

El doctor Fleury (1) ha obtenido la curacion de infartos antiguos y endurecidos de la matriz por medio de los *chorros de agua fria*.

*Cauterizacion intra-uterina.*—Todos los medios precedentes pueden quedar sin eficacia, y es necesario actuar directamente sobre los puntos enfermos. En efecto, la congestion uterina puede disiparse por las sangrías; los revulsivos, etc.; pero no sucede siempre lo mismo con las alteraciones de la mucosa del cuerpo ó del cuello del órgano.

Cuando se ha decidido obrar de este modo sin intermedio, es menester practicar primero el *cateterismo del útero* como procedimiento de exploracion (Nonat). Esta operacion preliminar tiene por objeto preparar las vias y asegurarse de la sensibilidad de las partes. Despues puede cauterizarse de diversos modos. La introduccion y permanencia prolongada de una barra de *nitrate de plata* en el interior del cuello uterino produce por lo general dolores y cólicos, determinando estrecheces del cuello. Nonat prefiere la cauterizacion con la solucion de nitrato de plata ó con el *nitrate ácido de mercurio*.

En el interior mismo del útero pueden practicarse sin temor cauterizaciones con nitrato de plata sólido, pero introduciéndole por medio de un porta-caústico análogo al que Lallemand emplea para la uretra. Debe de hacerse rodar el instrumento en el útero sin que su permanencia exceda de dos minutos. Los cáusticos líquidos se conducen por medio de un pincel. Se ha propuesto sustituir las barritas de tanino á los cáusticos precedentes.

*Resumen.*—Emisiones sanguíneas, emolientes, diluentes, narcóticos exteriormente, baños del cuello del útero y curas del mismo con pomadas narcóticas; inyecciones, cataplasmas á la pelvis y en la vagina, aplicacion del hielo en este último conducto; purgantes, emético por absorcion, narcóticos interiormente; resolutivos, fundentes, desobstruents mercuriales, iodo, oro, revulsivos, derivativos, inyecciones en la cavidad uterina, cauterizacion de esta cavidad.

## ARTÍCULO X.

### FUNGOSIDADES INTRA-UTERINAS.

La descripcion de esta afeccion es completamente moderna, y la presentamos como una especie de apéndice á la metritis interna.

Récamier (2) indicó primero estas fungusidades; inventando la *cucharilla intra-uterina*, da testimonio del conocimiento que de la enfermedad tenia, pero no la describió en parte alguna. Despues de

(1) Fleury, *Séances de l'Académie des sciences*, 12 Marzo, 1849.

(2) Récamier, *Recherches sur les maladies vaginales et utérines, etc.*, note lue à l'Académie de médecine les 7 Febrero et 14 Marzo, 1843;—*Mémoire sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines* (*Union médicale*, t.º 4, 6 et 8 Junio 1850).

él Alph. Robert (1) practicó la *ablacion* de las fungusidades uterinas, Carlos Robin (2) dió despues su descripcion; pero los trabajos mas importantes que conocemos sobre el particular son los de Rouyer (3) y de Goldschmidt (4). Nonat, Aran, Alfr. Becquerel, Huguier, han hablado tambien de fungusidades uterinas, que muchos médicos han negado su existencia.

Lebert (5), en particular, en los fragmentos que ha examinado solo ha encontrado glándulas y otros elementos normales de la mucosa uterina, y nada le ha demostrado en estos úteros otra cosa que un infarto catarral de la mucosa, y cree, hasta que nuevas observaciones no le demuestren lo contrario, que en todos los casos solo se trata de desprendimientos de la mucosa, cuyos fragmentos se separan con la cucharilla. Si por esta maniobra se ha podido aliviar á las enfermas, cree peligroso penetrar así á ciegas en la cavidad uterina y verificar el desprendimiento, «y como pudiera encontrarse un producto de concepcion, se concibe que en lugar de una problemática curacion, pudieran determinarse graves accidentes, siendo por lo tanto un método que debe abandonarse.»

Á pesar de la opinion negativa de Lebert, fundadas en piezas extraidas por operaciones ejecutadas en enfermas, las observaciones de Rouyer y las figuras de Ferrier atestiguan la realidad anatómica de las fungusidades uterinas, y las investigaciones micrográficas de Lebert demuestran solamente que este observador solo ha visto fragmentos de mucosa uterina separada quizá de las fungusidades que resistieron á la eliminacion. Además conviene Lebert en que la mucosa *no está en su estado normal*. De las investigaciones de Ch. Robin resulta que se trata de una hipertrofia de la mucosa uterina, con adiccion de nuevos elementos (productos fibro-plásticos).

