

Año 1918

N. 3391

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tratamiento Quirúrgico

DE LAS

Retrodesviaciones uterinas

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO GRANIZO RIVEROS

Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia

Ex-practicante menor del Hospital Francés

Ex-practicante mayor del Hospital Militar Central

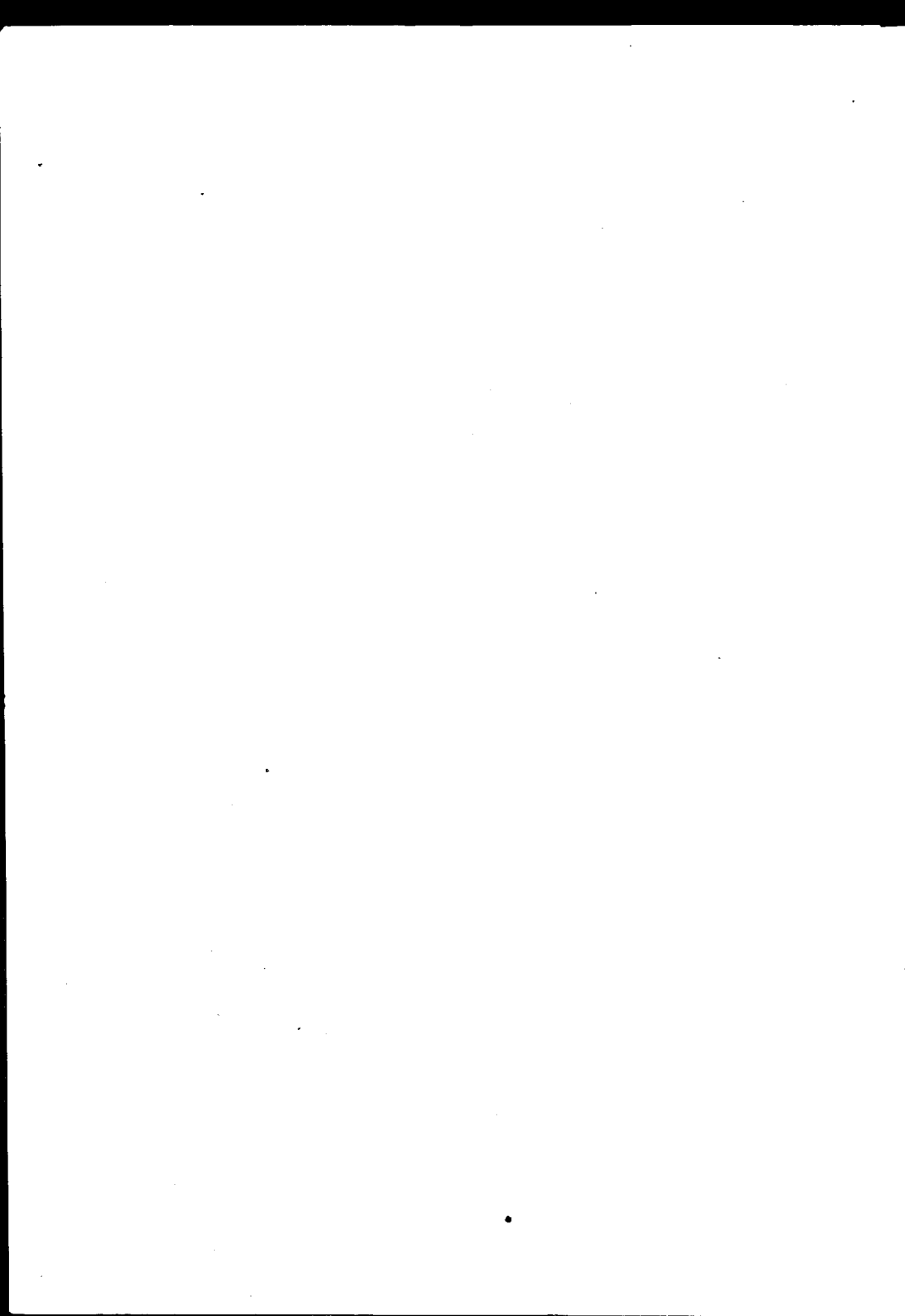


BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

Tratamiento quirúrgico de las retrodesviaciones uterinas



Año 1918

N. 3391

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tratamiento Quirúrgico

DE LAS

Retrodesviaciones uterinas

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

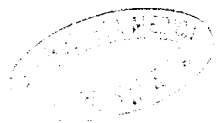
POR

JULIO GRANIZO RIVEROS

Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia

Ex-practicante menor del Hospital Francés

Ex-practicante mayor del Hospital Militar Central



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

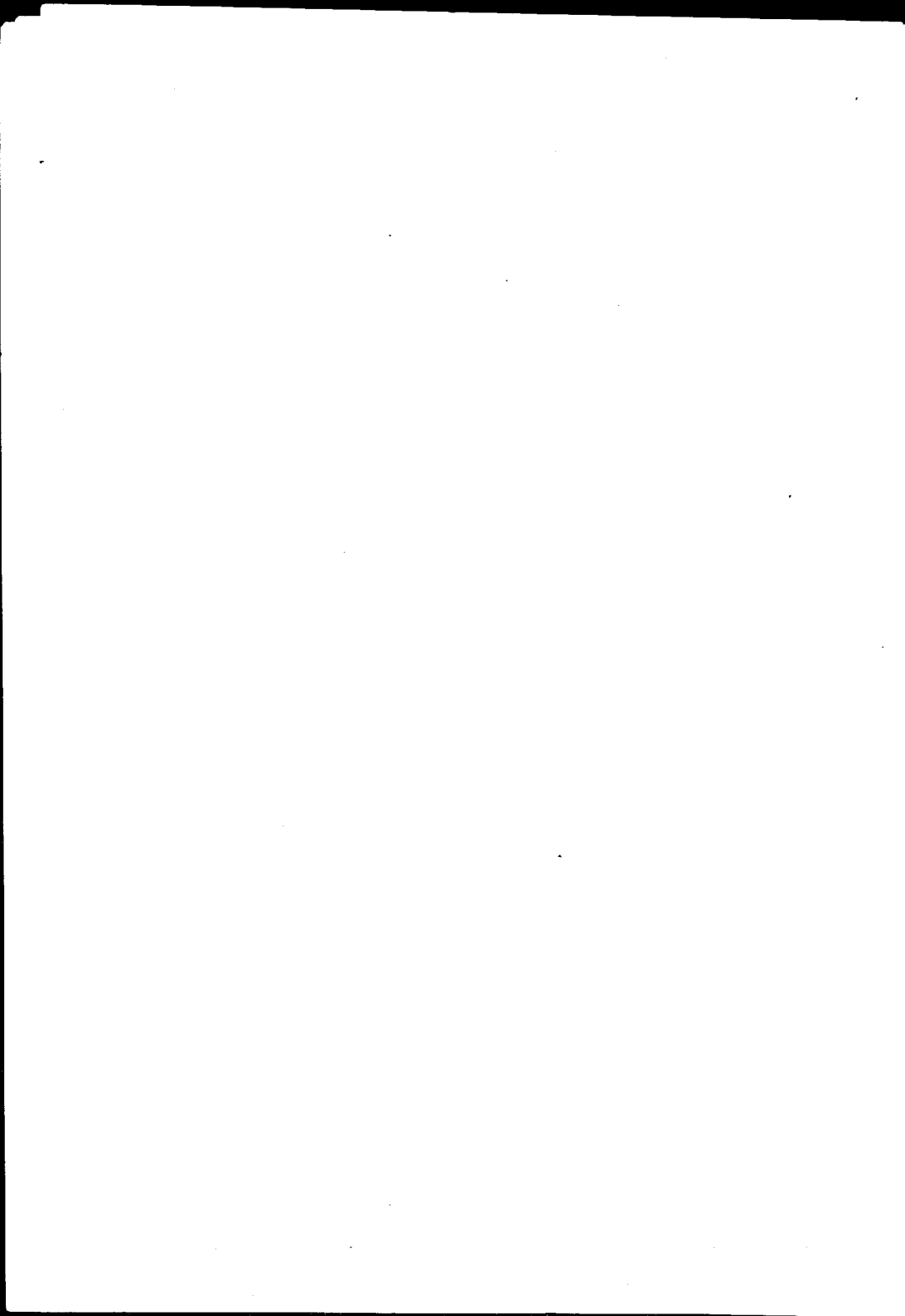
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

