

Conducta del partero en las estenosis pélvicas *

Por el Dr. JOSE RABAGO

El estudio de las estenosis pélvicas ocupa voluminosos capítulos en todos los tratados de Obstetricia. En ellos se describen numerosos tipos de estrechamiento pélvico, se analizan sus causas y se hacen consideraciones sobre su pronóstico y tratamiento. Desde el principio de nuestra práctica profesional nos llamó la atención el hecho de no encontrar, ni en el medio nosocomial, ni en la clientela privada, el número y variedad de estenosis que describen los autores. La explicación es bien sencilla: en nuestro país no hay raquitismo o más bien los casos de raquitismo larvado que suelen observarse no tienen influencia sobre el desarrollo y la forma de la pelvis. Con esto, queda eliminada la enorme mayoría de estrecheces pélvicas. De los tipos restantes de estenosis pélvicas, hay algunas que son verdaderas rarezas como la pelvis espondilolistésicas y las espondilozemáticas, las osteomalácicas, las pelvis de Robert, las de Naegele, etc. Entre los tipos de pelvis estrechas que solemos observar se encuentran las pelvis viciadas por defecto de su desarrollo, como la pelvis uniformemente estrecha o pelvis juxto-minor, cuyo carácter es conservar la forma y proporciones de la pelvis normal, pero con acortamiento general de todos sus diámetros. Encontramos también un tipo de pelvis pequeña, pero con predominio de la estenosis sobre el diámetro antero-posterior del estrecho superior, y que correspondería en algo al tipo de pelvis plana no raquítica de los clásicos o de tipo de pelvis platipeloide de la clasificación del Caldwell y Melloy. También hemos encontrado algunos casos en que el acortamiento predomina sobre los diámetros transversos del estrecho superior, tipo de estenosis en el que hay que pensar cuando se nota falta de encajamiento de la cabeza, a pesar de que no haya acortamiento del diámetro antero-posterior del estrecho superior.

Observamos también las pelvis viciadas por lesiones del raquis, como las pelvis cifóticas, y las deformadas por lesiones de los miembros inferiores, como las pelvis coxálgicas, y las vicia-

* Trabajo de ingreso como académico de número en la sección de obstetricia, leído el 13 de mayo de 1942.

das por luxación congénita de la cadera, por parálisis infantil o por pie zambo.

Por último, debemos mencionar un tipo de pelvis, que fué descrito por el Dr. Juan Duque de Estrada con el nombre de pelvis infundibuliforme, que tiene como carácter el acortamiento de los diámetros del estrecho inferior sin que exista deformación en el estrecho superior, y que no es debido a deformaciones de la columna vertebral como sucede en las pelvis cifóticas. Williams, en 1909 y 1911, llamó la atención en Estados Unidos acerca de este tipo de pelvis.

Tratando de precisar con qué frecuencia se presentan en nuestro medio las estenosis pélvicas, sugerí en 1934 a la señorita Carmen Alcázar que presentara como tesis recepcional un estudio estadístico de los casos de distocias pélvicas registrados en la Maternidad de las Lomas de Chapultepec que estaba a mi cargo.

El estudio abarcó 3,000 casos de partos y se encontró una cifra global de 62 casos en que la pelvimetría interna o la medición del diámetro bisisquiático dió cifras inferiores a las que se consideran normales. De esta cuenta resulta que, en el grupo de pacientes estudiadas, se encontró 2 por ciento de estenosis pélvicas de todas magnitudes.

Ahora bien, la clasificación de estenosis pélvicas de Litzmann adoptada por los autores alemanes para calcular la proporción de estenosis pélvicas con el número total de partos, se refiere únicamente a estenosis del estrecho superior y quedan clasificadas en ella solamente aquellas pelvis cuyo diámetro promonto-retropúbico o conjugado verdadero está acortado en uno y medio o dos centímetros.

Por lo tanto, de los 62 casos de nuestra estadística tendremos que eliminar 22 casos en que la estenosis era limitada al estrecho inferior, quedando, por lo tanto, 40 casos. De estos 40 casos restantes tan sólo en 16 el conjugado verdadero fué de 9 centímetros o menos, con lo que obtenemos una proporción de cinco por mil o sea una en cada 200 partos, lo cual contrasta de un modo brutal con las cifras de las clínicas alemanas recopiladas por Baisch, en los que la frecuencia de las estenosis oscila entre 15 y 25 por ciento.