### § I.—Descripcion anatómica.

«Los colgajos separados por medio de la cucharilla uterina presentan, á causa de la misma forma del instrumento, el aspecto de tiras de 3 á 5 centímetros de ancho, por 5 á 6 de longitud. Las dos caras, libre y adherente, están circunscritas por bordes tallados en visel á espensas de la última. La cara libre es lisa, cubierta de epitelio con trama vascular generalmente fina, rojiza, á veces violada, la cara adherente está erizada de pequeñas vellosidades muy finas, debidas

(1) Alph. Robert, *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXI, p. 344;—Thèse citée sur *les granulations du col de l'utérus*, 1848.

(2) Ch. Robin, *Arch. gén. de méd.* 1847, t. XVII.

(3) Rouyer, *Étude clinique sur les fungusités de la muqueuse utérine* (thèse inaugurale, Paris, 26 Agosto 1858).

(4) Goldschmidt, *Des fungusités de la cavité de l'utérus*, thèse inaugurale, Strasbourg, 21 Enero 1859.

(5) Lebert, *Traité d'anat. patholog.* Paris, 1860, in-folio, t. II, p. 432.



á la acción de la cucharilla, un poco aterciopelada, de un blanco agrisado ó rosado muy poco vascular. El espesor de un colgajo suele ser de 1 á 2  $\frac{1}{2}$  milímetros; pudiendo encontrarse diversos espesores en el mismo colgajo, la vascularización penetra de 1 milímetro y  $\frac{1}{2}$  á 2 milímetros.

»Hasta aquí la vascularización se refiere muy exactamente á la de la mucosa observada durante el flujo menstrual; pero es muy raro que se encuentre la mucosa simplemente en este estado; se encuentran además pequeñas granulaciones que elevan ligeramente la mucosa, formando otras veces pequeñas elevaciones hemisféricas y aun esféricas, y un poco pediculadas, pareciéndose con bastante exactitud á pequeños granos de grosella, opacos ó transparentes, y en este último caso amarillentos como pequeños pólipos vexiculares ó rosados, y aun rojizos. Debajo de la mucosa encuentran á veces pequeños coágulos sanguíneos como aploplécticos, pero con mayor frecuencia pequeñas masas de superficie esponjosa, moradas, semejantes al tejido placentario, conteniendo en su interior una especie de núcleo central, mal limitado, mas duro, que se percibe bien al comprimirse entre el pulgar y el índice.

»Los granos pequeños un poco pediculados forman una saliente muy pronunciada debajo de la mucosa. En ciertos casos solo están unidos á la mucosa por un pequeño pedículo delgado, y que se parece mucho á los pólipos vexiculares que se extraen con frecuencia de las fosas nasales. Estos pólipos se implantan entonces sobre la mucosa vascularizada descrita anteriormente.

»En fin, se encuentran sobre la mucosa vascularizada granos pequeños como cabezas de alfiler que la dan aspecto desigual granugiento. A veces alcanzan el tamaño de un cañamón ó de un guisante pequeño, tomando entonces el aspecto antes descrito, á no ser que en este último caso estén mas abundantes y regularmente diseminados. Estas granulaciones son bastante consistentes y presentan al corte un color blanquecino y representan pequeños granos glandulares.

»Las fungosidades del útero pueden observarse también en el cuello, algunos médicos creen que se las encuentran con frecuencia, al paso que son muy raras en la cavidad del cuerpo ó que no se observan nunca, y por lo tanto son muy raras en la cavidad del cuello exclusivamente... Algunos observadores, y especialmente Alf. Rober y Richet, creen que las fungosidades se desarrollan de preferencia sobre los puntos de la cavidad uterina que son asiento de la implantación de la placenta durante el embarazo. Es difícil darse cuenta exacta de esta opinión.» (Rouyer).

