

MEDICINA Y CIRUJÍA. Del parto prematuro artificial i del aborto provocado como medio preventivo i curativo obstétrico. — Memoria de prueba de don Luis Domingo Bixio en su exámen para optar el grado de Licenciado en la Facultad de Medicina, leida el 20 de mayo de 1868.

SUMARIO.

INTRODUCCION.—Division del argumento.—Primera parte.—Su importancia.—Fuentes para su solucion.—Su fecha.—Leyes que presiden el desarrollo de la pélvis.—Alteraciones de la pélvis.—Raquitismo infantil i serótino.—Pélvis eúritmica i asimétrica.—Deformaciones i mal conformaciones de la pélvis.—Causas patojénicas i Raquitismo.—Reblandecimiento de los huesos i presión.—Obstrucción del conducto pélvico.—Diagnóstico.—Signos racionales i físicos.—Pelvimetría interna i esterna.—Craneometría fetal.—1.^{er}, 2.^o i 3.^{er} grados de estrechez de la pélvis.—Viabilidad del feto segun la lei i los obstétricos.—Discrepancia entre los diversos autores.—Varias otras enfermedades i estados psico-patológicos independientes de las condiciones de la pélvis.—SEGUNDA PARTE.—Del parto prematuro artificial.—Su definicion.—Diversos procedimientos para obtener el parto prematuro.—Epoca mas favorable.—Precauciones i medios preparativos.—Procedimientos operativos.—Medios jenerales o indirectos, i locales o directos.—Ségala cornuta.—Efectos fisiológicos i patológicos de élla.—Peligros en su abuso.—Su indicacion.—Faradizacion.—Su aplicacion.—Condiciones a que debe satisfacer todo procedimiento: *tuto, cito et inculde*—Descripcion del dilatador intra uterino de los señores Barnes i Farnier.—Su figura, modo de obrar, su éxito i su preferencia.—Conducta del obstétrico durante i despues del parto concerniente a la mujer i a la criatura.—Del aborto obstétrico.—Su definicion.—Su aplicacion i casos en que conviene.—Conclusiones importantes de una memoria sobre los vómitos rebeldes presentada por el profesor Giordano, de Turin.—Cuestion sobre la oportunidad.—Consideraciones sobre la época mas propicia.—Quinto mes.—Accidentes inevitables.—Precauciones necesarias.—Consentimiento de la mujer.—Necesidad absoluta de consulta i decision por escrito de dos o mas colegas.—Medios operativos.—Preferencia de ellos.—TERCERA PARTE.—Historia.—Su objeto.—Su importancia tanto en el órden político como en el científico.—La de la obstetricia se confunde con la de la medicina.—Su estado en tiempo de Hipócrates, 460 A. J. C.—De Celso, primeros años de nuestra era.—De Galeno, 165 de la misma.—Recopilaciones de Aecio, año 543.—Sus preceptos.—Irrupcion de los bárbaros.—Tinieblas de la Edad Media.—El arte de asistir a los partos era reservado a las mujeres.—Ignorancia del estado de la pélvis de la mujer.—Las primeras nociones son debidas a Alejandro Benedetto de Verona, 1490.—Fábrica de Accqua Pendente i Ambrosio Pareo.—Version podálica.—Controversias.—Intervencion de la moralidad i del acto relijioso.—Orjen del fórceps.—Propuesta de la sinficiotomia por M. Sigault.—Pubiotomia de Aitken.—Pelbiotomia de Galvianti.—Cuestion propuesta por el Tribunal de Lóndres al cuerpo médico de esa metrópoli.—Su respuesta.—Declaracion de obstétrico i Demócrata entre los griegos relativamente al aborto.—Declaracion de los arábicos.—Violencia de la discusion.—Invocacion de los Santos i Univeridades.—Sus sentencias.—Consecuencias.—Escuela de Baudelocque.—Los ingleses siguen la antigua.—Estado actual segun Burns i Naegele en el Continente Europeo.—Division de los obstétricos en tres partidos relativamente al est. do actual del aborto preventivo-curativo-obstétrico.—Palabras de Velpeau —Conclusion.

Señores:

He elegido para tema de mi Memoria un argumento siempre de actualidad i de suma importancia médica, que interesa a la vez a la relijion, a las leyes i a la moral.

Aunque tratado ya por otros, cuya erudición i experiencia admiro, i con quienes, por cierto, no pretendo competir, me atrevo sin embargo a desarrollarlo en la estrecha medida de mis facultades, seguro como ostoí de que ún tema tan vasto se presta siempre a nuevas observaciones, que, aunque exiguas i de alcances limitados, contribuyen a formar el grandioso edificio de la moderna medicina.

No sé que pueda salir airoso de mi empresa, pero confío en vuestra distinguida benevolencia, esperando que me concedereis vuestra indulgente atencion.

DEL PARTO PREMATURO ARTIFICIAL I DEL ABORTO PROVOCADO.

Natura sæpe sibi soli sufficit
Sed non semper, et tunc arte opus est.

Van-Svieten.

Dividiré mi disertación en tres partes :

En la primera trataré de los casos en que son convenientes los procedimientos operativos ;

En la segunda, de los medios empleados para efectuarlos; i

En la tercera, por último, daré una breve reseña histórica de las diversas facces porque ha atravesado está parte tan importante del arte obstétrico.

PRIMERA PARTE.

Entre los mas graves accídentes con que el obstétrico lucha fuertemente en el momento del sobre-parto ocupan sin duda alguna el primer lugar las estrecheces pélvicas. Cuando, en efecto, las desproporciones entre las dimensiones del conducto pélvico i las del cuerpo que debe atravesarlo llegan a ciertos límites, el obstétrico, para salvar a la mujer jistante, tiene que elejir entre tres recursos igualmente graves i funestos; esto es, la reduccion del volúmen del feto, el ensanchamiento de la vía que debe recorrer, o la creacion de una nueva.

La gravedad de tales operaciones que mui frecuentemente dan al obstétrico por único resultado dos cadáveres, ha hecho pensar en todos los tiempos en el modo de remediarlos.

Al siglo pasado i especialmente a los ingleses estaba reservado el honor de resolver este difícil i delicado problema. Dos fuentes diver-

sas suministraron los datos para tal solución: la naturaleza, en primer lugar, que con la expulsión del feto del útero ántes del término de la preñez, pero en una época en que aquel es viable, o ántes de que sus diversos órganos estén suficientemente desarrollados para hacerlo apto a llevar una vida independiente, llega con estos procedimientos fortuitos o accidentales a salvar a las mujeres jistantes en quienes un vicio de la pélvis habria hecho imposible el parto de todo tiempo. La segunda fuente es la variación de relaciones de volúmen i de estension entre el continente i el contenido, esto es, entre la pélvis i el feto en los diversos períodos de la preñez. Esto equivale a decir que los medios propuestos solo son aplicables durante el embarazo, o ántes que éste haya llegado a su término, o ántes de haber traspasado cierto límite, pero de esto se tratará en la segunda parte.

