

Este caso de lepra, con 17 años de incubación sin los clásicos pródromos, en que faltan raras veces erupciones en forma de manchas, ó grandes placas pigmentadas, exuberantes, deprimidas, ó al nivel de la piel, variando de color, indolentes, ó con zonas anestésicas y con modificaciones en el tegumento, respecto á su espesor, patentiza la transmisión del bacilo por contacto, ó por ingestión de leche procedente de mujer leprosa, y manifiesta la urgente necesidad de poner en rigurosa ejecución las medidas profilácticas que la higiene pública y privada aconsejan, para impedir la propagación de las enfermedades infecciosas, haciendo que sean en toda nuestra patria debidamente cumplidas las prevenciones expresadas en el Código Sanitario, consignadas en los artículos que el Consejo Superior de Salubridad ha mandado recordar á los habitantes del Distrito Federal.

San Juan del Río, Enero 31 de 1897.

DR. AGUSTÍN RUIZ OLLOQUI.

MEDICINA LEGAL

Juicio crítico sobre los arts. 569 y 570 del Código Penal vigente.—Estudio médico-legal que presenta á la Academia de Medicina de México el Dr. Alberto López Hermosa, Profesor adjunto de Clínica de Obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina y Director del Hospital del Divino Salvador, para el concurso de Miembro de Número en la Sección de Medicina Legal.

El grado de adelanto que ha alcanzado la cirugía debido á la antisepsia y al perfeccionamiento de los métodos operatorios, modifica el pronóstico de los traumatismos accidentales y quirúrgicos. El descubrimiento del papel que desempeñan los microorganismos patógenos, muy especialmente el vibrión séptico y el estreptococo, en las afecciones infecciosas de origen quirúrgico, ha conducido al conocimiento de los actuales métodos antisépticos para la curación de las heridas, y al de las minuciosas precauciones que conducen á la asepsia, y de las cuales debe rodearse todo práctico que ambicione dedicarse al ejercicio de la cirugía, con la elevada mira de ser útil á sus semejantes.

Conocida íntimamente la patogenia de las principales complicaciones que se desarrollan en las heridas y especialmente en las cavitarias, la atención de los cirujanos se dirigió á poner toda lesión quirúrgica al abrigo de estos nocivos organismos microscópicos. En esta noción patogénica toman su origen las cura-

ciones de Guerin, Lister, etc., y que más ó menos modificadas, pero fundadas en los mismos principios, se emplean por los médicos mexicanos.

Conocida la manera de evitar la infección de las heridas, cesó la vacilación de los cirujanos, quienes abren, con su inteligente bisturí, ventanas para que penetre la luz y evidencie el diagnóstico de las enfermedades de los órganos encerrados en las cavidades; y fundados en él, emprenden racional intervención, que en numerosos casos proporcionará una curación radical y, en no pocos, la supresión de los agudos dolores que atormentan á los enfermos. De aquí el que un entendido cirujano, en vez de permanecer como inactivo espectador ante los progresos de un cáncer del píloro, por ejemplo, practique la resección de los tejidos patológicos y por suturas adecuadas restablezca la continuidad del tubo gastro-intestinal, y coloque al paciente en condiciones favorables para obtener definitiva curación.

Hace pocos años, la misión del cirujano frente á una afección maligna de la matriz, se limitaba á intoxicar á su enferma, con dosis necesariamente crecientes de morfina, para lograr mitigar los dolores; y el morfínismo apresuraba la terminación funesta. Y si vemos más lejos, tropieza nuestra investigadora mirada con el famoso juramento que exigía *no practicar* la talla. Entonces la situación del cirujano era aun más precaria; se concretaba á aconsejar á los enfermos, que sufrieran con resignación las flaquezas del impertinente cálculo, que encontrándose alojado en la vejiga y no permitiéndose la extracción, se abandonaba al paciente á complicaciones que, como la cistitis ulcerosa, la infiltración de orina, la urinemia, etc., tienen que determinar la muerte en medio de terribles sufrimientos. Mas hoy debemos envanecernos al ver que á tan inhumana conducta, se sustituye la racional cirugía, que con sus actuales y bien metodizados procedimientos y en plena asepsia, extirpa la matriz cancerosa y desmenuza ó extrae los peligrosos cálculos, sin dar tiempo á la generalización del cáncer, ni á las complicaciones del cálculo. Muy lejos me llevaría la simple enumeración de los brillantes triunfos que tiene conquistados la cirugía contemporánea; pero creo suficientes los que llevo recordados, para hacer manifiestas las deficiencias que existen en algunos artículos de nuestro Código vigente en lo relativo á las cuestiones médico-legales. El ilustrado Profesor Porfirio Parra ha señalado los numerosos defectos de la clasificación médico-legal de las heridas; y la H. Legislatura de San Luis Potosí, para no dejar impunes los delitos de homicidio cometidos en los partidos que carecen de médicos, ha reformado el art. 544, en términos más adecuados para expeditar la administración de justicia.

A mi vez, me propongo demostrar la necesidad de aclarar el art. 569 del expresado Código, y la de derogar el art. 570.

Traeré á la memoria los artículos que voy á discutir y haré en seguida los comentarios que servirán, al menos así lo espero, de apoyo á mi proposición.

ARTÍCULO 569 DEL CÓDIGO PENAL.

“Llámanse aborto en derecho penal, á la extracción del producto de la concepción, y á su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que esto se haga sin necesidad.”

“Cuando ha comenzado ya el octavo mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial, pero se castiga con las mismas penas que el aborto.”

ARTÍCULO 570.

“Solo se tendrá como necesario un aborto: cuando de no efectuarse, corra la mujer embarazada peligro de morir, á juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible, y no sea peligrosa la demora.”

