

# CONSIDERAȚIUNI

ASUPRA

LIGAMENTOPEXIILOR ÎN TRATAMENTUL  
RETRODEVIAȚIUNILOR UTERINE,  
ÎN LEGĂTURA CU NOUL PROCEDEU  
AL PROFESORULUI CRISTEA GRIGORIU

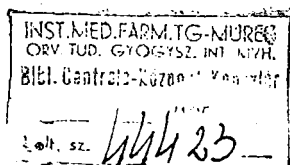
TEZĂ  
PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 29.8.1938

DE

**VIRGIL O. CATONA**

preparator e. b. la Clinica Ginecologică și Obstetricală  
fost extern titular al clinicilor Universitare.



24 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”  
1938

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

Decan : Prof. Dr. M. STURZA

Profesori :

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	" "	BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	" "	BENETATO GR.
Istoria Medicinii . . . . .	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	DRĂGOIU I.
Semiologie medicală . . . . .	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	" "	HAȚIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică . . . . .	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	" "	POP A.
Medicină operatoare }	" "	
Clinica Infantilă . . . . .	" "	POPOVICI GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	" "	POPOVICI GH.
Chimia medicală . . . . .	" "	SECĂREANU ȘT.
Balneologia . . . . .	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	" "	ȚEPOȘU E.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	" "	VASILIU T.
Igiena generală . . . . .	Agr.	ZOLOG M.
Fizică medicală . . . . .	Conf.	BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președintele tezei : Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU

Membrii : Prof. Dr. Al. Pop  
Prof. Dr. Buzoianu Gh.  
Prof. Dr. Bologa V.  
Prof. Dr. Benetato Gr.  
Supleant : Doc. Dr. Popoviciu T.

## CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL RETRODEVIAȚIUNILOR UTERINE.

Retrodeviațiunile uterine, prin tratamentul lor, au suscitât numeroase discuții și au dat loc la studii importante atât în societăți cât și în congrese. După ce s'a dovedit frecvența acestei afecțiuni de către Velpeau și elevii săi, mai ales, s'a luat obiceiul ca orice retrodeviațiune diagnosticată să fie sistematic redusă și operată. Inșă nu mult după aceasta din cauza complicațiilor a urmat reacțiunea și anume: s'a precizat că nu toate retrodeviațiunile erau justițiabile de operație chirurgicală.

Dela această dată, autorii au fost preocupați de precizarea indicației tratamentului chirurgical și s'au făcut sforțări să se găsească metoda de fixație ideală, care să se apropie mai mult de starea fiziologică și care să furnizeze rezultate anatomice și funcționale satisfăcătoare și să fie fără pericol din punct de vedere al sarcinilor ulterioare.

Numeroasele discuții cât și lucrările apărute în ultimii ani, denotă că încă nu s'a ajuns la metoda ideală de tratament a acestei afecțiuni.

*Indicațiile tratamentului chirurgical.* Lucrarea de față având ca obiect modalitățile chirurgicale de corectare a retrodeviațiilor, nu putem omite capitolul indicațiilor acestui fel de tratament, ca să nu cădem în greșeala extremismului chirurgical sau a universalității unei singure metode, când calea sângerândă este într'adevăr de preferat.

La diferite tipuri clinice răspund indicații terapeutice diferite. Din acest punct de vedere vechea clasificare ne convine: 1. retrodeviațiunile secundare cu evoluția unei tumori uterine sau anexiale; 2. retrodeviațiune fixată prin aderențe și în general asociată cu leziuni salpingiene sau peri-uterine; 3. retrodeviațiune

mobilă prin relaxarea ligamentară, fie congenitală sau câștigată, cu sau fără leziuni anexiale.

1. Retrodeviațiunea secundară, datorită unei tumori uterine sau anexiale, nu este decât un epifenomen și foarte deseori nu este recunoscută decât în timpul operației. În aceste cazuri pe lângă tratamentul leziunii cauzale trebuie să fixăm uterul, când rămâne pe loc, în bună poziție, ca o complectare a intervenției.

2. În retrodeviațiunea fixată, prin aderențe, viciul de poziție nu este elementul predominant al afecțiunii: ceace predominantă sunt leziunile inflamatorii din vecinătate sau leziunile salpingiene asociate. În aceste cazuri, se așteaptă răcirea complicațiilor inflamatorii, cu care de obicei dispar progresiv tulburările, cu toate că uterul rămâne în retrodeviațiune. Însă pentru a preîntâmpina recidivele, este obișnuit indispensabilă intervenția chirurgicală, operația are scopul să trateze leziunile anexiale: dacă starea lor necesită se face o hysterectomie subtotală; dacă leziunile salpingiene permit o operație conservatoare se face o pexie secundară. După cum zice Forgue: „Tratând anexele fără să ne ocupăm de uter, ar însemna să facem o operație tot atât de incompletă ca și când am redresa uterul fără a ne ocupa de anexele bolnave“.

3. *Retrodeviațiuni mobile*: Asupra acestor retrodeviațiuni părerile sunt foarte deosebite. Unii autorii operează toate retrodeviațiunile chiar și cele liniștite care se descoperă din întâmplare la un examen, — punând astfel bolnava în afara pericolelor viitoare, rezultate din această retrodeviațiune. (Cotte, 1923 la Congresul din Geneva).

Alții din contră nu operează decât dacă bolnava se plânge de dureri abdominale, aceasta fiind doctrina apărută de Schickele. „Nu este admisibil ca simplu fapt, de-a găsi un uter în retrodeviațiune să ajungă pentru a decide operația. Noi cunoaștem prea bine retrodeviațiunea congenitală și deviația pasageră a uterului pentru a ști că în majoritatea cazurilor, nici o intervenție nu este necesară“.

