

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.

ARTÍCULO XII.

HIPERTROFIA DEL CUELLO DEL ÚTERO.

§ I.—Definición é historia.

Bajo esta denominacion solo deben entenderse los casos en que hay aumento de la cantidad de fibras musculares y del sistema vascular de las paredes uterinas; la adición de los productos plásticos atestiguan un estado flegmático y corresponden los casos observados á los infartos del útero. Pero es muy probable que la confusion se ha verificado mas de una vez entre ambas afecciones. En todo caso, la hipertrofia del cuerpo del útero aun no se ha descrito y la única conocida y bien descrita es la del cuello.

Morgagni (1) cita un caso que, segun Huguier, podria referirse á una prolongacion hipertrófica del cuello uterino; y segun Segard, Buisson, Bichat, Lallement, Dugés y Madame Boivin, Chelius, Lisfrac, Herpin, Moreau, refieren casos análogos; pero en general, solo existia un vicio de conformacion congénita.

Ph. Boyer (2) refiere dos casos de esta afeccion á los que habia aplicado la reseccion del cuello.

J. Cruveilhier habia ya indicado la prolongacion del cuello del útero como causa de esterilidad, y Virchow se ha ocupado recientemente de la *prolongacion de forma de trompa* de los labios del orificio uterino; pero es á Huguier (3) al que principalmente se debe la completa descripcion de este estado morbozo. De este autor tomaremos la descripcion siguiente en lo referente á la hipertrofia de la porcion subvaginal del cuello.

§ II.—Síntomas.

De la prolongacion hipertrófica del cuello del útero.—En esta afeccion el cuello uterino forma, en la cavidad vaginal, un tumor prolongado, cilindroideo, cónico ú oval, cuya longitud puede variar de 4 á 7 centímetros, segun que esté en via de desarrollo ó haya llegado al último período de su evolucion. En general, en las niñas y las jóvenes que no han tenido hijos afecta el cuello del útero la forma conóidea muy prolongada y regular, cuya base corresponde á la insercion vaginal; el vértice es redondeado, ligeramente convexo, presentando en su centro un orificio circular, estrellado ó trasver-

(1) Morgagni, lettre XLV.

(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 5^a édition.

(3) Huguier, *Mémoire sur les allongemens hypertrophiques du col de l'utérus*, etc., avec 13 planches in-4^o. Paris, 1860 (*Mémoires de l'Académie*, t. XXIII, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, 1859).

sal. Por el contrario, en las ancianas que han tenido muchos hijos, se aproxima á la forma cilíndrica. El vértice del tumor es en general mas irregular que en el caso precedente, y presenta distintamente los dos labios mas desarrollados, y la hendidura que los separa mas pronunciada; ó presenta dos, tres ó cuatro tubérculos, en cuyo centro se encuentra la abertura cuya forma varia hasta el infinito. Puede suceder que este vértice (parte libre) sea mas grueso que la base del tumor; y es menester estar prevenido de esta circunstancia para no confundir el cuello del útero con un pólipo. En un caso referido por Lobstein, el cuello del útero tenia una longitud de tres pulgadas y una línea, al descender engrosaba, y su cavidad se dilataba, lo que producía en la parte inferior una extension de una pulgada y siete líneas. Al primer aspecto se hubiera dicho que habia dos matrices unidas por el cuello. Algunas veces, el tumor es vívido en su extremidad, y los dos labios del útero, unidos por una base comun, cilíndrica, mas desarrollada que la del hocico de tenca en el estado normal, formando dos lengüetas flotantes, aplastadas de delante atrás, en cuyo intervalo se encuentra el orificio uterino.... Esta parte hipertrofiada de la matriz conserva por lo comun su epitelio, color, consistencia, la sensibilidad, en una palabra, todos sus caracteres normales, menos la forma y volumen....