La pélvis en su desarrollo está sometida a las mismas leyes que presiden toda la economía animal. De aquí una oscilación bastante variada no solo entre la pélvis normal i la viciada, sino tambien entre las mismas pélvis de mujeres bien conformadas que han desembarazado fácilmente. En un gabinete obstétrico-patológico bien provisto casi insensiblemente se pasa de la pélvis normal a la viciada, de la deformación eurítmica a la simétrica mas perfecta.

En los vicios pélvicos conviene distinguir dos elementos principales, en los cuales se basa la *diagnosis* i las *indicaciones*, esto es, la forma i el grado de la estrechez.

Las multiplicadas formas que puede tomar la pálvis en su disposición morbosa, se pueden comprender en la triple división establecida por P. Dubois, segun sea acortado o el diámetro antero-posterior, o el trasversal, o uno de los oblicuos, o mas de uno a un tiempo. Formas todas que M. Lenoir abraza con las denominaciones de *deformaciones* i *malconformaciones*, comprendiendo entre estas últimas los vicios congénitos, como la pélvis oblicua ovalada de Naegele, miéntras a las primeras refiere las deformaciones que son el resultado de enfermedades que obran despues del nacimiento, (raquitismo infantil i serófino, dislocaciones del fémur, callosidades deformes).

Del hecho anatómico-patológico se quiso subir a las causas i a las jénesis de tales deformaciones adquiridas en la pélvis, que generalmente son el resultado de un doble factor patojénico: reblandecimiento de los huesos i presión, a que se añade a veces el perturbado equilibrio del sistema muscular. El reblandecimiento por si solo no es suficiente para hacer variar la forma, miéntras la presión que la pélvis, doble arcada huesosa intermedia entre la columna vertebral i

las estremidades inferiores, debe soportar, es suficiente para alterar la conformacion de élla si es desequilibrada la causa premente, u obrando sola, o con las potencias musculares.

Para aclarar mejor esta idea añadiré algunas palabras en su esplicacion. El peso del tronco que gravita sobre la base del sacro se divide en dos sobre los huesos iliacos, i en el punto de converjencia de las tres piezas que componen este hueso en el estado fetal se trasmite a las estremidades inferiores. Los huesos ménos resistentes ceden a la causa deprimente, se aplastan i se deforman. De aquí resulta la prominencia del sacro que no solo estrecha la abertura sino que disminuye la inclinacion del plano abdominal. Pero es difícil que el ángulo sacro-vertebral siga precisamente en su proyeccion la línea sacro-púbica, formando de esta manera una estrechez uniforme (deformacion eufímica); pero por la desigual reparticion del peso, por las leyes del equilibrio, la última vértebra lombar i las primeras del sacro se inclinan lateralmente.

Desviado el sacro el mayor peso del tronco viene a caer sobre la cavidad cotiloidea mas cercana, que se deprime i endereza su encochadura echando al lado opuesto la sínfisis púbica i constituyendo de esta manera la *pélvis asimétrica*. Esta causa raquíica es la mas frecuente i grave, i obra no solo disminuyendo la consistencia sino tambien atrofiando los huesos.

Las dislocaciones conjénitas del fémur acortan el diámetro bisiliaco i el cosí-púbico, formando la *pélvis oblicua-ovalada* ilustrada por Naegele, en la cual la sínfisis púbica se inclina hácia el lado no atrofiado. En la simplemente oblicua por antigua dislocacion femoral, ilustrada por Sedillot, Lenoir i últimamente por Fabbris, la sínfisis púbica está echada hácia el lado atrofiado, que corresponde siempre a la atropatía. La primera requiere indicaciones obstétricas; la segunda por una deformacion poco considerable i por la estrechez ajenas sensible se vé que el parto se verifica sin dificultad. Consoladora respuesta que se puede dar a las que cojean, cuando consultan a la ciencia ántes de hacerse madres.

La *pélvis* puede hallarse tambien estrechada por obstruccion, esto es, por obliteracion mas o ménos completa del conducto pélvico, producida por exóstosis o tumores de otra naturaleza, cuya consistencia se pronuncia a veces hasta el punto de hacer difícil, peligrosa i casi siempre imposible el pasaje del feto.

La naturaleza i las dimensiones de este trabajo no me permiten entrar en mayores detalles, puesto que todo lo concerniente a la etio-

lojía, anatomía, patológica i sinomatología de dichos tumores pertenecen mas bien a la cirugía en jeneral i no a una monografía; por este motivo pasará desde luego al diagnóstico de los mencionados vicios pélvicos, diagnóstico que se funda en signos *racionales* i *físicos*, deducidos del conjunto de datos que se obtienen del anamnesi i de la mensura o pelvimetría esterna e interna, instrumental i manual, confrontando la una con la otra para ir mas seguro en el grado i forma de ella a fin de obtener una resolución la mas rigurosa i matemática posible. Muchos han sido los instrumentos inventados para alcanzar tal objeto, grande i verdadera gloria de sus inventores; sin embargo todos los obstétricos reconocen su poca utilidad. Me limitaré a hacer mencion de tres de que ordinariamente se sirven todos, esto es, el compas de espesor de Beaudelocque para la pelvimetría esterna, el pelvímetero de Van-Huemel para la interna, modificado actualmente i simplificado por el profesor Grillenzoni de Ferrara, i el del profesor Tarnier, que por su sencillez i consiguiente facilidad en su aplicacion i por la apreciacion i exactitud en los datos que suministra referentes a la pelvimetría tanto esterna como interna, viene a ser segun mi humilde modo de pensar el que tiene mas ventajas sobre los otros.

Al llegar a este punto no puedo ménos de hacer mencion del brillante resultado obtenido por M. Tarnier con su pelvímetero sobre una jóven jistante de pélvis mal conformada, i que ensayó por primera vez en una de las clases de obstetricia en el hospital de Clinica, a que asistí durante mi corta residencia en Paris en agosto de 1867.

Todos requieren, sin embargo, por guia el dedo índice introducido en la vagina para poder fijar el ángulo sacro-vertebral, en lo que ninguno puede suplirlo, que, como instrumento sensible que es, puede por sí solo ser suficiente en la apreciacion de los diámetros de las estrecheces abdominal i perineal.