Alți autori în sfârșit, neagă orice importanță a retrodeviațiunilor. (Henneberg). Între opinii atât de diferite trebuie să alegem una mijlocie și să ne aducem aminte că nu există regulă absolută pentru fiecare categorie de retrodeviațiune. Fiecare bolnavă pune o problemă distinctă ce nu se poate rezolvi arbitrar. Totuși pentru schematizarea indicațiilor operatorii a retrode-

viațiunilor mobile trebuie să specificăm mai multe cazuri particulare.

a) Retrodeviațiuni mobile liniștite și latente fără nici o tulburare funcțională sunt justițiabile de un tratament local și general.

b) Retrodeviațiuni de după postpartum imediat pot fi corijate printr'un tratament precoce bine înțeles. Din acest tratament face parte decubitusul abdominal și kynesiterapia, și numai când aceste tratamente n'au dat nici un rezultat e necesară intervenția.

c) Retrodeviațiuni dureroase însă mobile și reductibile acestea sunt retrodeviațiuni pe care Richelet le-a descris sub numele de „forme primitive la neuro-artrite“, forme ameliorate prin tratament pur medical și numai în cazul eșecului acestei terapii se discută oportunitatea intervenției.

d) Dacă retrodeviațiunea este însoțită de simptome de metrită, e necesar să combatem această afecțiune.

e) Dacă retrodeviațiunea nu este decât o manifestare a unei proze viscerale generalizată, eficacitatea intervenției devine foarte discutabilă. Cu toate acestea la bolnavele unde se presupune că retrodeviațiunea este la originea tulburărilor psihice grave, intervenția chirurgicală devine legitimă și uneori salutară. (Schultze, Cronose și Cotte).

f) Când retrodeviațiunea pare a fi o cauză de sterilitate provocând avorturi repetate și când sifilisul nu este în cauză, intervenția chirurgicală este indicată.

g) În fine, în cazurile de retrodeviațiuni mobile nedureroase, însă cu o tendință mai mult sau mai puțin accentuată spre prolaps. În aceste cazuri pe lângă pexie, care ar fi insuficientă, trebuie să restabilim mijloacele de susținere inferioară a uterului printr'o colpo-perineorafie.

### **Tratamentul chirurgical.**

Intervențiunile chirurgicale propuse pentru a remedia retrodeviațiunile uterine sunt foarte numeroase; toate au un dublu scop: de-a reduce deviația și de-a menține această reducere fixând uterul în poziția sa normală. Valoarea respectivă a fiecărei din aceste operații este inegală și modul lor de acțiune foarte variabil, unele acționează direct asupra uterului, făcând o veritabilă hysteroplastie; acestea sunt operațiunile de redresare uterină.

Altele realizează fixarea uterului însuși; acestea sunt fixări directe sau hysteropexii. Altele însăfârșit, acționează fixând sau

scurtând ligamentele uterine; acestea sunt fixările indirecte sau ligamentopexiile.

I. *Operațiunile de redresare uterină* sunt astăzi complet abandonate. Amintim operația propusă de Ionescu pentru hysterectomie anterioară.

Doyen 1897 practică o operație diferită mulțumindu-se cu apropierea printr'o sutură a două puncte mai mult sau mai puțin îndepărtate, acționând asupra stratelor superficiale ale organului.

Apoi Elischer a descris un procedeu de redresare prin autoplastie.

Toate aceste operațiuni n'au intrat în practica curentă, ele au fost abandonate în profitul metodelor mai simple de hysterosau ligamentopexie.

II. *Fixațiunile directe sau hysteropexiile* se prezintă sub trei varietăți diferite.

a) hysteropexie vaginală unde uterul este fixat;

b) hysteropexie abdominală unde uterul e fixat la peretele abdominal;

c) hysteropexie pelviană (pelvică), unde uterul este fixat la fundul de sac peritoneal vezico-uterin.

A) *Hysteropexiile vaginale sau vaginofixațiile* se prezintă sub două varietăți, după cum ele se fac pe colul sau pe corpul uterului.

a) *Vaginofixațiile colului* sunt de dată destul de veche. Amintim în treacăt autorii care au preconizat diferite metode de acest fel: Pozzi, Amussat, Richelot, tatăl Byford, Doleris, Nicoletis. Toate aceste operațiuni sunt azi abandonate, nici unul din aceste procedee nedând un rezultat durabil.

b) *Vagino-fixațiile corpului* sunt operații ceva mai satisfăcătoare, cu toate acestea azi sunt abandonate. Principiul este simplu, fixarea peretelui anterior al corpului uterin la partea superioară a vaginului intervenind prin fundul de sac vaginal anterior.

Cităm procedeele lui Von Rabeneau; Schnecking (1888); Saenger; procedee ceva mai eficace sunt ale lui Duhrssen; Mackenrodt, preconizată și modificată de: Le Dentu și Pichevin.

3. *Hysteropexiile abdominale* numite și gastro-pexii sau retro-fixațiuni, au de scop de-a fixa direct uterul la peretele abdominal. Principiul hysteropexiei abdominale este datorit lui Koerberle, care la 1868 după ce extirpase o trompă și un ovar

într'un caz de retroflexie complicată cu o obstrucție intestinală, a avut fericita idee de-a menține uterul în bună poziție prin fixarea directă a pediculului anexial de peretele abdominal.

Apoi Lawson-Tait execută pentru prima oară fixarea fundului uterin de peretele abdominal, constituind veritabila hysteropexie abdominală. Olhausen este autorul care a precizat tehnica și-a contribuit larg la vulgarizarea metodei imginată de Lawson-Tait.

De atunci procedeele se înmulțesc.

Semnalăm procedeele de hysteropexie extraperitoneală (Caneva, Assaky, Vaton).

Principiul hysteropexiei abdominale este următorul:

După deschiderea peretelui printr'o laparatomie mediană, înainte de fixarea uterului, explorăm cu grije cavitatea pelviană, eliberăm aderențele, tratăm leziunile anexiale, apoi redresăm uterul. Putem întrebuița diferite procedee de hysteropexie.

a) *fixarea indirectă* (Koeberle, Klotz).

b) *fixarea indirectă laterală* (Olhausen, Sanger).

c) *fixarea mediană* este procedeul cel mai obișnuit care poate fi executat în mai multe feluri. (Leopold, Czerny, procedeul lui Terrier, Pozzi).

(Legneu a descris o sutură puțin diferită, el traversează fața anterioară a uterului dedesubtul fundului prin 3 fire de mătase, străbătându-l transversal în etaj dublu și ale căror 2 capete sunt de fiecare parte trecute izolat prin perete și înodate unul de altul; incizia periclitată fiind închisă prin 3 planuri de sutură).

Toate aceste procedee permit o fixare solidă și se opune completamente la scoborârea uterului, dar ele prezintă serioase inconveniente din punct de vedere al sarcinei. Pentru a permite ca sarcina să evolueze fără incidente, corpul uterului trebuie să rămână liber.

*Hysteropexia pelvică* a fost descrisă de Pestalozza la congresul de Obstretică și Ginecologie din 1906; după care numeroși autori au insistat asupra valorii acestui procedeu. El are drept scop de-a aduce fundul uterin în poziție normală prin reducerea fundului de sac vezico-uterin.

Procedeul Pestalozza găsește indicațiile sale în tratamentul retrodeviațiunilor cu cistocel vezical, fiind tras în sus prin acest procedeu.

III. *Fixațiile indirecte sau ligamento-pexiile*. Au drept scop

redresarea uterului și de a-l menține în această poziție aproape normală, realizând o scurtare artificială a ligamentelor sale suspensoare pe care le vom atașa după aceea solid la perete. Operația se poate executa pe ligamentele rotunde, ligamentele largi sau ligamentele utero-sacrate. Intervențiile prin plicatura ligamentelor largi și ligamentelor utero-sacrate sunt puțin utilizate (în Franța) și noi numai le vom semnală.