Debemos observar que la mayoría de las descripciones anatómicas se han hecho sobre fragmentos sacados del útero con la cucharilla de Recamier, y que la falta del examen directo es la que ha producido dudas acerca de la naturaleza, sitio y existencia de las fun-

gosidades intra-uterinas. Pero estas dudas deben disiparse despues de las observaciones recogidas en el cadáver (Richet (1), Nélaton, Robert, Leon Ferrier (2). En un caso sobre la parte posterior de la cavidad uterina, al nivel de las trompas, existia una masa fungosa, pulposa, rojiza, de aspecto de frambuesa, sin forma determinada, esta masa se podia con facilidad separar con los dedos; en otro caso en la parte posterior y sobre la línea media de la cara interna del cuerpo del útero, se veia una vegetación de forma aplanada, de color rosado, de poca consistencia, insertándose por un pedículo sobre la mucosa.

A Goldschmidt debemos en su mayor parte la descripción de las fungosidades observadas en el cadáver; los dibujos unidos á su tesis no dejan duda de la realidad de la afección. El caso siguiente nos parece suficiente como descripción general. En una mujer de sesenta y dos años de edad, muerta á consecuencia de metro-peritonitis, encontró un tumor fungoso amarillento, muy vascular, rojo intenso en algunos puntos, inserto por una ancha base en toda la extensión del fondo y parte de la superficie posterior de la cavidad uterina; presentando los siguientes caracteres: producción fungosa blanda, que se desprendia fácilmente con la seña, dividida en dos lóbulos desiguales que presentaban en sus extremidades libres cierta cantidad de lóbulos aplastados entre sí, de color rojo oscuro, asiento de hemorragias pertinaces que duraron hasta la terminación de la existencia de las enfermas, acumulación de materiales fétidos entre el tumor y la cavidad uterina. Las otras descripciones trazadas por Goldschmidt, de piezas recogidas por Kœberlé y Stolz, difieren poco de la precedente.

En cuanto á la naturaleza íntima de estas producciones, los autores están de acuerdo en atribuirle una hipertrofia de la mucosa uterina, con adición de productos fibro-plásticos. Para mas detalles consúltense las observaciones microscópicas de Ch. Robin (3), Lebert (4), Leon Ferrier (5), Rouyer, Goldschmidt, etc.

## § II.—Causas.

*Edad.*—No se encuentran fungosidades antes de la pubertad, las enfermas mas jóvenes están comprendidas entre los veinte y veinti-

(1) Richet, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 Enero 1855, t. V, p. 257.

(2) Léon Ferrier, *Des fungosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus*, thèse. Paris, 20 Mayo 1854.

(3) Ch. Robin, *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et physique de la muqueuse utérine* (*Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII).

(4) Ph. N. Juteau, *De l'hémorrhagie utérine essentielle*, thèse. Paris, 5 Agosto 1850.

(5) Ferrier, *De fungosités utérines, etc.*, thèse. Paris, 1854, Cette dissertation est accompagnée de fort belles planches.



cinco años; desde esta edad aparecen las fungosidades en todas las épocas de la vida, y sobrevienen en la edad crítica.

El siguiente cuadro indica la frecuencia de los casos en que el origen del mal parece haberse demostrado con alguna precisión:

De 20 á 25 años.....	5 casos.
— 25 á 30 .....	8
— 30 á 35 .....	3
— 35 á 40 .....	5
— 40 á 45 .....	4
— 45 á 50 .....	3
De más de 50 .....	2
Total.....	30 casos. (Goldschmidt.)

*Herencia.*—Segun Rouyer, A. Nélaton ha tenido ocasion de observar muchos casos de fungosidades intra-uterinas en mujeres cuyas madres habian presentado la mismas afecciones.

*Embarazos anteriores.*—Las fungosidades se han observado casi siempre en mujeres que han tenido hijos. El siguiente cuadro compuesto por Goldschmidt segun el plan presentado por Rayer, pero con mayor número de datos, dará una idea exacta de la influencia de los embarazos:

Mujeres que no han tenido embarazos.....	2 casos.
— — han tenido abortos.....	5
— — un parto.....	12
— — dos —.....	5
— — tres —.....	6
— — partos laboriosos.....	6
Total.....	36 casos.

Sin embargo, este total debe reducirse á 25 porque 9 mujeres figuran al mismo tiempo entre categorías de abortos, partos y partos laboriosos.

Richet ha podido observar que en todas las mujeres cuya historia pudo recogerla el parto no se remontaba á mas de dos años.

Estas nociones atestiguan la influencia de una metritis anterior sobre el desarrollo de las fungosidades uterinas.

