

den verse en el Museo de la Escuela. Por ahora, no me es posible más que señalar el hecho.

IV

El acortamiento del bis-isquiático y que trae proporcionalmente, como acabo de decir, la menor amplitud del arco del pubis, obliga á la cabeza á un abatimiento mayor, á mayor descenso, hasta que el occipucio encuentre espacio bastante para alojarse y poder desprenderse entre los dos brazos isquio-púbicos. Mientras mayor sea el estrechamiento del arco, mayor será este abatimiento de la cabeza, mayor será también su rechazamiento hacia atrás, hacia el sacro y mayor también el espacio inutilizado para el sub-occipucio, en el vértice del arco del pubis. En consecuencia, al desprendimiento de la cabeza, el perineo estará tanto más atirantado cuanto mayor haya sido el abatimiento de ella, llegando á un límite, que es incompatible con su integridad. Por causa de esta viciación se asiste, en tales casos, á desgarraduras perineales, más ó menos extensas y absolutamente inevitables.

Si la estrechez del arco es más considerable todavía, no solamente habrá desgarramiento perineal, sino que el parto no terminará espontáneamente; se necesitará acudir al fórceps, y una vez abatida la cabeza, para extraerla de entre las tuberosidades isquiáticas, se tendrá que hacer movimientos de lateralidad, de péndulo, para desprender alternativamente las extremidades del bi-parietal, muy á menudo inclinado (asinclitismo), y extraer la cabeza con tal cuidado, que se conserve la vida del producto y la integridad, no ya del perineo, sino de la sínfisis púbica.

En efecto, á este estrechamiento transversal, á este acortamiento de los bis-ciático y bis-isquiático, á esta forma infundibuliforme, es debida la ruptura de las sínfisis públicas de que he sido testigo. . . Prueba irrecusable, *entre otras pelvis*, es la marcada con la letra B.

En estas condiciones, cuando la cabeza es muy voluminosa ó muy marcado el estrechamiento, la encontramos asinclíticamente colocada como en los casos de Martina Alvarez y Angela Banda (observaciones 2ª y 3ª, páginas 47 y 48, Sección segunda), y hay necesidad de saber aprovechar esta inclinación, para desprender oblicua y alternativamente el diámetro bi-parietal. Este asinclitismo, es ocasionado por el aplastamiento transversal de la excavación, que entorpece el fácil descenso y rotación de la cabeza; ésta progresa encajando alternativamente las extremidades de sus diámetros transversos, exactamente lo mismo que pasa en el estrecho superior cuando está estrechado. Insisto sobre este punto, porque sirve de elemento de diagnóstico de gran importancia.

En efecto, cuando en el estrecho inferior la cabeza esté asinclíticamente colocada, deberá pensarse en la forma infundibuliforme de la excavación y en la estrechez consecutiva del arco púbico, para intervenir, en caso necesario, según los datos recogidos.

Hay, además, en estas pelvis comprimidas transversalmente, que considerar el obstáculo que el diámetro estrechado puede poner al movimiento de rotación de la cabeza en las posiciones occípito-posteriores. Cuando los diámetros transversos de la excavación son inferiores al sub-occipito bregmático, la rotación en las posteriores no se efectúa hacia adelante, sino que el occipucio gira hacia atrás y si las contracciones son vigorosas, la cabeza, *bien doblada*, no muy voluminosa y fácilmente reductible, asistimos al desprendimiento espontáneo en occípito-sacra; pero si estas condiciones faltan ó si se presenta urgencia de terminar artificialmente el parto, se tendrá que recurrir al fórceps y extraer la cabeza, *sin previa rotación del occipucio hacia adelante*. Es, pues, de magna importancia, el diagnóstico de esta viciación pélvica, para normar la conducta del partero en caso de intervención.

En estos casos, si la cabeza no gira espontáneamente, es por falta de espacio, por impedirlo el aplastamiento transversal de la excavación, y si el partero se obstina en hacerla girar hacia adelante para evitar desgarraduras perineales, cae en otro escollo más peligroso, pues se expone á abrir la sínfisis púbica, á mondar la excavación, á ocasionar heridas en órganos importantes como la vejiga, recto, vagina, etc., y casi siempre sin lograr el objeto, puesto que lo impide el canal huesoso, casi inextensible.

