



917

N.º 3279

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACORTAMIENTO INTRAPERITONEAL

DE

LIGAMENTOS REDONDOS

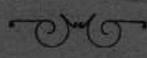
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO B. VILLANUEVA

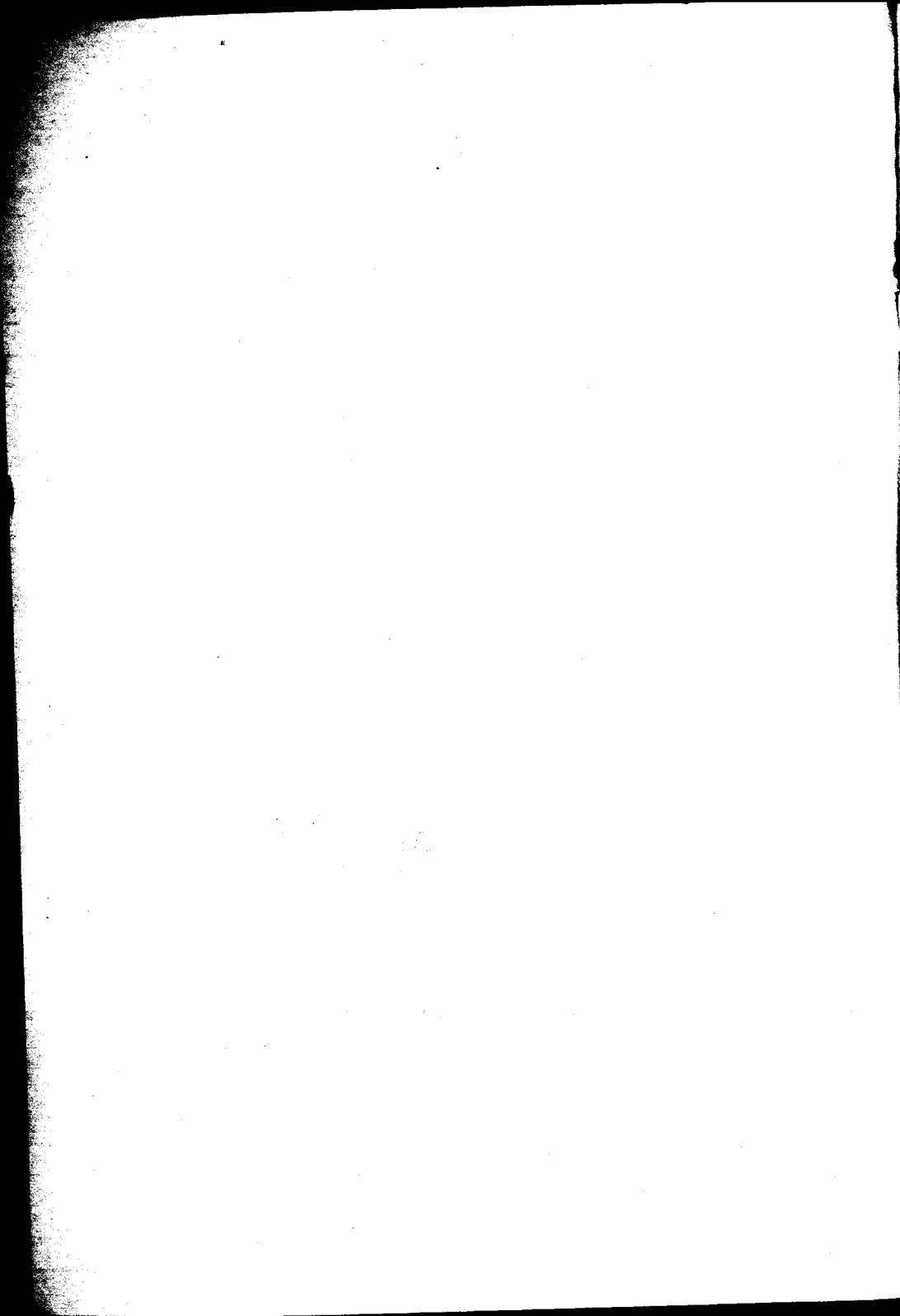
- Ex-practicante «ad honorem» del Hospital Rivadavia (1913-1914)
- Ex-practicante del Instituto Jenner (1915-1916)
- Ex-practicante mayor del Hospital Nueva Pompeya (1915-1916)
- Ex-practicante externo e interno del Hospital Francés (1914-15-16-17)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
 2254 — Córdoba — 2254
 1917

ACORTAMIENTO INTRAPERITONEAL DE LIGAMENTOS REDONDOS



Año 1917

N.º 3279

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACORTAMIENTO INTRAPERITONEAL

DE

LIGAMENTOS REDONDOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO B. VILLANUEVA

Ex-practicante «ad honorem» del Hospital Rivadavia (1913-1914)

Ex-practicante del Instituto Jenner (1915-1916)

Ex-practicante mayor del Hospital Nueva Pompeya (1915-1916)

Ex-practicante externo e interno del Hospital Francés (1914-15-16-17)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

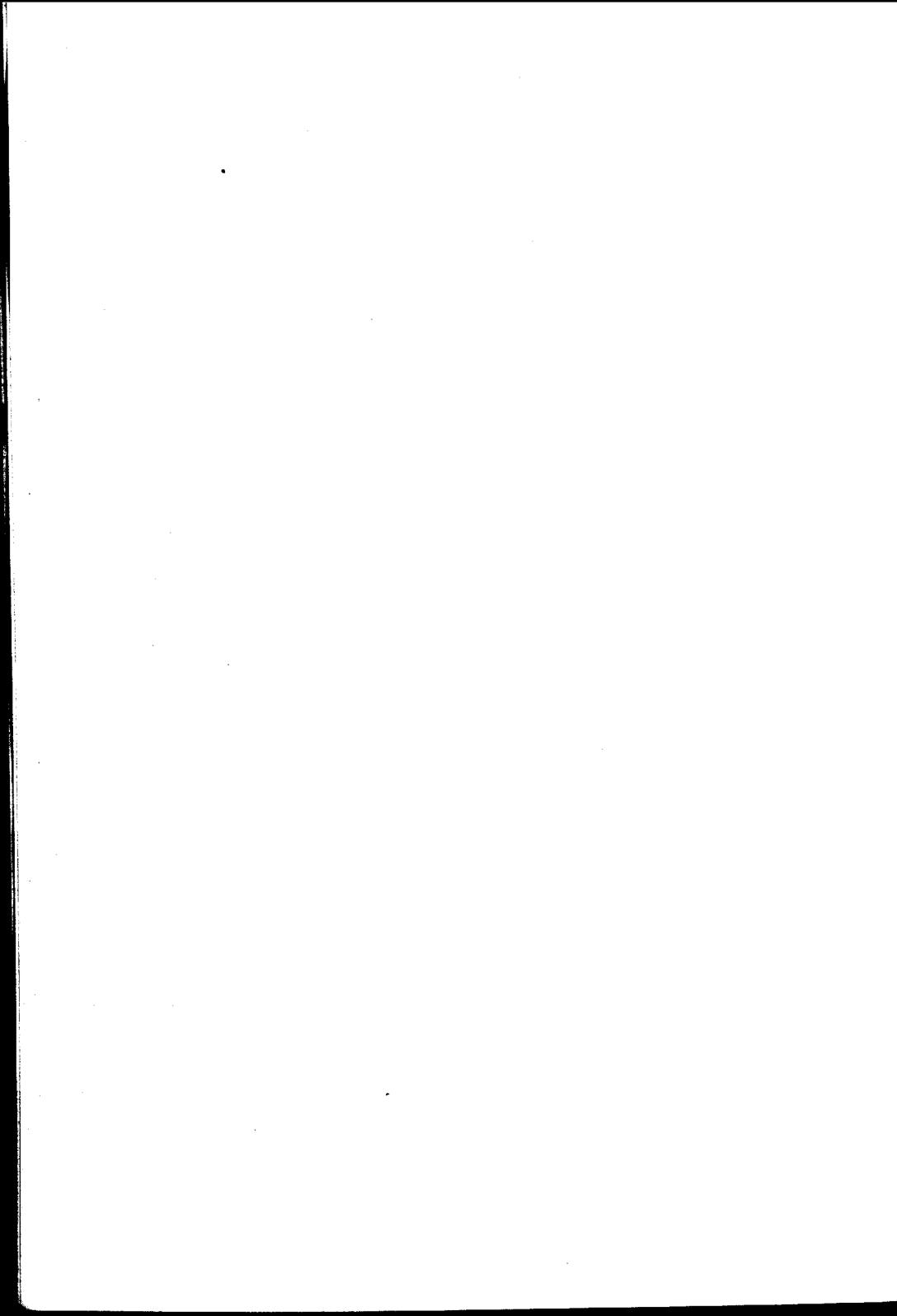
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

Vacante.



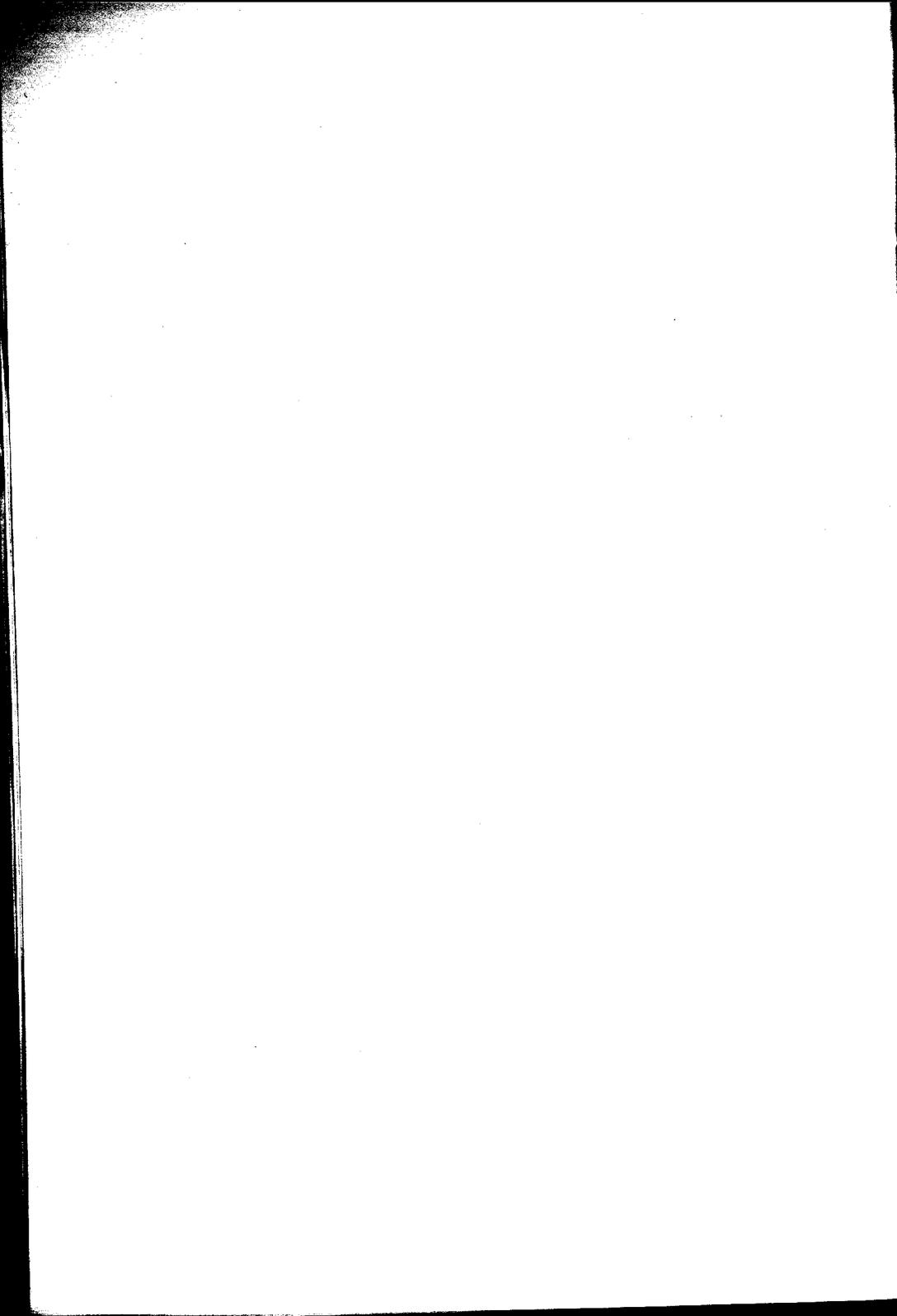
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO





FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
* * ELISEO CANTÓN
* * ANGEL M. CENTENO
* * DOMINGO CABRED
* * MARCIAL V. QUIROGA
* * JOSÉ ARCE
* * EUFEMIO UBALLES (con lic.)
* * DANIEL J. CRANWELL
* * CARLOS MALBRÁN
* * JOSÉ F. MOLINARI
* * MIGUEL PUIGGARI
* * ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
* * FANOR VELARDE
* * MARCELO VIÑAS
* * IGNACIO ALLENDE
* * PASCUAL PALMA