*Scurtarea ligamentelor largi* este o metodă destul de complicată și foarte nesigură în rezultate pentru a fi recomandată. Se poate face plicatura anterioară a ligamentelor sau plicatura posterioară (Lawson-Tait; Imlach; Koch; Coffey).

*Scurtarea ligamentelor utero-sacrate* pe cale abdominală propusă de Kelly și realizată de Bovee și Noble, utilizând plicatura izolată a fiecărui ligament utero-sacrat sau avivând și suturând prin mai multe puncte partea cea mai apropiată de uter pe fața porțiunii a acestui organ. Violet practică scurtarea ligamentelor utero-sacrate, asociată cu o ligamentopexie abdominală. Alți autori utilizează calea vaginală.

Însă aceste operații nu se bucură de mare favoare și sunt părăsite în favoarea intervențiilor pe ligamentul rotund care apare în prezent ca metoda salutară pentru corectarea retrodeviațiunilor ireductibile sau recidivante. S'a încercat succesiv scurtarea acestor ligamente, fie în traectul intraperitoneal, fie în afara abdomenului, putând utiliza deci calea vaginală și calea abdominală.

A) *Scurtarea ligamentelor rotunde pe cale inghinală.* Principiul e simplu și anatomic: se descoperă de fiecare parte ligamentul rotund la nivelul orificiului extern al canalului inghinal, se trage înapoi și se scurtează, fixându-se astfel fundul uterului la peretele abdominal anterior.

Această intervenție a fost imaginată de Alquié (1840), fiind executată numai în 1881 de Alexander apoi de Adams.

Technica are 3 timpi: I. căutarea ligamentelor la nivelul orificiului extern al canalului inghinal. După ce cele 2 ligamente au fost net liberate se procedează la timpul II: redresarea uterului, care se face trăgând încet și cu grijă de ligamentele rotunde, iar în acelaș timp un ajutor, prin vagin împinge uterul înainte. Al III-a timp: adecă fixarea ligamentelor rotunde bine trase în afară, se face fixând prin o serie de puncte separate sau prin surjet cu catgut, prinzând în acelaș timp cele 2 buze ale canalului inghinal și ligamentului rotund, restul ligamentelor rotunde fiind resecat.



Ulterior s'au adus numeroase modificări de detaliu.

Această operație este deci simplă, elegantă și inofensivă, însă ea poate deveni în unele circumstanțe mai nesigură iar rezultatele îndepărtate să îndreptățească unele obiecțiuni. Astfel: dificultatea descoperirii ligamentelor rotunde nu este excepțională; ruptura ligamentelor rotunde a fost deasemenea semnalată mai ales în unele cazuri de fragilitate particulară: degenerescență grăsoasă; exagerarea flexiunii prin tensiune ligamentară se poate produce; însă cea mai gravă acuză adusă acestei operații este de a fi limitată în indicații. Intr'adevăr ea este indicată numai în retrodeviațiuni simple și foarte mobile, fiind contra indicată în retrodeviațiuni aderente sau complicate cu anexite, ea nepermițând nici o intervenție asupra leziunilor concomitente.

B) *Scurtarea și pexia ligamentară pe cale abdominală.*

Multe din aceste neajunsuri sunt înlăturate de procedeele cari au de scop scurtarea și pexia ligamentelor pe cale abdominală, având pe lângă aceasta avantajul de a permite examenul cavității pelviene și de a suprima aderențele și toate leziunile anexiale, înainte de reducerea retrodeviațiunilor și fixarea uterului. Aceste intervenții se împart în 2 grupe (metode) diferite: a) simpla plicătură asociată sau nu de sutura la uter, sau b) pliă cătură ligamentară cu suspensia la peretele abdominal realizând o ligamentopexie abdominală.

a) În prima categorie avem mai multe procedee: Wylie a fost I-ul care a practicat plicătura ligamentară; Dudley asociază plicătura cu sutura la partea vecină a uterului: ligamentul rotund avivat și plisat la nivelul inserției sale pe cornul uterin este fixat apoi de peretele anterior al uterului, prealabil avivat prin mai multe puncte de sutură. Are însă inconvenientul că coboară prea mult punctele de inserție ale ligamentelor rotunde.

Dartigue (1906) descrie un procedeu de fixare retrouterină a ligamentelor rotunde, realizată deja de Baldy (1903). Această operație consistă în fixarea ligamentelor rotunde unul de altul înapoia uterului, după ce au fost aduse prin transfixie dedesubtul inserțiilor tubare, justificând numele de „ligamentopexie retrouterină și sub-tubo-ovariană“. Vârful celor 2 plicături este avivat și solidarizat prin o sutură transfixiantă și pentru a evita alunecarea câteva puncte separate, fixează în acelaș timp cele 2 anse la peretele posterior al uterului. Uterul este astfel susținut și redresat printr'o veritabilă chingă, care trece înapoia lui tră-

gându-l spre simfiză. Însă trebuie să avem grijă ca sutura să fie plasată la un nivel bun, căci dacă e prea jos (chinga) retrodeviațiunea poate să se reproducă pe deasupra, iar dacă e prea de sus poate cauza anteflexie uterină. Aceste procedee pot da rezultate imediate excelente, însă nu sunt indicate ca tratament tip al retrodeviațiunilor, căci nu dau din punct de vedere al recidivelor o securitate completă. Tracțiunea exercitându-se asupra porțiunii terminale inghino-pubiene a ligamentelor rotunde, acestea se pot alungi indefinit, fiind porțiunea cea mai puțin rezistentă și să reproducă astfel retrodeviațiunea. De aceea se preferă procedeele de suspensie prin porțiunea intermediară a ligamentelor rotunde: (Ligamentopexiile).

La congresul al V-lea de ginecologie francez, ținut la Paris în Mai 1936, E. Alfieri, (Milano) expune o nouă metodă personală de *scurtarea ligamentelor rotunde pentru tratamentul retrodeviațiunilor uterine*. Această operație a fost aplicată în mai mult de 500 cazuri, obținând după afirmațiile autorului totdeauna rezultate bune, atât imediate cât și îndepărtate; recidivele sunt foarte puține, iar sarcina evoluând fără inconveniente. Metoda se bazează pe principiul redublării fixațiunii ligamentelor rotunde la fundul uterin, scurtându-le simultan în lungimea lor, în așa fel încât fundul uterului să fie împins înainte, menținându-i un oarecare grad de mobilitate.

