

¿ES EL ABORTO PROVOCADO UN RECURSO TERAPEUTICO? *

DR. BERNARDO J. GASTÉLUM

LA SOLA MENCIÓN DEL TEMA TRATADO con la hondura que reclama, despierta una inquietud mental, curiosa y creciente, por la trascendencia que encierra en los dos aspectos en que se proyecta: el meramente científico y el social, con sus derivaciones de orden filosófico, moral y religioso. Como su exposición debe ajustarse dentro de un número limitado de minutos, me ocuparé en su primer aspecto hasta a donde me sea dable, dejando el segundo, que también es muy importante, para otra ocasión.

La terapéutica es el arte de aliviar o de sanar. Desgraciadamente dentro de nuestros programas actuales se ha visto reducida a cierto número de ideas generales, quedando su verdadera misión a cargo de los profesores respectivos, que absortos en su materia, no les resta oportunidad para mostrar a sus alumnos el tratamiento integral de la enfermedad.

La terapéutica alivia o sana, pero ¿qué es el estado normal?, ¿qué es la enfermedad?, ¿cómo obran los medios escogidos?... cuestiones éstas y otras más, que tocan la esencia misma del organismo y que se encuentran ligadas a la existencia y por lo mismo a la filosofía, constituyendo la salud el problema fundamental de la vida. Para prolongarla, el arte de curar recorre todos los caminos que se abren a su interrogación, caminos que se multiplican, extienden y se ramifican en todas direcciones de la ciencia. De ahí que el médico no pueda conocerlos totalmente y que se acompañe con frecuencia del especialista, ya que para la curación, en ocasiones, se hacen intervenir factores de todo orden. Ahora nos encontramos muy lejos del aforismo de aquel ilustre médico francés del siglo pasado: "La medicina es una ciencia que frecuentemente alivia, rara vez cura, pero siempre consuela". A estas fechas ha dominado el mayor número de padecimientos infecciosos y otros más de naturaleza médica y quirúrgica, en cambio, ha perdido su facultad de consolar. El médico no tiene tiempo para hacerlo.

* Leído en la sesión ordinaria del 29 de octubre de 1958.

Desde el momento en que el aborto provocado determina la muerte del futuro ser, está reñido con lo que se entiende por terapéutica, que es aquello, según dijimos, que alivia o sana prolongando la existencia. Por consiguiente, ni antes ni ahora el aborto ha sido un recurso terapéutico y como a pesar de todo se ha llevado al cabo con esa designación en ciertas circunstancias, importa esclarecerlas a fin de precisar las exigencias que lo hicieron o que lo hagan posible.

Indudablemente el tema fué mal planteado desde un principio. Contribuyó al punto la ignorancia de las causas de los padecimientos y de los medios para curarlos, y, a que la medicina, a pesar de su rigor actual científico, en condiciones determinadas, es una especie de magia: obra por presencia; la mejoría que experimenta el paciente a la llegada del médico o simplemente porque es él en quien tiene toda su confianza. La enfermedad puede accionar sobre el sistema nervioso y viceversa.

Frente a padecimientos que ponían en entredicho la existencia de la mujer grávida, y para los cuales las limitaciones de nuestra ciencia eran evidentes, no quedaba al obstetra otro recurso que destruir una vida para conservar otra, y a este medio, por rubor, se le consideró como un procedimiento terapéutico, cuando de hecho, no era sino la expresión objetiva de nuestra incapacidad. De esta manera es como se debió y se debe enfrentarse con el problema.

¿He superado la medicina tales dificultades?

En general, dentro de la psicología del médico, relacionándola al padecimiento que tenga incierta solución, sus procesos mentales mueven la esperanza y ésta identifica el anhelo con la realidad; no hablo del investigador, para quien la angustia le ocasiona las causas a debate del fenómeno que estudia. De aquí la enunciaci3n de una ética plausible, pero que no tiene otra justificaci3n. Las leyes de la biología y de la fisiología, pilares de la medicina, no tienen la precisi3n de las de la física o de la mecánica; la vida escapa a tales limitaciones, por lo que será siempre el clínico quien diga, en caso del enfermo, la última palabra. Donde frontera de la ciencia con la Divinidad.