Como se ve, la ley llama aborto á la expulsión del feto antes del término normal del embarazo, sea cual fuere el tiempo en el cual se determine su salida; no toma en consideración la edad del embarazo, ni las aptitudes del engendro para poder continuar viviendo fuera del seno materno. Confunde así (y castiga con igual pena) dos cosas esencialmente distintas, que son: aborto provocado, y parto prematuro artificial. Y esta confusión es notoriamente perjudicial para los intereses legales del feto.

Provocar la expulsión ó la extracción del producto de la concepción antes de la época de la viabilidad (ciento ochenta días), es privar al feto de toda esperanza de vida, y de hecho se ofende á la moral, aunque no se quebrante la ley actual, supuesto que lo ampara el art. 570 del Código Penal.

Yo abrigo la profunda convicción de que este artículo debe desaparecer, pues abre las puertas al abuso y ataca al derecho natural al permitir privar de la vida á un sér racional, que una vez engendrado, adquiere derechos indiscutibles á la protección y amparo de las leyes, y á que éstas le conserven ese don que recibió del Creador y de que nadie puede despojarlo, sin faltar al precepto sagrado que manda *no matar*. Y la ley que se ha instituído para proteger á la sociedad, debe tan sólo dar su apoyo al que, en frente de dos existencias amenazadas de muerte, emplea su ciencia en salvar ambas vidas confiadas á sus conocimientos científicos ó igualmente acreedoras á sus cuidados y desvelos.

Es evidente que la provocación del parto prematuro, es decir, la determinación de la expulsión del fruto de la concepción, á partir de la época de la via-

bilidad, y en tal virtud, cuando el feto ha adquirido el desarrollo orgánico necesario para continuar la vida extrauterina, es cosa claramente lícita y que debe amparar la ley; pero tan sólo cuando existe la certidumbre de que la continuación del embarazo, hasta su término normal, ponga en peligro la vida del hijo, la de la madre, ó la de ambos. Indudablemente que la provocación de un parto prematuro en el ejercicio honrado de la profesión, *jamás debe caer bajo el dominio de la ley*, como tampoco se aplica al cirujano la fracción cuarta del art. 527 del Código Penal cuando priva á su enfermo de un miembro gangrenado ó invadido por un neoplasma maligno, ni el 532 porque extirpa un testículo tuberculoso ó canceroso. En todas estas circunstancias, va el médico tras el bello ideal que constituye su única misión: poner todos los medios posibles, ya médicos, ya quirúrgicos de que la ciencia dispone, para salvar ó procurar salvar las vidas que le son encomendadas, y teniendo siempre presente que su misión es siempre salvarlas; jamás destruirlas.

El parto prematuro artificial es una operación benéfica, incontestablemente moral y que va dirigida hacia un fin noble que se realiza cuando es practicada hábil y oportunamente. La ley debe aceptarla, y sólo recomendar una consulta previa con médicos de saber y de experiencia.

El aborto priva al feto de la vida y no debe el médico provocarlo, ni la ley considerarlo como necesario.

Entremos de lleno á la cuestión.

I

Parece fuera de duda, que en Inglaterra se provocó por primera vez el aborto como tratamiento de las estrecheces pélvicas, y esta práctica fué aconsejada como método de tratamiento en toda distosia huesosa, por Cooper, Barlon, Hull, quienes desde 1768 admiten el aborto provocado como destinado á reemplazar á la operación cesárea. Desde esa época, la generalidad de los médicos y parteros ingleses no vacilan en provocar la expulsión del fruto de la concepción en todos los casos en que la vida de la madre se encuentra en peligro, ya por el embarazo actual, ya por sus complicaciones. A partir de 1774, esta doctrina se generalizó en Alemania, Holanda é Italia; pero no fué acogida en Francia sino hasta 1842 en que P. Dubois provocó el aborto en su clínica delante de sus discípulos, en un caso de angustia pélvica. Fué en seguida imitado por Cazeaux Lemnoir, y la mayoría de los autores; y aunque ha contado con poderosos adversarios como Stolz y Villeneuve, se puede decir que esta gran República acepta en principio, como cosa lícita, la provocación del aborto.

En nuestra México que apenas se encuentra iniciada en la vida científica adonde la han conducido los infatigables y valiosos esfuerzos de nuestros inolvidables maestros Lucio, Jiménez, Vértiz, Ortega, Hidalgo Carpio, Villagrán, Rodríguez, Carmona y Valle, Lavista, Licéaga, etc., y cuyo recuerdo de abnegado patriotismo servirá de estímulo al inteligente grupo de médicos que forman el actual Profesorado de nuestra Escuela Nacional, para continuar tan grandiosa obra; en nuestra República, digo, ha tenido y tiene actualmente gran oposición la provocación del aborto. Quizá las únicas opiniones en pro que merezcan tomarse en seria consideración, son las del notable médico-legista Dr. Luis Hidalgo Carpio y las del ilustre tocólogo Dr. Juan María Rodríguez. El primero la aceptaba en principio, aunque con varias restricciones, como se ve en la defensa que hizo del aborto médico, en su extensa Memoria leída en la Academia de Medicina de esta capital el año de 1852. El segundo también la acepta, como lo demuestra el párrafo siguiente que copio de su Guía clínica del arte de los partos, página 185 de la segunda edición: "Cuando la estrechez pélvica haya podido ser diagnosticada con la debida oportunidad, debe proponerse la provocación del aborto y *ejecutarlo* previa consulta con varios profesores respetables." Mas no obstante estas formales opiniones, la doctrina del aborto necesario no ha logrado aclimatarse entre nosotros, pues la repugnan profesores que con justicia disfrutaban de gran reputación profesional y con quienes he tratado esta cuestión, para robustecer ó modificar mi opinión. Entre estos profesores, debo mencionar á los Dres. Carmona y Valle, Lavista, Licéaga, Gutiérrez, Zárraga, Mejía, Nicolás Ramírez de Arellano, Mendizábal, Noriega, Domínguez y Chacón; todos para mí de vasta instrucción y honradez acrisolada.

