

por motivo de una gran prevencion contra los pesarios, nunca los emplea, no puedo ménos de preguntarme á mí mismo, ¿ cómo, y por qué, trata enfermedades uterinas? Para mí tengo que uno de los profundos misterios de la ginecología es, cómo pueden dejar de emplearse los pesarios; siendo igualmente incomprendible cómo hay quien pueda practicar un arte ignorando un medio que, bien aplicado, constituye uno de sus mas poderosos y eficaces recursos.

CAPÍTULO XXIII.

FLEXIONES DEL ÚTERO.

VENGAMOS ahora á estudiar un asunto á la vez muy importante, difícil é interesante—el de las flexiones uterinas. La version ú oblicuidad consiste en el cambio de la direccion normal del eje longitudinal del útero; la flexion, en la incurvacion del órgano sobre sí mismo, de manera que el eje longitudinal forma ángulo. El primero de estos estados es dislocacion; el segundo, deformidad de la matriz. Aquel se puede comparar á la luxacion de uno de los huesos largos; este, á la fractura del mismo con reunion angular de sus fragmentos. En uno no hay mas que reponer el órgano dislocado; en el otro es necesario rectificar una deformidad, que puede haber durado años, ó quizás ser congénita.

Me ha parecido conveniente tratar de las flexiones y versiones en capítulos separados, porque creo que de no hacerlo así es difícil que la descripcion sea á la vez concisa y completa. Las versiones van comunmente acompañadas de flexiones, y á estas últimas las acompaña con frecuencia cierto grado de version; las flexiones producen versiones con el tiempo, y es probable que en una version franca se halle algunas veces ingertada una flexion. Sin embargo, si tratamos de ensanchar nuestros conocimientos en tales materias, debemos empezar por separar, y no unir, condiciones patológicas, simplemente porque se compliquen y se originan las unas de las otras.

Frecuencia.—Las incurvaciones de la matriz, es decir las dislocaciones anteriores, posteriores, ó laterales, en que la flexion, y no la version, es el rasgo predominante, son muy comunes.

De 339 dislocaciones, observadas por Nonat,	67 eran flexiones.
“ 84 “ “ Meadows, 54 “ “	

En cuanto á la frecuencia relativa, las flexiones anteriores son mucho mas comunes que las posteriores.

De 67 casos de flexion, observados por Nonat, ¹	33 eran ante-flexiones y 14 retroflexiones.
" 54 " " " Meadows, ² 20 "	" " 34 "
" 54 " " " Scanzoni, ³ 46 "	" " 8 "
" 23 " " " Valleix, ⁴ 11 "	" " 12 "
" 296 " " " Hewitt, ⁵ 184 "	" " 112 "

El Dr. Ludwig Joseph,⁶ de Breslau, reunió 1670 casos de flexion, de los cuales 1100 eran anteriores y 570 posteriores.

Aunque estos resultados son algo contradictorios, preponderan mucho las pruebas á favor de las flexiones en sentido anterior.

La oblicuidad hácia adelante, que es natural á la matriz, se presta mas á la ante-flexion y se opone á la retroflexion; tambien los ligamentos redondos que se estienden de los ángulos uterinos á la vulva, tienden conocidamente á impedir que el órgano se doble hácia atras; y como lo mantienen inclinado hácia adelante, es natural que la deformidad se efectúe en esta direccion, si se reblandece su estructura, ó experimenta el útero una compresion directa.