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
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » 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

» TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» ROOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SENORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología ».....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....	
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Semiología y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Clínica dermato-sifilográfica.....	
• Génito urinaria.....	
• epidemiológica.....	
• oftalmológica.....	
• oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Clínica quirúrgica.....	
• Neurológica.....	
• Médica.....	
• pediátrica.....	
• ginecológica.....	
obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clínica Psiquiátrica.....	

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SEEBER
• SILVIO E. PARODI
• EUGENIO GALLI
• JUAN JOSÉ CIRIO
• FRANCISCO ROHMILLE
• FRANK L. SOLER
• BERNARDO HOLSEAY
• RODOLFO RIVAROLA
• SALVADOR MAZZA
• BENJAMIN GALARCE
• MANUEL V. CARRONEL
• CARLOS BOXORNO UDAONDO
• ALFREDO VITON
• PEDRO J. HARDOY
• JOAQUÍN LLAMBIAS
• ANGEL H. ROFFO
• PEDRO ELIZALDE
• JOSÉ MORENO
• PEDRO CASTRO ESCALADA
• ENRIQUE PINOCCHIETTO
• FRANCISCO P. CASTRO
• CASTELFORT LUGONES
• ENRIQUE M. OLIVERIO
• ALEJANDRO CEVALLOS
• NICOLÁS V. GRECO
• PEDRO L. BATINA
• JOAQUÍN NIN POSADAS
• FERNANDO R. TORRES
• FRANCISCO DESTEFANO
• ANTONINO MARCO DEL PONT
• DANIEL THAMM
• ADOLFO NOCETTI
• RAÚL ARGASARAZ
• JUAN DE LA CRUZ CORREA
• MARTÍN CASTRO ESCALADA
• FELIPE J. BASAVILBASO
• ANTONIO R. ZAMBIRINI
• ENRIQUE FERREIRA
• PEDRO LABAQUEL
• LEONIDAS JORGE FACIO
• PABLO M. BARIARO
• EDUARDO MARIÑO
• ARMANDO R. MAROTTA
• LUIS A. TAMINI
• MIGUEL SUSSINI
• ROBERTO SOLÉ
• PEDRO CHUTRO
• JOSÉ M. JORGE (H.)
• OSCAR COPELLO
• ARDOLFO P. LANDIVAR
• JORGE LEYDIO DIAZ
• ANTONIO F. CELESIA
• TOMÁS B. KENNY
• GUILLERMO VALDÉS (H.)
• VICENTE DIMITRI
• RÓMULO H. CHIAFFORI
• JUAN JOSÉ VITON
• PABLO J. MORSALINE
• RAFAEL A. BULLRICH
• IGNACIO DIAZ
• PEDRO ESCUDERC
• MARIANO R. CASTEX
• PEDRO J. GARCÍA
• JOSÉ DESTEFANO
• JUAN R. GOYENA
• JUAN JACOBO SPANGENBERG
• TULLIO MARTINI
• Cándido PATINO MAYER
• GREGARIO SOTO
• PEDRO DE ELIZALDE
• FERNANDO SCHWEIZER
• JUAN CARLOS NAVARRO
• JAIME SALVADOR
• TORIBIO PICCARDO
• CARLOS R. CIRIO
• OSVALDO L. BOTTARO
• JULIO IRIBARNE
• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
• FAUSTINO J. TRONGÉ
• JUAN B. GONZÁLEZ
• JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
• JUAN A. GABASTOU
• ENRIQUE A. BORRO
• JOSUÉ A. BERUTTI
• NICANOR PALACIOS COSTA
• VICTORIO MONTEVERDE
• JOAQUÍN V. GRECCO
• JAVIER BRANDAN
• ANTONIO PODESTÀ
• AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

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

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. URALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica (1er curso)...
Higiene, Ética y Legislación.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....
Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
» JULIO J. GATTI
» MIGUEL PUIGGARI
» ADOLFO MUJICA
(Vacante)
» J. MANUEL IRIZAR
» RICARDO SCHATZ
» FRANCISCO P. LAVALLE
Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
» TOMÁS J. RUMI
» ANGEL SABATINI
» EMILIO M. FLORES
» ILDEFONSO C. VATTUONE
» PEDRO J. MÉSIGOS
Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
» PASCUAL CORTI
» CLEOFÉ CROCCO
Dr. JUAN A. SÁNCHEZ
Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
Mineralogía y Geología.....
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
Química analítica aplicada (Medicamentos).....
Química biológica.....
Química analítica aplicada (Bromatología).....
Física general.....
Bacteriología.....
Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— — —
— — —
— — —
Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
» PEDRO J. PANDO
— — —
— — —
» CARLOS MALBRÁN
» JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORTOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

PROF. DR. EUGENIO GALLI

Profesor sup. de la Facultad de Medicina
Cirujano de Regimiento
Jefe del servicio de Clínica Médica del Hospital Militar Central
Cirujano del Hospital Italiano

A MIS QUERIDOS PADRES

CARIÑO Y ETERNO RECONOCIMIENTO

A MI ABUELA ANDREA

AFECTO Y GRATITUD

A MIS HERMANAS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Someto a vuestro juicio elevado y respetable consideración la clásica tesis inaugural para optar al grado de Doctor en medicina y que con vuestra aceptación, pueda consagrarme legalmente al noble apostolado.

Las retrodesviaciones, vicio frecuente de posición del utero han interesado profundamente a la Ginecología para su corrección, aliviando el cruel martirio que pesa dolorosamente sobre las pobres mujeres, cuyos achaques amargan penosamente su existencia.

El ingenio quirúrgico de los mas distinguidos cirujanos ha batido sus alas inventivas y multiples son los métodos operatorios creados, ardientes

las discusiones suscitadas y distintas las opiniones vertidas, sin haber arribado a una uniformidad de criterio, probándolo la supervivencia de antiguos métodos practicados en nuestros días.

Séame permitido antes de abandonar las aulas de nuestra querida Escuela, mi reconocimiento más sincero a aquellos maestros que con su palabra y su ejemplo contribuyeron a modelar mi moral y hayan enriquecido mis conocimientos con las bondades de su talento y los tesoros de su experiencia, a los médicos del Hospital Rivadavia, Francés y Militar Central mi más vivo agradecimiento y respeto.

Al médico caballero y estudioso profesor Dr Eugenio Galli, de quién recibo el honor que me acompaña en este acto, mi especial gratitud.

