.	Castración útero-anexial subtotal y bilateral.	I
E. F. F.	Quieste de ovario lado izquierdo.	Ovariectomía lado izquierdo. Conserva matriz y anexo derecho.	I
V. C. Q.	Perimetroanexitis.	Castración útero-anexial subtotal y bilateral.	I
V. S. F.	Gestación ectópica. Hematocele.	Vaciamiento del hematocele y castración útero-anexial.	I
J. A. B.	Cáncer de los ovarios. Ascitis.	Ovariectomía izquierda. Invasión del ciego por el tumor del lado derecho.	I
J. E. L.	Retroflexión libre.	Legrado y Alexander.	I
C. P. N.	Fibroma uterino.	Castración útero-anexial, respetando ovario izquierdo.	I
A. A. A.	Endometritis conjuntiva.	Dilatación y legrado.	I
M. R. B.	Prolapso de útero. Úlcera epitelial del hocico de tenca.	Amputación de Huguierre. Radio.	I
D. B. G.	Quieste de ovario.	Castración útero-anexial bilateral.	I

RESUMEN DE LAS ENFERMAS OPERADAS

C. curadas.	181
A. aliviadas.	3
F. fallecidas.	13
TOTAL.	197

ANTIGUO PATRIMONIO DE LA UNIVERSIDAD

NUM. 3.

OPERACIONES PRACTICADAS EN LA SECCIÓN DE GINECOLOGÍA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

(CURSO DE 1920 - 1921)

Legrado.	54
Operación de Simón.	I
Operación de Schroeder.	14
Operación de Alquie-Alexander-Adams.	11
Operación de Emmet.	I
Operación de Dudley.	I
Operaciones sobre la vulva.	4
Operaciones por pólipo uterino (sin hysterotomía).	4
Histerotomía media vaginal de Dührssen.	I
Operaciones para oclusión de fistulas urinarias.	7
Operaciones de Huguere.	3
Operaciones de Landau.	3
Perineoplastia de Doleris.	6
Operación de Werthgeim (por Prolapso).	2
Exo-histeropexia (del Dr. López Sancho, D. E.)	I
Histerectomía vaginal.	2
Histerectomía total abdominal (Wertheim).	6
Histerectomías totales (por proceso no maligno)	6
Laparotomías por fibroma de útero.	16
Laparotomías por fibroma de ovario.	I
Laparotomía por anexitis.	40
Laparotomía por quiste de ovario.	12
Laparotomía por metropatía hemorrágica.	I
Laparotomía por embarazo extrauterino.	3
Laparotomía incompleta por proceso fímico.	3
Laparotomía incompleta por cáncer de anexos.	2
Laparotomía por útero grávido en retroflexión.	I
Laparotomía por retroflexión adherente.	9
Laparotomía por fistula intestinal.	I
Cura radical de hernias umbilicales.	3
Operaciones por otros procesos.	10
Colpotomías.	3
Inyecciones de suero en el espacio epidural.	8
Nefrectomía transperitoneal	I

Total de operaciones practicadas. 238

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA

NUM. 4.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LAS RAQUIANESTESIAS PRACTICADAS
EN LA SECCIÓN DE GINECOLOGÍA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

(CURSO DE 1920 - 1921)

Raquianestesis positivas..	151
Raquianestesis negativas.	19
Punciones blancas..	3
Total.	173

Accidentes observados. *Ninguno.*

NUM. 5.

ENFERMAS ASISTIDAS EN LA POLICLÍNICA DE LA SECCIÓN DE
GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

(CURSO DE 1920 - 1921)

	Nuevas	Antiguas	Total
Mes de Octubre.	53	30	83
Mes de Noviembre..	46	17	63
Mes de Diciembre..	10	18	28
Mes de Enero.	33	27	60
Mes de Febrero..	37	27	64
Mes de Marzo.	25	92	117
Mes de Abril.	45	104	149
Mes de Mayo.	17	62	79
Mes de Junio.	36	67	103
Mes de Julio.	11	45	56
Mes de Agosto..	30	102	132
	343	591	934