Conozcamos las principales circunstancias que los más caracterizados partidarios del aborto necesario, señalan como indicaciones en que no tan sólo *se puede* sino *se debe* provocarlo: 1º, siempre que el estrechamiento de la pelvis sea bastante considerable (abajo de cincuenta y cinco milímetros), para que el feto no pueda salir ni espontáneamente, ni con el forceps; y la embriotomía presente dificultades que, por vencerlas, comprometan la vida de la madre; 2º, en los casos en que la pelvis se halle obstruída por tumores que no puedan ser ni desalojados ni quitados; 3º, en los vómitos incoercibles; 4º, en la retroversión uterina; 5º, en las hemorragias graves, y 6º, en todos los casos en que la vida de la madre se halle comprometida y que la interrupción del embarazo pueda substraerla á ese peligro.

Examinemos rápidamente estas supuestas indicaciones formales.

II

En las pelvis estrechas cuyo diámetro menor es inferior á cincuenta y cinco milímetros, los numerosos partidarios del aborto necesario, lo provocan desde que se diagnostica el embarazo; y los médico-legistas y parteros ingleses sostienen que la operación está indicada, no por el niño que tiene que sucumbir, sino para evitar á la madre los grandes peligros á los cuales pudiera más tarde estar expuesta. Playfair, entre otros, recomienda que se debe obrar sin demora, pues que de nada servirá esperar á que el niño adquiera cierto grado de desarrollo; *“cuanto más pequeño es, dice el eminente catedrático de obstetricia y ginecología del Real Colegio de Londres y Presidente de la Sociedad Obstétrica, menos tendrá que sufrir y temer la madre. No hay algún vicio de conformación pelviana, por grande que sea, que pueda impedir el éxito del aborto por cualquiera de los numerosos medios de que disponemos; y á despecho de Radford, quien sostiene que el tocólogo no tiene derecho de sacrificar la vida de varios niños, cuando la madre sabe que no puede dar á luz alguno viable, hay pocos prácticos que no consideren como un deber, el ahorrar á la madre los peligros de la operación cesárea.”*

En época anterior á la antisepsia existían realmente esos peligros y basta recordar la crecida cifra de defunciones que arrojan las estadísticas más verídicas, para explicar la vacilación de los más audaces cirujanos. La que ha formado Hubert comprende 1,274 mujeres operadas por Vaudeloque, Velpeau, Sprengel y Simonart. De estas 1,274, ha habido 554 salvadas y 720 muertas: 88.20 por 100. La estadística citada por Julien se refiere á 1785 operadas, de las cuales 844 se curaron y 941 fallecieron, lo que arroja un 45.95 por 100 de éxitos. Mas las estadísticas posteriores á la introducción de la antisepsia en la cirugía abdominal, nos presentan resultados enteramente halagadores. Caruso cita 135 operaciones cesáreas según el método de Saenger, con 99 éxitos: es decir, 74½ por 100. Si reunimos los casos operados recientemente por Reindinger, Fheling, Leopold, Charles y Breisky, por total 43, de las cuales, 40 mujeres salvaron y tres murieron: menos de 7 por 100.

Ante la lógica irrecusable de los números, tenemos que convenir en que la operación cesárea practicada por hábil cirujano familiarizado con la práctica de la antisepsia y conocedor de la técnica actual, nos proporciona 93 por 100 de mujeres salvadas y casi todos los niños, supuesto que la vía que se abre á éstos es más corta; de aquí que la extracción sea más fácil y que tenga menos que sufrir que cuando verifica su salida á través del canal normal. La opera-

ción practicada en el momento de elección evita al niño los peligros á los que lo expone un trabajo prolongado; á los ocasionados por la rotura anticipada de las membranas, complicación muy frecuente de las estrecheces pélvicas; á la salida prematura del líquido amniótico; á la procedencia del cordón umbilical; al tetanismo uterino, que por sí solo produce la asfixia fetal, y, en una palabra, le substraer á compresiones y fracturas que son verdaderas causas que comprometen seriamente su existencia.

Todo esto que tan ligeramente he bosquejado, dada la índole de este trabajo que apenas si alcanza los límites de una Memoria, son hechos indiscutibles que no dejan lugar á la duda, y que, por sí solos destruyen la mala impresión que producían las estadísticas auténticas que comprendían los tiempos anteriores á la práctica antiséptica.

Fundado en lo expuesto, no vacilo en recomendar como el tratamiento más racional de los estrechamientos pélvicos inferiores á 55 milímetros, *dejar que la mujer llegue al término de su embarazo y practicar en el momento de elección la operación cesárea moderna, y que se proscriba la provocación del aborto.*

III

Los tumores que suelen obstruir el canal que el feto tiene que atravesar en el momento del parto, son de naturaleza variable y presentan sitio, volumen, consistencia, forma, etc., diversos. Unos toman origen en los órganos pélvicos ó abdominales; y los más comúnmente observados, son los quistes del ovario ó del ligamento ancho, y los fibromiomas uterinos. Otros se implantan en las paredes de la pelvis, la exostosis, las diversas variedades de cánceres, etc.