Si el padecimiento se desenvuelve de un modo lento, las mujeres no refieren sufrimiento mas que durante las relaciones sexuales que suelen ser imposibles; pero experimentan la sensacion de un cuerpo extraño pesado en la abertura vulv arcuando se sientan de pronto, en fin, la menstruacion no suele alterarse: si por el contrario la enfermedad sobreviene con rapidez, á consecuencia de una metritis intensa, de un parto laborioso, se modifica la menstruacion aumentando ó disminuyendo, llegando en ocasiones á constituir una menorragia que se unen á manifestaciones leucorréicas de diversa abundancia. La precidencia del cuello hipertrofiado determina inflamacion dolorosa de la vulva, alterando las funciones de la vejiga y especialmente del recto. La estacion vertical suele ser penosa y aun imposible, y las mujeres se ven obligadas á abandonar sus habituales ocupaciones. La salud general se altera y la moral se afecta, sea por el temor de las consecuencias de la enfermedad, sea por la supresion forzada de los placeres sexuales.

Por el tacto se demuestra la excesiva longitud del cuello uterino dentro de la cavidad vaginal: en la extremidad superior de este conducto se observa que la base del cuello continúa sin interrupcion con la porcion supra-vaginal del órgano. La aplicacion del espéculum es muy difícil. En fin, el histerómetro que en el estado normal da una profundidad de 5 centímetros y $\frac{1}{2}$ á 6 y $\frac{1}{2}$, penetra hasta 8 y 13 centímetros.

§ III.—Anatomía patológica.

A los detalles que preceden, y que dan á conocer en gran parte la anatomía patológica, añadimos que «las arterias que se ramifican en la sustancia uterina, están mas desarrolladas que en el estado normal. Huguier ha disecado algunas de 1 milímetro y $\frac{1}{2}$ á 2 de diámetro. Las venas del tejido uterino, así como los plexos útero-vaginal y ovárico, están voluminosos, dilatados é ingurgitados de sangre. Los folículos mucosos de las inmediaciones del útero, y que en estado ordinario son apenas visibles, están hipertrofiados y dilatados; el orificio excretor está mas ó menos dilatado, pero no están alterados á lo menos en la mayoría de los casos.»

§ IV.—Diagnóstico.

El descenso uterino y los pólipos pueden confundirse con la hipertrofia del cuello.

«En el *descenso* del útero, la totalidad del útero, cuerpo y cuello está en la vagina dirigido hácia la vulva; la vagina se encuentra acortada, el fondo de saco útero-vaginal, desciende; la extremidad superior de la vagina adherente al cuello está invertida é invaginada en la porcion superior de este conducto, en razon del grado del descenso uterino. Si se introduce el dedo en los órganos genitales y se hace ascender la matriz y con ella la vagina, se percibe que es el fondo de este conducto un simple tubérculo redondeado que es el hocico, de tenca con todas sus propiedades físicas, mientras que en la prolongación hipertrofica aun complicada con descenso de la matriz, el dedo, aunque haga ascender el órgano y dé á la vagina su longitud, siente en el fondo de este conducto, no un tubérculo sencillo, sino un tumor conóideo ó cilíndrico que desciende hasta la vulva. Este carácter basta por sí solo para distinguir una afección de otra sin recurrir al histerómetro, que dista mucho de presentar en estos casos una verdadera utilidad, por su frecuencia en el descenso del útero, hay hipertrofia de la porcion supra-vaginal del órgano. En ambos casos puede haber prolongación de la cavidad del útero por un desarrollo inverso y fácil de distinguir, lo que establece tambien una diferencia entre ambas afecciones. En el descenso del útero, el exceso de la cavidad está por encima de la insercion vaginal, con la prolongación de la parte vaginal del cuello, la ampliación está por debajo de esta insercion.»

Los *pólipos* procedentes del cuello que adquieren una forma conóidea, los que se confunden con uno de los labios del orificio uterino, en fin, los que presentan una cavidad, pueden confundirse con la hipertrofia del cuello. Hé aquí, segun Huguier, los signos por los que se hará la distincion entre ambas afecciones. Si es una prolon-

gación del cuello, por mas cuidado con que penetre el dedo ó la extremidad del histerómetro procurando reconocer en la base del tumor un rodete ó anillo que le abrace mas ó menos estrechamente, no se conseguirá, solo se encontrará en uno de los puntos de la circunferencia de esta base, una abertura ó fisura por la que se llega á penetrar en la cavidad uterina. Por el contrario, en el caso de pólipo procedente de la cavidad uterina ó de la parte superior del cuello, si se examina con atencion la base del tumor (pedículo), se encuentra en su contorno un anillo ó rodete abrazando y extrangulando la base mas ó menos completamente. El dedo, ó por lo menos la extremidad, del histerómetro, puede pasar entre el pedículo y el anillo y penetrar en la cavidad de la matriz.