Secretarios

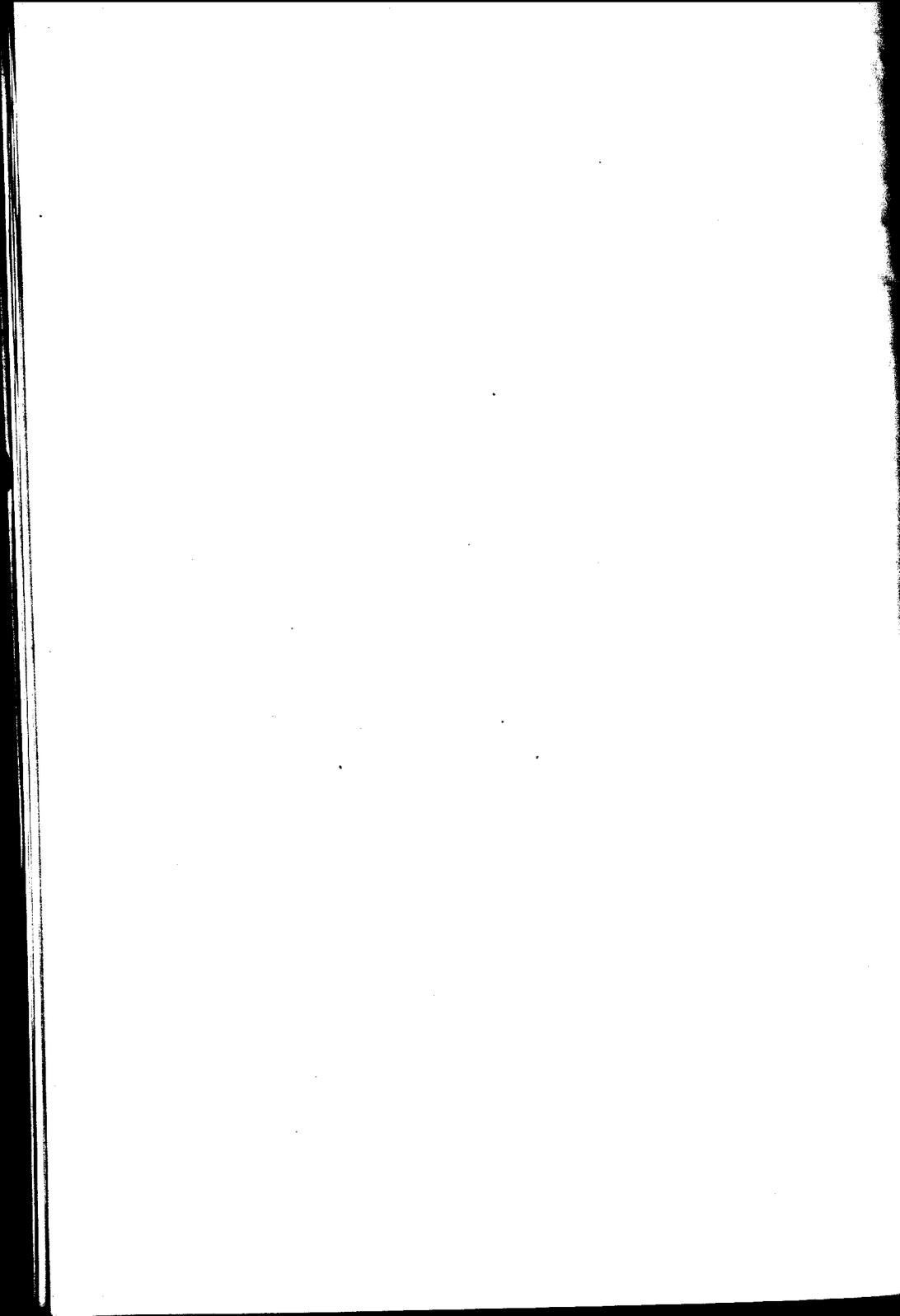
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
* * JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

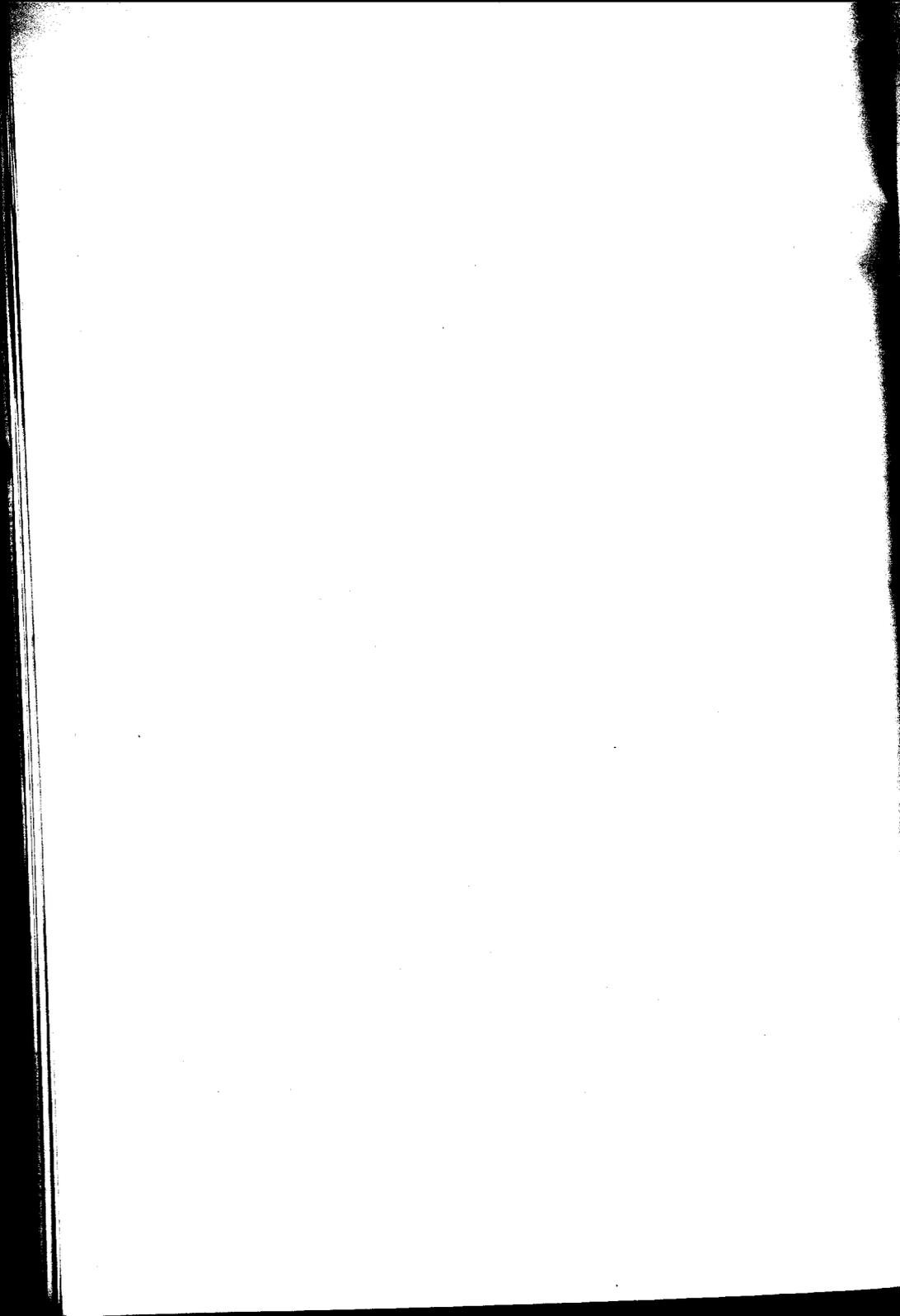
- DR. ROBERTO WERNICKE
- JUVENCIO Z. ARCE
- PEDRO N. ARATA
- FRANCISCO DE VEYGA
- ELISEO CANTÓN
- JUAN A. BOERI
- FRANCISCO A. SICARDI





ESCUELA DE MEDICINA

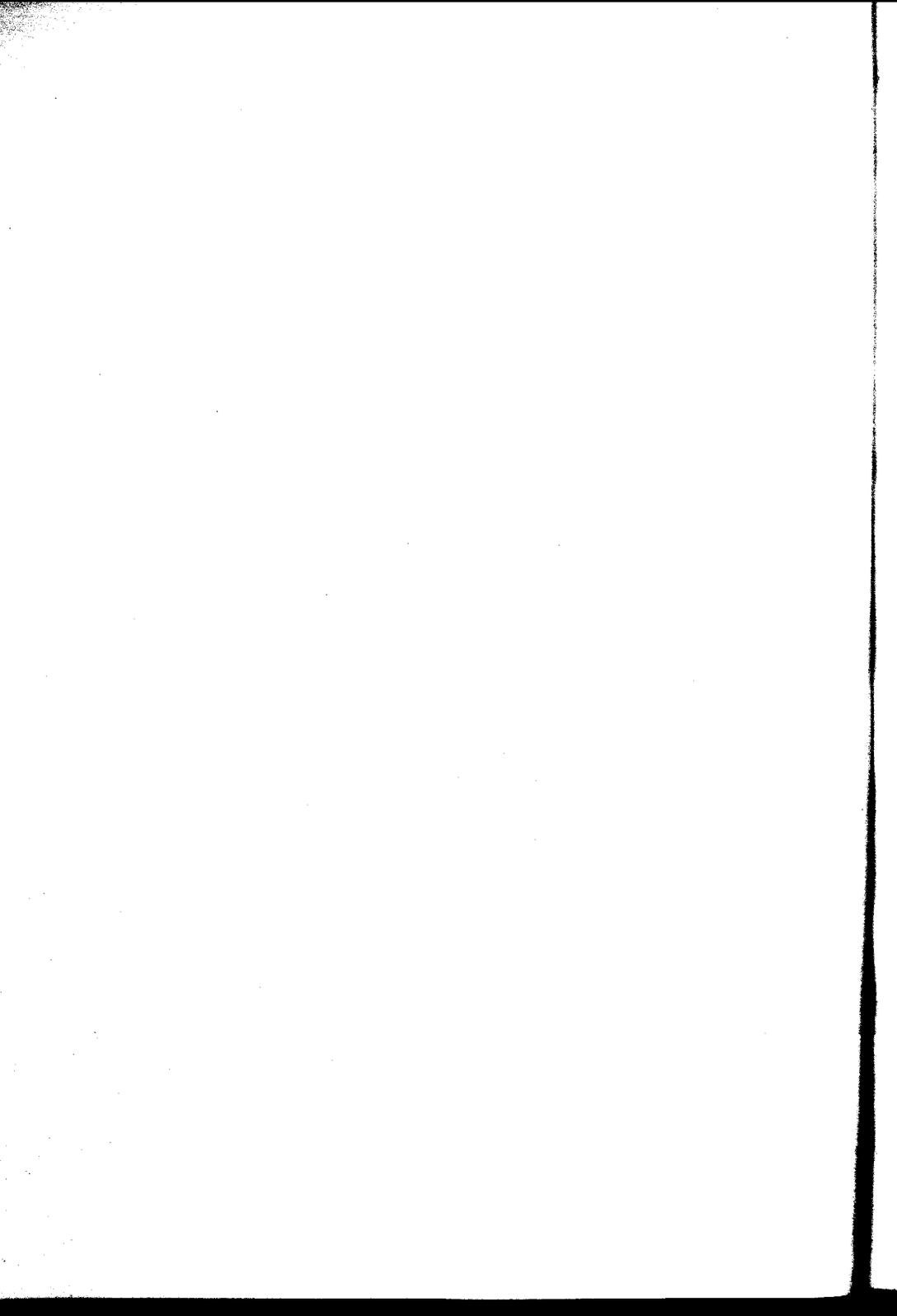
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDEKMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(Vacante)
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» 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
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURREALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	" SILVIO R. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO A. GALLI
Bacteriología	" FRANK L. SOLER
Química Biológica	" BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica	" RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos	" SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica	" BENJAMÍN GALARCE
Materia médica y Terapia	" FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica	" ALFREDO VITÓN
génito-urinaria	" JOAQUÍN LLAMBIÁS
epidemiológica	" ANGEL H. ROFFO
oftalmológica	" JOSÉ MORENO
oto-rino-laringológica	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna	" CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica	" FRANCISCO P. CASTRO
médica	" CASTELFORT LUGONES
pediátrica	" NICOLÁS V. GRECO
ginecológica	" PEDRO L. BALIÑA
obstétrica	" JOAQUÍN NIN DOSADAS
neurológica	" FERNANDO R. TORRES
medicina legal	" FRANCISCO DESTÉFANO
	" ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTÍN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE PACIO
	" PABLO M. BARLAHO
	" EDUARDO MARINÓ
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SOSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSAINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBÓ SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SIST
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICUARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERAITA RAMOS
	" FORTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" VICENTE DIMITRI
	" JOAQUÍN V. GRECO
	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTÀ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, e c..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