Digo *casi inextensible*, porque en estas condiciones creo que ha sido muy favorable la posición de la talla en que he colocado á mis operadas, como la recomendaron Bonnaire y Bue en el Congreso de Amsterdam, doblando los muslos sobre el vientre y colocando las rodillas en dirección de los hombros. El estrecho inferior se amplia indudablemente (los parteros citados creen que hasta 18 milímetros), pues la extracción, después de haber colocado á la parturiente en esta postura, me ha parecido más fácil y pronta dando un éxito completo. No puedo menos que recomendarla con insistencia. Que se hagan tracciones en la posición obstétrica y después en la de la talla, y se notará la diferencia.

Por otra parte, *en estas pelvis en embudo*, la occípito-sacra, lejos de ser una mala posición, es por el contrario favorable, porque permite con más facilidad la extracción de fetos vivos, ocasionando á la madre desgarraduras que, en manos de partero que sepa hacer esta extracción, serán no muy grandes y fácilmente reparables.

En efecto, la cabeza en OS *se dobla al máximo*, en virtud de las

contracciones útero-abdominales, é impelida por ellas, llega á colocar entre los brazos isquio-púbicos la frente y el bregma más angostos que el occipucio, quedando de esta manera, al momento del desprendimiento, aprovechado el espacio que vimos era inutilizable para el occipucio (más ancho que la frente) cuando la presentación era occípito-púbica.

En una palabra, la parte más angosta de la bóveda del cráneo (frente) y no la más ancha (occipucio), es la que viene á presentarse á la parte estrechada del arco púbico.

Mas no es esta la única ventaja de la OS, siempre en pelvis transversalmente estrechadas: el bi-parietal en esta posición pasa detrás del bis-isquiático estrechado, es decir, por espacio más amplio, y en consecuencia, el desprendimiento de la cabeza es facilitado; en la OP, el bi-parietal ataca al bis-isquiático, que por estar estrechado, detiene á la cabeza en su camino

Lo mismo puedo decir, y tal vez con más razón, de las de cara *mento-anteriores* (la barba se acomoda muy fácilmente debajo del arco púbico), que como en el caso de P. V. (observación 2ª, pág. 10, sección primera) una aplicación de fórceps bastó para extraer viva á una niña á término, de volumen y peso medio y unos cuantos puntos de sutura bastaron para reparar el perineo.

Por otra parte, nosotros no podemos más que aceptar el hecho, tal cual se nos presenta. ¿Cuál es éste? Que la cabeza en occípito-posterior, impelida por las fuerzas expulsivas, se convirtió en occípito-sacra, porque tuvo que conjugar, en virtud de la ley de acomodación, sus más grandes diámetros con los más amplios de *esa pelvis transversalmente estrechada*, y que en consecuencia, la parte más voluminosa del ovoide craneano (occipucio) vino á alojarse en la parte más amplia de la excavación. De las espinas ciáticas hacia atrás es donde se encuentra la mayor amplitud de la excavación en esta clase de pelvis: de las espinas ciáticas hacia el sacro, el occipucio encuentra espacio bastante para acomodarse en su concavidad. Recíprocamente, de las espinas ciáticas hacia adelante, se encuentra la parte estrechada (arco púbico estrecho, bis-isquiático acortado) y es en ésta á donde vino á acomodarse la parte más angosta del cráneo, ó lo que es lo mismo, la frente. Además, el diámetro bis-ciático, lo mismo que los transversos, desde el momento en que por su acortamiento *sean inferiores en longitud al sub-occípito bregmático*, opondrían un obstáculo insuperable á la rotación del occipucio hacia adelante. Tenemos, pues, que desprender esa cabeza en occípito-sacra.

Ya el Dr. H. Varnier había notado que en algunas mujeres el occipucio giraba hacia atrás, y que el desprendimiento se hacía siempre en occípito-sacra en todos sus alumbramientos. Tal vez en Francia exista

la misma viciación que yo he encontrado en México, y á esto se deba que en una misma mujer, en todos sus partos, el occipucio gire hacia el sacro. El hecho es digno de tomarse en consideración. «*Il est des détroits inférieurs pour lesquels la rotation en OS semble le mécanisme normal, ainsi qu'en témoigne la répétition de ce mode de dégagement au cours de plusieurs accouchements.*» Varnier, *Obstétrique Journalière*, página 182, segunda columna, 1900.