En vista de lo que antecede, se preguntará ¿por qué la hiperplasia areolar causa con tanta frecuencia la retroflexion y la ante-flexion? Una de las razones es que el descenso del órgano es el primer efecto del aumento de peso del útero, que se presenta en compañía de aquella enfermedad; el prolapso afloja los ligamentos redondos, tiende á hacer coincidir el eje uterino con el del centro de la pélvis, y favorece la retroflexion, como se observará en la Fig. 115. La



FIG. 115.—Cambios en el eje uterino al descender el órgano.

tendencia al descenso y retroversion existe por algun tiempo, y continúa hasta que los ligamentos útero-sacros contienen el avance del cuello; el cuerpo aumentado de peso se dobla, los tejidos ceden en el orificio uterino interno, y sobreviene la retroflexion. Otra de las razones es que la incurvacion se sigue comunmente al parto, y que afectando entónces un órgano cuyos tejidos están débiles y sus ligamentos relajados, encuentra en la enfermera una aliada eficaz, que, empujando con asiduidad el fondo hácia atrás, por medio de una faja, ó vendaje obstétrico, bien apretado, favorece la retroflexion á espensas de la ante-flexion.

Anatomía.—Nuestros conocimientos actuales con respecto al desarrollo de la matriz, son bastante completos, gracias á las investigaciones de Coste, Pouchet, Bischoff y otros. Al principio de la gestacion, un conducto pequeño sale de la superficie esterna de cada cuerpo de

¹ Mal. de l'Utérus, p. 416.

² Amer. Journ. Obstet., t. i, p. 176.

³ Klob, ob. cit., p. 69.

⁴ Cusco, Thèse, p. 35.

⁵ Diseases of Women, Amer. ed., p. 213. El Dr. Hewitt comprende versiones y flexiones; los otros datos estadísticos se refieren á la flexion pura.

⁶ Berlin, Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, t. ii, parte 2, 1873.

Wolff, y dirigiéndose hácia abajo, se unen en un trayecto comun, que con el tiempo viene á constituir el útero y la vagina; muy pronto aparece una constriccion, el cuello del útero se forma y se desarrolla, y un punto muy pequeño marca el lugar en que ha de manifestarse el cuerpo; los conductos primitivos se convierten en oviductos, y estos, en union del cuerpo y el cuello del útero, la vagina, y demas órganos, están desarrollados en la época del nacimiento. Sin embargo, no hay que suponer que las proporciones del útero sean en la pubertad las mismas que en la infancia. Durante este período el cuello compone las tres cuartas partes del órgano, y el cuerpo, formado de una membrana blanda y movable, no tiene fijeza, pues sigue á la vejiga, si se saca esta hácia afuera al abrir el abdómen, ó al recto, si se empuja hácia atras esta víscera. Mas adelante, en la niñez, y aun despues de establecida la pubertad y la presentacion de las reglas, el útero se inclina adelante, haciéndose esta incurvacion anterior permanente mientras exista un estado normal; aunque la pubertad y la gestacion por lo comun la disminuyen, y á veces la borran del todo.

Velpeau, cuyos conocimientos ginecológicos eran dignos de nota, manifestó, en 1849, en una discusion habida en la Academia de Medicina de Paris, hallarse inclinado á mirar como normal la incurvacion de la matriz hácia adelante, por haberla observado tantas veces en mujeres que gozaban de buena salud. A consecuencia de esta indicacion, dos de sus discípulos, Boullard, (1852,) y Piachaud, (1853,) investigaron con asiduidad este asunto, y determinaron que tal condicion existe en la niña y la mujer vírgen; fundando sus deducciones el último, en 107 casos. Boullard la observó en 80 fetos femeninos y en 27 mujeres adultas; y Verneuil y Follin corroboraron posteriormente estas observaciones.

No cabe duda de que este es el estado normal hasta la pubertad; ni se puede negar que hasta cierto punto continúa así, aun despues, en la mujer soltera; pero, segun ha indicado Cusco, disminuye mucho en la pubertad, á ménos que se desarrolle una flexion anormal. Antes de esta época el cuello de la matriz representa las tres cuartas partes de la masa uterina, la cual es un elemento insignificante del cuerpo humano; pero en dicha época viene á ser un órgano importante. El cuerpo se desarrolla; sus paredes se ponen gruesas, densas y fuertes; y, dice Cusco, "es cosa digna de notarse que, si el desarrollo es regular, sus paredes establecen un equilibrio; el útero se endereza; desaparece su concavidad anterior; y queda sólo una ligera depresion que corresponde con la vejiga." Antes de la pubertad, la ante-flexion proviene incontestablemente de la falta de tono y de fuerza característica del tejido uterino no desarrollado; pues, aun cuando la ante-flexion no exista, el órgano está generalmente dislocado de otro modo. Así, M. Soudry,¹ en la autopsia de 71 niñas, encontró 41 ejemplos de ante-flexion

uterina, 11 de anteversion, 15 de retroversion, 2 de retroflexion, y 2 de retroversion y anteflexion. Despréndese, pues, de los datos que preceden:—