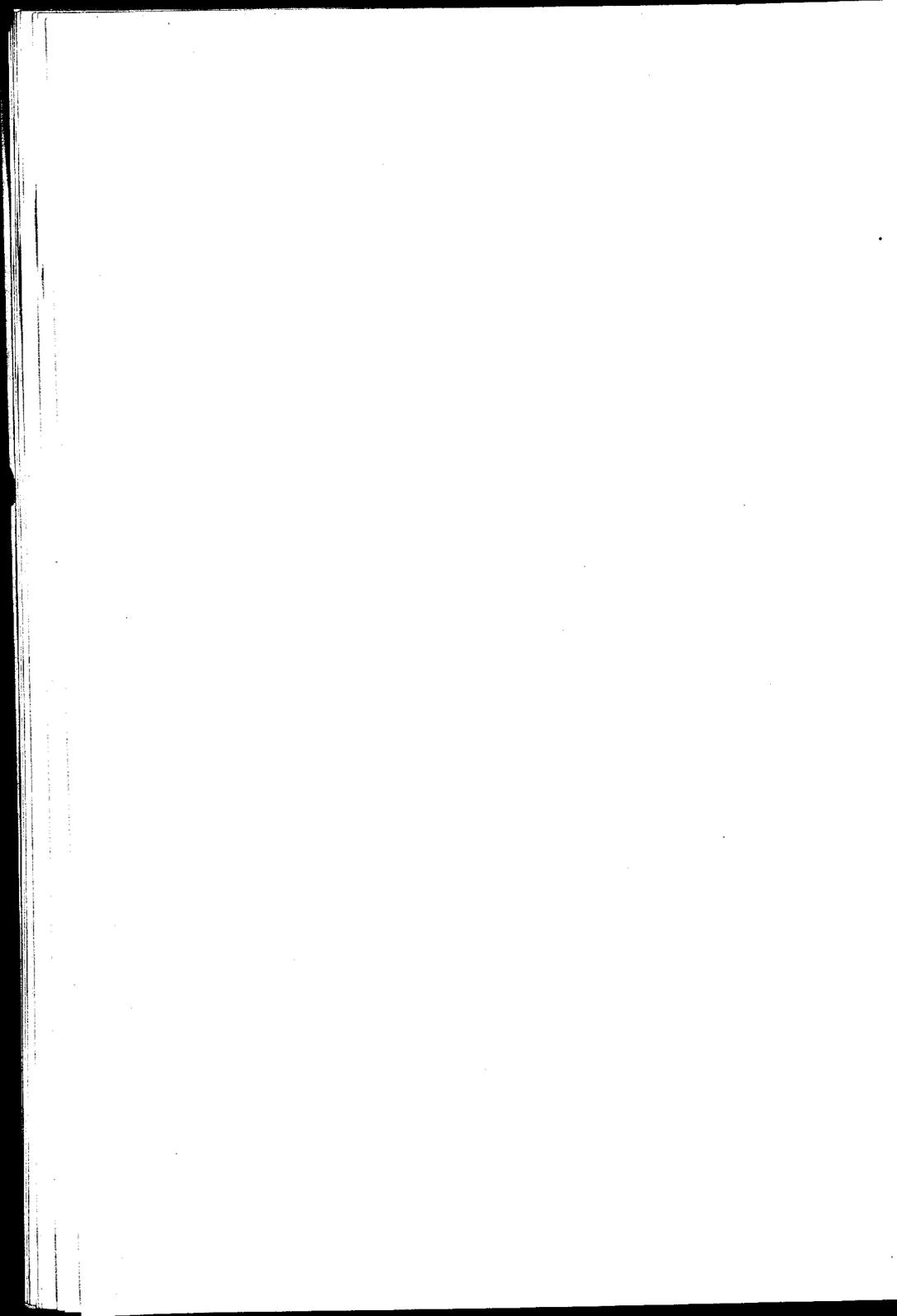
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

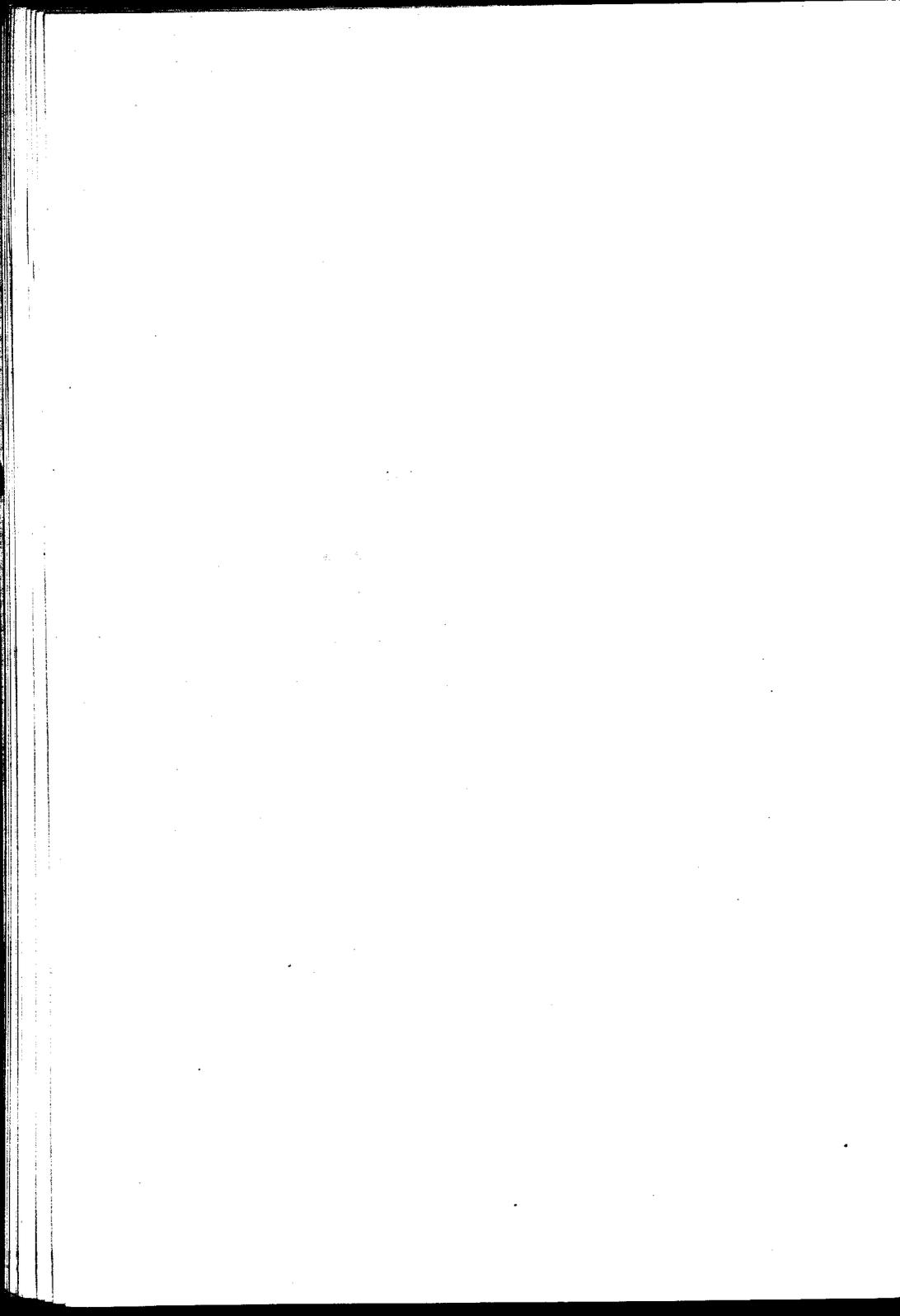
Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



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
Farmacognosia y posología razonadas ..	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
	DR TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS BUGLIAMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

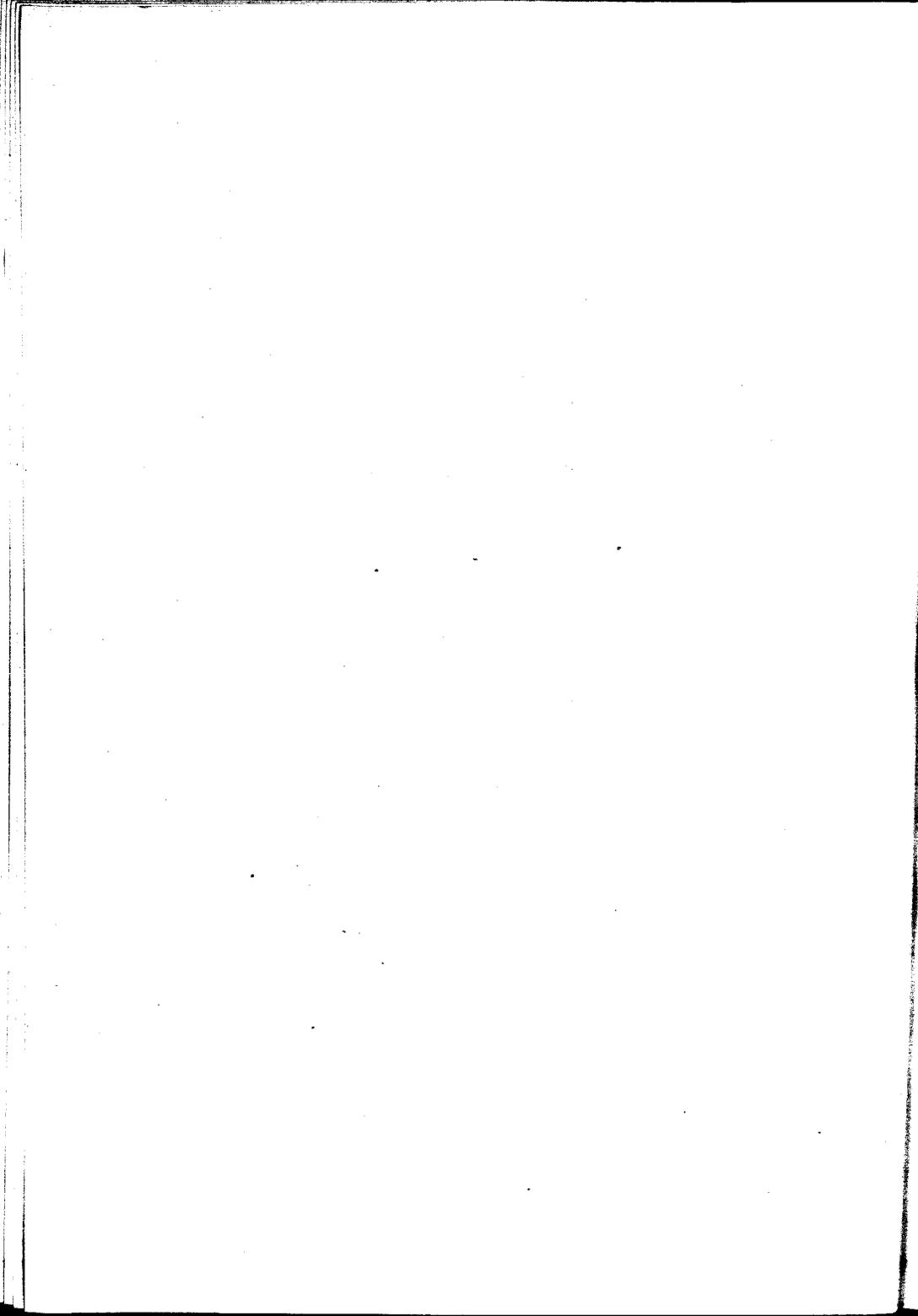


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

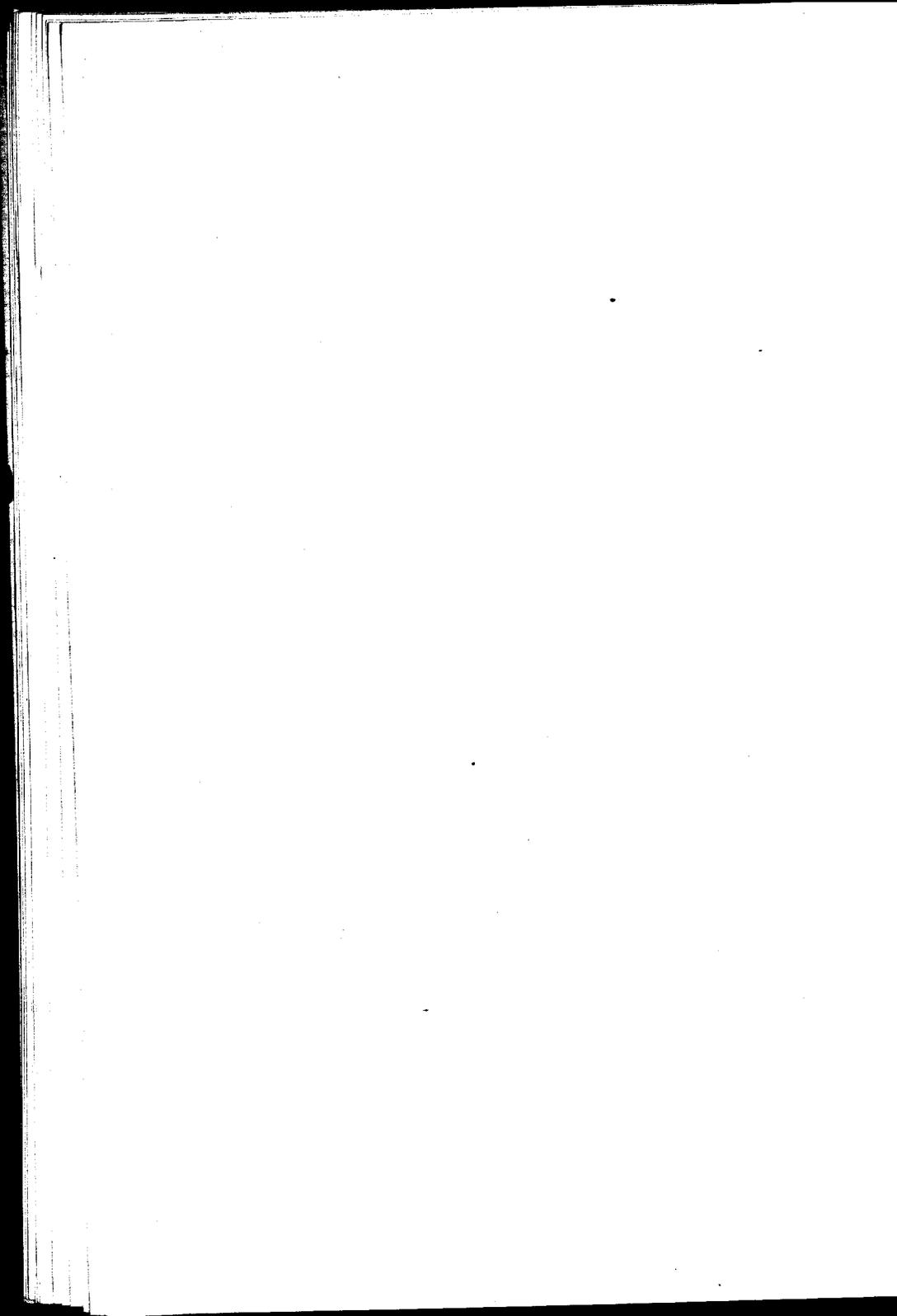
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)



