Año 1908 N.° 1827

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

LA EMBRIOTOMÍA

ANTE LA MEDICINA

LA MORAL Y LA LEY

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLAS C. CAPECE

FARMACÉUTICO

Ex-farmacéutico del Hospital Militar de Mendoza y de la Escuela Naval Militar
Ex-practicante de la Asistencia Pública y de los Hospitales San Roque y Norte
Ex-secretario de Redaación de LA SEMANA MÉDICA de Buenos Aires

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

LA EMBRIOTOMÍA

ANTE LA MEDICINA, LA MORAL Y LA LEY

Año 1908 N° 1827

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

LA EMBRIOTOMÍA

ANTE LA MEDICINA

LA MORAL Y LA LEY

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLAS C. CAPECE

FARMACÉUTICO

Ex-farmacéutico del Hospital Militar de Mendoza y de la Escuela Naval Militar
Ex-practicante de la Asistencia Pública y de los Hospitales San Roque y Norte
Ex-secretario de Redaación de LA SEMANA MÉDICA de Buenos Aires

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES (con lic.)
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» VACANTE
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS (en ejerc.) » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING (en ejerc.) » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR IGNACIO ALLENDE

A LA MEMORIA DE MI PADRE



Nacido en Picerno (Italia)
el 12 de Octubre de 1849
† en Mercedes (Bs. Aires)
el 15 de Octubre de 1906

A MI MADRE

Vosotros recibísteis la primera mirada de mis ojos; vuestros nombres fueron los que primero balbucearon mis labios; vuestro fué el primer movimiento instintivo de mi corazón; vuestro el cariño primero que floreciera en él; á vosotros, pues, y solo á vosotros pertenece de derecho este trabajo, fruto de mi iuteligencia iluminada por vuestros ejemplos, nutrida con vuestros consejos, fecundada con el amor al estudio y al trabajo que supísteis infundirme.

A MI SEÑORA

A MIS HERMANOS

A MIS QUERIDOS PADRES POLÍTICOS

ALFREDO MARTINEZ VIVOT

Y

MARÍA SIMONAZZI DE MARTINEZ VIVOT

A MIS TÍOS IRENEO CUCULLU Y SEÑORA

GRATITUD

AL SEÑOR CONTRA-ALMIRANTE

D. MANUEL J. GARCÍA

AL SEÑOR CAPITAN DE FRAGATA

D. EZEQUIEL GUTERO

Y AL SEÑOR CIRUJANO DE 1.ª

DR. GUILLERMO RAFFO

Director, Sub-director y cirujano, respectivamente, de la Escuela Naval Militar

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentarme ante vosotros, á sostener mi tesis, de que la embriotomía en feto vivo es un delito, vengo á dar la última prueba que se me exige para otorgarme el título de doctor en medicina.

No he elegido este tema, al azar, pués no habiéndome sido posible presentar un nuevo aparato de extracción de jugo gástrico y mediciones de estómago y su contenido, que me ha merecido las felicitaciones de nuestro apreciable profesor el Doctor Juan B. Señorans; y tampoco un estudio sobre la prevención de la blenorragia en la Armada Nacional, he querido esbozar ligeramente el estudio de la embriotomía ante la medicina, la moral y la ley, por ser una cuestión que me preocupó siempre, con solo pensar que algún día tuviera la desgraciada necesidad de efectuar en feto vivo ésta repugnante operación.

Para el médico que piense «que la medicina no la hacen los médicos para los médicos, sinó para sus clientes, los cuales tienen el derecho de seguir los preceptos de su religión; sin que el médico pueda hacer otra cosa que respetarlos ó retirarse», se

acuerda también «que el médico debe á su humanitaria profesión, hasta el sacrificio de su reputación y de su gloria» (1) y comienzan entonces las lucubraciones de las trascendentales circunstancias en que puede actuar como profesional. Y de aquí nace el interés del estudio de esas situaciones.

Antes de retirarme de esta casa quiero hacer público mi agradecimiento á la Facultad y muy especialmente á los Sres. Profesores: Dr. Diógenes Decoud, quien tanto como Director de «La Semana Médica», cuanto como profesor, me ha sido tan útil; Doctor Pedro Barbieri, nuestro sincero amigo; Dr. Francisco de Veyga nuestro Profesor de Medicina legal; y Dr. Ignacio Allende el correcto caballero, en toda la extensión de la palabra, y sabio profesor que me hace el alto honor de acompañarme en esta prueba final.

Y ahora dos últimas solicitudes á la Facultad: que se coloque el retrato del Dr. Cesar Milone, en la Morgue ó que se dé su nombre á una de las salas de disección, pues él dedicó veinte años á la enseñanza y fué el creador de la cátedra de Anatomía Topográfica. Creo que en esta ocasión no se trata de una ingratitud de nuestra escuela, sino de un injusto olvido. Como su alumno que fuí durante cuatro años, me permito mostrar, en esta forma, mi gratitud á mi malogrado maestro.

La otra es que se suprima el juramento al otorgar el diploma.

---

(1) Bialet Massé T. I. pag. 650.

EMBRIOTOMIA

Definiciones. Se llama embriotomía á toda operación cuyo fin es mutilar el feto; ya esté éste vivo ó muerto.

Su objeto: La reducción del volúmen ya sea de la cabeza ó de otras partes ó de todo el cuerpo, á fin de que pueda franquear la hilera pelvi-genital.

DIVISIONES DE LA EMBRIOTOMIA

El nombre de embriotomía es genérico para todas las operaciones indistintamente; pero, para precisar é indicar mejor lo que se quiere decir se la ha dividido, dándole distintos nombres, según la parte del cuerpo de que se trate.

Denomínase embriotomía cefálica si se opera sobre la cabeza y embriotomía córmica si se trabaja en el tronco.

La embriotomía cefálica se subdivide á su vez en craniotomía y en baciotricia.

La craniotomía es la perforación simple de la bóveda ó de la base del cráneo ó de la cara, y como consecuencia, algunas veces, la salida del encéfalo.

Baciotricia es la ruptura y aplastamiento de los huesos del cráneo al nivel de su base.

La cefalotricia y la cranioclacia son operaciones semejantes á la anterior y que solo difieren en el punto de aplicación y en la clase de instrumento.

La embriotomía córmica se subdivide en:

Derotomía ó decolación es la separación de la cabeza del tronco·

Raquiotomía ó embritomía raquídea es la sección del raquis.

Melotomía es la desarticulación ó amputación de los miembros superiores ó inferiores.

Despedazamiento, como su nombre lo indica, es la operación por la cual se extrae el feto por pedazos, sin que su extracción se limite á elección ni orden en la toma de las partes fetales. Esta operación así como la siguiente son excepcionales.

Evisceración, es la extracción de los órganos contenidos en la cavidad cefálica, torácica y abdominal con el fin de poder practicar enseguida sea la evolución forzada ó la versión forzada.

En el lenguaje corriente se dice *craniotomía por embriotomía cefálica; y embriotomía* á la sección del cuello ó del tronco.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Es difícil poder decir cuando empezó á practicarse la embriotomía, pero ya antes de nuestra era se la conocia, pues está mencionada en el Talmud.

Hipócrates nos habla de la embriotomía y nos da las indicaciones en la forma siguiente: «Si el feto tiene una situación anormal, no de cabeza, esté muerto ó vivo, debe ser empujado y dado vuelta con la cabeza para abajo. Si la mujer no puede parir, se le puede dar un baño caliente, y después lubrificar con aceite las partes genitales; si el feto está muerto y no se puede hacer la versión (1) se deberá proceder á la embriotomía.

«Si el feto está muerto, y la cabeza ya fuera del útero, no desciende, sin embargo, al nivel de los órganos genitales externos, se lubrifica la mano, se contornea la cabeza y se va á enganchar el mentón. Si el tronco está afuera y la cabeza aún en

---

(1) Versión cefálica, se entiende, porque todavía no era conocida la podálica.

el útero, se introducen ambas manos en la vagina, se rodea la cabeza y se tira».

Los instrumentos usados por Hipócrates eran un cuchillo curvo, una pinza osívora y un gancho.

Sorano de Efeso fué el primero que hizo craniotomía por hidrocefalia, en el primer siglo de nuestra era.

Pablo de Egina practicaba también la embriotomía y aumentó el instrumental con un cuchillo (*ostaira*) y una fuerte pinza (*odontaira*).

Fué practicada también, *pero en feto muerto*, por el sacerdote católico O. Septimius Flor. Tertulianus, que usaba un cuchillo cortante.

Durante el transcurso de gran parte de la edad media y moderna, queda oscura la historia de la embriotomía hasta el siglo XIX en que reaparece esta intervención feticida, sobretodo en Inglaterra, donde se puede decir que fué erigida en sistema para la terminación de los partos distócicos de vértice.

Aparecen, entonces, gran número de instrumentos más ó menos complicados, destinados á practicar la embriotomía cefálica y á terminar el parto.

Citaremos algunos de ellos, como ser: el *craniótomo forceps* de Valle.

El *cefalotribo* de Hueter.

El *forceps compresor* de Assalini, que operaba después de efectuar la craniotomía.

El *basiocestro* de Melzer, fabricado con el objeto

de reducir la base del cráneo y facilitar su pasaje por el estrecho superior.

El *cefalotribo* de Beaudelocque que fué muy discutido.

El *forceps sierra* de Van Huevel.

El *laminador* de Wasseige.

El *diatriptor* de Didot.

El *transforador ó esfenotribo* de Hubert.

El *trepanador* de Guyon.

El *basilisis* de Simpson.

Las *pinzas basiotómicas* de Fabbi.

El *cranioclasta de Simpson* que después fué modificado por Braun.

INSTRUMENTOS—OPERACIONES

TECNICA OPERATORIA

Como hemos dicho antes, se efectúan dos clases de operaciones sobre la cabeza del feto; la craniotomía y la cefalotricia.

Craniotomía. Para hacer esta operación se han usado toda clase de instrumentos punzantes y cortantes cuando los médicos no han tenido á su alcance los instrumentos especiales necesarios para esta intervención.

Podemos citar los cuchillos de cocina, bisturís, tijeras, facones, etc.

No describiremos entre los instrumentos el de Guyón con su *trépano* que es uno de los más perfeccionados; el *terebellum* que forma parte del transforador de Hubert (de Lovaina) y que está constituido por un largo tallo munido en su extremidad de una oliva puntiaguda y cuya superficie está surcada por un paso de tornillo; el transfora-

dor de Didot y el *basilisis* de Simpson; pues solo nos limitamos á su cita.

Describiremos las tijeras de Smellie, las de Blot y el perforador á lezna de Tarnier.

Tijeras de Smellie.—Como las tijeras ordinarias, se componen de dos láminas articuladas, cuyo filo está en el borde exterior.

Hay un protector metálico que se aplica sobre una de las caras para evitar que el operador hiera sus manos ó á los órganos genitales de la mujer.

Al utilizarlas se las lleva munidas del protector hasta que la punta toque el ovóide cefálico, momento en el cual se retira la cubierta protectora, se punciona y luego se abre el instrumento, con lo cual se produce una ventana ó varias según sean uno ó varios los movimientos efectuados.

Es sumamente ventajoso al puncionar no limitarse solamente á la presión en la dirección del eje del instrumento, sinó que es conveniente imprimirle movimientos rotatorios de modo que se haga un agujero circular; aunque esto último no es condición *sine qua non* para hacer una brecha útil.

Este instrumento (fig. I) ha sido modificado por Pinard recurbando más los mangos con el fin de producir una mayor abertura de los filos.