### § III.—Síntomas.

Los autores que han descrito con mas cuidado las fungosidades intra-uterinas, la atribuyen todos los síntomas observados en las mujeres, tales como desarreglos menstruales, peso en la pélvis, tirantez en los lomos, piernas é ingles, puntos dolorosos en el sacro, fosas ilíacas, region lumbar, etc. Creemos que ha habido abuso en este concepto. Estos síntomas son comunes á todas las enfermedades uterinas, y depende la congestión del órgano y de la acción de estas le-

siones sobre los nervios; pertenecen mas bien á la metritis que determina las fungosidades que á estas mismas; en fin, solo sirve para llamar la atención hácia el útero, mas bien que para establecer el diagnóstico de las fungosidades.

Los dolores y las hemorragias son los únicos síntomas que parecen tener importancia.

Los dolores son rara vez intensos; suelen ser sordos, irregulares, intermitentes, y aparecen preferentemente en las épocas menstruales ó en su proximidad, (Alf. Robert); afectan con frecuencia el carácter de dolores expulsivos, semejantes á los que hemos descrito en la dismenorrea con desprendimiento de la mucosa uterina.

Las hemorragias son las que especialmente caracterizan las fungosidades, lo que no debe estrañarnos porque en suma las fungosidades no son mas que vegetaciones célulo-vasculares semejantes á las que se producen en los vejigatorios ó heridas en supuración, y sabido es cuán frecuentemente sangran estas superficies. Así los flujos de sangre son casi continuos, produciendo un rápido empobrecimiento que se ha atribuido equivocadamente á las mismas fungosidades.

En cuanto á los flujos blancos, no nos ocuparemos de ellos, pues pertenecen mas á la metritis interna que á las mismas vegetaciones.

Se han considerado como complicaciones las granulaciones del cuello, el aumento de volumen del cuerpo del útero, el reblandecimiento del tejido de este órgano, la complicación de su cavidad, las flexiones, versiones, etc., pero estos, segun V. Racle, resultados de la metritis cuyas fungosidades dependen de los elementos anatómicos.

### § IV.—Curso, duración y terminación.

Es probable que las fungosidades uterinas no tengan tendencia á la curación espontánea, porque se han observado en mujeres de mas de setenta años, siendo posible se hubiesen desarrollado dentro del período genital. Pero puede creerse que en la época de la menopausia tiendan á suprimirse por sí mismas las hemorragias, cesando las congestiones uterinas, y entonces las fungosidades pueden persistir como lesión anatómica y como restos de una metritis curada, pero sin dar lugar á ningun síntoma grave.

Si es posible este modo de terminación, es menester convenir que, en la mayor parte de los casos, las enfermas desmerecen, se aniquilan por las hemorragias continuas y repetidas, terminando por presentar todos los síntomas de la cloro-anemia. No puede estrañarse que la muerte sea su consecuencia, pero aun no se han observado ejemplos.



## § V.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico se confunde algun tanto con la terapéutica. En efecto, por la introduccion de la cucharilla uterina se puede llegar á la demostracion de la existencia de la lesion. Si, en una mujer que tiene una metrorragia, la sonda uterina ó la cucharilla dá á conocer la mayor cavidad del útero, la ausencia de los pólipos, y si arranca con facilidad coágulos de la mucosa en los que se perciben glándulas utriculares, se establecerá el diagnóstico. Los pólipos y los cuerpos fibrosos voluminosos dan al cuerpo del útero un desarrollo proporcional, y acaban por dilatar y pasar el cuello uterino. El cáncer se reconoce por un flujo sanioso. Un embarazo incipiente con inminencia de aborto determina en el estómago y en los pechos fenómenos simpáticos, que no existen aquí, y además los progresos del embarazo hacen disipar todas las dudas.

La terminacion por la muerte no es de temer; sin embargo el pronóstico es grave, en el concepto de que, hasta la menopausia no puede esperarse una curacion espontánea, pudiendo caer las enfermas en un estado de empobrecimiento. Entonces las lesiones preexistentes pueden hacerse predominantes y determinar la muerte; de este modo han sucumbido en algunos casos las enfermas por metro-peritonitis y supuracion de los ovarios (Rouyer, Goldschmidt).

