

decir, á los que temen más á las enfermedades del cuerpo que á Dios, que puede condenar al cuerpo y al alma á la vez), é incrédulos, y execrables ó *desalmados*, y homicidas, y deshonestos, y hechiceros é idólatras, y á todos los embusteros, su suerte será el infierno, que es la muerte segunda y eterna (1). ¿Y quién no descubre tan funesta *timidez* en aquel que acepta un remedio ilícito por huir espantado de la muerte (2)? Pero afortunadamente no permite la Divina Providencia que la virtud de los cristianos débiles se vea expuesta sino en raros casos á tan rudas pruebas, esto es, que vengan obligados á morir por la fe (Scotti) (3).

## CAPÍTULO VII

### \* De algunas prácticas lícitas, autorizadas ó simplemente permitidas ó toleradas por la Iglesia

¿En qué casos es lícito el aborto indirecto?—Conducta en caso de embarazo ectópico.—Parto prematuro artificial.—De la operación cesárea en la mujer viva.—¿Sería preferible la cesárea á la cefalotripsia en aquellos casos en que el feto estuviese muerto con toda evidencia?—Está la mujer real y verdaderamente obligada á sufrir la operación cesárea?—Casos en que no es permitido practicar la operación cesárea.—De la sinfisiotomía.—Obstáculos al parto de parte del feto.—Ovario-histerectomía.—Hipnotismo.

I.—¿En qué casos es lícito el aborto indirecto?—Vista ya antecedentemente la ilicitud del aborto directo, preguntan los teólogos: «Suponiendo el feto animado, ¿puede la madre medicarse directamente para recobrar la salud perdida, pero con peligro de la prole?» Y responden: «Como que se tiene por moralmente cierto que muriendo la madre muere también la prole, nadie duda que esto es lícito.»

La dificultad, pues, consiste en saber si esto puede hacerse cuando hay alguna esperanza de que, muriendo la madre, puede sobrevivir la criatura y ser bautizada. Aun en este caso lo permiten los *Salmanticenses*, *Holzmann*, *Prado* y *Ludovicus López*, diciendo que sólo hay obligación de perder la vida temporal por atender á la espiritual del prójimo, cuando ésta es cierta, no cuando es dudosa. Pero

(1) Apocal., XXI, 8.—Matth., x, 28.

(2) S. Tom., *Sum. Theol.*, II, 2, q. 125, art. 3, c.

(3) S. Agustín, *De adulterinis conjugis*, lib. II, c. XIII, Oper., t. VI, pág. 302. Amberes, 1701.

San Ligorio, con la mayoría de teólogos, no se conforma con semejante opinión, porque, á su decir, «una cosa es que se deba arriesgar la vida por la salvación del prójimo (y aquí es donde tiene lugar la regla que dan los contrarios de que la salvación del prójimo debe ser cierta); y otra exponer *positivè* al prójimo á eterna condenación por defender la vida propia; pues siendo igual el peligro de la madre con el que corre la prole de morir sin bautismo, parece indudable que, atendido el orden de la caridad, primero debe evitarse el de ésta que el de aquélla; por lo cual tengo por cierto, dice con *Petrocor.*, *Elb.* y *Tourn.* (quien citando á *Sylv.*, *Comitolo* y *Habert*, llama común esta opinión), que el medicinar á la madre con peligro del feto animado, sólo es lícito en el caso de que no haya ninguna esperanza razonable de que viva la prole y pueda recibir el bautismo después de muerta la madre; pues entonces parece que constituida ésta en necesidad extrema, no la obliga la caridad hasta tal punto que se abstenga de la medicina por sólo una muy remota esperanza de que viva la prole. Dicen por lo mismo los *Salmanticenses* que los médicos no deben ser tan escrupulosos en administrar medicamentos á las mujeres encinta, porque es muy raro, ó por mejor decir moralmente imposible, el caso en que, muriendo la madre, sobreviva la prole, como sienten *Sanch.*, *Lug.* y *Ronc.* (1);»

(1) S. Ligor., lib. III, n. 394. V. in II et n. 400.—Id., *Hom. Ap.*, tract. VIII, *De Homic.*, c. II, n. 26.—«Como remedios internos debe citarse aquí toda la serie de pociones medicamentosas farmacéuticas que suele recetarse, y que es tan numerosa como para cualquier otra enfermedad. Del mismo modo pueden ser lícitos los baños, las sangrías, las inyecciones vaginales, etc. Claro está que se ha de poner mucho cuidado en la aplicación de estos remedios, ya sean internos, ya externos, procurando no traspasar los límites de la necesidad para curar á la madre, pues también en este caso es forzosa la obligación de hacer cuanto se pueda para evitar el efecto posible del aborto.

