



Hace 55 años

*Las enfermedades a virus intercurrentes en el embarazo, la rubéola y el derecho al aborto terapéutico**

Por el Profesor Dr. Alberto Peralta Ramos.
(De El día médico, Año XXIV, núm. 71),
Buenos Aires, 1952

La experiencia, podemos repetirlo siempre, ofrece al médico la oportunidad de rever constantemente cuestiones y analizar puntos importantes relacionados con hechos de trascendencia, que mueven a su actualización. La rubéola, como enfermedad intercurrente del embarazo, es uno de estos ejemplos, dado que, en determinadas condiciones, para muchos autores, se plantea hoy en día la necesidad de la interrupción sistemática del embarazo, no obstante que la enfermedad no influya sobre la salud y la vida de la madre. Se arguye que la razón no es precisamente de orden médico sino de profiláctica eugénica, es decir, vinculada a la procreación sana y tendiente a evitar el nacimiento de seres anormales con malformaciones congénitas y graves defectos que malogran la vida individual como cantidad positiva para la familia, la sociedad, el Estado y la raza.

Como se trata de una cuestión que roza dominios distintos que afectan a la conciencia profesional y sirven de guía directriz a la conducta del médico, he creído oportuno encarar este problema desde la tribuna de esta Academia, inspirado en que pienso que se pueden aportar argumentos capaces de poner dique a la falta de escrúpulos que abren ampliamente la puerta al más deplorable abuso con que se puede familiarizar el médico mediante una obra de destrucción que debe ser considerada como *ultima ratio*.

Esta desoladora facilidad con que se procede al aborto terapéutico en todos los países, sin exceptuar el nuestro, con caracteres de verdadera *industria* más o menos clandes-

tina, debemos resistirla firmemente, mientras en el orden médico no sea exigido imperiosamente en salvaguardia de la vida de la madre.

La apreciación científica de la trasmisibilidad de las infecciones de la madre al feto es un hecho indiscutible. En el dominio de las virosis, y particularmente de las fiebres eruptivas, se le conocía bien desde mucho tiempo atrás.

La influencia de la *viruela* como complicación temible del embarazo, mortal muchas veces para la madre y el feto, menos grave otras y aparentemente contradictoria en el sentido de la trasmisión, en unos casos, de la enfermedad al feto *in utero* (como la observación de viruela congénita en el célebre tocólogo MAURICEAU, del siglo XVII, que nace con la enfermedad adquirida en el claustro materno); en otros, en los cuales la viruela se manifiesta en el niño después de nacer con incubación iniciada en el seno materno y, por fin, otros cuyos fetos nacen o no inmunizados, hecho demostrable por la vacunación después del nacimiento.

Con el *sarampión*, enfermedad de mucha menor gravedad, ocurre más o menos lo mismo. El feto puede adquirirlo en el seno materno y tener al nacer una neta erupción; es típica la vieja observación de MONTOUX de gemelos expulsados con erupción en el octavo mes del embarazo, en el curso de la enfermedad de la madre, que mueren a las 24 horas. Se puede recordar también, como inmunidad adquirida *in utero* de madre con sarampión, el caso de RUETER de un niño prematuro que nace sin erupción alguna. Un caso citado por GLANZMANN induce a pensar también en la *rubéola* congénita.

Pero, como es notorio, es recién después de la primera publicación del oftalmólogo australiano GREGG en 1941, y más tarde en unión con SWAN y otros colaboradores, que se despierta la atención sobre la influencia perjudicial de la

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México, sección Trascripciones de prensa, 1953;VIII:348-56.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

rubéola en los primeros meses de embarazo, en el periodo de la organogénesis, como capaz de engendrar anomalías y malformaciones fetales. GREGG registra 78 casos de cataratas congénitas en niños nacidos entre diciembre de 1939 y enero de 1941, es decir, en el trascurso de 13 meses. Conjuntamente y poco tiempo más tarde, se comprobaron otras anomalías como: microftalmia, sordomudez, microcefalia, malformaciones cardíacas, mongolismo, distonía muscular, deformación de las extremidades, detención física y mental, etc., abortos, partos prematuros, fetos muertos y macerados; casos estos últimos cuando se trata de infecciones graves. SWAN, en 1949, confirma todo esto en un trabajo aparecido en *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*.