Establecido con estos procedimientos i medios el diagnóstico de los vicios pélvicos, mas o ménos exacto por lo que toca a la forma eutrímica o asimétrica i al grado de estrechez, el problema no está todavía resuelto: nosotros no tenemos mas que un factor, el otro nos es suministrado por la crancometría fetal en los diversos períodos de su vida intra-uterina, la que tomada con la mayor exactitud sobre una grande escala de individuos del sexto al octavo mes, indujo a establecer límites relativos a este punto, los cuales, aunque no absolutos, puesto que son susceptibles de variar en mas o ménos, señalan, sin embargo, los puntos dentro de los cuales el práctico debe limitarse

cuando se encuentre en semejantes contingencias. Puntos que se refieren siempre a las dimensiones medias del diámetro bi-parietal del feto, a contar desde su viabilidad, a los 180 dias segun la lei, i a los 210 segun los obstétricos, el cual segun Stoltz nos dá:

De la 32ª a la 33ª semana	centímetros	7
De la 34ª a la 35ª	—	8
De la 36ª a la 37ª	—	8½
En el fin del término	milímetros.	94

Véase ahora como se obtiene de los cuadro que siguen:

	DIÁMETRO ANTERO POSTERIOR.	DIÁMETRO TRASVERSAL	DIÁMETROS OBLÍCUOS.	Intervalos entre cefalódices.	
Diámetros de la pélvis. {	Estrecho sup ^o	0,115	0,135	0,12	0,10 a 105
	Inferior.....	0,11 a 0,12	0,11	0,112 a 0,115	
	Escavacion....	0,12 a 0,13	0,12	0,12	

DIÁMETROS DE LA CABEZA DEL FETO.	Diámetros longitudinales.....	Diámetros transversales.....	Diámetros verticales.....
}	Occipito-mentoniano	0,135	} Occipito-frontal..... 0,115 Sub-occipi ^o bregmát ^o 0,095 Bi-temporal..... 0,09 a 0,095 Bi-parietal..... 0,08 Traquelo-bregmát ^o 0,09 Fronte mentoniano... 0,08
	Occipito-frontal.....	0,115	
	Sub-occipi ^o bregmát ^o	0,095	
	Bi-temporal.....	0,09 a 0,095	
	Bi-parietal.....	0,08	
	Traquelo-bregmát ^o	0,09	
Fronte mentoniano...	0,08		

Que la estension media de los diámetros de la pélvis bien conformada es algun tanto superior a la de los diámetros de la cabeza del feto en todo tiempo i en regular presentacion; por consiguiente el continente puede sufrir una disminucion bastante considerable ántes que la estraccion artificial del contenido se haga imposible. Así de la exacta comparacion de los diámetros del feto i de los de la pélvis se dedujeron los principios fundamentales del parto.

Hasta que la estrechez no baja en la estension del diámetro bi-parietal 0,094, el parto a término tiene frecuentemente lugar por las solas fuerzas naturales, coincidiendo casi siempre este diámetro con el abreviado de la pélvis. Relativamente, pues, al argumento que nos ocupa, el máximo i mínimo de estrecheces que constituyen los

límites dentro de los cuales se hace indispensable la intervencion del arte, serian para aquella 0,091, i para esta última 0,061.

Aquí, los medios de que nuestro arte dispone para triunfar de las dificultades que nos impone la dura necesidad del caso, varian segun las graduaciones de cada una de estas especies. Nosotros admitirémos tres grados principales de estrecheces pélvicas:

El 1.º tendria por límites superior 0,091, e inferior 0,081. En este caso, la regla jeneral es el método clásico: expectacion, fórceps o version segun las circunstancias.

El segundo grado tendria superiormente 0,081 e inferiormente 0,065. En este caso, llegada que sea la preñez a su término i conocida la impotencia de la naturaleza, se puede emplear con buen resultado la sinfisiotomía con tal que la estrechez no baje de 0,070, especialmente cuando los diámetros acorados son el *antero-posterior* i el *bisquiático*; o bien la craneotomía operaciones todas que deberán siempre evitarse, instituyendo a su debido tiempo el parto prematuro artificial de que nos ocuparémos en la segunda parte.

I por fin el tercer grado de estrechez pélvica tiene por límites superior 0,065 e inferior la mas o ménos completa obliteracion del conducto pélvico. En este caso a término de embarazo, no nos queda otro medio que la operacion cesarea; la cual deberá evitarse constantemente, instituyendo a tiempo el aborto preventivo obstétrico.

Pero ni los diversos obstétricos, ni las diferentes escuelas se hallan sobre este punto de acuerdo acerca de los límites i de las indicaciones pelvimétricas de los espesados vicios pélvicos. En efecto, los ingleses que prefieren siempre salvar a la madre, toman por límite superior del segundo grado 0,090, porque, como nosotros, dicen hallarse de esa manera mas frecuentemente en la verdad. Los alemanes el de ocho a ocho i medio centímetros. Los límites adoptados por mí son los de Cazeaux i en parte los de Chailly i Lovati.

Este último, tomando en cuenta la reductibilidad de la cabeza del feto a los siete meses, siempre mayor que al fin de la jestation, admite por límite menor 0,061, i por superior el de 0,074 considerando, como él dice, que si a los siete meses cumplidos el diámetro biparietal tiene la longitud de 0,065 la cabeza, sin embargo, es mas reductible que al fin de la jestation, i se puede por consiguiente contar sobre cinco o seis milímetros de reduccion de la misma.

Resumiendo en pocas palabras cuanto acabamos de esponer, diremos que las condiciones indispensables a que uno debe someterse para ir seguro en un acto operativo de tanta vital importancia, son:

1.^a Establecer con precision la época en la que sea bien asegurada la viabilidad del feto.

2.^a Las dimensiones del mismo en esta época con relacion al grado de estrechez pélvica i de las causas que la produjeron.

Respecto a la primera, algunas veces se presenta la dificultad de precisar con exactitud la época de la concepcion, por no hallarse siempre fieles i constantes sus signos, como la suspension de la menstruacion i las modificaciones del útero jistante; empero, no son tales que un práctico distinguido no pueda triunfar de ellas.

Ademas, se presentan ciertos otros casos, que yo no haré mas que mencionar, los cuales aunque directamente independientes en parte de las condiciones de la pélvis, son inherentes con todo sea al estado, del útero jistante, sea a ciertas disposiciones psicopatológicas de la mujer embarazada, sea en fin a ciertas condiciones morbosas preexistentes o sobrevinientes para complicar la misma preñez, por lo que la embarazada corre riesgo de sucumbir si no se remueve la causa perturbadora, que, como en el primer caso predicho, se reconoce en la presencia del fruto de la concepcion en el útero. O de otro modo, como en los otros casos, si no se interviene, mas o ménos prontamente, se corre siempre el riesgo de perder la madre o el hijo, o la una i el otro a un mismo tiempo. Estas principales afecciones que complican el embarazo son las siguientes:

1.^a Aquellos casos llamados vómitos simpáticos, verdaderamente pertinaces i rebeldes a los mas eficaces i propios agentes terapéuticos, vómitos que no deben equivocarse con aquellos dependientes de condiciones anátomo-patológicas del tubo gastro-euterico i sus anexos, u otros órganos o centros, como el del cérebro espinal.

2.^a Las copiosas hemorragias del útero que pueden sobrevenir en los últimos meses de la jestacion, especialmente por la insercion de la placenta al segmento inferior del útero.

3.^a Los accesos de eclampsia, que sé manifiestan con mas o ménos intervalo: i cada vez con mas gravedad i rebeldes a todos los medios mas adecuados.

4.^a Los accesos de sofocacion i hemóptis producidos por obstáculos circulatorios.

5.^a En fin, la muerte del feto en preñeces anteriores, cuando la mujer en muchos embarazos consecutivos dió a luz prematuramente criaturas muertas en épocas poco mas o ménos invariables i en el nono mes del embarazo.