PADRINO DE TESIS

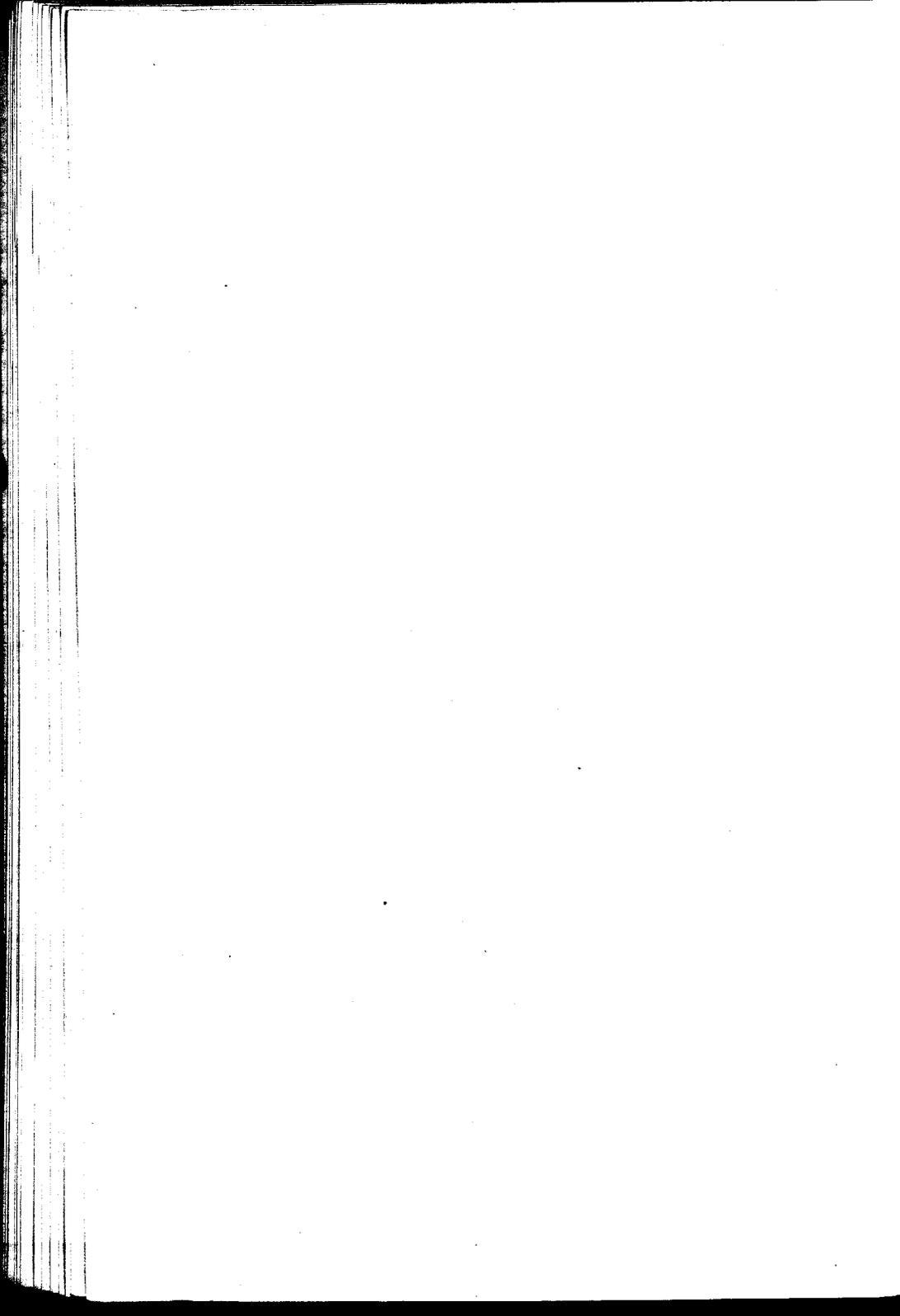
PROFESOR DOCTOR ENRIQUE ZÁRATE

Profesor titular de Clínica Obstétrica
Director de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía

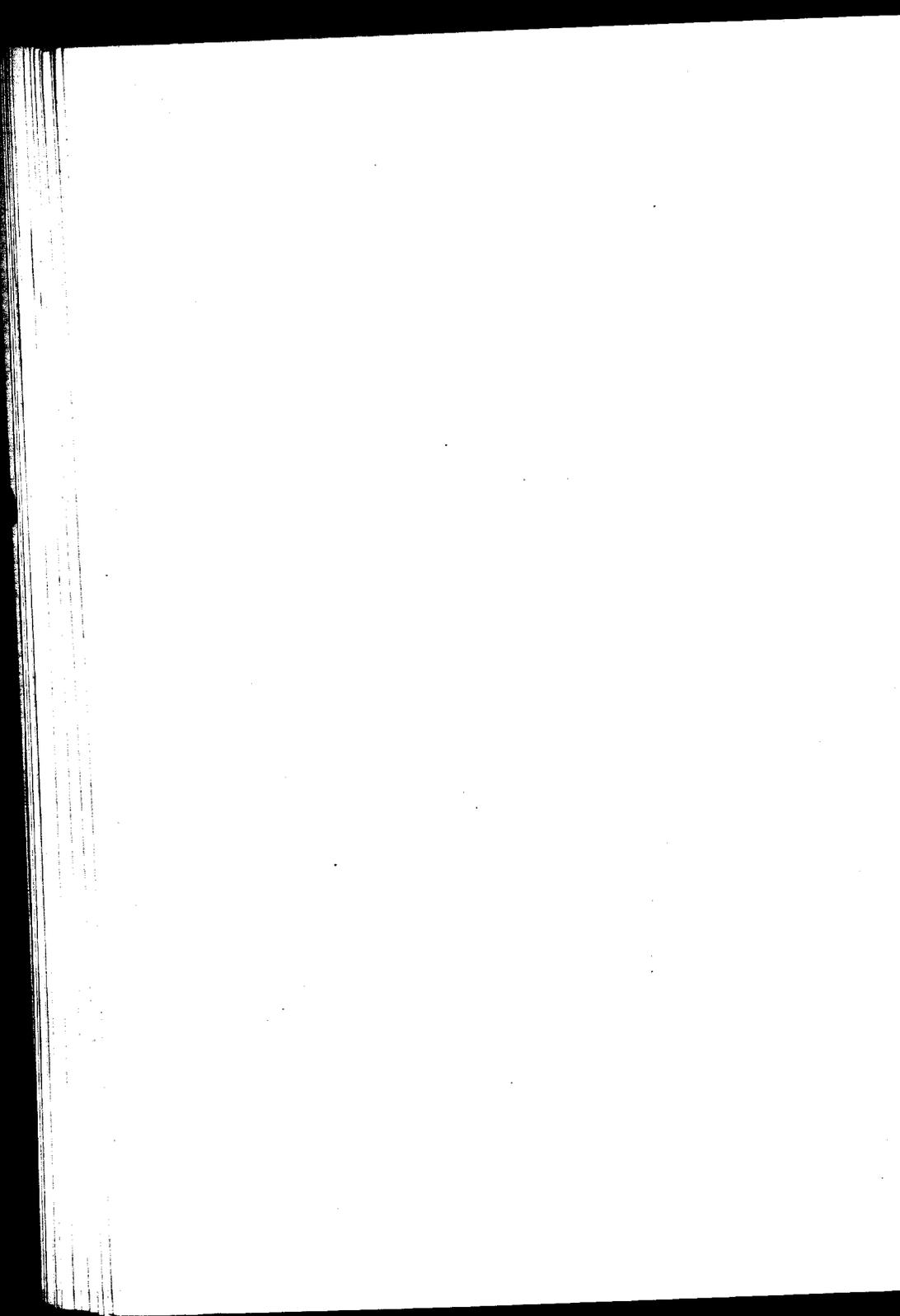


A MIS QUERIDOS PADRES

CARIÑO Y ETERNO RECONOCIMIENTO



A MIS HERMANOS Y A MIS TIOS

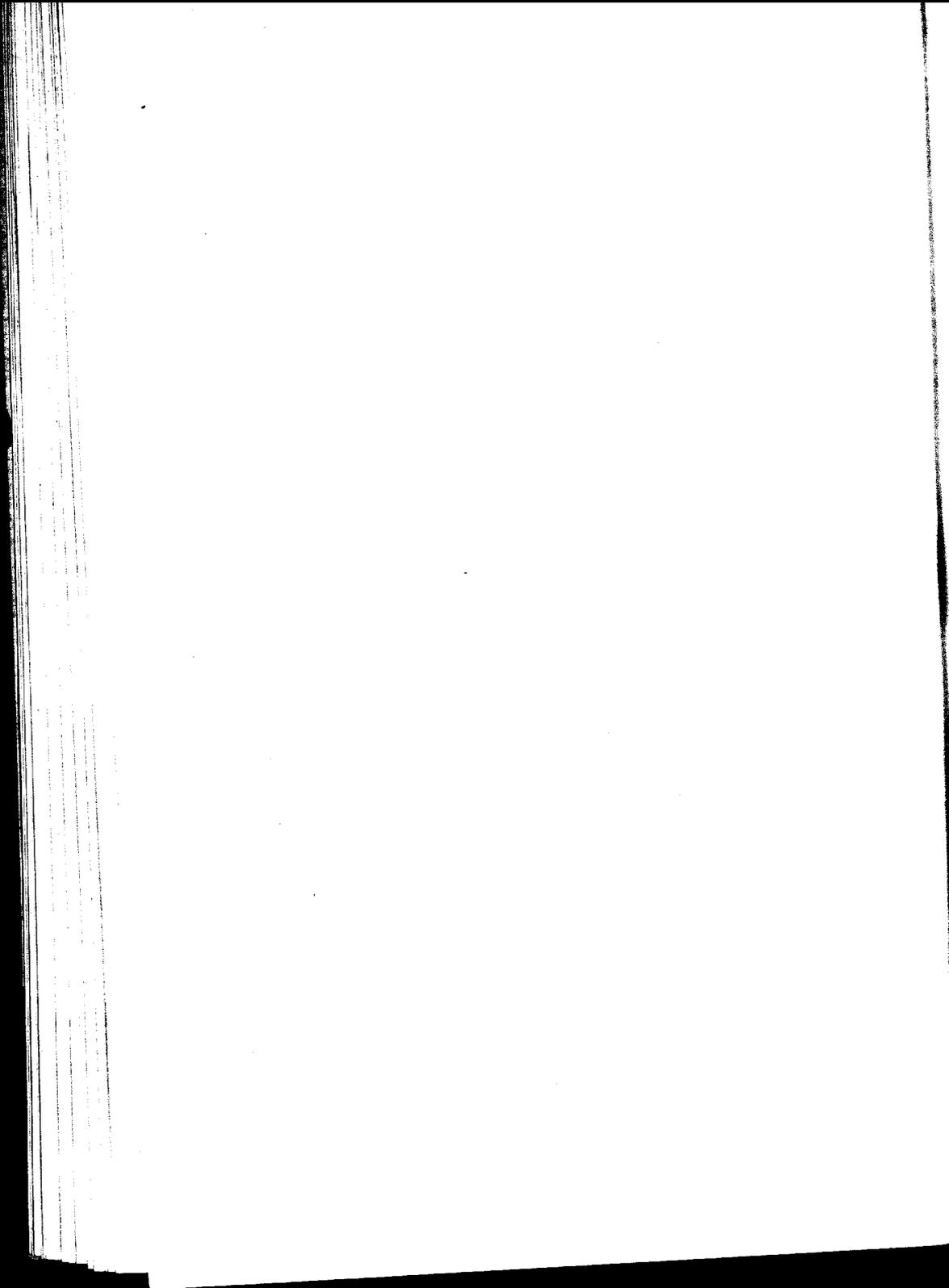


A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE ABUELA



A MIS BUENOS AMIGOS Y A LOS QUE ME APRECIAN

SINCEROS AFECTOS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

A vuestra respetable consideración y elevado criterio hago llegar este trabajo en cumplimiento de la disposición impuesta, para que con vuestra aceptación pueda consagrarme al ejercicio legal de este noble apostalado que hoy inicio.

De largo tiempo interesó a la Ginecología la corrección de un vicio frecuente en la posición del útero «la retro-desviación»: vicio que constituye por si solo la causa de ese martirio inseparable y cruel que vá pesando por toda la existencia en esas pobres mujeres que acuden en buen número al médico en busca de alivio a sus dolores.

Los anales modernos de nuestra ciencia hablan del esfuerzo que hasta nuestros días se prosiguen a este respeto; de las ingeniosas concepciones operatorias que nacieron, unas para no resistir a las críticas, y otras que

más cercanas al ideal y de más probada eficacia van conquistando a grandes pasos la aprobación general,

Que aún no se han uniformado las opiniones, lo prueban la supervivencia de antiguos métodos practicados en nuestros días, y es por tal razón que llenando el objeto de mi trabajo he de describirlos tratando de ser fiel a su orden cronológico de aparición para que de ello surja claramente la paternidad de la idea.

Antes de entrar en materia séame permitido expresar mi sincero reconocimiento a todos los maestros que de cualquier manera hayan contribuido con su palabra y su ejemplo a modelar mi moral, y a robustecer mis conocimientos con los tesoros de su experiencia y de su talento.

A los médicos del Hospital Francés y a mis compañeros de tareas el recuerdo y el afecto.

