

mos recordar los hechos experimentales de Wertheim, quien personalmente se inyectó en la cara palmar del antebrazo izquierdo, con las precauciones convenientes de asepsia, medio centímetro cúbico de cultivo puro virulento de gonococo, de caldo mezclado con suero humano. Pocas horas después, sensación de tensión fuerte seguida de rubicundez y tumefacción y dolor con elevación de temperatura. Las perturbaciones alcanzan su máximo a las treinta y ocho horas, empiezan a declinar a los tres días, y al cuarto apenas se siente un pequeño infiltrado en el lugar de la inoculación. El mismo autor ha practicado experiencias en otros sujetos con el mismo resultado. Basta referir el curso de estas experiencias para encontrar parecido completo entre ellas y los hechos de observación que relatábamos al principio.

No hemos vacilado para la interpretación de los hechos referidos en atribuirles a la blenorragia sin que para ello hayamos acudido al examen de la sangre, ni de los líquidos contenidos en los focos con el fin de verificar la presencia del gonococo, porque la existencia del escurrimiento vulvar o uretral, la localización de la afección y la exclusión de cualquier otro proceso infeccioso (reumatismo poliarticular, meningitis, erisipela), así como la evolución rápida que han revestido los procesos, semejante en todo a la que nos ha dado a conocer la experimentación, nos conducían a creer que estábamos en presencia de blenorragias generalizadas.

Desde el punto de vista terapéutico, hemos asistido a la curación rápida y completa de manifestaciones secundarias de la blenorragia por sólo la inmovilización activa y pasiva de los órganos afectados. Ahora bien, si en los casos referidos hubiéramos hecho inyecciones de suero antiblenorrágico y observado la misma evolución rápida y el resultado favorable de la afección, habríamos puesto en abono del medicamento un éxito tan indiscutible como inmerecido. Es indispensable no perder de vista que las afecciones articulares, periarticulares y peritendinosas de naturaleza blenorragica, como las análogas de razón tuberculosa, tienen una gran tendencia a la curación espontánea y que debemos tener suma desconfianza de los éxitos obtenidos por los sueros antigonocócicos; resultados que han sido publicados últimamente en el tratamiento y curación de las manifestaciones blenorragicas.

México, julio 26 de 1916.

TRABAJOS EXTRAORDINARIOS

Algunas ideas sobre el aborto obstétrico

POR EL SOCIO TITULAR

DR. EMILIO F. MONTAÑO

A mi querido maestro el eminente tocólogo doctor D. Manuel Gutiérrez Zavala

A mi hijo Alfredo.

Preguntando en un examen profesional qué indicaciones tenía el aborto provocado, sostuve mi opinión formada durante mis estudios y robustecida con veintiséis años de práctica, de que jamás debe el médico atender directamente contra

la vida de un engendro, cualquiera que sea el tiempo de la gestación, aunque tenga por objeto salvar la vida amenazada de la madre.

Esta réplica hizo que mis compañeros de jurado empeñaran conmigo, después del examen, amistosa discusión, invitándome a traer ante esta H. Academia mis ideas, para que fueran discutidas por nuestros distinguidos tocólogos y competentes moralistas a fin de poner en claro de una vez, la legitimidad de este tratamiento o su condenación definitiva, si tenemos la suerte de llegar a un acuerdo que no alcanzaron los académicos franceses en el año de 1853.

Ya sé bien que en Medicina no pueden sostenerse proposiciones absolutas, debido a la pluralidad de causas que es imposible tener en cuenta en un momento dado; pero también sé que cuando la moral apoya o reprueba un postulado, su fallo puede erigirse en canon para normalizar nuestra conducta que jamás puede ir en contra de aquélla.

Se da el nombre de aborto provocado a la desocupación de la matriz por intervención del arte antes del séptimo mes de la gestación. Es excepcional, en efecto, que el niño viva si sale a luz antes de este tiempo, y en igualdad de circunstancias es excepcional que perezca después de él.

¿Se presentan en clínica casos en que está indicado provocar el aborto?

Si se presentan, ¿debe practicarse?

La contestación a la primera cuestión es del dominio exclusivo de la Tociología, y la conclusión afirmativa nos hará estudiar la segunda, que no podrá ser resuelta sino por la moral.

Repasando la Obstetricia nos encontramos con que muchas veces el feto encerrado en la matriz, es un peligro grave para la vida de la madre, y que sacado de allí hay probabilidades de que esta vida se salve. Procuraremos estudiar las circunstancias en que tal cosa acontece.