«También es lícito, en caso de peligro directo é inmediato de la vida de la madre, aplicar un remedio apto para producir inmediata y directamente su salud, aunque al mismo tiempo cause probablemente el aborto, con tal que no exista otro de igual virtud y se procure, en cuanto se pueda, evitar este segundo efecto.»

Además el mismo autor de quien tomamos esta nota, juzga «que es lícita la provocación indirecta por medio de la puntura de las membranas y de la evacuación del líquido amniótico (por más que algunos teólogos no admiten este caso), en el caso de ser imposible la reposición de la matriz embarazada, por hallarse coartada en una pelvis menor; lo cual puede suceder en la retroversión, descenso ó prolapso de aquélla, y si todos los remedios que el médico conoce como propios para eso se han aplicado ya inútilmente. Porque: 1.º La madre se halla en inmediato peligro de muerte, y, sin la reposición de la matriz, perecerá juntamente con el feto; 2.º no queda ya otro remedio para salvar á la madre; 3.º la evacuación del líquido puede, *immediate*, apartar el peligro de muerte en que se halla la madre.

«Aquí, por lo tanto, el peligro de la madre no proviene del embarazo, fisiológicamente considerado, sino tan sólo mecánicamente de la amplificación de la matriz. La evacuación del líquido hace desaparecer este impedimento mecánico y la matriz disminuye, con lo cual sigue *immediate* la posibilidad de la reposición, y se conjura el peligro materno, antes que tenga lugar el aborto, que necesariamente ha de venir después: con este procedimiento ya no es preciso, para conjurar el

«siendo opinión común de los médicos la de que cuando la madre está herida de enfermedad mortal, la alimentación y el estado del hijo se alteran hasta tal punto que es sumamente difícil que pueda sobrevivir y recibir el bautismo (1).» Con todo, si en un caso dado pudiera el médico tener fundada esperanza de que, muerta la madre, podía sobrevivir la criatura y recibir el bautismo, debería abstenerse de medicar á la madre, por la razón antedicha de que, atendiendo al orden de la caridad, está en primer término, y debe preferirse la vida espiritual de la criatura á la temporal de la madre.

II.—**Conducta en los casos de embarazo ectópico** (*extra-uterino*).—«El resultado natural de todo embarazo extra-uterino es siempre la muerte del feto, y frecuentemente también la de la madre. La conducta, el anhelo constante del médico en presencia de semejante anomalía debe ser, pues, siempre salvar á la madre, y asegurar la vida del niño ya viable; es decir, vigilar el desarrollo del embarazo, y no proceder á la laparotomía sino cuando el niño es susceptible de vivir, ó bien en el caso en que la mujer se halla en peligro inminente de un accidente mortal. Este tratamiento, cada día más fácil merced á los progresos de la cirugía abdominal, tiene la ventaja de estar en armonía con los principios de la Iglesia, hasta ahora tan mal observados, y marca una innegable superioridad sobre el pasado.

«El método que se debe seguir en todos los casos que pueden ofrecerse ha sido perfectamente indicado en una comunicación hecha en 1886 á la Sociedad de San Lucas, de París, por el sabio consocio de la misma Dr. Le Bec, cirujano del hospital de San José. He aquí sus conclusiones claras y precisas: «La gestación extra-uterina afecta dos formas principales cuya marcha y terminación difieren por completo. A.—Primera forma: *el huevo es fecundado fuera de la trompa, en el peritoneo ó sobre el ovario*. Produce un amago de peritonitis, después del cual el embarazo sigue su curso. B.—Segunda forma: *el huevo es fecundado en la trompa* (embarazo tubario). No hay peritonitis inicial; el huevo se rompe ordinariamente del segundo al tercer mes.

peligro, producir el aborto ó expulsión del embrión. Por fortuna, esta coartación de la matriz no es muy frecuente hoy en día: además, la imposibilidad absoluta de la reposición es tan rara, que Martín, de cincuenta y siete casos, sólo en uno creyó ser necesaria la puntura de las membranas; en cincuenta, la matriz volvía á ser repuesta; en cinco, el aborto se presentaba espontáneamente, y luego la reposición, como se puede suponer... (Dr. Capellmann, *Medicina pastoral*, págs. 27, 30 y 31. Trad. esp. de la 12.<sup>a</sup> ed. alemana y 3.<sup>a</sup> latina, por B. Cintas. Barcelona, 1900.)»