Williams, en Baltimore, encontró una gran diferencia entre

las mujeres de raza blanca, en las que halló un 8.96 por ciento, y las de raza negra en las que hubo un 37.31 por ciento.

Nuestro estudio estadístico confirma, pues, la aseveración que asentamos al principio de este trabajo o sea que la estenosis pélvica es rara en nuestro país.

Para la finalidad de nuestro trabajo adoptaremos la clasificación de Fabre, que divide las pelvis estrechas en cuatro tipos que son:

I.—Pelvis anilladas: aquellas en que el acortamiento está limitado al estrecho superior.

II.—Pelvis canaliculadas: aquellas en que tanto los diámetros del estrecho superior como los del inferior están acortados

III.—Pelvis infundibuliformes: aquellas en que la estenosis se limita al estrecho inferior; y

IV.—Pelvis oblicuas: en las que hay acortamiento por asimetría de la pelvis.

Dejaremos a un lado las estenosis limitadas al estrecho inferior, pues de los 22 casos que registra la estadística de Alcázar el parto fué resuelto por las vías naturales en todos los casos, a pesar de que en algunos de ellos el diámetro bisquisiático fué de 5 y medio y 6 centímetros de longitud; pero no solamente en esos 22 casos, sino en toda nuestra práctica hospitalaria, no recordamos haber intervenido por vía abdominal en casos de pelvis infundibuliformes, salvo en ocasiones en que, a la estenosis pélvica, se agregaron otros factores especiales, como cardiopatía, embarazo gemelar, etc.

Las pelvis anilladas o canaliculadas forman el grupo mayor de estenosis, pues en nuestra estadística figuran 22 de unas y 14 de otras que, sumadas, dan 36 o sea el 50 por ciento.

Desde los trabajos de Litzmann la mayoría de los autores consideran como límites para el parto espontáneo un diámetro promonto-sub-púbico de 8 y medio centímetros en unas y de 8 centímetros en las otras, denominándose estrechamientos relativos los comprendidos entre esta cifra y la de 7 y medio centímetros que se considera estrechamiento absoluto, es decir, que imposibilita la salida del producto vivo y a término.

Ahora bien, por los métodos clínicos de medición y por los modernos métodos radiográficos podemos calcular aproximada-

mente los diámetros del estrecho superior y del estrecho inferior de la pelvis, pero con esto tan sólo tenemos conocido un solo factor del problema del parto. Del mismo canal pelvi-genital debemos estudiar el estado de las partes blandas, pues, como sagazmente observa Metzger, las mujeres con pelvis uniformemente estrechas o de tipo infantil son frecuentemente hipoplásicas genitales, en las que el cuello, la vagina y la vulva están incompletamente desarrolladas y representarán un obstáculo más al paso del móvil fetal.

En lo que se refiere a este factor, el móvil, carecemos de procedimientos exactos para valorizar su volumen, pues todos los autores concuerdan en reconcer que éste no puede apreciarse más que **grosso modo** por la exploración clínica. En cuanto a los procedimientos de exploración radiográfica son defectuosos por dos razones:

1a.—No es posible fijar con exactitud la distancia entre el diámetro mayor de la cabeza y la placa radiográfica, base de todo cálculo; y

2a.—La sombra que proyecte la cabeza fetal sobre la placa será muy variable según la actitud que tenga dicha cabeza dentro de la cavidad uterina; y hay que recordar que, durante el embarazo, la cabeza no está bien flexionada, y por lo tanto, su sombra será mayor. Además, debemos tener en cuenta que la cabeza, para encajarse a través de una pelvis estrecha, exagera su flexión, se inclina más sobre uno de sus parietales, aumenta el cabalgamiento de sus huesos y hasta hace que se deslicen uno sobre otro. para acortar hasta el máximo posible sus diámetros, y todos estos factores no pueden valorizarse de antemano.

Por último, desconocemos el tercer elemento, o sea la fuerza. En ocasiones, el músculo uterino, deficiente por hipoplasia, se contraerá débilmente y tendrá tendencia a la contractura, mientras que en otros se contraerá con energía, aplicará fuertemente a la cabeza contra el contorno pélvico y, provocando en ella las modificaciones a que nos referimos en párrafo anterior, la obligará a pasar por el lugar estrecho.

Todas estas consideraciones nos llevan a las siguientes conclusiones:

El pronóstico de parto en los casos de estenosis pélvica total

o limitada al estrecho superior, puede hacerse con cierta certidumbre en los casos extremos o sea: cuando los diámetros pélvicos están tan acortados que el parto sea materialmente imposible o cuando, existiendo una estenosis pélvica moderada, se trate de un feto pequeño o prematuro.