- 1º, Que la anteflexion es regla durante la primera infancia ;
- 2º, Que es bastante frecuente, en grado poco considerable, en las mujeres nulíparas, sin constituir enfermedad.

Para impedir las versiones, son muy eficaces ciertos ligamentos pelvianos ; pero no pueden estorbar la incurvacion del útero sobre sí mismo. Esto se consigue mediante la fuerza y la resistencia propias del tejido del órgano. Despréndase del cadáver un útero normal ; equilibrese sobre el cuello, y se verá cómo se sostiene perfectamente ; deprimase mediante una fuerza aplicada en el fondo, y se vuelve á enderezar á efecto de su propio rebote. Supongamos que el útero esté compuesto de guta-percha en vez de tejido muscular ; la sustancia que forma las paredes del cuello mantendrá el fondo cuando el saco piriforme esté sostenido por su parte mas angosta. Llevemos un poco mas allá esta comparacion : la flexion es imposible mientras el tejido propio del tallo ó cuello conserve su resistencia normal ; á ménos que esta sea vencida por una fuerza física directa aplicada por traccion ó compresion. Mas, si por medio de una influencia local se reblandece la parte que sostiene el fondo, claro es que á medida que se debilita la pared de guta-percha, puede haber flexion del fondo por su propio peso. Se dirá que estas teorías representan la matriz como sostenida únicamente por la vagina, sin contar con los ligamentos anchos que fijan el fondo. Si estos ligamentos fuesen cordones tirantes, yo podría admitir su accion ; pero como son simplemente repliegues laxos que ni la dobladura del útero sobre sí mismo pone tensos, no puedo convenir en su eficacia.

La frecuencia de las flexiones en los úteros seniles que han perdido su tono y resistencia, corrobora este modo de ver. Klob¹ dice, que “en las mujeres ancianas que tienen el útero sumamente relajado, la compresion de los intestinos sobre la cara posterior del órgano basta para producir la anteflexion.”

Patología.—Las flexiones pueden ser accidentales ó congénitas. A medida que crecen las paredes opuestas, una de ellas suele adquirir una nutricion escesiva, creciendo con rapidez ; mientras que la otra, desarrollándose con mas lentitud, detiene la ereccion del útero, y encorvándolo, ocasiona una concavidad en un lado, y una convexidad en el otro. Si el exceso de desarrollo está en la pared posterior, da por resultado la anteflexion ; pero si, como sucedió en diez y nueve de las setenta y una autopsias de Soudry, de que se ha hecho mencion, existe una dislocacion hácia atras, y la actividad del trabajo nutritivo es mayor en la pared anterior, la consecuencia es una retroflexion. Además, el crecimiento

¹ Ob. cit., p. 61.

escesivo de una pared no sólo origina una incurvacion del lado opuesto, sino que el lado que se dobla experimenta cierto grado de atrofia, y esto aumenta la desproporcion que ya viene desarrollándose. Es probable que de aquí provenga la flexion congénita ; estado que siempre es en extremo difícil de curar ; aunque afortunadamente no ocasiona tanta congestion en el cuerpo del órgano, ni tan grandes desarreglos constitucionales como la forma accidental, cuya curacion es mas fácil de lograr.

La anteflexion congénita es mas comun que la retroflexion del mismo carácter ; de la cual, sin embargo, no dejan de presentarse casos. Boivin y Dugès¹ refieren dos ; Dubois, uno ; Deville, uno ; Bell, uno, de una muchacha muy jóven, y yo la he observado varias veces.