Estas coomprobaciones que tuvieron su punto de partida en Australia, se difundieron bien pronto y dieron ocasión a numerosas publicaciones con el aporte de nuevos casos, sobre todo australianos y de REESE en Estados Unidos en 1941; más tarde ingleses, y recién en el resto de Europa en 1940 por FRANCESCHETTI, eminente oftalmólogo suizo que nos hiciera el honor de dar una conferencia en el seno de esta Academia hace pocos años.

Se demuestra en estas estadísticas, según la *Revista Española de Pediatría*, que hasta Abril de 1951 sólo se publicaron en Europa 58 casos de embriopatía rubeólica.

Los efectos de la rubéola son mayores cuando más tempranamente afectan al embarazo, sobre todo en los dos primeros meses, para disminuir después del tercero. La proporción de estos perjuicios fue verdaderamente alarmante en Australia; SWAN y colaboradores informan 94 a 100%. La opinión de los epidemiólogos, según las últimas informaciones del *Year Book of Obstetrics and Gynecology* de 1951, son 1:4 a 1:10 cuando la complicación ocurre en los tres primeros meses. El periodo más vulnerable sería el que se extiende desde los 12 hasta los 100 días que siguen al primero de la última menstruación. Se ha pretendido explicar hasta la calidad y gravedad de las consecuencias según las épocas del embarazo, así las anomalías oculares (cataratas, microftalmias) en las ocho primeras semanas, malformaciones cardíacas entre las cinco y las ocho, y defectos de órganos internos entre las ocho y las catorce semanas.

Sobre la patogenia sólo se puede decir, de acuerdo con CÁRDENAS, que las embriopatías por virus, incluso la rubéola, no han revelado todavía sus secretos. Se han podido comprobar, en los tejidos del embrión, las mani-

festaciones histopatológicas de las infecciones a virus sin que pueda afirmarse que sean la expresión de una infección de los tejidos embrionarios, o si actúan directamente sobre determinadas partes del embrión o resultan de trastornos del metabolismo de los tejidos o de la acción directa sobre el sistema nervioso central o región ocular.

La razón del perjuicio al embrión, no obstante tratarse de una enfermedad benigna, se pretendería explicar por la mayor difusibilidad del virus, tal vez por el menor tamaño de sus moléculas.

Como es natural, esta experiencia con el así llamado "síndrome de Gregg", tomada literalmente, ha planteado, como lo hemos dicho, en términos rigurosos, la necesidad del aborto terapéutico como medida de profiláctica eugénica. Esta circunstancia, sin más trámite, ha colocado al médico frente a un nuevo causal: el de las posibles anomalías del embrión o *embriopatías*, como se les ha llamado, causal que no fue tenido en cuenta nunca, por lo menos entre nosotros, ya que los únicos objetivos fueron siempre los peligros inherentes a la madre o las enfermedades del huevo de riesgos para ésta o incompatibles con la continuación del embarazo. De ahí pues que se justifique, todavía, la perplejidad y vacilación del médico antes de tomar una determinación y si en general es contemporizador cuando se trata de embarazos de más de tres meses, se siente presionado, con responsabilidad, en el sentido de una conducta activa, cuando se trata de menos, sobre todo en el trascurso de los dos primeros meses.

Séame permitido como médico de experiencia larga, decir, llanamente, lo que pienso sobre este asunto.

He aceptado siempre como principio de doctrina médica que no debe discutirse el valor del producto de la concepción sino cuando su vida crea un verdadero conflicto con la de la madre y los recursos para la salvación de ésta no ofrecen las garantías indispensables; es necesario optar, por consiguiente, siempre desde el punto de vista médico, por el sacrificio del que vale menos. Los derechos del feto deben contrapesarse con los de la madre, sólo cuando la vida de ésta está irremediablemente perdida.