A mis amigos y compañeros de hospital a quienes no olvido, mi afectuoso recuerdo.

I

Introducción

Esencialmente móvil es el utero en estado normal y su situación habitual en anteversión, correspondiendo su eje de suspensión al istmo, mantenido por los ligamentos utero-sacros por detrás y utero-púbicos por delante. De ello resulta una situación de equilibrio inestable del órgano y también la posibilidad de sufrir bajo la presión abdominal y de la repleción o depleción de la vejiga y del recto, una inclinación hacia adelante o atrás: la distensión de la vejiga rechaza hacia arriba y atrás el cuerpo de la matriz, borrando o modificando temporalmente su anteversión; la repleción del recto lo rechaza hacia adelante.

Luego el utero en estado normal tiene una movilidad fisiológica en el sentido anteroposterior, ca-

racterizándose la actitud morbosa por la persistencia en las nuevas posiciones.

Son los grandes procesos de la gestación que lo predisponen a múltiples cambios de posición, que interesan o bien todo el eje longitudinal, modificando el organo en totalidad, o bien parte de ese eje o del organo; teniendo entonces en el primer caso las «versiones» y en el segundo las «flexiones», posiciones que pueden estar orientadas en cualquier sentido y cuya nomenclatura adoptada nos da idea de la posición del eje longitudinal uterino con respecto al eje mediano perpendicular al eje plano de la pelvis.

Las causas que influyen en estas variaciones son muchas, no siendo extraño el papel de los organos vecinos, ni la debilidad congénita y adquirida de los ligamentos encargados de fijarlo, ni los procesos patológicos que crean adherencias que lo mantendrán en esas posiciones anormales. Esta nueva situación defectuosa del organo, nos trae una serie de trastornos muchas veces profundos, de donde nace el interés inmenso de el tratamiento de este estado patológico.

Las desviaciones adquirieron con Velpeau un lugar predominante; en cambio Gosselin ha concedido a la metritis concomitante el primer lugar. Para Richelot muchas veces faltaría el antecedente infeccioso o puerperal en la génesis de las re-

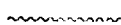
trodesviaciones; sería el artrismo discrasia compleja y no bien estudiada, que nos daría trastornos generales, consecuencia del defectuoso metabolismo orgánico, trayendonos muchas veces estados congestivos fugases, que traen una relajación de los tejidos fibrosos y una perdida de la contractilidad muscular dandonos a la larga las desviaciones.

De todos los nuevos estados la «retrodesviación» constituye el tipo clínico más interesante y hay que convenir que es la que trae mayores trastornos a la paciente; siendo por otra parte el vicio de posición que es más tributario de intervención quirúrgica. Los exitos que se citan por medios externos ya sea pesarios, masajes etc, son escasos y poco duraderos.

La marcha de las «retrodesviaciones» suele ser muy larga y progresiva, es un proceso crónico que en contados casos un embarazo lo restituye a la normalidad, o sus procesos inflamatorios se silencian y todo queda latente. Lo común es que los trastornos vayan en aumento; los dolores tórnanse continuos, con crisis de intensificación; las pérdidas acentuen el mal estado general anemiando más a la mujer y todo esto repercute desfavorablemente sobre el sistema nervioso con su multiforme traducción sintomática.

Es debido a las adherencias periuterinas ya men-

cionadas en 1880 por Lawson-Tait y en 1884 por Olshaussen que todos los tratamientos de dudosos resultados han tenido que ceder el lugar a las intervenciones cruentas, que han ido paulatinamente en aumento progresista, para felicidad de las pacientes y orgullo de la cirujía.



II

Métodos Quirúrgicos

Los procedimientos operatorios ideados, para corregir las alteraciones de la estática uterina, son, podemos decir, tan numerosos, como ginecólogos existen, originando ardientes discusiones que bien explican las evoluciones sufridas.

Unos actúan directamente sobre el útero y otros por medio de sus ligamentos; los primeros fijan el órgano a la pared abdominal o bien sobre la vagina o vejiga, los segundos actúan sobre los ligamentos plegándolos o dándoles nuevos puntos de inserción.

De lo numeroso que son los procedimientos ideados se deduce que aún no se ha encontrado el método operatorio ideal a pesar de la sagacidad de los cirujanos. Hemos de dar preferente atención a los procedimientos de los ginecólogos ar-

gentinos, cuya pericia e inteligencia de hábiles operadores se ha puesto a prueba en este interesante capítulo.

Histeropexia vaginal

Ya en época bastante antigua Amusat y Richelot procuraban corregir la retrodesviación fijando el cuello a la cara posterior de la vagina, pero no dieron los resultados que sus autores abrigaban y fueron mas tarde olvidados.

Los verdaderos creadores del método deben ser considerados Mackenrodt y Duhrssen tan conocido en Alemania y en Francia posteriormente Le Dentu lo ha preconizado.

Mackenrodt: Hace una incisión transversal sobre el fondo del saco anterior; luego otra longitudinal que después de partir a 1 cmt., del tubérculo suburetral, llega al punto medio de la anterior, desprende la vejiga del cuello uterino y abre el peritoneo. A través de la abertura tomando el fondo del útero, lo atrae hacia adelante y lo fija a la vagina por dos puntos algo oblicuos.

Duhrssen: Realiza una colpoeliotomía anterior, introduce un histerómetro, reduce el útero y mientras un ayudante mantiene la posición, el fondo es fijado por medio de tres puntos de catgut en el sentido vertical, tomando la pared vaginal menos su mucosa.

Le Dentu y Pichevin: Modificaron los procedimientos anteriores haciendo una celiotomía anterior posterior, abren el fondo de saco vésico uterino y después de explorar el órgano lo descienden hacia la herida vaginal; se hace la fijación del órgano mediante una serie de puntos transversales.

Richelot: Sobre el fondo del saco anterior hace una incisión transversa, se separa la vejiga, se llega al peritoneo y se incinde. Por medio de una pinza erina el útero es atraído y se fija por puntos transversales que ocluyan la herida longitudinalmente.

Después podemos agregar los nombres de Gottschalk, Pryor y Freund intimamente ligados a estos procedimientos, pero sin una contribución eficaz en esta clase de intervenciones.

Histeroplastias y vesicofijaciones

Las histeroplastias son las operaciones que hacen una autoplastia al tejido uterino para corregir las desviaciones.

Thirrier y Jonnesco (cuneo histerectomia abdominal): Después de hacer una incisión transversal del peritoneo, se reseca un colgajo cuneiforme del útero, pero sin llegar a interesar la mucosa; los labios de la herida creada se suturan con catgut y se reconstituye la envoltura serosa.

Mauclair: Trata tanto las retroflexiones como

las retroversiones, por una doble cuneohisterectomía anterior y posterior, talla un colgajo vertical cuneiforme desde el fondo del organo hasta la inserción del cuello. Sutura los lábios de la herida por puntos transversales.

Reed y Follet: Hacen una cuneohisterectomía, pero por vía vaginal.

Elescher y von Ravenau; Prévía colpotomía anterior; talla un colgajo, por encima del angulo de flexión en forma de U, de 2 1/2 cms a base superior, se aviva la superficie del cuello situada por debajo y se baja para fijarlo allí mediante unos puntos de sutura.

Doyen: Después de haber efectuado el levantamiento vaginal del útero, lo fija en esa posición por una serie de puntos en ansa. Se pasan puntos de seda en U que reúnen la cara anterior del útero a la porción supravaginal del cuello.