A los doctores Prof. Pascual, Palma y Frank L. Soler que me han dispensado su amistad; agradecimiento y respeto.

Al Dr. J. M. Caballero a cuya espontánea gentileza debo mi sincero agradecimiento.

Al profesor Dr. Enrique Zórate de quien recibo el alto honor que me acompañe en este acto, mi agradecimiento, admiración y respeto.

INTRODUCCIÓN

La condición de órgano esencialmente móvil que presenta el útero en estado normal llamado a sufrir los grandes procesos de la gestación, lo predispone frecuentemente a múltiples formas de posición que afectan o bien todo su eje longitudinal modificando la posición normal del órgano en masa, o bien parte de este eje, trayendo en el primer caso las llamadas «*versiones*» y en el segundo caso las «*flexiones*».

Sabido es que estas posiciones anormales pueden estar orientadas en cualquier sentido, y la nomenclatura adoptada dá siempre idea de la posición del eje longitudinal uterino con respecto al eje mediano perpendicular al eje plano de la pelvis.

Útil es recordar que durante sus primeras actividades funcionales este órgano comienza a sufrir ya la variación que le aproxima su eje a la pared abdominal en una anflexión que los autores estiman en 150° y 170°.

Muchas son las causas que influyen en estas variaciones, a las que no son extrañas ni las replecciones de los órganos reservorios vecinos, ni las debilidades congénitas o adquiridas de los ligamentos encargados de fijarlos, ni los procesos patológicos que le sujetan por sus adherencias en posiciones viciosas. En los primeros casos el órgano está desplazado pero móvil, en el último queda generalmente fijo en su defectuosa posición.

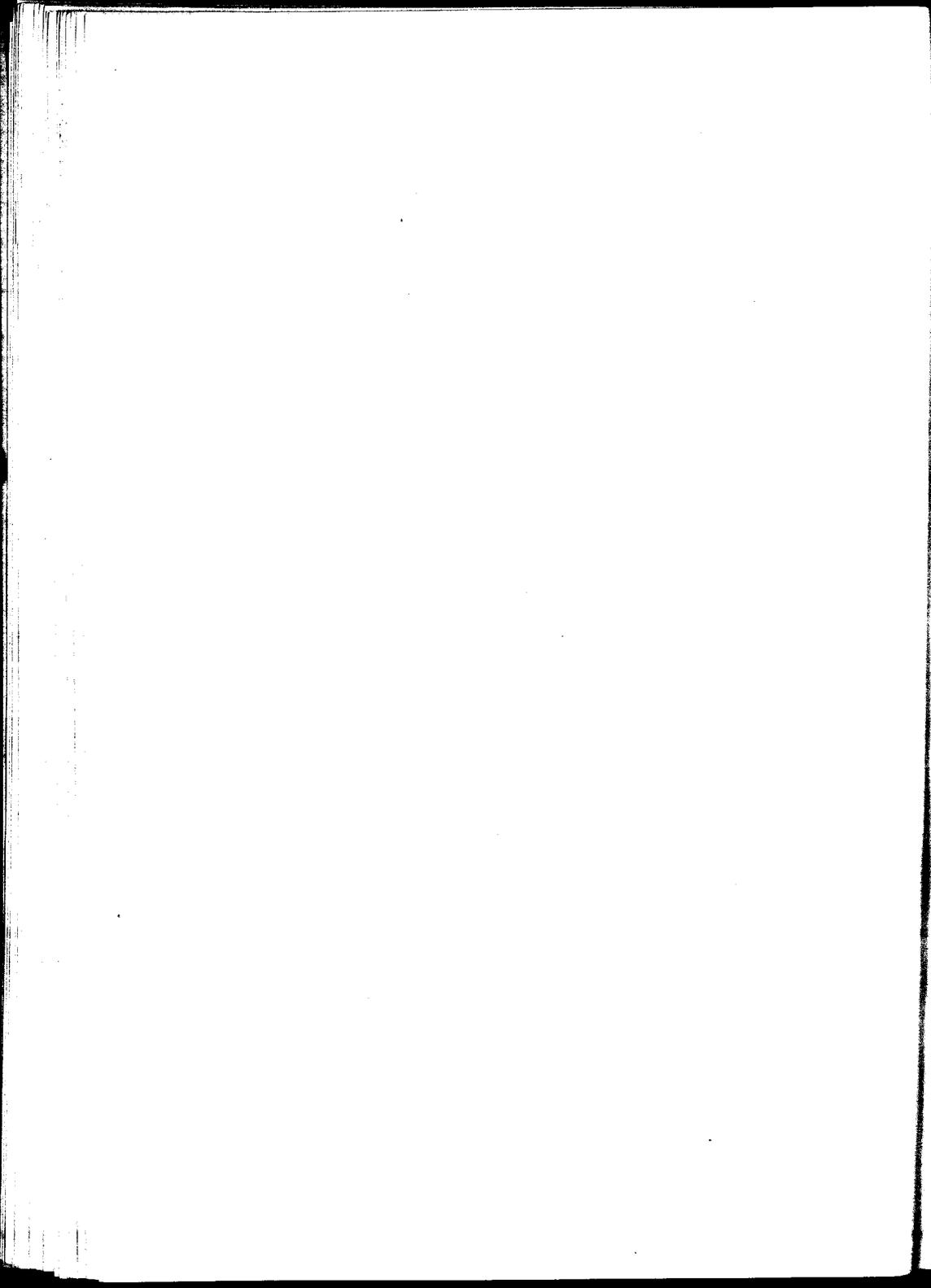
Los trastornos que acompañan a estas anomalías suelen ser de suma importancia, y basta la mención de citar algunos casos de esterilidad por esta causa para considerarlo de especial interés.

Hay que convenir que es la «retrodesviación» que trae aparejado los mayores trastornos a la paciente, y es en el pensar de muchos el único vicio que ha de corregirse mediante la intervención quirúrgica; y si la práctica profesional menciona éxitos conquistados por medios externos (masajes, pesarios, etc.) ellos no son ni medianamente frecuentes, ni duraderos. La condición «*si ne qua non*» cumplida, de tratarse de órgano perfectamente móvil sin pasado ginecológico sospechoso, debe en el concepto generalizado procederse a la intervención quirúrgica por el procedimiento de Alexander que más tarde describiremos de paso, antes que sujetarla al martirio del pesario continuo.

Desgraciadamente estos casos benignos son los más raros, debido en gran parte a que la paciente sufre sin decidirse por largo tiempo a revelarlo al médico, en otros

casos las adherencias se han establecido a raíz de una complicación irritativa o infecciosa del órgano o sus anexos que aconsejan la inmovilidad prolongada de los órganos pelvianos.

Es pues por estas adherencias mencionadas ya por Lawson-Tait (1880) Olshausen 1884) que todo tratamiento ha tenido que ceder su lugar a otras clases de intervenciones intra-abdominales que fueron iniciadas apenas la era de la antisepsia dió seguridades al cirujano para franquear el peritoneo; y desde entonces los procedimientos numerosos han seguido su proceso de perfeccionamiento en bien de las que sufren.



MÉTODOS OPERATORIOS EN GENERAL

Convencidos de la superioridad del tratamiento quirúrgico sobre cualquiera otro de efectos paliativos (masajes, pesarios, etc.), es natural que pronto el uno haya suplantado al otro, y que solo en especiales circunstancias el criterio clínico rehuse la intervención del cirujano. Más, si es uniforme la opinión en cuanto al tratamiento radical se refiere, no sucede lo mismo cuando se trata del método empleado; y a propósito de este tema las concepciones diversas han dado cabida a tantas discusiones que bien explican las evoluciones sufridas. Es así pues que al método de fijación del cuerpo uterino a la pared abdominal preconizado por Terrier y otros (histeropexias) se agregue aquel de fijación a la vagina (vagino-fijación); la de resección de un segmento muscular uterino sostenido por Thiriar; la de acortamiento de sus ligamentos de sostén cuya primicia corresponde al célebre cirujano de Montpellier, Alquier que en 1840 divulgó la idea de corregir

las retroposiciones por acortamiento de los ligamentos redondos, idea directriz de la que han emanado y a la que han convergido los múltiples métodos que entraremos a describir según su importancia llenando el objeto de este trabajo.

Y si es verdad que en la inmensa mayoría de los casos es a expensas de los ligamentos redondos, que el cirujano confía en el éxito de su intervención, es justo recordar que autores como Lawson Tait, Imlach, Delagenière y otros, sostuvieron por largo tiempo el acortamiento de los ligamentos anchos que aunque menos eficaz que el primero, tenían mayor eficacia que aquel que atacaba los ligamentos útero-sacros, procedimiento defendido por Kelly, Frommel y otros.

Antes de entrar en el desarrollo del tema cuya exclusividad se desprende del título de mi trabajo, creo del caso mencionar al menos la operación de acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos llamada también de Alquier, Alexander, Adams, propuesta por el primero en 1840, ejecutada por el segundo en 1881 y descrita por el último en 1882. Esta operación elegante y sencilla solo requiere para su eficacia la seguridad de la movilidad uterina en la cavidad pelviana sin cuya condición es perfectamente inocua.

Siendo pues los métodos «intra-peritoneales» de acortamiento lo que nos proponemos describir, séanos permitida la somera mención que antecede hecha con el propósito de revistar ligeramente las fases de su evolución.

**ACORTAMIENTO INTRA - PERITONEAL DE LOS LIGAMENTOS
REDONDOS
DIVERSOS MÉTODOS EMPLEADOS**

Descontada por una parte la ineficacia del procedimiento de Alexander en los casos de retrodesviaciones fijas por adherencias a los órganos vecinos; y por la otra parte amparado por los adelantos de la antisepsia que protege al cirujano del peligro en las complicaciones peritoneales; las prácticas de las intervenciones quirúrgicas ensancharon su campo de acción.

En plena cavidad abdominal la liberación del órgano es el primer objetivo, aunque para esto sea menester la cauterización, debridación o resección de las partes lesionadas. Es solo cuando esta movilidad del órgano en

la cavidad pelviana se ha conseguido que el cirujano procede al mantenimiento en anteversión o anteflexión por el acortamiento de sus ligamentos de sostén.

Es con Wylie, cirujano de New York que en 1886, casi conjuntamente con Ruggi (de Boulogne) y Bode (de Dresde 1888) que el plegamiento de los ligamentos redondos entró en la práctica diaria.

Y si bien es cierto que estos procedimientos no se han relegado a un despiadado olvido, han quedado por lo menos eclipsado frente a las ingeniosas modificaciones que han ido sucediéndose en el transcurso de los años.

A los nombres de Wylie, Ruggi, Bode, Ch. Beck, Dudley, Baldy, Dartigues, Polk, Matews, Spinelli, Saënger, Olshausen, Doleris, etc., hay que agregar alguno de nuestros cirujanos como Bazterrica, Caballero, Zárate, Arce, Bottaro, que han contribuido con su colaboración a la obra de perfeccionamiento.

Consecuente con nuestro propósito, comenzaremos la descripción de los diversos métodos usados en esta clase de intervenciones, deteniéndonos con preferente interés en aquellos que por su real importancia y por su general aceptación merezcan ser aconsejados.

Creyéndolo de alguna utilidad, y para demostrar a la vez la diversidad de métodos y modificaciones ideados con este motivo, vamos a insertar este pequeño cuadro.

<i>Acortamiento intra- peritoneal de los li- gamentos redondos.</i>	} 1.º Vía abdominal.	Wylie.
		Ruggi.
		Bode.
		Polk.
		Dudley.
		Matheu Mann.
		Ch. Beck.
		Baldy Dartigues.
		Spinelli
		Ferguson.
		Bazterrica.
		Gilliam.
		Simpson-Kelly.
Zárate.		
Langes.		
Caballero.		
Doleris.		
Arce.		
<i>Acortamiento intra- peritoneal de los li- gamentos redondos.</i>	} 2.º Vía vaginal....	Schata.
		Bode.
		Wertheim.
		Bottaro.

PROCEDIMIENTO DE WYLIE (1886)

Descrito por el mismo autor en el año 1889 hacía la relación de su método concebido durante una intervención en que liberando el útero de sus adherencias pinzó para sostenerlo los ligamentos redondos en su parte media y observó la facilidad con que éstos se distendían a la tracción hacia afuera. Para mantenerlo en esta posición, ideó la sutura del ansa en que avivó previamente, observando cómo este órgano quedaba en anteposición evidente.

Tal es la sencillez del procedimiento de Wylie que más tarde sufrió ligeras modificaciones por colaboración de Ruggi y Bode.

PROCEDIMIENTO DE MONPROFIT

Muy parecido al anterior difiere de él en algunos detalles. Incisión mediana supra-pubiana, liberación del útero. Con una aguja Hagedorn montada en un porta-agujas, se pasa la puntada en las proximidades del anillo inguinal de fuera hacia adentro, de manera que tome el repliegue peritoneal que envuelve el ligamento redondo.

Con la misma ansa de seda se dirige a 2 ctms. fuera y adelante de su inserción uterina para pasar la sutura ahora de dentro hacia afuera y rasando el ligamento, tracciona y se forma entonces un pliegue del ligamento de convexidad externa que distinto al método anterior no hace en él ningún avivamiento.

PROCEDIMIENTO DE DUDLEY (de New York 1890).

Incisión mediana, liberación del órgano etc. Inspirado por la misma idea de otros autores para mejor adhesión de los elementos anatómicos, este autor comienza haciendo una zona de avivamiento de 1 ctm. más o menos de ancho colocada por delante y adentro de la inserción en el órgano del ligamento, donde aplica y mantiene por algunos puntos de sutura el ansa del cordón también avivado previamente.

PROCEDIMIENTO DE POLK (año 1889).