Cuando el feto tiene un desarrollo mediano, es decir, que no es ni muy grande ni muy pequeño, y el acortamiento del diámetro útil o promonto-retro-púbico no es mayor de un centímetro y medio, lo más probable es que las fuerzas de la naturaleza puedan vencer el obstáculo pélvico.

El pronóstico es dudoso cuando con una pelvis ligeramente acortada o pelvis límite, el feto parece ser voluminoso, o cuando el diámetro promonto-retro-púbico tiene un acortamiento mayor de centímetro y medio.

Hasta la primera década de este siglo la resolución del problema era ardua, pues de antemano había que decidir si se aplicaba al caso la operación cesárea; debido a que la mortalidad con secutiva a esta operación era muy elevada, cuando se emprendía tiempo después de iniciado el trabajo de parto.

Nuevos factores han aparecido en la terapéutica obstétrica que nos permiten esperar el trabajo de parto en los casos de estenosis, para juzgar la potencia del motor uterino, el grado de acomodación de la cabeza a la pelvis, la resistencia de las partes blandas, en una palabra, la posibilidad de un parto espontáneo.

Dichos factores son: la operación cesárea practicada en el segmento inferior del útero que presta mayores garantías contra una posible infección, y la renovación de la sinfisiotomía, que con su técnica especial inició Zárate, de Buenos Aires.

En trabajos anteriores me he ocupado de las indicaciones y técnicas operatorias de esas operaciones y, por lo tanto, me limitaré a esbozar ya, de un modo concreto, la conducta del médico ante las estenosis pélvicas.

Desde luego hay que dividir los casos en dos grupos:

El primero comprende aquéllos que han estado en manos del partero desde el embarazo, y el segundo aquellos en que el médico es llamado cuando el parto está más o menos avanzado y se requiere una intervención.

En las pacientes del primer grupo, es conocido ya de antemano el grado de estrechez y, si ésta es absoluta, se procederá a practicar la operación cesárea tan luego como se presenten los primeros fenómenos del parto.

Algunos opinan que la cesárea debe practicarse en estos casos tan pronto como se ajusten los nueve meses después de la última regla; pero es bien sabido que, en muchas ocasiones, las cuentas de las enfermas son erróneas y procediendo de este modo se corre el riesgo de extraer un niño prematuro, comprometiendo su vitalidad.

Fuera de estos casos de estrechez absoluta y teniendo en cuenta que, según la estadística de Zangemeister citada por Wagner, se obtiene una proporción de partos por las vías naturales de 47 por ciento en los casos en que el diámetro útil es de 7½ centímetros, creo que debe intentarse en todos los demás la prueba del trabajo. No existe acuerdo entre los autores acerca de la duración y condiciones de esta prueba, pues mientras unos la limitan a unas cuantas horas, otros la hacen durar hasta 12 horas y más.

En nuestro concepto no es cuestión de tiempo, sino de seguir una evolución del trabajo de parto hasta convencerse de que la cabeza no progresa, a pesar de haber llegado las contracciones uterinas a un grado de intensidad suficiente como para obtener una dilatación de 8 centímetros en un parto normal. Así, pues, habrá mujeres en las que el útero llegue a dicho estado en dos o tres horas y otras en las que las contracciones se inician lentamente y en las que habrá que esperar 8 horas o más para tomar una determinación.

Es también condición indispensable, cuando la cabeza no se encaja desde luego, romper la bolsa de las aguas tan pronto como la dilatación alcance un diámetro de 4 ó 5 centímetros, pues está probado que las modificaciones plásticas de la cabeza se verifican más rápidamente cuando la bolsa de las aguas está rota.

Si la prueba del trabajo fracasa; es decir, que si a pesar de contracciones enérgicas y de ruptura de las membranas la cabeza no se encaja, escogeremos entre la cesárea y la sifisiotomía.

Manuel Luis Pérez, de la Argentina, dice textualmente:

“La pelvitomía encuentra su indicación en la estrechez mo-

“derada de la pelvis, cuando el parto de prueba ha sido impo-
“tente para vencer la desproporción pélvico-fetal relativa, el fe-
“to no ha comprometido su vitalidad, ni las contracciones su ener-
“gía básica, y el cérvix ha alcanzado su dilatación completa o
“es susceptible de dejarla completar artificialmente”.

