

Malgaigne (1) ha propuesto la *incision del cuello uterino*, operacion que considera como especifico de la nevralgia uterina. Nonat dice que no ha obtenido por este medio mas que un alivio momentáneo. En fin, este autor, despues de haber hablado de la *electrizacion*, propone la *cauterizacion trascurrente superficial*, no sobre el cuello uterino, sino sobre el hipogástrio, la region sacra, y sobre los puntos en que se manifiestan las irradiaciones nevrálgicas. Para la indicacion de este procedimiento, véase el artículo METRITIS INTERNA.

ARTÍCULO XIX.

DISLOCACIONES DEL ÚTERO.

1.º Dislocaciones del útero en general.

Solo se tenian algunas ideas inciertas todavía sobre los diversos puntos de la historia de las desviaciones uterinas, cuando Simpson en Edimburgo, Kiwisch en Praga, y muchos profesores en Paris, en vez de recurrir exclusivamente al espéculum, llegaron á hacer de este estudio, merced á la extension del tacto y del cateterismo uterino, uno de los objetos que presentan mas interés al médico.

Si no hay gran certeza de que Hipócrates (2) hubiese conocido las dislocaciones, en cambio Aecio (3) designó estas enfermedades y aun recomendó el *tapon rectal* para curarlas. Ambrosio Pareo (4) las indicó de un modo muy vago, y Morgagni (5) ha citado un caso de inversion determinado, segun él, por el infarto del hígado y del bazo. Levret (6), aunque ocupándose con especialidad de las desviaciones uterinas en las embarazadas, no desconoció las que se presentan en estado de vacuidad, pues que indica la retroversion en las doncellas.

Segun Cusco (7), indicaremos á Walter-Wall, Grégoire (de Paris), William-Hunter, Linn, Hooper, Brid, Garthshore (1777), Frederick Jahn (8), Saxtorph (9), Ignatius Wiltzek (10), como habiéndose ocupado de las dislocaciones; pero no fueron verdaderamente conocidas

(1) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

(2) Véase Hippocrate, *Œuvres*, trad. par Littré, t. VII: *De la nature de la femme*; t. VIII: *Des maladies des femmes*.

(3) Aecio, *Tetralogia*, cap. 77.

(4) Paré, *Œuvres complètes*, édit. Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752.

(5) Morgagni, *De caus. et sed. morb.*, epist. XLVI, 16.

(6) Levret, *Journal de médecine de Vandermonde*, 1773.

(7) Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

(8) Frederick Jahn, *De utero retroverso*. Iéna, 1787.

(9) Saxtorph, *De ischuria ex utero reflexo*. 1775.

(10) Wiltzek, *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo*.

en Francia hasta las comunicaciones dirigidas á la Academia de cirugía por Chopar. Hará unos quince años que Velpeau imaginó el cateterismo y el enderezador intra-uterino. Esta idea doblemente fecunda bajo el punto de vista del diagnóstico y de la terapéutica, pasó á las manos de Kiwisch (1) y de Simpson, para volver diez años despues enriquecida con casos numerosos y apoyada por Huguier y Valleix.

Boivin y Dugés (2) han publicado observaciones importantes sobre las desviaciones uterinas; Hervez de Chégoïn (3) y Simpson (4) han escrito sobre este asunto importantes memorias despues de la que el tratamiento de las dislocaciones uterinas por la reduccion completa se extendió rápidamente en Francia.

Vienen en seguida P. Dubois, Malgaigne, Adolfo Robert, Récamier, Amussat, Jobert (5), etc., habiendo observado todos estas enfermedades y tomado parte en la discusion sostenida con este motivo en la Academia de Medicina.

En Alemania, segun Kiwisch, encontramos á Rokitansky, Virchow (6), Mayer (7), Sommer (8) y Reinhardt (9) presentando interesantes investigaciones sobre las dislocaciones uterinas.