Por lo expuesto (partiendo única y exclusivamente de lo que enseña la clínica y demuestran las pelvis deformadas que he estudiado), creo que debemos dividir en dos categorías el estudio de las occípito-posteriores que tanto han preocupado á los parteros mexicanos. La primera en que esta posición se presenta en pelvis «NORMALMENTE CONFORMADAS» y en este caso, en México, como en Europa, el occipucio gira, en la inmensa mayoría de los casos, ESPONTÁNEAMENTE hacia adelante, y no debe considerarse esta posición como distócica. En estas pelvis *normales*, la rotación hacia atrás y el desprendimiento en OS, constituye un hecho excepcional, y el partero debe siempre, en caso de necesaria intervención, intentar la rotación hacia adelante, la que conseguirá en la inmensa mayoría de los casos. Ahí están los parteros, los practicantes y los médicos de Maternidad, quienes durante muchos años hemos visto centenares de posteriores, *en primíparas*, desprenderse en anteriores, *espontáneamente*, confirmando las opiniones que sobre este punto tienen los parteros franceses, alemanes, ingleses, etc.¹ La segunda en que esta posición la encontramos en *pelvis infundibuliformes* y en las que la occípito-posterior es distócica, no *per se*, sino por el estrechamiento transverso de la excavación.

Si este estrechamiento, como dije antes, es inferior al diámetro suboccípito-bregmático, la cabeza, situada en posterior, no girará hacia adelante, y si el partero se empeña en hacerlo, hará correr muy serios

¹ West dice que sobre 100 posteriores, 96 giran espontáneamente y cuatro se desprenden en occípito-sacra; H. Varnier, que entre 100 posteriores terminan espontáneamente 90, y que entre 100 anteriores, 96.

En la Clínica del Dr. Pinard, entre 301 occípito-posteriores, seis terminaron en occípito-sacra espontáneamente, naciendo cinco niños vivos y uno macerado. En Baudeleque, en más reciente estadística, entre 35 *occípito-sacras*, 30 terminaron en OS espontáneamente y sólo 5 con el fórceps; pero deben eliminarse tres por las causas señaladas por el Dr. Varnier, de manera que quedan sólo dos en que estuvo bien indicada la operación. La mortalidad fetal *por causa de la operación*, FUÉ NULA y *por causa de la posición* puede decirse lo mismo, pues de los 5 niños muertos y *nacidos espontáneamente*, uno pesaba 890 gramos: dos eran sífilíticos y dos murieron; uno un día y otro cuatro días después; pero la muerte no puede imputarse al parto, puesto que en uno el trabajo duró seis horas (la expulsión quince minutos) y pesaba 2,080 gramos, y el otro pesando 2,560 nació después de una hora y cuarenta minutos de trabajo (la expulsión duró cinco minutos). Varnier, *Obstétrique Journalière*, págs. 132 y siguientes.

peligros á su operada. Son estas las posiciones que en México se han llamado justamente *permanentes, irreductibles, etc.*¹

Esto que acabo de decir no es suposición mía. Allí están en el Museo de la Escuela de Medicina las pelvis núms. 19, 23 y 33 (tomo éstas por tener sus diámetros bis-ciáticos y bis-isquiáticos casi iguales), que dan, según mis medidas:

| | | |
|------------|---------------------------|----------------|
| 1ª Núm. 19 | { Bis-ciático. | 80 milímetros. |
| | { Bis-isquiático. | 80 „ |
| 2ª Núm. 23 | { Bis-ciático. | 82 „ |
| | { Bis-isquiático. | 80 „ |
| 3ª Núm. 33 | { Bis-ciático. | 81 „ |
| | { Bis-isquiático. | 77 „ |

Pues bien, si en estas pelvis se presenta una occípito-posterior, suponiendo la cabeza de un feto á término y de volumen medio, es decir, con un diámetro sub-occípito-bregmático de 90 á 95 milímetros, se comprende que la rotación del occipucio hacia adelante no pueda efectuarse

¹ Un profesor de nuestra Escuela, en atención á que los actuales parteros europeos y mexicanos, debido á un desconocimiento de los fenómenos mecánicos del parto en occípito-posterior, han dado el mal consejo de doblar la cabeza, para lograr su extracción (textual), trata de refutar este error, invocando un mecanismo en virtud del cual la cabeza en vez de flexionarse al máximo, como hasta hoy se cree que normalmente lo hace en este parto, tendría necesariamente, por el contrario en cierto momento del trabajo, que desdoblarse: pero como desdoblada presenta mayor circunferencia, y por consiguiente mayor resistencia, su expulsión ó extracción sería imposible.