Histeropexias directas por la vía adominal

Czerny: Este autor realiza la fijación por puntos perdidos al catgut que toman de cada lado solamente el peritoneo, músculos y aponeurosis y al útero en su cara anterior cerca del fondo, interesando de él la tunica serosa y la parte superficial de la musculosa.

Leopoldo: Efectúa la fijación del fondo del útero por una sutura temporaria de tres puntos los cua-

les atraviesan todos los planos de cada lábio de la herida tanto a la derecha como á la izquierda. Estos puntos toman el útero en su parte media: uno al nivel de la línea de los ligamentos redondos, otra sobre la línea que corre entre las dos trompas y el último y tercero un poco detrás del anterior. Los puntos se quitan doce días después.

Terrier: Toma el útero por tres puntos perdidos situados a diferentes alturas: uno a nivel del istmo, otro más arriba en la parte media y el último cerca del fondo. Estos puntos son de catgut e interesan varias veces el peritoneo y porción muscular.

Pozzi: Realiza una sutura continua desde el extremo inferior de la herida. Al hacer la reunión de los planos toma al mismo tiempo al parrinquima uterino en su capa superficial.

Olshausen Länger: Hace tres suturas temporarias que solo interesan la serosa anterior, tomando el útero a nivel de sus bordes de ambos lados.

Otros cirujanos como Legueu, Sinmeister Faucón, Laroyenne y Kelly han introducido variantes en esta histeropexia directas por vía abdominal, pero sin mejorar la bondad de estas intervenciones, de resultados muy poco halagüeños para el futuro en el proceso de gestación.

Histeropexias indirectas extraperitoneales

Operacion de Alquié, Alexander Adams: En este procedimiento la retrodesviación se corrige por el acortamiento extra abdominal de los ligamentos redondos. Su técnica consiste en descubrir los ligamentos en su travesía inguinal, por dos incisiones análogas a la de la cura de la hernia, se aíslan (un ayudante mantiene reducido el útero con los dedos o con un histerometro), se tiran simultaneamente de los ligamentos hasta que hayan salido unos 8 cms y se sienta una resistencia; luego se pasan desde el pilar interno al externo, atravesando el ligamento, unos puntos. Se reseca el exceso de ligamento y se sutura la piel.

Procedimiento de Casati: Hace una incisión única que vá del orificio de un canal inguinal al homologo del lado opuesto. Sutura enseguida entrecruzándolas sobre la línea media los ligamentos y fijándolos al tejido conjuntivo subyacente.

Procedimiento Duret: Opera igual que Casati pero favorece la liberación de los ligamentos por la abertura de la pared anterior del canal inguinal.

Procedimiento Doleris: Hace dos incisiones y entrecruza en la línea media los ligamentos a expensas de un tunel subcutáneo, se fija cada uno de ellos en su canal y sus extremos en el opuesto.

Procedimiento Kocher: Una vez hecha la denudación corta la inserción del ligamento al pubis, lo invierte hacia arriba y afuera, fijándolo a la aponeurosis del gran oblicuo.

Procedimiento Segond: Coloca en el ligamento y en las paredes del canal inguinal un punto; luego a través de un ojal hecho en la parte media de cada pilar, hace pasar los ligamentos haciendo en su extremidad un nudo.

Edebohls y Neumans, Chalot, Gotal Javaka, Lapeyre, Franklín Martín y Carpenter, todos han puesto a prueba su ingenio de cirujanos, introduciendo modificaciones a los procedimientos citados, pero sin concluir que ninguno de ellos, reúna la bondad cabal de un perfecto procedimiento.

Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos

Es Wylie, cirujano norteamericano que casi conjuntamente con Ruggi efectuaron el plegamiento de los ligamentos redondos introduciéndolo en la practica. Esos procedimientos primitivos han ido alterándose frente a las ingeniosas modificaciones que se han introducido con el correr de los años.

Procedimiento Ruggi: Efectúa una laparatomía mediana infraumbilical; reducida previamente la desviación, atraviesa con una aguja con catgut:

la extremidad distal del ligamento redondo y con la misma aguja la introduce en el mismo lado cerca de la incisión uterina; se aproximan por plegado las dos partes del ligamento y para mantenerlas replegadas se hace un surget doble. Se procede de idéntica manera en el lado opuesto.

Procedimiento Wylie: Hace como el anterior la plegadura, avivando la concavidad interna del pliegue y asegura la soldadura por tres ligaduras hechas con seda.

Procedimiento Dudley: Este autor hace también una zona de avivamiento de un cm. de ancho, luego reúne entre sí los ligamentos y los fija al útero en la cara anterior en una porción previamente denudada.

Procedimiento Polk; Cerca del extremo uterino aviva los ligamentos sobre su cara interna, los lleva sobre la cara anterior del útero, donde son sujetos a éste órgano y a su vez entre sí por puntos de sutura en forma de X. En este procedimiento como en el de Dudley el repliegue formado con los ligamentos viene a ser interno, en relación al útero y no externo como en el método de Wylie.

Procedimiento Baldy Dartigues: Fué descrito por primera vez en 1903 por Baldy y dos años mas tarde ejecutado por Dartigues. La incisión es como en las anteriores, mediana; se libera el órgano, siendo propulsado hacia la pared abdominal en exa-

gerado anteversión. Con una pinza Kocher, bien tenso los ligamentos anchos, se atraviesa el aleron superior de atras hácia adelante, tomando en su parte mediana el ligamento redondo y después de haberlo hecho atravesar el ojal, por tracción, se lleva sobre la cara posterior del útero, que irá a sujetar su ansa con la del lado contrario dispuesta de igual manera. Este apoyo así creado se fija en su nueva posición por varios puntos de sutura.

Beck, Bardescu, Polloson y Pellenda, Guillian, Simpsom-Kelly y Langes han introducido cada uno innovaciones sugeridas por su experiencia y por su criterio quirúrgico, pero todos frutos de la primera concepción madre en esta clase de operaciones.

Entre nosotros, algunos de nuestros distinguidos cirujanos, han contribuido con su colaboración a la obra de perfeccionamiento de estos métodos operatorios y así tenemos el:

Procedimiento Bottaro: El procedimiento de Baldy Dartigues inspiró al Dr Battaro la modificación que lleva su nombre. Lo que es peculiar de este método es que evita la intervención abdominal procediendo por vía vaginal.

Se ha objetado a este procedimiento, las dificultades de lo reducido del campo operatorio, lo ardua que resulta la tarea, para maniobrar por la poca elasticidad de la vagina a veces y por último lo poco ventajoso de esta vía.

Procedimiento Bazterrica: Este procedimiento ideado por éste distinguido cirujano, consiste en colocar a 5 cms de la inserción uterina, dos pinzas y seccionar entre ellas ambos ligamentos redondos incluso el peritoneo. Los cabos abdominales se suturan por debajo de los cuernos en la cara anterior del útero y los extremos úterinos se fijan a la herida abdominal al efectuar la sutura del elemento músculo aponeurótico.

Procedimiento Zárate: En 1909 fué presentado por el autor, este procedimiento a la Sociedad de Ginecología de Berlín, recibiendo unánime aprobación por sus bondades incontrovertibles de idea operatorio, puesto que no traspone la posición natural de los elementos anatómicos.

Transcribimos la descripción del procedimiento, hecha por el autor a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología y publicada en los anales de la misma.