En Inglaterra y en Alemania deben mencionarse: Prothero Smith (10), Beattie (11), Rigby (12), Samuel Edwards (13), Cumming (14), Bond (15), Mac Cready (16); en fin, en Francia, en estos últimos años se han distinguido por muchas publicaciones de este gé-

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie des weiblichen Geschlechtes: De Krankheiten der Gebärmutter*. 3.ª edición. Prag, 1851.

(2) Boivin et Dugés, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris 1833.

(3) Hervez de Chégoïn. *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 319).

(4) Simpson, *Contributions to the pathol. and treat. of the Uterus* (*London and Edinb. monthly Journ.*, t. III).—*Sur la fréquence, le diagnostic, et le traitem. de la rétroflexion ou retroversion de l'utérus dans l'état de vacuité* (*Dublin quarterly Journal*, t. V.).

(5) Jobert, *Discussion à l'Académie* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, Paris, 1849, t. XV, p. 58 á 421).

(6) Virchow. *Des flexions de l'utérus*.—Véase *Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin*. Jahrgang, 1851, par le docteur Sichel.

(7) Mayer, *ibid.*

(8) F. C. Sommer, *Beitrage zur Lehre der Infracionen und Flexionen der Gebärmutter* In-8. Giessen, 1850.

(9) Reinhardt, véase Sichel, in *Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin* (*loc. cit.*).

(10) Smith, *Obstetric Record*.

(11) Beattie, *Dublin quarterly Journal*, 1847.

(12) Rigby, *Medical Times*. Londres, 1849.

(13) Samuel Edwards, *Provinc. med. and. surg. Journ.*, Junio 1849.

(14) Cumming, *Edinburgh monthly Journal*, 1849.

(15) Bond, *Americ. Journal of medical sciences*, 1849.

(16) Mac Cready, *Americ. Transactions*, 1849.

nero, Baud (1), Dufraigne (2), Grimaud (3) y Pichaud (4), que han tratado diversos puntos de la cuestión.

Las investigaciones de Boulard (5), Verneuil (6), Cusco (7), Valleix (8), Michon (9), vienen á esclarecer la etiología de las desviaciones uterinas. Por último, se encuentran nuevos datos en los trabajos de Scanzoni, Becquerel, Nonat, Aran, Huguier, Benjamin Dunal (10), Bernutz y Goupil (11), y Churchil (12).

§ I.—Definición, sinonimia y divisiones.

Existe *dislocación del útero* siempre que el eje de este órgano no corresponde, en todo ó en parte, al estrecho superior de la pelvis.

Las dislocaciones uterinas han recibido los nombres de *inversion, luxaciones, dislocación trasversal* (Levret); *anteversion y retroversion* (Desgranges), *delapsus, reclinatio* (retroversion); *pronatio uteri* (anteversion), (Moeller); *anteflexion* (Ameliné) y *retroflexion; lateroversion, lateroflexion*, etc.; según la especie de dislocación que se quiera designar.

Con frecuencia se designan estas enfermedades con el nombre vulgar de *descenso de la matriz*, porque en las dislocaciones el útero se encuentra mas ó menos descendido; pero este nombre es impropio en este lugar, y no debe aplicarse sino en el caso, en que conservando su dirección normal, el órgano se dirige hácia abajo mas ó menos cerca del orificio vulvar ó saliendo de él, en cuyo caso es un verdadero *prolapso*.

No hay certeza sobre la frecuencia relativa de estas especies de dislocaciones.

En la época en que dimos nuestras lecciones clínicas, encontramos 35 dislocaciones adelante, y 33 hácia atrás, en proporción casi

(1) Baud, *Déviations et engorgement de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir* (Bulletin de l'Académie, 1849-1850, t. XV, p. 53).

(2) Dufraigne, *De la rétroflexion*, thèse inaugurale. Paris, 1851.

(3) Grimaud, *De l'antéversion de la matrice*, thèse inaugurale, Paris, 1852.

(4) Pichaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse inaugurale. Paris, 1852.

(5) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus (sa forme, ses nerfs)*, thèse. Paris, 1853, n.º 87.

(6) Verneuil, *Mémoires de la Société de chirurgie*.