Cualquiera influencia que debilite los tejidos constitutivos de las paredes uterinas, produce incurvacion, ya hácia adelante, si está principalmente afectada la pared anterior ; ya hácia atras, si es la posterior la afectada ; cuando lo están una y otra, son fuerzas estrañas las que determinan el curso de la inclinacion. Rokitsansky probó que la debilidad es causada por la endometritis, la cual ocasiona el crecimiento de las glándulas utriculares hácia adentro, en el tejido conjuntivo submucoso, cerca del orificio interno, que como consecuencia se atrofia y debilita ; ó por una degeneracion quística de los folículos del cuello “los que, aumentando de volúmen, comprimen la capa submucosa y la atrofian ; y abriéndose finalmente, causan una contraccion de tejido en la estructura ántes densa del útero, que queda reducida á una especie de red floja de tejido areolar, incapaz de sostener el órgano en su posicion normal.” Segun Klob, “ámbas cosas acaecen con bastante frecuencia ;” y Rokitsansky dice que en las mujeres que han parido muchas veces, se encuentra en el semi-círculo anterior del tejido uterino, alrededor del orificio interno, una vena que desalojando el tejido debilita la pared.

Este resultado, sin embargo, puede ser efecto de otras influencias, como por ejemplo, un absceso en el tejido del útero ; el crecimiento de cuerpos fibrosos que desordenan los vasos sanguíneos ; la degeneracion varicosa de las vénas, y un estado esponjoso del tejido, causado por la traccion prolongada del cuello ; el desarreglo nutritivo ocasionado por una flexion súbita, consecuencia de una caída ó golpe ; ó gradual, por la traccion de falsas membranas ; la subinvolucion, ó hiperplasia areolar, que efectúa en grande escala la sustitucion “de la densa estructura del útero con una especie de red floja de tejido areolar, incapaz de sostener el órgano,” que segun asegura Rokitsansky, se verifica en el orificio interno en casos de degeneracion quística.

Las flexiones accidentales son producidas muchas veces, aunque no siempre, por la falta de fuerza en una ó ámbas paredes de la matriz. Suelen provenir de una fuerza bastante poderosa, para vencer repentina

¹ Cusco, ob. cit., p. 34.

ó lentamente la resistencia del tejido del útero. La pared, una vez doblada sobre sí misma, pronto sufre degeneracion; combinándose así dos causas para hacer durar la deformidad.

La flexion se efectúa en la parte mas débil, ocurriendo generalmente en un punto que mira al orificio interno. En la anteflexion puede verificarse mas abajo, hallándose sólo doblado el cuello, á causa de una constipacion habitual y prolongada. En casos de retroflexion he observado el útero doblado por la mitad del cuerpo, sustraído al exámen superficial, y haciendo sospechar la existencia de un tumor fibroso. Klob observó esto una sola vez, y no pudo encontrar otro ejemplo análogo; y Cusco¹ refiere un caso de su propia práctica, en que la flexion dividía el órgano en dos partes iguales, y cita otros de la misma naturaleza observados por Ashwell y Bell.