«Practicada la laparotomía y hecha la terapéutica apropiada a la lesión úteroanexial, liberación de adherencias, ignipuntura del ovario, salpingectomía, salpingorrafia etc. Se procede al estudio de la orientación de los órganos pelvianos, colocando una valva de Doyen en la extremidad inferior de la incisión abdominal, incisión que debe llegar hasta el borde superior de la sínfisis, así de esta manera podrá observarse la dirección curva de los ligamentos redondos para apreciar la mayor o me-

nor tensidad y consistencia que presentan se tomarán con dos dedos de la mano, que al levantarlos señalarán con precisión el punto exacto donde penetran en el conducto inguinal; hecho esto y después de darnos cuenta de la longitud que presentan desde el cuerno úterino hasta el orificio inguinal interno, se dividen mentalmente ambos ligamentos en tres porciones iguales, resultando así una porción uterina, otra intermedia y otra inguinal. Tómase entónces una aguja con seda de mediano calibre y se atraviesa en todo su espesor el ligamento, en el punto en que se une la porción inguinal con la intermedia, se anuda dejado los dos cabos igualmente largos y se desenhebra la aguja, tómanse entónces los dos cabos de la seda y al levantar el ligamento redondo se verá aparecer claramente el meso del ala anterior del ligamento ancho. Enseguida se seccionan a tijeras las dos alas de este ligamento por debajo de la sutura continuando la disección siempre inmediatamente por debajo del ligamento redondo, hasta el orificio del conducto inguinal interno y en su segmento intermedio cerca de la porción uterina; hecho esto quedan los dos tercios del ligamento redondo libres y aislados del ligamento ancho. Tómase ahora una aguja de Deschamps, en la cual se enhebran los dos cabos de seda de la ligadura del ligamento; traccionase el ligamento inguinal con la mano dere-

cha para ver aparecer con nitidez el borde interno del conducto inguinal y colocando un dedo guía en dicho orificio se perfora el borde interno del anillo con la aguja de Deschamps en un espesor medio de medio centimetro apreciando que se toma una porción resistente de los elementos fibrosos del anillo, sácase la aguja después de haberse tomado los cabos de seda y se comienza a traccionar suavemente sobre ellos, viéndose entónces atravesar sin dificultad los cabos de seda y después el ligamento redondo en el punto que ha sido anudada, se continúa la tracción hasta que toda la porción denudada del ligamento haya contorneado por el orificio nuevo, creado en el borde interno del anillo y en ese instante y al mismo tiempo que el ángulo del útero marcha a aproximarse hácia el borde de la sínfisis, el punto de reparo de la sutura, o sea la unión de la porción inguinal con la intermedia, legal a ponerse en contacto con el borde del útero al lado interno del nacimiento uterino del ligamento redondo, utilízase entónces la misma seda de sutura y tracción para enhebrar una nueva aguja y se adhiere íntimamente esta extremidad al cuerpo uterino por dentro del nacimiento de dicho ligamento. Queda entónces un repliegue formado por el ligamento ancho seccionado, que apenas si sangra, pero que es bueno englobarlo con la sutura continúa de catgut que ha de poner

en íntimo contacto los tres segmentos del ligamento redondo para evitar ángulos muertos formando así un cordón único con una triple resistencia. La misma maniobra se efectúa del lado opuesto terminada la cual se verá el útero permanecer inclinado en posición fisiológica, 5 o 6 cms del pubis por debajo del plano horizontal del estrecho superior».

Procedimiento José Arce: A raíz de una publicación hecha por el autor en 1909 en la Revista de la Sociedad Médica Argentina fué conocida la modificación introducida por este inteligente cirujano.

Hecha la incisión Pfannestiel alargada hasta los conductos inguinales externos, aislados los ligamentos redondos se traccionan lo mas posible. La liberación del órgano se ha hecho por la laparotomía. Unos puntos de sutura no reabsorbibles fijan e ansa a la del lado opuesto en la línea mediana, luego unos puntos de catgut en U cierran la brecha abierta en el conducto.

A pesar de las bondades que se ha reconocido a éste técnica, se le ha objetado, la dificultad para individualizar el cordón y efectuar las tracciones.

Procedimiento Doleris: El procedimiento de este ilustre cirujano, cuya soberana concepción quirúrgica, ha sido una luminosa idea fundamental, donde muchos métodos han encontrado en él su inspiración.

Su primer procedimiento fué hecho en colabora-

ción con Richelot, mas tarde lo modificó en la forma que brevemente describimos:

Incisión vertical mediana de 8 o 10 cms a partir del pubis. Se libera el útero, hecho lo cual se lleva en anteversión. Se reconocen los ligamentos, se ponen tenso, se desperitonizan volviendo luego a reintegrar la serosa. Con una hebra de catgout grueso se atraviesa de delante atras la aponeurosis, fibras musculares y el peritoneo del lado derecho de la herida en su ángulo inferior. Se va en busca del ansa mas o menos a 7 cms de su inserción uterina, que se ha colocado previamente y traccionando se arrastra el ligamento que pasa formando un ansa a traves de este tunel músculo aponeurótico. Colocado en buena posición el órgano se sujetan con puntos de sutura los ligamentos a la aponeurosis del recto y a las partes tendinosas prepubianas. Se sutura la pared y todo ha terminado.

Procedimiento Doleris-Caballero (neo-inserción de los ligamentos redondos). La idea genial de Dolérís ha sido fecunda. El ilustre cirujano del Hospital Rivadavia Dr Caballero se ha inspirado en ella y su modificación ha sido hecha con tanto acierto y buen éxito que ha timoneado nuevas orientaciones en estas prácticas operatorias y ha quedado de hecho consagrado por su técnica elegante y segura.

La estadística llevada pasa de mil casos con una mortalidad de cero.

Su técnica operatoria es la siguiente:

Primer tiempo.—Se hace una laparatomía mediana sub-umbilical con una incisión de 6 cms de largo.

Segundo tiempo.—Se libera el útero si hay adherencias y se lleva en anteversión. Si hay lesiones anexiales se tratan.

Tercer tiempo.—Con una pinza Kocher se toma el ligamento redondo a 6 o 7 cms de su inserción uterina, del lado opuesto se hace lo mismo. Se dan las pinzas a un ayudante y el cirujano procede hacer el tunel músculo aponeurótico. Con otra pinza cerrada se penetra en la parte mas baja de la incisión, se sigue un trayecto paralelo entre el músculo recto y su aponeurosis anterior, entonces se incurva la pinza perforando el músculo recto y el peritoneo. Hecho esto se abre la pinza, se toma el ligamento arrastrandosele consigo a través del tunel. Idéntica maniobra se hace en el lado ópuesto.

Cuarto tiempo.—Es el tiempo de la fijación o neo-inserción del ligamento redondo

Con seda o catgut se fija el ansa a la aponeurosis anterior del gran recto, haciendo uno o dos puntos en U.

Quinto tiempo.—Sutura de la pared abdominal como en cualquier otra laparotomía.

III

Valor terapéutico

En las retrodesviaciones las medidas profilácticas son de singular importancia y merecen por su eficacia indudable ser consignadas en un lugar de preferencia.

Después de un parto y del aborto es un hecho de observación constatado que el abandono demasiado prematuro de la cama, suele ser una causa, o por lo menos un factor predisponente que hace al útero perder su posición de equilibrio normal retrodesviándose; luego, el médico debe luchar para desarraigar una práctica tan perniciosa.