SEGUNDA PARTE.

Los diversos i numerosos procedimientos propuestos para evitar, en los diferentes casos espuestos en la primera parte, la intervencion de cualquiera operacion cruenta, son:

1.º El réjimen llamado debilitante de la madre por medio de evacuaciones repetidas, como alimentacion insuficiente, sangrias, purgantes, etc.

2.º La disminucion del feto por el uso repetido del ioduro de potasio.

3.º El parto prematuro artificial.

4.º En fin, el aborto provocado. No me ocuparé de los dos métodos propuestos en primer lugar por ser poco usados en la actualidad i tambien porque casi siempre no dan los resultados que se persiguen.

DEL PARTO PREMATURO ARTIFICIAL.

Consiste este medio, como ya se ha dicho, en una metódica provocacion del parto ántes del término ordinario de la la preñez, en una época en que el feto presenta dimensiones compatibles con el grado de estrechez i es viable. Conviene emplearlo:

1.º En las estrecheces pélvicas de segundo grado, esto es, en aquellas en que el diámetro abreviado, cualquiera que sea, deja todavía un espacio de 0,081, a lo mas i 0,065, en lo ménos.

2.º En todas aquellas afecciones de que se ha tratado anteriormente, i que por brevedad omito repetir.

La cuestion mas difícil en la aplicacion de estos medios, es por cierto la de la *oportunidad*, esto es, obrar en el momento mas propicio, tanto en el interes de la madre como del feto.

No niego que esto sea un inconveniente grave, pero un obstétrico prudente i experto sabrá siempre establecer por los signos e indicaciones jenerales i especiales la época mas conveniente para un acto operativo de esta naturaleza.

Para ser mas completo añadiré el cuadro de Rigen con sus propias dimensiones:

Obrar a la	29 ^a	30 ^a	31 ^a	35 ^a	36 ^a	37 ^a	semana para una	pélvis de	2'	2'	2'	2'	2'	3'	pul. i	7"	8"	9"	10"	11"	liv.	
—	30	—	—	—	—	—			2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	31	—	—	—	—	—			2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	35	—	—	—	—	—			2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	36	—	—	—	—	—			2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	37	—	—	—	—	—			2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Precauciones i medios preparativos.—No queriendo hacer nada a

la lijera i que pueda ser vituperado, el obstétrico, de conformidad a cuanto se ha dicho, invocará el apoyo i las luces de sus colegas; tendrá cuidado de prevenir a la familia los peligros de la operacion; obtendrá el consentimiento de la mujer despues de haberla convencido de la necesidad de someterse a la operacion, sea por ella como por el fruto que lleva en se seno; en una palabra, no hará nada sin las mas minuciosas precauciones i la mayor prudencia.

Despues de esto se recomienda por los mas:

1.º De sangrar a la mujer una o mas veces en los últimos meses, esto es, segun su constitucion;

2.º De someterla a un régimen dietético atenuante, empezando por la segunda mitad del embarazo;

3.º Emplear muchas veces baños i fumigaciones, fomentaciones emolientes con el objeto de reblandecer el cuello uterino i preparar las partes blandas a la dilatacion;

4.º Obligar a la jestante a un ejercicio moderado, i mantener el vientre corriente con el uso de lijeros laxativos,

5.º Prohibir el abuso del sueño, que no debe pasar de siete horas;

6.º En fin, practicar fricciones sobre el cuello del útero para prevenir las contracciones espasmódicas.

Algunos de estos medios forman parte de los procedimientos que se proponen detener el desarrollo del feto, obrando sobre la organizacion de la jestante, medios que se pueden comprender en la siguiente proposicion: no descuidar nada de cuanto pueda asegurar el buen éxito de la operacion.

Precedimientos operativos.—Stoltz divide los medios propuestos para provocar el parto prematuro en dos clases:

Pertenecen a la primera los que, impresionando ante todo la organizacion jeneral, escitan secundariamente las contracciones uterinas; se llaman por eso *vitales* o *jenerales*.

Se refieren a la segunda clase todos los que obran mecánica i directamente sobre el útero o sobre su contenido, para hacerlo entrar en contraccion; se llaman *locales*, *directos* o *especiales*.

Habiendo definitivamente constatado que ninguno de los medios jenerales i ninguna de las numerosas sustancias o agentes terapéuticos llamados *abortivos* pueden determinar con seguridad i certeza las contracciones uterinas, no me ocuparé mas de ellos, sino solo de aquellos, entre estos, que teniendo por objeto reblandecer i preparar la dilatacion futura de los órganos jentales, pueden coadyuvar a los medios directos.

Tocante a la *ségala cornuta* (cornezuelo de centeno), cuya acción dinámica parece todavía objeto de contestación, me limitaré a exponer lo que dicen los más acaudalados obstétricos.

Estos miran la *ségala cornuta* como un precioso agente terapéutico, el cual de un modo seguro provoca i sostiene las contracciones de las fibras uterinas, cuando estas ya han salido de su estado de reposo. Pero, amañados por la esperiencia confiesan que si se debe conceder al *grano speronato* seguridad i prontitud de acción, no por eso puede satisfacer sus deseos. La contracción promovida por este oxiótico no es análoga a la fisiológica: ésta es en jeneral intermitente aquella es tónica, teránica, patológica. Ahora bien, se debe rechazar el título de perfecto a aquel remedio, que reintegrando una función alterada i deficiente, no la vuelve a dejar en su estado verdaderamente normal. Sin más que por esto hemos llegado a convencernos que el uso de la *ségala* es delicado, i su abuso fecundo en desastres. De consiguiente no debemos descansar sobre esta conquista, por el contrario es un deber nuestro el proseguir en las investigaciones para encontrar otro agente que corresponda mejor i sin peligro al objeto propuesto. ¿Estará tal vez en la faralización uterina el oxiótico que forma el ideal de la obstetricia?

Fué precisamente en Inglaterra en donde el galvanismo encontró repetidas aplicaciones a la obstetricia, sea para provocar el parto i el aborto, sea para detener las hemorrájas i en fin para dar más energía i sostener la lánguida contracción del útero. La corriente de un aparato electro-magnético en manos de Mr. Barnes, Rufford i otros bastaba en pocos minutos para despertar dolores eficaces. Estos resultados nos deben alentar para persistir i continuar en la prueba, i, no ocultando nuestras anticipas por la *ségala cornuta*, llamaremos dichoso aquel día en que se pueda limitar su indicación a las hemorrájas pasivas o por inercia, i prohibir fuera de estos casos su uso a las matronas.