En fin, cuando el diagnóstico se ha establecido, el médico está tanto mas dispuesto á formular un pronóstico favorable, y á animar la enferma cuanto pueda, á esperar una curacion radical.

## § VI.—Tratamiento.

Contra una lesion puramente anatómica, sabido es que solo producirá efectos favorables un tratamiento quirúrgico. Sin embargo, la cucharilla uterina, no deberá emplearse sino en los casos relativamente graves, y cuando hay seguridad de que no existen ni reblandecimiento ni flexiones del útero, en cuyo caso pudieran producirse perforaciones. Se imitará la reserva de Nélaton, que se abstuvo de practicar esta operacion en un caso en que dolores agudos demostraban la existencia de una inflamacion aguda de las vísceras pelvianas; la enferma murió algunos dias despues sin ser operada, presentando todos los síntomas de una peritonitis muy intensa. (Rouyer.)

Así, pues, de acuerdo con Rouyer, y en contra de la opinion de Scanzoni, creemos que debe recurrirse á la eliminacion de las fungosidades con la cucharilla uterina.

Recamier ha sido el inventor del método y del instrumento, y casi todos los médicos y cirujanos modernos le han seguido con éxito (Trousseau, Nélaton, Alf. Robert, Follin, Malgaigne, etc.).

La cucharilla uterina (fig. 19) está dispuesta del modo siguiente:

cerca de la extremidad obtusa de una varilla de hierro del grueso de una pluma de escribir próximamente, existe una canal bastante profunda de 5 milímetros de ancha recordando, pero en proporecion mas



Fig. 19.—Dobl ecucharilla uterina de Récamier.

considerable, la disposicion de los porta-cáusticos uretrales. El instrumento, rectilíneo en su direccion general, describe cerca de su extremidad una corvadura, quedando la canal en la concavidad. Una ranura semejante existe en la otra extremidad. Los bordes de estas canales deben ser obtusos y no cortantes como podria suponerse, porque el tejido es blando, friable y fácil de separar.

El instrumento se introduce con precaucion y lentitud en el útero, se le imprimen movimientos de rotacion sobre su eje; los bordes de la canal desprenden la mucosa que se acomoda en su cavidad y la llena despues de dos ó tres vueltas. Despues se retira el instrumento con precaucion.

Puede suceder que se encuentre alguna dificultad en el momento en que la extremidad de la cucharilla llega al orificio cérvico-uterino ó interno, lo que parece depender de una contraccion espasmódica, en cuyo caso se hacen varios tanteos sin violencia, logrando al fin penetrar en la cavidad uterina.

El diagnóstico dará á conocer si existe un cambio en la direccion ó en la forma del útero. Si hay una incurvacion anterior ó posterior, no deberán imprimirse á la cucharilla movimientos de rotacion sobre sí misma, porque la extremidad uterina, trazando un arco de círculo muy considerable, podria desgarrar las paredes uterinas. En este caso solo se harán pequeños movimientos de lateridad en la cucharilla, rozando la cara interna del órgano. Pueden emplearse instrumentos cuya corvadura corresponda á la del útero.

En estos casos, como en los que la matriz, conserva su direccion normal, es necesario operar con lentitud, conduciendo el instrumento sin violencia y sin luchar con las resistencias.

Para conducir la cucharilla á la cavidad uterina, servirá de auxiliar el espéculum bivalvo, colocándola en el espacio que separa las dos ramas, circunstancia que no puede realizarse en los cilíndricos.

Las consecuencias inmediatas de la operacion son sencillas en casi todos los casos; resulta un dolor generalmente poco intenso, que persiste durante una ó dos horas, á veces mas, pero que desaparece durante la noche siguiente á la operacion. Debe aconsejarse la quietud durante algunos dias consecutivos. (Rouyer.)

La necesidad de nuevas operaciones se deducirá del éxito obteni-



do. Algunas enfermas se curan en una sola operación; en otras es menester repetir las, y en algunas se ha empleado simultáneamente la cauterización intra-uterina. Goldschmidt resume en el cuadro siguiente los casos en que han sido necesarias una ó varias operaciones.

Una ablacion si cauterizacion.....	10 casos.
Dos ó mas ablaciones sin cauterizacion.....	2
Una operacion seguida de cauterizacion.....	4
Dos ó mas ablaciones seguidas de cauterizacion.....	10
Total.....	26 casos.