Si pues la cabeza en occípito-posterior en cierto momento del trabajo (cuando el diámetro dorso-frontal se coloca en el estrecho superior), tiene forzosamente que desdoblarse y desdoblada no puede salir del recinto pélvico, no queda más remedio que hacerla girar llevando el occipucio hacia el pubis. De aquí estas dos conclusiones del citado profesor. «1ª El consejo de doblar la cabeza, es malo; es un remedio absurdo. 2ª Es pecado de lesa obstetricia hacer la extracción de la cabeza en occípito-sacra.»

Pero la clínica habla muy alto en contra de todo esto, y nos hace asistir al nacimiento espontáneo de niños vivos de peso de 3,300 á 4,740 gramos (citando sólo los de peso de siete libras y más) EN POSICIÓN OCCÍPITO-SACRA (la naturaleza enseñándonos entonces á cometer pecados de lesa obstetricia), cosa que nunca sucedería si fuese exacto el mecanismo expuesto.

Cuando en pelvis normal, en una posición posterior, el occipucio no gira espontáneamente hacia adelante y existe, además, bien determinada la necesidad de intervenir, el partero debe hacer la rotación y ésta es práctica aceptada hace mucho tiempo por todos los buenos tocólogos; pero cuando por accidente esta rotación artificial no pudo lograrse, el operador, sin cometer pecado de lesa obstetricia, debe desprenderla en occípito-sacra, y con más razón si la pelvis, en vez de ser normal, es infundibuliforme.

En medicina, más que en cualquiera otra ciencia, la regla absoluta es imposible: afirmar que SIEMPRE se puede llevar el occipucio hacia adelante y que es pecado de lesa obstetricia, desprender la cabeza en occípito-sacra, es ir en contra de lo que enseña la clínica y de lo que dice la práctica de los más hábiles parteros del mundo, que no siempre han podido efectuar la rotación hacia adelante.

por impedirlo el diámetro bis-ciático (el mayor tiene 82 milímetros), y que si el partero se empeña en hacer pasar un diámetro de 90 á 95 milímetros por un espacio de 82, no simplemente tirando y comprimiendo la cabeza, sino imprimiéndole además movimiento giratorio, se expone á fracasar y á lesionar gravemente á la operada y á su producto. Una circunferencia de 28,26 centímetros ó de 29,83, no sin graves accidentes, se puede hacer girar dentro de otra de 25,74.

Esto es lo que enseña la pelvis seca: pronto (en la Segunda parte) podré decir muy ampliamente lo que enseña la clínica.

Si es menos considerable el estrechamiento, podrá en algunos casos hacerla girar y la mayor ó menor facilidad de la operación, dependerá del grado de la estrechez pélvica.

Quedan de esta manera explicados los casos en que gira espontáneamente la cabeza; aquellos en que la intervención es más ó menos difícil y en los que por ningún medio se logra que ésta gire. También así se explica que unos parteros sostengan que SIEMPRE PUEDE hacerse la rotación de la cabeza hacia adelante y que otros contesten que NO SIEMPRE SE PUEDE hacerla girar y que han tenido éxitos, desprendiéndola en occípito-sacra.

Hay, pues, en los dos campos, algo de verdad; en donde no la ha habido, es al sostener que las posiciones occípito-posteriores son distócicas. La distocia depende, entre otras varias causas, de la conformación pélvica y no únicamente de la posición de la cabeza, que no es más que una modalidad del parto por el vértice. Digo *modalidad* por que entre varias estadísticas, tomando dos, una ya antigua y otra moderna, encuentro en la primera, de P. Dubois, que sobre 1,746 partos, hubo 1,255 anteriores y 491 posteriores, que consideradas como distócicas darían la cifra enorme de 28 por 100 de distocia por solo esta causa; y en la segunda, de Varnier, que sobre 1,060 partos, hubo 660 anteriores y 400 occípito posteriores, que darían el 37 por 100 de distocia ó por término medio, sobre un total de 2,806 partos, el 31 por 100 de distocia, por solo la posición posterior.