El señor Dr. Juan Livio Martini, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, considera que "el aborto provocado ha dejado de ser un recurso terapéutico". El profesor Nubiola, de prestigio internacional, asegura: "el aborto provocado con disfraz terapéutico desapareció de la obstetricia para no volver jamás", la Academia Deontológica Española, dedicó un curso en el que intervinieron especialistas de prestigio y llegaron a convenir que: "no existe indicaci3n médica, obstétrica y quirúrgica, que obligue a sentar como terapéutica el aborto provocado". El tocólogo Dauwe, de la Sociedad Belga de Obstetricia y Ginecología en 1951, manifiesta: "siempre existe un recurso para conservar el embarazo en todas las enfermedades para las cuales se ha creído necesario el aborto". Haffermann y Lynch, obstetras americanos, *Am. Journ. Obst. Gyn.*, 1953, 66, 335, en documentado estudio se manifiestan opuestos al

aborto y exponen que la enfermedad que complica a un embarazo no es distinta de aquella que se sufre cuando no se tiene. En una encuesta a numerosos hospitales de los Estados Unidos, registra que 79 practican el aborto y 92 no. La cifra de mortalidad de los que lo practican, 0.98 por mil, en 1,574,717 partos, no es menor que donde está proscrito, 0.78 por mil en 1,780,989 partos. Una investigación en nuestro medio y a la que generosa y gentilmente respondieron las personas a que me voy a referir, dió los siguientes resultados: El Dr. David Fregoso, F.A.C.S. del Hospital Juárez: "Hace diez años o más no se ha practicado el aborto con fines curativos y no hay condición materna, fetal ni ovular que lo justifique". El Dr. Guillermo Alfaro de la Vega, del Hospital General: "En los últimos diez años no se ha practicado el aborto terapéutico, ni pienso que exista justificación para él". El Dr. Luis Castelazo Ayala, Director de la Maternidad Núm. 1 del Seguro Social: "No se practicado el aborto en ningún caso y considero que sus indicaciones en la actualidad han desaparecido prácticamente".

La asistencia prenatal constituye la mejor garantía para que la evolución del embarazo y su finalidad se llevan al cabo en condiciones óptimas. Supone tales cuidados un conocimiento completo de lo que acontece al organismo materno, ya sea como propio al embarazo o bien ajeno, pero que coexista con él y ponga en peligro la vida de la mujer. A evitar ese daño se dedica el tocólogo acompañado del especialista en el mal de que se trate de combatir. A esto se debe que enfermedades que antes eran frecuentes, ahora no lo sean; la mejoría de estadísticas sobre embarazadas enfermas que llegan a término a cerca de él, y que permiten un parto prematuro con madre y niño vivos. El porvenir queda sujeto al progreso de la medicina al hacer compatibles graves problemas de naturaleza patológica con la gestación.

¿Estamos en posibilidad de resolver todos los incidentes que nos salgan al paso y que pongan en peligro dos vidas? La exposición de algunos hechos, no es posible presentarlos todos, en que intervienen personas de prestigio indiscutible, nos permiten asomarnos a la realidad. Frente a uno de ellos podemos encontrarnos nosotros.

Hay que tener en cuenta cierto número de principios acumulados por la experiencia. La interrupción del embarazo no detiene el progreso de la enfermedad, pero no es esa la finalidad al interrumpirlo, sino conservarle la vida a la gestante. En el embarazo normal ocurren cambios considerables en varios procesos fisiológicos, entre éstos, alteraciones en la distribución y volumen de los líquidos orgánicos y en su composición química, desplazamiento y compresión de algunos órganos; falta o al menos, no llegó a mis manos, un estudio acucioso a este respecto, es por lo tanto exagerado asegurar que la enfermedad no ejerce ninguna acción sobre el embarazo ni éste sobre aquélla, cuando lo que importa con el embarazo es el organismo de la grávida que hace frente a la gestación y a la enfermedad. La enfermedad y el embarazo no se interfieren, ¿pero el campo en que tales episodios tienen lugar, permanece igual a si sólo se desarrolla la

gravidez? Las informaciones que he recogido no son convincentes. El psiquismo desempeña un papel importante en el estado normal y patológico de la persona, en la embarazada que cree que no puede llevar a término su gestación, se afecta profundamente su esfera somática.