Noua joncțiune cu uterul este obținută antrenând porțiunea periferică a ligamentului rotund într'un tunel, făcut în grosimea peretelui posterior al uterului printr'un ac-pensă specială.

b) *Ligamentopexia* constă în scurtarea ligamentelor rotunde tracționându-le și fixându-le la peretele abdominal anterior. Beck a fost primul care a descris (1897) o tehnică de ligamentopexie la congresul din Moscova. Acest procedeu constă din (avivarea) scurtarea în partea lor mijlocie a ligamentelor rotunde pe o porțiune de câțiva cm., după care se reface peretele abdominal în 2 straturi, unul peritoneal și altul musculo-aponevrotic, porțiunea suturată a ligamentului rămânând înafara lor, situată fiind în țesutul celular subcutanat. Acest procedeu este punctul de plecare pentru alte metode, dintre care pe cele mai importante le vom descrie în cele ce urmează:

Astfel este procedeuul lui Gilliam care trece un fir de mătase pe sub ligamentul rotund la câțiva cm. de inserția lui pe cornul uterin, după gradul de mobilitate al uterului, apoi trece prin pe

ritoneu și stratul musculo-aponevrotic după care se reîntoarce prin aceleași straturi însă la o oarecare distanță de punctul de urgență. Se procedează la fel de partea opusă. Acest procedeu are inconvenientul că dă aderențe prin denudarea seroasei celor două suprafețe de contact.

Operația descrisă sub numele de procedeu lui Doleris pare a fi procedeu cel mai bun (ales) și mai întrebuițat azi. Perfecționarea tehnicii aparține în măsură aporape egală lui Forgue și Gosset.

Se face o incizie transversală supra-pubiană cu convexitate inferioară, trecând de preferință prin mijlocul foliculilor piloși, se secționează vertical linia albă și peritoneul parietal pe o întindere scurtă; incizia aponevrotică nu descinde până la pube. După liberarea aderențelor și redresarea uterului, se face un tunel intra parietal prin mușchii dreپți abdominali, la câțiva cm. deasupra marginii superioare a pubelui și la 1 cm. înafara liniei mediane, incizând cu bisturiul teaca dreptilor și cu o pensă Kocher traversăm peretele muscular prin această butonieră perforând peritoneul; cu pensa apucăm ligamentul rotund la 4 cm. de cornul uterin și îl scoatem prin tunelul de transfixie intraparietal până la exterior, unde formează o ansă regulată. Cele 2 anse ligamentare trebuiesc să fie plasate foarte simetric, ele trebuiesc exteriorizate în mod egal, pentru ca fundul uterului să nu balanseze și să nu fie prea scurte pentru a evita tracțiunile. Apoi fiecare ansă e fixată cu câteva puncte de sutură la orificiul aponevrotic prin care ese, sau ele pot pe lângă asta să fie fixate una de alta înaintea planului aponevrotic. (Bădescu).

Făcând tracțiunea ligamentului rotund la exterior, trebuie să evităm antrenarea unei porțiuni a trompei, ca să nu ne expună la complicații (salpingită purulentă).

Prin acest procedeu fundul uterului vine în contact cu peretele abdominal însă rămâne liber, mobil și susceptibil de a se desvolta în caz de graviditate.

Rezultatele sunt obișnuit, favorabile; uneori însă sub greutatea uterului ligamentele rotunde se alungesc și uterul nu își mai conservă o pozițiune satisfăcătoare.

Un alt procedeu, a lui *Dartigue* permite asocierea laparotomiei suprapubiene transversale cu o ligamentopexie extraperitoneală după metoda Alguié-Alex; acest procedeu are un dublu avantaj: el permite explorarea anexelor și redresarea uterului

sub controlul vederii, el dă un rezultat anatomic destul de apropiat celui normal. Se face o laparatomie mediană suprapubiană după o incizie cutanată transversală. Se examinează uterul și anexele, apoi se incizează larg părțile anterioare al canalului inghinal, se descoperă ligamentul rotund și se tracționează creindu-se astfel o ansă de fiecare parte. Când cele 2 anse sunt în contact se solidarizează cu câteva puncte de sutură, se fixează ligamentul rotund la orificiul superficial al canalului inghinal al cărui perete anterior îl reconstituim solid.

În acest procedeu, traectul intraperitoneal al ligamentului rotund este absolut normal, însă tehnica fiind puțin prea lungă față de Doleris operația rămâne puțin întrebunțată.

Simpson, după laparatomie mediană subinghinală și reducerea retrodeviațiunii face o puncție cu bisturiul a aponevrozei marelui oblic la 1 cm. de linia mediană, către partea inferioară a inciziei, se angajează în această deschidere o pensă curbă care este împinsă oblic în perete prin m. drept, sub peritoneu, până la nivelul orificiului intern al canalului inghinal. Se face apoi o mișcare cu pensa în așa fel încât să-i dirijem vârful către partea mediană a cavității pelviene, urmărind ligamentul rotund până la porțiunea mijlocie; aici se perforază peritoneul, se deschide pensa și se prinde ligamentul rotund într'un punct mai mult sau mai puțin îndepărtat de uter după gradul retrodeviațiunii. Se scoate apoi pensa încet și cu ea și ansa ligamentului prin tunelul parietal, unde se fixează la nivelul planurilor superficiale cu 2 fire și se închid în butoniera aponevrotică. Se face la fel și de partea opusă.

Apoi *Vander Alst* descrie un procedeu personal în care asociază hysteropexia pelvică a lui Pestalozza cu scurtarea ligamentului rotund prin plicătura în canalul inghinal.

Avantajele acestui procedeu ar fi: scurtând ligamentul rotund în traectul lor inghinal ele respectă tracțiunea normală asupra uterului și permite evoluția ușoară în cazul unei sarcini, conservă ligamentului rotund vitalitatea și contractibilitatea. În crucișarea ligamentului rotund pe linia mediană, care determină adesea tracțiuni dureroase în cazul unei gravidități este astfel evitată.

### Valoarea comparativă a diferitelor procedee.

Studiul tratamentului retrodeviațiunilor uterine arată că nu suntem desarmați față de această afecțiune, dar totodată multiplicitatea procedeeleor ce se aplică demonstrează lipsa unei metode apropiate de ideal terapeutic. În fața lor chirurgul trebuie să discearnă și să aleagă apoi, având în vedere particularitatea fiecărui caz, cât și rezultatul îndepărtat.