El procedimiento usado por este autor llena igualmente como en los anteriores los tiempos preliminares de laparatomía y liberación del órgano. En la parte media proximalmente hace una pequeña incisión al peritoneo que envuelve el ligamento, lo desnuda y lo tracciona hacia afuera todo lo que sea posible, hace lo mismo con el del lado opuesto para inmediatamente llevar ambos hacia la cara anterior del útero, donde son sujetos a este órgano y sujetos entre sí por puntos comunes de sutura. Así colocados y adosados por su porción media, ambos ligamentos figuran un signo semejante (X) y dos Y opuestas por su base. La modificación que sufre la posición del órgano esta en relación con la mayor extensión del adosamiento ligamentario.

PROCEDIMIENTO BALDY DARTIGUES

Descrito en 1903 por Baldy y ejecutado en el año 1905 por Dartigues, es este un procedimiento elegante que por mucho tiempo ha conseguido alistar entre sus sostenedores un crecido número de cirujanos. Como en los ya descriptos métodos la incisión mediana hecha, era la liberación del órgano que debía practicarse inmediatamente. En estas condiciones el cirujano propulsa hacia la pared addominal el cuerpo del órgano en exagerada anteversión, tratando de distender los ligamentos anchos

para que en estas condiciones una pinza de Kocher atravesando el alerón superior de atrás hacia adelante vaya a tomar en las proximidades de su parte media el ligamento redondo, que haciéndolo pasar a través de este ojal por tracción lo lleva hacia la línea media de la cara posterior del útero donde irá a sujetar su ansa con la del ligamento opuesto que ha soportado igual disposición.

Esta especie de respaldo elástico sobre el que descansa el cuerpo uterino en su nueva posición, está fijado a éste por varios puntos de sutura no reabsorbibles.

PROCEDIMIENTO BOTTARO

Inspirado en el procedimiento anterior el Dr. Bottaro ideó y llevó a la práctica en el año 1914 la modificación que lleva su nombre. En ella el autor procede al acortamiento por transfixión de los ligamentos anchos y fijación en la cara posterior de las ansas ligamentosas igualmente que lo hace Baldy Dartigues; pero lo que es propio, consiste en que evita la intervención del peritoneo procediendo por vía vaginal.

Los argumentos de la crítica hecha a esta operación se amparan en las considerables dificultades que presenta al cirujano una brecha tan limitada, en los inconvenientes de una vagina poco elástica, y en lo árdua que resulta la tarea de corregir las lesiones anexiales considerables con adherencias posteriores. La habilidad adquirida por la continua práctica, dice el autor, hace virtuales en la mayoría de las veces estos inconvenientes.

Por mi parte considero que las ventajas de la antisepsia que hace hoy del peritoneo una puerta muy franqueable, tiene en gran parte la culpa de que este procedimiento a pesar de sus éxitos no sea el más preferido por los ginecólogos.

PROCEDIMIENTO DE CH. BECK

Este autor cirujano de New York, presenta al Congreso de Moscow en el año 1897 su modificación llamándola «ligamentopexia abdominal». El procedimiento que vamos a describir difiere de los anteriores por cuanto interviene una nueva idea que no la hemos visto aparecer en los casos anteriores la de «inclusión parietal» de los ligamentos acortados; que corresponde según algunos a Beck y atribuyéndolo otros al genio de Olshanssen y Saënger. Las modificaciones que el procedimiento de Beck ha sufrido en el tiempo de su existencia no ha hecho perder el interés de los cirujanos que aun persiguen el ideal.

Hecha la laparatomía mediana supra-pubiana, se libera el órgano de sus adherencias, se trata convenientemente las lesiones anexiales, y haciendo antevertir el órgano se toma con una pinza a 3 centímetros de su inserción uterina el ligamento redondo, a cuya altura se hace una incisión en el peritoneo que le recubre para conseguir desenvainar por completo este ligamento traccionándolo con fuerza. Así recogidos se llevan hacia afuera de la herida, se sutura por debajo de ellos el peritoneo y

el sistema muscular para incluirlos recién en la sutura que comprende la piel y el tejido celular subcutáneo.

PROCEDIMIENTO BAZTERRICA

El procedimiento ideado por nuestro hábil cirujano el Dr. E. Bazterrica bien descripto por uno de sus alumnos, consiste en la sección entre dos pinzas colocadas a 5 centímetros de su inserción uterina, de ambos ligamentos redondos interesando en este mismo punto el peritoneo. Los dos cabos abdominales de estos ligamentos son suturados con catgut a la cara anterior del órgano por debajo de los cuernos, y los segmentos uterinos, fijados también a la herida abdominal al suturar el elemento músculo aponeurótico.

PROCEDIMIENTO BARDESCU

En el año 1904 este ilustre cirujano de Bukarest publicó un nuevo procedimiento que guarda analogías con métodos anteriores. Los tiempos preliminares de laparotomía no sufrían modificación alguna de los ya practicados.

Liberado el órgano y reconocidos los ligamentos los tomaba con una pinza a 6 cms. de su origen, y en el tiempo subsiguiente a 1 ctm. más o menos de la incisión perforaba con una pinza cerrada la vaina anterior, músculo recto, vaina posterior y hasta llegar al peritoneo,

donde iba en busca de la pinza anteriormente colocada para ceder la toma a esta última que por tracción arrastraba consigo por el túnel músculo aponeurótico el ansa ligamentosa que luego llevaba para suturarlos entre sí en la línea media reforzada por la sutura de la herida abdominal.

Spaëth que por el mismo tiempo comunicó su modificación, difiere en su procedimiento del anterior en que la incisión es transversa de Pfannestiel y el túnel practicado se aproxima ya al conducto inguinal interno por donde pasará el ansa ligamentaria que unos puntos fijarán fuertemente a la aponeurosis.

PROCEDIMIENTO DE POLLOSON Y PELLANDA

Practicado con frecuencia en algunas de nuestras clínicas, este procedimiento en el cual se hace laparatomía por incisión Pfannestiel, cumple en el resto de sus tiempos operatorios la técnica seguida en el procedimiento anterior para terminar suturando las ansas ligamentarias a los músculos de la pared.

PROCEDIMIENTO DE GILLIAM

Una nueva idea apareció en el año 1900 concebida por un cirujano americano Gilliam que participaba de las técnicas ya establecidas y que a la vez inició una orientación que más tarde siguieron algunos autores.

Este autor hace una incisión supra pubiana de 5 ctm. aproximadamente y llegado al peritoneo se incide para proceder a la liberación del órgano y tratamiento de las lesiones anexiales como es de práctica general. A 5 centímetros de su inserción uterina es tomado el ligamento redondo de ambos lados por una pinza Kocher

Mantenidos estos en su lugar procede a disecar el tejido celular laxo que adhiere el tejido subcutáneo a la vaina anterior del recto, hasta llegar a su borde externo y llegado allí practica por bisturí una incisión de 1 ctm. más o menos de extensión que llega a la cavidad peritoneal. Por esta brecha pasa una nueva pinza que va a tomar el ligamento en la parte antes destinada con el objeto de exteriorizarlo por tracción fuera de la cavidad y suturarlo por fuertes puntos de seda a la vaina del recto y al mismo músculo. Se le critica a este procedimiento acusándole del frecuente peligro en herir la epigástrica que pasa por allí o a lo menos la formación frecuente de hematomas que empañan los resultados post-operatorios.

PROCEDIMIENTO DE SIMPSON-KELLY

Esta modificación a la que Kelly contribuyó fué concebida de la siguiente manera. Hecha la laparotomía por una incisión mediana supra-pubiana se coloca una ligadura del cordón ligamentario de cada lado, a 5 ctm. de su nacimiento con una hebra larga y previa desperitonización parcial. Una aguja de Pozzi se introduce luego

por entre la vaina anterior y el músculo recto anterior para que pasando en la mayor proximidad del conducto inguinal interno y siempre por el tejido subperitoneal llegue por el relieve que forma el ligamento hasta la ligadura colocada anteriormente cuya hebra traccionada arrastra consigo el ligamento que dos puntos en U fijan a la aponeurosis y a los músculos de la región.

PROCEDIMIENTO ZÁRATE

Con el título de un nuevo procedimiento de acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos, fué presentado a la Sociedad de Ginecología de Berlín en el año 1909 por nuestro profesor el Dr. Enrique Zárate, este nuevo procedimiento que satisface plenamente las principales condiciones del ideal operatorio, buscado, puesto que no se alteran ni trasponen en él la posición natural de los elementos anatómicos; consigue acortar manteniendo el órgano en anteposición, y a la vez reforzar la resistencia de los ligamentos redondos haciendo de la corrección buscada una intervención sencilla, segura y eficaz. Como en los procedimientos descriptos la laparotomía mediana supra pubiana y la liberación prévia del útero y tratamiento de las lesiones anexiales se hacen siguiendo técnicas ya conocidas. Identificados los ligamentos redondos los divide mentalmente en tres porciones iguales para proceder a colocar una ligadura en seda en la unión del tercio interno con el tercio medio, ligadura

cuyos cabos deben ser largos para con ellos calzado en una aguja Deschamps pasar un punto de sutura que le una fuertemente a los bordes resistentes del conducto inguinal interno dando por consiguiente a este ligamento plegado un nuevo punto de apoyo. Previamente la des-peritonización ha sido practicada en el segmento medio y externo del trayecto ligamentario permitiendo por consecuencia la flaxidez necesaria. Una nueva ligadura colocada a la altura de la unión del tercio medio con el tercio externo también calzado en una aguja va a asegurarlo con un punto de sutura en las proximidades del origen uterino de este ligamento, quedando de esta manera plegado en tres segmentos que unidos entre sí por una sutura que puede ser continua o separada es más tarde cubierta por el peritoneo, que se reintegra por sutura. Terminado esto se procede a cerrar la cavidad abdominal siguiendo las prácticas establecidas. Es como se ve una intervención que si es de realización algo laboriosa tiene en cambio las condiciones que demandará más tarde este órgano sujeto a grandes modificaciones.

PROCEDIMIENTO LANGES

Con el solo objeto de otorgar una primacía merecida al Dr. Zárate en la ideación de su procedimiento ya descrito, debo mencionar la publicación hecha por el Dr. Erwin Langes asistente de las clínicas de Kiel en el año 1913, quien sintiéndose autor describe un «nuevo proce-

dimiento» análogo al que tres años antes había presentado nuestro profesor a la Academia de Berlín.

PROCEDIMIENTO DE JOSÉ ARCE

Una nueva modificación perteneciente a uno de nuestros distinguidos cirujanos fué conocida por el mundo medico a raíz de la publicación que el mismo autor hiciera en la revista de la Sociedad Médica Argentina el año 1907. Es siguiendo la técnica del cirujano de Hamburgo Spaëth con su incisión Pfannestiel prolongada hasta llegar a los conductos inguinales externos que aprovecha este procedimiento para investigar en el lugar de salida los ligamentos redondos, disecarlos y traccionarlos todo lo que fuera posible, teniendo en cuenta que todo ha sido conseguida en la laparotomía, previa la perfecta liberación del órgano que sigue entonces la tracción ejercida. Unos puntos de sutura no reabsorbibles fijan el ansa ligamentosa que trata de ponerse en contacto en la línea media con su homóloga opuesta. Unos puntos de catgut en U cierran en el conducto la brecha por la cual puede insinuarse un fondo de saco peritoneal origen remoto quizás de un hernia inguinal.

Como lo exige la técnica vulgar se cierra el peritoneo, y la pared abdominal para dejar las ansas descansando sobre la vaina anterior del recto del abdomen tapizado por el tejido celular sub-cutáneo y la piel.

Esta técnica reconocida como buena, se le objeta sin

embargo que frecuentemente el cordón a dicha altura se bifurca en ramas tan ténues que a veces es imposible individualizarlas para someterlas a tracciones de alguna consideración.

PROCEDIMIENTO DE DOLÉRIS

Al entrar a considerar el procedimiento de este ilustre cirujano del Hospital Boucicaut, es forzoso reconocer en él la paternidad de esa concepción, que siguiendo una orientación distinta a la práctica establecida hasta entonces, se constituyó en idea directriz de tantos procedimientos que han encontrado en él su inspiración. Conviene añadir que a su primer procedimiento que data del año 1898, Doléris le hace sufrir más tarde considerable modificación, que por largo tiempo y aún en nuestros días, las estadísticas no le han podido hacer perder su terreno conquistado.

En su antiguo procedimiento hecho en colaboración con Richelot la laparatomía mediana incompleta en su parte inferior dejaba íntegra todas las formaciones tendinosas pre-pubianas en las cuales fijaba por puntos de sutura los ligamentos tomados a 5 ctm. de inserción uterina. Como es fácil imaginar, concurriendo el ligamento derecho e izquierdo a la línea media guardando distancias tan cortas, se delimitaba un espacio triangular que si bien aseguraban la anteposición buscada, tenían en cambio tan escasa capacidad de distendimiento que en los casos de

embarazos, los tironeamientos dolorosos en la paciente terminaron por revelarse como un serio inconveniente.

En algunas comunicaciones europeas se han acusado también de producir estrangulamientos de las ansas intestinales introducidas en el triángulo ligamentoso; y aquí en el servicio del Dr. Zabala del Hospital Rivadavia se ha intervenido en un caso igual que ha sido publicado. Es con el objeto de salvar estos inconvenientes que más tarde Doléris modifica su procedimiento en la forma que sucintamente vamos a describir.