(7) Cusco, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

(8) Valleix, *Bulletin gén. de thérap.*, 1851 y 1852.—*Journal de médecine de Toulouse*, 1851.—*Des déviations utérines* (lecciones clínicas recogidas y publicadas por Gallard. *Union médicale*, 1852).

(9) Michon, *Leçons cliniques sur les affections utérines* publicadas por Zambaco (*Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 658, 713, 771).

(10) B. Dunal, *Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines*. Paris, 1860.

(11) Bernutz y Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860, t. II.

(12) Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*.

igual. Desde entonces hemos observado gran número de casos, pero no habiendo reunido todos los datos, solo podemos presentar 49, de las que 28 corresponden adelante y 20 atrás; lo que produce uniendo ambas series un total de 63 dislocaciones adelante y 54 atrás. Estas últimas aparecen un poco menos frecuentes; pero hace falta continuar estas investigaciones.

Hemos dividido sus diversas dislocaciones en tres distintos grupos:
1.º GRUPO.—Dislocaciones adelante: 1.º Anteversion simple; 2.º anteflexion; 3.º variedades que consisten en anteversion con diversas flexuosidades.

2.º GRUPO.—Dislocaciones hácia atrás: 1.º Retroversion simple; 2.º retroflexion; 3.º variedades que consisten en una retroversion con flexuosidades diversas.

3.º GRUPO.—Dislocaciones laterales: 1.º Lateroversion; 2.º Lateroflexion.

Para distinguir las diversas dislocaciones se considerará la dirección del cuerpo del útero. Así en la anteversion ó dislocación adelante, el cuerpo está inclinado en este sentido, mientras que el cuello se dirige á la concavidad del sacro. En la retroversion, el cuerpo está inclinado atrás sobre el recto, y el cuello adelante hácia la sínfisis pubiana. Es, pues, la dirección del cuerpo la que designa la dislocación. Hay anteflexion cuando el cuerpo está dirigido adelante, cualquiera que sea la situación del cuello, y retroflexion cuando el cuerpo se dirige atrás formando un ángulo con el cuello. Iguales observaciones son aplicables á las lateroversiones y lateroflexiones.

Según Simpson, no hay verdadera utilidad en estudiar separadamente las versiones y las flexiones. Veremos, sin embargo, que las flexiones exigen en su tratamiento ciertas maniobras particulares, que presentan dificultades en el diagnóstico que le son propias, y por último, que en sus síntomas hay diferencias que no carecen de importancia.

§ II.—Causas.

Según los principios expuestos por Cusco, solo hay una división esencialmente útil, la de *versiones y flexiones*. Esta es toda la patología de las dislocaciones; á ella se subordina la etiología, la sintomatología, y preside la terapéutica.

El útero sano y en estado de vacuidad no parece pueda sufrir *flexiones*, la rigidez de su tejido se opone; pero por la influencia de la presión de los órganos inmediatos, puede dislocarse verificando un movimiento de vascula sobre sus ejes, en cuyo caso se producen las *versiones*. En estos casos, el cuerpo y el cuello del órgano conservan sus relaciones respectivas y su eje común queda rectilíneo, pero el órgano en totalidad ha perdido sus relaciones normales con los ejes correspondientes de la pelvis.

Cuando las paredes uterinas han perdido su consistencia como en

el puerperio, por una metritis, puede el cuerpo inclinarse sobre el cuello, doblarse adelante, atrás ó lateralmente, en cuyo caso se producen las *flexiones* propiamente dichas. Estas flexiones se auxilián, sin disputa, por la presión de las vísceras abdominales, pero su causa primitiva reside en la alteración de las paredes uterinas.

Esta distinción, formalmente establecida por Cosac, hace considerar las luxaciones y las flexiones como dos estados patológicos absolutamente extraños uno de otro. En efecto, las flexiones presentan como punto de partida las mismas paredes uterinas, mientras que las dislocaciones reconocen causas extrañas al mismo útero; y fácilmente se comprende, cómo la terapéutica tiene que relacionarse con esta distinción (Racle).