Tijeras de Blot.—Las *tijeras ó perforador* de Blot, (fig. II) que son de un manejo más fácil que las anteriores, están constituídas por dos láminas metálicas paralelas que se recubren. El borde

romo de la una desborda de un mm. al cortante de la otra, cuando el instrumento está cerrado.

La parte superior del instrumento está terminada en punta de forma piramidal de base cuadrangular, para hacer más fácil su introducción en el cráneo.

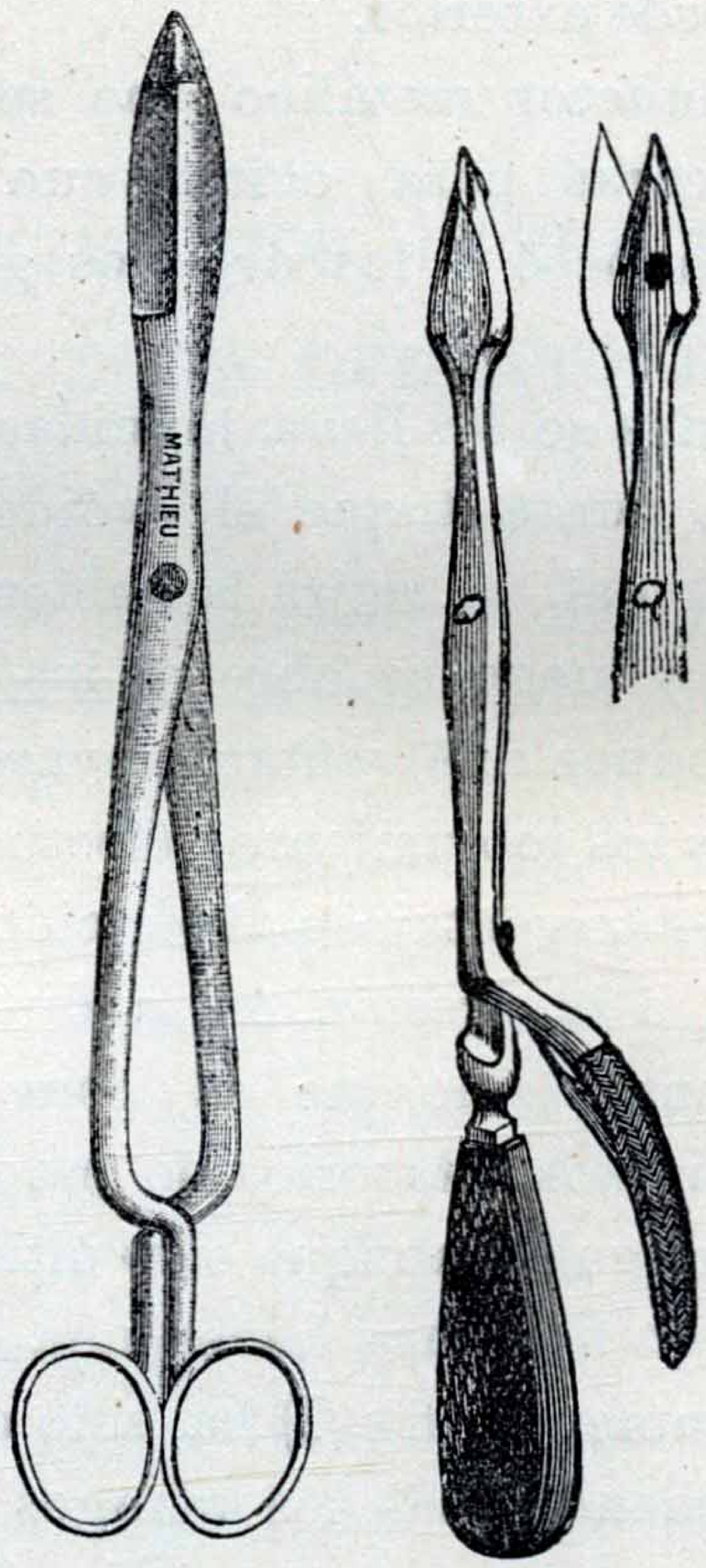


Fig. I—Tijeras de Smellie Fig. II—Tijeras de Blot modificadas por Pinard.

Se maneja haciendo presión sobre los mangos para producir la abertura de las puntas.

Para su penetración se sigue la misma técnica

que para el uso de las tijeras de Smellie; pero puede agregarse además, cuando el instrumento está ya abierto, un movimiento vibratorio con el objeto de agrandar la abertura y favorecer la salida de la masa encefálica.

Perforador á lezna de Tarnier.—Este perforador está constituído por una rama del basiotribo de Tarnier (fig. 4): de modo que para no incurrir en repeticiones inútiles haremos su descripción cuando hagamos la de dicho basiotribo.

Para operar con el perforador es necesario también tener en cuenta y poner en práctica las reglas generales de toda craniotomía.

El instrumento debe ser bien guiado por la mano del operador; protegido por una de ellas y por el protector metálico si se quiere ser bastante prudente, de modo que no se produzcan lesiones ni en los órganos externos ni en las paredes vaginales, ni en el orificio uterino.

Hay que tener muy en cuenta la posición en que se encuentra la cabeza fetal para no traspasar de parte á parte la bóveda craneana.

Es conveniente dar una buena dirección al aparato de modo que en lo posible ésta sea perpendicular al cráneo á fin de evitar el accidente arriba mencionado.

¿En qué punto de la cabeza debe efectuarse la perforación?

Si la dilatación del cuello uterino fuera incompleta, se hace actuar el instrumento sobre el centro

de la parte que está en contacto con el orificio del cuello ó sea sobre el centro de este orificio.

Si la dilatación es completa, es al nivel de la región fetal que ocupa el centro de la pelvis que debe ser hecha la perforación.

Es fácil hacer la perforación al nivel de una sutura ó de una fontanela; pero no es la más conveniente, pues, puede producir una brecha insuficiente para la evacuación, aun parcial, de la sustancia cerebral.

Además contribuye á hacer mala esta abertura el cabalgamiento de los huesos del cráneo que se efectúa con la contracción uterina y que produce el cierre del orificio; así como también por el cuero cabelludo que suele interponerse.

Es preferible hacer un buen agujero eligiendo un punto de un hueso, que esté cerca de una sutura, pues así será más fácil la evacuación de la sustancia cerebral; y mucho más fácil todavía si una vez que el instrumento haya penetrado en la cavidad craneana, se le imprimen movimientos en todos sentidos con el objeto de dilacerar el tejido cerebral.

Se concluirá más pronto la evacuación del cráneo, si se hace una inyección intracraneana con una solución antiséptica ó con agua aséptica caliente y utilizando para ello, por ejemplo, la sonda de Bozeman.

Cuando se hace craniotomía en cabeza última se efectúa la perforación, ya sea en el agujero occipi-

tal ó más fácil en el occipital, ya sea al nivel de la región suprahióidea ó lo que es más difícil todavía, al nivel de la boca, la nariz ó el ojo.

Efectuada la craniotomía se deja que el parto se termine solo; pero si no se hace, sea por lentitud de la dilatación, sea por falta de contracciones uterinas, se recurre al forceps ó mejor al basiotribo.

Hay casos en los que viniendo la cabeza última no es fácil hacer la perforación como lo hemos indicado más arriba, pues es incómoda la introducción de los instrumentos debido á la gran altura á que está la cabeza. Tarnier aconseja un método ingenioso cuando se trata de hidrocefalia y es seccionar la columna dorsal y dar salida al líquido por esta vía.

«Se introduce la lámina de un bisturí de cada lado de la columna vertebral en dos espacios intercostales correspondientes, y por esta doble brecha se introduce profundamente las láminas de un par de tijeras; de un solo golpe se secciona la columna vertebral. El canal raquídeo es puesto así al descubierto; la parte de tronco subyacente á la sección se baja; se introduce entonces en el canal raquídeo una sonda de goma ó aún metálica, que se la empuja hasta que llegue hasta la cavidad craneana; un chorro de líquido céfalo-raquídeo corre hacia afuera, la cabeza se vacía y no tarda en ser llevada hacia afuera por el peso del cuerpo.

Cuando el feto está fuera, para darse exacta cuenta del volúmen primitivo de la cabeza fetal, se puede inyectar en ella por la misma vía una cantidad de líquido igual á la que ha sido retirada.» (Ribemont).

CRANIOCLASIA

El cranioclasta, creado por Simpson en 1860, que perfeccionó los instrumentos ideados antes de él, consiste en dos ramas que se articulan entre ellas como el forceps.

Una se aplica en el interior del cráneo y la otra afuera; se articulan y se presiona.

La cuchara interna, más pequeña, es maciza, cóncava por una de sus caras, convexa y surcada de dientes gruesos sobre la otra: la exterior más grande, fenestrada, que aloja á la interna, presenta igualmente dientes sobre su cara interna.

La rotura que se hace con este instrumento, no alcanza ni con mucho, á la que puede hacerse con el cefalotribo.

Este instrumento puede ser usado cuando la desproporción entre el volúmen de la cabeza fetal y los diámetros de la pelvis no es muy grande.

Presenta el inconveniente de tener sus ramas muy cortas, de modo que si está alta la cabeza, uno se vé obligado á efectuar su articulación dentro de la vagina.

Braun y Auvard han modificado este aparato un poco.

CEFALOTRICIA

El cefalotribo ideado en 1829 por Beaudelocque, tiene la forma de un forceps y se aplica como él.

Fué instrumento muy útil y muy usado hasta la aparición del cranioclasta y del basiotribo que lo han desplazado.

Hablando de este aparato Pinard, dice que antes de él se perforaba ó se despedazaba la cabeza; no se podía romperla apesar de las numerosas tentativas hechas con este fin, en particular por Coutouly, Assalani y Delpech.

Con el instrumento de Beaudelocque, se puede romper la cabeza fetal, ¿pero se la rompe siempre tanto como es necesario, para no hacer correr peligro al organismo materno?

Cuando el cefalotribo toma bien la cabeza, la rompe admirablemente, pero la dificultad está precisamente en tomar bien. Generalmente, una vez hecha la presa, cuando se comienza á hacer fuertes presiones, la cabeza se escapa ya sea en un sentido

ó en otro y en este caso la ruptura no se hace ó se hace mal. «Tomar la cabeza con las cucharas del cefalotribo es algo, mantenerla durante la ruptura es todo.» (Pinard).