*Vagino-fixațiunile*, s'au bucurat la început de oarecare faoare însă pericolele pe cari le prezintă, dificultățile de execuție și mai ales incertitudinea rezultatelor le-au discreditat. Azi majoritatea autorilor tind a-le abandona complet. Unul din cele mai serioase reproșuri este turburarea gravă pe care poate să o aducă în caz de graviditate sau naștere. Proporția avorturilor este foarte ridicată: Demelin fixează 21%, Küstner 37%. În ce privește prognosticul nașterilor e mai grav: nașteri anormale foarte frecvente (20% operație casriană Rieck). Deci nu sunt indicate decât la femeile cari nu mai pot avea copii.

*Hysteropexiile abdominale*, nu prezintă inconveniente așa de serioase ca vagino-fixațiile, din contra ele prezintă printre altele avantajul că permit aprecierea exactă și tratarea leziunilor asociate atât de frecvente retrodeviațiunilor, și de a reduce corect retroflexiile aderente. Cu toate acestea sau adus diferite obiecțiuni. Astfel *turburările vesicale* secundare intervenției (dureri vesicale, retenție de urină) care se pot observa după operație, dispar rapid. Mai serioase sunt ocluziile intestinale, cari se observă după hysteropexii, intestinul strangulându-se între perețele anterior al abdomenului și uter fie pe de desubt fie printre punctele de fixare ale uterului. În realitate aceste accidente sunt rare și nu trebuie să împietzeze asupra rezultatelor terapeutice adesea excelente.

Hysteropexia abdominală realizează o fixare solidă și durabilă și recidivele sunt rare, ceea ce dovedesc și statisticele: Ernst citează 3 cazuri de recidive pentru un total de 354; Muret citează 9 cazuri din 133 operație; Borger semnalează 3,1% de cazuri de recidivă.

În ce privește aderențele ce se observă după hysteropexii ele variază: unde sunt subțiri și extensibile permițând o oarecare mobilitate, altele din contră sunt întinse și rezistente constituind un adevărat pericol din punct de vedere obstetrical.

Însă cea mai serioasă obiecțiune adusă acestui procedeu este de a fi incompatibil la dezvoltarea unei gravidității. Asupra acestei chestiuni s'a discutat adesea:

Unii autori combat hysteropexia acuzând-o de favorizarea avortului și determinarea de accidente de distocie gravă în urma nașterii. Proporția de accidente în realitate este de 10—22% (Forgue Massabrian). De cele mai multe ori hysteropexia nu împiedică evoluția completă a sarcinii dar provoacă tracțiuni, dureri și accidente la naștere: Villeneuve găsește pe un total de 154 sarcini, 64 cu turburări produse de complicații. Dacă există aderențe intime și foarte solide ale fundului uterului cu peretele abdominal, corpul uterului este în anteversie exagerată și în caz de graviditate se dezvoltă mai mult peretele posterior, deformându-se, marele ax devine transversal și prezentările vicioase ale fătului vor fi vicioase, determinând accidente distocice cu nașteri prelungite și uneori rupturi uterine, iar după naștere se observă adesea retența placentei sau hemoragii prin atomie uterină.

Procedeu de hysteropexie istmică al lui Delbet și Caraven permite libera dezvoltare a uterului și reduce considerabil pericolele hysteropexiei.

Actualmente majoritatea autorilor dau preferință *ligamentopexiilor*, și în special *fixațiilor* prin intermediul ligamentului rotund.

*Scurtările ligamentelor rotunde prin plicatură simplă* au o valoare nesigură datorită faptului că uterul este fixat prin partea cea mai subțire a ligamentului rotund, care astfel se poate întinde și retrodeviațiunea recidivează. Cu toate acestea s'au observat rezultate bune mai ales cu procedeu *Dartigues-Baldy*.

Procedeu *Alquié-Alexander-Adams*, aplicat numai în cazurile de retrodeviațiuni mobile, realizează o bună fixare a uterului. Statisticile sunt favorabile (Doleris, Pierre Delbet). Recidivele cari se observă, în special după nașteri, sunt în proporție de 8% (Riefferschied), 14,4% (Fuchs), 9% Pozzi), 12% (Borger). Trebuie să remarcăm că rezultatele obsteticeale sunt net superioare ventro-fixației, operația necompromițând evoluția sarcinii, uterul evoluând normal, ligamentele alungindu-se urmând creșterea uterului.

Procedeu *lui Doleris* constituie o intervenție excelentă care pentru rațiuni fiziologice și anatomice pare să aibă favorabilă majorității gynecologilor. El realizează o fixare solidă a uterului.

ligamentul rotund fiind (legat) prins la peretele abdominal, prin porțiunea sa cea mai rezistentă, lăsând, uterului o oarecare mobilitate, opunându-se totuși unei recidive. Aproape toate statisticele adevăresc valoarea anatomică și funcțională (Barnsby, Doleris, Forgue, Hautelette).

Rezultatele obstetricale sunt deasemenea excelente. Acest procedeu permite nu numai fecundarea, în caz de sterilitate datorită retrodeviațiilor, ci și dezvoltarea normală a sarcinei și naștere normală fără frică de recidivă. Uterul fiind fixat prin anexele naturale, (mărirea) creșterea lui se face normal, pericolul avortului neexistând. În ceea ce privește distocia ea este foarte rară.

Acest procedeu dă rezultate excelente în cazurile de sterilitate datorită retrodeviațiilor. Ligamentopexia după Doleris poate fi urmată rapid de o sarcină în multe cazuri de sterilitate, fiind o adevărată operație eugenică.



## INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE PROCEDEULUI DE LIGAMENTOPEXIE INTRAABDOMINALA A PROF. DR. CRISTEA GRIGORIU

Prin faptul că acest procedeu restabilește perfect statica și pozițiunea fiziologică a uterului, lucru care prin procedeul Doleris nu se întâmplă în totdeauna, se poate aplica în toate cazurile de retroversie sau retroflexie uterină.

După cum dovedește și cazuistica expusă mai departe acest procedeu se poate aplica cu rezultate excelente în toate retrodeviațiunile, fie fixate, fie mobile, chiar și în cazurile de anexite uni- sau bilaterale, nici o afecțiune de vecinătate asociată nu constituie o contra indicație, toate retrodeviațiunile fiind justifiabile de această intervenție.

---



## TRATAMENTUL RETRODEVIAȚIILOR UTERINE PRIN LIGAMENTOPEXIA TRANSMEZOSALPINGIANA DUPĂ PROF. GRIGORIU

În principiu această operație este o ligamentopexie intra-abdominală. Se deosebește însă de celelalte prin faptul că fixarea ligamentului rotund nu se face ca în procedeele anterioare (Baldy-Dartigues), prin unul sau mai multe fire de sutură pe peretele posterior al uterului, ci se caută să se formeze o mică lojă sângerândă pe peretele posterior al uterului, prin crearea unui mic lambou muscular din masa superficială a peretelui uterin. În această lojă se introduce și se fixează ligamentul rotund, în așa fel încât rămâne imobilizat sub acest lambou, care se resuturează la locul lui pe uter prin câteva fire, întărind cu aceasta fixarea ligamentelor și reconstituind aproape o „restituție ad integrum” a continuității peretelui uterin. Acolo unde nu avem suprafață suficientă pentru croirea ambelor lambouri față în față, unul se face mai sus altul mai jos.