(1) Sánchez, *De Matrim.*, lib. IX, disp. 20, t. 17.—Zacchias, *Quæst. Med. Leg.*, lib. VI, tit. I, q. 7, § 13.

«Consecuencias: ora el huevo se rompe, muere el feto en el peritoneo, y la madre sucumbe por causa de la peritonitis; ora la preñez llega á término sin rotura, el feto muere y se enquistá, ó bien, por fin, se elimina tardíamente. En otros casos el feto muere, el quiste se inflama, y la madre muere de septicemia.

«En nuestros días la *laparotomía* (abertura del vientre), hecha cuidadosamente, permite salvar á la madre y á las veces al feto; en determinadas condiciones, á saber: 1.<sup>a</sup> En el embarazo no tubario se puede aguardar á que el feto sea viable, v. gr., á los siete ú ocho meses, si por otra parte no hay nada que nos obligue á obrar antes. 2.<sup>a</sup> En el embarazo tubario está indicado obrar antes de la época en que se hace ordinariamente la rotura, antes de las seis semanas, ó por lo menos en el momento en que estalla la peritonitis que acompaña la rotura del quiste. Con todo, esta conducta es peligrosa, porque el feto sucumbe generalmente antes de la llegada del operador. Es más prudente practicar la laparotomía temprano: sólo así se podrá bautizar al niño, y preservar á la madre de una peritonitis mortal.

«No será inútil recordar que en ciertos casos el embarazo se desconoce absolutamente durante los primeros meses. Ora no se descubre ningún signo, ora se confunde con un tumor de las trompas ó del ovario. Los fetos suelen morir al cabo de dos ó tres meses, se momifican, y las mujeres los conservan por mucho tiempo en el vientre, sin que ningún síntoma grave descubra su presencia. Un golpe recibido sobre el vientre basta á veces para inflamar la bolsa fetal, y determinar una operación libertadora y reveladora á la vez. Generalmente el diagnóstico, aun rodeado de dificultades, se hace posible. La preñez extra-uterina tiene de común con la normal los vómitos y la tumefacción de las mamas: la supresión de las reglas no es constante, pues no sólo se producen éstas, sino también verdaderas pérdidas. Los signos característicos son: 1.<sup>o</sup> la presencia de un tumor, que se comprueba con el dedo en el fondo del saco vaginal; 2.<sup>o</sup> un útero pequeño y cuyo cuello no está reblandecido; 3.<sup>o</sup> violentos dolores en la ingle y muslo correspondientes al tumor; 4.<sup>o</sup> si hay rotura de la trompa, preséntanse dolores violentos y continuos; 5.<sup>o</sup> la existencia de una *mu-cosa decidua ó caduca*, revelada por el examen microscópico de fragmentos de la misma obtenidos por el raspado uterino.

«Cuando se hallan estos signos reunidos, dice el erudito Dr. Boiteux (1), el diagnóstico es cierto, absoluto, y el deber del práctico es vigilar atentamente á la enferma y estar pronto, de día y de noche, á ejecutar la *laparotomía*.—La operación no deja de ser larga y pe-

(1) *Diagnostic de la grossesse extra-uterine. (La Clinique française, n. 11, Julio, 1891).*

ligrosa; expone particularmente á hemorragias abundantes, mortales, sobre todo cuando la incisión recae incidentalmente sobre la inserción placentaria. Exige, pues, una mano ejercitada y ayudantes inteligentes (1).»

Por el Obispo de Sinaloa (México) fué propuesta á la S. I. entre otras la siguiente duda: «¿Es lícita la *laparotomía* cuando se trata de gestación extra-uterina?»

Decreto de la Sagrada Congregación:

«Miércoles, 4 de Mayo de 1898.

«*Necessitate cogente, licitam esse laparotomiam ad extrahendos è sinu matris ectopicos conceptus, dummodo et fetus et matris vitæ, quantum fieri potest, serio et opportune provideatur.*» Trad.: «Urgiendo la necesidad, es lícita la *laparotomía* para extraer del seno materno el feto ectópico, siempre que por todos los medios posibles se procure seria y oportunamente salvar la vida de la madre y del feto...