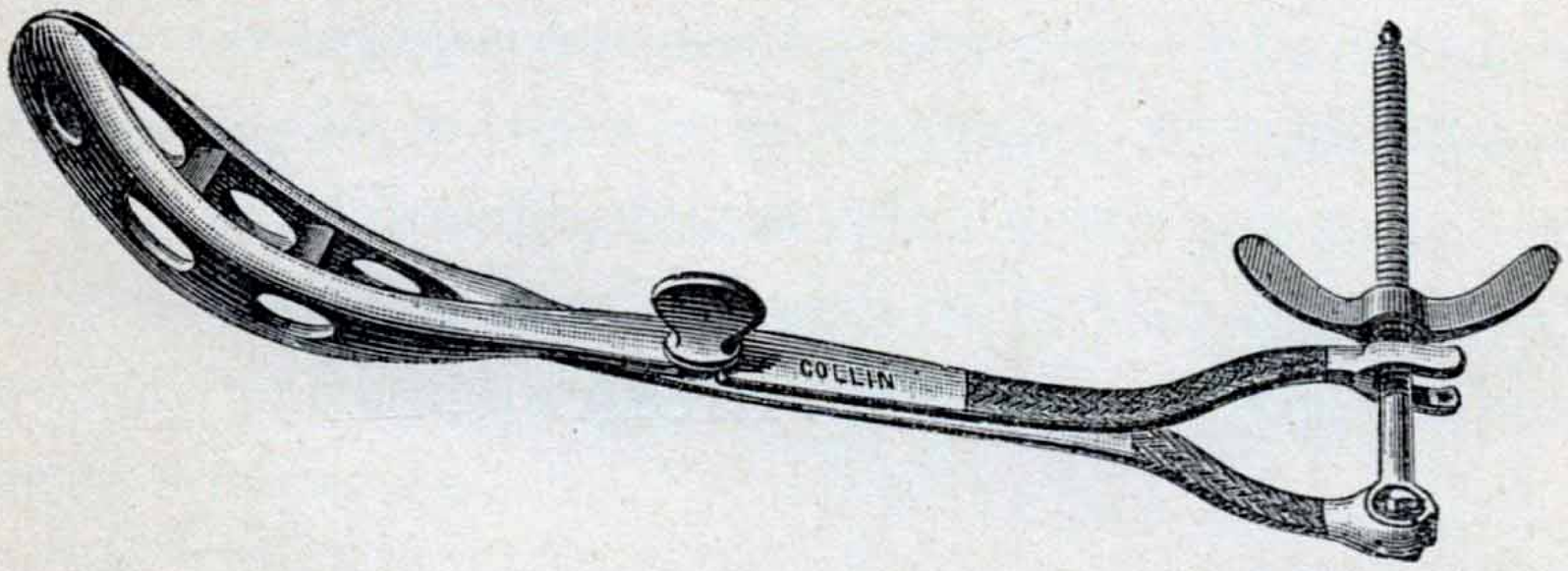


Fig. III—Cefalotrito de Tarnier

Este aparato fué más tarde modificado por Tarnier (fig. 3) y para evitar la descripción damos á continuación la figura con la cual se comprende bien el aparato.

BASIOTRICIA

El basiotribo ha desalojado completamente al cefalotribo. No debe faltar al partero, su basiotribo.

Este instrumento inventado por Tarnier, ha sido malamente llamado basiotribo, pues no solo tritura los huesos de la base, sino que también todos los de la cabeza.

Transcribo á continuación la memoria descriptiva con que Tarnier presentó su aparato á la Academia de Medicina de París, el 11 de Diciembre de 1883:

«Este instrumento se compone de tres ramas escalonadas de desigual longitud y de un tornillo de compresión.

Su longitud es de 44 centímetros, su ancho cerrado, de 4 centímetros de un lado al otro, y de 45 milímetros de atrás hacia adelante.

Pesa 1200 gramos.

La rama mediana, la más corta, lleva un perfo-

rador cuadrangular que se hace penetrar en el cráneo por un movimiento de rotación. Este perforador actúa como una lezna y hace al cráneo una abertura redondeada. Desde que la extremidad olivar de este perforador ha entrado en la cavidad craneana, se detiene el movimiento de rotación y se empuja dulcemente esta rama hasta que su punta es detenida por la resistencia de la base del cráneo, con la cual deberá quedar en contacto hasta el fin de la operación.

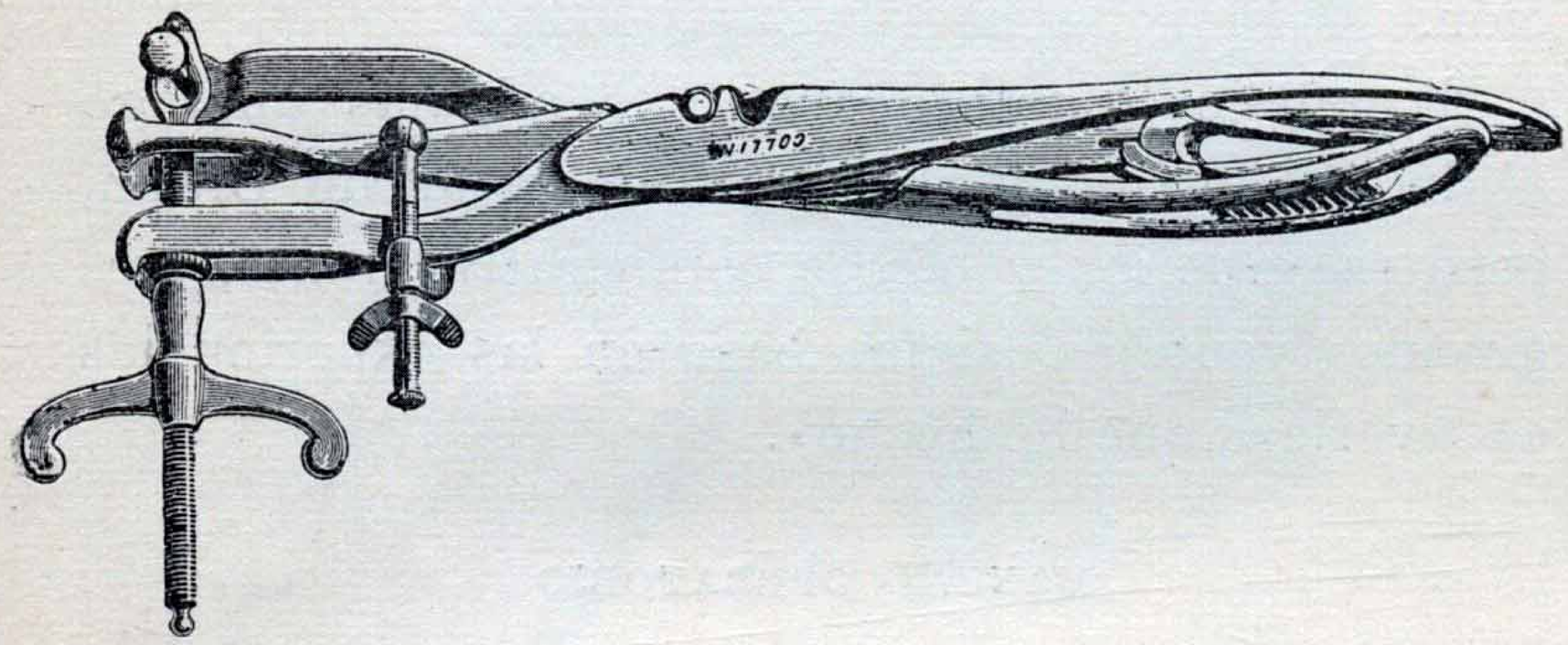


Fig. IV

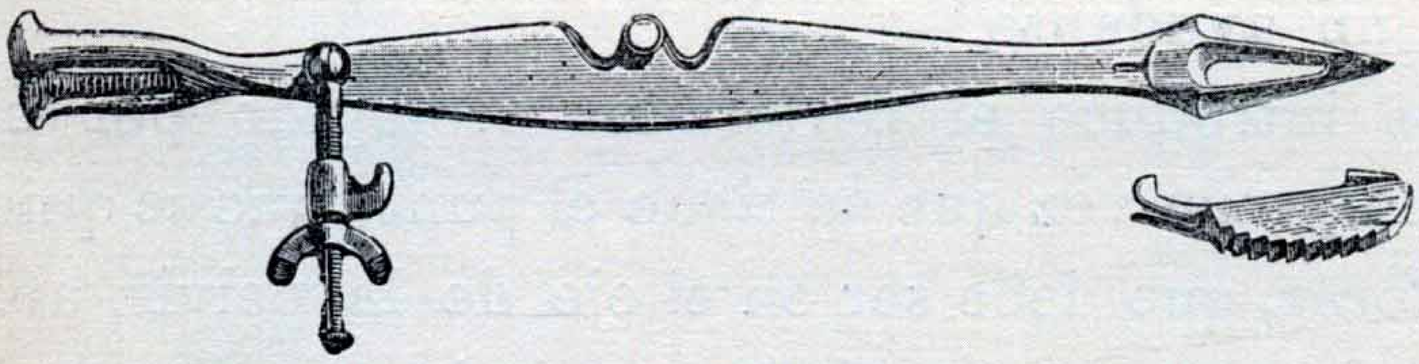


Fig. IV Basiotribo de Tàrnier, nuevo modelo

La rama izquierda, análoga á la rama izquierda de un forceps, es enseguida aplicada, como si se tratara de un forceps y articulada con la rama mediana.

Rama mediana y rama izquierda son entonces aproximadas por el tornillo de trituración y rompe

la mitad de la cabeza (pequeña trituración). Un pequeño gancho mantiene estas dos ramas aproximadas, mientras se quita el tornillo de trituración.

La rama derecha, la más larga de todas, es enseguida aplicada como la rama derecha de un forceps, y el tornillo de trituración puesto de nuevo en su lugar y en acción, aproxima esta rama á las dos primeras. (Gran trituración).

La cabeza es así aplastada por mitad, en dos rupturas sucesivas, después se procede á su extracción.

El manejo de este aparato, es además análogo al del cefalotribo y al del cranioclasta de Braun, pero es superior y ofrece comparativamente, tres grandes ventajas, si me baso en las experiencias cadavéricas que he hecho».

MANUAL OPERATORIO

Perforación.—La cabeza debe estar inmovilizada por un ayudante.

Se introduce el perforador protegido por una mano y una vez que se tiene el punto que se quiere perforar, que debe ser en el eje de la pelvis, aproximadamente, se imprimen movimientos vibratorios y rotativos para hacer penetrar la punta.

Una vez que ha penetrado la parte más ancha del instrumento, se siente que sigue penetrando fácilmente; se le empuja dulcemente y se trata de que su punta vaya á tocar la base del cráneo.