Hechman y Schreiber, niegan toda acción recíproca entre el embarazo y los tumores malignos, tratan el neoplasma como si aquél no existiera. El carcinoma de la mama coexiste rara vez con la gestación. Taylor White, en un trabajo que publicó recientemente. —L. S. M. de B. A. 558, 19, 9, 56— en 200,000 embarazadas encontró el cáncer en una proporción de tres por diez mil mujeres y en 44,000 que padecían carcinoma del seno, sólo hubo un tres por ciento de grávidas. Tal situación, como se sabe, trae el desarrollo de los senos, pero tanto Ahumada y Nágúcs como Nelson, le dan más importancia a la juventud de la paciente y al retardo de la consulta. Finn, afirma como White, que hay que conservar el embarazo en el cáncer del seno, fundado en su experiencia de veinte años en el New York Lying In Hospital y que debe de hacerse la mastectomía total. Si el tumor se descubre muy cerca del momento del parto, se hará después. La sobrevivida es muy semejante a la de la mujer que no tuvo embarazo.

El mismo Nelson, a quien antes me referí, del Woman's Hospital de Detroit, —Rocky Mountain M. J. 1956, 53, 287— dice: "La interrupción del embarazo no se justifica en los casos sin metástasis, en aquellos que las tienen, el aborto se impone cuando se practica la castración. Las pacientes que han tenido metástasis, no deben embarazarse por lo menos hasta después de cinco años de estar libres de recidivas del tumor; en las sin metástasis el plazo puede reducirse a tres años" —L. S. M. de B. A. 110, 5, 31.

En el carcinoma del cuello uterino si es posible, conservar el feto hasta que sea viable y cesárea, si no, operar.

Estamos muy lejos del antiguo apotegma de Peter: Fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas de d'allaitement, por lo que se refiere al matrimonio, al embarazo y a la lactancia. Las cardiopatías en esta época, se asegura, han dejado de ser un obstáculo llegándose hasta la cirugía cardiovascular. Barry presentó hace algunos años a este respecto, una buena estadística de enfermas operadas de cardiopatías coincidiendo con embarazo. Drury y colaboradores de la Maternidad del Hospital Nacional de Dublin, hicieron lo propio. Entre nosotros, escuchamos recientemente el trabajo del Dr. Patricio Benavides del Instituto de Cardiología: "Comisurotomía mitral en embarazadas, con una relación de casos muy interesantes"; no hubo óbitos y los niños nacieron sanos.

Horowitz —The New England. J. of Med. 1955, 252, 511— estima en un 4% la proporción de embarazadas que sufren cardiopatías, en la mitad se deben a una lesión orgánica casi siempre de naturaleza reumática.

Las variaciones fisiológicas que un estado de gravidez predisponen a la descomposición cardíaca, son: a) aumento de débito cardíaco que desciende a niveles normales a partir de la 38 semana; b) aumento de la volemia que llega

al máximo hasta la 36 semana, disminuyendo luego; *c*) retención de agua y de sal; *d*) la disminución de la reserva respiratoria.

Horowitz clasifica a las pacientes en dos grupos: casos desfavorables, que los constituyen las que tienen antecedentes de insuficiencia cardíaca o han padecido fiebre reumática aguda dentro del año del embarazo y cuentan con una edad de treinta y cinco años. En este grupo está indicado la interrupción del embarazo; pero si se ha llegado al sexto mes, momento en que alcanza el máximo la carga sobre el corazón, debe esperarse el parto menos riesgoso que una intervención. En los casos favorables sin antecedentes de descompensación, no hay inconveniente en llevar a término la gestación.

La vigilancia sobre estas pacientes debe ejercerse cuidadosamente. Dieta adecuada, control del peso, evitar esfuerzos, una infección, vigilar presión. . . Si el parto se prolonga, hacer cesárea. Aún en los mejores casos es conveniente una semana de reposo durante el puerperio y suprimir la lactancia. Esta es la conducta que debe seguirse. La presencia del cardiólogo es indispensable.

Gorembeg y Chesley, de reconocida autoridad científica, estudiaron el pronóstico inmediato y remoto de las mujeres que sufren cardiopatías reumáticas y se embarazan. En 507, de la Maternidad Margaret Hague —Obst. Gyn. 1953, 1, 15— se conservó el embarazo y sólo hubo dos muertes, 3.9 por mil, en tanto que en las no embarazadas en edad de procrear fué alrededor de 26 por mil. Lo anterior no significa que el embarazo sea bueno para el corazón, sino la trascendencia que tuvo para estas gestantes la presencia del especialista. En cuanto al pronóstico basado en 260 casos entre los nueve y cuatro años después del parto, concluyen, que el embarazo es una complicación temporal que no afecta al corazón y que el curso del proceso reumático no se acelera. La repetición del embarazo a pesar de los riesgos obstétricos puros no trae aumento de mortalidad.