Tales son las influencias que determinan la flexion; establecida esta, sobreviene un cambio notable en la circulacion del útero. Los vasos sanguíneos de la matriz nacen de la arteria uterina hipogástrica, de la arteria uterina aórtica, y de la arteria espermática esterna;² y las venas forman dos plexos: el uterino y el pampiniforme. Todos estos vasos se dirigen á los bordes del útero ó vienen de ellos; la flexion del órgano, como lo espresa Hewitt, los *liga* hasta cierto punto, estorbando la circulacion inmediata y directamente; y aunque las arterias continúen llevando sangre al cuerpo, las venas, que son mas compresibles, no pueden volverla á la circulacion general; siendo consecuencias de esto la hiperemia, el edema, y con el tiempo la hipergénesis del tejido. El Dr. Hewitt, en la edicion reciente de su admirable tratado sobre las *Enfermedades de las Mujeres*, da tanta importancia á este hecho, que lo presenta como base de su credo patológico. La verdad de esta teoría y su grande importancia patológica son incuestionables; y el Dr. Hewitt ha hecho un gran servicio al presentarla de una manera tan notable haciendo ver sus frecuentes y marcados efectos como causa de males uterinos; pero se equivoca cuando dice en su obra que "es algo extraño que la presencia de una congestion mecánica del cuerpo del útero, ocasionada por un simple cambio de forma del órgano, no haya llamado la atencion de los patólogos que se dedican á este ramo de la ciencia." Desde la publicacion en 1868 del tratado de *Anatomía Patológica* de Klob,³ el asunto había llamado especialmente mi atencion, y vino á ser parte muy principal de mi enseñanza. Klob⁴ asegura que "el edema, la tumefaccion, y la hipertrofia propia del cuerpo del útero, son las consecuencias ulteriores de la hiperemia venosa causada por el obstáculo al reflujó de la sangre en el punto en que se efectúa la flexion. El retorno de la sangre de las venas uterinas á las hipogástricas queda

¹ Ob. cit., p. 37.

² Stricker, Manual de Histología.

³ Las teorías del Dr. Hewitt vieron la luz por primera vez en 1870, en un artículo leído ante la *British Medical Association*, de Leeds.

⁴ Ob. cit., p. 60.

interrumpido, y á consecuencia de la hiperemia colateral, sobreviene con frecuencia una dilatacion muy considerable del plexo pampiniforme, por ser la vena espermática la única por donde puede entónces correr la sangre." El cuerpo y el cuello, en virtud de esta influencia mecánica, se ponen tumefactos, sensibles, y dolorosos; la membrana mucosa se congestiona de tal manera, que se siguen derrames escesivos de moco y sangre; y los tejidos del órgano, estimulados á crecer estremadamente por la continuacion del éstasis sanguíneo, experimentan con el tiempo una hipergénesis marcada.

La cavidad del cuello se halla siempre mas ó ménos cerrada por la aproximacion mecánica de sus paredes en el punto donde se efectúa la flexion; lo que impidiendo la entrada de flúidos, produce comunmente esterilidad; y dificultando mucho su salida, ocasiona dismenorrea, hidrómetra, hematómetra y acumulaciones de moco; y como estas acumulaciones no pueden efectuarse impunemente, causan á su vez una endometritis, y hasta un hematocele por regurgitacion.

En la incurvacion congénita sobrevienen los desórdenes de la circulacion del útero de un modo tan gradual, que la presentacion de una hiperemia marcada no es tan probable como cuando la dobladura del órgano ha sido repentina, ni es por lo general tan completa la oclusion del cuello.

Consecuencias y complicaciones.—El lector podrá ya enumerar por sí mismo muchas de las consecuencias de la flexion de la matriz; y el resúmen de ellas que presentamos en seguida, requiere muy poca esplicacion ulterior en cuanto al modo con que se desarrollan. Son las siguientes:—

Congestion;
Hipergénesis del tejido;
Esterilidad;
Dismenorrea;
Menorragia;
Endometritis;
Tendencia al aborto;
Hematocele;
Ovaritis y salpingitis;
Pelvi-peritonitis;
Acumulaciones de líquidos en el útero;¹
Neuralgia uterina;
Cistitis y rectitis;
Degeneracion granulosa.

Si se considera que cada una de estas afecciones desarrolla complicaciones y síntomas que le son peculiares, se comprenderá que la flexion

¹ Kiwisch refiere un caso de hidrómetra.

del útero es un mal que, si bien parece insignificante en sí, es origen de muchas consecuencias graves.

El trastorno de la circulación de la matriz da lugar á perturbaciones menstruales, que consisten por lo comun en un flujo excesivo, aunque á veces sucede lo contrario.

La congestión, la neuralgia y la hipertrofia de los ovarios, así como el catarro de los oviductos, provienen probablemente de una influencia refleja, transmitida por las íntimas y sensibles conexiones nerviosas que existen entre el útero y los ovarios. Rigby atribuía estos fenómenos á la compresión; pero esta no parece explicar satisfactoriamente su presencia.