Si los primeros suelen ser pediculados, reductibles, móviles; los neoplasmas de implantación huesosa son generalmente sesiles, irreductibles, y cuando tienen un desarrollo mediano, oponen un obstáculo invencible á la salida de un feto vivo y viable. Así es que el obstáculo que oponen al paso del feto, está en razón directa de su volumen y deben sujetarse á la misma regla de conducta que llevo propuesta para los estrechamientos de la pelvis. Los tumores de las partes blandas son, por regla general, fáciles para desalojarse, extirparse, punccionarse, y, en una palabra, para permitir dejar libre el canal pelvi-genital.

Si no se logra realizar este objeto, se practica la operación cesárea en el momento de elección; y una vez extraído el niño y puesto en manos competentes para que sea convenientemente atendido, se procede á emprender la intervención que el caso reclame para la realización de una curación definitiva; y si algu-

nas veces bastará la enucleación del tumor, en otras será de urgente necesidad extirpar todo el órgano invadido por la neoplasia. El cirujano normará su conducta según circunstancias particulares que cada caso reclame, pero sin separarse de las reglas de cirugía general que imponen llevar el bisturí hasta los tejidos normales para quitar ampliamente todos los tejidos patológicos sin dejar algo que parezca sospechoso.

Si juzgamos esta conducta con la equidad y reposo debidos, seguramente que la encontraremos enteramente racional y moral, supuesto que tiende á salvar la vida del feto y á proporcionar á la madre el único *recurso científico* que pondrá fin á sus padecimientos y mira á su curación radical.

IV

Desde que los parteros del siglo XVIII, Maurician, la Mot, etc., señalaron la gravedad de los vómitos que suelen complicar el embarazo y que con anterioridad Pablo de Eguine había hecho conocer con el nombre de *vomitus assiduus*, pero sin conocer su gravedad, esta entidad patológica propia de la gestación, ha preocupado la atención de los ginecólogos de todos los países, pero muy particularmente desde el punto de vista del tratamiento. Simons parece haber sido el primero en provocar la expulsión del feto antes de la gestación, en una enferma que había resistido á los medios de tratamiento entonces conocidos, y el éxito completo que obtuvo, fundó la indicación de provocar el aborto para hacer cesar los vómitos, hoy conocidos con la denominación de incoercibles. Esta práctica ha sido aconsejada sin interrupción alguna hasta nuestros días, por Paul Dubois (que es el autor del estudio más completo que conozco sobre este síndrome clínico) Gueniot, Horwitz, Copeman, M. Clintok, Hewit, Kaltenbach. En la actualidad, Charpentier (en el 2º tomo de su obra *Tratado práctico de los partos*, pág. 743) dice: "La interrupción del embarazo es el único medio de salvar á la madre, y aun con una condición: que no se interrumpa muy tarde." Ribemont y Lépage sostienen la misma opinión con estas palabras: "El verdadero tratamiento de los vómitos incoercibles, consiste en provocar el aborto ó el parto prematuro." (*Tratado de Obstetricia*, edición de 1896, pág. 644.) Se ve por lo expuesto, que los vómitos incoercibles constituyen una de las indicaciones para provocar el aborto.

Podemos asegurar que en la actualidad son enteramente conocidos los síntomas, diagnóstico, curso, terminaciones, etc., de esta entidad patológica; pero ignoramos su patogenia, y en espera de mejor teoría, nos la explicamos supo-

niedo que estos vómitos rebeldes son producidos por la toxemia gravídica, resultado de la eliminación renal insuficiente. De aquí el que careciendo de base sólida, es decir, de diagnóstico patogénico, no sea posible fundar un tratamiento causal que es el ideal á que tiende la terapéutica moderna apoyada en la anatomía patológica y en los incesantes adelantos de la bacteriología. No es, pues, de extrañar el número de agentes farmacéuticos recomendados, y los éxitos referidos por autores dignos de fe y alcanzados por sustancias de acción fisiológica tan diversa, como las preparaciones de opio y los purgantes, por ejemplo, la estriquina, ó el cloral, etc. Seguramente que estas observaciones se refieren á casos en que esta complicación se ha presentado en mujeres neurasténicas y que la sugestión ha desempeñado el principal papel terapéutico; pues existe, á no dudarlo, una liga etiológica bien manifiesta, entre estos vómitos y la histeria. Citaré una observación de Chazan que creo muy oportuna: se trataba de una joven que había resistido á todo tratamiento y á quien se cloroformó para un simple examen: ella creyó que se le había desembarazado durante el sueño anestésico, y esta firme idea bastó para que se suspendieran por completo los vómitos que amenazaban su vida.

Por mi parte, jamás he suspendido el curso de un embarazo y varias veces he tenido que tratar casos de gravedad y he conseguido salir triunfante, con hacer desaparecer un rebelde estreñimiento por un laxante seguido de escrupulosa desinfección del tubo digestivo, realizado por dosis moderadas de magnesia creosotada ó naftolada, de salol, etc.

He procurado, como primera indicación, una reglamentación cuidadosa de la alimentación; y, teniendo en cuenta lo antojadizo y caprichoso del estómago, he elegido los alimentos más en armonía con el deseo de las enfermas. Las sustancias medicamentosas que me han dado mejor resultado, son las bebidas efervescentes, las preparaciones ciánicas, el oxalato de cerio, la narceína, pequeñas dosis de cocaína, el bromuro de potasio, la tintura de nuez vómica, la salicina y la antipirina.