Prin fixarea ligamentelor rotunde în acest fel, acest procedeu al Prof. Grigoriu suntem convinși că prezintă maximul de garanție pentru durabilitatea operației.

*Technica operatorie*, este simplă: se face laparatomie mediană subombilicală. Apoi prin transfixie cu ajutorul unei pense prin mesosalpinx dinapoi înainte, prindem ligamentul rotund aproximativ la mijlocul lui și îl aducem pe peretele posterior al uterului (vezi fig. No. 1), se procedează apoi la facerea lambourilor musculare (fig. No. 2) depe peretele posterior al uterului. Trecem apoi lamboul muscular printr'o breșă făcută în meso-ul ansei ligamentului rotund (vezi fig. No. 3). Apoi după ce am așezat ligamentul în loja sângerândă sub lamboul respectiv, îl fixăm pe acesta din urmă (lamboul) la locul lui pe peretele uterin. Se închide apoi peretele abdominal în cele 3 straturi obișnuite.

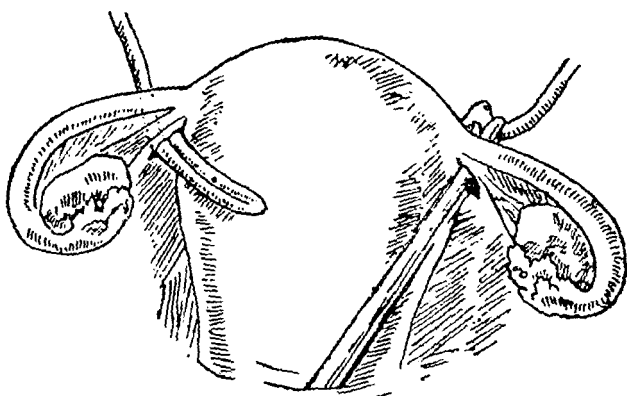


Fig. 1.

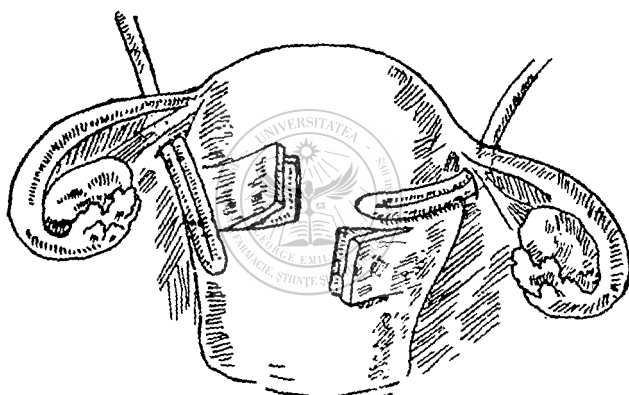


Fig. 2.

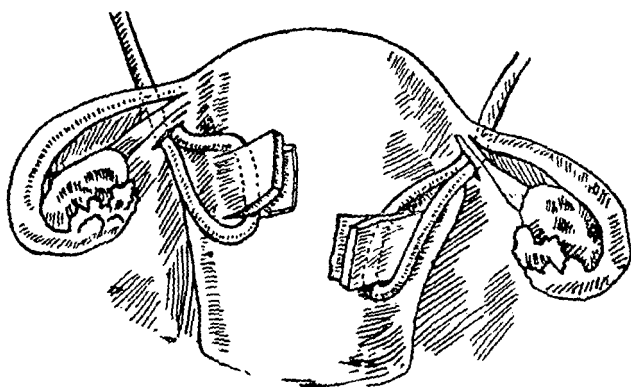


Fig. 3.

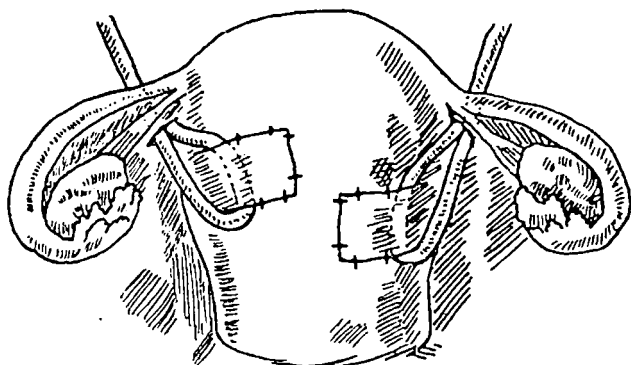


Fig. 4.

Complicații post-operatorii până în prezent nu s'au observat. Numărul cazurilor operate fiind până în prezent de 38, iar cel mai vechiu de un an jumătate (Dec. 1936).

Datorită faptului că formarea lamboului nu lezează decât superficial musculatura uterului, (câțiva mm. în profunzime, și  $1/2$ —1 cm. lungime și lățime) care după suturare se restabilește, nu are nici un inconvenient în timpul sarcinii sau al facerii.

## Câteva observațiuni din serviciul Clinicii Gynecologice și Obstetricale din Cluj.

Dintre cele peste 30 cazuri operate pentru retrodeviațiune uterină prin noul procedeu de ligamentopexie al Prof. Grigoriu, voi descrie unele pentru a ilustra diferitele forme de cazuri precum și rezultatul operației.

*Bolnava P. N.:* de 35 ani, 8 nașteri spontane, la termen, ultima înainte cu 6 ani. Un avort spontan l. IV, înainte cu 9 ani. De 4 ani bolnava are dureri localizate în fosa iliacă dreaptă și la nivelul sacrului care se accentuează la efort. În acelaș timp bolnava prezintă și constipație precum și fluor alb. Toate acestea o determină să consulte serviciul Clinicii Gynecologice din Cluj.

Se pune diagnosticul de retrodeviațiune uterină și anexită bilaterală. Bolnava mai prezintă și ulcer gastric confirmat radiologic.

Se operează în ziua de 2. II. 1937. Se desface aderențele după care se face o ligamentopexie transmeso-salpingiană după procedeu Prof. Grigoriu.

Mersul post operator decurge absolut normal. După 9 zile se scot firele, plaga abdominală fiind vindecată per primam.

La 13. II, bolnava părăsește clinica cmoplect vindecată după ce a fost controlată, uterul găsiindu-se în anteversie flexie. (Grigoriu).