Por otra parte, que resulten embriopatías como consecuencia de la rubéola no quiere decir que no hayan otras virosis capaces de engendrarlas. Así, por ejemplo, se registran casos consecutivos a sarampión, varicela, gripe, hepatitis, herpes zoster, poliomielitis, parotiditis, pleuresía, otitis, etc. En Suecia, según WIEDERHOLD, parece que la parotiditis epidémica es, en tal sentido, la más peligrosa

de todas. Que la rubéola no es la única virosis en la génesis de las anomalías embrionarias lo confirman también LEFEBRE y MERLEN, en un importante trabajo sobre 2,247 expedientes de niños con datos bien precisos sobre las complicaciones del embarazo y en el que se demuestra no sólo la condición de precocidad de la afección (primero y segundo meses) sino también que la rubéola no es de todas la más frecuente ni la más importante. Sobre 20 casos de malformaciones congénitas (cataratas, cardiopatías, microcefalia, mongolismo, labio leporino y sindactilia) correspondieron un caso a la rubéola, cuatro a la gripe, tres a un choque terapéutico en el curso de una infección, dos a septicemia, uno a parotiditis epidémica y uno a escarlatina. Se ha dicho ya que en Suecia la parotiditis epidémica es la afección más peligrosa. De todos modos queda un predominio de virosis en el origen de las embriopatías que es lo que sostiene WALLGREN, al decir que existe una proporción diez veces mayor en relación con las madres que dieron a luz niños normales.

Dentro de este terreno de las malformaciones fetales tampoco debemos poner de lado las enfermedades congénitas por defectos del plasma germinativo, es decir, factores genéticos por ovogénesis y espermatogénesis defectuosas que influyen sobre el desarrollo del huevo, sobre la embriogénesis y la placentación.

HERTIG y LIVINGSTONE demostraron que en los dos tercios de los casos del *aborto habitual*, el óvulo fue groseramente defectuoso, y sobre 38 casos observados por BROWN, en 30 de éstos el examen espermatológico demostró que el semen era subfértil. Esto ha llevado a pensar en la conveniencia de no evitar las amenazas del aborto sino favorecerlas, con lo que no están de acuerdo los mismos HERTIG y LIVINGSTONE así como SHUTE, restándole exageración y sosteniendo que deben ser evitadas con el fundamento de una estadística de 681 casos siempre sobre lo que se entiende por *aborto habitual*, de los cuales 564 (82.8%) conservaron el embarazo con tratamiento. CALVIN logró el 70% de éxitos con la sola administración de sedantes y antiespasmódicos. A pesar de esto, CHRISTIE BROWN afirma, casi textualmente, que WENNER en 1941 y MALPAS en 1942, y otros investigadores, han llamado la atención sobre el hecho de que la aparición de malformaciones fetales se halla estrechamente vinculada con el problema del aborto, WENNER afirma que si un amago de aborto llega a evitarse y el embarazo se prolonga hasta el término, hay una oportunidad bastante probable para que resulte una criatura deforme. BROWN

lo confirma con su propia experiencia durante la última guerra. En cuanto a esta conducta activa favorecedora de la amenaza del aborto creo que no cabe por ahora discutir lo absurdo del criterio.

En las malformaciones fetales pueden intervenir también enfermedades generales de la madre, como: sífilis, diabetes, nefritis, hipertensión arterial, afecciones endocrinas, etc.

Con respecto a la sífilis hemos mencionado ya la existencia de espermatozoides defectuosos bien observados por WIDAKOVICH y DELUCA, entre nosotros, cuya causa específica fue categóricamente confirmada con gran experiencia por este último, en trabajos fundamentales. Con tratamiento incompleto o inoportuno la sífilis congénita reciente, ante y posnatal, da lugar a altos porcentajes de fracasos. En algunas clínicas de Berlín y Friburgo, hasta no hace muchos años, la sífilis figuraba entre las indicaciones de aborto terapéutico. Datos estadísticos estadounidenses tomados del libro de STORES BEERMAN e INGRAHAM, incluyendo casos de sífilis en diferentes grados, reciente, latente y tardía, a base de terapéutica arsénico-bismútica, arrojan porcentajes que oscilan entre 7 y 43% de fracasos. Con la administración de la penicilina, en tratamiento intensivo y oportuno, el resultado obtenido en la sífilis hereditaria reciente, sobre todo con el complemento del bismuto, es realmente extraordinario, se acerca al 95% de éxitos. Pero si por circunstancias ajenas a la voluntad del médico el tratamiento se instituye tardíamente, es decir, después de los cuatro meses del embarazo, o es deficiente, de antemano la proporción disminuye en términos muy apreciables que oscila entre el 30 y 50%.