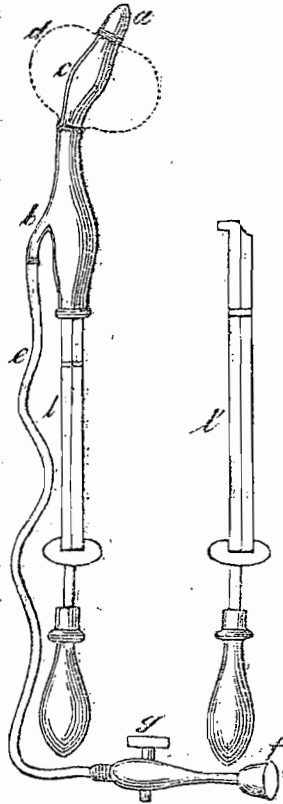
Pasaremos, pues, a los medios que obran directamente sobre el huevo i la matriz, los cuales forman una serie muy larga i numerosa; pero no me ocuparé aquí ni en hacer su enumeración, ni su descripción, ni en examinar el modo de obrar de todos estos procedimientos lo que me llevaría muy lejos de mi objeto. Solo me limitaré a decir que por el lado del número no hacen falta, al punto de estar tentado de decir lo que se dice en terapéutica jeneral, que la cantidad de los remedios aplicados a una enfermedad indica la falta del remedio verdaderamente útil, pero felizmente para el parto prematuro la cosa

pasa de otro modo: de todos estos *medios* i *procedimientos* solo tres son aquellos que corresponden mas de cerca a las condiciones que debe tener el parto precoz, esto es, aquella de ser provocado *tuto, cito et jucunde*, i aquella de obtener la representacion mas perfecta posible del parto natural de todo tiempo. Estos tres métodos son:

- 1.º El de Kluge mediante la esponja preparada.
- 2.º El de Kiuvisch con las duchas tibias;
- 3.º En fin, el dilatador uterino de M. Barnes i Tarnier.

El dilatador intra-uterino de los señores Barnes i Tarnier (véase la

lámina adjunta) se compone de una sonda metálica del diámetro aproximativo de un centímetro i del largo de 10 centímetros. Está ligeramente encorvado i su punta es redondeada en forma de oliva. El tercio superior, que presenta un orificio, está cubierto de un tubo de cautchouc fijado con dos ligaduras, una arriba i la otra abajo. El canal interno de la sonda se continúa en un tubo flexible de goma elástica, el largo poco mas o menos de cincuenta centímetros i que acaba en un bo-



c. Tubo de cautchouc recojido.

a. b. Sonda metálica.

d. Dilatacion esférica.

e. Tubo flexible de inyeccion.

f. Apertura.

g. Llave.

i. Mango móvil articulado.

p. El mismo desarticulado.

quete metálico provisto de una llave para impedir el retroceso del líquido inyectado. Además presenta un mango que lleva dos varillas metálicas movibles, puestas una sobre otra mediante un mecanismo especial i que se articulan i fijan el todo a la estremidad inferior de la sonda en una abertura particular. El instrumento así articulado presenta la solidez de un histerómetro. Para aplicarlo se introduce previamente su estremidad, untada al efecto en una sustan-

cia grasosa, en el cuello uterino, i se hace avanzar, empujándola, hasta que toda la parte de la sonda que está cubierta del cautchouc haya pasado el orificio interno; entónces se hace una inyeccion de agua tibia por el tubo flexible, mediante una jeringa graduada o de capacidad conocida. El cautchouc se infla i toina la forma de una esfera aplastada adentro de la cavidad del útero. Acabada la inyeccion, se quita la jeringa, se da vuelta la llave del tubo, i éste queda colgando fuera de las partes jenitales. En seguida se quita el mango desarticulándolo. El instrumento detenido en el útero por el orificio interno cae espontaneamente cuando la dilatacion del cuello es completa; cae entre las partes jenitales, de las que es preciso retirarlo. El tiempo medio para esta dilatacion es de doce a catorce horas.

Modo de obrar.—Evidentemente su accion es completa, pues que con la porcion que resta en el cuello obra como la sonda de Krause; con la porcion intra-uterina desprende las membranas en una estension considerable, i con su presencia de cuerpo voluminoso extraño irrita las paredes uterinas, las cuales no acostumbradas a aquel contacto i no preparadas a aquella exesiva distinsion que la parte hinchada del cautchouc procura establecer, reaccionan, los dolores despiertan bien pronto la dilatacion del cuello; ésta se hace, i el objeto de la operacion quédá alcanzado.

Antes de pasar adelante, diré mos que para nosotros el método jeneral es este último coadyuvado o no, segun las circunstancias median-tes las inyecciones uterinas.

Relativamente al resultado en la aplicacion de este método, por nosotros preferido, podria hacer menciona en apoyo de mi acerto de ocho casos de parto provocado en el sétimo mes cumplido de jestacion, con éxito feliz tanto para la madre como para la criatura, i verificados en jóvenes afectadas dos de raquitismo infantil i cuatro de raquitismo serótino; las cuales se encontraban en la Clínica obstétrica de la maternidad de Jénova, dirigida i presidida por el eminente profesor M. Arrighetti, que lo fué mio; casos, repito, que he podido ver i observar atentamente durante mi internado de tres años en aquel hospital, i cuyas relaciones omito por no apartarme demasiado del objeto propuesto

Conducta del obstétrico durante i despues del parto, concueruiente a la mujer i a la criatura.—Aun cuando sea determinado metódica i suavemente el parto prematuro, siempre es un disturbio i una anticipacion de un acto fisiológico. Conservando aun toda su estension el cuello uterino, el período preparatorio es mas largo i de consi-

guiente mas doloroso; las contracciones del cuello uterino mas lentas e irregulares, i a veces espasmódicas; mas fáciles las hemorragias. La indicacion a este respecto es la clorofornizacion, saludable para la madre i libre de peligros para la criatura.

Respecto a esta última, debe ponerse en todas aquellas buenas condiciones dietéticas e hijénicas que requiere un ser tan delicado, como es un recién nacido.

DEL ABORTO OBSTÉTRICO.

Consiste éste, como ya se ha dicho, en la espulsion del producto de la concepcion ántes que sus diversos órganos estén suficientemente desarrollados para sostener por sí una vida indepen liente. Aconsejan su aplicacion:

1.º En todos aquellos casos de estrechez pélvica en que por su excesiva disminucion no fuera posible por medio del parto prematuro vencer no solo el obstáculo, pero ni aun ejecutar con los instrumentos embriotásticos la craneotomía, ya sobre el feto desarrollado, ya sobre el viable. Para ser aun mas esplicito, diré que este medio debe emplearse siempre que el diámetro abreviado sea menor que sesenta i cinco milímetros;

2.º En los vómitos pertinaces, que es de suma importancia distinguirlos con precision de otros tambien rebeldes, pero independientes del estado de embarazo, aunque algunas veces son simultáneos (1);

3.º En los graves accesos de convulsiones eclámpicas que se suceden muy frecuentemente con inminente peligro de la mujer;

(1) Aquí se me permitirá transferir testualmente las conclusiones con que el ilustre profesor de la Universidad de Turin, M. Giordano, termina su último trabajo (1867): *De los vómitos incoercibles durante la preñez*:

a) Los vómitos incoercibles durante la preñez, tales como los he descrito, dependen de la misma preñez;

b) Los vómitos reconocen el mismo origen eteológico de los vómitos ordinarios de la preñez llamados *simpáticos*, de los cuales no son mas que una gradacion mas acentuada;

c) Las lesiones anatómo-patológicas que se encuentran ya en el huevo, ya en el aparato útero-ovárico, deben ser consideradas como secundarias o accesorias: en todo caso, no pueden servir de base a una terapéutica esclusivamente medicinal;

d) El único medio radical de tratamiento consiste en la deplecion del útero por el parto prematuro o por el aborto provocado.

e) El aborto es tanto mas difícil de provocar, cuanto ménos avanzada es la época de la gestacion.

f) Es importante para el buen éxito del aborto medical i para las circunstancias que puedan indicarlo, el determinar si se opera en el primero o en el segundo período de la preñez;

g) La consulta, en las formas legales con dos o mas compañeros, aconsejada en el aborto provocado, como garantía de la moralidad del acto, suministra, en los casos de vómitos incoercibles, la garantía científica de la oportunidad del momento operativo;

h) En los casos de vómito, es muy esencial procurar la salida del huevo en su totalidad.