—*J. Canon. Mancini*, Not. de la S. R. y U. I. (2).»

En todos estos casos es ineludible el deber de bautizar al feto, y en caso de duda debe hacerse *bajo condición*.

III.—**Parto prematuro artificial.**—Consiste, según es sabido, en la provocación de la salida fetal desde el fin del sexto mes hasta el término de la gestación. Esto por lo que atañe al punto de mira médico-legal; pero á nosotros incumbe sólo considerar esta cuestión desde el punto de vista de la *real viabilidad* del feto.

Ocioso es decir, pues, que cuanto más próximo esté el natural término del embarazo, mayores á par serán las garantías que, en igualdad de circunstancias, podremos abrigar con respecto á la posibilidad de vida extra-uterina del nuevo ser. Y he aquí el motivo en cuya virtud aconsejan los tocólogos, que cuando el médico puede elegir, debe retardar la provocación del parto hasta las treinta y tres ó treinta y cuatro semanas cumplidas del embarazo. Por donde una de las cuestiones más importantes que deben decidirse tratándose del parto artificial prematuro, es el período en que la gestación se encuentra. En

(1) Surbled, *La Morale dans ses rapports avec la médecine et l'hygiène*, chapitre xv, *grossesse extra-uterine*, pág. 243 y sigs., t. II. París, 1897.

(2) *Acta*, t. XXX, pág. 703 y sig.—(V. Mach, *Tes. del sac.*, 12.<sup>a</sup> ed., pág. 1090. Barcelona, 1893, y también el *Crit. Cat. en las C. M.*, Enero, 1899, cuya es la traducción arriba transcrita).

esta investigación fácilmente incurriremos en error si no existen signos bien definidos; citándose varios casos de este género en los cuales se provocó el parto antes de ser posible la vida extra-uterina, y cuyo enigma quedó descifrado al ver que el volumen del útero era debido, ora á un embarazo de gemelos, ora á un hidramnios, etc.

Cierto que hoy en día, merced á la incubadora y á la alimentación artificial, puede criarse con mayor facilidad á los niños *prematuros* que nacen al final del sexto mes ó principios del séptimo (Ribemont); con todo, no debemos tener una confianza ciega en estos medios (Id.); y Pinard observa que, si se puede excepcionalmente criar á niños tan jóvenes, esto no es la regla.

Por lo que concierne á la licitud de dicha intervención, queda resuelta afirmativamente desde que en 1852 el Dr. Aurelio Finizio, catedrático de Obstetricia de Nápoles, dirigió una consulta á S. Ema. el Cardenal Arzobispo de la misma ciudad, quien poco después le remitió una copia de la decisión emanada de la Sagrada Penitenciaría de la Santa Sede Apostólica Romana, concebida en los siguientes términos:

*Sacra Pœnitent. maturè perpensis expositis quæstionibus, respondendum censuit, prout respondet:*

*Ad primum: Cum matris non sit in tam difficili quæstione decidere, eam posse acquiescere iudicio confessoris.*

*Ad secundum: Si intelligatur partus immaturus qui prævenit ordinarium nature cursum, ita tamen ut fœtus eam maturitatem assecutus fuerit, ut in lucem editus vivere possit. Affirmative. — Datum Romæ, etc.*

Importa advertir, sin embargo, que la Sagrada Penitenciaría, al hacer la precedente declaración, no emite una proposición absoluta relativa al segundo extremo; sí sólo condicional, y que por lo tanto únicamente en los casos en que se cumplan las sobredichas condiciones, podrá entenderse por concedida la mentada autorización. *Pero de manera*, dice la Sagrada Penitenciaría, *que el feto haya alcanzado aquel grado de madurez que le es necesario para que después de nacido pueda vivir* (1).

IV.—**De la operación cesárea en la mujer viva.**—Según parece, no empezó á practicarse hasta el siglo XIV ó XV. Preconizada en primer término por Rousset (1581), que publicó el primer trabajo im-

(1) V. Ferrer y Garcés, *Trat. de Med. Leg.*, pág. 93 y sig., 2.<sup>a</sup> ed., Barcelona, 1867.—Un decreto de la Sagrada Congregación de 4 Mayo de 1898 ha reiterado la licitud del parto prematuro. (V. *Acta*, t. XXX, págs. 703-704).

portante sobre esta materia, y rechazada por muchos tocólogos, se generalizó más tarde (siglo XVIII), merced á los esfuerzos de Auleau (1704), Simón (1761), Delamotte (1765), Levret (1770), etc., etc.