En el parto por el vértice, la 1ª posición por su frecuencia es la izquierda anterior; le sigue después, también por su frecuencia, la occípito-posterior derecha que es la 2ª, conjugándose siempre los grandes diámetros del ovoide craneano con los mayores del estrecho superior, el oblicuo izquierdo, generalmente mayor que el derecho. Estadísticas que comprenden varios miles de casos, las de Dubois, Pinard, Pinard y Bataillard, Herrgott y Vallois confirman lo dicho anteriormente, dando sobre 100 partos, 52,08 en OIIA; 24,52 en OIDP; etc., etc. Apoyándose en estos datos (en pelvis normales), las posiciones occípito-posteriores, no pueden ser consideradas sino como *modalidades* del

parto por el vértice. En pelvis *bien conformada*, en México como en Europa, la cabeza gira espontáneamente, *siendo normales*, se deja entender, *todos los factores que concurren á la resolución de ese PROBLEMA DE MECÁNICA llamado PARTO.*

Si la angustia pélvica fuese más considerable aun, el parto prematuro, la cesárea, la sinfisiotomía ó la basiotripsia, serán operaciones á las que deba recurrirse, según las indicaciones del momento.

En resumen, el aplastamiento transversal de la excavación que trae consigo el acortamiento de los diámetros bis-ciático y bis-isquiático, así como la menor amplitud del arco púbico, según su mayor ó menor grado, ocasiona durante el parto, dificultades más ó menos considerables en el descenso de la cabeza, en su rotación y en su desprendimiento, produciéndose, además, un desgarramiento perineal, más ó menos extenso y en relación también con el grado de la angustia pélvica.

V

Estos estudios sobre las occípito-posteriores, me recuerdan que no sólo se ha hablado de la mayor longitud de las paredes PÓSTERO-LATERALES de la excavación, la longitud é inclinación anormales del pubis, etc., sino que se ha llegado hasta describir nuevos mecanismos del parto, pero sin presentar, en apoyo de estas aseveraciones la descripción anatómica de pelvis así deformadas, sus mediciones, etc., ni los hechos clínicos que evidencien los nuevos mecanismos.

Se asegura que en México la longitud del pubis es mayor que en Europa y que esto ocasiona accidentes graves de distocia: QUE ES UN HECHO CASI GENERAL que en nuestro país mida 63,65 milímetros y hasta 7 y 8 centímetros.

En la tesis del Sr. Dr. D. Rosendo Gutiérrez de Velasco, titulada «La Distocia en México,» 1872, se insertan dos observaciones del Sr. Dr. Rodríguez, relativas á distocia ocasionada por longitud anormal del pubis. En la primera tenía una longitud de 5 y medio á 6 centímetros y en la segunda 65 milímetros. En ambas hubo necesidad de terminar el parto con el fórceps. En esta misma tesis se mencionan tres mediciones que hicieron en el Hospital de San Juan de Dios, los Sres. Rodríguez y Gutiérrez en que encontraron 57, 63 y 65 milímetros de longitud del pubis en nulíparas, dos de ellas no embarazadas y la tercera en el quinto mes de la gestación. Encontraron, además, un acortamiento del sacro-púbico y coxi-púbico que alcanzaban (no se puntualiza cuál de ellos) 70, 73 y 77 milímetros.

No he podido ver una sola pelvis deformada por esta causa única-

mente. Las notas clínicas publicadas por los Sres. Dres. Jiménez y Vértiz, Ortega, Leguía, Martínez del Río, Clement y el referido Sr. Rodríguez, refiérense todas á estrechamientos pélvicos de otra naturaleza y no mencionan (al menos en las que he podido consultar), la longitud y dirección anormal del pubis.

Durante los años de 1897 y 1898, como Jefe de Clínica de Obstetricia, no observé *un solo caso* de esta viciación en Maternidad. En el año de 1899, el Sr. Dr. Barreiro y yo tuvimos oportunidad de ver en dicho Hospital, uno de mayor longitud del pubis (con estrechamiento del arco), que media 60 milímetros (V. la Obs. 1.^a) ó poco menos.

En años anteriores á los citados, desde 1894, no se encuentra en las ordenatas registrado ningún caso, ni los Sres. Capetillo y Barreiro á quienes pregunté, recuerdan de alguno habido en esos años.