Incisión mediana de 8 cm. supra pubiana que interesa hasta la cavidad peritoneal, reconocimiento de los ligamentos, liberación del útero. Cumplidos estos preliminares Doléris toma un segmento intermediario de estos ligamentos con el objeto de ponerlos bien tenso y debajo de este relieve hace una incisión desperitonizándolo inmediatamente para luego de conseguirlo volver por un punto de sutura a reintegrar esta serosa. Vuelto hacia la herida abdominal, este autor hace una brecha por perforación con una pinza de Kocher en las proximidades del ángulo inferior de la herida y a 2 cm. de la línea media, perforación que atraviesa la vaina aponeurótica del recto, el músculo con su vaina posterior y el peritoneo, hecho lo cual va en busca del ansa que más o menos a 7 cm. de su inserción uterina se ha colocado previamente, y traccionando se arrastra el ligamento que pasa formando una ansa a través de este túnel músculo aponeurótico.

Así arrastrado el órgano en anteposición se sujetan con puntos de sutura los ligamentos a la aponeurosis del recto y a las formaciones tendinosas pre-pubianas.

Con la sutura de la pared queda terminado este procedimiento que muchos autores han tenido para base de sus modificaciones.

PROCEDIMIENTO DOLÉRIS CABALLERO

Neo-inserción de los ligamentos redondos

Después de haber revistado la serie de procedimientos que anteceden, es honroso describir el procedimiento conocido aún en las clínicas europeas con el nombre de «neo-inserción» que le ha dado su autor, ilustre cirujano del hospital Rivadavia.

Al detallar los anteriores hemos llegado al procedimiento ideado y practicado por Doléris adjudicándole con justicia la primacía de esa concepción que hizo orientación en estas prácticas operatorias.

La genial idea no ha malogrado sus frutos. Esta inspiración que el mismo autor de la neo-inserción reconoce haber emanado del célebre cirujano de Paris, le ha servido para perfeccionarla con tanto acierto y feliz éxito, que bién merece sea colocada su modificación entre las más seductoras por su elegancia, sencillez y eficacia.

Teniendo en cuenta estas razones de paternidad sería lógico que la neo-inserción fuera conocida por el proce-

dimiento Doléris-Caballero con el objeto no de restar valor a la intervención de nuestro cirujano, sino de ligar como acto de justicia a esta técnica el nombre del que muchos años antes concibió la idea fundamental.

Esta modificación ideada en el año 1902, presentada y sostenida en el Congreso de Montevideo en 1907; y más tarde con una mayor estadística que ascendía a 331 casos, comunicada por su autor en la sesión de la Sociedad Médica en Mayo de 1910 en presencia de Pozzi, Dührsenn y Doléris (ausente en esta sesión) lo hizo declarando que al hacerlo utilizaba la concepción de este autor e inspirado en los inconvenientes de esta operación, había dado un punto de inserción sólida en la aponeurosis más afuera de la línea media.

Operación sencilla, rápida y eficaz cuenta con una estadística actual de 960 casos con una mortalidad de cero.

La elocuencia de estas cifras es el más terminante elogio que de ello pueda hacerse, y si bien es cierto que ha tardado en conocerse entre nosotros, ya va entrando en la práctica diaria de nuestras clínicas, y Pozzi declara que las ventajas encontradas en esa modificación le permite aplicarla con frecuencia en sus enfermas.

Dejando de lado el alcance científico de esta modificación y la merecida acogida que se le dispensa, entraremos a describirlo tal como lo hace su autor en los diferentes tiempos operatorios.

Primer tiempo.—Laparatomía mediana sub-umbilical. Incisión de 6 centímetros.

Segundo tiempo.—Liberación del útero si hay adherencias, tratamiento indicado si hay lesiones anexiales, etc.

Se lleva el útero en anteversión.

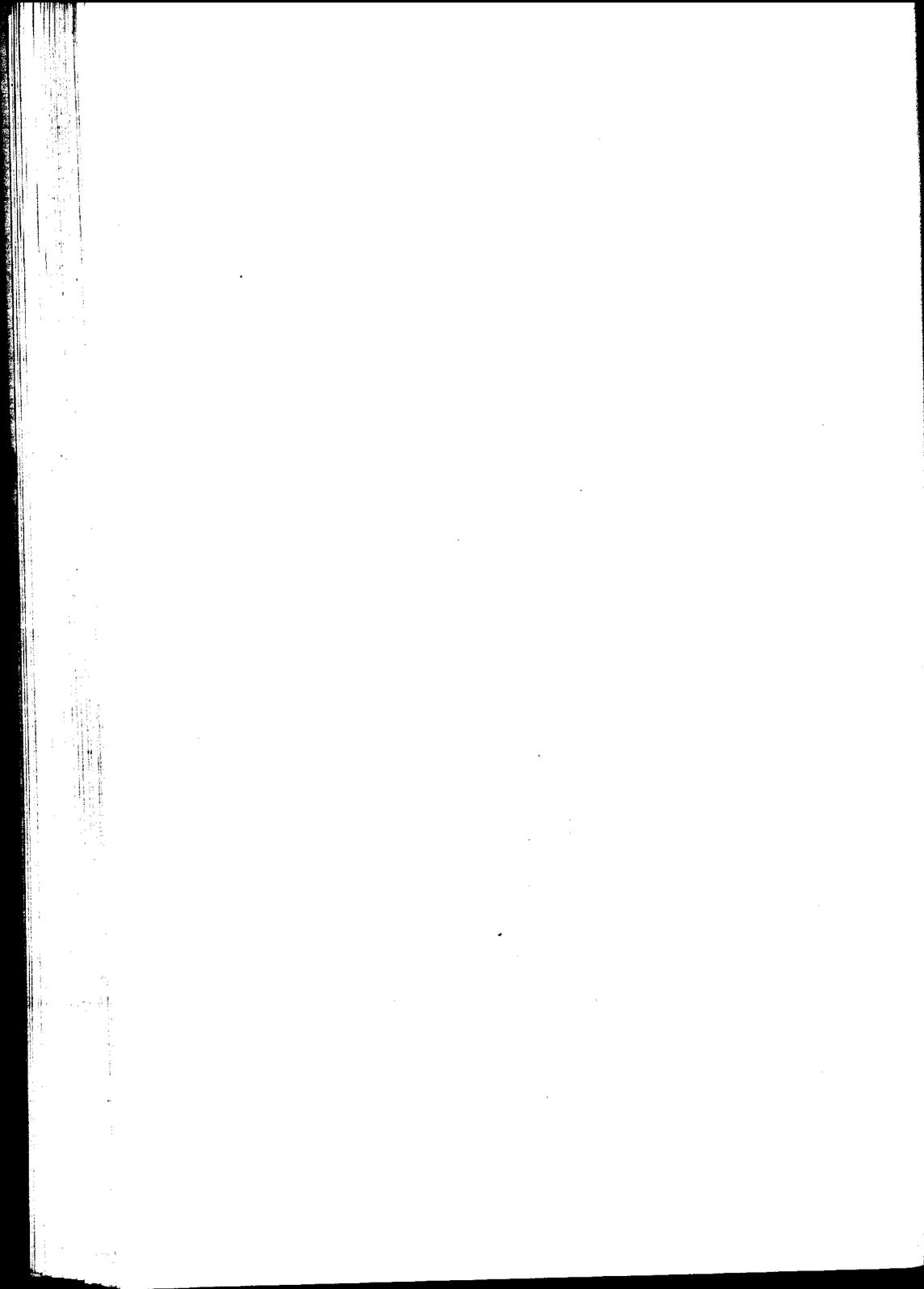
Tercer tiempo.—Toma de los ligamentos a ambos lados y a 7 ctm. de su inserción uterina con una pinza y con otra pinza Kocher cerrada se penetra en el músculo recto y su aponeurosis hasta llegar al ángulo externo de esta vaina, donde encontrada la resistencia se levanta esta pinza que por presión se le hace perforar la pared abdominal en ese lugar, teniendo cuidado de defender la cavidad peritoneal y presentar resistencia aplicando la otra mano libre dentro de la cavidad. Se abre la pinza que atraviesa la pared, se toma el ligamento que la pinza anteriormente colocada sostiene, y por tracción se hace penetrar el ansa del cordón a través de este túnel músculo aponeurótico.

Se repite esta misma maniobra del lado opuesto.

Cuarto tiempo.—Con un punto en U de catgut N.º 3 se fija el ansa ligamentaria a la aponeurosis anterior del gran recto y a 5 milímetros más o menos de su borde.

Quinto tiempo.—Sutura de la pared abdominal en tres planos, dos al catgut y la piel con erin.

Esta operación es simple, fácil de ejecutar y según su autor aconsejable en todos los casos de retroversiones complicado con lesiones anexiales que deban corregirse, o cuando este vicio de posición esté complicando el embarazo.



VALOR CRITICO

Después de todo lo expuesto en que con la mayor brevedad posible hemos descrito los múltiples procedimientos empleados, llegamos a nuestras épocas para mencionar con más detalles la técnica seguida por el profesor Doléris, y la más reciente modificación de este método que pertenece a nuestro distinguido cirujano el doctor José M. Caballero.

Bastaría con lo expuesto si la única pretensión que me inspiró este tema se hubiera limitado a extractar el sin número de procedimientos ideados y a preconizar especialmente el llamado por su autor «neo-inserción» y que muchos prefieren denominarlo Doléris-Caballero por las razones ya expuestas en su oportunidad.

Pero merece preguntarse: si se ha llegado a la perfección en lo que a método operatorio se refiere, ¿ se ha llegado acaso a uniformar el criterio entre los ginecólogos que en presencia de una retroposición móvil o adherente

se lancen al acortamiento quirúrgico, por ser sin dudas la manera más rápida, duradera y segura de corregirlo?

Aún más: ¿es ciertamente culpable la retroposición, de los fenómenos subjetivos que se le atribuyen frecuentemente y que conducen, a los entusiastas del acortamiento a la intervención quirúrgica?

¿Es por fin indiscutible y aceptada la opinión sostenida por Schultze y algunos ilustres anatomistas, que la auteversión es la posición normal del órgano y que una retroposición aún moderada debe ser tenida por posición viciosa justificable de una corrección?

Interesado en aclarar estas dudas recurrí a las estadísticas, a las historias clínicas y a la opinión de nuestros distinguidos maestros, y confieso que existen criterios distintos a propósito de estas cuestiones.

Acuso a las estadísticas tan desproporcionadas en los distintos servicios ginecológicos el haberme sugerido mi primera pregunta, pues mientras en algunos la cifra anual de operadas es sumamente reducida al punto de disputarse quizás el menor porcentaje, en otros sobrepasan de cien casos. Las historias clínicas denuncian en unos un criterio altamente conservador, en otros una marcada prodigalidad por el tratamiento quirúrgico.

Entre los primeros la sencilla y eficaz operación de Alquier-Alexander en los casos de fenómenos intensos por retroposición móvil, sin ser frecuente es la más practicada cuando los medios externos aconsejables según los casos han fracasado, y el suelo pelviano contribuye con

la pérdida de su resistencia al desorden general de todos los órganos contenidos en esa cavidad.

Los acortamientos intra-peritoneales lejos de ser practicados como único objeto, son muy raras veces asociados a las laparotomías que persiguen lesiones del órgano o de sus anexos, no ejecutándose pues con el carácter de intervención de «prevención» con que algunos lo hacen convencidos de librar a la paciente de una «probabilidad» demasiado remota.

El origen del desacuerdo parte quizás desde que se entra a considerar «la anteversión» como posición normal del útero, idea propagada por muchos e ilustres autores; aceptada en absoluto por unos y con serias limitaciones por otros. A propósito de esto estimo de interés la declaración que al respecto hace nuestro distinguido profesor Zárate confesando encontrar en su práctica profesional la «retroposición» como notablemente frecuente en pacientes sin pasado ginecológicos de ninguna naturaleza, sin los síntomas subjetivos que se le atribuye frecuentemente a esta posición tenida por viciosa, y que tan solo llegan a él preocupadas por una simple amenorrea o por la idea de un presunto embarazo.

En cambio es la anteversión encontrada más raramente en las pacientes de todas las edades que ha podido examinar.

Con tal opinión a la que acompañan y de la que participan otras conceptuadas autoridades, ¿cómo proclamar una norma de conducta de acuerdo con dos escuelas tan

distintas, la una francamente, conservadora, la otra confiando a la cirugía la seguridad del mayor éxito?

Nada se ha resuelto de este dualismo de opiniones que se mantiene ya demasiado tiempo en pie de discusión y declaro, que cumplido el alcance de mi tesis como una contribución al estudio de «*acortamiento intra-peritoneales de los ligamentos redondos*»; pongo estos comentarios finales a disposición de aquellos que con mayor caudal de conocimientos y de experiencia puedan más tarde dilucidar tan interesante tema.

Extractando las observaciones que contiene este tratado y las ideas que en su desarrollo me ha sugerido, me permito completarlo con estas conclusiones.