Por lo que se refiere a la hipertensión esencial en pacientes con corazón y riñón normales —Obs. 1947, 53, 372— no hay por qué impedir el embarazo; éste no agrava la enfermedad, como lo comprobaron hace algunos años, Chesley, Annito, Jarvis, Browne, Dodds. La mortalidad no crece, ni se presentaron ascensos tensionales superiores a los niveles iniciales transcurridos al parto. Las agravaciones observadas se deben a la enfermedad. No se toma en cuenta que la paciente sufre el padecimiento y soporta la gestación.

La hipertensión crónica —L. S. M. de B. A. Núm. 8-22-8-57—supone un sombrío pronóstico, especialmente para el feto. La conducta se orienta a repetirlo sin llegar a crear condiciones de extraordinario peligro para la madre.

Una mujer de cuarenta y cinco días de embarazo, de treinta y cuatro años de edad, con severa hipertensión crónica, logra un hijo vivo y ello sugiere a Uranga Imaz, —Bol. Soc. Obst. Gyn. Bs. As. 1957, 36, 91— las siguientes reflexiones. ¿Es posible continuar un embarazo con un margen aceptable para el feto? Si se hace, ¿qué evolución tendrá la hipertensión? A la primera se responde

con la estadística. Para presiones de 150-100 mm. Hg., la mortalidad fetal y neonatal alcanzó el 68%, Brawne y Dodos; para lo segundo, la misma estadística señala una gravedad de la hipertensión en el 61% de los casos y síntomas graves cuando la máxima se eleva a 160 mm. Hg. En el 44% de los casos persiste como secuela remota una hipertensión agravada. Más de la mitad de las hipertensas, seguidas en su evolución, no llegaron a los cuarenta años. A otras pacientes en condiciones apropiadas se les ha hecho la simpatectomía dorso lumbar y la resección de los esplánicos, que detienen transitoriamente la hipertensión y permiten obtener un niño.

En la glomerulonefritis crónica coexistente con una gestosis, asociación, como la del carcinoma del seno, poco frecuente, muchos autores consideran perentoria la interrupción del embarazo porque precipita la insuficiencia renal. El doctor Brawne, profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Londres, no se siente autorizado para confirmar o rechazar tal indicación y se limita a exponer su estadística de catorce años en el hospital anexo a la Universidad. El 53%, soportó la preñez sin agravarse los síntomas de la enfermedad y en el otro 47%, la exacerbación se produjo, pero se debió al carácter progresivo de aquélla. En los casos graves que no responden al tratamiento y en los que el feto muere, si el parto no se produce habrá que inducirlo.

A la preeclampsia se le sigue llamando toxemia gravídica. Antiguamente se atribuía a una toxina que provenía del intestino o a infartos placentarios; ahora, hay la tendencia a referirla a trastornos de intercambios fisiológicos normales que ocurren en la gestación, posiblemente un desequilibrio endócrino, parece que la hipófisis y las glándulas suprarrenales tienen parte en ella. La afección típica se presenta en las primíparas, y si es grave en esta ocasión, rara vez lo es en el segundo embarazo, como si la mujer se adaptase a los cambios que trae aparejada la gestación. Mejor que hacer especulaciones sobre su etiología, la tendencia actual es reunir casos, ya que se dispone de métodos para determinar la función placentaria y para medir la producción de algunas hormonas. Muchas sustancias, aminopresoras, antígenos, proteínas "lógicas", tromboquinasa... han sido encontradas en cantidades anormales, pero no hay pruebas convincentes de que tengan algún significado etiológico; no es posible que uno solo de esos productos ocasione cambios tan considerables como los que surgen en la preeclampsia. Esta puede ocurrir en los primeros meses de la gravidez; en forma muy grave en los casos de mola hidatiforme, en el aumento excesivo de peso por los meses cuarto, quinto y sexto, en el embarazo gemelar. Parece que la ingestión calórica tiene mayor importancia que la calidad de la dieta. El edema y la albuminuria son, probablemente, consecuencias y no alteraciones primarias. Faraggi, de Alger, en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Ginebra, los últimos días de julio de 1954, aconsejó, para aquellos casos graves de eclampsia en que hayan fracasado los tratamientos habituales evacuación del útero...