Considera este autor como estrechez moderada de la pelvis los casos en que el diámetro promonto-sub-púbico es mayor de 8 centímetros y medio en las pelvis canaliculadas y de 8 centímetros en las anilladas. Así pues, la decisión entre la cesárea y la sinfisiotomía dependerá del grado de la estenosis, del estado de la dilatación del cuello, de la elasticidad del canal vulvo-vagino-perineal. Si durante la prueba del trabajo las contracciones han sido insuficientes, el cuello no se ha dilatado y la vagina y el perineo son resistentes y angostos, deberá desecharse la sinfisiotomía y practicarse la operación cesárea sobre el segmento inferior. Hay que insistir en que, para conservar la asepsia del canal del parto, se practicará preferentemente el tacto rectal cuando se trate de juzgar el grado de descenso de la cabeza y de dilatación del cuello; practicando el tacto por la vagina cuando se trata de romper la bolsa de las aguas, aprovechándose esta ocasión para recoger todos los datos que proporciona este medio de exploración.

Puede suceder que, estando la paciente en manos del médico, ocurra la rotura prematura de las membranas y tarde en presentarse el trabajo del parto. En este caso, trataremos desde luego de provocar el trabajo de parto y en caso de fracaso es preferible practicar desde luego la cesárea y no exponerse a la aparición de una infección amniótica. Igualmente se procederá a practicar la cesárea si en el transcurso de la prueba del trabajo se aprecian indicios de sufrimiento fetal.

Veamos ahora las eventualidades que se pueden presentar en el segundo grupo de casos o sea en aquellos en que el partero es llamado cuando el trabajo de parto está más o menos avanzado: 1o.—La enferma ha estado vigilada por persona competente, las exploraciones internas han sido escasas y practicadas con asepsia, la bolsa de las aguas no se ha roto o su ruptura es reciente y el feto está vivo. Este grupo de casos amerita la misma conducta que los que incluimos en el primer grupo. 2o.—El trabajo de par-

to está avanzado, se han practicado maniobras de asepsia dudosa. la bolsa de las aguas tiene varias horas rota y el feto está vivo. En estas condiciones la decisión del partero dependerá de que encuentre o no síntomas y signos de infección amniótica. Si no hay elevación marcada de temperatura, aceleración de pulso, fetidez de líquido amniótico, practicará la operación cesárea sobre el segmento inferior, haciendo el aislamiento del campo operatorio por medio de suturas y dejando una canalización directamente sobre la sutura del músculo uterino. Cuando hay síntomas evidentes de infección, deberá practicarse la cesárea seguida de histerec-tomía o la cesárea seguida de exteriorización del útero con la técnica de Portes. Esta última intervención la hemos practica-do en mujeres jóvenes y en los casos en que la infección no pa-recía muy virulenta. 3o.—Cuando el feto está muerto la con-ducta dependerá de tres factores: el grado de dilatación del cuello, el estado del músculo uterino y la existencia de infección amnió-tica con putrefacción fetal. Si la dilatación está bastante avan-zada, la matriz no está tetanizada y no existe infección, se prac-ticará una basiotripsia para extraer el feto. En caso de que la dilatación sea pequeña y de que el útero esté tetanizado o que exista un estado franco de infección, es mayor salvaguardia para la vida de la enferma practicar una histerec-tomía en block, es decir, extrayendo el útero con el producto en su interior y no correr los riesgos de una operación vaginal peligrosa y difícil o de una infección puerperal grave desde su iniciación.



Comentario al trabajo de ingreso del Dr. José Rábago *

Por el Dr. EVERARDO LANDA

Cincuenta años han transcurrido desde que José de Jesús Sán-chez Gómez, catedrático más tarde de Anatomía Descriptiva en la Escuela Nacional de Medicina, planteó en su tesis inaugural un problema que nadie ha resuelto todavía y que expresaba en estas palabras: "Queda por hacer un gran estudio, para el que falta material". "Cincuenta pelvis sólo pueden servir para formarse

* Leído en la sesión del 13 de mayo de 1942.

una idea general de su estructura y dimensiones, pero no para establecer diferencias de razas, ni mucho menos para querer encontrar caracteres especiales, dependientes de la localidad". El trabajo reserva sus excelencias bajo el título modesto de "Breve estudio sobre la pelvis", y se funda en observaciones minuciosas de cincuenta pelvis en estado seco, las que, por luengos años, se conservaban en el Museo Anatomopatológico de nuestra Escuela.