Quiere decir entonces que si el tratamiento no es oportuno y adecuado, y hay razón como consecuencia para presumir el aborto, la mortalidad, mortalidad temprana y el nacimiento de niños con el mal en actividad, las proyecciones de la sífilis hereditaria son verdaderamente alarmantes.

La *diabetes*, como complicación preexistente al embarazo, influye, en general, desfavorablemente sobre la salud de la madre. Antes de la era de la insulina, la mortalidad se evaluaba en el 50%. Hoy en día, con este tratamiento, mientras no haya otra complicación, el pronóstico es favorable y el embarazo debe terminar sin grave riesgo para la madre. No podemos decir lo mismo del producto de la concepción para el cual la mortalidad en una minuciosa recopilación de trabajos y publicaciones muy modernas

suministradas por mi apreciado y eminente amigo el profesor y doctor PEDRO B. LANDABURE, que resumen una gran experiencia de autores británicos y americanos y la de nuestro país, de diabéticas embarazadas tratadas todas con insulina, se desprende que la mortalidad fetal sigue siendo alta: de 19 a 36% y las malformaciones congénitas de 3%. La mortalidad en la ciudad de Buenos Aires es de 17% y las deformidades fetales de 3.4%.

Según los estudios experimentales muy modernos de DURAISWAMI, destacado investigador hindú, en JOHN HOPKIN de Baltimore, parecería que la insulina sería un arma de dos filos con base en la observación de una gran cantidad de niños, de madres diabéticas graves tratadas, que se pierden en la proporción de 38% antes del nacimiento y los que nacen vivos tienen 8% de anormalidades. Sus experiencias en huevos de pollo lo llevaron a pensar que una concentración demasiado alta de insulina puede ser la causa de estas anormalidades embrionarias, que en los pollos se pueden evitar mediante inyecciones de azúcar marina y *riboflavina*, y en las madres diabéticas podrá serlo desde los comienzos del embarazo con complejos de vitamina B, como complemento de la insulina, y aún en las no embarazadas en previsión del posible embarazo.

He creído conveniente destacar algunos ejemplos que dan sustentación al criterio conservador en afecciones generales de la madre, no sólo hereditarias sino también preexistentes e intercurrentes, que complican el embarazo y que son capaces, como las virosis, de repercutir sobre el desarrollo del embrión.

Todas estas enfermedades de la madre ponen de manifiesto su efecto sobre el feto, no obstante el tratamiento a través de ella. En consecuencia, ¿por qué no plantear en estos casos y demás virosis el mismo problema que en la rubéola, es decir, el aborto terapéutico con fines de eugenio? Se argumentará que los porcentajes estadísticos de la rubéola en Australia sobrepasan cualquier previsión, pero, en cuestión de porcentajes hay que ser precavidos antes de aceptarlos como expresión de la realidad y pensar con criterio médico y humano en su falibilidad, de acuerdo con las mismas leyes naturales. Hago valer sobre el particular mi propia experiencia con dos casos típicos de mi clientela particular, de rubéola de la madre en la época más temprana del embarazo, uno en el primer mes y otro en el segundo. En el primer caso se trataba de un tercer embarazo, en el que hubo hidramnios de forma subaguda desde el quinto mes, que alarmó en cierto momento pero

respondió muy favorablemente a altas dosis de cloruro de amonio. La radiografía acusó a los seis meses y medio un desarrollo y conformación del feto perfectamente normal; el embarazo llegó al término y nació un niño sano cuya evolución ulterior –hoy tiene dos años y medio– demostró más bien precocidad mental y absolutamente ningún género de anormalidades.