Consideraciones generales sobre la anatomía y desarrollo del útero (1).—Colocado en el centro de la cavidad pelviana, entre la vejiga y el recto, está situado el útero profundamente é inaccesible á la exploración supra-pubiana. No está fijo de un modo invariable, y puede experimentar dislocaciones, sea por causas directas, sea por la acción de los órganos inmediatos. Su parte superior ó peritoneal, compuesta del cuerpo y parte supra-vaginal del cuello, y de parte inferior su porción sub-vaginal son libres, y el útero solo está fijo y sostenido en su lugar por su parte media, por medio de una serie de ataduras que vienen á confluír en el punto de unión del cuerpo y el cuello. En este punto está fijo por la inserción de la extremidad superior de la vagina, y una íntima adherencia á la parte posterior de la vejiga, en una extensión de 14 á 15 milímetros. Por detrás, los dos ligamentos *útero-sacros* parten de la porción posterior del cuerpo y van á los bordes laterales del sacro, fijando el útero en este sentido. Por delante los ligamentos redondos, prolongación del tejido uterino, unen el órgano á la pared abdominal. Por último, los ligamentos anchos podrían considerarse como medio de fijeza si no estuvieran flojantes y flojos. El peritoneo mismo debe considerarse como agente suspensor accesorio, pues que no puede dislocarse mucho el órgano sin producir tensión de esta membrana en el punto en que abandona el cuello y se refleja sobre las partes inmediatas; es verdad que estas inserciones peritoneales son flojas excepto por detrás, donde forman por encima de los ligamentos útero-sacros los repliegues salientes, llamados *ligamentos de Douglas*. De todos estos medios de fijeza los más útiles son la adherencia á la vagina y la vejiga y los ligamentos útero-sacros. Como todas estas partes abrazan el útero en un plano circular y casi horizontal, resulta una especie de plano que el útero atraviesa completamente. «Este es el punto común que

(1) Aran ha presentado observaciones llenas de interés sobre la situación, medios de fijeza, y sobre la movilidad del útero, en una palabra, sobre lo que llama *estática* de esta víscera, en las *lecciones clínicas* y en los *Estudios anatómicos y anatómico-patológicos sobre la estática del útero*. (*Archives de médecine*, 1858, t. I, p. 139 y 310).

constituye el verdadero eje del útero, el eje de suspensión, eje ficticio, si se quiere, pero que no por eso deja de tener la importancia que de su estudio se desprende. Basta para esto demostrar, por el tacto vaginal, dos cosas á las que los observadores parece no han prestado la atención necesaria, y de las que una ha sido negada por algunos: la primera, que la porción vaginal del cuello del útero no descansa inmediatamente sobre el plano de la pelvis, como se ha pretendido en obras recientes; la segunda, que es fácil mover el órgano alrededor de su eje de suspensión adelante, atrás y á los lados, pero tomando el órgano inmediatamente su posición normal sacando la causa que le dislocó.» (Aran).

En estas observaciones anatómicas, de la mayor exactitud, quisiéramos sustituir la frase *eje de suspensión* por la de *plano de suspensión*, porque hay muchos ejes distintos, uno trasversal, otro antero-posterior, y aun un eje oblicuo; hay también que notar que al nivel de esta abertura de este plano imaginario, ó un poco por encima es el punto donde se efectúan las corvaduras ó flexiones del útero.

Como quiera que sea, «este eje de suspensión es susceptible de dislocarse en masa, por la flexibilidad y elasticidad de las partes que le constituyen; lo que explica en particular, cómo el cuello del útero está más próximo á la vulva cuando la mujer está de pié, y cómo el dedo introducido en el recto puede elevar el útero á grande altura en la pelvis.» (Aran).

La profundidad á la que se encuentra el cuello uterino en la vagina se ha exagerado por algunos autores, que la fijan en 10 á 12 centímetros. Aran dice que el cuello está á 6 centímetros del orificio vulvar en la mujer que ha tenido hijos, y de 7 á 8 centímetros en la vírgen ó en la que no ha tenido hijos. Augusto Voisin (1) dice que esta distancia solo es de 5 $\frac{1}{2}$ á 6 $\frac{1}{2}$ centímetros.