Puede ser el embarazo peligroso y aun mortal cuando el parto sea físicamente imposible por las vías naturales, cuando éstas son estrechas para dejar paso al producto viable, ya sea por vicios de conformación ósea o por obstáculos infranqueables en el canal, o por aumento desproporcionado en el volumen del engendro.

También es peligroso cuando se desarrollan ciertos accidentes graves que amenazan la existencia de la mujer embarazada y que están ligados a la preñez con relación de causalidad.

En los casos pertenecientes al primer grupo la indicación de provocar el aborto la daría solamente el temor de una operación seria (sinfisiotomía, operación cesárea, pubiotomía) si el niño llega a la época de viabilidad; pues claramente se comprende que si el camino fisiológico no está franco, hay que ensancharlo, o que buscar otro.

En la era preaséptica y en los albores de la aséptica, cuando nuestros maestros venerables estudiaron y practicaron, se comprende que los horrorizara la histerotomía y que la vieran como un atentado, sabiendo que en París durante más de un siglo no hubo un solo caso en que la madre salvara; pero cuando con el transcurso del tiempo se ha llegado casi al ideal de la asepsia y que las estadísticas dan una totalidad de ocho por ciento teniendo que descontar los casos en que no se ha intervenido oportunamente, ya no hay vacilación posible; es un éxito seguro cada operación cesárea practicada con irreprochable técnica evitando infección y hemorra-

gia. Los preparativos, ayudantes, instrumentos necesarios están al alcance de cualquier práctico consciente de su cometido.

Nuestra actual Escuela de Enfermeras y Parteras se empeña en hacer conocer los detalles de asepsia y hemostasis así como practicar el papel de ayudante en todas las operaciones quirúrgicas. En menos de una hora puede estar listo absolutamente todo para una histerotomía abdominal: casi el mismo tiempo que para preparar una aplicación de forceps o de cefalotribo.

Cuando el diagnóstico de la imposibilidad del parto por las vías naturales ha podido hacerse con calma, se deja todo preparado para operar a su debido tiempo y entonces la operación cesárea salvará seguramente dos vidas. Si no ha sido posible diagnosticar sino en pleno trabajo y aun después de prudentes aplicaciones de forceps, en vez de continuar hasta la imprudencia en estas maniobras causando destrozos más o menos serios en el canal e infectando la matriz por seguir una técnica *a fortiori* irregular, que acabará con ambas vidas o cuando menos con una, ¿por qué no proceder de manera más racional si el feto está vivo, para salvarlo?

Será imperdonable delito asesinar a un niño en estas circunstancias, solamente porque es mejor el pronóstico de la embriotomía que el de la cesárea para la madre. Se objetará que cuando el partero llega a la cabecera de una parturiente estrecha, la encuentra enteramente agotada ya por un trabajo largo, infectada y traumatizada por manos poco diestras que se empeñaron en obtener un éxito imposible. Yo contesto que aun en este caso, una laparotomía con histerio o histerectomía es el mejor recurso para salvar a la madre y el único para salvar al hijo. En efecto, ¿qué mayor traumatismo y peligro de infección pueden encontrarse que en los casos en que la matriz se rompe por sus esfuerzos propios o por maniobras mal ejecutadas hasta arrojar el feto en la cavidad peritoneal? Y sin embargo, una laparotomía puede salvar y de hecho ha salvado a muchas madres.

La primera operación de Porro que se hizo en México fué ejecutada por nuestro inolvidable maestro el Dr. Rodríguez, y la asepsia dejó mucho que desear (culpa del tiempo y no de los operadores); y sin embargo se salvaron madre e hija, pues el fallecimiento posterior de la madre no puede imputarse a la intervención.

De todo lo anterior podemos concluir que este primer grupo de indicaciones para vaciar la matriz antes del séptimo mes debe ser borrado de la Tocología, como quiere Ribemont, esperando el práctico la oportunidad de operar y salvar a la madre y al hijo.

Las indicaciones del segundo grupo, así las enumera Budin: vómitos incoercibles, encarcelación de la matriz grávida, hemorragias uterinas, nefritis gravídica, brightismo rebelde y acompañado de fenómenos urémicos, eclampsia, asistolia, tumores vasculares y neurosis graves. No he podido encontrar otras que las apuntadas en los diferentes libros que he consultado.

Los vómitos incoercibles han puesto en grande aprieto a los parteros y seguramente este accidente es culpable de muchos infanticidios.