Browne, —Lancet, 1958, 1, 115— en un trabajo reciente encuentra mucha semejanza entre el embarazo normal y el S. de Cushing, el cual se debe, usualmente, a la hiperplasia de la corteza suprarrenal, y en el 90% de los casos se acompaña de hipertensión. En el embarazo normal debe haber una substancia presora secretada con exceso, en relación con la persona común y corriente, por la corteza suprarrenal. Por la córticotrofina producida por la placenta y por el lóbulo anterior de la hipófisis, estimulado por los estrógenos que segrega la placenta, la corteza suprarrenal da un exceso de metabolitos corticales incluyendo glucomineral o corticoides.

En la embarazada normal hay los 17-hidroxycorticoesteroides iguales en cantidad o excediendo a los existentes en el síndrome de Cushing. La embarazada se hará hipertensa si no está protegida por la placenta que suministra, tal se sugiere, una oxidasa oxigenosensitiva que inactiva las substancias presoras producidas por la corteza suprarrenal. Si por cualquiera circunstancia la placenta se hace isquémica y baja su tensión de oxígeno, el sistema protector enzimático se hace inefectivo y resulta hipertensión. El exceso de gonadotrofina coriónica en la toxemia preecláptica puede explicarse por su no destrucción. Es evidente que causa la hipersensibilidad del sistema vascular conocida en la toxemia preecláptica.

Entre otras cosas, el alumbramiento placentario y la pérdida de su efecto inactivante sobre las hormonas presoras, explica el principio de la eclampsia en los tres primeros días del puerperio en la mujer que ha tenido toxemia preecláptica antes del parto.

Los australianos fueron los primeros que llamaron la atención sobre la trascendencia de la rubéola padecida por la embarazada durante los cuatro primeros meses.

Kirman, —Lancet 1955, 2, 1113—, estudia las consecuencias de la rubéola en el embarazo de ocho enfermas del Fountain Hospital, y la considera responsable de defecto mental en siete casos. Tales enfermas se encuentran en 791 personas mentalmente defectuosas, principalmente niños. Da un porcentaje de 0.9. Los siete niños nacieron entre 1943 y 45; seis fueron imbéciles intratables y uno por encima del nivel de imbecilidad, pero ciego. Cuatro eran ciegos por catarata, en un caso se comprobó sordera.

La rubéola puede originar, cataratas, sordera, microcefalia, retardo mental, malformaciones cardíacas, causa aborto y muerte del feto.

La posibilidad según Kruzman S. y Ward R. —J. of Pediat 44; 489, 1954— de que el feto resulte afectado varía según diferentes autores entre 10% y el 90%, cifras elevadas, como para aconsejar la interrupción del embarazo desde ciertos puntos de vista, edad de la madre, número de hijos, posibilidad de nuevas gestaciones, situación económica... Gregg, señala la relación entre la catarata y la rubéola.

Hace seis años una cliente que tenía dos hijos, padeció a los dos meses de su embarazo, rubéola. Le expuse el peligro que significaba para el feto al padre y a la esposa, además que hiciera otra consulta. Dejé de verla y hace unos días al visitar a una paciente por la calle Angel Urraza, de la Colonia del Valle, me llamó la atención una chiquilla muy linda que jugaba con otros niños; le faltaban los dos miembros inferiores y el izquierdo de los superiores tenía el aspecto de una pata de ganso. Le dirigí la palabra y un señora que la acompañaba me contestó, no le oye, es sorda. Se fija aquélla en mí un momento y agrega: doctor, jugué y como ve, perdí. Se me vino a la memoria lo que acostumbraban los griegos y romanos de la antigüedad y me pregunté: ¿En dónde está lo bárbaro?, en la vida o en la muerte. La sordera bien podía pertenecerle a la rubéola, pero no recuerdo de ningún relato que le atribuya la falta o deformación de miembros.