Las dimensiones principales del útero, deben indicarse, pues pueden apreciarse durante la vida por el cateterismo, los cambios de volumen del órgano. Richet (2) comprendía de este modo el resultado de las investigaciones continuadas durante diez años:

«1.º En la mujeres que han tenido hijos, el diámetro vertical de la cavidad uterina en el estado fisiológico, tomado desde el cuello al fondo de la cavidad, presenta 60 milímetros;

»Comprendiendo en este diámetro el grueso de las paredes, hacen 68 milímetros;

»El diámetro trasversal de la cavidad entre los orificios tubarios, es de 30 milímetros;

»El diámetro trasversal exterior, entre las inserciones de las trompas, es de 47 $\frac{1}{2}$ milímetros.

(1) Augusto Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés*. Paris, 1860.

(2) Richet, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 3.ª edición. Paris, 1865.

»2.º En las mujeres que han tenido relaciones sexuales, pero sin haber sido madres, el diagnóstico vertical de la cavidad es de 55 milímetros;

»El del útero, comprendiendo las paredes, 63 milímetros;

»El trasverso ó intertubario, de 27 milímetros;

»El trasverso exterior, de 45.

»3.º En las vírgenes, el diagnóstico vertical de la cavidad, según el único caso que he podido recoger, era de 45 milímetros;

»El del útero, de 55 milímetros;

»El trasverso ó intertubario de 15 milímetros;

»El trasverso exterior, de 30 milímetros.»

En los cinco ó seis días que preceden ó siguen á la aparición de las reglas, añade Richet, los diámetros uterinos superan por lo general las cifras anteriores, mientras que en el período intermedio descienden un poco.

Estas cifras, con muy escasas modificaciones, se han adoptado por la mayor parte de los autores.

Las investigaciones de Félix Guyon (1) han modificado la opinión que se tenía de la forma de la cavidad uterina. La mayor anchura de esta cavidad existe al nivel de la inserción de las trompas, y en este punto la cavidad se divide en dos compartimentos, prolongaciones laterales ó *cuernos* muy evidentes; la porción colocada inmediatamente por debajo es más ó menos cónica, y es la porción *ceratina* del cuerpo, á la que sigue una estrechez ó *istmo* que corresponde al orificio cervico-uterino, en cuanto á la cavidad del cuello es fusiforme, como se sabe. Uno de los hechos importantes establecidos por F. Guyon, es el existir con frecuencia torsión, estrechez ó desviación lateral del istmo, lo que explica ciertos casos de dificultad del cateterismo uterino. F. Guyon hace notar también que las cavidades del cuerpo y del cuello no están abiertas sino cerradas por la aproximación de las paredes cuyas eminencias (árbol de la vida) se encajan recíprocamente; en efecto, estas eminencias están en la cara posterior desviadas á la izquierda, y las del anterior á la derecha. En fin, con Richet, F. Guyon no admite esfínter en el orificio cervico-uterino ó istmo.

A pesar de todas las discusiones que han tenido lugar sobre la dirección normal del *eje* del útero, es menester admitir la fórmula de los antiguos anatómicos: el eje uterino es casi el mismo de la excavación pelviana. A pesar del mérito de las investigaciones de Boulard (2), y el valor del apoyo que le ha dado Verneuil (3), los médicos, cirujanos y anatómicos no consienten en admitir que la *antecor-*

(1) Félix Guyon, *Études sur les cavités l'utérus à l'état de vacuité*, tesis inaugural. Paris, 1858, n.º 48. Con dos hermosas láminas.

(2) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus (sa forme, ses nerfs)*, tesis inaugural. Paris, 1853, n.º 87.

(3) Verneuil, *Mémoires de la Société de chirurgie*.

badura sea la dirección normal del útero en la niña y en la joven. Cusco, y más tarde Richet, han procurado demostrar que en las niñas se puede encontrar el cuerpo del útero en todas las posiciones posibles, á causa de un poco de espesor y de su flexibilidad; y más recientemente, Lala (1) ha asegurado que el estado normal del útero en la niña es la *retroflexión*.