El pronóstico de la cesárea es singularmente favorable para el feto, cuya mortalidad es nula ó casi nula.—El pronóstico relativamente á la madre difiere según sean las condiciones en que se ejecuta la operación: es evidente que en las cesáreas hechas con urgencia, fuera de las Maternidades, el pronóstico es más grave que en los casos en que es posible intervenir con los útiles y los ayudantes indispensables. Una de las estadísticas mejores en resultados es la de los doctores Leopold y Haake, quienes de cien operaciones cesáreas realizadas en la clínica de Dresde, desde 1884 á 1897, han alcanzado noventa éxitos favorables, cifra muy elevada teniendo en cuenta el hecho de que todas las intervenciones se llevaron á cabo en los casos más difíciles y desesperados (1). Asegura también el Dr. Reynolds haberse practicado en la Maternidad de Bostón, desde 1886 á 1898, veintidós operaciones cesáreas sin un solo caso de defunción ni de la madre ni del niño (2). Además, en la actualidad con la sutura del útero, que hace más sólida la cicatriz, ofrece la cesárea mejores consecuencias respecto á la marcha y terminación de los embarazos ulteriores, no observándose la rotura del útero, que antes se presentaba con frecuencia.

El Dr. Perales hace en su citada obra un resumen de todas las estadísticas más y menos favorables hasta el año 1880, y tomando los términos proporcionales de todas, obtiene una cifra de mortalidad de un 30 por 100 para la madre.

Es indudable que en la actualidad mejora cada día el pronóstico de la cesárea á compás del perfeccionamiento del método antiséptico; y corresponde á Leopold y Sãnger el timbre de gloria de haber demostrado los excelentes resultados que se pueden alcanzar practicando la operación cesárea aséptica.

Pero las indicaciones absolutas de la cesárea conservadora son más raras hoy día, en virtud de que muchas pelvis en las que sólo la cesárea permitía extraer fetos vivos y viables, justifican la sinfisiotomía combinada ó no con el parto prematuro. Con todo, en las pelvis de cuatro á seis centímetros, la operación cesárea está todavía indicada (3).

(1) V. *Sem. Med.*, 28 Sept., 1898.

(2) V. *El Criter. Cat. en las Cienc. Méd.* Noviembre, 1898.

(3) V. Ribemont-Dessaignes, *Trat. de Obstetricia*, trad. esp., tom. II, pág. 578 y sigs. Madrid, 1896.—Juan B. Matoni, *Dis. quirúrgica: De la cesárea determinando los casos en que es absolutamente precisa*. Sevilla, 1772.—Uno de los primeros que han ejecutado la cesárea en la mujer viva, ha sido sin duda el obispo

Aconsejan los autores de moral, que no se proceda á la ejecución de la cesárea en la mujer viva si no se tiene la suficiente pericia, ó si no está presente un cirujano hábil y experimentado, y obtenido el permiso de la Autoridad local juntamente con testigos aprobados por la misma, todo con el fin de que el operador no sea acusado de homicida. *Neque fieri potest, nisi adsit peritus chirurgus, et obtenta præpositi localis venia simul cum testibus ab ipso approbatis, ne operationis auctor de homicidio culpetur.* (*Comp. Theologiæ moralis ex egregiis auctoribus* a Raym. Alsina, Pbro. Edit. sept. T. I, p. 418. Juxt. Barcinon. 1895).

V.—¿Sería preferible la cesárea á la cefalotripsia en aquellos casos en que el feto estuviese muerto con toda evidencia (1)?—«Tiene para nosotros, dice el Dr. Perales (*ob. cit.* p. 38), un valor

Paulo, varón docto y virtuoso que había ejercido la Medicina antes de recibir su carácter sacerdotal. Fué practicada en Mérida, el año 250, con resultado feliz. (V. Morejón, *Hist. bibliogr. de la Med. Esp.*, t. I, pág. 52, nota). V. también C. Fabregat, *Necesidad y obligación de hacer la operación cesárea*. Valencia, 1775.—Alcalá Martínez, *Dis. méd-quirúrgica sobre una operación cesárea ejecutada en mujer y feto vivos*. Valencia, 1753.—Zapata, *Dis. méd.-teológica*. Madrid, 1733.