Entre los casos más graves que he asistido, citaré el de la señora M. Y.; tiene 19 años, es primípara y está en el tercer mes del embarazo; no ha cesado desde el fin del primer mes de ser atormentada por tenaces vómitos. A partir de la sexta semana, esta desdichada vomita incesantemente y la más pequeña cantidad de líquido solicita las contracciones más enérgicas del estómago. Había llegado á un grado de enflaquecimiento y de debilidad verdaderamente alarmante. Las facciones presentaban una alteración notable; los ojos se hundían en las órbitas, las narices muy afiladas, el pulso muy frecuente (130 pulsaciones por minuto), la respiración acelerada (32 por minuto), y la temperatura tan sólo

llegaba á 38°1. La sed excesiva, la lengua muy seca, el aliento ácido, la región epigástrica sensible y esta sensibilidad se extendía á la porción correspondiente á las inserciones del diafragma. La orina en pequeña cantidad de reacción ácida y contenía algo de albúmina. La repugnancia para toda clase de alimentos era invencible y la más pequeña cantidad de leche fría ó champaña que le aconsejé, fué inmediatamente arrojada. Los médicos que la habían asistido habían empleado medicaciones adecuadas y, no obstante la multiplicidad de preparaciones, la enferma empeoraba de día en día. Como sucede generalmente en casos semejantes, los pacientes, y más que ellos las familias, cambian seguido de médicos; llegó mi turno y vino en ese estado á mi poder. Seguro de ser pronto sustituido, empecé mi difícil tarea, prescribiendo á mi enferma inhalaciones de oxígeno (30 litros) cada tres horas: una pildora cada dos horas, compuesta de ocho centigramos de oxalato de cerio y un centigramo de clorhidrato de cocaína. Champaña helada, una cucharadita cada 15 minutos.

Al día siguiente supe con verdadera sorpresa que la enferma había pasado la noche en calma; que los vómitos se habían retardado; que había soportado casi todas las cucharaditas de champaña, y en suma, que estaba muy mejorada; continuando con ligeras variaciones el mismo método, la mejoría fué en aumento; se siguió alimentando con los alimentos que mejor soportaba y á los diez y ocho días pudo abandonar la cama. El embarazo siguió hasta el término, y el parto fué enteramente normal.

En cuatro embarazos posteriores, ha sido atormentada por vómitos, que aunque rebeldes, se han logrado mejorar lo suficiente para no obligar á la enferma á permanecer en la cama.

He hablado extensamente con los médicos que han hecho de la obstetricia su especialidad, y todos me han referido que jamás han dejado de mejorar y algunas veces hacer desaparecer los vómitos con provocar una ligera diarrea; con la aplicación de un saco impermeable lleno de hielo á la espina dorsal y el empleo de la cocaína asociada á las pociones efervescentes, al oxalato de cerio ó á preparaciones cianicas. Así es que nunca han provocado el aborto.

Finalmente, no siempre da el aborto provocado los resultados que proclaman sus numerosos partidarios, puesto que después de desocupada la matriz, los vómitos suelen continuar y aun agravarse. Además, tampoco es enteramente inofensivo para las madres, como lo demuestra entre otras, la comunicación que el Dr. Mac-Chitok dirige á la Sociedad médica de Dublín, de treinta y seis observaciones de aborto provocado en casos de vómitos incoercibles, con 9 mujeres muertas y 27 curadas. Cohnstein, considerando el aborto como tratamiento de los vómitos incoercibles, establece la proporción siguiente: después del abor-

to, cesan los vómitos en 40 por 100 de los casos: cesan parcialmente 26 por 100: persisten en 18 por 100: aumentan en el 4 por 100, y en 12 por 100 la muerte ha seguido inmediatamente ó en pocas horas, al aborto.

La conclusión es lógica: el aborto provocado, además de sacrificar al niño, comprometo la vida de la madre y no siempre produce la curación: *No debe aceptarse como tratamiento de los vómitos incoercibles.*

V

La retroversión uterina es considerada también como indicación del aborto necesario, pero aun los autores que no toman en gran consideración la vida del niño, sólo aconsejan que se interrumpa el embarazo cuando no se ha logrado la reducción de la matriz grávida por maniobras adecuadas. De estos métodos, los más usados son el de Tyler Smith, el de Amussat y el de Capuron; en cuanto á los procedimientos instrumentales y que se ejecutaban con el bastoncillo de Evrat, gorggerete de Roederer ó la espátula-palanea de A. Petit, *no gozan de ningún crédito*, quizá porque en asuntos obstétricos, la destreza y la paciencia siempre se prefieren á la fuerza y la brutalidad.

En mi práctica, sólo he encontrado cinco casos de retroversión de úteros grávidos y tengo la certeza de que al menos en cuatro, existía la desviación antes del embarazo actual. En las cinco, como la pelvis era muy amplia y en todas el embarazo había llegado al fin del tercer mes. En tres me bastó, para conseguir reducción persistente, hacer tomar un purgante aceitoso la víspera del día señalado para la maniobra, recomendar una copiosa lavativa glicerínada en la mañana y sacar la orina por medio del cateterismo antiséptico; colocar á la enferma en la posición genu-pectoral, y con presiones sostenidas y bien graduadas sobre el fondo de la matriz por dos dedos de mi mano izquierda colocados en el recto, y tracciones sobre el cuello enganchado por el índice de la mano derecha introducido en la vagina atrás de la sínfisis púbica. Dejé un mes en cama á mis enfermas, recomendándoles que estuvieran el mayor tiempo posible en posición lateral ó abdominal. El vientre se mantuvo libre por medio de lavativas glicerínadas y la vejiga vacía, con frecuentes cateterismos. La matriz ocupó su lugar y los embarazos alcanzaron su término normal.

En otra, la reducción se hizo sola después de un purgante aceitoso y frecuentes cateterismos.