En la 7.^a calle de Guerrero asistí en su primer parto á la Sra. S. G. de H. el año de 1897. Al examinarla en la segunda quincena del noveno mes encontré un pubis de 55 á 60 milímetros de altura. Practiqué en dos diferentes ocasiones, detenido examen de su pelvis, á la que no encontré otra anomalía que la referida. El arco del pubis amplio, lo mismo que la excavación; cabeza bien encajada; inclinación del pubis normal y diámetro sub-sacro-sub-púbico de 10 y medio centímetros. Promedio de varias mediciones del pubis 60 milímetros. El parto se verificó espontáneamente con solo una desgarradura perineal, que repararon algunos puntos de sutura.

A más de este caso, debo citar el de Francisca Villa, obs. 11.^a de la Sección primera.

Entre las 50 pelvis medidas por el Sr. Dr. Sánchez, ni una llega á 50 milímetros; las mayores longitudes son: dos de 47 milímetros y cinco de 46. El promedio obtenido por este señor es de 41^{mm}9, casi 42 milímetros.

De las 28 que he examinado, la mayor longitud es de 44 milímetros. En resumen, entre 78 pelvis ni una sola puede considerarse viciada por esta causa solamente.

Por el número de pelvis examinadas, por la rareza de casos clínicos tanto en la Maternidad como en la práctica civil, debe dudarse no de la existencia de la deformación sino de su frecuencia, que dista mucho de constituir un hecho CASI GENERAL, *como se ha creído y enseñado.*

Esto hay en lo que se refiere solamente á la longitud anormal del pubis; en cuanto á la PELVIS ABARROTADA ó ACORAZADA que se caracteriza por la oblicuidad anormal del pubis, unida á su mayor longitud y que traería por consecuencia el acortamiento del diámetro sub-sacro-sub-púbico, ni un solo caso de esta naturaleza he podido observar en mi práctica civil, ni en la Maternidad se ha presentado uno solo desde el

año de 1892 al de 1901. Si ha existido, ha pasado desapercibido, no obligó á ninguna intervención y no se anotó en las ordenatas.

En una estadística tomada de la Maternidad de México, que comprende cinco años, no se encuentra «un solo caso» de esta viciación.

Esta, debe, pues, considerarse como muy rara entre nosotros; pero como por otra parte la irreductibilidad y los accidentes consecutivos á las occípito-posteriores, no son tan raros, debe deducirse que los accidentes é irreductibilidad de las occípito-posteriores, no son debidos á la mayor longitud del pubis y á su anormal inclinación, como se sostiene con tanto ardor, en tesis, artículos, discusiones, etc., etc. Compárese lo muy raro de la PELVIS ACORAZADA y lo *relativamente frecuente, con relación á esta rareza, de las posteriores graves, difíciles é irreductibles* y se verá que en muy pocas ocasiones (rarísimas), hay entre estos dos factores la relación de causa á efecto. Hay, pues, otro factor más frecuente y por ende más importante y éste, en mi concepto, no es otro que la forma en embudo de la parte inferior de la excavación, que afortunadamente no es muy frecuente en nuestro país, en sus grados extremos.

Con la extensión que merece, trato estos y otros varios puntos en la «SEGUNDA PARTE,» que publicaré bien pronto, aprovechando el material que, durante siete años de diaria asistencia á la Maternidad, he podido recoger.

CONCLUSIONES.

1ª En la multitud de pelvis que he podido examinar, no he encontrado diferencia con las europeas. En algunas he notado un ligero acortamiento, así como en otras un alargamiento (V. medidas de la pelvis F) en los diámetros del estrecho superior y de la excavación, que oscila entre 3 y 6 milímetros y hasta un centímetro; pero conservando siempre perfecta regularidad en su conjunto. Tengo para mí la convicción que la pelvis mexicana no se diferencia en nada de la europea (hablo de la normal) y que, en consecuencia, no es cierto que exista en México una conformación especial que distinguiéndola de la de los otros países, sea peculiar al nuestro.

2ª Los hechos clínicos que me ha sido dable presentar hasta hoy (no todos los que he observado); las piezas que forman mi pequeña colección, más las del Museo de la Escuela de Medicina, demuestran la existencia en México de viciaciones pélvicas, pertenecientes en mi concepto al *Tipo de imperfecto desarrollo*: unas conservando el tipo infantil marcado por su aplastamiento transversal en el estrecho superior, su forma infundibuliforme en la excavación y su menor peso que el normal; otras estrechadas de adelante atrás, en el estrecho superior (aplastadas), también con menor peso, y otras, por último, con acortamiento de los diámetros transversos *solamente en la parte inferior de la excavación* (las infundibuliformes) pero conservando cierta regularidad en su conjunto, y con menor peso algunas, pues no me ha sido fácil pesar las del Museo. Esta última viciación me parece especial á nuestro país, pues no la he visto descrita en ninguna de las obras europeas de Obstetricia que he podido consultar.