La compresión y el roce del fondo dislocado, y á veces el refluo, por los oviductos, de líquidos aprisionados, han producido peritonitis. Esto, en lugar de ser raro, es tan comun, que Virchow considera la tracción por falsas membranas como causa principal de la ante-flexión; pero que este patólogo padece error en esta parte, es opinión de todos aquellos cuyas teorías me son conocidas.¹

Causas predisponentes.—Toda causa que predisponga al debilitamiento del tono del útero, ó al desarrollo de una fuerza que lo domine, aunque no esté deteriorado, ó aun mas, una fuerza en que se junten ámbas influencias nocivas, dispone el útero á doblarse, á efecto de cualquiera causa escitante, ya sea súbita ó ya persistente. Pueden referirse como sigue:—

- Parto;
- Empobrecimiento de la sangre;
- Debilidad del sistema nervioso;
- Edad muy temprana ó muy avanzada;
- Ocupaciones penosas;
- Relajación de las paredes abdominales;
- Influencias que alteren los ejes de la pelvis.

Causas escitantes.—El apoyar el cuerpo es una de las funciones del cuello del útero, á la cual se adapta admirablemente mientras no menoscabe su fuerza alguna de las influencias que pasamos á mencionar:—

Influencias que debilitan el apoyo del útero.

- Endometritis;
- Degeneración quística cerca del orificio interno;
- Preñez;
- Degeneración grasosa;
- Hiperplasia areolar;
- Degeneración vascular en las paredes uterinas.

¹ Joseph de Breslau, está de acuerdo con Virchow.

Influencias que aumentan el peso del fondo de la matriz.

- Hipertrofia del cuerpo;
- Preñez;
- Tumores;
- Acumulación de líquido en el útero.

Influencias que empujan hácia atras ó hácia adelante el cuello ó el fondo.

- Tumores abdominales ó de la pelvis;
- Ascitis;
- Acumulación de materias fecales;
- Vestidos ajustados;
- Esfuerzos musculares.

Influencias que ejercen tracción hácia adelante ó hácia atras.

- Falsas membranas resultantes de la pelvi-peritonitis.

Segun mi esperiencia, una de las causas mas frecuentes, entre las primeras que se han referido, es la inflamación de la mucosa del cuello, que engendra hiperplasia areolar del parénquima. La hiperplasia así originada da por resultado la atrofia del tejido muscular y de la estructura fibrosa submucosa del útero, y la sustitución de ámbas por tejido areolar hipertrofiado; desarrollando una tendencia notable á esta deformidad con la sustitución de una estructura floja y débil en lugar de otra densa y fuerte. Klob asegura que el reemplazo de un tejido fuerte por otro mas débil, se nota con mas especialidad cerca del orificio interno. Virchow niega la importancia de esta condición como influencia determinante, así como niega la de la degeneración grasosa observada por Scanzoni en el punto de flexión. Todos los autores convienen en la influencia del parto, del aborto, y del embarazo.

Las causas referidas en segundo y tercer lugar, están universalmente admitidas. La acumulación de materias fecales suele causar la incurvación del cuerpo, y con frecuencia hace doblar el cuello en ángulo agudo hácia adelante. Con respecto á la cuarta serie de causas, no cabe la menor duda; pues muchas veces se encuentra en la autopsia el útero fijo de esa manera en flexión.

La etiología de la flexión cervical difiere en algo de la del cuerpo, y estoy persuadido de que aquella es causada casi siempre por la compresión directa sobre el útero de un vestido ajustado, que empuja el cuello contra la superficie cóncava de la vagina. Esta hace inclinar hácia adelante la parte que está en contacto con ella, y la mantiene doblada; el estreñimiento habitual aumenta esta curva viciosa, y la combinación de ámbas causas origina muchas veces esta forma intratable del mal. No de otro modo se explica el hecho notado por todos, de hallarse con frecuencia el útero muy arriba en la pelvis, cuando la flexión afecta el cuerpo, y bastante bajo, casi siempre, cuando está doblado el cuello;

y asimismo se explica lo que mi observacion me hace considerar como un hecho, á saber: que en las mujeres nulíparas, las flexiones del cuello y del punto de union de este y del cuerpo (cérvico-uterina) son mas frecuentes que las del cuerpo; las cuales se observan generalmente en las mujeres múltiparas.