Si el pólipo ha tomado origen en la parte inferior del cuello y se confunde con uno de sus labios, y con la parte correspondiente de la vagina, existe y se percibe en la parte opuesta un medio rodete y abertura irregular ó semi-lunar por la cual penetra el histerómetro en la cavidad del útero. Solo podrá producir incertidumbre la hipertrofia localizada en un solo labio del cuello uterino. El color, la consistencia, la forma y la sensibilidad del tumor en los dos casos sacarán al profesor de la duda.

En fin, si el pólipo es hueco y presenta en su extremidad inferior un orificio que conduzca á su cavidad, pueden introducirse dos estiletes, uno en su cavidad y otro por la abertura situada cerca del pedículo del pólipo que conducirá á la cavidad uterina, que estará por encima de la primera. Nunca se encontrarán en las prolongaciones del cuello dos aberturas y dos cavidades (1).

Mencionaremos tambien el caso referido por Simpson (figura 20), en el cual llenaba un pólipo de tal modo la vagina que simulaba la existencia de una hipertrofia del cuello: el pólipo, que era muy prolongado, no tomó esta forma hasta que descendió á la vagina; de este modo el pedículo pudo cogerse y cortarse con el polipótomo.

(1) Huguier, Memoria citada mas recientemente, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865.

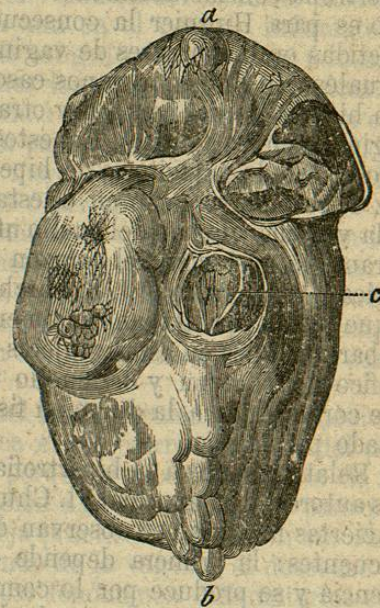


Fig. 20.—Pólipo del útero.—a, parte superior; b, parte inferior; c, insercion y grueso del pedículo. (Simpson, fig. 12).

§ V.—Causas.

Las hipertrofias del útero pueden dividirse en muchas categorías, bajo el punto de vista etiológico. La hipertrofia del cuello, estudiada aparte, unas veces crece lentamente y parece solo una anomalía, un vicio de conformacion por exceso de nutricion (Huguier); otras crece con mucha rapidez á consecuencia de una metritis intensa (Huguier, Hooper), determinada por una caída, un parto difícil. En este último caso cree Huguier que la debilidad de la vagina y su dilatacion y la de la abertura vulvar obran como causas ayudantes, porque el cuello ni está comprimido ni sostenido, y establece en su contorno, especialmente debajo, una especie de vacío en el que penetra y se desarrolla cómodamente, como sucede en las hernias epilóicas, que solo se contienen por la piel débil y expesada, en las que el epilon se hipertrofia considerablemente. A veces la hipertrofia del cuello uterino es para Huguier la consecuencia de irritaciones y de metritis repetidas en las mujeres de vagina corta que abusan de los placeres sexuales. En fin, en algunos casos (1) existe á la vez, en la mujer una hipertrofia del corazon y otra del cuello uterino (porcion supravaginal, en particular). En estos casos, á consecuencia del embarazo el estado transitorio de hipertrofia fisiológica del útero (2), en vez de resolverse como en el estado normal, persiste y se aumenta cada vez mas al nivel del cuello uterino. Del mismo modo se sabe que durante la gestacion, el corazon experimenta una hipertrofia fisiológica y pasajera, que J. F. Larcher fué el primero en reconocer (3), y que puede persistir anormalmente, una vez pasado el período de embarazo. Pues en estas mujeres del último grupo, el citado hipertrofico del corazon y del cuello uterino, prolongándose mas que lo que corresponde á la duracion fisiológica, termina por constituir un estado patológico.