*Bolnava R. R.* de 40 ani, 4 nașteri; spontane la termen ultima înainte cu 6 ani; 5 avorturi spontane ultimul înainte cu 3 ani (l. II-a; l. IV.  $\frac{1}{2}$ ; l. V-a; l. III-a; l. III.  $\frac{1}{2}$ ). De 4 săptămâni are dureri în fosa iliacă dreaptă și lombe, are ușoare grețuri și vărsături, ușoare ascensiuni termice. Consultă serviciul clinicii punându-se dg.: *uter în retro-versie-flexie mobilă.*

Operația în ziua de 11. II. 1937. Ligamentopexie transmeso-salpingiană procedeu Prof. Grigoriu.

Mersul post operator decurge normal în ziua de 22 II. se scot firele, plaga vindecându-se per primam.

La 12 zile după intervenție a primit o flebită care o ține până în 17 Aprilie când părăsește clinica. Înainte de plecare se controlează uterul care este în hiperanteversie flexie.

*Bolnava C. F.* 25 ani o naștere spontană la termen, înainte cu 6 ani, nici un avort. De un an are dureri în etajul abdominal inferior și lombe ce se accentuează în timpul menstruației. Ușoară leucoree. Vine la clinică unde se pune diagnosticul: retroversie flexie mobilă, tumoare chistică a ovarului stâng de mărimea unei mandarine. Operația în ziua de 14 Mai 1937. Extirparea chistului; spalpingectomie stângă, ligamentopexie procedeu Prof. Grigoriu.

Mersul post operator în condițiuni bune. Plaga abdominală se vindecă primam. Bolnava pleacă acasă pentru 16 zile dela operație. Peste 2 luni vine la control: uterul în hiperanteversie flexie.

*Bolnava Z. S.* 26 ani o naștere la termen prin forceps înainte cu 11 luni. Nici un avort. Dela naștere grea prin forceps bolnava are incontinență de fecale și urină. Se prezintă la ambulanța clinicei Gynecologice și Obstetricale din Cluj punându-se diagnosticul: ruptură completă a perineului, uter în retroversie flexie mobilă, ușoară parametrită.

Operația se face în ziua de 26 VI. 1937, făcându-i-se ligamentopexie transmesosalpingiană după Prof. Grigoriu, sutura rectului și a sfincterului anal, colpoperineorafie posterioară.

Bolnava pleacă acasă vindecată în ziua de 7 August 1937. Înainte de plecare se controlează poziția uterului care este în hiperanteversie flexie.

*Bolnava V. I.* 42 ani: 4 nașteri spontane și la termen ultima înainte cu 14 ani. N'a avut nici un avort. De 2 ani prezintă dureri în fosa iliacă stângă în lombe și etajul inferior abdominal însoțite de ușoare grețuri. De un an simptomele se accentuează pentru care fapt bolnava consultă serviciul clinicei noastre. Se pune diagnosticul: degenerescență chistică a ovarului stâng uter în retroversie flexie fixată.

Se face operația: Anexectomie stângă și ligamentopexie transmesosalpingiană după procedeu Prof. Grigoriu, în ziua de 2 Iulie 1937.

Decursul postoperator este absolut normal. Bolnava pleacă acasă în ziua de 13 Iulie.

Se face controlul poziției uterului, care este în o ușoară hyperanteversie flexie.

*Bolnava Cs. I.* de 32 ani. A avut 8 nașteri spontane și la termen, ultima fiind înainte cu 8 luni. Dela ultima naștere întâmplată înainte cu 8 luni, bolnava prezintă incontinență de fecale și dureri la nivelul osului sacru. Aceste dureri și mai ales incontinența materiilor fecale o determină să consulte serviciul clinice unde punându-se diagnosticul de ruptură completă a perineului și uter în retroversie flexie mobilă, este internată pentru a i-se face intervenția necesară.

Operația se face în ziua de 2. VIII. 1937. Se face: ligamentopexie transmesosalpingiană după procedeul Prof. Grigoriu, colpoperineorafie posterioară cu sutura sfincterului anal.

Mersul postoperator decurge în condiții normale și bolnava pleacă complet vindecată în ziua de 21 Iulie 1937. Înainte de plecare se controlează poziția uterului, găsindu-se în anteversie flexie.

*Bolnava B. E.* 25 ani. O naștere spontană la termen înainte cu 6 ani. Două avorturi spontane în l. III. de sarcină, ultimul înainte cu 4 ani. Înainte cu 6 ani dela ultima naștere are dureri în lombe însoțite ici colo de ușoară febră. De 3 luni aceste simptome se accentuează, acompaniate fiind de dureri de cap, în fosa iliacă și în regiunea sacrată. În afară de aceasta bolnava prezintă constipație.

Aceste motive o determină să consulte serviciul clinice. Se pune diagnosticul: uter în retroversie flexie, ruptură incompletă a perineului, cistorectocel.

Se decide pentru operație. În ziua de 5 Iulie 1937 se procedează la ligamentopexie transmeso-salpingiană după Prof. Grigoriu și colpoperineorafie posterioară.

Decursul postoperator este satisfăcător, bolnava având o ușoară cistită.

Părăsește clinica complet vindecată în ziua de 30 Iulie.

La două luni se face controlul poziției uterului, găsindu-se în hiperanteversie flexie.

*Bolnava Sz. E.* 25 ani. O naștere la termen în prezență pelviană înainte cu un an. Dela această naștere bolnava are incontinența materiilor fecale. Se prezintă la clinică, se examinează și se constată: ruptură completă a perineului, retroversie flexie. Se face operația în ziua de 8 Iulie 1937: Ligamentopexie trans-

mesosalpingiană după procedeul Prof. Grigoriu, colpoperineorafie post; sutura sfincterului anal.

Mersul postoperator este normal. Bolnava părăsește clinica în ziua de 21 Iulie complect vindecată.

Se face cnotrolul poziției uterului: se constată că uterul este în ușoară hiperanteversie flexie.

*Bolnava S. I.* 31 ani, 4 nașteri spontane și la termen ultima înainte cu 2 ani. N'a avut nici un avort. De 7 ani bolnava are dureri în hipogastru, leucoree și dismenoree. De 4 luni toate aceste fenomene se accentuează, cu dureri și în lombe, menstruația mai abundentă și dureroasă.

Aceste simptome determină bolnava să consulte serviciul Clinicei Ginecologice și Obstetricale din Cluj.

Se pune diagnosticul: cistorectocel; uter în retroversie flexie mobilă degenerescență chistică a ovarului drept. Se decide pentru operație. Data 26. I. 1938. Se face ligamentopexie transmesosalpingiană după procedeul prof. Grigoriu colporafie anterioară și colpoperineorafie posterioară.