El segundo caso es el de una primeriza cuyo embarazo llegó a término sin complicación y nació un niño perfectamente normal que actualmente tiene dos años y es el encanto de la familia por lo mismo que dio ocasión a grandes tribulaciones de los padres por la preocupación de que pudiera nacer anormal dada la sugerión del médico que viera a la madre a raíz del ataque de rubéola y aconsejara la interrupción del embarazo, criterio del que no participó el que habla.

Tengo autorización para dar cuenta de otro caso igualmente típico referido por el académico y doctor EDUARDO BRAUN MENÉNDEZ, de una madre embarazada de dos meses que se contagió de rubéola de sus otros hijos, con intensa erupción y poca fiebre; el embarazo evolucionó bien y tuvo su hijo a término perfectamente normal, que de esto tiene a la fecha un año y dos meses. Otro caso es el suministrado por el profesor de clínica obstétrica de nuestra facultad Dr. RAÚL MERCHANTE, referente a una secundípara que contrae rubéola de su otra hija a los tres meses y medio del embarazo, con evolución a término y nacimiento de una niña de 4 kg, que actualmente tiene un año y seis meses y medio de edad con desarrollo psíquico y físico perfectos. Por fin, otro, de la práctica profesional de mi distinguido y apreciado discípulo y colaborador en el Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Dr. GUILLERMO GRAMAJO, secundípara que contrajo la rubéola hacia los tres meses y medio de la gestación, que evolucionó hasta el término sin complicación y del que nació una niña de 3,272 g, que actualmente tiene un año y ocho meses y es perfectamente sana.

Aun cuando pusiéramos de lado los dos casos últimos, ocurridos a los tres meses y medio del embarazo, época límite en que, por lo general, sobre todo después de los cuatro meses, se estima que no hay perjuicios para el feto, nos quedarían siempre tres casos ocurridos en los dos meses de la gestación, época la más perjudicial según las estadísticas.

Esta casuística representa, en realidad, directa o indirectamente mi experiencia, que si la traduzco en porcentajes

me proporciona la cifra óptima de cero por ciento de morbilidad.

Fox y BARTON, entre muchos otros, refieren casos de rubéola adquirida en el comienzo del embarazo con hijos perfectamente sanos y condenan el aborto terapéutico. WIEDERHOLD se refiere al autor T. H. BAUMANN que sostiene que la rubéola puede provocar embriopatías, pero que no es obligatorio que así suceda, cosa que, desde el principio, he pensado yo mismo y de que no debemos generalizar y mucho menos divulgar y atemorizar el ambiente sobre hechos que no están todavía bien dilucidados. Esta experiencia favorable me permite deducir que las cantidades mínimas atribuidas en las estadísticas globales a cada uno de los autores al ser sumadas y acumuladas no pueden resultar sino arbitrarias al abultar los porcentajes generales y establecer *d'emblee* la gravedad de la afección. Fuera de otras razones que daré a continuación, afirmo que es necesario revisar estas cifras, pues la ciencia estadística tiene, como otras ciencias, métodos para medir fenómenos reales, y en los hechos que aprecia la posibilidad de equívocos es grande, por lo mismo que están en juego leyes de probabilidad que no permiten asegurar la existencia de una relación constante de causa a efecto entre un fenómeno y otro. En cuanto a la relación etiológica entre rubéola y las embriopatías, pueden incidir diversas influencias (inmunológicas, cosmobiológicas, meteoropatológicas, hereditarias, otros agentes infecciosos, etcétera), que crean por lo menos situaciones de *probabilidad compuesta* que inducen a error. Si nos referimos a factores inmunológicos tendremos que contemplar el país, sitio o región en que se desarrolla la enfermedad de la madre sujeta a variaciones relacionadas con la humanidad y capaces de dar lugar a las formas benignas, medianamente graves y graves, y explicar por qué en ciertos casos el desarrollo del embrión puede afectarse y en otros no. La rubéola es endémica en muchos países como el nuestro, lo que puede explicar el genio más o menos benigno de actividad de la infección por verdadera vacunación o inmunización de las madres. WIDERHOLD hace notar que en Australia, antes de las comprobaciones de GREGG, no se había observado durante muchos años una epidemia de rubéola, lo que explicaría que gran cantidad de adultas jóvenes no tuvieron ocasión de inmunizarse contra esta enfermedad, llamada infantil y considerada como muy benigna. Los 78 casos de GREGG son posteriores a la epidemia y ocurrieron, como hemos dicho, en el transcurso de 13 meses. En Europa, hasta