Relativamente á la hipertrofia general del útero, á la que algunos autores, y en especial Fl. Churchill, consideran como terminacion de ciertas metritis, se observan dos variedades que parecen las mas frecuentes: la primera depende de congestiones repetidas con frecuencia y se produce por lo comun á consecuencia de metrorragias persistentes; el útero ingurgitado por el flujo excesivo de sangre, no puede volver á sus dimensiones normales, y cada recrudescencia

(1) P. C. Huguier, Memoria citada, et depuis, *Observations recueillies en 1864*.

(2) Ch. Rouget, dans *Journal de physiologie de Brown-Séguard*, t. I. Paris, 1858.—Hélie (de Nantes), *Sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse*. Paris, 1865.

(3) J. F. Larcher, *De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique* (*Archives générales de médecine*, 1859, Memoria premiada por el Instituto en Diciembre 1862).

de la hemorragia aumenta su volúmen (1). En la segunda variedad, no es solo el cuello del útero, sino todo el órgano el que á consecuencia de la inflamacion ó de cualquier otra causa, no sigue las fases de su evolucion regresiva. (Simpson (2), West (3), Fl. Churchill).

§ VI.—Pronóstico.

La afeccion de que tratamos solo es grave bajo un solo punto de vista; es una causa de esterilidad. Dupuytren (4) y Huguier han citado casos en que la excision del cuello facilitó la fecundacion.

§ VII.—Tratamiento.

El *plan curativo* debe variar segun los casos. En una mujer de alguna edad que sufriera poco por esta hipertrofia, evitaríamos todo tratamiento activo. Si se trata de una mujer jóven, conviene evitar la esterilidad. Al principio cuando el volúmen del útero no pasa de 2 á 3 centímetros, si la afeccion está aun en el período inflamatorio, conviene emplear algunas emisiones sanguíneas generales ó locales, las inyecciones emolientes y despues las astringentes y tónicas. Si la enfermedad permanece estacionaria ó progresa, se practicarán cauterizaciones con nitrato de plata, la pasta cáustica de Viena solidificada (Filhos), el nitrato ácido de mercurio, ó el hierro enrojecido. Los pesarios son en general inútiles ó perjudiciales.

Pero cuando el mal resiste, y cuando el tumor adquiere una longitud de 5 á 7 centímetros, es menester recurrir á la *amputacion del cuello*. Esta operacion está indicada cuando las enfermas no pueden entregarse á los movimientos que exige su profesion, ó se producen graves accidentes por la ulceracion ó inflamacion del tumor ó partes inmediatas.

Huguier practica la operacion del modo siguiente, por medio de un *instrumento cortante*. No emplea el cloroformo á causa del poco dolor producido por la operacion y porque si sobreviene seria de naturaleza sincopal, y se uniria su accion á la del cloroformo para producir la muerte. El operador aconseja practicar la excision *sin dislocacion* del órgano, esto es, en el fondo de la vagina, el descenso del órgano hasta la vulva podria provocar fenómenos inflamatorios consecutivos. Comienza las incisiones sobre el cuello á medio centímetro por debajo de la insercion vaginal, con objeto de exponerse menos á no herir este conducto, ni debilitar las inserciones útero-vaginales,

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franç. par Wieland et Dubrisay. Paris, 1866, p. 321.

(2) Simpson, *Obstetric works*, vol. I, p. 103.

(3) West, *Diseases of Women*, p. 91.

(4) F. G. Dumont, *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, thèse. Paris, 12 Agosto 1830.

que en otro caso podrian romperse en un parto natural ó laborioso posterior á la operacion. El único accidente que hay que temer es la hemorragia primitiva, que siempre podrá remediarse con el percloruro de hierro. «Huguier ha visto practicar y ha ejecutado él mismo la operacion muchas veces sin accidentes graves, y no puede decir otro tanto de la cauterizacion con el hierro candente.»

La operacion con el *constrictor lineal* (*ecraseur*) es larga y muy dolorosa si no se emplea el cloroformo. El instrumento es difícil de colocar, y se puede herir la vejiga ó interesar el peritoneo. Sin embargo, estará indicado su empleo en una mujer anémica, ó si la base del tumor era voluminosa, y son gruesas las arterias hasta hacerse perceptibles los latidos.