Puede aseverarse que la tesis de Sánchez es, hasta nuestros días, el mejor acabado estudio mexicano concerniente a la pelvis femenina, de los que conozco. Ya en 1881 Florencio Flores, de nuestra Escuela igualmente, presentó una tesis sobre "Ligeros apuntes de pelvimetría comparada", magníficamente impreso en Cuernavaca. El trabajo se refiere al examen de "26 cadáveres", y dice el autor que la pelvis mexicana ofrece una conformación especial, dependiente de la reducción general de todas las dimensiones, a tal grado que, comparada con la europea de tipo normal, la mexicana deberá considerarse como un vicio de conformación."

Más aún, citaríamos los trabajos interesantísimos de **pelvilogía mexicana**, de don Juan Duque de Estrada; pero las excelentes investigaciones de este compatriota nuestro se limitan, casi todas, a hechos particulares de pelvis deformadas. De sus notables casos clínicos deriva el pormenorizado estudio que hizo del diámetro bisquisiático y de las pelvis infundibuliformes, en las cuales, a pesar de reducción de ese diámetro, es posible ver expulsiones espontáneas, como consta en los trabajos de dicho autor.

En resumen: conocimiento anatómico, antropológico, obstétrico, de la pelvis de la mujer mexicana lo tenemos incompleto y en conclusiones siempre contradictorias. Duque de Estrada, v. gr., contrariando opiniones arraigadas, afirma que nuestras mujeres tienen pelvis **igual a la europea**. Mi experiencia demuestra perceptible diferencia en los diámetros externos transversales, señaladamente en mujeres de tipos raciales, de los menos mezclados. La diferencia, p. e., entre los diámetros biespinoso anterior y bicrestal, rara vez pasa de dos centímetros.

Ahora bien: el estudio completo, morfológico, racial, de la pelvis femenina, es sumamente dificultoso, sobre todo en cuanto concierne al material, que debe ser abundante y variado; y mucho más todavía, porque exige suma no escasa de conocimientos y verdadera

experiencia en antropometría general. En México, por tanto, la pelvilogía antropométrica y aun la obstétrica, apenas se han esbozado.

Pero tocólogos en ejercicio, vemos hacia la clínica; y en verdad, los problemas de la práctica se resuelven satisfactoriamente, en sentido quirúrgico, cuando es necesario en distocias determinadas. El campo de observación es fecundo, y cuando se le estima bajo feliz criterio, aumenta la experiencia. Por tal razón, el estudio de ingreso que presenta el Dr. José Rábago me parece de importancia indudable.

En México, dice el autor, son raras las estenosis; mas, por lo que antes he manifestado, en realidad no las conocemos cual fuera de desearse; es decir, no somos precisamente ignorantes, y tan sólo nos falta conocer con amplitud la morfología pelviana, para definir con precisión los tipos anormales y cuáles predominan.

Creo, en efecto, como Rábago, que las pelvis más vulgares en México son las reducidas en conjunto, las estrechas totalmente o, como se les llama en latín, *juxta minor*. Demuéstralo suficientemente la pelvimetría, que suministra conjugados externos de 17 a 18, y promontorios fácilmente palpables. Entre nosotros es de importancia capital, como pormenor clínico de primer orden, el poder alcanzar con los dedos el ángulo sacrovertebral cuando, en primigrávidas, la cabeza apenas se aboca o permanece arriba del plano del E. S. Vemos, sin embargo, que tras laboriosos partos, prolongados o de larga duración, esto es, de más de treinta horas, la expulsión ocurre espontáneamente; aunque, a la verdad, casi siempre a costa de exagerado amoldamiento de la cabeza fetal, en la que no es raro encontrar entonces cefalematomas a las veces voluminosos y aun de grave pronóstico; y en breve lapso, en algunos de estos recién nacidos, síntomas evidentes de hemorragia intracraneana. La punción del raquis comprueba el derrame sangriento; y el niño, por fortuna, merced a tratamientos adecuados, puede salvar el escollo; pero tan poco es raro, en cambio, que lo veamos quejumbroso, inepto para tomar el pezón, calenturiento, convulso, profundamente icterico, y que sucumba antes de ocho días, víctima del traumatismo obstétrico. La autopsia nos ha revelado las lesiones consiguientes.