1947, sólo se publicaron seis casos. En América Latina la casuística no es grande, de la Argentina sólo conozco el caso de PÉREZ, FIRPO, MORASCHI y CODEGLIA, y otro citado por BERUTI, DE MOLA y BRONSTEIN. De Chile sólo el caso de WIEDERHOLD publicado en 1946; en el resto de Centro y Sudamérica más o menos diez hasta la publicación de WIEDERHOLD. Esto hace pensar en la importancia del carácter endémico de la enfermedad en la mayor parte de los países de Europa y América Latina, y en el factor de reacción del individuo enfermo infinitamente variable e imposible de acomodar a normas fijas, lo que habrá que librar un poco al azar con margen de posibilidades difícil de prever. Tomemos como ejemplo la investigación estadística de PATRICK citada por BERUTI en su contestación a una consulta en la sección "Consultas y respuestas" formulada por la *Revista Rache* en su número de mayo-junio de 1952, estadística según la cual mediante un cuestionario dirigido a 9 674 madres que alumbraron en 1941, y de las cuales 129 atacadas de rubéola durante el embarazo nacieron 88 niños, o sea 68%, con anomalías congénitas. Primera pregunta: ¿cuál es la seguridad del diagnóstico de rubéola, desde el momento que en muchas fue hecho retrospectivamente? Segunda pregunta: ¿cuál es la incidencia de anomalías congénitas en las 9,545 restantes? Tercera pregunta: ¿qué otros factores posiblemente embriopatogénicos estaban simultáneamente en juego en este conjunto estadístico? No olvidemos que en la génesis de las enfermedades congénitas hay agentes tan poco conocidos como los factores meteoropatológicos estudiados por P. P. MURPHY y la radiación cósmica por varios autores.

Mucha cautela, pues debe aplicarse en el procedimiento de sumar datos estadísticos de diferentes orígenes como hace WIEDERHOLD, pues abultan a veces ficticiamente los porcentajes sobre conjuntos humanos que pueden ser muy heterogéneos, de lo que resulta que el criterio no pude ser uniforme, porque de serlo habría que extenderlo a las demás enfermedades y a virus como ejemplo de lo ocurrido en Suecia con la parotiditis epidémica.

Toda esta argumentación tiende a demostrar que el aborto terapéutico en la rubéola con fines de eugenésia, no puede ser erigido en principio, aun cuando como enfermedad intercurrente del embarazo sea una de las más graves.

A parte de los porcentajes de la casuística, que como hemos visto son discutibles, hay otros factores que conviene

tener en cuenta y deben influir también en la conciencia del médico, cuya autocrítica severa y escrupulosa al servicio de su alta dignidad y honradez profesional podrá obligarlo a pensar que el aborto terapéutico por razones médicas, como lo he dicho, sólo debe estar regido por causas en beneficio de la madre o por enfermedades del huevo incompatibles con la continuación del embarazo, y que cuando la indicación se hace extensiva por simple presunción o probabilidad a las anomalías embrionarias, se entra, sin quererlo, en un terreno resbaladizo de actos contra natura desde el momento que se destruye una vida protegida por la solicitud de leyes naturales, humanas y jurídicas, sin entrar a considerar las sobrenaturales y las de las doctrinas de la religión, que en el orden de la conciencia, por la fuerza de conformidad y resignación que dan a los que tienen creencias, sirven de base sólida profesional. El embrión humano es un ser que vive, por más que su calidad sea menor que la de la madre y sus derechos a la vida no puedan contrapesarse sino cuando la de ésta –como he dicho– se encuentra irremediablemente perdida. La conciencia profesional resulta, así, de una cantidad de puntos de vista médicos y no médicos de cuyo conjunto se desprende, afinados por la educación moral, la firmeza del concepto, obnubilada a veces por el prisma puramente médico, frío, utilitario o vacilante, sujeto a cambios a raíz de cualquier juiciosa reflexión. No hay que perder de vista tampoco la posibilidad de suprimir el riesgo de la rubéola durante el embarazo, de acuerdo con las experiencias de ANDERSEN en el Hall Institute de Melbourne, mediante la inoculación por inhalación de la enfermedad en las jóvenes a objeto de lograr su inmunidad para la maternidad futura y de no evitar, según GREGG y otros autores, sino de facilitar el contagio en las niñas con el mismo propósito. Así, lo mismo debemos pensar en las posibilidades del tratamiento inmunoterapéutico activo o pasivo, ya que con este último ha habido tentativas con resultados halagadores mediante el uso de la γ -globulina obtenida del suero de convalecientes de rubéola.