En la quinta, viendo que cuatro sesiones por el procedimiento descrito no habían logrado alguna ventaja, y que los síntomas de compresión iban en au-

mento proporcional al desarrollo progresivo de la matriz, introduce un globo de goma, vacío y de forma piriforme, en el recto (después de haberlo desocupado y sacado la orina), lo distendí al máximo de tolerancia; puse entonces á mi paciente en posición genu-pectoral, y con el índice de la mano derecha introducido en la vagina hasta el enganche del cuello que encontré muy alto, atrás de la sínfisis púbica, conseguí después de pacientes tracciones, enderezar la matriz. Con reposo, posición lateral ó abdominal, frecuentes cateterismos y libertad de intestino, se logró que el embarazo llegara hasta su conclusión.

Es bueno tener en cuenta que las bridas consecutivas á antiguas pelvi-peritonitis, á veces se reblandecen bajo la influencia de la gestación y se prestan á mayor distensión; que otras se atrofian y se reabsorben; que en ambos casos, se facilita la reducción de un útero grávido, y que en su estado normal no se habría movilizado.

Cuando el útero ocupado por el producto de la concepción queda aprisionado por fuertes y múltiples adherencias, llega un momento en el cual no pudiendo desprenderse para continuar su crecimiento, necesariamente progresivo, que le impone el curso de la gestación, se congestiona, se irrita y entra en actividad exagerada; despierta su contractilidad y produce como resultado final el aborto.

Así es que debemos ser muy prudentes y siempre procurar colocar al útero en su situación normal por los medios descritos, sencillos ó inocentes, y abstenerse de provocar la expulsión del producto de la concepción. Mas si esto fuere imposible y los síntomas de compresión producidos por el útero enclavado en la excavación, especialmente la eistitis ulcerosa ó pútrida comprometen seria y próximamente la vida de la madre, los autores más competentes recomiendan provocar el aborto sin pérdida de tiempo, puncionando con el trocar del aspirador la parte más accesible del útero grávido por la vagina, siempre que el cuello por su elevación y dislocación no se haga accesible á los medios de acción. La extracción del líquido amniótico disminuye el volumen del tumor formado por el útero, y la compresión de los órganos pélvicos facilita la reducción y provoca la desocupación de la matriz. Ojalá las cosas siempre pasaran así, pero á la verdad, dudo que la punción del huevo dé movilidad á un útero enclavado y aprisionado por sólidas adherencias que han resistido á las modificaciones de reblandecimiento que determina normalmente el estado de gestación y á las presiones metódicas y sostenidas que requieren los procedimientos señalados. Además, no creo fácil la desocupación ni natural ni artificial, de una matriz que se halle en estas condiciones, y evidentemente que, muerto el engendro, corre la madre gravísimos peligros de infección por la permanencia de todo ó parte del producto de la concepción, pues se conciben las dificultades casi invencibles

con que se tendría que luchar para vaciar por completo una matriz ocupada por un huevo más ó menos descompuesto y transformado en foco séptico y en que la parte accesible, que es el cuello, se encuentra fuera de nuestro alcance. En caso tan apremiante, resueltamente no provocaría yo el aborto, tauto por la repugnancia que me inspira privar de la vida á un feto con deliberada intención, cuanto porque creo que ni aun con este sacrificio se colocaría á la madre en condiciones seguras de salvar su vida tan seriamente comprometida. Me resolvería á emprender una intervención racional y científica, previa consulta con ilustrados compañeros y que consistiría: en hacer una incisión á la vagina, en el fondo de saco posterior; dividir el fondo de saco peritoneal, y por esta vía introducir el índice para buscar y desgarrar las adherencias que aprisionan al útero grávido. Una vez libertado y colocado en su situación normal, canalizar con gasa yodoformada el trayecto formado y esperar la reparación y curación. La operada debe ser anestesiada, y la operación estrictamente sujeta á los preceptos antisépticos.

Mi proposición es enteramente teórica, pero se defiende de las objeciones; no ataca á la vida del engendro y tiende á la curación definitiva de la madre; si se declara el aborto, nos quedará la tranquilidad de no haberlo provocado con deliberada intención; y en fin, la desocupación de la matriz no presentará dificultad alguna, supuesto que el cuello ó puerta de entrada á su cavidad, se ha hecho accesible; no hay peligro de infección y la mujer se encontrará en condiciones de obtener una curación definitiva. Los cuidados consecutivos, son los clásicos: curaciones y lavados antisépticos, desocupación de la vejiga, alimentación tónica, etc.

VI

Las metroragias muy graves, son otra de las indicaciones para provocar el aborto. C. Devilliers, que es partidario de esta doctrina, se expresa en estos términos: "El aborto encontrará ciertamente una explicación legítima en un caso de hemorragia que algún médico no haya logrado detener y que amenace la vida de la mujer."

Analicemos esta práctica y empecemos por recordar que no es nueva, pues la vemos prescrita por parteros del siglo XVIII, y acabaremos por convenir que tampoco es racional. Es verdad que hay metroragias que por la abundancia y la rapidez de la pérdida, ponen por sí solas en peligro la vida y aun determinan la muerte; pero indudablemente que la provocación del aborto dista mucho de ser el agente hemostático por excelencia. Las causas que dan origen á

estas hemorragias, son numerosas y de muy diversa naturaleza, y difícilmente se concibe que un solo medio logre hacerlas desaparecer y dominar la situación. Por no hacer más causado y confuso este trabajo, no cito toda la serie de causas que producen estas pérdidas y me limitaré á sólo recordar las principales. Excesiva vascularidad del útero grávido, las inflamaciones uterinas, el cáncer, las fibromiomas y la úlcera varicosa del hocico de tenca (causa poco conocida, muy frecuentemente y bien estudiada por Richet), los traumatismos de todas clases, etc.