4.º En las graves metrorrajas que no pueden contenerse;

5.º En las distocaciones irreducibles de la matriz, cuando ningun medio ha sido eficaz para restablecerla a su posición natural; i tal vez en otras enfermedades cuando es evidente que abandonar lo las cosas a la naturaleza deba parecer la madre. Vituperable sería, según mi modo de pensar, aquel que por escrúpulos mal entendidos se privase de este recurso en momentos tan supremos.

La cuestion de que ahora se trata es sobre la oportunidad de la ejecucion, cuestion comun a todas las operaciones quirúrgicas; la que se aprende a resolver tan solo en el gran libro de la práctica. Admitido, pues, el aborto preventivo i curativo, i establecidas las indicaciones i contraindicaciones, pasarémos a determinar la época mas propicia i el mejor medio para provocarlo. Considerando que el aborto por sí no ofrece nunca la gravedad del parto natural, parece que en cualquier época fuera igualmente conveniente, con tal que los diámetros de la cabeza fetal no fuesen mayores en estension a los de la abertura pélvica. La cosa, sin embargo, no es así. En efecto, en el aborto espontáneo los accidentes que debe las mas veces el práctico combatir son la hemorragia, la poca dilatacion del cuello uterino despues de espulsado el feto, ya dependa de la espasmodia o de otra causa, i como consecuencia la difícil espulsion de la placenta. La hemorragia tan frecuente, i aun podria decirse inevitable, en el aborto depende evidentemente de que no hallándose aun bien individualizada la masa placentaria, todo el huevo es, por decir así, placenta, i las separaciones de estas conexiones no puede ménos de producir la hemorragia, no muy grave en jeneral por la cantidad de la sangre, que guarda relacion con la poca estension de la superficie uterina i el poco desarrollo de la circulacion útero-placentaria. Por lo que toca a la retencion de la placenta i a la espasmodia del cuello uterino, se explican: ésta, por la naturaleza del aborto que es siempre un hecho patológico; aquella, por el poco desarrollo en los primeros meses de las propiedades musculares de la fibra utrina, que está bien lejos de tener la contractilidad o irritabilidad que adquiere hacia el fin de la jestacion. En el primer caso, esto es, en el de la estrechez, en que ninguna urgencia nos insta, no siendo ademas un feto aun de seis meses un obstáculo serio para una pélvis, aunque sea sumamente estrecha, no se puede ménos que ganar con la dilacion. Estableceremos, pues, como época media la mas favorable el quinto mes, el que, mientras permite asegurarse de la existencia del embarazo, puede hacernos evitar en gran parte los accidentes de que hemos

hecho mención. En todos los demas casos hai que operar en el momento mismo en que la gravedad de los accidentes no deja ya esperanza alguna.

Precauciones necesarias. —El aborto provocado, en lo que tiene de operacion, no se diferencia del parto precoz sino en el tiempo; por tanto las mismas precauciones i medios jenerales que se dijo ser útiles para este último, pueden convenir tambien para el aborto, pudiéndose igualmente omitir en muchos casos. Al criterio del práctico toca decidir a este respecto en los casos particulares, siendo imposible establecer sobre semejante cuestion una regla jeneral. No sucede lo mismo por lo que toca a las precauciones que se podrían llamar *morales*, de que ya se hizo mención al tratar del parto prematuro. Así, cuando el práctico haya juzgado justa i oportuna la provocacion del aborto, no debe aventurarse sin haber ántes obtenido el consentimiento de la mujer: "*Anter sola dice Naegele, decernendi jus habet, nec ulla interris potestas congere potest ut de ita dimicet.*" Por lo demas, como ya se ha dicho, pero que conviene repetir: *es absolutamente indispensable la consulta i la decision por escrito de dos o mas colegas*, lo que justificando la intencion del acto, servirá para tranquilizar a los que no quieren admitir en la práctica el aborto obstétrico, temiendo que bajo el velo del arte pueda ocultarse una intencion criminal.

Medios operativos. —Si son numerosos i fáciles los medios que se emplean para provocar el parto prematuro, no sucede lo mismo respecto del aborto. En este, en efecto, la longitud, la rejidez i la clausura del cuello uterino, especialmente en los casos de primíparas, siempre serán un obstáculo sino invencible, por cierto muy serio. En todo tiempo será posible, es verdad, obtener la dilatacion i la contraccion del útero, especialmente con la esponja de Kluge, con las inyecciones uterinas o con el dilatador de M. Barnes Tarnier; pero a consecuencia del único inconveniente inevitable de la demora para obtener su objeto, mejor es recurrir cuando se pueda a otro medio mas seguro i mas pronto; como a la perforacion de las membranas del embrión, no teniendo que tomar precauciones ningunas para salvar al feto, el cual, naciendo ántes de la época de la viabilidad estaba destinado a morir; i mejor todavía, por ser mas inofensivo, al método del profesor Giordano, esto es, a la cauterizacion mediante el nitrato de plata de la superficie interna del cuello uterino.

TERCERA PARTE.

Para hacer una cosa completa, sería preciso narrar la historia toda de la obstetricia desde su nacimiento hasta nuestros días, lo que nos suministraría materia para un grueso volumen; pero no me es permitido recorrer un campo tan vasto, en virtud de aquel principio que exige que el trabajo sea proporcionado a las fuerzas productoras. Me limitaré por consiguiente a tomar en consideración solo aquello que corresponde al asunto en cuestión, tocando por encima para mayor claridad e inteligencia del hecho mismo, las diversas facetas por que ha tenido que pasar la obstetricia hasta nuestros días.

La historia, que puede considerarse como la escuela de las acciones humanas, abraza el estudio de todos aquellos acontecimientos que coordinados se suceden en la serie de los siglos. Traspasando los intervalos del tiempo i del espacio, sirve para instruir al hombre por medio del hombre, usando a la vez de la tradición i de la experiencia de nuestros antepasados, ya sea en el orden político-social, ya en el científico.