Terminaremos añadiendo que Chassaignac ha adoptado el procedimiento de Huguier, dándole buen resultado en seis casos en que le ha empleado; Mayer, en Alemania, ha practicado una vez esta operacion. Uniendo estos casos á los que le son propios, dice Huguier tener un total de veinte operados, sin que se presenten accidentes graves manifiestamente dependientes de la operacion.

Sin embargo, Depaul (1) ha procurado demostrar que los medios terapéuticos y la cauterizacion convenientemente empleados, son casi suficientes en todos los casos; que desde entonces no conviene generalizar la amputacion de esta porcion del útero aun en las condiciones expuestas por Huguier; en fin, que á pesar de las observaciones referidas por él y deducidas de su práctica, esta operacion debe considerarse como una de las mas graves de la cirugía, y que ha costado la vida á muchas mujeres.

No tenemos la pretension de dilucidar este punto cuestionable, pero nos parece que Huguier no se decidió nunca á operar sin emplear antes todos los medios apropiados para la resolucion del padecimiento, y que, á pesar de la opinion contraria de Depaul, los accidentes pueden llegar á ser tan graves, que las enfermas pidan á toda costa una operacion quirúrgica.

ARTICULO III.

CÁNCER DEL ÚTERO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Esta enfermedad se encuentra designada en los autores con los nombres de *ulcus uteri*, *scirrhus* ó *schirrus utero*, *uteri degeneratio*, *úlceras del útero*, *ulceracion cancerosa*, *escirro*, *cáncer de la matriz*, *infarto escirroso* y *canceroso de la matriz*.

(1) Depaul, *Discussion sur l'allongement hypertrophique, etc.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, sesion del 5 Abril 1859, t. XXIV, 1858 y 1859, p. 672, 727, 771).

Todos conocen la mucha *frecuencia* del cáncer del útero. Haciendo sus investigaciones Boivin y Dugés en mas de 700 casos de cáncer en la mujer, han encontrado 409 veces el cáncer del útero, esto es, en mas de la mitad de los casos; en general se puede decir que esta afeccion cancerosa es la que se observa con mas frecuencia.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—*Edad.*—Casi siempre es hácia el fin del gran período de la menstruacion ó poco tiempo despues de la completa cesacion de la reglas, cuando se manifiesta el cáncer uterino. Así es que el mayor número de casos se presentan en mujeres de cuarenta á cincuenta años de edad. Sin embargo, no es raro ver mujeres atacadas de esta enfermedad que han pasado de esta última edad, pero estos casos son excepcionales.

Despues del período de cuarenta ó cincuenta años, las edades que suministran mas ejemplos de cáncer son, segun Lever (1): primero, la de treinta á cuarenta años, y despues las de veinte á treinta años. En los casos reunidos por Boivin y Dugés, no ha sucedido así, porque el período de veinte á treinta años ha dado mas casos que el de treinta á cuarenta años. Por consiguiente, hay que hacer, como se ve, nuevas investigaciones sobre esta materia.

Entre las causas predisponentes, se han reunido influencias bien opuestas. Así, pues, se ha dicho que los *excesos en el cóito*, los *goces precoces*, los *muchos partos*, el *aborto* y los *partos laboriosos*, predisponen al cáncer uterino; y por otra parte han afirmado que el *celibato* y una *continencia* demasiado rigurosa pueden colocar á las mujeres en la misma predisposicion.

Tambien se han incluido entre estas causas las *afecciones sífilíticas*; pero nada prueba que el virus venéreo pueda dar origen al cáncer. Cuando se dice que las mujeres públicas mueren casi todas á consecuencia del cáncer de la matriz, se afirma un hecho que es enteramente inexacto, como es fácil asegurarse de ello recorriendo las investigaciones de Parent-Duchâtelet (2), y las de los autores que se han ocupado especialmente de las enfermedades venéreas.

No hacemos mas que mencionar entre estas causas la *esterilidad*, porque en los casos en que la enfermedad se ha presentado en una edad poco avanzada, ha sido la causa de la esterilidad mas bien que su efecto.

Todos los autores han incluido entre las causas de que se trata las *afecciones morales*, las pasiones tristes y los pesares duraderos.

La grande *irritabilidad* de las enfermas y una *sensibilidad moral*

(1) Lever, *Statistical notices of one hundred and twenty cases of Carcinoma uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, Londres, 1839, t. XXII, p. 267).

(2) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3.ª edit. Paris, 1857, t. I, p. 237.