Con las mencionadas basta para evidenciar la inconsecuencia que habría en aceptar el que la interrupción del embarazo, sea el tratamiento causal de afección de tan diversa y múltiple causa. La verdadera brújula para salir airoso, será empezar por establecer el diagnóstico etiológico para establecer el seguro tratamiento. Así conseguiremos salvar la situación con medios sencillos, como la forcipresura, una sutura adecuada, una abundante inyección astringente y á una temperatura de 48 á 50 centígrados, y lo que es mejor aún, una abundante lavativa con agua esterilizada y á 50 centígrados. Creo superior la lavativa, porque además de no provocar el aborto, tiene mayor superficie de acción sobre la pared posterior del útero grávido. Con estos ligeros medios, ya solos, ya combinados con la prescripción de agentes farmacéuticos como el *viburnum prunifolium*, el *hydrastis canadensis*, el percloruro de fierro, las preparaciones de opio, etc., y unidas al reposo, la posición, y á una higiene apropiada, se dominan y suspenden estas hemorragias en la generalidad de los casos; y cuando es muy abundante, la misma sangre destruye las adherencias ovulares, produce la muerte del engendro y determina el aborto.

La inserción de la placenta en el segmento inferior de la matriz, es causa tan constante de metrorragias, que los autores antiguos, al notar su frecuencia, la denominaron *hemorragia necesaria*; en la generalidad de los casos, sólo se produce en el último trimestre del embarazo y en esa época el feto es viable; la expulsión, en el caso de ser indicada, se refiere á un parto prematuro y no á un aborto que es de lo que trato.

La provocación del aborto en el caso de hemorragia uterina no está claramente indicada, supuesto que estamos en posesión de tratamientos sencillos, de fácil aplicación, y que obran contra la causa; en los casos de abundante pérdida, la misma sangre priva de vida al engendro al desprenderlo de sus adherencias maternas y determina el aborto sin que se necesite provocarlo.

VII

La 6ª indicación se refiere á los casos en los que la vida de la madre se encuentre seriamente comprometida y en los cuales la interrupción del embarazo la substraiga de este peligro. Las complicaciones que comprende esta categoría, son la eclampsia, el hidramnios y las afecciones cardio-pulmonares.

En cuanto á la eclampsia, ha sido en efecto considerada entre las indicaciones más apremiantes del aborto; pero á medida que se han adquirido nociones precisas sobre su patogenia y que la observación imparcial de los hechos ha demostrado que si suelen los accesos convulsivos desaparecer con la desocupación de la matriz, es más frecuente ver que se agraven con la determinación del trabajo del parto y que lleguen á ocasionar la muerte de la mujer. El arte tocológico posee en la actualidad (en la dieta láctea, el cloruro de sodio y las inhalaciones de oxígeno) medios á propósito para prevenir tan formidable complicación: y en el cloral y el cloroformo, agentes poderosos para combatir las convulsiones eclámpticas con mayor número de probabilidades de éxito, que con la provocación del aborto, que en vez de quitar ó atenuarlas, suele excitarlas. En el caso de que fracase el tratamiento ya clásico y que los accesos se prolonguen, el feto muere y la expulsión no se hace esperar. Si la eclampsia aparece durante el embarazo sin acompañarse de contracciones uterinas, ¿se debe provocar la expulsión del feto...? No, porque el trabajo que siempre dura algún tiempo, aumenta la frecuencia y la intensidad de los accesos. Es preferible dejar pasar la borrasca instituyendo una medicación calmante (inhalaciones de cloroformo y lavativas de cloral) para moderar los accesos: se ve así, mujeres que eclámpticas en el embarazo, sometidas al régimen lácteo, cuando han pasado los accesos, paren á término sin volver á tener nuevas convulsiones. Cada día me felicito más de seguir esta conducta, y los casos que he atendido han venido á corroborar mis convicciones.

Mis ilustrados compañeros N. Ramírez Arellano, Zárraga y Mendizábal, que han presenciado los brillantes resultados que se alcanzan con esta práctica en la Maternidad de París, son también partidarios de este tratamiento.

VIII

En el hidramnios, si la cantidad de líquido amniótico es considerable y el desarrollo exagerado del útero anormalmente distendido comprende el diafrag-

ma y los órganos torácicos, de esta compresión resultan síntomas asfíxicos que han obligado á provocar la expulsión del feto, sea cual fuere la época del embarazo. Se aconseja para combatir violentamente los accidentes de compresión pulmonar, puncionar las membranas, por el cuello uterino, y después de disminuir el volumen de la matriz por la salida del líquido amniótico, esperar la expulsión del producto. La época en que se presenta la hidropesía del amnios es del sexto mes en adelante; así es que el feto, si ha llegado á la época de la viabilidad, no es aborto sino parto prematuro el que se provoca. Esta operación, en la cual no me estoy ocupando, como he dicho, debe ser considerada como una bella conquista, y cuando está perfectamente indicada, es cosa enteramente lícita *que la ciencia y la ley reclaman y que la moral adopta*. Pero los accidentes de compresión del aparato pulmonar pueden manifestarse antes de que el feto alcance viabilidad, y si por su persistencia y gravedad amenazan la existencia de la madre, ¿cuál conducta se debe seguir. . . ? sacar una cantidad de líquido amniótico, que sea suficiente para hacer cesar los síntomas asfíxicos, puncionando la pared abdominal con un trocar fino del aspirador, cuatro ó cinco centímetros arriba de la sínfisis pubiana, y por la línea blanca para penetrar hasta el saco amniótico por el segmento inferior de la matriz, que rarísima vez da inserción á la placenta. Se debe hacer antes un cateterismo aséptico de la vejiga para evitar hierirla.