En este momento se la entrega á otro ayudante y se pasa á hacer la

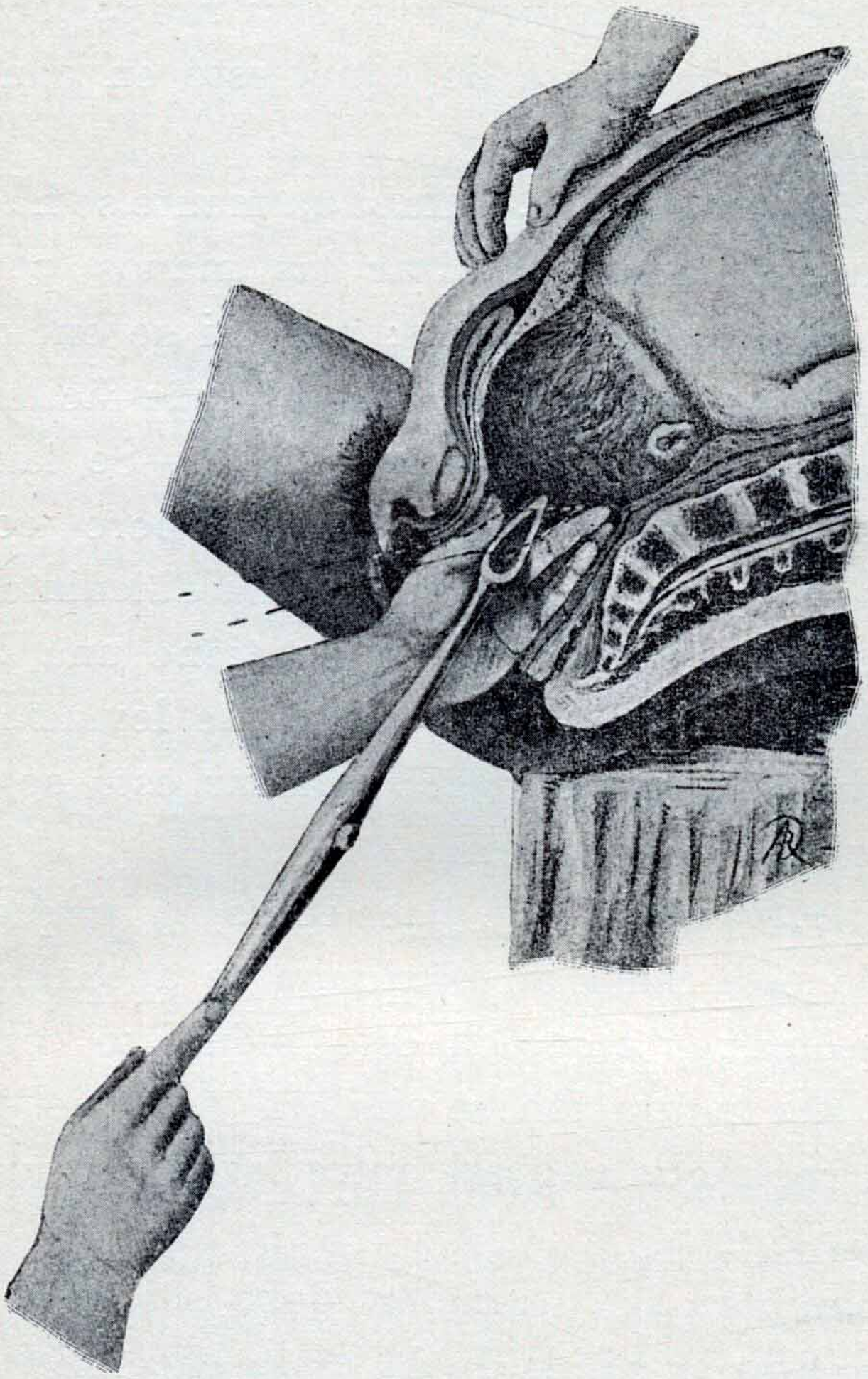


Fig. VI—Craniótomía ó primer tiempo de la basiotricia

Introducción y colocación de la rama izquierda.— Se hace como si fuera la rama izquierda del forceps, y se la coloca en la extremidad izquierda del diámetro transverso ó sea en la parte posterior del diámetro oblicuo derecho.

Articulación.—Como la del forceps, pero haciendo girar el perforador si el *pivot* no está en coincidencia con la escotadura de la otra rama; pero cuidando de que la punta de aquél esté en contacto con la base del cráneo.

Pequeña trituración.—Habitualmente se hace sin dificultad, pudiendo utilizar las manos para la aproximación de las ramas; pero si se encuentra dificultad se usa el tornillo y se efectúa fácilmente.

Introducción de la segunda rama.—Se la introduce como una rama del forceps, pero con la ventaja de que si hubiera mucha dificultad para su colocación debida, como se tiene una buena presa con las otras dos ramas, se levanta ó se hace girar la cabeza para colocar esta segunda rama en el punto requerido.

Gran trituración.—Se hace como la pequeña y llevando esta rama al máximum de aproximación con las otras; y tanto en este momento como en la pequeña trituración se vigilará para no tomar ningún repliegue vaginal entre las ramas del basiotribo.

La maniobra de trituración debe ser algo lenta para facilitar la salida de la masa encefálica y vigilar mejor toda la operación.

Extracción del feto.—Una vez efectuada la trituración, se coloca el diámetro que se ha producido en la cabeza fetal, en relación con el mayor diámetro del estrecho superior y se maniobra como con el forceps, si no se produce la salida expontá-

nea. Si hubiera dificultad se hace la maniobra de Pinard, de extraer los brazos aunque se rompan, y también se puede hacer una segunda trituración sobre la cabeza fetal, colocando las ramas triturodoras sobre éste diámetro que actualmente tiene la cabeza. Bien entendido que no hay para qué retirar el perforador en esta segunda maniobra.

Hay que tratar de tomar buenos diámetros fetales, para el mejor éxito de la operación, pues como dice Bar, «para alcanzar la cabeza de que se quiere disminuir el volumen, no basta, en efecto, tener en cuenta el grado de viciación de la pelvis, de su conformación; es necesario, también, preocuparse de la presentación de la cabeza fetal, de su inclinación, de su flexión más ó menos pronunciada, de su grado de fijeza ó de movilidad, de su encaje más ó menos notable; circunstancias que se agrupan de maneras tan diversas que el partero debe hacer concurrir toda su habilidad, si quiere llevar bien su intervención».

Auvard presentó en 1864, una modificación al cranioclasta de Braun y lo volvió á perfeccionar con su nuevo aparato denominado *embriótomo cefálico combinado.*

El Dr. P. Plaza se declara partidario de este instrumento, porque dice que suple á estos tres defectos del basiotribo.

1° El basiotribo tiene sus ramas un poco cortas.

2° No se puede aplicar á voluntad una ú otra de las externas según las posiciones.

3° La oliva terminal de la rama mediana no se fija bien en la base del cráneo y no se aproxima como sería de desear para una buena presa, con la primera rama, la izquierda, y menos aún con la segunda.

EMBRIOTOMIA CERVICAL Y RAQUIDEA

Describiremos los siguientes instrumentos:

1º Las tijeras de Dubois.

2º El gancho de Braun.

3º El gancho de Pajot munido de su hilo de fusta.

4º El embriótomo de Ribemont-Dessaignes.

5º El embriótomo de Tarnier.

Tijeras de Dubois.—Las tijeras de Dubois son de un empleo fácil. Hay rectas y curvas.

Son largas y fuertes; de láminas espesas, que son más cortas que los mangos lo que aumenta la fuerza del instrumento. Pinard ha hecho cruzar los mangos á fin de conseguir una mayor separación de la parte cortante, cuando se separan los mangos. Sus puntas son redondeadas.

Para hacer la embriotomía con este instrumento, una vez hecha la antisepsia que es de regla en todas las operaciones de hoy día y después de vaciada la vejiga y el recto, se introduce una mano y

se va en busca del cuello, el cual se rodea con el pulgar y el índice y si es posible se utiliza el dedo medio.

Con la otra mano se hace deslizar en la vagina, con las precauciones debidas, hasta llegar á los tegumentos fetales que se cortan poco á poco, separando muy poco las láminas para evitar que se lesionen los órganos maternos.

Se llega hasta la columna vertebral y se trata de cortar pasando entre dos vértebras; si no se ha logrado caer bien, se retira el instrumento y se busca por tanteo un disco intervertebral y luego se aplica la tijera y se hace el corte y se concluye de separar la cabeza del tronco.

Se tracciona sobre el brazo procidente, lo que con facilidad produce la salida del resto del cuerpo; luego se extrae la cabeza con la mano, metiendo un dedo en la boca para ejercer tracciones sobre el maxilar inferior, y si estos medios fracasaran porque la cabeza fuera muy voluminosa ó la pelvis retraída, uno se sirve del basiotribo.

2º *Gancho de Braun.* – Consiste en un tallo de acero, redondeado, de un largo de 32 cm. Su extremidad superior está recurvada en gancho, es algo aplanado y de borde un poco romos y se termina en un botón del tamaño de una arveja, que se encuentra á 27 mm. del tallo.

En la otra extremidad hay un mango transversal.

Para maniobrar es necesario, primeramente, ba-

jar con la mano cuanto sea posible el cuello del feto.

Se introduce el gancho, con las precauciones debidas, entre el cuello fetal y la parte anterior de la pelvis de la madre.

Cuando se ha llegado al cuello se da vuelta el gancho de modo que aloje la mayor parte de aquel. Entonces se imprime al instrumento movimientos alternativos de rotación de izquierda á derecha y efectuando una tracción continua de arriba hacia abajo.

Se luxa así las vértebras cervicales, se dilacera poco á poco las partes blandas del cuello y se separa, en fin, penosamente, la cabeza del cuello.

Una mano del operador debe permanecer durante la operación dentro de los órganos genitales para protegerlos en caso de escapada del instrumento.

Este instrumento no debe ser usado á causa de que es peligroso, pues debe ser manejado con cierta brutalidad.

3º *Método de Pajot.*—Es un embriótomo sierra, constituído por un gancho que tiene mango de madera. El tallo del gancho tiene un canal con ranura que se abre en su extremidad. Por éste pasa un hilo que se termina en una bala; ésta detiene el hilo en la punta del gancho y la otra parte del hilo está adosada al tallo por enroscamiento alrededor de una pieza saliente.

Se hace la presa como con el gancho de Braun y

se afloja el hilo; éste es arrastrado hacia abajo por la bala y se lo retira hacia afuera, se saca el gancho y queda el hilo rodeando el cuello. Se introduce en la vagina un espéculum por el centro del cual se han hecho pasar los dos cabos. El espéculum se coloca á fin de proteger la vagina. Se imprime al hilo un movimiento de vaivén rápido; el cuello es serrado en unos segundos.

Es conveniente no hacer trabajar, todo el tiempo de la operación, al mismo punto del hilo, pués, podría cortarse é interrumpir la operación. Se retira un poco de un cabo y así se cambia el lugar de acción.

Cuando se cree que se está sobre la columna dorsal se tira hacia abajo para luxar las vértebras y pasar por el disco invertebral.

Este procedimiento ha dado muy felices resultados en manos de su autor.

4º *Embriótomo de Ribemont-Dessaignes.*—El método de Pajot ha originado muchos embriótomos y entre ellos está el de Ribemont-Dessaignes, que es el que ofrece el mínimum de peligro para la madre.

La mejor descripción que podemos hacer de este aparato, es transcribiendo la que hace su autor.

«Se compone de cuatro piezas distintas:

1º Un gancho metálico (R) destinado á llevar el hilo sierra alrededor del niño y á proteger, en parte, los órganos maternos contra la acción de esta sierra.

2º Un tubo (T) destinado á completar el aparato protector de los órganos maternos, que se articula con el gancho.