Pinard atribuye estos vómitos a una autointoxicación por insuficiencia hepática, renal y aun de alguna glándula endocrínea; o bien son debidos a simples reflejos que parten de la matriz; pero siempre se presentan en personas que sufren lacras nerviosas. En muchos casos se han encontrado lesiones anatómicas serias, y a pesar del desembarazamiento, continúa el accidente hasta terminar en la muerte. Otras veces cesan de una manera repentina y aun en casos que parecen des-

perados, siguiendo después la gestación normal. Cazeaux refiere dos casos de vómitos muy graves que cesaron por la aparición de una diarrea en uno y por una emoción en el otro. Kehrer pudo contenerlos una vez haciendo el taponamiento del cuello con gasa. El Dr. Gallegos me ha referido que en algún caso muy serio de su práctica pudo contenerlo con inyecciones subcutáneas de suero de Chéron. De todos modos se presentan amenazadores ya en meses mayores de la preñez. Dos casos referidos en el erudito y bien escrito trabajo de nuestro maestro el Dr. Rodríguez, publicado en el *Boletín del Instituto Patológico* el año de 1908 por el doctor Troconis Alcalá, demuestran este aserto: refiere que la señora Guadalupe I. de T., embarazada de cinco meses y presa de vómitos incoercibles, tuvo necesidad de sufrir la evacuación de la matriz, previa consulta de tres médicos y consejo de familia, para que cesaran; habiendo recobrado la salud vuelve después a ser fecundada y se repiten los vómitos; pero llega al séptimo mes: nueva consulta y consejo de familia a que se asociaron dos teólogos que se opusieron a la práctica del parto prematuro; la enferma muere y el feto extraído después, no llega a alcanzar el agua de socorro. Llamo la atención inmediatamente que en el primer caso, para provocar el aborto no se contó con los teólogos, y en el segundo, tratándose de un parto prematuro, se le diera ingerencia estando los médicos perfectamente autorizados para provocarlo. Además es de presumir que si en el segundo caso pudo llegar la gestación hasta el séptimo mes, en el primero podría haber llegado también, porque cualquiera que haya sido la patogenésis de este accidente, debió de ser más acentuado después de un primer ataque.

De manera que si algunas veces termina esta complicación cuando el producto muere o es extraído, otras veces continúa, siendo muy difícil determinar el momento de proceder sin exponerse a un feticidio inútil, por apresurarse, o inútil por no ser la ocupación de la matriz la causa de los vómitos.

Yo no he tenido la desgracia de encontrarme frente a una enferma con tal complicación; pero creo que los medios actuales de tratamiento: sueroterapia, otoperapia o quizá la recientemente recomendada inyección intravenosa de azúcar, me podrán permitir esperar al séptimo mes para provocar el parto salvador.

La encarcelación de la matriz produce el aborto espontáneo en la mayor parte de los casos, y provocarlo es muy difícil dado el lugar que ocupa el cuello; en cambio la reducción del útero es muy factible si no hay adherencias, y si las hay, se pueden destruir mediante una oportuna laparotomía.

Las hemorragias en los primeros seis meses de la gestación no creo que puedan dar lugar al problema de provocar el aborto, pues o éste se hace espontáneamente a pesar del médico, o aquéllas se detienen con los medios habituales de que disponemos, y el embarazo sigue su curso; sin contar con que el tiempo empleado para provocar el aborto es más que suficiente para que la hemorragia, si no se ha cohibido, mate a la madre y al engendro.

Las nefritis gravídicas y el brightismo rebelde son agravados por la gestación sobre todo en los últimos meses; pero en la inmensa mayoría de los casos el aborto se produce espontáneamente, y en otros, aunque con dificultades, pueden permitir la viabilidad del feto. Una señora que padecía nefritis intersticial tuvo ocho abortos espontáneos de los cuales sólo uno alcanzó el octavo mes y el agua del Bautismo; los otros siete se verificaron entre los cinco y los siete meses. Otra señora a quien asistían dos ilustres compañeros nuestros tuvo nefritis gravídica complicada con retinocoroiditis albuminúrica, hacia el séptimo mes de su embarazo; sus médicos me

hicieron honor de consultarme por el padecimiento ocular y yo propuse el parto prematuro; pero antes de que se intentara la operación la enferma dió a luz espontáneamente un feto muerto.