Conviene analizar otros aspectos del problema. En la mayor parte de los países del mundo no hay ley que proteja al médico por la interrupción terapéutica del embarazo, mientras no esté en juego la salud o la vida de la madre. El Código Penal argentino establece penas como delito a los médicos que provocan el aborto llamado terapéutico mientras el hecho no se lleve a cabo con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este pe-

ligro no puede ser evitado por otros medios. Para nada se refiere al aborto legitimado por fines eugenésicos, no siendo el incesto o la violación de una mujer idiota, demente, etc., en cuyo caso siempre será requerido un representante legal para que el médico pueda proceder en consecuencia. Ningún artículo prevé las enfermedades del embrión, ni autoriza al médico que por el solo presentimiento, por más sentido humano que exista, a que proceda con esta excesiva tolerancia. Esta circunstancia explica que la madre o el padre sugestionados por los hechos imprudente y exageradamente divulgados exijan al médico una conducta encubriendola con cierta responsabilidad, lo que no implica a mi juicio que éste deba ceder sin reflexiones o que, a la inversa, sea el médico el que por timidez, cuando no con propósitos no confesados, resuelva imponerlo. El tocoginecólogo no debe ser, a mi juicio, el mandatario de los futuros padres, sino más bien el mandatario del feto, por el inalienable derecho de éste, como ser humano, antepuesto al criterio del médico fundado exclusivamente en las estadísticas no verdaderamente auténticas y del todo positivas. Hemos visto que no se trata de leyes fatales desde el momento que existe la posibilidad, no remota, de que el feto pueda nacer perfectamente sano y no tarado...

Por mi parte, para no enfrentar el articulado de nuestro Código Penal, sólo concibo el planteo de la indicación, aunque siempre por el interés de la salud de la madre, en el caso de una persona de constitución neuropática, esquizofrénica, etc., capaz de agravar su estado nervioso o mental por la obsesión de los posibles defectos del hijo y sobre todo al comprobarlo más tarde de visu. Esta circunstancia impone, como es consiguiente, la intervención del psiquiatra antes o conjuntamente con el tocólogo y, de acuerdo con LEMMON y de conformidad con las conclusiones del simposio en el Women's Hospital de Melbourne en 1949. Asimismo, resulta de este simposio que, a pesar de todo, el médico no está amparado por la ley y contrae una seria responsabilidad frente a consecuencias posoperatorias transitorias o definitivas de mayor o menor gravedad. Se le niega, en el mismo simposio, al médico práctico general, el derecho a interrumpir estos embarazos por su sola cuenta.

De todo lo expuesto se infiere que consideramos que la interrupción del embarazo, por el interés exclusivo del feto en previsión de su vida ulterior con malformaciones congénitas, no está hoy justificada.

Que la medicina es una ciencia inexacta que, como profesión, al decir de MARAÑÓN, es excelsa pero como ciencia todavía humilde; y en lo que se refiere a la rubéola de la madre, se trata de una cuestión con problemas todavía oscuros que giran alrededor de la inseguridad de las causas, y sobre todo de las consecuencias, de la enfermedad de la madre gestante sobre el producto de la concepción susceptibles de cambiar por razón de las medidas de prevención y tratamiento, de modo a que en general el médico trate de sanar y no de matar.