3º Un doble resorte de acero munido en una de

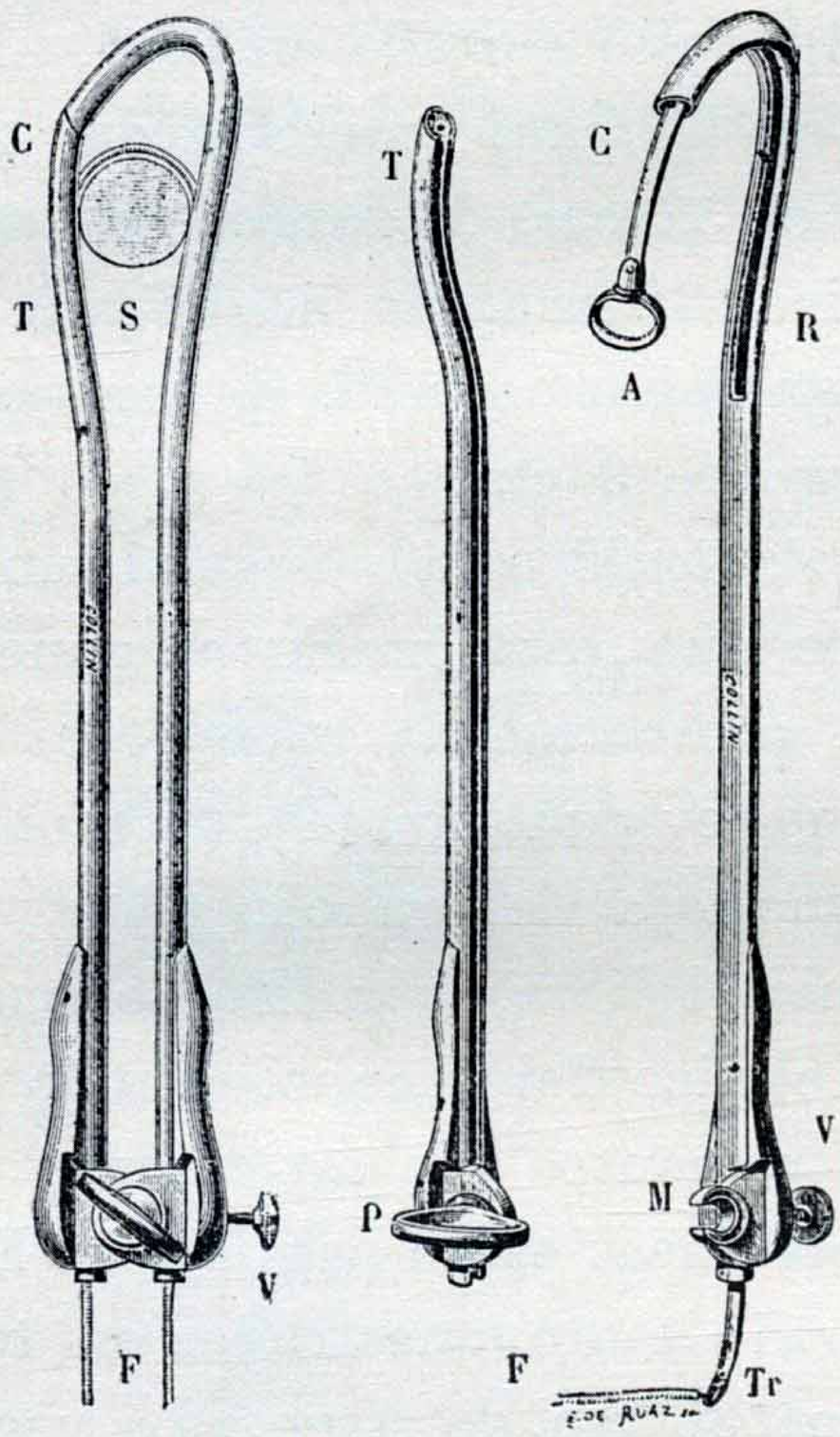


Fig. VII—Embriótomo de Ribemont-Dessaignes. A la izquierda de la figura el embriótomo está representado articulado; entre las dos ramas se encuentra una superficie redondeada (s) que representa la superficie de sección del cuello del feto. A la derecha las dos ramas del instrumento están separadas una de otra.

sus extremidades de una peqùeña pieza (M) perforada por un agujero para fijar el hilo sierra, y que lleva en la otra extremidad un anillo (A) metálico móvil.

4º Un hilo sierra (Tr) de Thomas.

El gancho es un tubo de acero cerrado en sus

dos tercios inferiores y fenestrado (R) en su tercio superior. La porción cerrada es rectilínea y soporta un puño metálico que ofrece una mortaja y un tornillo, (V) cuyo tallo penetra hasta en el tubo.

La porción fenestrada está recurvada en gancho. Su extremidad está cortada en bisel. La ventana está hecha en la cara cóncava del gancho. El gancho mide 32 cm. de largo. El tubo que lo constituye tiene 12 mm. de ancho y 9 mm. de espesor; la ventana tiene 4 mm. de ancho. El puño tiene un largo de 9 cm.

El tubo protector (T) está formadode un tubo análogo á aquel de que está hecho el gancho. Como éste último, presenta una parte recta munida de un mango que lleva un *pivot* (P) destinado á articularse con la mortaja del gancho y una parte curva cuya extremidad libre, cortada oblicuamente, se aplica sobre el pico del gancho, cuando las dos ramas del instrumento son articuladas y que sus porciones rectilíneas están paralelas. El tubo protector y su puño están fenestrados en toda su extensión. Tiene 36 cm. de largo. La ventana tiene 5 mm. de ancho.

El resorte está constituído por dos láminas de acero, delgadas y superpuestas, largas de 62 cm. Reunidas en una de sus extremidades por una pequeña pieza de acero, que sirve de soporte á un anillo metálico; cuando el instrumento está armado, este anillo se aloja cerca del pico del gancho.

Este resorte no tiene en todas partes las mismas

dimensiones. En los 10 cm. que avecinan el anillo no tiene sino 4 mm. de ancho; por todo el resto 8 mm. El anillo da vuelta alrededor de la pieza que lo soporta; y que ella misma, puede inclinarse á izquierda y á derecha del resorte».

MANUAL OPERATORIO

Aplicación del gancho y toma y descenso de la sierra.—Se hace como en el método de Pajot, pero, enganchando con el dedo el aro que tiene la sierra en la punta del instrumento y se tira para sacar la sierra al nivel de la vulva.

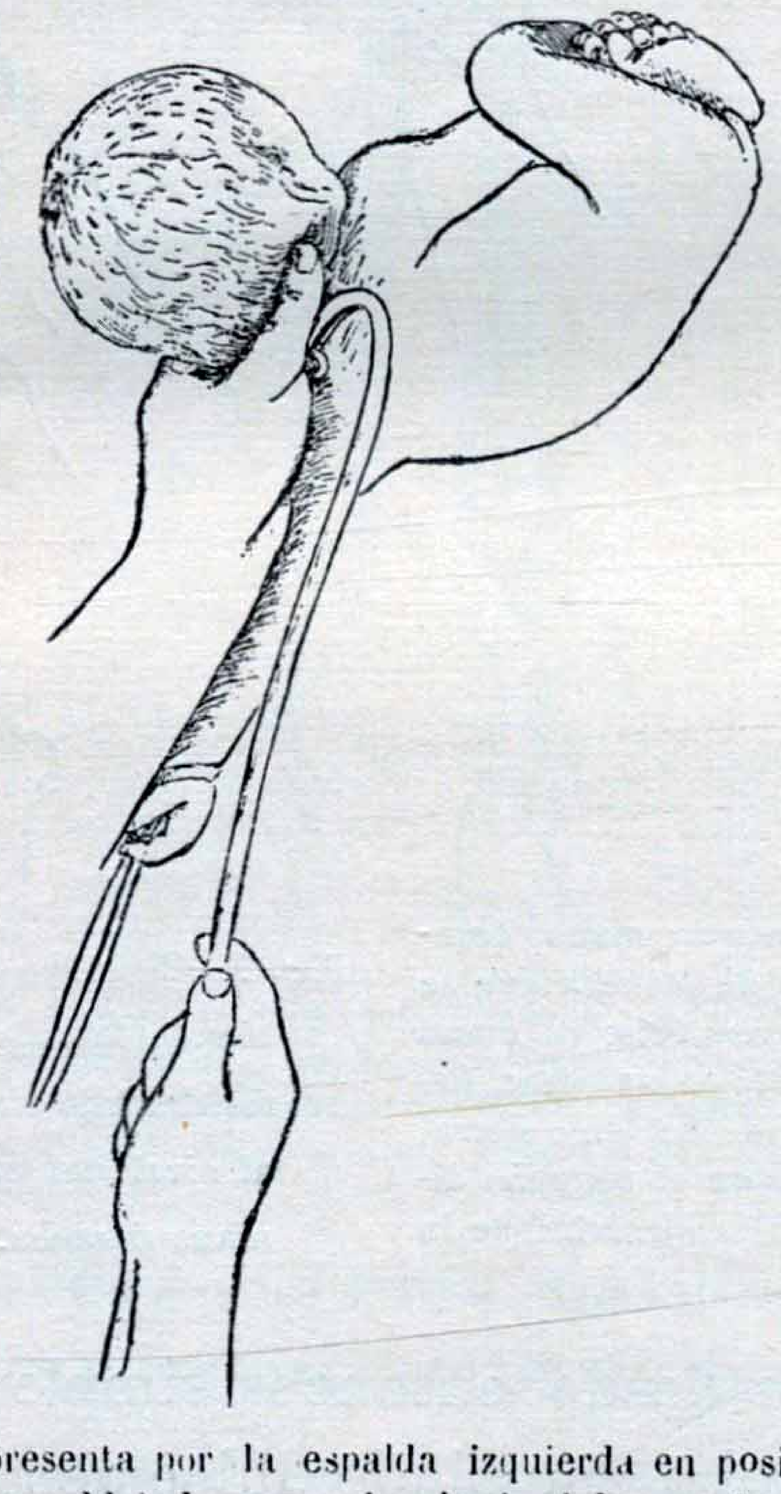


Fig. VIII—El feto se presenta por la espalda izquierda en posición derecha (dorso anterior de la espalda). La mano izquierda del operador toma el cuello entre el pulgar y el índice; la mano derecha tiene el gancho que ella desliza entre el dorso del feto y la parte anterior del feto.

Introducción del tubo protector.—«Cuando el anillo está en la vulva, el operador que ha tomado el tubo protector, introduce en su extremidad la parte estrecha del resorte.

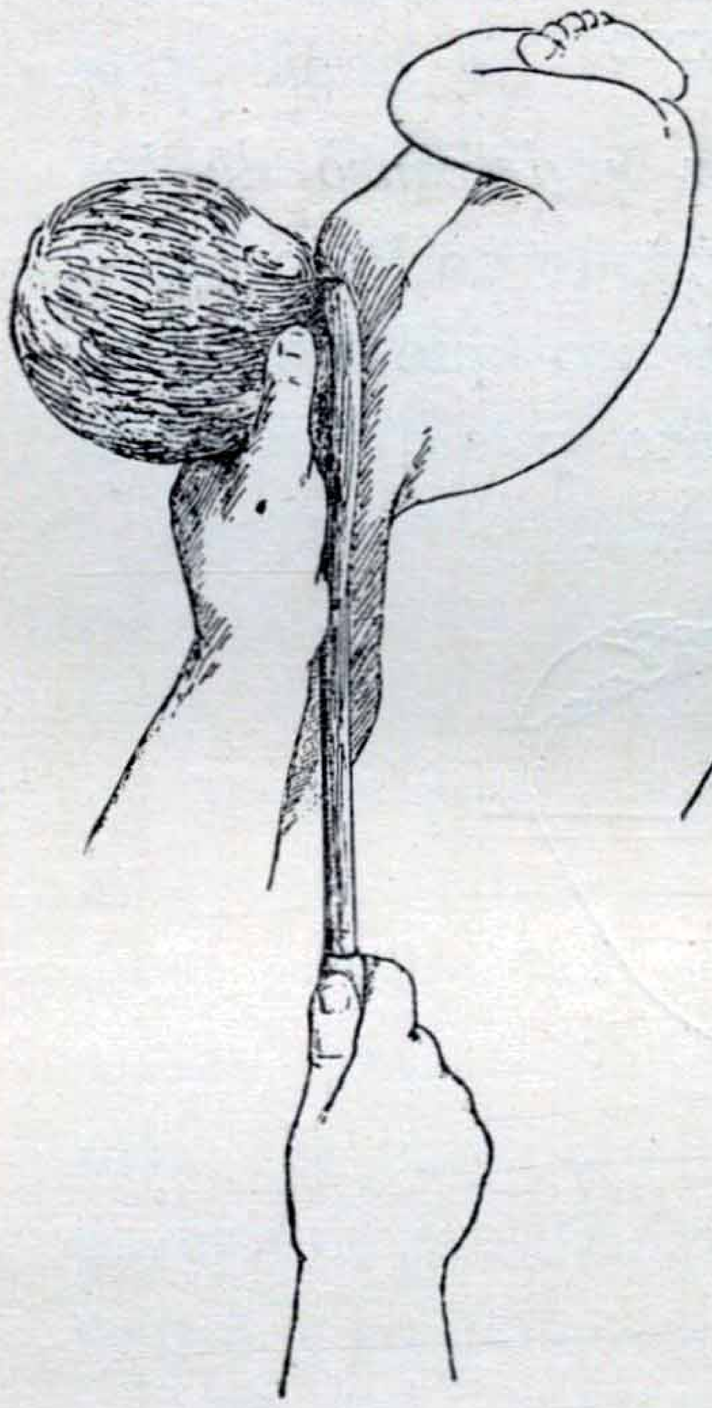


Fig. IX—El gancho tenido por la mano derecha ha sido dado vuelta de manera que se aplique sobre el cuello del feto; la mano izquierda, que ha quedado en su lugar, toma con el índice el anillo del hilo-sierra, como se lo puede ver sobre el pequeño diseño que se encuentra á la derecha de la figura.]