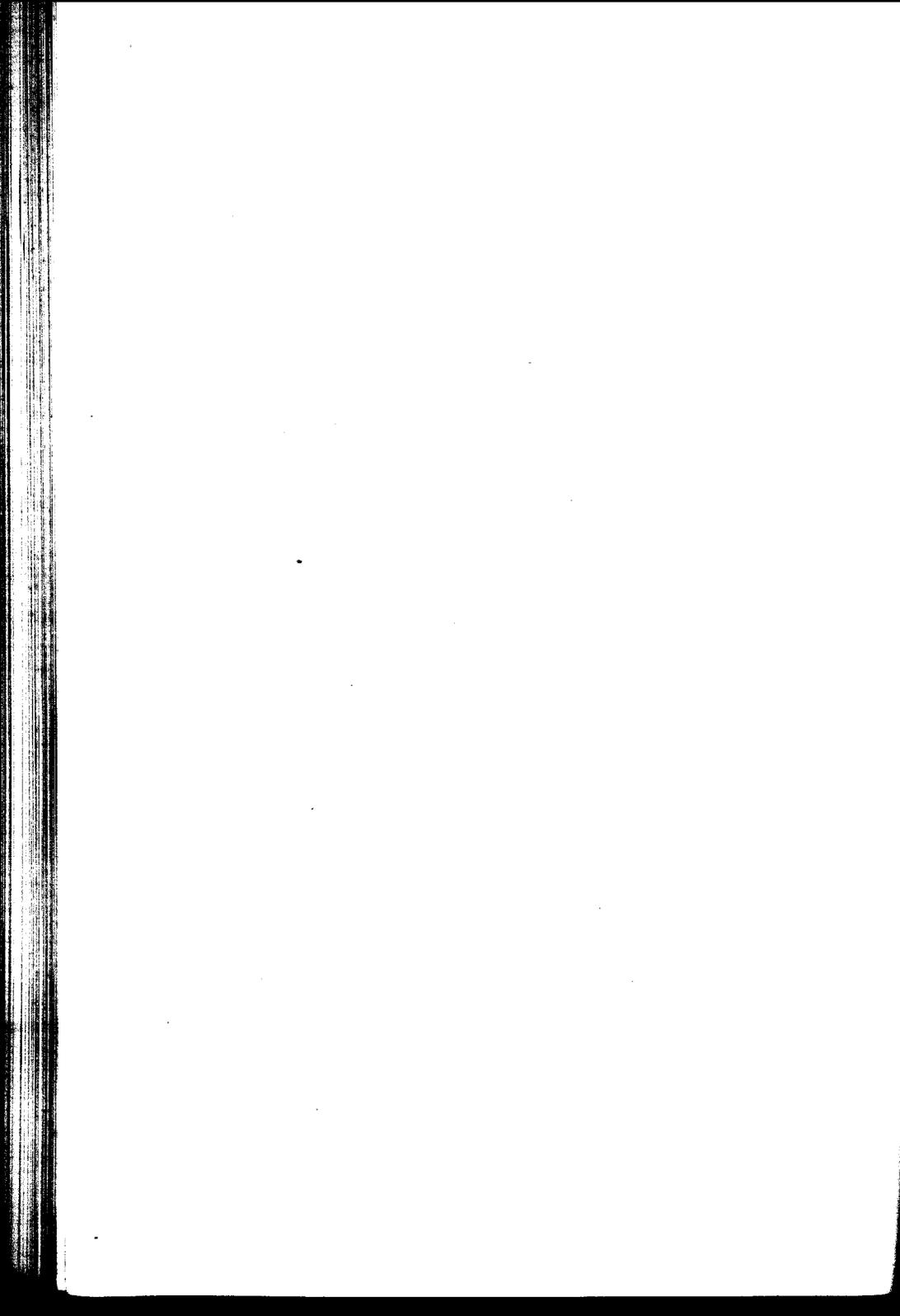
CONCLUSIONES

1.º En presencia de una retroposición móvil que deba corregirse por tratamiento quirúrgico, el método de acortamiento extra-peritoneal de Alquier Alexander es el más indicado.

2.º Tratándose de retroposiciones fijas o adherentes, sean o no acompañadas de lesiones en los órganos vecinos que previamente se corrigen, el procedimiento reconocido como más sencillo y eficaz, es el de Doleris-Caballero.

3.º El procedimiento del Dr. Zárate aplicable también en casos como el anterior, responde más a la realidad anátomo fisiológica, pero es de más difícil ejecución.

4.º La corrección de las retroposiciones por los procedimientos operatorios según el concepto moderno deben ser más restringidos.



Buenos Aires, Mayo 16 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente doctor Carlos R. Cirio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

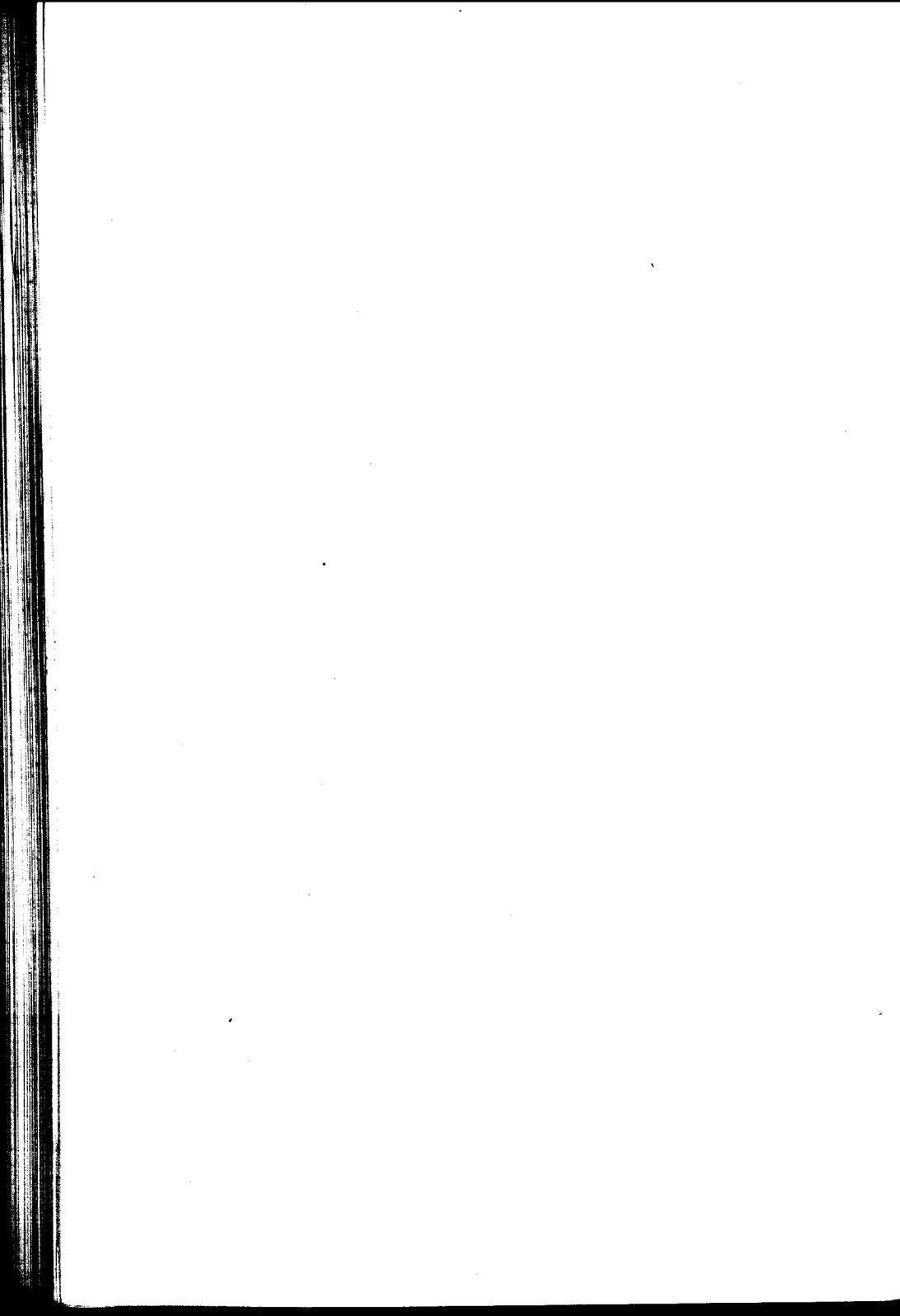
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 22 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3279 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Qué vía es la más indicada para el acortamiento de los ligamentos redondos?

José F. Molinari.

II

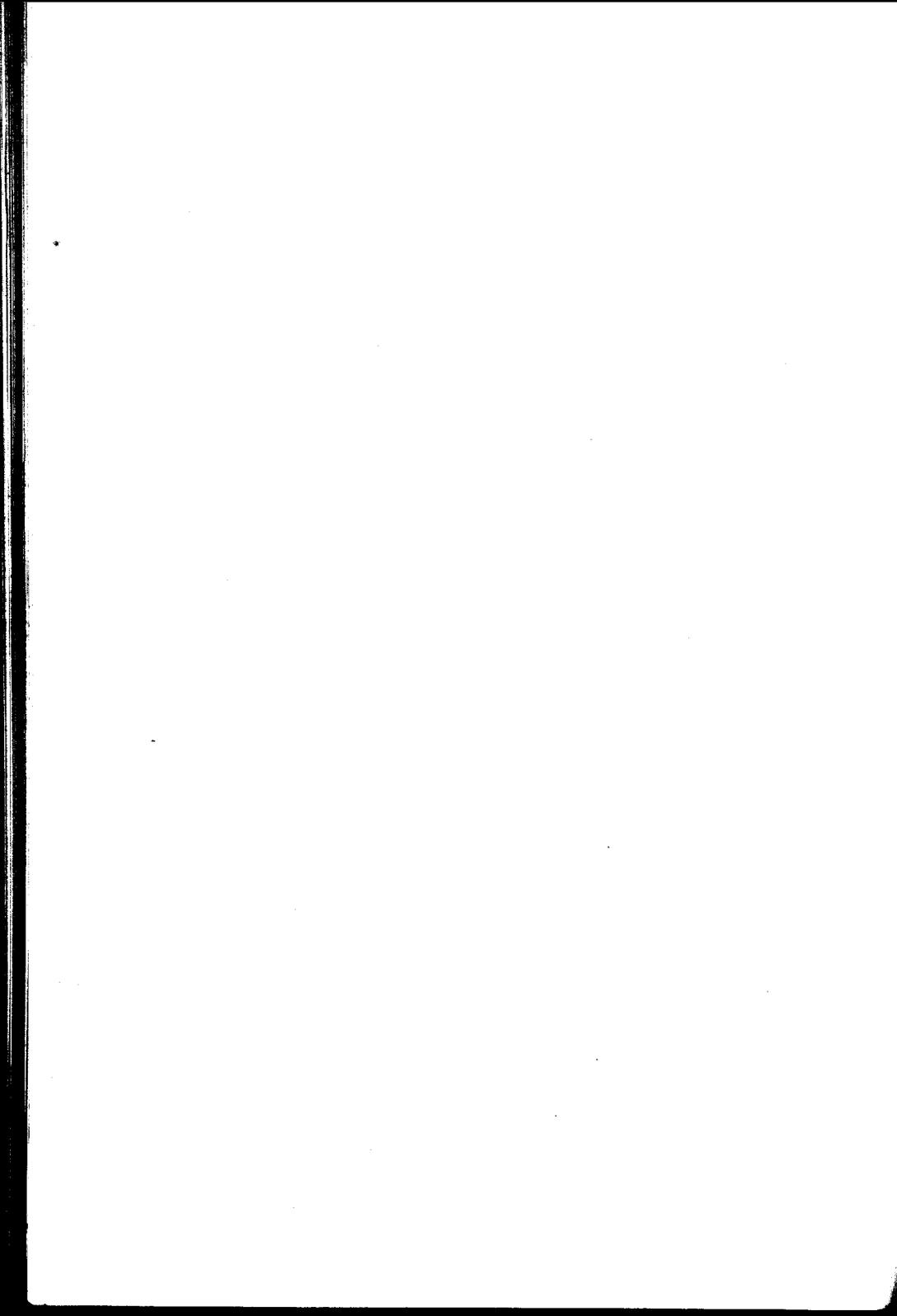
Procedimiento del Dr. Bazterrica. Sus ventajas e inconvenientes.

Ricardo S. Gómez.

III

¿Cuál es el procedimiento de acortamiento de los ligamentos redondos por vía intra-peritoneal, que a juicio del autor de esta tesis mejor satisface las exigencias anátomo-fisiológicas de los órganos contenidos en la excavación pelviana?

C. R. Cirio.



BIBLIOGRAFÍA

AUTORES EXTRANJEROS

Alquier Alexander Adams.—Acortamiento extra-abdominal de los ligamentos redondos.

Audibert Marcel.—Retroflexión aguda primitiva del útero.—1911.

Beir Emile.—De la laparotomie classique dans le cas de retrodeviations uterines (Etude historique).—1907.

Bardesku Nikolaus.—Revista «Zentralblatt Gynakologie».—1904.

Cugno Henry.—Contribution a l'étude des procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Doléris.—Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond.—Revista «La Gynecologie», 1898, vol. VI.

Deroye Jean.—De la retroflexión primitiva del útero.

Hivet Gaston.—Contribution a l'étude du traitement des retrodeviations de l'utérus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.—1901.

Ruggi.—Sulla cura endo-abdominale de alcuni spostamenti uterini.

Schultze B.—Traité des deviations uterines.—1883.

Wylie.—Acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos.—1886.

Langes Erwin.—Eine neue methode der intraperitonealen verkürzung der ligamenta rotunda.—1913.

TESIS NACIONALES

Arce José.—Un nuevo procedimiento sobre el acortamiento de los ligamentos redondos en el tratamiento de las retrodesviaciones fijas.—1907.

Aliovin Miguel C.—Las retrodesviaciones fijas y su tratamiento quirúrgico.

Caballero José M.—Neo-inserción de los ligamentos redondos en las retrodesviaciones uterinas.—1907.

Fox Eduardo A.—Tratamiento quirúrgico de las retrodesviaciones del útero.—1906.

Cazés Irigoyen A.—Retrodesviaciones del útero. Tratamiento por la neo-inserción.—1904.

Díaz Carlos A.—Retrodesviaciones uterinas.—1911.

Cirio Carlos.—Procedimiento del Dr. Bazterrica en el acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos.

Podestá Juan C.—Retrodesviaciones uterinas.

Zárate Enrique.—Un nuevo método de acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos (trabajo presentado a la Sociedad de Ginecología de Berlín).

1285