En cuanto á la antecorbadura en la joven, la considera Cusco como el resultado de un retraso en el desarrollo de la pared anterior del útero. (Para más detalles, véase Richet (2) y Aran (3).)

Por último, relativamente al *desarrollo* del útero, solo indicaremos un solo hecho: el antagonismo manifiesto que existe entre el cuello y el cuerpo del órgano (Cusco) (4). Desde el nacimiento hasta la pubertad, esto es, hasta los trece ó quince años, el cuello está en un desarrollo proporcionado al de los demás órganos, mientras que el cuerpo está rudimentario, presentando una altura vertical igual á la del cuello. En la pubertad, el cuerpo del órgano se desarrolla rápidamente, alcanzando dos ó tres veces la longitud del cuello, se endereza y continúa el cuello en línea recta ó con una ligera corbadura adelante. Después de los embarazos permanece casi siempre algo más voluminoso. En fin, en la ancianidad, el cuello se atrofia sin que el cuerpo pierda de volumen. En razón de esta atrofia relativa, y de la flexibilidad natural del cuerpo del órgano, por lo que Richet y Cusco niegan la corbadura anterior indicada por Boulard antes de la pubertad, y que el último atribuye á este estado en los casos en que se presenta en la joven virgen un detenimiento en el desarrollo de la pared uterina anterior (Racle).

1.º *Causas predisponentes.*—*Edad.*—Las dislocaciones se producen casi siempre en mujeres jóvenes todavía. Este resultado, obtenido primero en 68 casos, se ha confirmado de nuevo en otra serie de 49 casos, dando un total de 117. Las de veinte á treinta años son las más expuestas, lo que no quiere decir que no se observe en edad más avanzada, pero comienzan en la juventud.

Se ha dicho que la edad crítica disponía á esta alteración de localización, pero cuando se examinan los hechos, se ve que las mujeres exploradas en la edad crítica hacia muchos años que presentaban el padecimiento.

Una causa que merece preferencia es el *parto*. (De 117 casos, 93 mujeres habían tenido muchos partos; 18 eran estériles, y 6 vírgenes.)

Entre las 93 que han tenido embarazos terminados por parto ó aborto, hay pocas en que se produjera la enfermedad poco tiempo después del parto, de modo que casi siempre siguió prontamente el efecto á la causa.

(1) Lala, *Essai sur les déplacements de l'utérus*, thèse. Paris, 1857, n.º 253.

(2) Richet, *loc. cit.*, p. 787 y siguientes.

(3) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 20 y siguientes.

(4) Cusco, thèse de agregation 1853.

En otros casos ha existido por lo comun una causa determinante, apreciable, que en época mas ó menos lejana produjo la desviación.

Los hechos no nos han permitido comprobar que el aborto determine mas especialmente la enfermedad. Los abortos como causa son menos frecuentes que los partos, mientras que son frecuentes despues de producida la dislocación.

Parece probable que en los casos en que las mujeres han sido estériles y las que se han afectado de desviación uterina siendo vírgenes, se trate de *dislocaciones congénitas*. Entre las mujeres estériles hay en efecto muchas que han presentado síntomas que pueden referirse á la dislocación antes del matrimonio, y si otras no han presentado nada semejante, es porque solo padecian una desviación incipiente que mas tarde se hizo completa.

La existencia de las *dislocaciones congénitas* se ha demostrado directamente. Kiwisch (1), Huguier, y muchos otros autores, citan casos de esta especie. Hemos visto alguno bien notable, y si se examinan los hechos, se ve que son dislocaciones adelante, resultado de una conformación primitiva. Las investigaciones de Verneuil y Boullard sobre el desarrollo del útero dan la explicación de este hecho, y nos explican porqué las anteflexiones se encuentran sobre todo en este caso.

¿Qué papel desempeña el infarto en las dislocaciones uterinas? Cuando Velpeau (2), sin negar la existencia del infarto, dijo que lo considerado como tal ha sido siempre, una dislocación, produjo un sin número de reclamaciones, y sin embargo, enunció un hecho positivo.