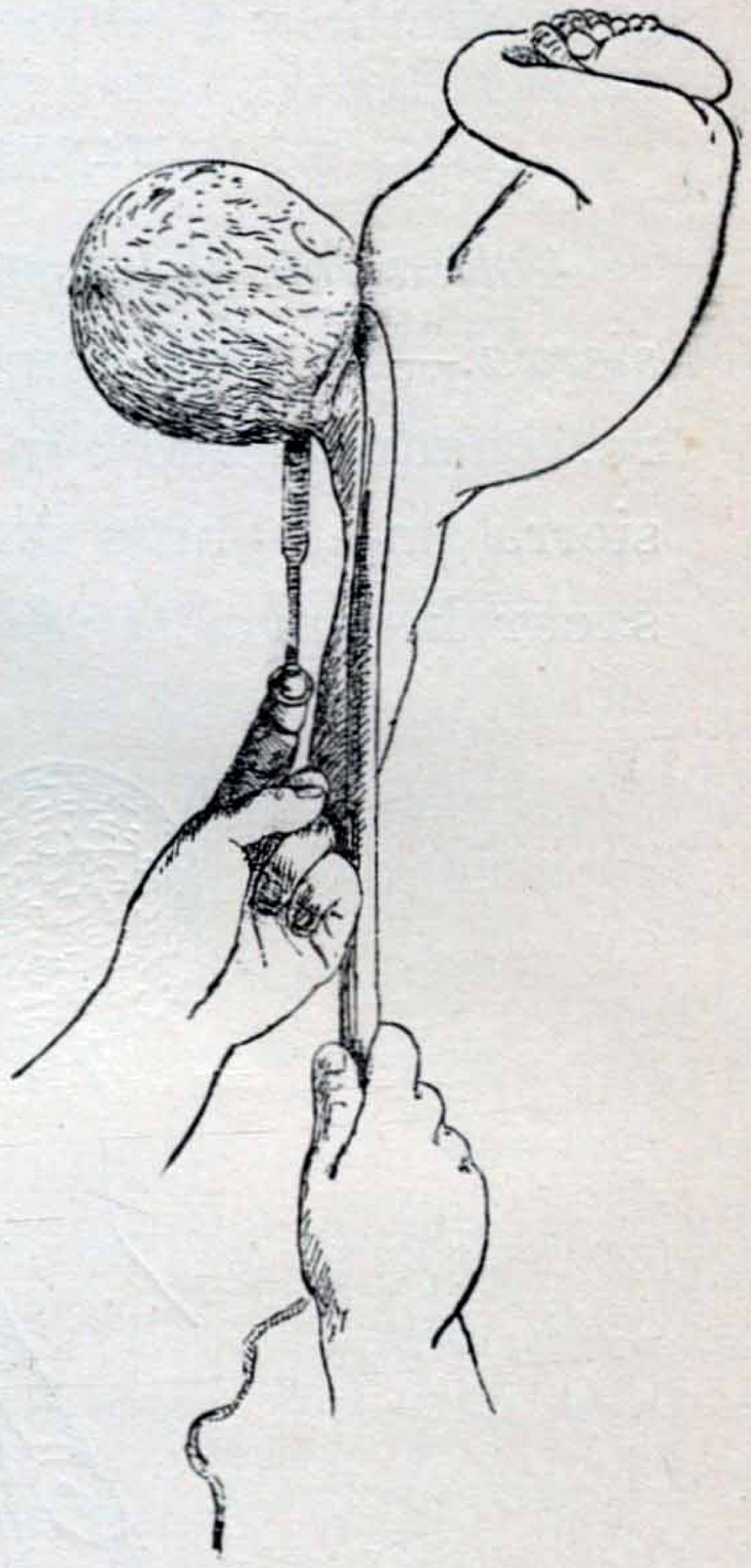


Fig. X—El índice de la mano izquierda, habiendo tomado el anillo, tira al conductor del hilo-sierra, que se le ve penetrar al nivel del mango del gancho bajo la mano derecha.

El anillo es desde entonces simplemente mantenido fijo, el tubo empujado dulcemente en el interior de los órganos. Desliza así sobre el resorte

que le sirve de conductor y llega á tocar el pico del gancho.

Articulación.—Cuando el anillo ha sobrepasado la extremidad inferior del mango del protector, el *pivot* es introducido en la mortaja, las partes recti-

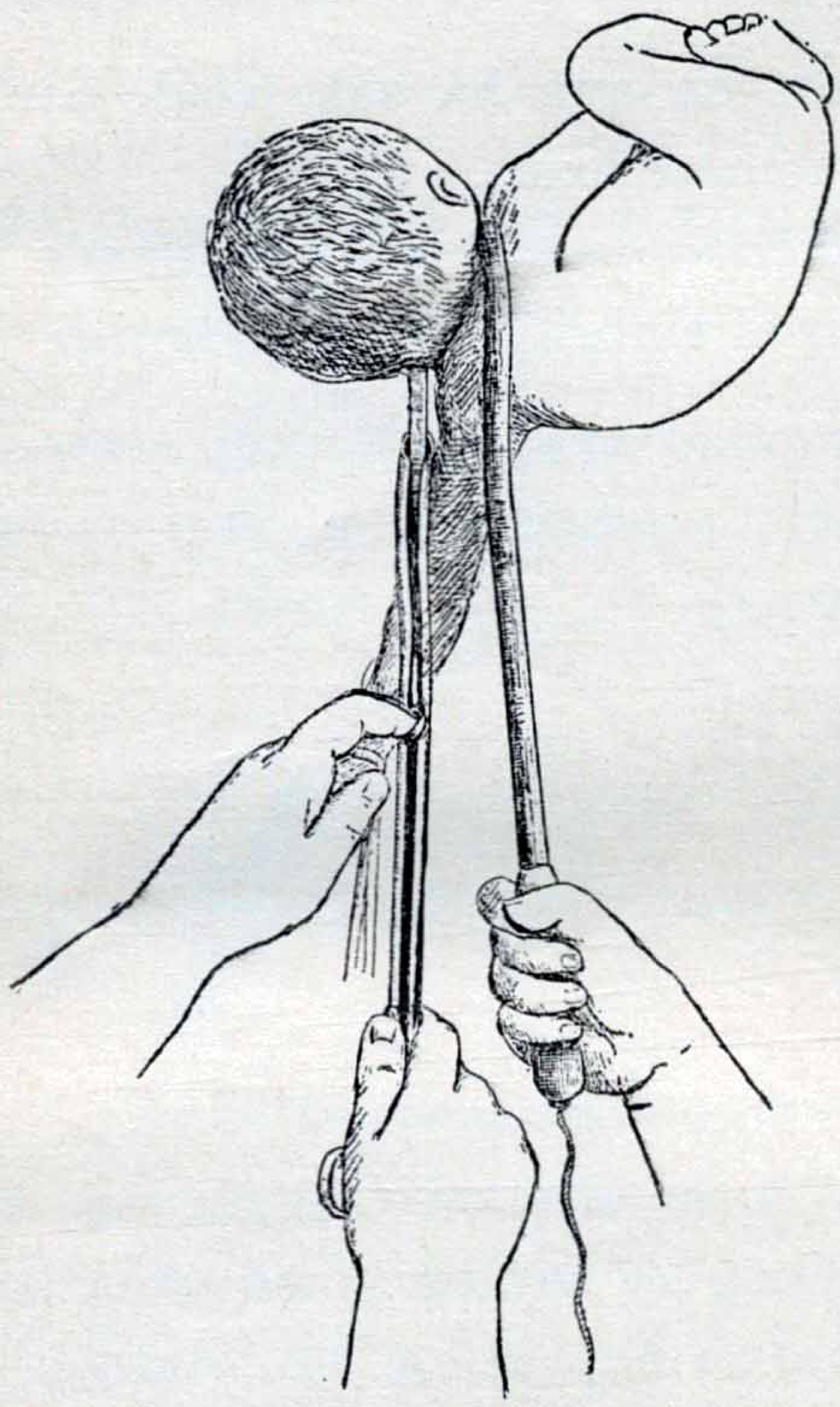


Fig. XI—El mango del gancho ha sido confiado á un ayudante que lo tiene sólidamente con la mana derecha tirando de arriba hacia abajo. El operador tiene la otra rama del embriótomo con la mano derecha y la empuja de abajo hacia arriba, guiándolo sobre la cinta metálica que tira el hilo-sierra.

líneas del gancho y del tubo aproximadas hasta el paralelismo, el *pivot* cerrado á fondo. Se acaba de desprender enteramente el resorte y un tijeretazo lo separa del hilo sierra». (Ribemont-Dessaignes).

Decolación.—Es semejante á la del método de Pajot, de modo que evitaremos una repetición inútil. Con esto se está seguro de no lesionar los tejidos maternos, ni lesionarse el partero, con tal de tener cuidado de que el hilo sierra no salga de sus protectores.

En 20 casos en que ha sido usado por su autor, siempre lo fué con éxito.

Cuando el cuello está muy alto puede ser necesario recurrir al embriótomo de Tarnier.

EMBRIOTOMO DE TARNIER

Este aparato (fig. XII) está compuesto por un gancho, un cuchillo, y su protector. Tiene además un tornillo con resorte, que no es sino un anexo del gancho.

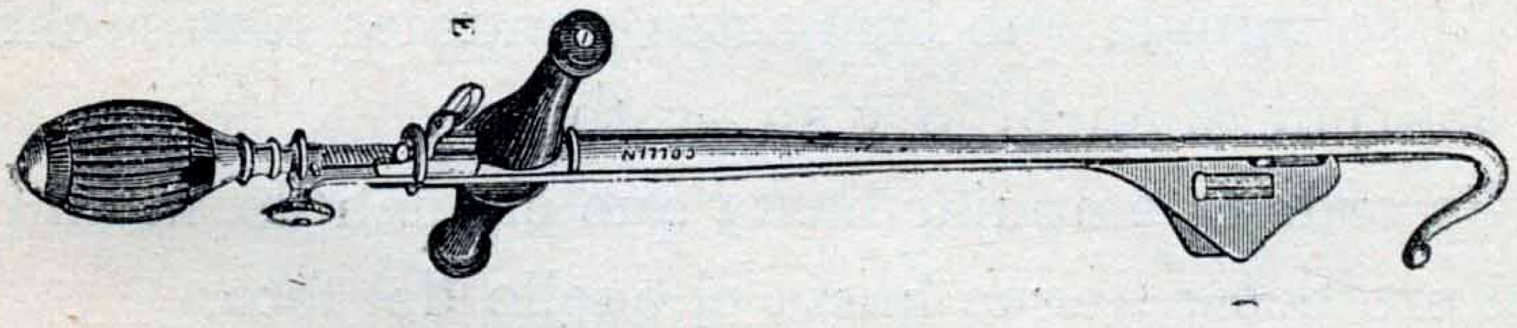


Fig. XII—Embriótomo raquídeo de Tarnier

Manual operatorio.—Se introduce la mano homónima al lado de la pelvis, en que se encuentra la cabeza del feto, de modo que el índice esté en contacto con la cabeza. Se la introduce entre el feto y el pubis. Si el cuello está muy alto, se introduce también el pulgar; lo que no se hace si sucede lo contrario.