Yo no he tenido que practicar esta punción, pero seguramente que es eficaz é inocente; el Dr. Mendizábal ha conseguido por ella hacer llegar á una enferma de su clientela, al fin del embarazo, y logrado disipar los síntomas de compresión exagerada debidos á un hidroamnios agudo.

Como sólo he tenido que atender enfermas en que la hidropesía del amnios era moderada, me ha bastado un régimen lácteo y un tratamiento mercurial y yodurado, para lograr provocar el aborto.

Atendiendo á la rareza de esta complicación, á los resultados del régimen lácteo (diurético seguro) y á la acción del tratamiento antisifilítico, es casi seguro que no se presentarán graves accidentes de compresión que impidan el funcionamiento regular de los órganos torácicos; pero si por falta de diagnóstico y tratamiento oportuno se desarrollaran, la extracción del líquido amniótico en exceso, por la punción abdominal, haría desaparecer la compresión con la violencia que el caso reclama, y permitiría la continuación del embarazo hasta un término adecuado á las circunstancias particulares, pero á partir de la edad de la viabilidad fetal.

IX

Nadie puede poner en duda que el embarazo es una causa agravante de las afecciones cardio-pulmonares, hecho que explica el exceso de actividad que el estado de gestación impone al miocardio. La hipertrofia fisiológica señalada por Larches en 1827, generalmente admitida, y el aumento de tensión en los vasos, dan la explicación de los accidentes gravídico-cardíacos señalados por Peter. La contracción más enérgica del ventrículo izquierdo hipertrofiado, aumenta la insuficiencia mitral y ocasiona el estancamiento sanguíneo de todo el sistema de la circulación pulmonar. De aquí el que en ciertos casos los accidentes pulmonares se desarrollen con rapidez y que requieran una intervención inmediata. También está fuera de duda, que las lesiones mitrales son más influidas por la evolución del embarazo, que las del orificio aórtico. Mas por fortuna la compensación no siempre se interrumpe y se observan mujeres con afección cardíaca bien caracterizada, que soportan el embarazo y el parto sin algún accidente. He asistido en San Luis Potosí á la Señora T. L. de R. en cuatro embarazos, y no obstante tener una afección cardíaca antigua, sólo presentaba en los últimos meses de la gestación, ligeros accidentes circulatorios que con facilidad se dominaron (con reposo, dieta láctea é infusión de hojas de digital), y que no impidieron la terminación del parto en términos convenientes. Después de haberme separado de esa simpática capital, tuvo un caso de aborto ocasionado probablemente por el mal estado de la circulación uterina propio de su cardiopatía; la abundancia de la hemorragia determinó un prolongado acceso de asistolia que puso su existencia en inminente peligro, pero que dominó la activa y racional terapéutica dirigida por mis compañeros y amigos los Dres. J. Cabral, M. Silva y Pagenstécher, encargados de su asistencia médica. Posteriormente he examinado á mi antigua cliente en las veces que he estado en San Luis, y he visto con satisfacción que la compensación se sigue sosteniendo. Pero como esto no siempre sucede y se ven aparecer los síntomas que caracterizan la asistolia, entre los cuales ocupan el primer lugar los accidentes pulmonares, lo que se comprende por la frecuencia de las lesiones mitrales; esta grave situación se ha considerado como indicación del aborto, lo cual no me parece justificado por ser hecho de observación que cuando existen accidentes que revelan una compensación insuficiente, el parto se hace fuente inagotable de peligros por razón de la elevación de la tensión arterial debida al trabajo exagerado que el corazón tiene que hacer. Esta exageración de la acción cardíaca llega á su mí-

ximum de intensidad en el segundo período del parto, al aparecer los dolores expulsivos, y puede venir un momento en el cual el músculo cardíaco, cansado de luchar, cese de contraerse y un síncope mortal ponga fin á tan violenta lucha.

Hé aquí las razones que apoyan la no provocación del aborto. Vienen á corroborar tan prudente conducta las siguientes palabras de Venay: *Todas las cardíacas en las cuales la expulsión prematura ha sido provocada en la Clínica Obstetricial de Berlín, han sucumbido, bien durante el trabajo, bien poco tiempo después.*

Fundado en todo lo expuesto, creo justificada la proposición siguiente, que someto á la consideración de la ilustrada Academia de Medicina:

Se debe reformar el artículo 569 del Código Penal vigente, en estos términos:

Artículo 569.—Se llama aborto en derecho penal y se considera punible, á la extracción ó expulsión provocada del producto de la concepción antes de la época de la viabilidad del feto, sea cual fuere el medio empleado y siempre que haya deliberada intención de conseguirlo.

Se da el nombre de parto prematuro artificial á la extracción ó á la expulsión provocada del engendro, á partir de la época de la viabilidad del feto; y se considera como operación lícita que la ciencia reclama y la ley ampara, cuando de no efectuarse corran peligro de morir por la continuación del embarazo la madre, el hijo ó ambos, á juicio del médico que la asista y previa consulta con peritos autorizados.

Es de derogarse el artículo 570.

Las íntimas relaciones que ligan la materia de que he tratado, con todos los ramos de la Medicina, me han obligado á entrar en detalles que pudieran hacer creer á primera vista que me desviaba de mi objeto; confío, sin embargo, en que el buen sentido y la ilustración de todos y cada uno de los miembros de la Academia les hará comprender la imperiosa necesidad que tenía de hacerlo así para apoyar debidamente mis opiniones y deducir las consecuencias que tengo la honra de someter á su recto juicio.

México, Abril 29 de 1896.

DR. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA.