3ª En ninguna de las mujeres de quienes provienen las pelvis de mi colección noté huella alguna que recordase el raquitismo,¹ y como

¹ Insisto en este detalle (*no haber encontrado huellas de raquitismo* en las mujeres de quienes extraje las pelvis descritas), porque en Francia, primeramente Cazeaux y más tarde Maygrier, en 1896; Poux, en 1897; Fournier d'Amiens, Morison, Salles, Brulin y Demelin en 1898 y Gaulard, en 1899, han descrito pelvis transversalmente estrechadas, y relacionan esta deformidad al raquitismo.

hasta hoy no tenemos observaciones que demuestren clínicamente la existencia de esta enfermedad en México, puede creerse que nuestras deformaciones pélvicas son debidas casi exclusivamente á imperfecto desarrollo, cuya causa tal vez pudiera encontrarse en la mala alimentación, poca ó ninguna higiene, vida sedentaria y confinada de nuestros colegios de niños, etc., etc. Deben agregarse, además, los trabajos rudos á que son sometidas desde su infancia las mujeres de nuestro pueblo, en quienes he observado con más frecuencia estas viciaciones; *matrimonios prematuros* (antes del perfecto desarrollo pélvico); faenas especiales á nuestro pueblo (vendedoras ambulantes, cargando bultos pesados, molenderas, tortilleras, lavanderas, etc.), comenzadas desde la niñez, etc., etc.

4ª De la *pelvis acorazada ó abarrotada* no he podido ver ni conseguir un solo ejemplar para mi colección; al paso que de otros estrechamientos pélvicos existen las recogidas por los Sres. Clément, Jiménez y Vértiz, Rodríguez, Martínez del Río y algunos otros, las que describo en este trabajo y las infundibuliformes del Museo, que dejo anotadas. La pelvis abarrotada ó acorazada, es, pues, rarísima entre nosotros.

5ª Como este estudio de las deformaciones pélvicas es casi nuevo en nuestro país, no me es posible por hoy, con todo rigor científico, decir cuál es su grado de frecuencia; pero si sólo se atiende á lo que he podido observar, diré: que los estrechamientos localizados en el *Estrecho superior*, son poco frecuentes, pues que mi pequeña estadística da 1,16 por 200; pero en cuanto á los relativos al *Estrecho inferior*, la frecuencia es más grande. En efecto, entre las 50 pelvis preparadas por el Sr. Dr. Sánchez, encuentro cinco cuya viciación es perfectamente marcada, lo que daría un total de 10 por 100. Entre las 27 que he estudiado, hay también cinco deformadas por la misma causa, lo que daría un 18,51 por 100, ó por término medio, entre 77 pelvis, un 12,98 por 100. En la clínica esta proporción me resulta menor, pues obtengo 2,71 por 100. En esta apreciación última, creo no estar muy lejos de la verdad, puesto que la clínica nos enseña que en México es frecuente el desgarramiento del perineo, la aplicación del fórceps en el estrecho inferior y la distocia debida á las posiciones occípito-posteriores, consecuencias de la menor amplitud del arco del pubis y de la forma de embudo de la excavación, como creo haberlo demostrado ya. Pero vuelvo á repetir, estos datos no se pueden considerar, sino de una manera muy aproximada, que un número más considerable de casos rectificará probablemente. ESTO EN LO REFERENTE Á LOS ESTRECHAMIENTOS BASTANTE CONSIDERABLES, QUE OBLIGAN Á UNA INTERVENCIÓN MÁS Ó MENOS IMPORTANTE PARA TERMINAR EL PARTO, pues en cuanto á los más ligeros que per-

miten la expulsión espontánea y que sólo ocasionan un desgarramiento perineal más ó menos extenso, son mucho más frecuentes, como puede comprobarse por el número de pelvis ligeramente deprimidas transversalmente en el estrecho inferior, que se encuentran entre las 50, tantas veces citadas, que existen en el Museo de la Escuela Nacional de Medicina.

México, Abril de 1901.

J. DUQUE DE ESTRADA.