Es conveniente levantar las nalgas de la mujer para evitarse la exagerada extensión de la mano y con mayor razón si el cuello fetal está alto.

Introducción y colocación del gancho.—Se la puede hacer como la de todo gancho, pero con menos peligros. Es conveniente llevar la punta del gancho dirigida hacia el tronco y no hacia la cabeza.

Introducción y manejo del cuchillo.—Se retira la mano izquierda y se mantiene en su posición el gancho. Antes de fijar el protector sobre el cuchillo, se toma con la mano derecha el puño de éste y se lo coloca en el canal del gancho y se lo hace deslizar hasta que llega á la vulva. Se entrega el mango del cuchillo á un ayudante, indicándole que debe empujar cuando se le pida.

Se coloca el protector si no lo hubiera sido ya.

Se lleva la mano derecha hasta el cuello del feto y así se impide que las partes genitales sean rechazadas por el cuchillo y su protector.

Se ordena empujar hasta que el cuchillo munido del protector llegue hasta el cuello del feto.

Se retira la mano, se toma el mango, se empuja un poco más y se arma la báscula. El cuello está tomado y no se ha lesionado ni aprisionado ninguna parte materna.

Sección.—Se retira el protector, se da vuelta al mango y se hace la sección. Como, aun cuando se haya hecho llegar el tornillo hasta el fin, queda un poco de piel entre el cuchillo y el gancho, se termina la sección imprimiendo al mango dos ó tres medias vueltas rápidas en los dos sentidos y la sección queda terminada.

Retirar el instrumento y extracción del feto.— Una vez concluída la decolación, se extraen conjuntamente el gancho y el cuchillo.

Quedan por extraer las dos partes del feto, cabeza y tronco. La cabeza puede ser extraída introduciendo un dedo en la boca del feto, sea con el forceps ó aplicando el basiotribo.

EVISCERACIÓN

Se hace sobre la parte accesible del feto (generalmente sobre el abdómen) una incisión que permite penetrar allí con los dedos y arrancar las vísceras abdominales.

Por la brecha así formada puede hacerse pasar un instrumento y seccionar con él la columna vertebral. Puede hacerse inmediatamente una *evolución forzada.*

INDICACIONES

Distocia pelviana.—Si observamos á la gestante durante el embarazo y su diámetro de C. V., está por debajo de 6 centímetros, podemos indicar un aborto inmediato ó mucho mejor y más conforme con nuestros conocimientos actuales, debemos esperar que el embarazo llegue á término y hacer una cesárea, ya sea intra ó extra-peritoneal. Esta última si la mujer estuviera infectada.

Ha sido Frank de Kolln quien ha efectuado 14 veces esta última operación con excelentes resultados en todos ellos y cuya relación hizo en el último Congreso Internacional de Lisboa.

De modo que aún en mujer infectada no se debe titubear en hacer una cesárea, siempre que sea extra-peritoneal, es decir, la de Frank.

En estos casos queda excluída la embriotomía.

Pelvis de 60 á 95 mm. de C. V.—En este caso debe dejarse que el embarazo siga su curso para hacer un parto prematuro artificial, una cesárea, una sinfisiotomía, ó mejor una pubiotomía ó eboto-

mía de Gilli, pero con la modificación y técnica de Doederlein (1).

También puede hacerse la césarea conservadora, pues no ofrece ningún peligro; y para decir esto podemos presentar con orgullo la estadística mejor del mundo, cuya gloria corresponde á un tocólogo argentino. Es nuestro profesor Cantón, que lleva hechas 25 de estas operaciones con tanto éxito, para las madres como para los niños. (2).

Aquí también queda excluída la embriotomía.

Cáncer del útero.—Sabemos que en las dos terceras partes de los casos el embarazo llega á término, de modo que con este dato debemos proceder así: en los tres primeros meses histerectomía; cuando el feto es viable haremos la cesárea é histerectomía y extracción de los anexos. En el segundo trimestre una histerectomía.

Pero estas reglas no son absolutas, pues hay que considerar el estado del tumor, de la enferma, &.

Aquí se excluye la embriotomía.

Fibromas.—Se pueden seguir con pocas varian tes las reglas del caso anterior.

Quistes del ovario.—En estos casos si ellos por su volúmen impidiesen el buen desarrollo del feto y hubiera peligro para el curso del embarazo, se procede á la ooforectomía.

Queda excluída la embriotomía.

Si somos llamados cuando la mujer está en tra-

---

(1) Véase su descripción en la REV. GIN. et OBS. de Buenos Aires.

(2) Véase La Semana Médica de Buenos Aires, pág. 382, 1904, 309, 1907.

bajo y comprobamos que el parto sigue su curso pero nos encontramos con una C. V. de menos de 7 cm. y embarazo á término, se entiende, debemos hacer una casárea conservadora de Cantón.

En pelvis de 70 á 95 mm. de C. V. lo que corresponde hacer es esperar un poco para ver si el parto se produce y si no, hacer una ebotomía de Gigli con la modificación del Dr. Cantón.

En el caso de 7 cm. creemos que es preferible hacer ebotomía ó cesárea si el feto es de término y sin esperar que el parto se haga expontáneo, pues esta espera no haría sino perjudicar á la madre y al feto.

Distocia debida á las partes blandas.—En el caso de que el parto no se haga debido á rigidez del cuello, se utilizarán los distintos medios de dilatación forzada y rápida según los casos.

Si es por cáncer del cuello, aunque el trabajo será alargado, debemos esperar que el parto se haga expontáneamente.

Si es cáncer del cuerpo se debe hacer la cesárea mutiladora.

En los casos de fibroma nos atendremos á las mismas reglas que para el cáncer y no haremos embriotomía sinó que nos valdremos de cualquier otro medio para terminar el parto.

En los quistes del ovario tenemos el recurso de la punción del ovario y la cesárea, de modo que también excluímos la embriotomía.

En los casos de distocia por mala presentación

ó posición, según los casos, tenemos la expectación ó las versiones.

«Cuando seamos llamados para prestar nuestros servicios en embarazadas en las cuales el trabajo hace ya mucho tiempo que comenzó y el parto no se hace expontáneamente apesar de tentativas infructuosas de aplicación de forceps ú otras intervenciones sin resultado, antes de decidirnos sobre cual será la norma de conducta á la que debemos sujetarnos, haremos un minucioso examen de la madre, del feto, y de los anexos, tendremos especial cuidado en averiguar la causa de la distocia, trataremos de llegar al diagnóstico particularmente importante en estos casos de la posición del feto, su estado general como el de la paciente, pues así como no aplicaremos forceps en una mujer en estado agonizante y feto vivo, tampoco haremos una operación cesárea en una mujer en buen estado general y feto moribundo».

El único caso en que debe hacerse la embriotomía en feto vivo es en la hidrocefalia, pero no siempre; solamente si no es posible hacer otra operación por hallarse solo el médico, porque la espera de la muerte del feto podría hacer peligrar la vida de la madre ó en el caso de cabeza última y que tuviésemos el caso anterior. En todas las demás circunstancias creemos que no es lícito hacer embriotomía con feto vivo.

Pero al decir embriotomía, queremos referirnos á la operación que no vaya directamente á producir

la muerte del feto; pues las operaciones que van directamente á matar al niño, no es lícito hacerlas.

Nos referimos á la punción del cráneo ó craniotomía hecha con un cuidado tal que no se produzca lesión cerebral ú otra que pueda por sí, producir la muerte del feto; y sí la salida del líquido; pues así,debido á las contracciones uterinas se efectuará sola la reducción de la cabeza y se producirá el nacimiento. Si por esta apertura y debido al trabajo ulterior del parto saliera la masa encefálica, no seremos nosotros loscausantes directos de esa muerte.

Y si aún no se produjera el parto, seguramente el feto morirá por los sufrimientos del trabajo, si es que no lo hemos salvado por medio de la ebotomía ó de una cesarea intra ó extra-peritoneal.

Ya muerto, podremos hacer cualquiera de las embriotomías conocidas.

«¿Hay lugar á discutir la indicación de la embriotomía cervical en el caso en que el feto está vivo y que el útero está retraído para permitir la evolución por versión? Si estos hechos existen, deben ser bien raros, sobretodo en la hora actual en que el cornezuelo de centeno no es empleado por nadie en el curso del trabajo.

Se puede decir que cuando el estado de retracción del útero, contraindica la versión, ha sucumbido el feto hace ya tiempo». (Ribemont-Dessaignes pág. 1219).

CONTRAINDICACIONES

«*La embriotomía está contraindicada siempre que no se tenga la certidumbre absoluta de la muerte del feto: la duda debe serle favorable*». (Ribemont).

PRONOSTICO

No interesa sinó á la madre cuando se trata de embriotomía, pues el feto está muerto.

La basiotricia que es la de elección, es una operación absolutamente inofensiva y que no presenta mucha mayor dificultad para su aplicación que la del forceps.

Audebert la considera igualmente como una operación benigna, pues de 93 casos de basiotricia murieron solo diez, es decir una mortalidad de 10,8 °/₀. Pero él demuestra después que ninguno de estos casos puede ser imputado á la basiotricia en sí misma.

LA EMBRIOTOMIA ANTE LA RELIGION

Poner en contradicción la religión y la ciencia, cuando por el contrario, se armonizan, es un gran error de fatales consecuencias; error tanto más pernicioso cuanto del estudio profundo de una y otra, resulta la más perfecta armonía. La voluntad de Dios se revela de un modo indudable en las leyes que impuso á la naturaleza, y la naturaleza obedece á ellas de un modo necesario.

BIALET MASSÉ, t. I, pág. 646.

En este punto nos limitaremos á considerar al feto á término.

En 1857 una decisión pontificia resolvió que el parto prematuro artificial era lícito; agregando que: *cum matris non sit in tan difficcile questio decidere, eam acquiescere judicio confessoris....*

La salvación del alma del feto, la resolvemos bautizándolo en el claustro materno.

No debiéramos entrar en la discusión teológica que no es de nuestro resorte, pero bástenos decir que apesar de la gran discusión habida entre teólogos eminentes, pensamos como médicos que es válido, porque *no se debe hacer cuestión de validez*

de un sacramento apoyándose en un simple accidente, como es el pasaje del feto por la hilera pelvi-genital y basarse en ello para decir que *no puede renacer quien no ha nacido.*

En apoyo de la validez de este bautismo y en oposición al argumento anterior, presentamos el Evangelio de San Mateo en su cap. I, que no deja dudas respecto á que el feto, según la revelación es nacido cuando vive en el claustro materno.

Más abajo veremos si es lícito matar al feto aun despues de su bautismo.

¿Puede la madre consentir en la muerte del feto por salvar su vida?

Hay defensores y opositores.