En la eclampsia hay que distinguir los casos en que los accesos se presentan antes de que comience el trabajo, de aquellos en que estallan cuando éste ya empezó: en los primeros el niño muere antes de que se pueda dilatar el cuello, y la madre, en este procedimiento lento, no obtendría beneficio porque el accidente terminará de uno o de otro modo antes. En cuanto a las procedimientos rápidos, no se podrá pensar en ellos; solamente a Halbersma se le ocurrió la sección cesárea en estas condiciones. Si el parto ha principiado, débese con toda seguridad apresurarse a terminarlo cuanto antes. Esta opinión es de Budin y Demelin. La tesis inaugural del Sr. Dr. Samuel García combate la opinión de que deba desocuparse la matriz en todos los casos de eclampsia y se resiste mucho para aceptarla en algunos.

En los casos de asistolia, mientras el miocardio no está degenerado, pueden los medios higiénicos y terapéuticos usuales luchar con éxito hasta los siete meses o más, como he tenido la oportunidad de observarlo en varias ocasiones; cuando la degeneración de la fibra está avanzada no cesará la asistolia con la interrupción del embarazo. El temor de la muerte repentina, no autoriza seguramente a provocar el aborto; porque se haría un asesinato sin razón fundada en algo sólido.

La Sra. M. de S. F. ha tenido siete hijos en mis manos; es cardíaca con estrechamiento e insuficiencia mitrales y en cada embarazo ha sufrido descompensaciones serias de su lesión; pero siempre se han podido vencer y esperar el parto a tiempo sin que la señora haya tenido que lamentarse.

El caso más grave que se me ha presentado en estas condiciones, fué el de la Sra. M. A. con insuficiencia mitral desde muy joven; casó a pesar de nuestras advertencias y tres meses después resultó embarazada: la asistolia no se hizo esperar y tuve grandes dificultades para que pudiera llegar al séptimo mes, en que provoqué el parto prematuro. Sobrevivieron madre e hija.

Las neurosis y psicopatías, si bien es cierto que estallan o se agravan con la gestación, es también cierto que muchas veces desaparecen después del parto a término o persisten a pesar del aborto. Estas personas son mal ponderadas y no hay ventaja en general, en interrumpir su embarazo.

No puede argumentarse en buena lógica que por algún caso en que el aborto provocado haya salvado a la madre de algún accidente mortal, pueda ponerse como regla este tratamiento, pues cabe contestar, que quizás sin él se hubiera tenido el mismo resultado y aun mejor.

El trabajo que abrió las puertas de esta Academia al Sr. Dr. López Hermosa en 1897, con mejores datos y más erudición expone las ideas que llevo emitidas y aunque no acepto la modificación al Código que en él propone, estoy de acuerdo en toda su exposición.

Por lo tanto, creo que nunca está con seguridad científicamente indicado el sacrificio del feto para salvar la vida de la madre. Pero como al principio dije, las proposiciones absolutas no pueden defenderse en Medicina, y tal vez en la clínica se encuentre algún caso en que esta indicación sea enteramente clara; entonces ¿DEBE PRACTICARSE?

No es ya la ciencia la que podrá contestar: es la moral: la que norma todas las acciones humanas y que está grabada en el corazón del hombre, enseñándole sus deberes en relación con los demás, la que tendrá que indicarnos la conducta que de-

bemos seguir: "no hagas a otro lo que no quieras que hagan contigo y procede con los demás como deseas que procedan contigo."

El feto dentro de la matriz desde su concepción es un ser igual a mí y debo tratarlo como quisiera yo ser tratado; y la madre es otro ser también semejante a mí, para con quien tengo iguales deberes.

Ambos luchan por el bien supremo, la vida, que ellos no se han dado ni está en su mano ni en la de nadie quitarles.

El uno, el feto, tiene derecho a ese gran bien que las leyes naturales le han concedido y está colocado fatalmente en donde no puede defenderlo y a merced del más fuerte; la madre tiene también derecho a conservar esa vida que está en peligro al que leyes naturales se expuso.

Por consecuencia, los dos son para el médico de igual valor moral, y no le está permitido inclinarse a favor de uno o de otra sin palmaria injusticia; tiene el deber de cuidar a los dos.

Si creyendo escoger un mal menor sacrifica al feto, se ha extralimitado en su papel, y abusando de su fuerza ha asesinado a un ser indefenso cuyo derecho a la vida ha pisoteado.

Suponiendo que la madre se salve, lo que como hemos visto no siempre sucede, el médico recibe los parabienes por el éxito de su operación y las expresiones de gratitud del marido, de los otros familiares y de los amigos, que son los beneficiados con el atentado cometido. Estos halagos ahogan los gritos que su conciencia le da repitiéndole: "¡Has atentado directamente contra la vida de un ser indefenso e inocente!"