El Dr. Salcedo, en su obra *Madre é hijo, etc.*, pág. 356 y sigs. (Madrid, 1898), dice: «Sean cualesquiera los motivos que obliguen al profesor á practicar la operación cesárea, en todas las naciones nótanse éxitos halagüeños. No podemos decir otro tanto de nuestro país: no se han conseguido esos brillantes resultados, es verdad, mas no por falta de manos peritas, que las hay excelentes, sino por la invencible preocupación que reina entre las mujeres de considerar la operación cesárea como mortal de necesidad. Así, cuando la madre se decide, la operación resulta extemporánea...» Cita dieciocho casos de cesárea ejecutados en España, cuyo resultado es: nueve mujeres muertas y once fetos muertos (contando dos casos gemerales). Débese, pues, tan crecida mortalidad á que no se practica muchas veces en tiempo oportuno (como lo confirman las referidas historias clínicas), y en ocasiones también á enfermedades graves de la madre. Tanto el estado de excesiva hipostenia como la concurrencia de afectos graves agudos ó crónicos suelen ser, como se verá luego, circunstancias que hacen para el comadrón ilícita la práctica de la operación cesárea. Urge, pues, convencer á las familias de lo inofensiva que resulta la cesárea cuando se efectúa oportunamente, como acontece en otros países.

La Iglesia no se ha opuesto nunca á la práctica de la cesárea en los casos de imposibilidad de parto, y en un decretó de 4 Mayo de 1898 la Sagrada Congregación la declara lícita en los casos de estrechez de la mujer. (V. *Acta Sanctæ Sedis*, t. XXX, págs. 707-704).

(1) El Dr. Debreyne, en su *Tratado de Embriología Sagrada*, pág. 157, pregunta: ¿Cuáles son las señales por las que se reconocerá si la criatura ha muerto? A lo que contesta: «La falta de movimiento en el feto las más de las veces sólo prueba un estado de asfíxia ó de apoplejía, y la auscultación misma no está al abrigo de cualquier error. Hay, pues, solamente la putrefacción del feto que pueda ser una señal generalmente segura de la muerte... Por otra parte, la putrefacción misma puede inducir á error. Fabricio de Hilden refiere sobre esto un hecho decisivo. «Dice que una mujer estuvo seis días con dolores de parto, y se presentaban indicios que hacían creer que la criatura estaba muerta; la madre no se la sentía viva, y las comadres no encontraban en ella ningún movimiento. Habiendo presen-

quirúrgico tan ventajoso la cesárea sobre la cefalotripsia, que no vacilamos un punto en la elección. Nuestro consejo es tan absoluto, porque sólo podríamos consentir la cefalotripsia en aquellas estrecheces pélvicas, en que el acortamiento de los diámetros fuese no más que de unos quince milímetros, y entonces, como se comprende muy bien, la indicación no sería del cefalotribo, sino del ayuda forceps. A nadie se le podría ocurrir en este caso aplicar un instrumento destrozador del feto, y que por tanto puede hacer que se lesionen las partes blandas de la madre, teniendo posibilidad de emplear otro que respeta su integridad, porque reduce sin fractura los diámetros cefálicos del nuevo ser. (Adviértase que teniendo forceps se tiene, digámoslo así, un ayuda forceps *manual*, al alcance del comadrón por consiguiente).»

Pero hoy día parece que la *basiotripsia*—aplastamiento de la cabeza fetal al nivel de la base—ha venido á sustituir á la cefalotripsia, á lo menos en Francia. El pronóstico de la basiotripsia para la madre

«tado la coronilla, se la creyó muerta en razón del hedor de la parte comprimida; «declaré, pues, que estaba sin vida; pero me engañé, pues la saqué viva: murió tres «días después.» Aquello fué evidentemente una putrefacción local y enfermiza. Después de esto es inútil hacer observar que la expulsión del *meconium* no es una señal cierta de la muerte, como pretende el Dr. M.\*\*»