Una *inflamación aguda ó crónica* con desarrollo del útero, determinada ó no por un parto ó un aborto, puede determinar una dislocación, sobre todo hácia adelante, como sucede en las enfermas que padecen dislocación con inflamación aguda. En estos casos se puede por los medios comunes, hacer desaparecer el volumen exagerado del órgano, y solo entonces se le ve recuperar su situación normal. En otros casos puede dislocarse el útero sin infarto previo, como se ve en las jóvenes que sufren una caída, y despues sobreviene el infarto.

Segun Kiwisch (3), las *metrorragias* y *menorragias* de larga duración pueden producir igual efecto; pero es muy difícil decidirse en ésta cuestión; puede suceder muy bien que las hemorragias sean la consecuencia y no la causa de la enfermedad, como pueden comprobarlo los resultados del tratamiento.

Todos los autores han indicado la *situación y ciertas circunstancias anatómicas del útero* como predisponiendo á las dislocaciones. En efecto, es cierto que este órgano móvil, suspendido por ligamen-

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie des Weiblichen Geschlechtes: Die Krankheiten der Gebärmutter*. Prag. 1851.

(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 81 y sig.

(3) Kiwisch, *loc. cit.*

tos y con su extremidad mayor hácia arriba, se encuentra en condiciones favorables para diversas dislocaciones. A esta disposición se añaden los cambios que pueden experimentar los órganos inmediatos en el desempeño de sus funciones, ya sea rechazando al útero, ya arrastrándole hácia sí.

Hay afecciones que predisponen, como fácilmente se comprende, á dislocaciones del útero; tales son los *tumores fibrosos*, los *pólipos*, en una palabra, cuanto determine aumento de volumen del cuerpo de este órgano, cambiando su centro de gravedad, alterando su equilibrio estable. Entonces las ampliaciones de los órganos inmediatos y los esfuerzos musculares, auxilian la producción de la dislocación.

En cuanto á otras causas predisponentes, solo tienen una importancia verdaderamente secundaria, y casi pudiera decirse que nula. Hemos encontrado, es cierto, en la mitad próximamente de los casos, los elementos del temperamento linfático, bien aisladamente, bien unidos á los temperamentos sanguíneo ó nervioso. ¿Pero qué consecuencia podrá deducirse de esto, cuando sabida es la dificultad que hay de poder caracterizar de un modo preciso tal ó cual temperamento? Además, hay que notar, que en general dominan en las mujeres los elementos del temperamento linfático; y así no es raro que se les haya considerado como auxiliando la producción de un gran número de enfermedades.

Lo mismo diremos en cuanto se refiere á la menstruación, la facilidad ó dificultad con que se establece, la disminución ó aumento del flujo sanguíneo, los adelantos ó retrasos sufridos en su aparición, la existencia ó carencia de leucorrea, etc.; circunstancias todas que presentan la mayor variedad, así en las mujeres de mejor salud como en las que padecen dislocaciones.

1.º *Causas ocasionales*.—En los casos que hemos observado, la *facilidad ó dificultad del parto, la duración del trabajo, las diversas maniobras* necesarias para terminarle, etc., no han parecido ejercer ninguna influencia sobre la producción de las dislocaciones. En un caso, sin embargo, el parto fué muy penoso, siendo necesario ejercer sobre la cabeza del feto tracciones muy fuertes y prolongadas, por medio del forceps. Pero en rigor no es esta una causa importante, pues aunque se admite como tal, se la encuentra muy rara vez determinando dislocaciones, ejecutándose por otra parte estas maniobras con frecuencia sin dar lugar á desviaciones uterinas. Sin embargo, Mayer ha encontrado algunas veces inmediatamente despues del parto el útero doblado adelante ó atrás, y atribuye estas flexiones á las tracciones ejercidas sobre la placenta, y la especie de flexión dependiente del punto de inserción placentario. Sin embargo, la producción de una flexión en un útero que permanece flojo puede admitir cualquiera otra explicación, pues la que presenta Mayer necesita nuevas pruebas.