Que el aborto terapéutico por rubéola debe hoy rechazarse y que por mi parte lo rechazo. Que para proceder dominado por imperativos de conciencia, el médico no debe prescindir de poner en balanza razones médicas y no médicas, analizar cuidadosamente las estadísticas de modo que resulten racionales haciendo intervenir consideraciones inmunológicas de país a país en relación con el nuestro, teniendo en cuenta una cantidad de otros factores etiológicos poco aclarados.

En cuanto a las consideraciones acerca de la imposición de los padres, que sugiere cierta responsabilidad moral, son absurdas y quedan subordinadas a la conciencia y autoridad del médico, quien en todo caso puede fijar valientemente su posición y dejar el campo libre a ser reemplazado por otro colega, ya que en su favor existen razones médicas, móviles éticos y factores de orden jurídico en defensa contra el miedo, la desesperación o ligereza humana, que nadie más que él debe respetar.

Que sólo en circunstancias de excepción, por el estado de salud física o mental de la madre, podrá aceptarse el planteo de la interrupción del embarazo.

El aborto terapéutico, en tanto suprime una vida, reviste a nuestro juicio el carácter de un acto trascendental y, por lo tanto, su indicación no debe ser solapada y a cargo de un solo médico, sino en consulta con otro colega, y tratándose de razones de eugenésia, de preferencia, si es posible, con dos, y la intervención, en ningún caso, llevada a cabo sin el acuerdo de todos.

Que no encontramos inconveniente en que se labre un acta con tantos ejemplares como médicos hayan intervenido, debiendo guardar cada uno el propio en salvaguardia de cualquier eventualidad ulterior. Se enfrenta así la ley pero

por lo menos se pone a cubierto al médico de comentarios posibles y vejámenes molestos.

Sólo así podremos atenuar los rigores de las leyes y la moral, sin reconocer el “Derecho al Aborto”, que, de otro modo, como bien lo dijera el sabio maestro francés AUDEBERT, significa “llevar el ataque a las bases mismas de la sociedad, desorganizar la familia y justificar el atentado contra las personas, legitimando el homicidio”.

BIBLIOGRAFÍA

- P. PUECH, *Memoires et Leçons D'Obstetrique*.
GLANZMANN, *Ann Paediatz* 1943, cita de WIEDERHOLD.
SWAN, *Journ. Obst Gyn. Brith. Emp.* 1949.
FRANCESCHETTI, 1947, cita de WIEDERHOLD.
WIEDERHOLD, “*Embriopatía rubéólica*”, *Revista Médica de Córdoba*, diciembre, 1949.
LEFEBVRE y MERLEN, cita de WIEDERHOLD.
WALLGREN, cita de Wiederhold.
HERTIG, LIVINGSTONE y SHUTE, cita de A. B. HUNT. *The Med Clin Nort Amer*, Julio 1946.
CALVIN, *Amm J Obst Gyn*, 1950.
CHRISTIE BROWN. *La semana médica*, julio, 1949.
WENNER P. *Wusch-Geburts. Gyn*, 194-1, 112, 325.
MALPAS PERCY, *J Obst Gyn Brit Emp*, 65, 1942.
FOX y BARTON. *J Med Ass*, 1946, cita de WIEDERHOLD.
ANDERSEN. *Exposition rubella in human volunteers*. *J Am Med Ass*, septiembre, 1949.
PÉREZ, FIRPO, MORASCHI y CODEGLIA. *Obst Gin Latin Am*, núms. 1 y 2, 1950.
C. GINI. *Curso de estadística*. Barcelona: Labor, 1935.
D. P. MURPHY. El mes de concepción de 935 individuos congénitamente malformados. *Am J Obst Gynecol*. 1936;1:106.
J. EUGSTER y colaboradores sobre el problema de la acción biológica de las radiaciones cósmicas. *Biological Abstracts*, 14, núm. 3, marzo, p. 404, 1940.