La historia de la obstetricia se identifica con la de la medicina, con la que tuvo en común una larga i tenebrosa infancia.

Desde Hipócrates (460 A. J. C.) hasta Celso (primeros años de nuestra era), no se halla en sus escritos nada que haga referencia a una práctica semejante, esto es, al uso del parto prematuro artificial para evitar toda dificultad e imposibilidad de parir que oponen las *distocias* pélvicas. Ni tampoco Galeno (año 165 de nuestra era) que reasumió en sus inmortales obras todos los conocimientos médicos de su tiempo.

Solo Accio (año 543 de nuestra era), que salvó del olvido por medio de copilaciones muchos antiguos escritos con todos sus principios i doctrinas, fué el primero en señalar la deformación pélvica como causa principal de las *distocias*; i no contento con remediar el hecho dictando procedimientos operativos, recorriendo de este modo la obstetricia moderna doce siglos en la profilaxis de las mas árdidas *distocias*, daba también el solemne precepto de procurar la salida del feto ántes del término: *satius est foetus corrumpere quam excidere.*

Pero desgraciadamente tan bellos descubrimientos que en el espacio de diez siglos habia hecho la práctica obstétrica desde Hipócrates hasta Accio, fueron de un golpe perdidos por la irrupción de los bárbaros, quienes eclipsaron poco a poco con estúpida ferocidad la divina chispa del genio greco-latino, tras lo cual las tinieblas de la Edad

Media concluyeron por apagar del todo la luz de la antigua sabiduría. El árabe Avicenna (año 996) aconseja también el mismo método preventivo para las distocias excesivas; i cosa idéntica prescribe Albucásis (1100).

En la antigüedad el arte de asisir a las jistantes en el sobreparto estaba reservado a las mujeres mismas, i solo intervinian los hombres del arte cuando los partos se hacian muy difícil: así sucedia entre los hebreos, griegos i romanos.

Hasta aquí no se tenia sobre el estado de la pélvis de la mujer mas que nociones confusas e incompletas, de las que no podian resultar sino conclusiones erróneas. El primero que se propuso estudiar el estado normal i anormal de la pélvis fué Alejandro Benedetto de Verona (año 1490), a quien siguió Rodiero (año 1579) que fué el primero a su vez que publicó un tratado especial de obstetricia, esponiendo sumariamente todos los preceptos del arte tomados de griegos, árabes i latinos, ilustrando con láminas demostrativas las relaciones de la pélvis con la cabeza fetal. Despues siguió Fabricio de Acquapendente (1550) que no hizo mas que amplificar los anteriores principios. Vino en seguida Ambrorio Pareo que con sus preceptos i con su ejemplo difundió i jeneralizó la práctica de la version.

No es este el lugar de hacer la historia de las controversias a que dió oríjen semejante práctica, dividiéndose los contendientes en dos partidos: unos que, la sostenian con hechos i razonamientos mas o ménos propios, i otros que la rechazaban, dando preferencia a la listerotomía. Ninguno, sin embargo, fijaba los verdaderos límites dentro de los cuales una u otra práctica debia adoptarse. Todos hablaban de partes difíciles e imposibles sin fijar su grado i sin precisar cuáles i cuántos fuesen los obstáculos que pudieran presentarse al parir.

Para intrincar aun mas la cuestion quisieron hacer intervenir la *moralidad del acto* i el *principio religioso*, capaz por sí solo de despertar el fuego de las pasiones.

Con ocasion de los partos peligrosos i especialmente de aquellos en que la cabeza, que es la primera en presentarse, no podia salir por sus fuerzas naturales a causa de la estrechez de la pélvis, se inventó el verdadero forceps de los hermanos Chamberleyn, modificado i simplificado despues por Smellie (1752) i Levret (1653 i 1761), que lo convirtieron en curvo, de recto que era al principio.

Esta modificacion i perfeccionamiento del fórceps no fué suficiente para desterrar de la práctica ni la version, ni la operacion cesárea, ni tampoco la embriestemia usadas por los antiguos. Corria el año

1768 cuando Sigault, todavía estudiante en medicina i cirugía, ideó el proyecto de ensanchar la pélvis en los casos de estrechez, mediante la sección del ligamento púbico, operacion que ejecutó por primera vez en 1777 con feliz éxito para la madre i el feto sobre la Suchot, cuyo nombre se hizo en la historia del ramo tan célebre como el de su autor. Pero como no habia partido del principio de fijar i precisar con exactitud los límites de la estrechez pélvica, sucedió que al poco tiempo su sistema fué perdiendo poco a poco la importancia i el prestigio que anteriormente habia adquirido. Despues se presentó en el año 1785 la *Pubiotomía* de Aitken, que fué modificada por el profesor Galbiati, combinándola con la sinfisiotomía, por lo que la llamó *Pelviotomía*; pero esta tuvo aun una existencia mas breve.

Hasta aquí hemos asistido a la lucha sostenida durante muchos siglos por el arte obstétrico contra los obstáculos de las estrecheces pélvicas; i hemos podido ver, aunque a la lijera, que todas las veces que se ha presentado el caso de exigir la operacion cesárea, i que se ha tratado de sustituirla por otra ménos peligrosa, siempre se ha faltado al intento; de lo que puede concluirse que cuando esa operacion es de absoluta necesidad, no puede ser suplida por ninguna otra. Vencido el arte en este punto, no quiso abandonar la empresa, i sintiéndose impotente para atacar de frente al enemigo, ideó la manera de reducirlo por el flanco i por la retaguardia, a fin de obtener la tan deseada victoria.

Considerando, pues, que la operacion cesarea no puede evitarse cuando es rigorosamente indicada, se pensó en el medio de impedir que se presentase su necesidad, esto es, su ocasion.

Partiendo de este principio e instruidos por la providencial naturaleza, los tribunales de Lóndres, ántes de que se conociese la sinfisiotomía, consultaron en 1756 a los prácticos mas renombrados de la Metrópoli sobre la *equidad* de solicitar el *parto prematuro* i sobre las *ventajas* que se podrian sacar de él, todos ellos contestaron unánime i afirmativamente. Al principio esta operacion era vaga i no estaba basada sobre datos precisos, ni aun sobre los que podian suministrar sucesivamente el mas exacto conocimiento de los vicios pélvicos i el uso de los pelvímetros.