Realizado el parto, el útero que ha exagerado su volumen y peso, sus ligamentos resblandecidos y laxos, el periné que también se ha traumatizado, no le prestan su apoyo y sostén necesario para guardar su estabilidad fisiológica. Naturalmente,

si en estas condiciones en que la involución uterina no ha terminado se pasa a la posición vertical, mayormente si se camina, las visceras abdominales presionarán el útero, el cual encuentra las mejores condiciones para el cambio de posición. Si luego a esto agregamos una infección anterior o reciente, la consistencia de los tejidos se debilita y será casi fatal la alteración de la estática. Luego, conviene señalar un término a la indicación de guardar cama, pues las prolongaciones excesivas en decúbito horizontal favorecen las congestiones de los órganos pelvianos con lo que se retarda la involución y el mismo cojinete pelviano vuelve tardamente a su elasticidad y contractibilidad normal.

Cuando el útero ha desaparecido detrás de la sínfisis pubiana, ha enseñado la práctica que es el momento oportuno para dar término a ese plazo, oscilando este espacio de tiempo entre 12 y 20 días.

No dejar a la vejiga llegar a una repleción excesiva que pueda durante los primeros tiempos ser perjudicial por el rechazamiento uterino.

El uso de una faja elástica abdominal es sumamente útil.

El amamantamiento del pequeñuelo se ha observado que acelera la involución.

Una vez constituída la desviación, tarea arto difícil y compleja es la de fijar el valor terapéutico

de la intervención que se ha de llevar a cabo, pero ante todo conviene ensayar los tratamientos más sencillos; amoldándose a condiciones especiales cuyos términos opuestos serían la movilidad del órgano por un lado y por otro una retrodesviación adherente.

Mucho se ha discutido sobre la razón de una intervención en las retrodesviaciones llamadas latentes, teniendo mayoría de votos la opinión de que estas deben tratarse en las personas jóvenes, aún cuando no determinen molestias, ni síntoma alguno; en cambio, en las mujeres que han excedido la menopausia un tratamiento cruento es innecesario.

Schultze ha preconizado la reducción manual, siendo de ejecución difícil cuando el órgano está muy retroflexionado por los dolores vivos que provoca. Puede efectuarse en la posición lateral de Sims, ya en la genupectoral o en la dorsosacra.

Se introduce el índice y medio de la mano izquierda una vez inmovilizado lo bastante el medio inmóvil el índice se apoya sobre el labio anterior favoreciendo el enderezamiento; al mismo tiempo con la mano procuramos enganchar el útero y llevarlo en anteversión.

Instrumentalmente podemos recurrir al histerómetro, a una sonda o al enderezador uterino de Trélat.

Cuando la enferma rechaze un tratamiento sangriento pueden también emplearse los pesarios ya sea modelo Hodge, Dumontpallier que mantienen algunas veces con bastante eficacia la corrección, siendo muchas veces insuficiente y no pocas intolerables. Para obtener buenos resultados es indispensable un periné resistente, pues si este es flácido el recurso resulta ilusorio, igualmente cuando este es grande es muy doloroso o muy pequeño resulta inútil. La inmovilidad uterina lo contra-indica.

La electricidad y el masaje cooperan junto con los otros procedimientos al fin curativo, pero son ineficaces cuando se los emplea aisladamente.

Como se comprende en muchos de esos casos ligeros no es posible hacer la cura del masaje, pesarios etc por la condición social modesta de las enfermas cuyos resultados son muy a menudo de corta duración. Cuando la enferma es jóven, en plena actividad sexual, sujeta a múltiples traumatismos, a infecciones frecuentes es entónces necesario hacer un tratamiento más radical siendo la intervención sangrienta el recurso de formal indicación.

La elección de un procedimiento operatorio determinado es un poco difícil debida a la misma variedad de estas intervenciones, siendo una tarea bastante compleja la de fijar el valor de cada una de estas operaciones y discernir entre ellas cual es

la que nos ofrece mayores ventajas; por otra parte fundar las esperanzas de una acción eficaz en uno u otro de los métodos operatorios estudiados es sencillamente cometer un error terapeutico; pues el cuadro morbido no es tan sencillo debiéndose tener en cuenta otros elementos patológicos que acompañan o complican la retrodesviación siendo ordinariamente las metritis, las influencias anexiales o periuterinas y alteraciones del periné, de tal manera que únicamente cuando esos factores morbosos los hubiéramos corregido es que debemos esperar un beneficio cierto al corregir la situación anómala del útero.

La benignidad podemos decir que es un atributo innegable de toda esta clase de operaciones por los perfeccionamientos de la técnica operatoria basada sobre una esmerada asepsia; es este último factor el que ha alejado todo peligro en las intervenciones intraperitoneales; de manera que contando con una buena técnica y una estricta o si fuera posible absoluta asepsia, son incontrovertibles las ventajas de las intervenciones intraperitoneales, dándonos un campo de maniobras más amplio y poder examinar el estado anatomo-patológico de los órganos anexos, tratarlos si están afectados y destruir las adherencias periuterinas que inmovilizan a la matriz; de allí entonces que una intervención extraperitoneal será solo aplicada en los casos de

retrodesviaciones perfectamente movibles, donde se ha alejado toda posibilidad de lesiones anexiales o de adherencias aún laxas.

El Alquié-Alexander-Adams ha sido juzgado de diversas maneras, para unos la busca de los ligamentos redondos resulta fácil, para otros la dificultad sería muy seria por la subdivisión en haces tan tan tenues que dificultan su hallazgo.

Las operaciones directas o indirectas por vía vaginal tienen el grave inconveniente de la pequeñez de la brecha y lo reducido del campo, no siendo ajeno por otra parte el peligro de la proximidad de la vejiga y ureteres.

Un factor de capital importancia que no debe alegarse de la mente del operador es el porvenir de la mujer y la posibilidad de un embarazo cuya suerte ulterior es muy distinta según el tipo de intervención efectuada. Las vagino-fijaciones son las que nos ofrecen un pronóstico mas sombrío, por la creación de sólidas adherencias que aprisionan el útero impidiéndole la amplitud progresiva en el proceso de gestación, finalizando todos los trastornos dolorosos y mecánicos por el aborto y cuando tal cosa no ocurre tenemos la perspectiva de un parto distócico con todo su cortejo de inconvenientes y peligros. Iguales inconvenientes se han imputado a las fijaciones directas por vía abdominal aunque un poco menos frecuentes y me-

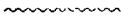
nos graves sus peligros. En cambio las fijaciones indirectas por vía abdominal dan los resultados mas halagadores y todas las estadísticas acusan un reducido número de trastornos ulteriores, siendo muy pocos los abortos atribuibles a ellas, escasos los dolores del embarazo y contadas las distocias. Escepcionalmente se ha visto después de un parto la vuelta al antiguo estado anómalo.

A las operaciones por vía abdominal, han acusado los partidarios de la vía vaginal la de producir hérnias post-operatorias por relajación de los tejidos cicatricionales, pero estos peligros son remotos cuando no ha habido supuración que debilite la pared o no se trate de personas muy obesas de paredes abdominales muy flácidas.

En mujeres que han traspuesto su vida genital fisiológica deben ser ejecutadas las histeropexias vaginales o abdominales.

Después de este estudio suscinto de los métodos quirúrgicos en el tratamiento de las retroposiciones y de esta disquisición terapéutica podríamos preguntarnos si se ha llegado a uniformar entre los ginecologos un criterio operatorio ya se trate de retrodesviaciones movibles o adherentes? ¿O es cierto como dicen muchos autores que la situación anomala no es la causa de las molestias que los lleva a aconsejar una operación que restituya el órgano a su posición normal?