El Padre Sanchez (Trat. de matrimon. lib. 81, disp. 11, num. 10) dice: «Aunque concedo que sea lícito hacer uso de medicamentos saludables en sí mismos con peligro del feto; no obstante desde que son prescritos para salvar á la madre y perjudicar al feto, Córdoba número 9-133, Luis Lopez, 1a. part. instruc. c. 63-Vega sum. cap. 5, niegan que una mujer preñada pueda usar tal medicamento, *ni aunque para salvar la propia vida fuera necesario matar al feto.* Pero no dicen los fundamentos, ni los explican, ni yo puedo afirmar con ellos. Mas yo creo que es lícito, porque la madre tiene más derecho á la vida propia que el feto á la suya de él; y Córdoba lo confiesa..... Agréguese que la intención debe ser considerada como principal en la bondad ó malicia de la acción y aquí no se

trata de matar al feto, sino de la vida de la madre».

San Alfonso dice que no es lícito. Este mismo autor hace esta otra pregunta: «Si es lícito á la madre tomar un medicamento, cuando se duda si pereciendo ella, puede sobrevivir la criatura y ser bautizada.»

Afortunadamente hoy tenemos los medios en la mano para que no llegue nunca el caso de que la madre se resuelva á morir porque el feto sea bautizado, ni que el feto muera sin bautismo, pues nos será fácil bautizar en el útero.

Luego la madre en ningún caso está obligada á consentir en su muerte, para que el niño sea bautizado, pues puede siempre ser bautizado.

Santo Tomás considera ilícito que se sacrificara á la madre por bautizar al hijo.

Y si pasamos á hablar de la operación cesárea que hasta hace poco era motivo de tantas discusiones sobre la licitud en su consentimiento y práctica, tanto de parte de la madre como del médico, decimos que es lícito siempre que esté indicada, porque salva á la madre y al hijo; y esta no es una atrevida afirmación sinó que está basada en la mejor estadística que se presenta en el mundo, la de nuestro Prof. Dr Eliseo Cantón.

¿Es lícito al médico matar el feto? Finizio practicó un parto prematuro artificial y fué duramente atacado por la prensa de Nápoles. Consultó á la Santa Sede sobre su licitud y sobre la del aborto provocado.

La Santa Sede resolvió, aprobando la provoca.

ción del parto *cuando el feto es viable* y absteniéndose de contestar respecto del aborto.

«La Santa Sede consultada directamente, no dijo que era lícito el aborto médico, no promulgó ley; el alcance de las declaraciones promulgadas hasta ahora no determinan especialmente la licitud ó ilicitud de este caso particular, no hay, pues, regla obligatoria; y entonces cada uno puede decidirse por la opinión que crea más favorable; como lo establece Domingo Soto: «Cuando las opiniones son probables entre graves autores, cualquiera que uno siga tiene segura la conciencia».

«Si hubiera habido ley clara al respecto, la Santa Sede no hubiera querido dejar las conciencias á lo inseguro, y aún si el caso se hubiera presentado á la Sagrada Penitenciaría de un modo fácil, es claro que lo hubiera resuelto».

«Donde no hay precepto promulgado no hay obligación de someterse; y, también una ley incierta no puede causar obligación; doctrina de Santo Tomás aceptada por todos los teólogos y moralistas.

«No se ha promulgado ley á este respecto; luego tanto unas ú otras opiniones son lícitas y uno puede inclinarse por unas ó por otras». (Bialet).

1.º Considerado filosóficamente tan ser dotado de alma es el embrión como el feto, pues aceptamos la doctrina que sostiene que el alma se infunde en el momento de la concepción.

2.º Considerado embriológicamente, tan ser es el embrión como el feto.

3.º Y hasta nuestro Código Penal lo considera así, cuando condena el aborto.

«Nunca es lícito matar directamente al feto»...

«Porque no es lícito hacer una cosa intrínsecamente mala, para obtener un bien cualquiera; es así que en dicho caso la muerte de un niño inocente (que es una cosa intrínsecamente mala, se tomaría como medio para obtener un bien cualquiera), luego no es lícito matar el feto.

Ni vale decir que el feto, en la concepción extrauterina, se haya de tener ó considerar como un agresor injusto; pues no es agresor de la madre el que no obra en la madre sino que es obrado por la madre.

Ni es injusto, aún materialmente considerado, el que no excede los trámites del derecho.

Lo cual consta clarísimamente por los decretos del Santo Oficio. El decreto del 1.º de Agosto de 1888 que dice así: En las escuelas católicas no se puede enseñar en conciencia que pueda ser lícita la operación quirúrgica que recibe el nombre de craniotomía *(en el sentido lato de la palabra)*, (1)... ó cualquier operación quirúrgica que ofenda (2) al feto ó á la madre» (Gury-Ferreres, Compendium Teologiae Moralis. (3)

Luego, pues, el médico no puede lícitamente hacer la craniotomía en feto vivo, si esta le producirá directamente la muerte.

---

(1) Paréntesis del A.
(2) Debe entenderse matar. N. del A.
(3) La más moderna y mejor obra en la materia.

LA EMBRIOTOMIA EN FETO VIVO
ANTE LA LEY

Nuestro Código Penal reformado por la ley 4189 de 22 de Agosto de 1903, dice en su libro II, sección primera, título primero, cap. I.

1.º Se impondrá la pena de presidio de diez á veinticinco años, al que matare á otro siempre que el hecho no esté de otra manera castigado por este Código ó exento de pena.

Art. 81 Están exentos de pena:

4.º El que causa un mal para evitar otro mayor inminente á que ha sido extraño;

8.º El que obra en defensa propia ó de sus derechos, siempre que concurran las circunstancias siguientes:

1.º Agresión ilegítima.

2.º Necesidad racional del medio empleado para impedirla ó repelerla.

10. El que obra en defensa de la persona ó derechos de un extraño, en momentos de una agresión

grave y concurriendo las circunstancias detalladas en el inciso 8.°.

Art. 83. Son circunstancias atenuantes:

3.° No haber tenido el delincuenie intención de causar todo el mal que produjo.

Art. 84. Son circunstancias agravantes:

4.° Obrar con premeditación.

10.° Abusar de la superioridad por edad, fuerza ó sexo.

Y en el libro I, sección 1ª, título tercero, de la culpa ó imprudencia.

Art. 15.—Son punibles las contravenciones á la ley cometidas por culpa ó imprudencia.

Art. 16.—La culpa es grave:

1.° Cuando el autor del daño ha podido prever el peligro de su acción y sin embargo no se abstiene de ella por pasión, irreflexión ó ligereza;

2.° Cuando el hecho encierra en sí mismo tal grado de peligro, que basta la menor atención para prever que el hecho podía producir el resultado ilícito;

3.° Cuando por razón de sus conocimientos personales ó de las circunstancias en que se encuentre, el delincuente fuere capaz de prever el peligro de su acción ó sus consecuencias;

4.° Cuando el hecho ejecutado con imprudencia era ya ilícito ó prohibido por otros motivos;

5.° Cuando por razón de su estado, profesión, empleo, compromiso ú otras circunstancias análogas, el autor estuviese obligado á mayor diligencia y atención.

Art. 17.—La culpa es leve:

3.° Cuando el agente se ha visto obligado por circunstancias urgentes, que no pueden imputársele, á tomar una resolución súbita.

Art. 18.—El reo de culpa grave será castigado:

1.° Con prisión de uno á tres años, si la acción culpable acompañada de voluntad criminal, hubiese constituido un delito, cuya pena exceda de seis años de presidio ó penitenciaría;

2.° En los demás casos de culpa grave, la pena será arresto de un mes á un año.

Art. 19.—El reo de culpa leve será castigado:

1.° En la hipótesis del primer inciso del artículo anterior, con la pena de arresto de tres á seis meses;

2.° En los demás casos, la pena será de arresto hasta dos meses.

Art. 20.—Cuando la pena fuese pecuniaria, la culpa grave será castigada con la quinta parte de la pena del delito, y la leve con la décima parte.

Hagamos algunas consideraciones sobre si el médico cae bajo estos artículos ó nó.

Ante todo debemos saber si hay delito de homicidio que es el que corresponde, pues el médico no es para nuestro C. P. de las personas que pueden cometer el infanticidio.

Para que haya delito es necesario que exista la intención y el hecho.

Existe la intención de matar: pues se va directamente á ello y á sabiendas ó con premeditación;

pues, el médico elige sus instrumentos antes de proceder; luego hay intención.

Y no se nos diga que hay solo la intención de salvar á la madre, pues se mata con voluntad de matar, si se hace por ejemplo la basiotricia.

Existe el hecho, porque el niño es muerto.

Luego existe el delito de homicidio.

Ahora veamos si este homicidio está exento de pena.

Nos parece difícil que encuadre en el artículo 81 inc. 4.º por cuanto el médico puede y tiene otros medios salvadores, sin ser necesariamente la muerte producida por él.

Tales son la punción ó *craniotomía sin que llegue á producir lesiones que produzcan la muerte*, la ebotomía por el método Doederlein, la cesárea intraperitoneal, ó la de Frank.

No puede quedar comprendido en el inciso 8.º pues no es el médico el agredido.

Tampoco entra en el 10 porque se necesitan los puntos 1.º y 2.º del inciso 8.º

1.º El feto no comete agresión ilegítima contra la madre porque ni él está ahí por su voluntad, ni es él el que obra, sino las contracciones uterinas que lo hacen obrar.

No estando comprendido en el primero casi no lo está en el 2.º y no lo está por estas otras razones: Creemos que el medio empleado no sería el racional porque antes de proceder á la muerte del feto se pueden tentar muchas otras operaciones y

si no dieran resultado, ya habría muerto el feto cuando quisiéramos matarlo.

Salta á la vista que no puede clasificarse este delito dentro del art. 83 inc. 3.º.

En cambio sí encuadra en el art. 15 inc. 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º, y puede estarlo también en algunos casos en el art. 17 inc. 3.º así como en el art. 84, inc. 4.º por las razones dadas más arriba.

Luego: no está exento de pena y cae bajo los artículos citados anteriormente y como no somos abogados pensamos en que tal vez le correspondiera la sanción del libro 2.º Sección 1.ª Tit. 1.º Cap. 1.º en su inciso 1.º, si no es culpa grave y se considerara que no estuviese de otra manera castigado en el Código Penal; y por tanto un medico que hace la *craniotomía con intención de matar* ó embriotomía en feto vivo, es pasible de pena y creemos que en los casos de esta naturaleza conocidos por los jueces que corresponde, deben cumplir con la ley é intervenir de oficio.

CONCLUSIONES

1.º No debe hacerse embriotomía en feto vivo.

2.º Solo puede hacerse, en caso de hidrocefalia, la punción ó la *craniotomía teniendo cuidado de no producir lesiones que maten el feto y no teniendo intención de producirla.*

3.º El médico que falte á los preceptos anteriores es responzable ante Dios de un acto ilícito.

4.º El médico que falte á la primera conclusión es responsable ante la ley y los hombres de culpa leve ó grave ó de homicidio, según los casos.

5.º El médico que queda comprendido en la segunda conclusión no es responsable ni ante Dios ni ante los hombres.

NICOLÁS C. CAPECE.

Buenos Aires, Mayo 4 de 1908.

Buenos Aires, Mayo 4 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Francisco de Veyga y al profesor suplente Dr. Pedro Barbieri, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Mayo 11 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1827, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Cuando el médico cree que está indicada la embriotomía en feto vivo, debe pedir la opinión de otro colega.

II

Las conclusiones unánimes y terminantemente asertivas de los peritos médicos, deben tener fuerza de prueba legal, como lo establecía la jurisprudencia del fuero civil, hasta la reforma del Código de Procedimientos.

III

¿Cree Vd. que prosperaría ante la justicia del crimen una acción llevada contra un médico que hubiera practicado la embriotomía con un diámetro C. V. 5 6. mm.