Existe además otro elemento patológico que entra en la etiología de las flexiones del cuello, y que explica los fenómenos que respecto á ellas acabo de mencionar. Cuando influencias que se hacen sentir sobre el abdómen empujan hácia abajo el útero, el cuerpo se dobla y huye el cuello de la compresion, si los ligamentos véstico-uterinos se hallan flojos y relajados. Mas si estos mantienen el cuello en contacto íntimo con la vejiga, se desarrolla la flexion cérvico-uterina ó cervical simple. El parto, mas que otra ninguna causa, contribuye á estirar esos ligamentos; y así se explica que la flexion del cuello no sea tan comun en las mujeres que han parido como en las nulíparas. La flexion del cuerpo es la forma que se observa despues del parto, y la del cuello y la cérvico-uterina las que se presentan en las mujeres nulíparas. Este hecho, además de ser interesante bajo el punto de vista patológico, es de mucho valor en lo relativo al tratamiento de las flexiones cervicales. Para alcanzar buen éxito en estos casos, es indispensable que se prolonguen metódicamente los ligamentos que fijan el cuello en una posicion anterior, y de esa manera tratar de cambiar la forma de la dislocacion en la de flexion del cuerpo, ó en anteversion.

La retroflexion es casi siempre resultado de una influencia que debilita el tono de las paredes uterinas; pero aun cuando este sea normal, una fuerza cualquiera, ya súbita ó ya gradual, aplicada directamente, puede vencerlo, produciendo una incurvacion.

Hasta aquí ha sido ventajoso estudiar colectivamente las flexiones: desde este punto serán consideradas en capítulos separados.

La matriz puede doblarse sobre sí misma, anterior, posterior ó lateralmente, produciendo los trastornos conocidos con los nombres de—

Anteflexion;
Retroflexion;
Látero-flexion.

El fondo, al caer hácia adelante ó hácia atras, no siempre conserva la línea mediana; siendo mas comun que gravite oblicuamente á la derecha ó á la izquierda. Muchas veces, aun cuando se haya mantenido al principio el útero en la línea mediana, con ayuda de un pesario, se establece dicha oblicuidad, constituyendo una dificultad tan grave en estos casos, que para remediarla empleo un instrumento especial.

El útero puede, pues, hallarse doblado hácia adelante y lateralmente; hácia atras y anteriormente; hácia atras y lateralmente, etc.; y á estas variedades se han dado los nombres de—

Retro-anteflexion;
Retro-látero-flexion;
Ante-retroflexion;
Látero-anteflexion, etc.

Es innecesario conservar estas denominaciones en la memoria; pues teniendo presente que son posibles tales combinaciones, es muy fácil descubrirlas en la práctica, si se tiene un conocimiento íntimo de las tres formas principales.

Habiéndome referido en otro punto á los datos estadísticos de Nonat¹ sobre la frecuencia relativa de las dislocaciones, me ha parecido conveniente presentar por estenso su cuadro, ántes de dejar de la mano este asunto.

CUADRO ESTADÍSTICO DE NONAT.

Casos examinados.....	339
Anteversion.....	135
Retroversion.....	67
Anteflexion.....	33
Retroflexion.....	14
Látero-flexion.....	1
Retro-anteflexion.....	10
Prolapso.....	2
Retro-látero-flexion.....	1
Retro-látero-version.....	2
Ante-retroflexion.....	2
Látero-version.....	1
Látero-anteflexion.....	4
Ante-látero-flexion.....	2
No especificados.....	65

¹ Ob. cit., p. 416.