Pero supongamos que el feto conociera sus derechos y que hablara, pudiendo ser escuchado desde el calabozo donde está dispuesto para el sacrificio, ¿qué diría? ¿cómo juzgaría el triunfo del médico? Para saberlo basta que con la imaginación se coloque el médico en lugar del feto a fin de que proceda como quisiera que procedieran con él. No puede argüirse de igual manera a favor de la madre, porque no se trata de atentar directamente a su vida, que es lo que constituye el delito.

De los argumentos morales que oponen nuestros adversarios, es el primero que el feto sólo tiene vida vegetativa mientras que la madre tiene además la de relación. Para el médico una y otra son vidas de semejantes suyos y moralmente no está llamado a valuarlas, pues en tal caso habría veces en que constituido en juez, sacrificaría sin vacilar a la madre en provecho del feto tratándose de una mujer notoriamente nociva a la sociedad o a la familia, y a nadie se le ha ocurrido que pueda el médico hacer tal justicia. En este orden de ideas debería provocar el aborto cada vez que una señorita se presenta en su consultorio implorándole con lágrimas en los ojos, que vacíe su matriz para salvar su honra y beneficiar de paso a la sociedad en que vive y que la perdería. Además en este caso la interesada daría gustosa su vida por salvar su honor; y lo prueban muchos suicidios misteriosos que seguramente no tienen más motivo que el deseo de que la tierra cubra una falta vergonzosa. Si el médico estuviera autorizado para sacrificar un feto por salvar la vida de la madre, con mayor razón lo estaría para salvar una honra, que es más valiosa, y sin embargo el que tal hiciera cargaría con el anatema de todos los hombres honorables.

Otro argumento que a primera vista parece de gran peso es la legítima defensa de la madre; pero tal defensa está fundada en el derecho del agredido, que aunque es igual al del agresor, éste lo pierde cuando voluntariamente ofende, y se le llama

por eso agresor injusto. El feto no puede estar en este caso porque su papel pasivo le conserva ese derecho. Objetan que también se debe defender justamente la vida contra un agresor inocente como en el caso de un loco; pero entonces el derecho se funda en repeler la fuerza con la fuerza; que no tiene aplicación en nuestro caso, pues el feto no ejercita ninguna fuerza activa. Además, salvo en algún caso excepcional, desde la concepción la madre ha dado su consentimiento y tácitamente se ha obligado a respetar los derechos del hijo cuando menos tanto como los suyos; en los casos en que no ha dado su aquiescencia, se entiende que hay un tercero moralmente responsable de lo acontecido pero de ningún modo el niño engendrado.

El tercer argumento es que la muerte de la madre lleva consigo la del feto y se pierden dos vidas en vez de una; no puede deducirse que el médico sea reo de dos homicidios por omisión en vez de serlo de uno por comisión, puesto que no omite medio apropiado y moral para salvarlos: lo que hace es no disfrazar el puñal del homicida con apariencia de instrumento terapéutico; no pudiendo salvar las vidas perecen como se pierden a su pesar otras muchas por diversas enfermedades que aún no podemos curar.

Si la madre se niega a ser operada de histerotomía, lo que está en su pleno derecho, nos dicen que debe el médico sacrificar al engendro. No pudiendo admitir esto, ¿qué conducta seguirá el médico? La misma exactamente que cuando se encuentra en frente de una hernia estrangulada o de un tumor de la glotis cuando los enfermos no se dejan operar.

Por último nos presentan argumentos pertenecientes a la moral católica pretendiendo probar con textos bíblicos las excepciones que a su modo de ver tiene la observancia del quinto precepto del Decálogo. Estos argumentos sólo tendrán fuerza para los médicos católicos y éstos si lo son de veras tienen que saber que la interpretación de los libros sagrados sólo puede hacerla la Iglesia, y que ninguno sin censura puede interpretar a su manera estos escritos; deben saber también que el Supremo Jefe de la Iglesia es infalible en cuestiones de fe, de moral y costumbres, y por último que él ha condenado por decreto de 31 de mayo de 1884 la craneotomía en feto vivo y por decreto de 19 de agosto de 1889 *cualquiera operación quirúrgica que directamente mate al feto o a la madre embarazada*.

Sin pretensión alguna he traído este modesto trabajo ante vosotros a fin de que sea sancionado con su opinión favorable, o tachado con su justa crítica; y me ha animado a traerlo el conocimiento que últimamente he tenido de que no están fijas las ideas sobre ello, todavía, a pesar de lo mucho que se ha discutido.

México, junio 12 de 1916.