Ese desacuerdo de opiniones ha de permanecer mucho tiempo en pié de controversia, acentuando mas la disparidad de criterios, el sustentamiento de nuevas ideas por algunos ilustres autores, que dicen encontrar en gran número de mujeres la «retroposición» sin acusar en su vida ningún pasado ginecológico y otros autores que se resisten a aceptar la «anteversión» como la posición normal.



IV

Conclusiones

I—El método de Alquié - Alexander - Adams, cuando se trata de una retrodesviación móvil es uno de los más indicados.

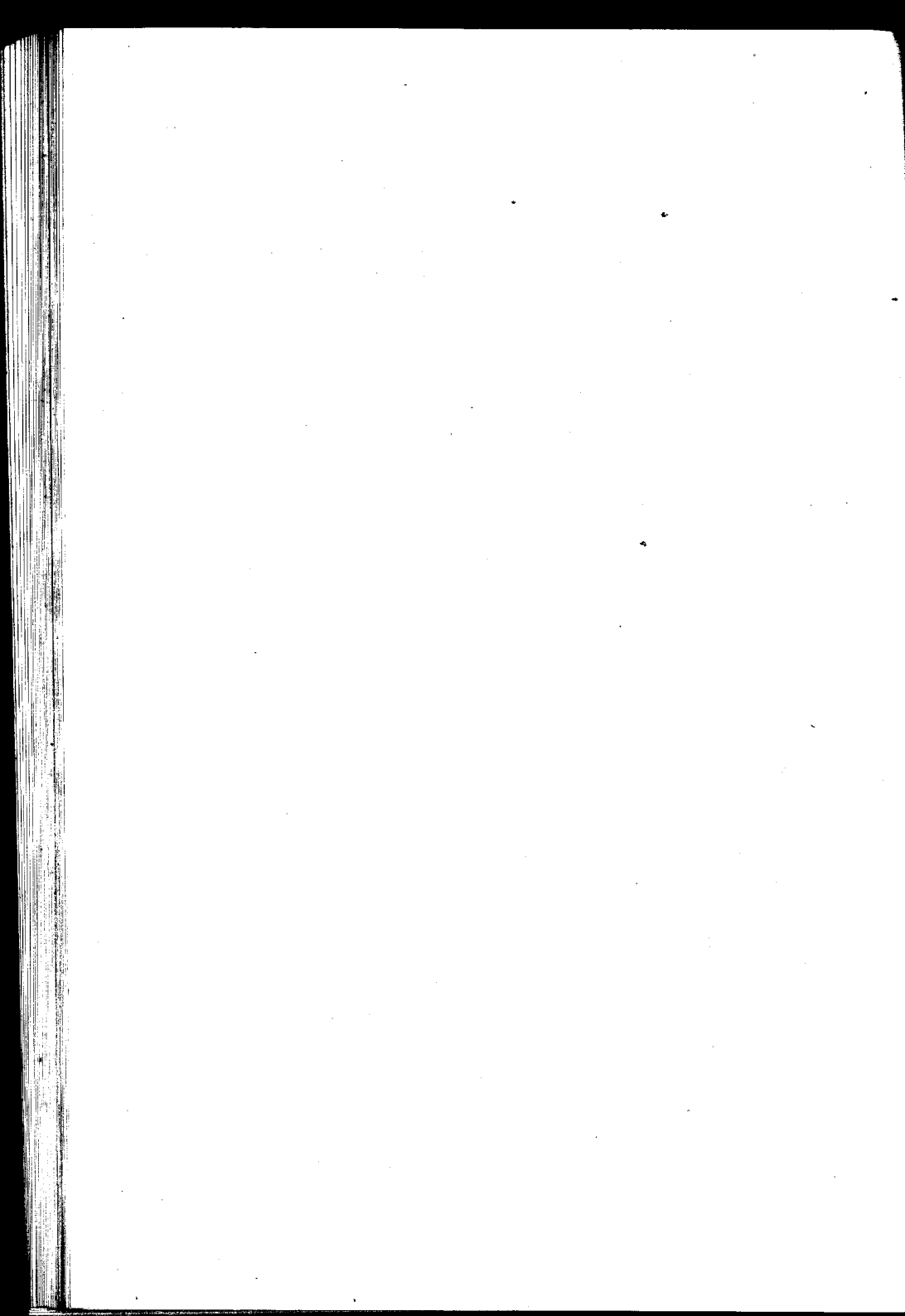
II—El método de Doleris - Caballero es el más indicado en las retroposiciones fijas o adherentes, sean o no acompañadas de lesiones anxiales; su bondad se debe:

1º.—A la benignidad puesto que ha sido excepcional una consecuencia desagradable.

2º.—Porque facilita el examen de las lesiones anxiales y permite tratarlas.

3º.—Porque restituye el órgano lo más aproximadamente a su posición normal.

4º.—Porque no obstaculiza la ampliación uterina en el embarazo.



Bibliografía

Autores extranjeros

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

Doleris.—Raccourcissement intraabdominal del ligamento redondo—Revista «La Ginecologia» 1898 VI vol.

Ruggi.—Sulla cura endoabdominale de alcuni spostamenti uterini.

Wylie.—Acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos—1886.

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

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

Schultze B.—Traité des desviations uterines—1883.

Hivet Gastón.—Contribution á l'étude du traitement des retrodesviations de l'utero par la raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds 1901.

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

Cugno Henry.—Contribution a l'étude des procédés de raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds.

Deroye Jean.—De la retroflección primitiva del útero.

Langes Ervin.—Eine neue methode der intra-peritonealen 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.

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

Caballero José M.—Neoinserción de los ligamentos redondos en las retrodesviaciones uterinas. 1907.

Díaz Carlos.—Retrodesviaciones uterinas. 1911.

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

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

Cazés Irigoyen A.—Retrodesviaciones del útero.—Tratamiento por la neoinversión—1904.

Podestá Juan C.—Retrodesviaciones uterinas.

Cirio Carlos.—Procedimiento del Dr. Bazterrica en el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.