Por desgracia, en tan graves circunstancias, la madre dió a luz bajo los cuidados de comadronas muy a menudo incapaces de formular un diagnóstico oportuno, cuando menos el general de distocia, y

quizás satisfechas, por lo pronto, de haber obtenido un alumbramiento espontáneo y sin intervención del tocólogo. Mas si el partero es el asistente, a la par que buen observador, no incurrirá en falta de espera desmedida, sino que, oportuno en toda contingencia, estudiará el caso a la luz racional de las enseñanzas que derivan de la llamada "prueba del trabajo".

Aplaudo a Rábago, porque demuestra en su esquema—esto es positivamente su trabajo—experiencia clínica respecto de un problema muy discutido en la actualidad. Se coloca en el verdadero punto de vista de la cirugía obstétrica, sin preferencias sobre determinado procedimiento, en perjuicio de los otros y, naturalmente, de los intereses de la enferma.

El problema clínico es de trascendencia, y es necesario saber resolverlo con la urgencia requerida ante la gravedad de una distocia. Trátase, aquí, de alumbramientos dificultosos en los casos que ahora se denominan de "pelvis límite". ¿Inclinarse al fórceps? ¿Dar preferencia al corte sinfisiotómico de Zárate? ¿Ver hacia la cesárea? Quien sepa resolver sus dudas cuando urge la indicación, será el más perspicaz, será el verdadero clínico. El fórceps, actualmente, ya sale pocas veces de la vitrina; la sinfisiotomía frenada es sistemática solución, inaplazable, en otros países; y en cuanto a la cesárea baja, es piedra de toque para quien, antes que nada, persigue lucimiento. ¡Y se abusa! Cierto es que el campo de la cesárea se extiende, merced a factores del momento quirúrgico: la facilidad de la técnica en una intervención bien arreglada; los beneficios imponderables de la asepsia; el recurso de profilácticos de naturaleza química; el afán, por último, de una brillante estadística personal. Ocasiones existen en México de cesáreas casi improvisadas y que suelen ejecutarse (dos, tres, cuatro) ante públicos ansiosos de ilustración. Y tal hecho es inexplicable cuando, al contrario, vemos que ocurren muchos, muchísimos partos espontáneos en cualquier centro de maternidad, y en donde la cesárea queda sujeta a rigurosas indicaciones, siempre bien discutidas.

Por consecuencia, ya que tocólogos como Rábago se empeñan en estudiar los hechos debidamente, con el objeto de establecer indicaciones justificadas, y buscar la mejor "conducta del partero en las estenosis pélvicas", hay motivo para sentirnos satisfechos, ya que la preocupación quirúrgica está en la verdadera clínica y no en

ios ánimos de exhibición. La "actualidad", la "moda", la "imitación" no deben ser móviles del clínico, sino, a lo sumo, del **operador** inconsciente, que se expone al fracaso.

Si fuere necesario apoyar mis asertos en el criterio de autores distinguidos, simplemente mencionaría a Winter, director de la clínica ginecológica de Koenigsberg, que ha publicado un libro interesante sobre "La cesárea abdominal". Dice que "la estrechez pelviana, con un "conjugata vera" de más de ocho centímetros, pertenece al parto espontáneo, bajo la más amplia utilización de las fuerzas naturales", porque con la medición de este diámetro se fijará "el límite de la indicación"; y fija el límite en ocho, quizás porque los infantes alemanes, de cabeza máxima, son capaces de originar desproporción céfalopelviana irreductible en esas pelvis; mientras en México, la cabeza mínima de los niños puede atravesar algunas veces la excavación, aunque el conjugado obstétrico sea de siete centímetros, en parto espontáneo. ¡No seamos confiados, sin embargo, en pelvis con diámetro útil (o más bien inútil en el caso) de siete a siete y medio!

Me place felicitar al Dr. Rábago y darle bienvenida en la Sección de Obstetricia de esta H. Academia Nacional de Medicina.



Patogenia de la queratitis punteada de la oncocercosis *

Por el Dr. ANTONIO TORRES ESTRADA

El estudio de la oncocercosis todavía encierra grandes problemas que resolver, por ejemplo: aun no sabemos qué relación existe entre la presencia y la distribución de los nódulos cutáneos y la picadura del mosquito vector de los parásitos; si todos los órganos del cuerpo pueden ser invadidos por las microfilarias; si el hombre es más o menos inmune, si es más o menos receptivo a ellas y las condiciones del organismo y del ambiente exterior que favorecen o dificultan la infección; si la invasión de las microfilarias en el ojo corresponde a una manifestación tardía o precoz de la enfermedad y la relación que existe entre la presencia de ellas y las lesiones ocu-

* Leído en la sesión del 3 de junio de 1942.