Si con el parto prematuramente provocado en una época en que el feto es viable se estaba seguro de evitar la embriotomía, no tardó la esperiencia en demostrar que por el mismo medio no era posible evitar la operacion cesarea o gastro-istero-tomía. Pero despues que predominó en la práctica obstétrica el uso del parto precoz provocado,

hubo algunos (G. Cooper en 1768, Barlow i Wigan mas tarde) que, tomando en consideracion la gran mortalidad ocasionada por la gastro-istero. tomia, adoptaron el aborto para aquellos casos en que por la estremada estrechez pélvica el parto prematuro no era medio suficiente para evitarla. En consecuencia determinaron para estos casos la espulsion del embrión ántes de la época de la viabilidad; en una palabra, propusieron provocar i provocaron con buen éxito el aborto. Una doctrina semejante no era sin embargo, del todo nueva: Demócrito i Arcio Anideno entre los griegos no vacilaron en declarar como lícito el aborto, cuando el parto de todo tiempo pone en peligro a la mujer. La misma práctica parece que estuvo en uso entre los hebreos (1). Avicenna i Racio reconocen que en ciertas circunstancias el médico tiene derecho para provocar el aborto. Pero estos principios, tal vez a causa de la ignorancia de los tiempos, tal vez por falta de medios de publicidad, de que en la actualidad abundamos, no pasaban del individuo que los profesaba. La discusion pública no se interesaba en ellos, indagando o constataando su verdad, o rechazándolos como perniciosos; de modo que los obstétricos no tenían en un caso establecido otro recurso que la operacion cesarea. Este es el motivo porque la proposicion formal i científica del aborto provocado en los vicios estrechos de la pélvis solo data desde el año 1768 i poco despues de la propuesta actuacion del parto prematuro.

Si habian sido largos, violentas e innumerables las disensiones a que dió oríjen la proposicion del parto precoz artificial, cuyo único resultado fué el de retardar la aceptacion de tan benéfica operacion, no se puede imaginar con qué violencia i acritud fué igualmente atacada la proposicion del aborto preventivo. Unos no querian que las madres se sometiesen a tan grave peligro i a una muerte casi inevitable, por extraer un feto cuya futura existencia era por demas incierta. Los otros, haciendo valer los derechos que tanto el feto como la madre tienen a la vida, no querian que se sacrificase a aquél por ésta.

De una i otra parte se echaban en cara el homicidio, ni faltaban sagrados textos que corroboraran ambas opiniones. Tertuliano (2) daba la razon a los unos, San Pablo (3) a los otros, i a ninguno de ellos

(1) Véase Seldon, de jus nat. et gent. juxta discipl. Hæbreorum.

(2) At quin et in ipso adhuc utero infans trucidatur necessaria crudelitate, quum in exitu obliquatus denegat partum. matricida qui periturus.

(3) Occidit enim quisquis servare potest et non servat.

los sabios de la Universidad de Sorbona (1) que, llamados en aquella controversia a decidir sobre cual de los dos seres debia salvarse con preferencia, no supieron como resolver mejor la cuestion que ateniéndose a la máxima de San Ambrosio (2): *Si l'ón ne peut pas secourir l'un des deux, sans en offenser un, il vaut mieux n' aider ni l'un, ni l'autre!!!*

Abordado de esta manera el asunto quedõ por algun tiempo indeciso, hasta que, descartada la cuestion de la moralidad, que tanto habia arredrado a algunos prácticos, se pudo fijar, partiendo de argumentos mas seguros, las precisas indicaciones de este acto operativo.

Así miéntras la escuela francesa, representada por Baudelocque, no se apartaba del principio establecido por éste, esto es, de no llevar jamas instrumento alguno cortante sobre el feto sino en el caso de su muerte; los ingleses por el contrario siguieron la práctica de los antiguos, i mediante ellos el uso de la embriotomía continuó siendo permitida i practicada tanto sobre el feto muerto, como sobre el vivo.

Consecuentes por tanto consigo mismo, los ingleses fueron los primeros en aceptar i en poner en práctica el principio del aborto, con tanta mayor facilidad cuanto este escluye los peligros que acompañan siempre a la madre en la embriotomía.

“La mayoría de los hombres, dice Burns, mira la vida de la madre como de la mas alta importancia, i como la operacion cesárea está llena de peligros para ella, ningun obstétrico ingles la practicará, cuando destruyendo el feto o embrión pueda salvar a la mujer por las vías naturales.”

De estas dos opuestas doctrinas, la primera, esto es, la de Baudelocque, ha principiado desde muchos años a esta parte a perder terreno i la segunda a jeneralizarse mas i mas en el mismo pais en donde la primera habia reinado con tanta autoridad. En efecto, en 1813 era aceptada en Francia por M. Foderé, en 1821 por M. Marc, en 1829 por M. Velpeau, por M. Cazeaux en 1840, por M. Dubois en 1843, por M. M. Stoltz, Jacquemier, Chailly, Pajot i por Simonard en la Béljica, i esto miéntras el Consejo médico mas respetable, la Academia de Medicina de Paris, no se ha ocupado de él en sus discusiones hasta el año de 1852, sin dar por eso a su respecto un juicio decisivo. En cuanto a los alemanes, he aquí lo que dice Naegele, el príncipe de los obstétricos modernos:

(1) Consultation respondue par Mess. les doct. des maisons de Sorbonne et de Navarre, 1618. Véase La Motte.

(2) De Off., cap. 9.

“El aborto provocado no existe en el continente como doctrina militante, sino que ha pasado a la práctica no solo para los casos de vicios pélvicos sino tambien para los diversos estados patológicos en que se trate de salvar a la madre de un peligro inminente o muy inmediato.”

No han faltado aun en el mismo continente varios contrastes i oposiciones, ni faltan todavía. Vemos en la actualidad a los obstétricos, cuya voz tiene autoridad en la ciencia, dividirse en tres partidos en esta contienda entre la operacion cesárea i el aborto llamado preventivo.

Hai quienes escluyen de un modo absoluto el tajo cesáreo, procurando el aborto, los que adoptan siempre esta práctica, aunque se trate de suspender el desarrollo de una criatura inocente, hija de la ociosidad i de la lácivia humana en el seno de una madre culpable i reincidente. Este método se sigue en el norte de Europa, donde la gastro-ístero-tomía es sinónimo de muerte.

En Italia no han faltado los buenos resultados, i esto se observa especialmente en las provincias Lombardo-Vénetas, debido por cierto en gran parte a su buen clima; así los profesores Lovati, Platner, Fattori, Pastorello i Billi esperan tranquilamente el término de la gestacion, confiando en un acto operativo que salva, segun ellos, al feto i no mata siempre a la madre. Otros en la misma Italia observan un término medio, como el profesor Giordano de Turin; i no pocos, llevados de su experiencia propia, han adoptado el aborto sin restriccion alguna.

Mientras tanto la lucha continúa empeñada, sin verse todavía su fin. Hemos llegado, sin embargo, a una época en que se respira el aura de libertad, la que tambien pedimos para nuestro arte.

Cada cual puede seguir el camino que le dicte la conciencia, o una conviccion fundada siempre en los severos principios de la ciencia. Ambos individuos tienen en el parto derechos iguales a nuestra solicitud: esto está bien en abstracto; pero cuando el obstétrico tiene que levantar la mano para llevar a cabo el sacrificio de una existencia, no puede desconocer que es bien diferente su importancia i su valor social. Es de tanto peso esta razon moral que ya vemos inclinarse la opinion jeneral por la máxima de sacrificar al feto ántes que la madre.

Señores: concluiré esta disertacion didáctica con el argumento de que se sirvió Velpeau, maestro de los cirujanos modernos, al entablarse en la academia médica de Paris en 1852 la discusion sobre el *aborto obstétrico*.