Tenemos, pues, que en ciertos casos la muerte del feto puede ser en efecto sólo aparente. En confirmación de lo que Debreyne acaba de hacer mérito, véase también lo que sobre este asunto dicen los Dres. Ribemont-Dessaignes y Lepage (*op. cit.*, pág. 171 y sig., t. II): «En el diagnóstico de la muerte del feto hay varias causas de error: no hay que apresurarse á afirmar este accidente por más que no se perciban los ruidos del corazón fetal. La falta de percepción puede depender de que la auscultación esté mal practicada, por ejemplo, en el momento en que el útero se contrae, ó porque no se encuentre el foco de auscultación en el sitio elegido; en la hidropesía del amnios los ruidos del corazón pueden no percibirse aunque el niño esté vivo.—Conviene no conceder sino un valor secundario á los datos suministrados por la mujer acerca de los movimientos activos; á veces, hacia el final de la gestación, un feto voluminoso puede estar de tal modo inmobilizado que sus movimientos sean limitados, y que no sean percibidos por el útero cuya sensibilidad está amortiguada...» Nos parece por lo mismo debería el comadrón tener muy en cuenta lo que dejamos consignado antes de decidirse á la ejecución de algún proceder embriótico en el feto que él creyese muerto con toda evidencia, no fuera caso que en realidad de verdad se tratase sólo de una muerte aparente.—«Hay, pues, solamente la putrefacción que pueda ser una señal generalmente segura de la muerte del feto; pero para adquirir esta certitud física, único carácter indispensable, se pasarán muchos días, y con esta conducta expectante la madre sucumbirá también probablemente,» añade Debreyne. ¿Por qué, pues, no practicar la cesárea, cuya cifra de mortalidad para la madre es igual ó quizá menor aún que en la embriotomía; ó bien, cuando los diámetros pélvicos lo consientan, la sinfisiotomía (a), cuyas estadísticas, desde que se opera por el método de asepsia, acusan una casi inmunidad para la madre y el feto, y no corriéndose con estas intervenciones el riesgo de sacrificar á la criatura, antes bien ambas son eminentemente salvadoras de la madre y del hijo?

(a) Se entiende, cuando no sea posible la extracción del feto con el forceps ni con el ayuda forceps.

es muy favorable en concepto de algunos, quienes presentan la nueva operación como completamente inofensiva, si bien no faltan contradictores. De todos modos, dice Ribemont, uno de sus apologistas: «Cuando el feto está *vivo*, está formalmente contraindicada la basiotripsia: según los casos, cuando existe desproporción entre el volumen del feto y las dimensiones de la hiler pelvi-genital, se recurre á la sinfisiotomía ó á la operación cesárea. (*Op. cit.* t. II, p. 612).»

VI.—¿Está obligada la mujer real y verdaderamente á sufrir la operación cesárea?—La mayor parte de teólogos, dice Cangiamilla, se deciden por la afirmativa. En efecto; Teófilo Rainaud y otros muchos sostienen, en virtud de los principios de Santo Tomás, la obligación en que está la madre, á fin de salvar el alma de su hijo, de sufrirla, y lo que es más, de exigirla; extendiendo dicha obligación hasta para el caso en que sea dudoso que el niño pueda salvarse. Dice que la vida espiritual del infante, aunque sólo sea probable, debe sobreponerse por parte de la madre al temor de un sufrimiento cierto, y al riesgo de una muerte probable. Debe, pues, la madre preferir la vida espiritual de su hijo á su propia vida (de ella), que es un bien muy inferior á la eterna salvación, según expresa Santo Tomás. Si debemos arriesgar la vida con el fin de bautizar á una criatura que está en peligro de muerte, con mayor razón deberá una madre exponerse al riesgo de perder la vida temporal para procurar la vida del alma á su hijo.

Existe por otra parte la opinión de Sánchez y otros muchos autores, es á saber, que la madre no tiene obligación de someterse á la sección cesárea para salvar al engendro. Véase como habla el ilustrísimo Bouvier en este particular: «Si un hábil cirujano, viendo la imposibilidad del parto natural, estuviese dispuesto á realizar la operación con esperanza de feliz resultado, un confesor debería invitar á la mujer á someterse á ella, valiéndose de las razones que considere más á propósito para persuadirla: con todo, no creo que debiese obligarla bajo pena de rehusarle la absolución en el caso apurado en que se halla; porque no estamos obligados á hacer cosas extraordinarias para conservar nuestra vida, y la mujer puede esperar que su hijo la sobreviva, y que podrá después de su muerte ser extraído de su seno y ser bautizado. Además, suponiendo que por la ley natural estuviese obligada á someterse á ese rigor para la salud corporal y espiritual de su criatura, puede suponerse que la excusa la buena fe, ó que á lo menos queda la duda, y desde entonces no debe permitirse que muera sin Sacramentos.»

Las circunstancias y motivos que imponen especialmente á la mu-