Mersul postoperator satisfăcător întrucât bolnava prezintă în ziua de 10. II. dureri atroce în loja renală dreaptă cu iradiații înspre vesico-urinară; în urină albumină și puroiu pozitiv. E o cisto-pielită, care este tratată. Pe ziua de 14. II. 1938 bolnava fiind vindecată pleacă acasă. Înainte de plecare i-se face un control al poziției uterine. Uterul este în hiperanteversie flexie.

*Bolnava N. A.* de 22 ani. Nici o naștere nici un avort. De 6 ani are dismenoree și dureri foarte pronunțate în regiunea lombară. Dureri la contactul sexual. Fluor. Se prezintă la clinică unde i-se diagnosticul: de retroversie flexie uterină. Operația se face în ziua de 10 Februarie 1938: Ligamentopexie transmesosalpingiană după Prof. Grigoriu. Decursul postoperator normal. Plaga operatorie este vindecată. Bolnava nu mai acuză dureri în lombe ca înainte de operație.

Pleacă acasă vindecată. Se face controlul poziției uterine, care se găsește în hiperanteversie flexie.

*Bolnava A. A.* de 20 ani. A avut o naștere, dureri în etajul inferior abdominal, cu senzația de corp străin întravaginal în timpul menstruațiilor.

Se prezintă la clinică unde se constată: Ruptură incompletă a perineului, cistorectocel. Uter în retroversie flexie mobilă. Ovarul drept chistic degenerat. Operația se face în ziua de 18. II.

1938: Ligamentopexie transmesosalpingiană după Prof. Grigoriu; colpoperineorafie posterioară.

Mersul post-operator decurge normal și bolnava părăsește clinica cu ambele plăgi operatorii complet vindecată, nu mai acuză dureri.

*Bolnava: B. M.:* de 36 ani. A avut 6 nașteri spontane la termen ultima înainte cu 3 ani. Două avorturi ultimul înainte cu 1 an și 3 luni. De 4 săptămâni bolnava are pierderi de sânge din vagin sub formă de chiaguri. Se prezintă la clinică unde i-se constată: cistorectocel, retroversie flexie mobilă, chist ovarian drept.

Operația se face în ziua de 10 Martie 1938. Anexectomie dreaptă Ligamentopexie stângă procedeul Prof. Grigoriu, Colpoperineorafie posterioară.

Decursul postoperator este normal. Bolnava pleacă acasă vindecată. Se controlează uterul: se găsește în anteversie flexie.

*Bolnava: P. A.* de 32 ani. A avut 2 sarcini spontane la termen, ultima înainte cu 6 ani: un avort spontan l. III.  $1/2$  înainte cu 9 ani. De atunci are dureri continue dar de intensitate mai redusă, mai ales în lombe și hipogastru, greată ușoare vărsături și fluor abundent. De 6 ani are dismenoree și o stare de astenică generală. Suferă în același timp de constipație.

Se prezintă la Clinica Ginecologică și Obstetricală unde este examinată și i-se pune diagnosticul: retroversie flexie mobilă. Pentru că simptomele se accentuează și bolnava slăbește se hotărăște pentru intervenție.

Operația se face în ziua de 5 Aprilie 1938: Ligamentopexie transmesosalpingiană procedeul Prof. Grigoriu.

Mersul postoperator decurge în mod normal. Plaga se vindecă per primam și bolnava părăsește serviciul clinicii Gynecologice și Obstetricale în ziua de 14. IV. a. c. complet vindecată, fenomenele fiind toate dispărute. Înainte de plecare se controlează poziția uterului. Uterul se găsește în hiperanteversie flexie.

*Bolnava: T. S.* de 34 ani. A avut 2 sarcini spontane la termen, ultima înainte cu 10 ani. N'a avut nici un avort.

De un an bolnava are dureri în etajul abdominal inferior,acompaniate de febră, constipație și micțiuni dureroase. În ultimul timp are leucoree și amenoree. Toate aceste acuze au determinat-o să se prezinte la ambulanța Clinicii Gynecologice și Obstetricale pentru a fi examinată.



La examenul ginecologic se constată o retroversie flexic mobilă.

Operația se face în ziua de 6 Aprilie 1938.

Ligamentopexie transmesosalpingiană procedeul Prof. Grigoriu.

Decursul post operator este normal. Plaga se vindecă per primam. Toate simptomele pe care le presenta înainte de operație se amendează, bolnava are scaun regulat și micțiuni spontane și nedureroase, are poftă de mâncare. I-se recomandă repaos și roborante. Pleacă acasă complet vindecată.





## CONCLUZII

1. Retrodeviațiunea uterină este o afecțiune foarte des întâlnită ca o cauză a multor turburări în sfera genitală a femeii.
2. Dintre toate tratamentele, cel chirurgical este în ultima analiză cel mai bun.  
El are un dublu scop: reducerea deviațiunii uterine și menținerea lui în poziția sa normală. Sunt trei feluri de operații:
  - a) operațiuni de redresare directă asupra uterului;
  - b) operațiuni de fixarea uterului însuși: histeropexiile;
  - c) operațiuni de fixarea uterului prin intermediul ligamentelor: ligamentopexii.
3. Dintre aceste procedee cele care dau cele mai bune rezultate atât imediate cât și tardive, anatomic și funcțional cât și din punct de vedere obstetrical (al sarcinilor ulterioare) sunt ligamentopexiile.
4. Ligamentopexia după Doleris-Bărdescu dă rezultatele cele mai bune, recidivele însă nu sunt excluse nici prin acest procedeu.
5. Noul procedeu al Prof. Grigoriu prin rezultatele excelente de până acum, credem că este metoda de ales în tratamentul retroversiei și retroflexei, neavând nici o contraindicație fiind compatibilă cu o sarcină ulterioară.
6. Acest procedeu reface statica uterului, apropiindu-se cel mai mult de normal și deci de idealul în terapia chirurgicală a retrodeviațiunilor.

Văzută și bună de imprimat :

Președintele tezei,  
ss. Prof. Dr. C. GRIGORIU.

Decanul Facultății,  
ss. Prof. Dr. M. STURZA.

## BIBLIOGRAFIE

*Encyclopédie medico-chirurgicale*. Gynécologie mammaire (A. Laffont; E. Donay; G. Menegaux).

Eléments de chirurgie. Lecerde.

Endocrinologie gynécologie și obstetrică (revistă).

Gynécologie opératoire. Henri Hartmann.

La Gynécologie (revistă) Mars 1936.

Nouveau traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet publié sous la direction de Pierre Delbet et Anselme Schwartz. Gynécologie (par E. Forgue et G. Massabuau).

Revue française de Gynécologie et d'obstétrique (revistă No-  
vembre 1936; Février 1937; Octobre 1937).

-----