La medicina como lo hemos relatado, ha alcanzado medios que hacen posibles embarazos y partos a término que coexisten con enfermedades que ponen en grave riesgo la vida de la gestante; pero para que ésta aproveche tales beneficios, es indispensable la cooperación con el tocólogo del especialista en el padecimiento respectivo y tal oportunidad sólo se encuentra en centros médicos de alguna importancia.

¿Qué debe de hacer el obstetra cuando no cuente con esa colaboración? Este es el problema.

La verdad es la conformidad de un conocimiento con la situación objetiva correspondiente, por lo mismo, a cada situación objetiva corresponde un conocimiento verdadero.

¿Qué se extiende por objetividad? Lo que pertenece o se relaciona con el objeto que no es ideal, y que tiene una realidad cuya presencia no es lo que es, sino en conexión al sujeto.

Si a esa situación objetiva correspondiente a que me referí falta uno de los factores que teje su estructura, el especialista del padecimiento de que se trate, la verdad a que corresponde no es ya la que perseguimos, no existe indicación médica, obstétrica o quirúrgica que obligue al vaciamiento del útero, sino otra que es opuesta a ese principio, pero que se persigue también como finalidad, la vida. En el concepto que en tales circunstancias no es el precepto el que falla, sino la realidad que se impone, la lógica, que no es siempre la verdad.

Y el tocólogo con angustia se pregunta, ¿qué hacer?

Interferir en actividades que no son de su dominio pretendiendo cumplir con el principio o la vida de la enferma, que no sólo se enfrenta al padecimiento que coexiste con la gestosis, sino a ésta, para que se cumpla su propósito, el nuevo ser. La vida, en que todo asienta su existencia.

¿ES EL ABORTO PROVOCADO UN RECURSO TERAPEUTICO?

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. BERNARDO GASTELLUM*

DR. ALCIBÍADES MARVÁN

ES PARA MÍ UN HONOR comentar esta noche el trabajo del doctor Gastellum. Si bien es cierto que el título de su comunicación desconcierta por la forma interrogativa que el autor quiso darle, leídas las primeras cuartillas surge una tesis expresada en forma categórica: *Ni antes ni ahora el aborto provocado ha sido un recurso terapéutico.*

Convencidos de la verdad esencial de esta aseveración estamos de acuerdo con el autor y a nuestro juicio, cuando después recopila y expone, sólo viene a confirmar su tesis.

En efecto, jamás hemos visto que el aborto provocado haya curado o aliviado, evidentemente, algunos de los padecimientos graves que complican el embarazo. Y cuando la lesiones en la gestante son graves e irreversibles, el padecimiento sigue su curso en forma inexorable y lleva a la embarazada a la muerte a pesar de haber sido artificialmente interrumpida la gestación.

Los adelantos que la medicina y la cirugía contemporánea han realizado, permiten tratar a la embarazada enferma en forma semejante a la que no está embarazada y los resultados obtenidos han permitido suprimir, en los tratados más serios de patología y obstetricia, la mayor parte de las llamadas indicaciones del aborto terapéutico.

Confirman esto, entre otros hechos, las opiniones recopiladas y transcritas por el autor en el trabajo que acabamos de escuchar. Muy especialmente interesante nos parecen la de Juan Livio Martini de Buenos Aires, la del prestigiado profesor de Obstetricia Nuviola Zárate, la de Dauwe de Bélgica y la encuesta publicada por los americanos Haffermann y Lynch en 1953. Agregamos a esta lista, ya elocuente, la opinión de Dexeus Font, quien se ha distinguido siempre

* Leído en la sesión ordinaria del 29 de octubre de 1958.

por su ecuanimidad y aciertos y cuya escuela obstétrica es actualmente trascendente en México.

El consagrado maestro escribió acerca del aborto provocado con fines terapéuticos en 1949, hace casi 10 años, lo siguiente: "Por fortuna y manteniéndose dentro de un juicio clínico estricto y sereno, los casos que podían caer dentro de esta categoría son excepcionales. Los medios médicos con que contamos son los suficientemente poderosos para poder asegurar la muy próxima desaparición de semejante recurso. . ."