Una vez modificó Malgaigne el procedimiento operatorio; despues de haber descendido el cuello del útero hasta la vulva con las pinzas de Museux, raspó la cara interna del útero con bisturís corvos por el plano, y la enferma se curó.

Algunos médicos han propuesto separar las fungosidades con la uña; pero esta operacion necesita el descenso del útero y la dilatacion del cuello.

*Accidentes.*—Independientemente de los extraños á la operacion, la perforacion del útero puede producirse directamente (Rouyer). Puede sobrevenir sin gran violencia en las maniobras, á causa del reblandecimiento del tejido uterino. Ad. Richard ha indicado un caso de este género, que no tuvo ningun grave resultado (1).

Rouyer niega los casos de muerte despues de la ablacion, pues dice que no puede citarse cirujano que deplora tal desgracia. Alfredo Becquerel (2) ha indicado tres casos en que la operacion fué seguida de metro-peritonitis, siendo mortal uno de ellos.

*Recidivas.*—Fácilmente se comprende que la afeccion puede recidivar; pero es posible tambien que una sola operacion no pueda separar todas las fungosidades, y que las hemorragias se repitan por permanencia de aquellas (Rouyer, Nélaton, Follin). La curacion definitiva no se obtendrá sino por una operacion mas completa.

*Inyecciones.*—*Cauterizaciones.*—No nos ocuparemos de los procedimientos ya descritos al tratar de la metritis interna. Algunos médicos las creen suficientes, pero recordaremos que suelen ser peligrosas, mientras que el empleo de la cucharilla se considera como inofensivo. Goldschmidt cita casos en que habiendo sido impotentes algunos hemostáticos y en la cauterizacion, se obtuvo la curacion por la ablacion.

(1) Ad. Richard, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855, t. V.

(2) Becquerel, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 193.

## ARTÍCULO XI.

## METRITIS PARENQUIMATOSA, INFARTO-UTERINO.

La cuestion del infarto del útero es esencialmente doctrinal, porque exige mas bien una interpretacion que una descripcion.

Lisfranc es el primero que ha insistido sobre los infartos del útero; se limita á afirmar su existencia, sin internarse en su naturaleza. Gendrin (1) le asigna una naturaleza inflamatoria y presenta indicaciones del tratamiento. Mas tarde, Velpeau niega los infartos del páncreas uterino, y refiere los casos descritos por Lisfranc á las diversas ó flucciones del útero. Para Nonat no se afecta el cuerpo del útero, sino el tejido celular peri-uterino, y entonces la expresion *flemon peri-uterino* debe reemplazar al de *infarto uterino*. En fin, para Bernutz, las lesiones existen en el peritoneo y la escavacion pelviana constituyendo una *pelvi-peritonitis*.

No debe asombrarnos esta diferencia de opiniones en presencia de una afeccion rara vez mortal, y cuyo exámen anatómico solo puede hacerse por excepcion.

Segun Nonat, el infarto está caracterizado por un aumento en el grosor de las paredes del útero, por una coexistencia mayor que en el estado normal y una manifiesta hiperemia. Hardy y Behier (2), creen que es un derrame de materia plástica entre las fibras uterinas. En un caso particular citado por Depaul (3), segun Frederic Bird, una mujer de treinta y siete años, que sucumbió á consecuencia de una metritis crónica, se observó en el fondo del útero un grueso que representaba tres veces su espesor normal; un absceso desarrollado en la pared posterior se abria por un trayecto corto y estrecho en el recto, sin comunicar con la cavidad uterina.

Si se han podido negar los infartos de la totalidad del útero, con mayor energia se ha combatido la existencia de los infartos parciales. Así es que los que se encuentran en la pared posterior del órgano en los casos de retroflexion del útero, se han considerado por algunos autores como resultado de la posicion declive de esta parte; pero sin presentar ninguna razon apreciable que refute la opinion que considera al infarto como causa de la retroflexion.

En el estado actual de la ciencia, el solo hecho que nos parece útil señalar, es que en el caso en que se creia haber reconocido un infarto uterino, el tratamiento no diferirá del indicado en la metritis crónica interna. (Racle.)

(1) Gendrin, *Traité de l'étude anatomique des inflammations*. Paris, 1826.

(2) Hardy et Béhier, *Traité élémentaire de pathologie interne*. Paris, 1855, t. III, pág. 58.

(3) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1854, t. XIX, p. 633.