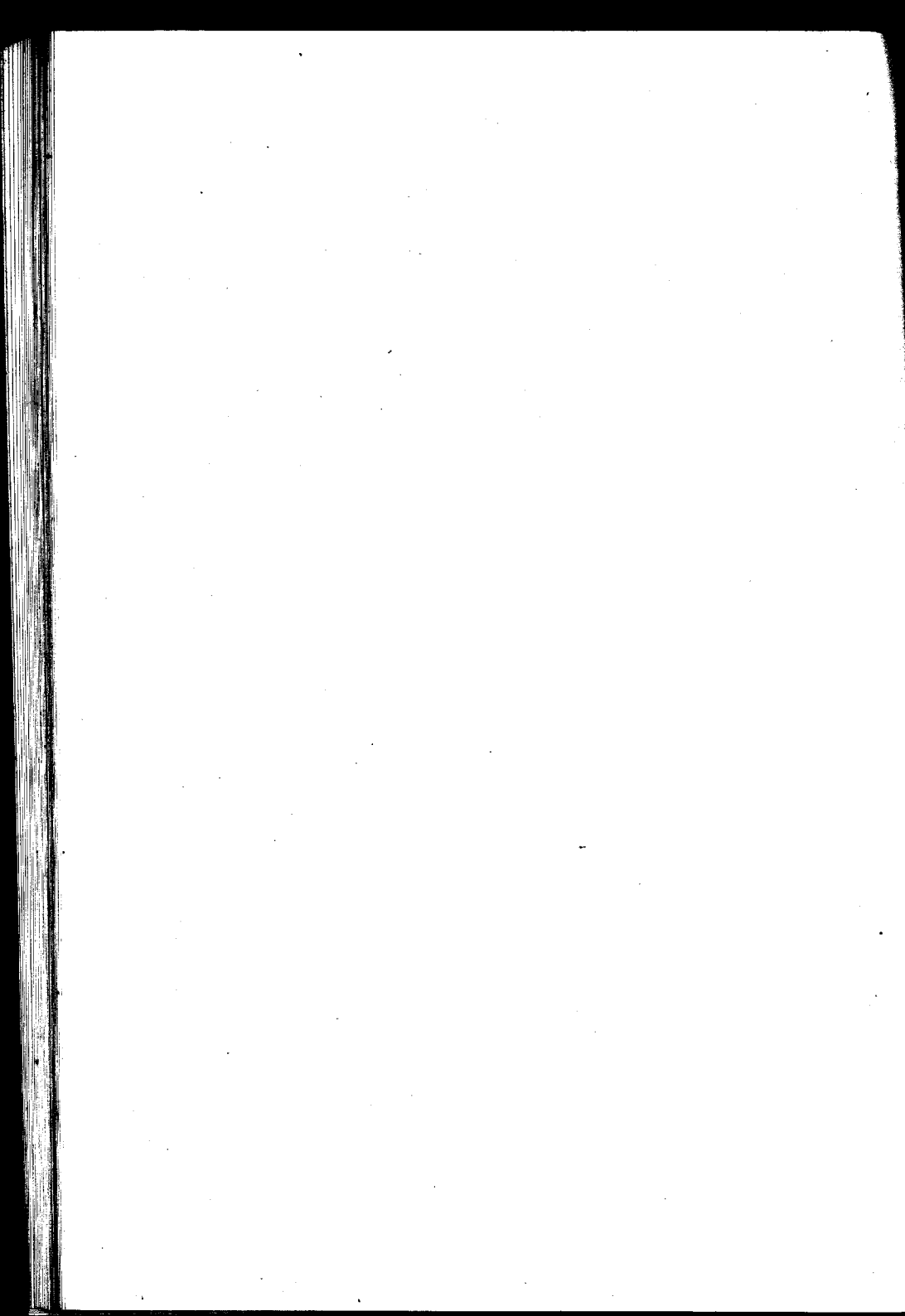
Bottaro O. D.—Procedimiento operatorio personal en las retroflexiones uterinas 1er. Cong. Nac. de Medic.

Piccardo Toribio J.—Retrodesviaciones uterinas —La Prensa Medic. Arg. Año III pág. 203.

Bulacio Eleodoro.—Retrodesviaciones uterinas—Ligamentopexia—Tesis.

Villanueva Eduardo.—Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.





Buenos Aires, Abril 21 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Osvaldo L. Bottaro para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

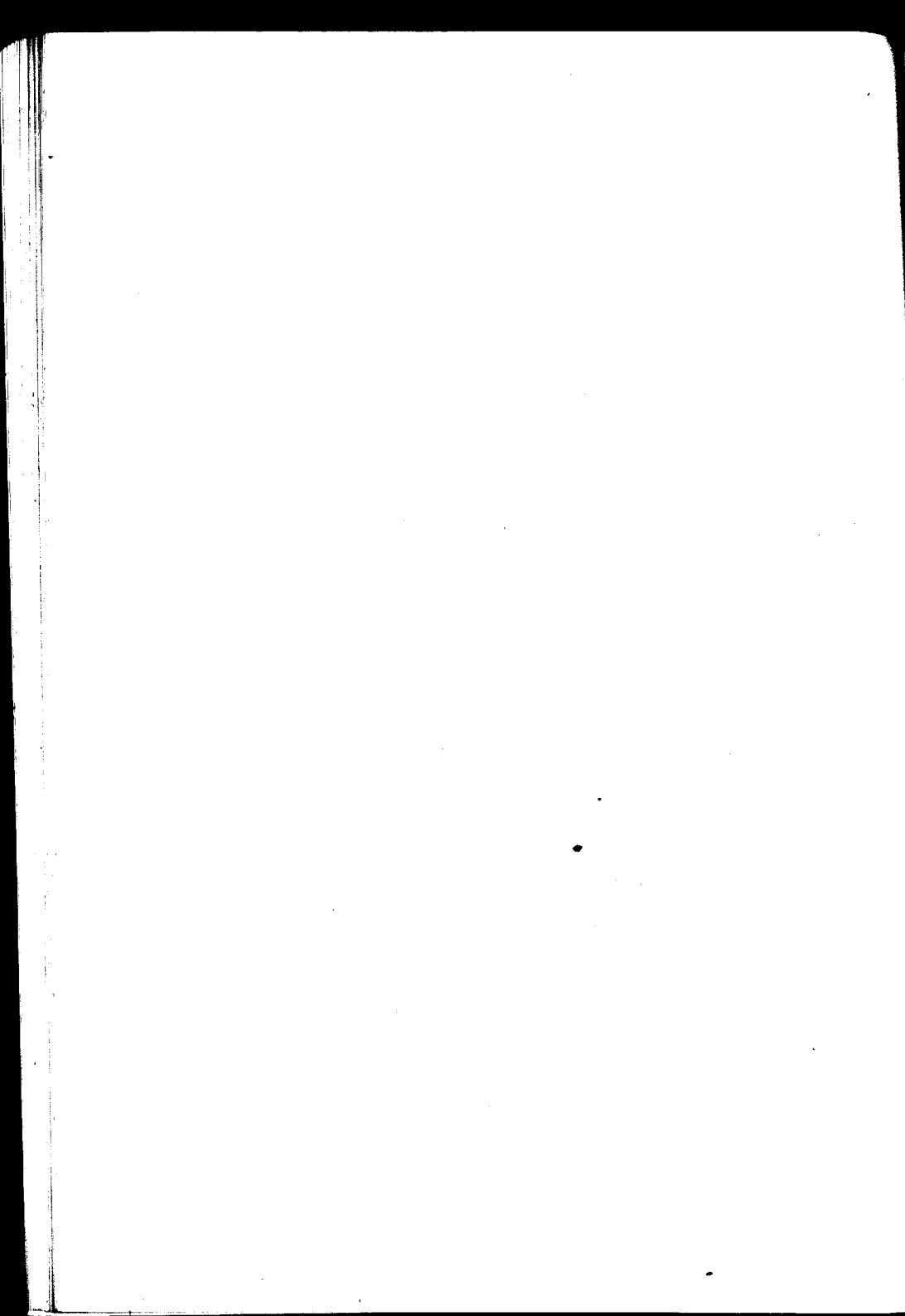
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Abril 27 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3391 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Causas y proporción de las retro-desviaciones en las nulíparas.

Eliseo Cantón.

II

El embarazo en las retro-desviaciones uterinas.

Ricardo S. Gómez.

III

a) ¿Qué experiencia clínica, *de orden práctico* informa su criterio personal y sus opiniones sobre los diversos procedimientos?

b) El procedimiento de ligamentopexia uterina por vía vaginal, que lleva el nombre del que firma, está *catalogado, expuesto y comentado*, con un criterio que el autor desea rebatir ampliamente.

Oswaldo L. Bottaro.