Muy significativas son también las opiniones vertidas por los doctores Fragoso, Alfaro de la Vega y Castelazo Ayala. A la categoría profesional de dichos médicos, se agrega subrayando el valor de sus opiniones, algunas características de los centros hospitalarios, en donde especialmente trabajan:

Hospital Juárez y General de México, a donde llegan gran número de pacientes sin tratamiento o con tratamiento francamente equivocado y la maternidad del Seguro Social, en donde se atienden anualmente más de 30,000 pacientes, en su mayoría con asistencia prenatal bien dirigida. Es interesante observar que a pesar de lo disímulo de los medios hospitalarios las opiniones coinciden: no ha habido necesidad de practicar en ninguno de ellos, un solo aborto con indicaciones terapéuticas en los últimos diez años.

Felicitamos al Dr. Gastellum por haber iniciado esta encuesta en nuestro medio, y por interesante, desearíamos que la continuara, no sólo en instituciones oficiales, sino también en clínicas privadas de prestigio. Suponemos con fundamento que no encontrará discrepancias.

En cuanto a los capítulos de la patología del embarazo mencionados esta noche (cardiopatías, gestosis, cáncer, malformaciones congénitas, etc.), no descartamos referirnos a ellos, porque todos y cada uno en particular podrían ser motivo legítimo de amplias exposiciones, pero el hecho de haberse mencionado y tratado algunos de sus aspectos en la comunicación que motiva este comentario, nos obliga a decir algo, acerca de algunos de ellos.

"Las cardiopatías, a nuestro entender empezaron a dejar de ser indicaciones para provocar el aborto, cuando los cardiólogos (no los obstétricos) empezaron a tratar a las cardiopatas embarazadas la cirugía cardiovascular, eliminó también de un plumazo un buen número de las indicaciones del aborto provocado".

Lo mismo o algo semejante podría decirse en relación con la tuberculosis.

"Dentro de las gestosis, la hiperemesis gravídica abandonada, fué capaz de indicar la intervención, quizá por tardía, jamás dió resultados satisfactorios, su valor, apenas si era profiláctico. Aislamiento y sedación permitieron hidratar y alimentar a estas pacientes, solucionar el problema y borrar en forma definitiva la indicación de interrumpir el embarazo por vómitos graves.

"Preeclampsia y eclampsia plantean el problema, entre otras, del parto prematuro, espontáneo o provocado. Sólo por excepción y sin fundamento el de interrumpir el embarazo antes del sexto mes.

“Sería aventurado negar, que en las nefropatías crónicas y graves, el aborto todavía presta cierta utilidad pero, sucede con frecuencia, que antes de que existen elementos suficientes para plantear con solidez la interrupción artificial y precoz del embarazo el producto muere o es expulsado espontáneamente.

“El aborto provocado como medio profiláctico, *a priori*, todavía goza de prestigio, pero, cuando se le juzga *a posteriori*, surge siempre algo que desconcierta: El accidente grave o leve fué probablemente evitado, a cambio de la certidumbre de haber suprimido una vida humana.

“Cierta “sobrevivencia limitada”, que puede obtenerse por medio del aborto, en pacientes con enfermedad incurable y progresiva, cuya evolución acelera el embarazo, es otro hecho cierto. En estos casos, se ocurre considerar: ¿De cuánto tiempo y en qué condiciones se lleva a efecto esta sobrevivencia?, y preguntarse ¿Vale la pena para obtenerla cegar una vida que se inicia...?”

En cuanto al cáncer se refiere:

“Cuando éste complica el embarazo, el aborto carece de toda beligerancia y de toda acción terapéutica”.

Por último, en el trabajo que comentamos, el autor se abstiene de presentar conclusiones, esto nos parece explicable considerando que sólo han sido aplazadas. En efecto, el doctor Gastellum anuncia en su trabajo presentar una segunda parte, en la que muy probablemente tratará el aborto provocado desde los puntos de vista filosófico, moral, social y religioso.

Con todo respeto, nos atrevemos a hacer comentario a este punto. Aunque este tipo de comunicaciones tiene legítima cabida dentro de la Academia Nacional de Medicina, por las íntimas relaciones que tales problemas guardan con los esencialmente médicos; a nuestro juicio, un trabajo como el anunciado, estaría más en sitio y sería más trascendente, si en lugar de ser presentado en la Academia Nacional de Medicina, lo fuera en otra institución, semejante a ella en categoría y prestigio, pero distinta en su finalidad intrínseca: el dedicarse especialmente al estudio de los problemas filosófico, moral, social y religioso.

Felicitó al distinguido Académico por haber presentado tan interesante estudio, por su muy buena recopilación, y por los conceptos vertidos en su trabajo.